



Gesundheitsziele  
für Deutschland:  
Entwicklung,  
Ausrichtung,  
Konzepte



## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b><i>Vorwort</i></b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b><i>gesundheitsziele.de – eine Einleitung</i></b> .....	<b>9</b>
<b>3</b>	<b><i>Ausrichtung von Gesundheitszielen und Anforderungen an den Auswahlprozess</i></b> .....	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Verfahren und Kriterien zur exemplarischen Auswahl von Gesundheitszielen</b> .....	<b>17</b>
3.1.1	Empfehlungen.....	17
3.1.2	Executive Summary .....	19
3.1.3	Priorisierung in der Gesundheitspolitik.....	21
3.1.4	Verfahren der Priorisierung.....	24
3.1.5	Kriterien der Priorisierung .....	31
3.1.6	Literatur.....	37
<b>3.2</b>	<b>Multisektorale Ausrichtung von Gesundheitszielen</b> .....	<b>43</b>
3.2.1	Empfehlungen.....	43
3.2.2	Executive Summary .....	44
3.2.3	Sektor – Begriffliche Klärung.....	46
3.2.4	Funktionen der sektoralen Ausrichtung von Gesundheitszielen.....	48
3.2.5	Sektorale Ausrichtung von Gesundheitszielen im In- und Ausland .....	49
3.2.6	Literatur.....	53
<b>3.3</b>	<b>Tragfähige Gesundheitsziele – Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen</b> .....	<b>57</b>
3.3.1	Empfehlungen.....	57
3.3.2	Executive Summary .....	59
3.3.3	Problemstellung und Definition .....	61
3.3.4	<i>gesundheitsziele.de</i> und die Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen .....	62
3.3.5	Anhang.....	72
3.3.6	Literatur.....	77
<b>3.4</b>	<b>Inhaltliche Ausrichtung und konkrete Themen – Zielkorb zur exemplarischen Auswahl für <i>gesundheitsziele.de</i></b> .....	<b>79</b>
3.4.1	Executive Summary .....	79
3.4.2	Einleitung und Hintergrund.....	81
3.4.3	Methoden und Materialien des Vergleichs .....	81
3.4.4	Ziele und Teilziele im internationalen Vergleich .....	86
3.4.5	Der Zielkorb im Lichte eines Gesundheitssystemmodells.....	96
3.4.6	Der Zielkorb im Lichte alternativer Priorisierungen von Gesundheitsproblemen.....	98
3.4.7	Literatur.....	108
<b>4</b>	<b><i>Beratung, Koordinierung und Einbindung der Akteure</i></b> .....	<b>113</b>
<b>4.1</b>	<b>Ressortübergreifende Koordinierung</b> .....	<b>113</b>
4.1.1	Empfehlungen.....	113
4.1.2	Executive Summary .....	114
4.1.3	Funktionen der ressortübergreifenden Koordinierung.....	115

4.1.4	Grundprinzipien der ressortübergreifenden Koordinierung .....	117
4.1.5	Drei Modelle der ressortübergreifenden Koordinierung .....	118
4.1.6	Zeitpunkte der ressortübergreifenden Koordinierung.....	121
4.1.7	Literatur.....	123
<b>4.2</b>	<b>Gesundheitsziele im Mehrebenensystem .....</b>	<b>125</b>
4.2.1	Empfehlungen.....	125
4.2.2	Executive Summary .....	126
4.2.3	Auswahl, Konkretisierung und Umsetzung von Gesundheitszielen im Mehrebenensystem .....	127
4.2.4	Dimensionen des Mehrebenensystems .....	130
4.2.5	Wichtige Aspekte des Mehrebenensystems für <i>gesundheitsziele.de</i> ....	133
4.2.6	Probleme des Mehrebenensystems am Beispiel Impfen .....	142
4.2.7	Instrumente zur Bewältigung der Mehrebenenfrage .....	145
4.2.8	Lösungsansätze für <i>gesundheitsziele.de</i> .....	154
4.2.9	Literatur.....	158
<b>4.3</b>	<b>Bürger, Versicherte und Patienten - Partizipation und <i>gesundheitsziele.de</i>.....</b>	<b>163</b>
4.3.1	Empfehlungen.....	163
4.3.2	Executive Summary .....	164
4.3.3	Partizipation - eine Begriffsklärung .....	165
4.3.4	Partizipation in den Projektphasen von <i>gesundheitsziele.de</i> .....	171
4.3.5	Partizipation in der Umsetzung von <i>gesundheitsziele.de</i> .....	176
4.3.6	Literatur.....	177
<b>5</b>	<b><i>Gesundheitsziele konkret, realistisch und bewertbar gestalten</i>.....</b>	<b>179</b>
<b>5.1</b>	<b>Vom Ziel zur Maßnahme – Konkretisierung von Gesundheitszielen .....</b>	<b>179</b>
5.1.1	Empfehlungen.....	179
5.1.2	Executive Summary .....	181
5.1.3	Funktionen der Konkretisierung .....	182
5.1.4	Grad der Konkretisierung, Konkretisierungsebenen und Struktur der Konkretisierungsebenen .....	183
5.1.5	Literatur.....	194
<b>5.2</b>	<b>Ressourcen ins Ziel lenken .....</b>	<b>197</b>
5.2.1	Empfehlungen.....	197
5.2.2	Executive Summary .....	198
5.2.3	Dimensionen des Ressourcenbegriffs .....	199
5.2.4	Ressourcen und Funktionen der Ressourcenallokation.....	201
5.2.5	Zielgebundene Ressourcenallokation im internationalen Vergleich .....	203
5.2.6	Ressourcen und Arten von Zielvereinbarungen.....	205
5.2.7	Arten von Ressourcen mit Relevanz für die Zielvereinbarung .....	206
5.2.8	Literatur.....	207
<b>5.3</b>	<b>Fortschritte bewerten – Evaluation von Gesundheitszielen .....</b>	<b>211</b>
5.3.1	Empfehlungen.....	211
5.3.2	Evaluation als Teil von <i>gesundheitsziele.de</i> .....	213
5.3.3	Evaluation eines Gesundheitszielprogramms .....	213
5.3.4	Konkretisierung der Evaluation .....	223

## Inhaltsverzeichnis

---

5.3.5	Anhang – Datenbestände bei verschiedenen Datenhaltern .....	224
5.3.6	Literatur.....	232
<b>6</b>	<b><i>Glossar</i></b> .....	<b>235</b>
<b>7</b>	<b><i>Abkürzungsverzeichnis</i></b> .....	<b>257</b>
<b>8</b>	<b><i>Entwicklung exemplarischer Gesundheitsziele: Themen</i></b> .....	<b>259</b>



### **1 Vorwort**

Im Dezember 2000 haben sich die Akteure im Gesundheitswesen im Rahmen der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (**GVG**) zusammengeschlossen, um Gesundheitsziele zu entwickeln. *gesundheitsziele.de* ist eine Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit mit **GVG** und wird vom Ministerium gefördert.

*gesundheitsziele.de* hat es sich zum Ziel gesetzt, das Instrument "Gesundheitsziele" komplementär zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik zu etablieren und zunächst exemplarisch Gesundheitsziele mit konkreten Umsetzungsstrategien gemeinsam zu erarbeiten.

Die **GVG** misst den Potentialen dieses gesundheitspolitischen Instruments große Bedeutung bei. Daher haben sich ihre Mitglieder schon seit 1997 im **GVG**-Ausschuss "Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen" mit Gesundheitszielen beschäftigt und 1998 aus Sicht der Selbstverwaltung Grundlagen zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen erarbeitet und vereinbart.

Im Juni 1999 wies die 72. Gesundheitsministerkonferenz auf die Bedeutung von Gesundheitszielen im Hinblick auf eine Steigerung von Effizienz, Effektivität und Transparenz gesundheitspolitischen Handelns und die Konsensfindung der gesundheitspolitischen Akteure hin. Sie verabschiedete die "Ziele für die Gesundheitspolitik" und forderte die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden dazu auf, die Verabschiedung tragfähiger Gesundheitsziele voranzutreiben.

Im Oktober 2000 diskutierte der Bundestag den Antrag "Ziele für die Qualitätssteigerung in der Diabetes-Versorgung", der im Juni 2001 beschlossen wurde. Er forderte die Bundesregierung auf, "die Verbesserung der Diabetes-Versorgung zu einem vorrangigen Gesundheitsziel zu erklären". Konkrete Versorgungsziele sollten entwickelt und bis zum Jahr 2005 umgesetzt werden.

*gesundheitsziele.de* wurde im Dezember 2000 als Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit und der **GVG** ins Leben gerufen. Das Ministerium fördert *gesundheitsziele.de* bis Juli 2002 durch Zuwendung aus dem Forschungstitel.

*gesundheitsziele.de* geht deutlich über den Mitgliederkreis der **GVG** hinaus und umfasst die Vielzahl der Akteure im Gesundheitswesen. Ausgehend von einer Analyse von Zielinitiativen im In- und Ausland haben sie gemeinsame konzeptionelle Grundlagen und Verfahren für die exemplarische Auswahl und Entwicklung konkreter Gesundheitsziele vereinbart. Diese Grundlagen beinhalten Fragen der Ausrichtung von Gesundheitszielen und Anforderungen an den Auswahlprozess ebenso wie Fragen der Partizipation, Beratung und Koordinierung. Ferner umfassen die Grundlagen die Frage, wie Gesundheitsziele realistisch entwickelt und Fortschritte bewertet werden können.

Unter Anwendung der vereinbarten Grundlagen und Verfahren wurde eine exemplarische Auswahl von Themen zur Bearbeitung als Gesundheitsziele getroffen. Die Auswahl erfolgte pragmatisch, d.h. wissenschaftlich reflektiert und zugleich handlungsorientiert. Erste Themenvorschläge aus deutschen und internationalen Gesundheitszielprogrammen wurden in einem "Zielekorb" zusammengestellt. In Analyse- und Abstimmungsprozessen wurde aus diesen Vorschlägen eine exemplarische Auswahl getroffen. Die Relevanz und Eignung der einzelnen Zielthemen wurde durch eine systematische Kriterienprüfung, sowie eine strukturierte Umfrage unter den Teilnehmern von *gesundheitsziele.de* und anderen relevanten Akteure herausgearbeitet. Vor diesem Hintergrund wurde in Konsensgesprächen eine engere exemplarische Auswahl getroffen.

Ab November 2001 wird *gesundheitsziele.de* die Zielthemen unter Anwendung der vereinbarten Grundlagen und Verfahren als Gesundheitsziele entwickeln.

Im vorliegenden Band der **GVG**-Schriftenreihe sind diese Grundlagen und Verfahren zusammengestellt. Sie wurden in zwei pluralistisch besetzten Arbeitsgruppen für *gesundheitsziele.de* erarbeitet und abgestimmt und vom Ausschuss verabschiedet. Arbeitsgruppe I "Status-quo Analyse" zeichnet für die Kapitel 3, 4, 5.1 und 5.2 verantwortlich. Arbeitsgruppe II "Evaluation und Datenanalyse" hat das Kapitel 5.3 erstellt. Den Arbeitsgruppen sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

## Vorwort

---

Für die Unterstützung bei der Endredaktion danken wir Frau Daniela Albrecht, MHH und Frau Dorothe Fischer, **GVG**.

Dr. Herbert Rische  
Vorsitzender **GVG**

Dr. Rainer Hess  
Vorsitzender Ausschuss  
*gesundheitsziele.de*

### **Arbeitsgruppe I "Status-quo Analyse"**

- Dr. Matthias Wismar, MHH (Vorsitz)
- Dr. Sibylle Angele, GVG
- Ute Brasseit, Medizinische Hochschule Hannover
- Günter Hölling, BAG der PatientInnenstellen/ Patientenstelle Bielefeld
- Jens Lübcke, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
- Prof. Dr. Dr. Ollenschläger, Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung
- Bettina am Orde, IKK-Bundesverband
- Dr. Kirsten Reinhard/ Dr. Jörg Meyers-Middendorf, AOK-Bundesverband
- Dr. Ferdinand Schliehe, Verband Deutscher Rentenversicherer
- Dr. Brigitte Weihrauch, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen
- Dr. Thomas Ziese, Robert-Koch-Institut

### **Arbeitsgruppe II "Evaluation und Datenanalyse"**

- Dr. Ingbert Weber, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Vorsitz)
- Dr. Sibylle Angele, GVG
- Karin Böhm, Statistisches Bundesamt
- Ute Brasseit, Medizinische Hochschule Hannover
- Dr. Margot Fälker, Bundesministerium für Gesundheit
- Kerstin Horch, Robert-Koch-Institut
- Andreas Hustadt, Verband der Angestellten Krankenkassen
- Dr. Here Klosterhuis, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
- Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen
- Dr. Gabriele Rössler/ Rolf Annus, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
- Thomas Staffeldt, BKK-Bundesverband
- Jürgen Töppich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Prof. Dr. Jürgen Windeler, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen

## **2 gesundheitsziele.de – eine Einleitung**

Gesundheitsziele sind ein Instrument zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung oder von Teilbevölkerungen. Doch welche Ziele, Teilziele, Strategien und Maßnahmen sollen ausgewählt werden, welche Anforderungen sollen Gesundheitsziele erfüllen und welche Verfahren bieten sich für die Auswahl, Konkretisierung und Umsetzung an? Um diese Fragen zu beantworten, lässt sich auf mehr als 25 Jahre Erfahrung mit Gesundheitszielen zurückgreifen.

U.a. angeregt durch eine Umorientierung der kanadischen Gesundheitspolitik [1], setzte sich die WHO für die Entwicklung von Gesundheitszielen ein. 1977 wurde mit der Deklaration von Alma Ata ein Gesundheitszielprogramm ins Leben gerufen, das unter dem Namen „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ bekannt wurde. 1984 stimmten die Mitgliedstaaten der europäischen Region den 38 Zielen der WHO, die 1991 überarbeitet wurden [2] zu. Mittlerweile ist das Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ grundlegend erneuert worden [3].

In Deutschland wurden bereits ab Mitte der 80er Jahre Versuche unternommen, auf Bundesebene die Basis für die Definition von Gesundheitszielen zu legen [4,5].

Verschiedene Bundesländer griffen das Gesundheitszielkonzept auf, so z.B. Hamburg ab 1992 [6][7]. In Nordrhein-Westfalen verabschiedete 1995 die Landesgesundheitskonferenz unter Führung des zuständigen Ministeriums zehn Gesundheitsziele [8], die Schritt für Schritt konkretisiert und umgesetzt werden [9,10]. Für Berlin wurden von wissenschaftlicher Seite Gesundheitsziele entwickelt [11], die zunächst keine politische Unterstützung fanden, jedoch gegenwärtig wieder aufgegriffen werden [12]. Seit Ende der 90er Jahre dokumentieren Sachsen-Anhalt [13] Schleswig-Holstein [14] und unlängst auch Niedersachsen<sup>1</sup> ihr Interesse an der Entwicklung von Gesundheitszielen.

Gesundheitsziele wurden in verschiedenen Ländern seit Ende der 70er Jahre entwickelt. So z.B. in Australien [15], Dänemark [16], Frankreich [17], Großbritannien [18], Irland [19], Italien [20], Polen [21], Neuseeland [22] und den USA [23-25]. Wei-

---

<sup>1</sup> In Niedersachsen wurde am 29. Oktober 2001 eine Auftaktveranstaltung zur Definition von Gesundheitszielen abgehalten.

terhin hat in vielen Ländern, die keine eigenen Gesundheitszielprogramme entwickelten, der Gesundheitszielgedanke, bzw. ausgewählte Gesundheitsziele zumindest in Teilbereichen die Gesundheitspolitik beeinflusst [26,27].

Die Anzahl der Gesundheitszielprogramme auf regionaler Ebene ist kaum mehr zu überblicken. Insbesondere in Australien [28], Kanada [29-31], Schweden [32], Spanien [33], den USA<sup>2</sup> und dem Vereinigten Königreich [34-37] wurden in den vergangenen Jahren regionale Gesundheitszielprogramme entwickelt und eingeführt.

Die Gesundheitszielprogramme der Länder und Regionen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ambitionen und ihres Erfolges. Einige sollen die politische Diskussion um eine zeitgemäße, demokratische und moderne gesundheitspolitische Strategie in Gang setzen, andere zielen unmittelbar auf die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit.

Dieser Erfahrungsschatz soll für *gesundheitsziele.de* – das deutsche Programm zur Definition und Implementierung von Gesundheitszielen – gehoben, wissenschaftlich aufbereitet und nutzbar gemacht werden. Zu verstehen was geht und was nicht geht, was adaptionsfähig ist und was neu entwickelt werden muss, ist der Zweck dieses Buches. In diesem Sinne wird mit den hier versammelten Beiträgen angestrebt, den „state-of-the-art“ der Theorie und Praxis von Gesundheitszielen handlungsorientiert abzubilden.

---

<sup>2</sup> Unter <http://www.health.gov/healthypeople/state/toolkit/appendixC.htm> sind gegenwärtig links zu 37 Staaten die Gesundheitsziel im Rahmen der Healthy People Initiative definiert haben.

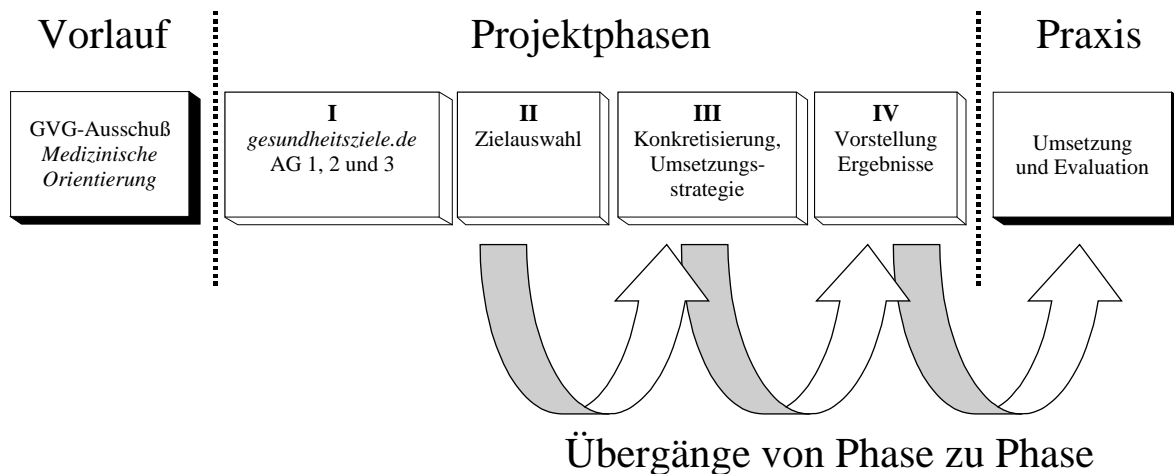


Abb. 1: Phasenschema von *gesundheitsziele.de*

Die Kapitel des vorliegenden Buches sind nach und nach seit Januar 2000 in Form von Arbeitspapieren in den Arbeitsgruppen, dem Steuerungskreis und dem Ausschuss diskutiert, abgestimmt und als Grundlagen für das Vorgehen vereinbart worden, mit der Absicht, dass die wissenschaftliche Hintergrundarbeit zur Selbstverständigung der Projektteilnehmer und zur Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und von gemeinsamen gesundheitspolitischen Perspektiven beiträgt.<sup>3</sup>

In den Kapiteln werden Arbeiten und Richtungsentscheidungen, die seit 1997 im Projektvorlauf (Abb. 1) durch den **GVG**-Ausschuss „Medizinische Orientierung“ erarbeitet wurden [38,39] aufgegriffen, weiterentwickelt und ergänzt. Die Gliederung der Arbeitspapiere umfasste zur leichteren Erschließung der Texte einen Empfehlungsteil und ein „Executive Summary“. Diese – für ein Buch eher ungewöhnliche Gliederung – ist für die Publikation beibehalten worden, um die Bedeutung der einzelnen Themen für den Entscheidungsprozess transparent zu halten.

Für die Projektphase II, die Zielauswahl (Abb. 1), wurden Verfahren und Kriterien erarbeitet (Kap 3.1), die eine Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen gewährleisten (Kap. 3.3) und formalisierte konsensuale Entscheidungsprozesse vorbereiten sollen. Ebenfalls wurde die Frage nach der Partizipation von Bürgern, Versi-

<sup>3</sup> Die Organisationsstruktur des Projekts und die Liste der teilnehmenden Organisationen und Akteure findet sich im Internet unter [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de).

cherten und Patienten bei der exemplarischen Auswahl von Gesundheitszielen und ihrer Umsetzung bearbeitet (Kap. 4.3). Zudem wurden Anforderungen an Gesundheitsziele hinsichtlich ihrer Ausrichtung formuliert (Kap. 3.2). Um die inhaltliche Bestimmung von Zielbereichen und Gesundheitszielen zu unterstützen, wurden Gesundheitszielprogramme aus dem In- und Ausland systematisiert und thematisch verglichen (Kap. 3.4). Diese Phase der Zielauswahl ist mit der Verkündung der Gesundheitsziele durch die Gesundheitsministerin am 31. Oktober 2001 abgeschlossen.

Für die anschließende Phase, die im November 2001 beginnt, ist ein Konzept zur Konkretisierung von Gesundheitszielen erstellt worden. (Kap. 5.1). Im Rahmen der Konkretisierung müssen – wo angebracht – Mechanismen zur ressort- und ebenenübergreifenden Koordinierung berücksichtigt werden (Kap. 4.1 und 4.2). Und schließlich findet sich im Buch jeweils ein Kapitel zur Frage der Ressourcen und der Bewertung von Fortschritten (Kap. 5.2 und 5.3).

Einige der im Buch bearbeiteten Themen werden auch in der Praxisphase (Abb. 1) von Bedeutung sein, so z.B. die Orientierung an wissenschaftlichen Ergebnissen und die Evaluation.

Abschließend findet sich ein Glossar, das die im Buch verwendeten medizinischen, wissenschaftlichen und konzeptionellen Begriffe umfasst, ein Abkürzungsverzeichnis und eine Zusammenstellung der Themen, die zur Konkretisierung als exemplarische Gesundheitsziele ausgewählt wurden.

## LITERATUR

- 1 Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document. Ottawa: Government of Canada, 1974
- 2 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Ziele zur "Gesundheit für alle". Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung September 1991. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1993

- 3 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, 1998
- 4 Weber I, Abel M, Altenhofen L, Bächer K, Berghof B, Bergmann KE, Flatten G, Klein D, Micheelis W, Müller PJ. Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen - Fakten - Perspektiven. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1990
- 5 Weber I, Meye MR, Flatten G. Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten: Zwischenbericht. 1987
- 6 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg. Stadtdiagnose. Gesundheitsbericht Hamburg. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg, 1992
- 7 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg - Zwischenbilanz 1994. Hamburg: BAGS, 1995
- 8 Ministerium für Arbeit Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Bielefeld: LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), 1995
- 9 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Ziel 2: Krebs bekämpfen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd), 2000
- 10 Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. NRW-Landesprogramm gegen Sucht - Eine Gemeinschaftsinitiative. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 1999
- 11 Bergmann KE, Baier WK, Meinschmidt G. Gesundheitsziele für Berlin: wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge. Berlin-New York: Walter de Gruyter, 1996

- 12 Geene R, Luber E. Gesundheitsziele - lässt sich die Gesundheitspolitik in Deutschland wissenschaftlich beraten? Impulse Newsletter zur Gesundheitsförderung 2000; 28: 8-8
- 13 Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. Gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt und Ableitung von Gesundheitszielen für das Land. Dokumentation der 1. Landesgesundheitskonferenz vom 26 März 1998. Magdeburg: Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziale des Landes Sachsen-Anhalt. Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, 1998
- 14 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein. Zur Gesundheitslage der Kinder in Schleswig-Holstein: Daten, Einschätzungen, Fragen. Kiel: das Ministerium, 1997
- 15 Commonwealth Department of Human Services and Health. Better Health Outcomes for Australians. National Goals, Targets and Strategies for Better Health Outcomes Into the Next Century. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994
- 16 Krasnik A. Targets for health: the learning curve. The Danish case. European Journal of Public Health 2000; 10: 17-19
- 17 Ministry of Health and of Social and Urban Affairs, High Committee on Public Health. Health in France 1994 General Report. Paris: John Libbey Eurotext, 1996
- 18 Department of Health. The Health of the Nation: a strategy for health in England. London: The Stationery Office, 1992
- 19 Department of Health and Children. Working for health and well-being. Strategy Statement 1998-2001. Dublin: Departement of Health and Children, 1998
- 20 Ministero della sanità. Piano sanitario nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute. Rom: Ministero della sanità, 1998
- 21 Ministry of Health and Social Welfare. National Health Programme 1996-2005. Warsaw: Ministry of Health and Social Welfare, 1996

- 22 Public Health Commission. *Our Health, Our Future*. Wellington, New Zealand: Public Health Commission, 1993
- 23 National Academy of Sciences. *Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Background Paper 1979*. Washington D.C.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979
- 24 U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington D.C.: 1991
- 25 U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010. 2nd ed. Vol. II*, Washington DC: U.S. Government Printing Office, 2000
- 26 van de Water HPA, van Hertem LM. *Health policies on target? Review of health target and priority setting in 18 European Countries*. Leiden: TNO, 1998
- 27 k.A. Annex. *County profiles*. In: Ritsatakis A, Barnes R, Dekker E, Harrington P, Kokko S, Makara P (Hrsg). *Exploring Health Policy Development in Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 2000: 389-537
- 28 VicHealth. *Healthy Victorians 2000. Conceptual and Strategic Plan to the Year 2000*. Carlton, Victoria Australia: Victorian Health Promotion Foundation. 1995
- 29 Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. *The Policy on Health and Well-Being*. 1992
- 30 Department of Health and Social Services. *Shaping Our Future. A Strategic Plan for Health and Wellness*. Yellowknife: Government of NWT, 1998
- 31 Ministry for Health and Ministry Responsible for Seniors. *Health Goals for British Columbia*. Victoria B.C.: Office of the Provincial Health Officer B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1997
- 32 Pettersson B. *Health policy development in Sweden: action at three levels*. In: Ritsatakis A, Barnes R, Dekker E, Harrington P, Kokko S, Makara P (Hrsg). *Exploring Health Policy development in Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 2000: 147-160

- 33 Cabasés JM, Gaminde I, Gabilondo L. Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain. *European Journal of Public Health* 2000; 10: 45-49
- 34 Department of Health and Social Services. Health & Wellbeing: Into the next Millennium. Regional Strategy for Health and Social Wellbeing 1997-2002. 1997
- 35 Secretary of State for Health. Saving Lives: Our Healthier Nation. Vol. Cm 4386, London: Stationery Office, 1999
- 36 Health Promotion Authority for Wales. Health for All in Wales. Health Promotion Challenges for the 1990s. Part B. 1990
- 37 The Secretary of State for Scotland. Towards a Healthier Scotland - A White Paper on Health. Presented to Parliament by the Secretary of State for Scotland by Command of Her Majesty February 1999. The Stationery Office, 1999
- 38 GVG-Ausschuss Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen. Auswahl von Gesundheits- und Versorgungszielen in Deutschland ([www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)). Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und -gestaltung e.V., 2000
- 39 GVG-Ausschuss Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsziele als Mittel einer rationalen Steuerung im Gesundheitswesen ([www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)). Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und -gestaltung e.V., 1998

### **3 Ausrichtung von Gesundheitszielen und Anforderungen an den Auswahlprozess**

#### **3.1 Verfahren und Kriterien zur exemplarischen Auswahl von Gesundheitszielen**

Wismar, Brasseit, Ollenschläger, Angele

##### **3.1.1 Empfehlungen**

*gesundheitsziele.de* will und kann nicht priorisieren. Vielmehr geht es um eine exemplarische Auswahl von Gesundheitszielen. Allerdings müssen auch einer exemplarischen Auswahl von Gesundheitszielen transparente Verfahren und begründbare Kriterien zugrunde liegen. Die Gestaltung dieser Verfahren und die Auswahl der Kriterien kann auf Priorisierungs-Erfahrungen im In- und Ausland zurückgreifen.

- Als **Verfahren** empfiehlt sich der „pragmatische Ansatz“. Er beruht auf der Erkenntnis, dass Priorisierungsprozesse weder rein wissenschaftlich noch rein partizipativ bzw. politisch erfolgen können. Vielmehr sollen Konsentscheidungen handlungsorientiert und zugleich wissenschaftlich reflektiert werden. Bei der Identifizierung von dringlichen Gesundheitsproblemen kann auf unterschiedliche Quellen zurückgegriffen werden, z.B. die Gesundheitsberichterstattung, die WHO-Ziele des Programms „Gesundheit für alle“, die Priorisierungsansätze im Bereich der Leitlinienentwicklung, oder auf andere Studien und Gutachten wie z.B. der Analyse des Sachverständigenrates zur Unter-, Über-, Fehlversorgung.
- Zur Einschätzung der Relevanz von gesundheitlichen Problemen bzw. Risiken im Rahmen von *gesundheitsziele.de* können folgende **Kriterien** gelten:
  - Schweregrad
  - Verbreitung
  - Verbesserungspotenzial
  - Volkswirtschaftliche Relevanz
  - Ethische Aspekte
  - Chancengleichheit
  - Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung
  - Meßbarkeit

- Machbarkeit
- Beteiligungsmöglichkeit der betroffenen Bevölkerungsgruppe an der Problemlösung

Die Kriterienliste ist nicht als ein Priorisierungsinstrument zu verstehen, sondern vielmehr ein Instrument, das zu einer transparenten Diskussion und nachvollziehbaren Konsensfindung beitragen soll.

### 3.1.2 Executive Summary

Die Priorisierung kann aufgrund ihrer Funktionen als Dreh- und Angelpunkt der Definition von Gesundheitszielen angesehen werden. Sie dient

- a) der Orientierung,
- b) schafft Transparenz,
- c) etabliert einen gemeinsamen Problemhorizont,
- d) stiftet ergebnisorientierte Allianzen,
- e) fördert das Qualitätsbewusstsein,
- f) ermöglicht die Organisationsvereinfachung,
- g) erhöht die Makroeffizienz der Allokation und
- h) leitet gesellschaftliche Lernprozesse ein.

Im internationalen Vergleich steht Deutschland in der Priorisierungsdebatte – von Ausnahmen abgesehen – noch am Anfang. Aus den Erfahrungen im Ausland und der Analyse von Priorisierungsansätzen im Bereich Leitlinien und Technikbewertung lassen sich jedoch vier Erkenntnisse ableiten:

- 1) Seit den 80er Jahren haben sich Priorisierungsanstrengungen in den OECD-Staaten, nicht zuletzt im Rahmen der Kostendämpfungspolitik, intensiviert.
- 2) Es gibt kein allgemeingültiges System der Priorisierung, jedes Land muss seinen eigenen Ansatz finden.
- 3) Es lassen sich unterschiedliche Verfahren der Priorisierung identifizieren.
- 4) Es lassen sich weit verbreitete und spezielle Priorisierungskriterien identifizieren.

Aufgrund der Erkenntnis, dass Gesundheitsziele weder rein partizipativ noch rein wissenschaftlich definiert werden können, muss für das deutsche Programm zur De-

Definition und Implementierung von Gesundheitszielen der „pragmatische Ansatz“ als angemessenes Verfahren gelten.

Der pragmatische Ansatz und die Auswahl von Kriterien für die Priorisierung im Rahmen des Programmes greifen auf Vorarbeiten des GVG-Ausschusses „Medizinische Orientierung“ zurück.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> vgl. die beiden GVG-Papiere vom Mai 2000 „Auswahl von Gesundheits- und Versorgungszielen in Deutschland“ und „Stellenwert von Gesundheitszielen in Politik und Versorgungsrealität“, [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de).

### **3.1.3 Priorisierung in der Gesundheitspolitik**

Gesundheitsziele exemplarisch zu formulieren setzt eine Priorisierung von als dringlich erachteten Problemen voraus. Die Priorisierung ist der deutschen Gesundheitspolitik prinzipiell nicht fremd. Freilich hat sie bisher auf Bundesebene nicht zu einer gesundheitsbezogenen Zielformulierung geführt. Die Hervorhebung von als dringlich erachteten gesundheitspolitischen Problemen erfolgt häufig auf anderer Grundlage, wie z.B. fiskal-, arbeitsmarkt-, industrie-, oder regionalpolitischen Orientierungen [1]. Im Ausland hingegen lassen sich Priorisierungsaktivitäten, die sich auch an gesundheitlichen Problemen und Ergebnissen orientieren, schon seit einiger Zeit beobachten – freilich mit unterschiedlicher Intensität und Praxisrelevanz.

Die Funktionen der Priorisierung von gesundheitlichen Problemen weisen jedoch über den unmittelbaren Zweck hinaus.

#### **3.1.3.1 Funktionen der Priorisierung**

##### **3.1.3.1.1 Orientierung**

Die Fülle der gesundheitlichen Probleme und Risiken ist kaum zu überblicken. Noch schwerer ist es zu beurteilen, welche Probleme „wichtig“ und welche „weniger wichtig“ sind, da „wichtig“ ein mehrdimensionales Konzept darstellt, das erst definiert werden muss [2]. So können z.B. Schweregrad, Verbreitung, Verbesserungspotenziale, Betroffenheit nach Bevölkerungsgruppen und ökonomische Bedeutung, aber auch andere Konzepte als Dimensionen herangezogen werden. Erst diese Definitionsleistung kann die Unübersichtlichkeit überwinden.

##### **3.1.3.1.2 Transparenz**

Eine explizite Priorisierung mit klaren Verfahren trägt zur Transparenz in der Gesundheitspolitik bei. Demokratisierung, Verantwortlichkeiten und politische Teilhabe können somit gestärkt werden.

### 3.1.3.1.3 Gemeinsamer Problemhorizont

Diese sachliche Orientierungsleistung und die Transparenz haben auch eine unmittelbar politische Funktion. Sie können zur Etablierung eines gemeinsamen Problemhorizontes beitragen. Dieser ist die Voraussetzung für ein zielgerichtetes Handeln, welches die Aktivitäten der gesundheitsrelevanten Akteure neu zu verknüpfen vermag.

### 3.1.3.1.4 Gesundheitspolitische Allianzen

Gesundheitspolitische Allianzen können nun problem- bzw. zielorientiert entstehen.

### 3.1.3.1.5 Qualitätsbewusstsein

Die Priorisierung von Gesundheitsproblemen steigert das Problembewusstsein und in aller Regel das Qualitätsbewusstsein, insbesondere dann, wenn mit dem Gesundheitsproblem Defizite oder Versäumnisse in der Versorgung verbunden sind. Selbst in Ländern, die die Priorisierung und die Formulierung von Gesundheitszielen nicht mit der Absicht verknüpfen, diese auch unmittelbar umzusetzen, sondern mit einem Gesundheitszielprogramm eine Strategiedebatte einleiten, nutzen diesen Effekt.

### 3.1.3.1.6 Organisationsvereinfachung

Die Priorisierung und die daran geknüpfte politische Mobilisierung der Akteure erlaubt es den Trägern der Sozialversicherungen, den Leistungserbringern und der Politik, auf ein bestimmtes Gesundheitsziel hin zu arbeiten. So wird die Priorisierung von Gesundheitsproblemen und die Formulierung von Gesundheitszielen als probates Mittel angesehen, um ein Gesundheitswesen, das durch Föderalismus, Korporatismus und unterschiedliche Sozialversicherungsträgerschaft geprägt ist, problemorientiert zusammenzuführen [3]. Zum Einsatz kommen dabei Prinzipien der Verzahnung, Kooperation, Kommunikation, Synergie, Systemtransparenz und -öffnung [4].

### 3.1.3.1.7 Makroeffizienz in der Allokation

Die Priorisierung ist auch wiederholt als Maßnahme zur Steigerung der Makroeffizienz in der Ressourcenallokation hervorgehoben worden [5,6].

### 3.1.3.1.8 Gesellschaftliche Lernprozesse

An Gesundheit und Gesundheitswesen werden höchst unterschiedliche Erwartungen von Patienten, Politik, Kostenträgern und Leistungserbringern heran getragen. Die Transparenz der Priorisierung und die Überprüfbarkeit können einen rationalen öffentlichen Diskurs über die gesundheitspolitischen Möglichkeiten und Grenzen befördern.

### **3.1.3.2 Priorisierung im Lichte internationaler Erfahrungen**

Der Priorisierungsgedanke ist der Gesundheitspolitik, wie der internationale Vergleich zeigt, keineswegs fremd [7]. Ansätze zu einer systematischen und kriteriengestützten Priorisierung lassen sich in mehreren Ländern nachweisen. Sie beziehen sich auf die Krankheitslast und neuerdings auf ökonomische Einsparpotentiale oder den Zugewinn von Lebensjahren. Ansätze hierzu lassen sich für die Niederlande, Norwegen, Neuseeland, Oregon, Schweden, Spanien [8,9], aber auch Israel [10] belegen. Besondere Aufmerksamkeit haben die skandinavischen Priorisierungsaktivitäten erfahren, die bereits Mitte der 80er Jahre einsetzten [11,12]. Priorisierung schafft Posterioritäten. Dass es aufgrund der Priorisierung notwendigerweise zu einer Ausgrenzung von Leistungen kommt, ist, zumindest für die hier genannten Beispiele, nicht belegt. Vielmehr gibt es Hinweise, dass eine starke Einbindung der Öffentlichkeit in die Priorisierungsentscheidungen eine Rationierung von posteriorisierten Gesundheitsleistungen mittelfristig eher unwahrscheinlich werden lässt [10,13].

Im Vergleich ist die Priorisierungsdebatte in Deutschland noch am Anfang [14]. Allerdings hat der Sachverständigenrat mit dem Sachstandsbericht 1994 ausführlich Priorisierungsmodelle für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dis-

kutiert [15]. Auch neuerlich werden für den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung Priorisierungsvorschläge vorgelegt [16].

Verfahren zur Priorisierung werden aber auch angewandt, um Technologien auszuwählen, die eine Bewertung lohnen oder um Leitlinien zu formulieren bzw. zu selektieren [17].

### **3.1.4 Verfahren der Priorisierung**

Die international gewonnenen Erfahrungen haben deutlich gemacht, dass Priorisierung in der Gesundheitspolitik an Bedeutung gewinnt. Allerdings gibt es kein einheitliches System der Priorisierung. Vielmehr muss jedes Land sein eigenes System erarbeiten. Begründet wird dies mit den unterschiedlichen Anforderungen, die durch Regierung, Öffentlichkeit, Patienten, Leistungserbringer und die Wissenschaft an die Priorisierung heran getragen werden [9]. In Skandinavien hat sich mittlerweile die Erkenntnis durchgesetzt, dass ein Priorisierungsverfahren, das ausschließlich auf formal rationalen, wissenschaftlich basierten Prozessen beruht, keine allgemein anerkannten Entscheidungen hervorbringt. Diese Erfahrung führte in Skandinavien zur sogenannten zweiten Welle der Priorisierung. Das Augenmerk richtet sich nun auf die Verfahren der Priorisierung und deren Transparenz [18].

Auf diese Erkenntnisse aufbauend, die sich auch der GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung“ zu eigen gemacht hat [19], sollen im Folgenden exemplarisch unterschiedliche Verfahrensoptionen diskutiert werden. Dabei wird ein analytisches Konzept angewandt, das besagt, dass Priorisierungsaktivitäten im Spannungsfeld zwischen „Wissenschaft“ und „Partizipation“ erfolgen und dass dieses Spannungsverhältnis auf jeweils spezifische Weise aufgelöst werden muss. Dieses Konzept ist bereits in der deutschen [20] und auch in der internationalen Debatte um Gesundheitsziele eingeführt worden [21] und hat dort seinen Widerhall gefunden [22,23]. Der Grundgedanke fand auch Eingang in Überlegungen zur Auswahl und Definition von Leitlinien [24,25] und zur Priorisierung von Technikbewertung im Gesundheitswesen [17].

Das Verfahren der Definition von Gesundheitszielen erfolgt zwischen einem „wissenschaftlichen“ und einem „partizipativen“ Pol (vgl. Abb. 1). Im Falle der wissenschaftlichen Definition von Gesundheitszielen werden Gesundheitsprobleme aufgrund von epidemiologischen Daten analysiert, nach feststehenden Kriterien priorisiert und anschließend die Zielgruppen nach Alter, Geschlecht und besonderen Gesundheitsproblemen bzw. -risiken bestimmt. Bei der Entwicklung der Instrumente und Maßnahmen stehen die Wirksamkeit und Adäquanz der Mittel im Vordergrund.

Folgt das Verfahren der Zieldefinition dem partizipativen Ansatz, so sind es die politischen Akteure, die Ziele aufgrund von Werte- und Konsensentscheidungen zu Prioritäten setzen.

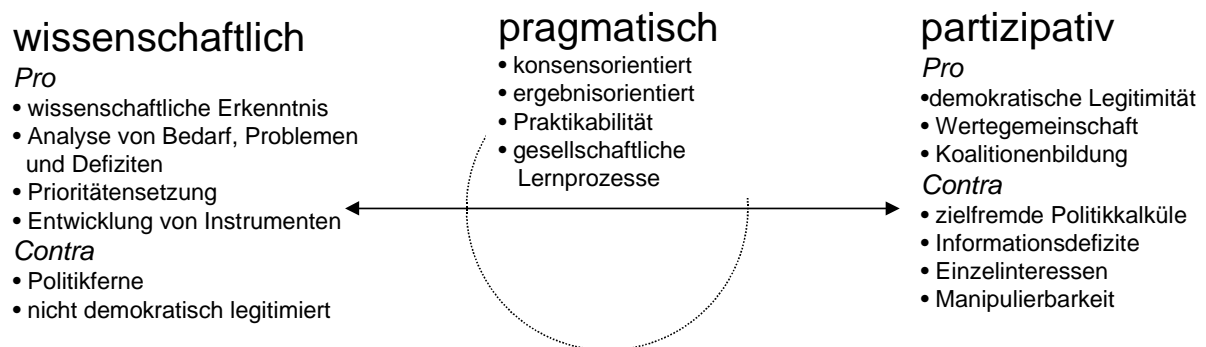


Abb. 1: Verfahren der Priorisierung – zwischen wissenschaftlichem und partizipativem Vorgehen (modifizierte und vereinfachte Darstellung nach [20])

Keiner der beiden Ansätze kommt in Reinkultur vor. Vielmehr finden sich die konkret verfolgten Ansätze auf dem Kontinuum zwischen den beiden Endpunkten. Kommt es zu einer Durchdringung des wissenschaftlichen und partizipativen Ansatzes bei der Verfahrenswahl, so wird von einem pragmatischen Ansatz gesprochen. Pragmatisch deshalb, weil auf eine „reine Wissenschaft“ zugunsten einer politischen Praktikabilität verzichtet wird und andererseits die Politik ihr Handeln wissenschaftlich reflektieren und somit nachvollziehbaren Regeln unterwerfen kann. Dieser Kompromiss bringt zwangsläufig eine gewisse Inkonsequenz mit sich, die allerdings durch eine stärkere Handlungsorientierung kompensiert wird.

Freilich lassen sich für einige Gesundheitszielprogramme die Verfahren, nach denen vorgegangen wurde, aus den vorliegenden Dokumenten nur z.T. rekonstruieren. Viele politische Prozesse, die im Vorfeld der Priorisierung stattgefunden haben, sind nicht hinreichend dokumentiert worden. Dennoch lassen sich einige der Priorisierungsstrategien exemplarisch diskutieren.

### 3.1.4.1 Wissenschaftlicher Ansatz

Bei einer streng wissenschaftlichen Priorisierung richtet sich die Auswahl und der Rang von Gesundheitszielen an epidemiologischen Daten und Kriterien aus. Es werden Expertengruppen eingesetzt, die mit der Entwicklung und Anwendung wissenschaftlicher Kriterien für den Priorisierungsprozess beauftragt werden. Andere Akteure im Gesundheitssystem werden erst später hinzugezogen.

#### **Box 1: Beispiel für eine wissenschaftliche Priorisierung – Berlin [26]**

Phase 1: Wissenschaftlich begründete Vorschläge realisierbarer Ziele unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Standards
Phase 2: Peer-Review-Prozess und Konsensbildung durch die betroffenen wissenschaftlichen Expertengremien
Phase 3: Gesundheitspolitische Zielsetzung und Prioritätensetzung durch politische Gremien
Phase 4: Umsetzung der Ziele (Operationalisierung)
Phase 5: Vermittlung der Ziele an die betroffenen Einrichtungen und Personenkreise sowie an die Bevölkerung [27]

Das von der Wissenschaft erarbeitete Gesundheitszielprogramm für Berlin orientiert sich am amerikanischen Vorbild [28], das zunächst stark wissenschaftsorientiert startete, um zunehmend politischen Charakter anzunehmen.

Die Nachteile dieses Vorgehens liegen beim Berliner Beispiel auf der Hand. Zwar mag eine Transparenz der Zielauswahl aufgrund einer zeitnahen und gründlichen wissenschaftlichen Dokumentation möglich sein, die Schaffung einer Konsensplattform wird hingegen nicht unterstützt. Politik, Öffentlichkeit, Kostenträger und Leistungserbringer werden erst nach Abschluss der Zieldefinition hinzugezogen. Gesundheitsziel-

programme sind auf längere Zeiträume angelegt und müssen Legislaturperioden überdauern. So erscheint es ratsam, schon frühzeitig einen politischen Kompromiss unter den Akteuren herzustellen, um so eine langfristige Orientierung zu gewährleisten. Fraglich ist auch, ob der wissenschaftliche Ansatz vor dem Hintergrund der Projektanforderungen als realistisch gewertet werden kann. Eine komplette, streng wissenschaftliche Aufarbeitung der epidemiologischen Daten würde aller Wahrscheinlichkeit nach das zur Verfügung stehende Zeitbudget überschreiten. Selbst das umfangreich angelegte Verfahren der „Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele“, das vergleichsweise streng wissenschaftlich vorgegangen ist, hat für sich nicht in Anspruch genommen, eine vollständige Übersicht zu bieten [2,29]. Gerade den relevanten gesundheitspolitischen Akteuren kommt eine Schlüsselfunktion zu, den Realismus von Gesundheitszielen zu erhöhen und an adäquaten Transferkonzepten mitzuwirken.

Die Erstellung eines Transferkonzepts ist für die wissenschaftliche Priorisierung schwierig. Zwar sind die Ziele samt der dazugehörigen Maßnahmen sorgfältig ausgewählt, die Einbindung der relevanten Akteure findet jedoch erst relativ spät statt. Für den Transfer muss ein politischer Konsens nachträglich hergestellt werden. Ob dies gelingt, ist ungewiss.

### **3.1.4.2 Partizipativer Ansatz**

Der partizipative Ansatz ist das Spiegelbild des wissenschaftlichen Ansatzes und befindet sich auf der gegenüberliegenden Seite des Definitionskontinuums. Die Politik übernimmt die Führung. Diese kann auf Eigeninitiative beruhen, im Sinne einer proaktiven Haltung oder reaktiv erfolgen, aufgrund von Forderungen, die aus der Bevölkerung oder von Verbänden an die Politik heran getragen werden. Ein Ministerium oder eine Regierung ergreift die Initiative und steht bei der Priorisierung der Ziele Pate. In Reinkultur lässt sich dieser theoretisch mögliche Ansatz nicht belegen. Elemente dieses Ansatzes lassen sich im Beispiel Hamburg finden.

## **Box 2: Beispiel für eine pragmatische Priorisierung – Hamburg**

Aufbauend auf die Hamburger Gesundheitsberichterstattung und die 1991 und 1992 erschienenen Berichte zur gesundheitlichen Lage von Kindern, entstand ein Katalog von 14 Zielen zur Kinder- und Jugendgesundheit [30]. Die Prioritätensetzung fand in einem mehrstufigen Abstimmungsverfahren mit Fachleuten aus der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) und externen Experten statt. Allerdings wurden die Akteure im Gesundheitswesen zunächst nicht gezielt auf die Ziele angesprochen. Die Bekanntheit wurde nicht überprüft oder gefördert. Dies änderte sich erst 1994, als die Ziele in den Diskussionsprozess der Gesundheitsförderungskonferenz Hamburg eingespeist wurden [31].

### **3.1.4.3 Pragmatischer Ansatz**

Der pragmatische Ansatz stützt sich sowohl auf wissenschaftliche Expertise als auch auf partizipative Elemente und Konsensprozesse. Diese können parallel laufen. Es ist aber auch ein ständiger Wechsel zwischen wissenschaftlicher und partizipativer Akzentuierung möglich. Eine pragmatische Vorgehensweise liegt z.B. auch dann vor, wenn aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit, der Transparenz oder des begrenzten Zeit- und Ressourcenrahmens an etablierte Systematiken angeknüpft wird. Somit entscheiden sich die Akteure, die Grundlagenforschung nicht selber zu betreiben, sondern beziehen sich auf bereits anerkannte Konzepte. Die wissenschaftliche Untermauerung bzw. die Anwendung von Kriterien setzt dann erst bei der Definition von konkreten Zielen bzw. Teilzielen und Maßnahmen ein. So ist ein wesentlicher Teil des Priorisierungsprozesses partizipativ und ein anderer wissenschaftlich gestaltet.

Für die Gesundheitszielprogramme von England [32], Australien [33] und Nordrhein-Westfalen [4] z.B. gilt, dass sie aus pragmatischen Gründen Interventionsbereiche gewählt haben, die sich mit der WHO-Systematik [34] decken.

Unter den pragmatischen Ansätzen tendiert der australische mehr zur Mitte des Definitionscontinuums, während der nordrhein-westfälische dem politischen Ansatz etwas näher steht.

**Box 3: Beispiel für eine pragmatische Priorisierung – Australien**

1985 wurde in Australien durch den Gesundheitsministerrat auf nationaler Ebene ein Implementations-Komitee zur Durchführung eines Gesundheitszielprogramms gegründet. Der von Experten erarbeitete Bericht wurde von der breiten Öffentlichkeit und den Akteuren nicht angenommen. Daraufhin wurden mit Zustimmung der australischen Gesundheitsminister analog zur WHO-Systematik vier Implementations-Arbeitsgruppen gegründet, in denen nicht nur Wissenschaftler, sondern auch Regierungsvertreter der Staaten und Mitglieder von Nichtregierungsorganisationen vertreten waren. Diese Arbeitsgruppen haben zu den jeweiligen Themen kriteriengestützt konkrete Ziele, einschließlich der Implementationsstrategien, definiert. Die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen wurden dann auf einer Konsensplattform mit der Bundesebene, den föderalen Regierungen, Konsumenten, akademischen Einrichtungen und Berufsverbänden sowie anderen gesellschaftlichen Gruppen zusammengeführt [33].

Im zweiten Anlauf wurden in Australien Konsensplattformen auf zwei Ebenen hergestellt – in den Arbeitsgruppen und landesweit zu den Gesamtergebnissen der Arbeitsgruppen. In Nordrhein-Westfalen ist die zentrale Konsensplattform die Landesgesundheitskonferenz.

#### **Box 4: Beispiel für eine pragmatische Priorisierung – Nordrhein-Westfalen**

Nordrhein-Westfalen hat bei der Vorauswahl der Gesundheitsziele ebenfalls auf die Systematik der WHO zurückgegriffen. Dies geschah im Rahmen eines Konsensprozesses der Landesgesundheitskonferenz NRW. An ihr sind die im Gesundheitswesen wesentlich Verantwortung tragenden Organisationen und Institutionen, u.a. die Heilberufskammern, kassenärztliche Vereinigungen, die gesetzlichen Kostenträger und die Krankenhausgesellschaft beteiligt. Die Priorisierung in Nordrhein-Westfalen verlief somit nicht kriteriengestützt. Allerdings wurde die Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit mit anderen Gesundheitszielprogrammen als vorteilhaft angesehen. Bereits im Rahmen dieses Zielkatalogs wurden konkrete Umsetzungsbereiche, Lösungsansätze und exemplarische Indikatoren vordefiniert [4]. In einem weiteren Schritt werden diese Ziele konkretisiert, Unterziele definiert und Strategien und Maßnahmen benannt. Das erste Umsetzungskonzept zum NRW-Gesundheitsziel 4 „Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen“ wurde 1998 nach Abstimmung mit den Beteiligten im Lande im Kabinett verabschiedet [35]. Im Jahr 2000 wurde das Umsetzungskonzept zu Ziel 2 „Krebs bekämpfen“ publiziert [36]. Die Umsetzungskonzepte basieren auf Gesundheitsberichterstattung und wissenschaftlicher Hintergrundarbeit. Die Priorisierung beruht jedoch nicht auf wissenschaftlichen Kriterien, sondern auf wissenschaftlich untermauerten Konsensentscheidungen. Als Grundlage entsprechender Konsensprozesse wurden zwischenzeitlich die Landesgesundheitskonferenz und die kommunalen Gesundheitskonferenzen durch das „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW“ auch gesetzlich verankert [37].

Im pragmatischen Ansatz tragen sowohl Wissenschaft als auch Politik zur Transparenz bei. Die Herstellung einer Konsensplattform erfolgt unmittelbar und lässt sich nach funktionalen, politischen und sozialen Erfordernissen flexibel erweitern. Da von Anfang an alle relevanten Akteure versammelt sind, können die Transferkonzepte auf dem Praxiswissen beruhen.

### **3.1.5 Kriterien der Priorisierung**

Die vorliegenden Gesundheitszielprogramme legen zum Teil die Kriterien für die Zielauswahl offen. Häufig allerdings in einer Art und Weise, die es nicht erlaubt, die konsequente Durchführung einer kriteriengestützten Definition zu überprüfen. Ein weiteres Problem des Vergleichs liegt in der Natur des pragmatischen Ansatzes. So hat z.B. Australien nach einer Vorauswahl für jeden Zielbereich eigene Kriterien definiert.

Aus diesem Grund sollen insbesondere das Priorisierungskonzept und die Kriterienauswahl der Leitlinienentwicklung hervorgehoben werden. Diese folgt nicht nur international anerkannten Vorgaben, sondern ist bereits in einem Konsensverfahren auf deutsche Verhältnisse abgestimmt worden. Dieser Ansatz wird im Lichte der Vorarbeiten des GVG-Ausschusses „Medizinische Orientierung“ und anderer verwandter Initiativen diskutiert.

#### **3.1.5.1 Leitlinien und HTA**

Die Prioritätensetzung von Leitlinien ist wie andere Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen gleichermaßen eine politische und wissenschaftliche Aufgabe. Sie zielt darauf ab, die begrenzten Ressourcen auf diejenigen Gesundheits- und Versorgungsprobleme zu verteilen, bei denen die Erstellung und Anwendung von Leitlinien den medizinischen, sozialen und ökonomischen Nutzen maximiert [24].

Für die Prioritätensetzung bei der Leitlinienerstellung – wie auch bei der Technologiebewertung – wurden neben dem allgemein geläufigen „common, controversial and costly“ eine Reihe unterschiedlicher Kriterien vorgeschlagen [24]. Unabhängig davon, wie die einzelnen Kriterien definiert werden, lassen sich in Anlehnung an die Prioritätensetzung bei der medizinischen Technologiebewertung [38] – drei übergreifende Kriterienkomplexe bestimmen, die auch für die Leitlinienentwicklung relevant sind:

- die gesundheitliche Bedeutung eines Gesundheits- oder Versorgungsproblems,
- die ökonomische Bedeutung eines Gesundheits- oder Versorgungsproblems und
- der erwartete Impact der Leitlinienentwicklung und -umsetzung.

Übereinstimmend werden von unterschiedlichen Autoren die epidemiologische und ökonomische Bedeutung eines Gesundheitsproblems, das Ausmaß der Praxisvariation und der erwartete Einfluss der Leitlinienentwicklung als bedeutsame Priorisierungskriterien erachtet.

Die Relevanz weiterer Priorisierungskriterien wird hingegen kontrovers diskutiert. Hierzu zählen u.a. die Verfügbarkeit von wissenschaftlich abgesicherten Daten, umstrittene Gesundheits- oder Versorgungsprobleme, abklärungsbedürftige soziale, ethische und rechtliche Fragen, sowie die Interessen bestimmter vulnerabler Bevölkerungsgruppen.

Systematische Ansätze zur kriteriengestützten Prioritätensetzung wurden vor allem in den USA entwickelt. Die bislang umfassendste Bestandsaufnahme zur Priorisierung von Leitlinienthemen wurde 1995 vom US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) vorgelegt [39]. Das IOM schlägt vor, zwischen

- objektiven Kriterien (Prävalenz, Kosten, Praxisvariation) und
- subjektiven Kriterien (individuelle Krankheitslast, Veränderungspotential, gesundheitliche Outcomes, Kosten, ethische, juristische und soziale Aspekte)

zu differenzieren. Außerdem empfahl es, zwischen allgemeinen (general criteria) und institutionsspezifischen Kriterien zu differenzieren.

**Box 5: Beispiel für eine pragmatische Anwendung von Kriterien der Priorisierung: Deutsches Leitlinien-Clearingverfahren**

1999 wurde im Rahmen des Leitlinien-Clearingverfahrens von BÄK, KBV, DKG und GKV-Spitzenverbänden die Themen-Priorisierung mit Hilfe eines qualitativen Näherungsverfahrens vorgenommen. Verglichen wurden die prioritären Leitlinienthemen der vier wichtigsten internationalen Leitlinienagenturen mit den häufigsten Versorgungsproblemen des deutschen Gesundheitssystems. Dabei wurden folgende allgemeinen Priorisierungskriterien soweit berücksichtigt, wie es die begrenzte Datenlage zuließ: Unangemessene Variation der Gesundheitsversorgung, Prävalenz, hohe Krankheitslast in der Bevölkerung, große volkswirtschaftliche Belastung/ hohe Behandlungskosten, Potenzial zur Verbesserung der Versorgungsqualität, Potenzial zur Reduktion von Mortalität oder Morbidität, Existenz iatrogenen Krankheiten oder Interventionen mit signifikanten Risiken oder Kosten, Möglichkeit der Konsentierung einer evidenzbasierten Leitlinie in Deutschland. Vor diesem Hintergrund und gemessen an der Priorisierungs-Übereinstimmung zwischen den Agenturen sowie den jeweils 20 häufigsten deutschen Versorgungsproblemen in Krankenhaus, Allgemeinpraxis, Rehabilitation, Frühberentung und Arzneimittelverbrauch konnten 4 Prioritätenkategorien festgelegt werden.

**Kategorie 1** (Weitgehende Übereinstimmung von intern. Leitlinienthemen und Gesundheitsproblemen in Deutschland) – mit der höchsten Priorität umfasst die Versorgungsprobleme: Chronisch ischämische Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Osteoporose, Raucherentwöhnung, Rückenschmerz, Schlaganfall/ TIA, Schmerztherapie.

**Kategorie 2** (Teilweise Übereinstimmung von Gesundheitsproblemen in Deutschland mit Leitlinienthemen oder große Übereinstimmung von Leitlinienthemen) betrifft die **12 Themen:**

Adipositas, Asthma, Gastritis/ Duodenitis, Demenz, Depressionen, Gehirntrauma, Hämaturie/ Proteinurie, Kolorektales Karzinom, Lungenkarzinom, Mammakarzinom, Otitis media, Thrombose

**Die Kategorie 3** (Einzelne Übereinstimmung zwischen Gesundheitsproblemen in Deutschland und Leitlinienthemen) umfasst 22 Themen.

**Kategorie 4** (Einzelne Leitlinienthemen ohne dokumentierten Bezug zu priorit. Problemen in Deutschland) umfasst 44 Bereiche.

Auf dieser Grundlage wurden im Konsens zwischen den Trägern des Clearingverfahrens folgende Themen als vorrangig angesehen: Hypertonie, Tumorschmerz, Rückenschmerz, Diabetes mellitus (alle Kategorie 1), Asthma bronchiale (Kategorie 2).

Auch für HTA werden in Deutschland gegenwärtig Priorisierungsstrategien diskutiert. So werden am DIMDI im Rahmen des Informationssystems „Gesundheitsökonomische Evaluation/ Health Technology Assessment“ sog. „Standard Operating Procedures“ eingeführt. Diese werden u.a. auch eine Priorisierungssystematik beinhalten.

### **3.1.5.2 Anwendung der Priorisierungskriterien**

Zur Gewichtung, Anwendung, Rangbildung und Auswahl von Priorisierungskriterien liegen unterschiedliche Vorschläge vor. Diese Verfahren unterscheiden sich hinsichtlich ihrer methodischen Komplexität, des erforderlichen Aufwands, des Grades der Standardisierung und der Transparenz. Insbesondere datengestützte, quantitative Verfahren erfordern gegenüber informellen, größtenteils auf Intuition basierenden Verfahren ein hohes Maß an methodischer Expertise.

### 3.1.5.3 Vergleich verschiedener Kriterien zur Priorisierung

Ein strenger Vergleich der Kriterien ist nur bedingt möglich, da sich ihre Anwendung auf unterschiedliche Felder bezieht. Von der Intention her lassen sie sich hingegen vergleichen.

**Tab. 1: Vergleich der Kriterien mit Übereinstimmungen ausgewählter Priorisierungsverfahren**

Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele[2]	International übereinstimmende Auswahlkriterien unterschiedlicher Autoren (Bezug auf HTA)[24]	Kriterien des US-amerikanischen Institute of Medicine 1995 (Bezug auf HTA)[24,40]	Kriterien beim Leitlinien-Clearingverfahren von BÄK, KBV, DKG und GKV-Spitzenverbänden 1998 <sup>5</sup>	GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung“[19]
Verbreitung (Bevölkerungsprävalenz)	Epidemiologische Bedeutung eines Gesundheitsproblems	Prävalenz, Inzidenz	Prävalenz	Verbreitung des Problems
Schweregrad (Mortalität/ Behandlungsprävalenz)		Krankheitslast (Mortalität, Morbidität)	Hohe Krankheitslast in der Bevölkerung	Schweregrad des Problems
Vermeidbarkeit/ Intervenierbarkeit	Erwarteter Einfluss der Leitlinienentwicklung	Potenzial einer Leitlinie zur Verbesserung gesundheitlicher Outcomes	Potenzial zur Reduktion von Mortalität oder Morbidität	
	Ausmaß der Praxisvariation	Praxisvariation	Unangemessene Variation der Gesundheitsversorgung	Diskrepanz zwischen leitlinien-konformer und tatsächlicher Versorgung
	Ökonomische Bedeutung eines Gesundheitsproblems	Kosten für den Umgang mit dem klinischen Problem	Große volkswirtschaftliche Belastung/ hohe Behandlungskosten	Bisheriger Ressourcenaufwand für das Problem
			Potenzial zur Verbesserung der Versorgungsqualität	Verbesserungswürdigkeit bisher praktizierter Organisationsformen der Versorgung

<sup>5</sup> Quelle: ÄZQ [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de) LLpriorLLInfo21199

Freilich beinhalten einige der Systematiken auch Kriterien, die singular vorkommen:

- IOM: Potenzial einer Leitlinie zur Reduzierung von Kosten, gesundheitliche Probleme vulnerabler Bevölkerungsgruppen, ethische, juristische und soziale Aspekte;
- Leitlinien-Clearing: Möglichkeit der Konsentierung einer evidenzbasierten Leitlinie in Deutschland, Existenz iatrogener Krankheiten oder Interventionen mit signifikanten Risiken oder Kosten;
- GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung“: Verfügbarkeit angemessener/ ausreichender Behandlungsangebote (Kapazitäten), Verbesserungswürdigkeit herkömmlicher therapeutischer Strategien, gesundheitspolitische Relevanz der vom Problem betroffenen Gruppen, Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung, Beteiligungsmöglichkeit von Patienten und Angehörigen an der Problemlösung.

Die Kriterien für *gesundheitsziele.de* sollen nicht automatisch eine Rangfolge im Sinne einer Priorisierung erzeugen. Eine mathematische Gewichtung ist von daher nicht notwendig. Vielmehr ist es das Ziel, anhand der Kriterien die zur Auswahl stehenden Ziele informiert diskutieren zu können. Somit dienen die Kriterien eher einer Art Profilerstellung für die jeweils möglichen Gesundheitsziele. Um das Profil vielschichtig zu halten, bietet sich die Auswahl einer größeren Anzahl von Kriterien an. Diese orientieren sich, in modifizierter Form, auf die im Vergleich herausgearbeiteten Kriterien:

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

Einige der Kriterien, die durch den GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung“ in Hinblick auf Versorgungsziele definiert wurde, finden sich hier in überarbeiteter Fassung wieder.

### 3.1.6 Literatur

- 1 Schwartz FW, Kickbusch I, Wismar M. Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public-Health-Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. München-Wien-Baltimore: Urban und Schwarzenberg. 1998: 172-188
- 2 Weber I, Abel M, Altenhofen L, Bächer K, Berghof B, Bergmann KE, Flatten G, Klein D, Micheelis W, Müller PJ. Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen – Fakten – Perspektiven. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1990
- 3 Robra BP. Gesundheitsziele – Chancen für ein ge-(zer-)gliedertes Gesundheitswesen. Arbeit und Sozialpolitik 1989; 43: 378-382
- 4 Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Bielefeld: LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), 1995
- 5 Robra BP, Meye MR, Schwartz FW. Positive Gesundheitsziele: Normative und pragmatische Positionen. Medizin, Mensch, Gesellschaft 1984; 9: 170-176
- 6 Wismar M, Schwartz FW. Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument. Verbesserte Allokationseffizienz in der Gesundheitsversorgung? Gesellschaftspolitische Kommentare 1999; 40: 12-17
- 7 van de Water HPA, van Herten LM. Health policies on target? Review of health target and priority setting in 18 European Countries. Leiden: TNO, 1998
- 8 Abel-Smith B, Figueras J, Holland W, McKee M, Mossialos E. Choices in health policy: an agenda for the European Union. Aldershot-Brookfield USA-Singapore-Sydney: Dartmouth, 1995

- 9 Saltman RB, Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of current Strategies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1997
- 10 Chinitz D, Shalev C, Galai N, Israeli A. Israel's basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit. *BMJ* 1998; 317: 1005-1007
- 11 Calltorp J. Priority-setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. *Health Policy* 1999; 50: 1-22
- 12 Preusker UK. Rationierung im internationalen Vergleich – Skandinavien. Rationierung? Priorisierung! *Arbeit und Sozialpolitik* 2001; 55: 45-53
- 13 Oberlander J, Marmor T, Jacobs L. Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. *Canadian Medical Association Journal* 2001; 164: 1583-1587
- 14 Busse R. Priority-setting and rationing in German health care. *Health Policy* 1999; 50: 71-90
- 15 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen; Sachstandsbericht 1994. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1994
- 16 Schwartz FW, Jung K. Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Sozialer Fortschritt* 2000; 49: 70-75
- 17 Gibis B. Chancen und Limitationen der Prioritätensetzung in der Vertragsärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2000; 94: 603-609
- 18 Holm S. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ* 1998; 317: 1000-1002
- 19 GVG-Ausschuss Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen. Stellenwert von Gesundheitszielen in Politik und Versorgungsrealität. GVG-Veranstaltung am 19. Mai 2000 in Berlin. [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)

- 20 Wismar M, Busse R, Schwartz FW. Gesundheitsziele: Konzeptionelle, methodische und politische Überlegungen zu ergebnisorientierten Gesundheitszielen. Sozialer Fortschritt 1998; 47: 272-279
- 21 Wismar M. Health targets: policies, polity and politics. eurohealth 1999; 5: 7-9
- 22 van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy Part I: lessons learned. Health Policy 2000; 53: 1-11
- 23 van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part II: guidelines for application. Health Policy 2000; 53: 13-23
- 24 Helou A, Perleth M, Schwartz FW. Prioritätensetzung bei der Entwicklung medizinischer Leitlinien. Teil 1: Kriterien, Verfahren und Akteure: eine methodische Bestandsaufnahme internationaler Erfahrungen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2000; 94: 53-60
- 25 Helou A, Wismar M, Busse R, Schwartz FW. Leitlinien in der Medizin: Wissen wo's langgeht. Gesundheit und Gesellschaft 1999; 2: 22-27
- 26 Bergmann KE, Baier WK, Meinschmidt G (Hrsg.). Gesundheitsziele für Berlin: wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge. Berlin-New York: Walter de Gruyter, 1996
- 27 Wildner M, Brunner A, Bergmann KE, Baier W, Haberland J, Meinschmidt G, Hermann S. Schritte zur Konkretisierung von Gesundheitszielen. In: Bergmann KE, Baier WK, Meinschmidt G (Hrsg.). Gesundheitsziele für Berlin: wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge. Berlin-New York: Walter de Gruyter, 1996: 244-245
- 28 National Academy of Sciences. Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Background Paper 1979. Washington D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979
- 29 Weber I, Meye MR, Flatten G. Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten: Zwischenbericht. 1987

- 30 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg. Stadtdiagnose. Gesundheitsbericht Hamburg. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg, 1992
- 31 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg – Zwischenbilanz 1994. Hamburg: BAGS, 1995
- 32 Secretary of State for Health. Saving Lives: Our Healthier Nation. Vol. Cm 4386, London: Stationery Office, 1999
- 33 Commonwealth Department of Human Services and Health. Better Health Outcomes for Australians. National Goals, Targets and Strategies for Better Health Outcomes Into the Next Century. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994
- 34 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Ziele zur "Gesundheit für alle". Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung September 1991. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1993
- 35 Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. NRW-Landesprogramm gegen Sucht - Eine Gemeinschaftsinitiative. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 1999
- 36 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Ziel 2: Krebs bekämpfen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD), 2000
- 37 Weihrauch B. Health targets as a means of a rational health policy in North Rhine-Westphalia. European Journal of Public Health 2000; 10: 34-37
- 38 Eddy D. Selecting technologies for assessment. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1989; 5: 484-501
- 39 Field M. Setting priorities for clinical practice guidelines. Washington D.C.: National Academy Press, 1995

40 Henshall C, Oortwijn W, Stevens A, Grandados A, Banta D. Priority setting for health technology assessment. Theoretical considerations and practical approaches. A paper produced by the Priority Setting Subgroup of the EUR-ASSESS Project. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1997; 13: 144-185



## **3.2 Multisektorale Ausrichtung von Gesundheitszielen**

**Wismar, Brasseit, Angele**

### **3.2.1 Empfehlungen**

Die sektorale Ausrichtung von Gesundheitszielen ist von strategischer Bedeutung bei der Umsetzung von Gesundheitszielen. Die sektorale Gliederung des deutschen Gesundheitswesens ist wiederholt kritisiert worden. Zum einen wird eine sektorale Zergliederung attestiert. Das Ineinandergreifen von Versorgungsangeboten findet nicht hinreichend statt. Zum anderen wird die sektorale Einseitigkeit diskutiert. Das Angebot von Prävention und Gesundheitsförderung aber auch rehabilitativen Maßnahmen wird als zu gering erachtet. Gerade aus diesen Gründen soll Klarheit über die sektorale Ausrichtung der Gesundheitsziele für Deutschland erzielt werden.

- Der multisektorale Ansatz ist für das deutsche Programm zur Definition und Implementierung von Gesundheitszielen die angemessene Vorgehensweise.
- Im multisektoralen Ansatz werden von einem konkreten Gesundheitsziel ausgehend vier strategische Elemente definiert:
  - die Interventionsansätze
  - die Settings bzw. Lebenswelten, in denen die zielführenden Maßnahmen umgesetzt werden
  - die Bereiche des Versorgungskontinuums
  - die aufgrund von Sozialrecht oder anderen Regelungen zuständigen oder verantwortlichen Akteure

### 3.2.2 Executive Summary

Es gibt keinen einheitlichen Sprachgebrauch des Begriffs „Sektor“. Dennoch ist die sektorale Ausrichtung von strategischer Bedeutung, sowohl hinsichtlich der Praktikabilität, der politischen Konsensfindung als auch der gesundheitlichen Effektivität. Im allgemeinen werden dem Sektorenbegriff in Sozialrecht und Gesundheitszielprogrammen vier Bedeutungen beigemessen:

- 1) Interventionsansätze,
- 2) Settings bzw. Lebenswelten,
- 3) das Versorgungskontinuum (Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege),
- 4) sozialrechtlich zuständige Akteure und Vertragspartner.

Diese vier Bedeutungsinhalte überschneiden sich zum Teil.

Für die strategische Ausrichtung eines Gesundheitszielprogramms haben alle vier Begriffsbedeutungen ihre Relevanz. Deshalb soll der Begriff nicht auf eine Definition verengt werden.

Als Modell denkbar sind drei strategische sektorale Ausrichtungen von Gesundheitszielen:

- Das Ein-Sektor-System: Gesundheitsziele und die dazugehörigen Strategien und Maßnahmen sind ausschließlich auf einen Sektor begrenzt.
- Das additive System: Gesundheitsziele und die dazugehörigen Strategien und Maßnahmen sind wie im Ein-Sektor-System sektoral begrenzt. Es werden aber Gesundheitsziele unabhängig voneinander für mehrere Sektoren definiert.
- Das multisektorale System: Gesundheitsziele werden sektoral unabhängig definiert. Die sinnvollen Teilziele, Strategien und Maßnahmen sind vom jeweiligen

Gesundheitsziel abzuleiten und können sich von daher über mehrere Sektoren erstrecken.

Empirisch belegen lässt sich fast ausschließlich nur die multisektorale Ausrichtung von Gesundheitszielprogrammen.

Der Vorteil einer multisektoralen Strategie liegt

- a) in der Flexibilität,
- b) der besseren Ausschöpfung von Effektivitätspotenzialen,
- c) der klareren Einbindung der Akteure.

### **3.2.3 Sektor – Begriffliche Klärung**

Es gibt keine einheitliche Verwendung des Begriffs Sektor im Zusammenhang mit Gesundheit und Gesundheitswesen. Ob im deutschen Sozialrecht, in den Gesundheitszielprogrammen der WHO oder denen verschiedener Länder und Regionen - die Verwendung und Bedeutung des Sektorenbegriffs unterscheidet sich. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass der Sektorenbegriff häufig in seiner allgemeinsten Definition als gesellschaftliches Teilsystem verwendet wird. Häufig finden sich Sektoren auch unter den Zielbereichen, dann aber gemischt mit Interventionsansätze (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Pflege), dem Versorgungskontinuum (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) und Interventionsbereichen (z.B. Schule, Betrieb) und sozialrechtlichen Leistungsbereichen (ambulant, stationär etc.). Häufig überlagern sich die unterschiedlichen Bedeutungsebenen des Sektorenbegriffs.

Eine Klärung des Begriffs scheint dennoch geboten, da die sektorale Ausrichtung von Gesundheitszielen einen strategischen Stellenwert hat. Denn ganz gleich ob Interventionsansatz, Interventionsbereich oder sozialrechtliche Leistungsbereiche gemeint sind, die sektorale Ausrichtung von Gesundheitszielen hat eine wesentliche Auswirkung auf die Auswahl der Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen, sowie auf die Effektivität und Effizienz und die möglichen Nutznießer und die Akteursallianzen.

#### **3.2.3.1 Sektoren als Zielbereiche nach WHO 21**

Eine völlig eindeutige Beschreibung der Zuordnung der Ziele zu den Sektoren lässt sich bei den Gesundheitszielprogrammen selten identifizieren. Einige lehnen sich an die Zielbereiche des WHO-Ansatzes „Gesundheit für alle“<sup>[1]</sup> an:

1. Für eine bessere Gesundheit
2. Gesundheitsförderliche Lebensweise
3. Gesunde Umwelt
4. Bedarfsgerechte Versorgung
5. Entwicklungsstrategien

Allerdings ist die ursprüngliche WHO-Einteilung nicht vollständig schlüssig. Die Zielbereiche 3 und 4 lassen sich einigermaßen trennscharf unterschiedlichen Sektoren zuordnen. Die Zielbereich 1 und 2 hingegen sind eher Interventionsansätze. Eine ganze Reihe von Gesundheitszielprogrammen im In- und Ausland haben sich an diese fünf Bereiche angelehnt, viele jedoch in modifizierter Form.

Mit dem überarbeiteten WHO-Konzept „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ [2] wurde die komplizierte Struktur vereinfacht. Die multisektorale Ausrichtung der Gesundheitsziele wurde jetzt als eine der vier Hauptstrategien hervorgehoben.

### **3.2.3.2 Sektoren nach Versorgungskontinuum**

Australien hat Globalziele nach der Krankheitsklassifikation in den Bereichen Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, Unfälle/ Verletzungen und Psychische Gesundheit ausgewählt; die Strategien und Maßnahmen werden sektoral entlang des "health continuum" präzisiert:

1. Forschung
2. Prävention und Erziehung
3. Diagnose und Behandlung
4. Rehabilitation und Nachsorge/ Langzeitversorgung [3]

### **3.2.3.3 Sektoren nach Settings/ Lebenswelten**

Andere Gesundheitszielprogramme wiederum orientieren sich an Interventionsbereichen oder „settings“ verschiedener Lebenswelten, die sich entlang des Lebenszyklus orientieren, etwa Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätze, Haushalte, Nachbarschaften [4,5].

### **3.2.3.4 Sektoren in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Im Sozialgesetzbuch V (SGB V) hat der Sektorenbegriff keinen zentralen Stellenwert. Lediglich in den Paragraphen 137<sup>6</sup>, 137b<sup>7</sup>, 137d<sup>8</sup>-e<sup>9</sup>, und 140a<sup>10</sup> findet er Verwendung im Sinne der Leistungssektoren stationär/ ambulant. Freilich können auch im stationären Sektor ambulante Leistungen erbracht werden. Von daher beschreibt der Sektorenbegriff im SGB V weit mehr die zuständigen Vertragspartner. Interessanter Weise wird in den genannten Paragraphen der Sektorenbegriff eingeführt, um Zuständigkeitsbereiche, die ansonsten getrennt sind, übergreifend zu koordinieren.

## **3.2.4 Funktionen der sektoralen Ausrichtung von Gesundheitszielen**

### **3.2.4.1 Sektorale Ausrichtung und Bevölkerungsgesundheit**

Das deutsche Gesundheitswesen ist wiederholt für seine organisatorische Gliederung [6] kritisiert worden. Dabei wird das mangelnde Ineinandergreifen von Versorgungsketten hervorgehoben. Gleichfalls wird aber auch auf die nicht ausgenutzten und zum Teil sehr großen Interventionspotenziale verwiesen [7]. Ein Gesundheitszielprogramm, dessen sektorale Ausrichtung auch diese brachliegenden Potenziale mit einbezieht, kann einen Beitrag zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit leisten.

### **3.2.4.2 Konkretisierung**

Die Festlegung der sektoralen Ausrichtung ist ein wichtiger Schritt in der Konkretisierung von Gesundheitszielen. Erst wenn die Sektorenfrage geklärt ist, können auch die Zuständigkeiten und Ressourcenfragen verhandelt werden.

---

<sup>6</sup> Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern  
<sup>7</sup> Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin  
<sup>8</sup> Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation  
<sup>9</sup> Koordinierungsausschuss  
<sup>10</sup> Integrierte Versorgung

### **3.2.4.3 Allokation, Strategien und Effizienz**

Um eine effiziente Mittelallokation zu gewährleisten und somit die Ressourcen ins Ziel zu lenken, kommt es auch darauf an, die Sektoren zu benennen, in welchen die zielgebundenen Maßnahmen die größten Effekte haben.

### **3.2.4.4 Akteure und Allianzen**

Dies führt unmittelbar zur Benennung der Akteure, die die geeigneten Maßnahmen durchführen können. Nur wenn die Akteure bekannt sind, ist es möglich, Zielvereinbarungen zu schließen, bzw. Verantwortlichkeiten zu vereinbaren.

### **3.2.5 Sektorale Ausrichtung von Gesundheitszielen im In- und Ausland**

Modellhaft lassen sich drei Typen von sektoraler Ausrichtung unterscheiden. Das Ein-Sektor-System, das additive System und das multisektorale System.

Wird der Sektorenbegriff im Sinne von Interventionsansätzen verwendet, so würde das Ein-Sektor-System alle gewählten Gesundheitsziele z.B. ausschließlich durch Prävention zu erreichen suchen. Im additiven System würde jedem Ziel ein bestimmter Interventionsansatz zugeordnet. Herz-Kreislauf-Erkrankungen würden z.B. ausschließlich durch Gesundheitsförderung und Diabetes durch kurative Maßnahmen bekämpft. Im multisektoralen System würden für ein Ziel alle sinnvollen und durchführbaren Interventionsansätze gewählt.

Wird der Sektorenbegriff im Sinne von Settings bzw. Lebenswelten interpretiert, so würden im Ein-Sektoren-System alle Gesundheitsziele ausschließlich z.B. im Erziehungssystem ansetzen. Im additiven System hingegen würde ein Ziel beispielsweise auf die Betriebe und ein anderes auf das Versorgungssystem ausgerichtet sein. Im multisektoralen System hingegen könnte ein Gesundheitsziel durch mehrere Maßnahmen in verschiedenen Lebenswelten umgesetzt werden.

Dem gleichen Schema folgend lassen sich die drei Modelle für das Versorgungskontinuum und die Leistungssektoren der GKV definieren.

### 3.2.5.1 Ein-Sektor-Systeme

Gegenwärtig lässt sich ein einziges Gesundheitszielprogramm identifizieren, das - mit Einschränkungen - als Ein-Sektor-System bezeichnet werden kann.

#### **Box 1: Beispiel für ein „Ein-Sektor-System“ – VicHealth**

Die Organisation VicHealth wurde 1987 im Zusammenhang mit dem Victoria Tobacco Act etabliert, aus dessen Steuererträgen sie sich finanziert. In dem strategischen Fünf-Jahres-Plan werden neun Ziele formuliert, die sich ausschließlich auf die Verbesserung der Informationsbasis und den Wissenstransfer für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention beziehen. Der strategische Ansatz von „VicHealth“ soll in der betrieblichen und gemeindeorientierten Organisationsentwicklung zur Anwendung kommen und wird auch unter dem Aspekt eines potentiellen Dienstleistungsexports in den asiatisch-pazifischen Raum entwickelt [8].

VicHealth ist somit ein Ein-Sektor-System im Sinne von Interventionsansätzen. Aber bereits hinsichtlich der Interventionsbereiche verweist es auf eine Pluralität.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass neben dem Entwicklungsplan der Health Promotion Foundation Victoria [8] umfassende Gesundheitszielinitiativen sowohl in Victoria als auch auf Bundesebene (Commonwealth of Australia) [3] existieren. VicHealth mag als komplementäres Programm durchaus seine Berechtigung haben. Für *gesundheitsziele.de* kann es jedoch nicht als Vorbild gelten. Denn gerade die erhofften neuen Kooperationsformen und Konsensprozesse sind in einer eindimensionalen sektoralen Ausrichtung kaum herzustellen.

### 3.2.5.2 Additive Systeme

Das theoretisch denkbare additive System lässt sich empirisch nicht nachweisen. Selbst Gesundheitsziele, die auf den ersten Blick medizin- und damit versorgungsorientiert sind, entsprechen letztlich nicht diesem Modell. So werden bspw. im Diskussionspapier von Sachsen-Anhalt fünf Ziele vorgeschlagen [9]:

- Senkung der Säuglingssterblichkeit auf Bundesdurchschnitt
- Erreichung eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung
- Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankungen
- Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs auf Bundesdurchschnitt
- Verbrauch und Auswirkungen legaler Suchtmittel.

An den Maßnahmenvorschlägen und der Liste der beteiligten Akteure lässt sich eindeutig ablesen, dass die einzelnen Ziele sowohl hinsichtlich der Interventionsansätze, als auch des Versorgungskontinuums der Settings und der sozialrechtlichen Leistungsbereiche einer übergreifenden multisektoralen Strategie folgen.

### **3.2.5.3 Multisektorale Systeme**

Fast alle Gesundheitszielprogramme sind als multisektorale Systeme konzipiert. Das jeweilige Gesundheitsziel wird durch unterschiedliche Strategien umgesetzt, die wiederum in Maßnahmenbündeln münden. So sind einem spezifischen Gesundheitsziel in aller Regel mehrere Interventionsansätze zugeordnet die in unterschiedlichen Settings zu verorten sind. Diese wiederum befinden sich auf dem Terrain verschiedener Leistungssektoren und ihrer Akteure.

Für das multisektorale System lassen sich viele Beispiele anführen. Hier soll die Vorgehensweise des Landes Nordrhein-Westfalen skizziert werden, da es zur Zeit das in der Implementation am weitesten fortgeschrittene Gesundheitszielprogramm in Deutschland ist.

## **Box 2: Beispiel für ein multisektorales System – Nordrhein-Westfalen**

Im Jahre 1995 wurden von der Landes-Gesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen zehn Gesundheitsziele verabschiedet. Zwei Ziele beziehen sich auf die Senkung von Morbidität und Mortalität bezüglich Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen, zwei auf eine gesundheitsförderliche Lebensweise, eines bezieht sich auf eine gesündere Umwelt, drei auf die Verbesserung der Versorgungsstruktur und zwei betreffen Gesundheitsforschung und -information. Damit sind alle möglichen Sektoren relativ gleichwertig abgedeckt, mit einer etwas höheren Gewichtung der Versorgungsstruktur [10].

Zu jedem Ziel wird ein Lösungsansatz konkretisiert, bei dem alle bei der Zielerreichung relevanten Akteure genannt werden. Diese erstrecken sich bei jedem der zehn Ziele zu unterschiedlichen Anteilen über die verschiedenen Sektoren (dort „Ebenen“ genannt), woraus deutlich ersichtlich wird, dass es sich um den Ansatz eines multisektorales System handelt. Im Umsetzungskonzept zum Ziel 2: „Krebs bekämpfen“ wird das ursprüngliche Ziel von 1995 quantifiziert und in sechs Teilziele und jeweils ein bis drei Strategien und Maßnahmen untergliedert [11].

Beispiele für ein multisektorales Vorgehen lassen sich in Deutschland auch jenseits von Gesundheitszielprogrammen finden. So empfiehlt bspw. die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen ein Maßnahmenbündel, das aus Gruppenprophylaxe, individualprophylaktischen Maßnahmen (Fluoridanwendung mit Lack, Gelee, Tabletten, Speisesalz), Mundgesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Sekundärprävention (schadensgerechte Sanierung), sowie altersbezogenen Präventionsinhalten besteht. Prophylaxe und Sanierung gehen hier Hand in Hand. Die Maßnahmen setzen in unterschiedlichen Sektoren und Institutionen an und werden durch verschiedene Akteure getragen [12]. Es wird davon ausgegangen, dass für viele Erkrankungen nicht eine Einzelmaßnahme zu einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit führt, sondern erst das Bündeln verschiedener zielgruppenadäquater Aktivitäten die besondere Effektivität erzeugt. Ein derartiges multisektorales Vorgehen steht im Einklang mit den multikausalen Einflussfaktoren bei der Entstehung von Zahnerkrankungen [13].

Die Übertragbarkeit des multisektoralen Systems auf Deutschland scheint gewährleistet zu sein. So haben sich die Akteure in Nordrhein-Westfalen erst kürzlich auf ein Umsetzungskonzept zu Ziel 2 der zehn Gesundheitsziele verständigt, das alle wesentlichen Züge eines „Integrierten Mischsystems“ trägt. Auch andere Gesundheitszielinitiativen in Deutschland haben zumindest im Diskussionsprozess Elemente des multisektoralen Systems aufgegriffen, so in Hamburg [4], Sachsen-Anhalt [9] und Schleswig-Holstein [14].

Das multisektorale System erscheint auf den ersten Blick aufwendiger als das Ein-Sektor-System oder das additive System. Der konzeptionelle Rahmen muss weiter gespannt werden (es bietet sich z.B. an, Ziele, Teilziele, Strategien und Maßnahmen zu definieren). Dennoch ist es im Transfer den anderen beiden Ansätzen überlegen, da es ein Höchstmaß an Flexibilität bietet. Es ermöglicht, bestehende Maßnahmen in das Zielprogramm einzubinden oder zu einem späteren Zeitpunkt neue Maßnahmen hinzuzufügen. Sollte sich bei der Definition der Gesundheitsziele dennoch ein Gesundheitsziel ergeben, dessen Umsetzung Maßnahmen in nur einem Sektor durch eine einzelne Akteursgruppe bedarf, so kann dies auch im Rahmen des Konzepts des multisektoralen Systems erfolgen.

### 3.2.6 Literatur

- 1 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Ziele zur "Gesundheit für alle". Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung September 1991. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1993
- 2 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, 1998
- 3 Commonwealth Department of Human Services and Health. Better Health Outcomes for Australians. National Goals, Targets and Strategies for Better Health Outcomes Into the Next Century. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994

- 4 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg. Stadtdiagnose. Gesundheitsbericht Hamburg. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg, 1992
- 5 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg – Zwischenbilanz 1994. Hamburg: BAGS, 1995
- 6 Robra BP. Gesundheitsziele – Chancen für ein ge-(zer-)gliedertes Gesundheitswesen. Arbeit und Sozialpolitik 1989; 43: 378-382
- 7 Schwartz FW, Bitzer EM, Dörning H, Grobe T, Krauth C, Schlaud M, Schmidt T, Zielke M. Gutachten Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland: Krankheitskostenlast und Reduktionspotenziale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. Lengerich: Pabst, 2000
- 8 VicHealth. Healthy Victorians 2000. Conceptual and Strategic Plan to the Year 2000. Carlton, Victoria Australia: Victorian Health Promotion Foundation. 1995
- 9 Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt. Gesundheit für Alle. Magdeburg: das Ministerium, 1997
- 10 Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Bielefeld: LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), 1995
- 11 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Ziel 2: Krebs bekämpfen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD), 2000
- 12 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Gruppenprophylaxe 2000. Konzept der Spitzenverbände zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V (Weiterentwicklung Gruppenprophylaxe) vom 20. November 2000. 2000

- 13 Schreiber A. Erkrankungen des Kauorgans. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public Health Buch. München – Wien – Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 485-492
- 14 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein. Zur Gesundheitslage der Kinder in Schleswig-Holstein: Daten, Einschätzungen, Fragen. Kiel: 1997



### **3.3 Tragfähige Gesundheitsziele – Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen**

Ollenschläger

#### **3.3.1 Empfehlungen**

Die Arbeitsgruppe „Status-quo-Analyse“ hat folgende Empfehlungen zur Orientierung von Gesundheitszielen an wissenschaftlichen Erkenntnissen erarbeitet:

- Bei der Auswahl, Konkretisierung und Evaluation von Gesundheitszielen sollen Konzepte und Verfahren Evidenzbasierter Gesundheitspolitik (EbGP) berücksichtigt werden.
- Dabei bedeutet Evidenzbasierte Gesundheitspolitik die Definition (Auswahl, Konkretisierung), Umsetzung und Evaluation von Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung auf der Grundlage formalisierter Partizipations- und Konsensprozesse unter angemessener Berücksichtigung der besten verfügbaren validen und relevanten Belege (=Evidenz).
- Die evidenzbasierte Auswahl von Gesundheitszielen sollte möglichst unter Berücksichtigung des folgenden 3-Stufen-Programms erfolgen:
  - I. Grundlagen und Rahmenbedingungen festlegen
    - Programmziele und Vorgaben definieren
    - Rahmenbedingungen festlegen
    - Priorisierungs- bzw. Auswahlkriterien festlegen
  - II. Wissenschaftliche Orientierung gewährleisten
    - Themenvorschläge systematisch recherchieren
    - Evidenz recherchieren
    - Themenvorschläge analysieren und bewerten
  - III. Partizipation bei der Themenauswahl realisieren
    - Expertenbewertung der Themenvorschläge
    - Öffentliche Diskussion von Themenvorschlägen, Evidenz und Expertenkonsens
    - Endauswahl der evidenzbasierten Gesundheitsziele

- Das gleiche Schema ist prinzipiell auf die Konkretisierung, nämlich die Auswahl von Strategien und Maßnahmen anzuwenden.

### 3.3.2 Executive Summary

Bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung wird zunehmend die Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen – an den Kriterien der Evidenzbasierten Gesundheitspolitik (EbGP) – gefordert. Dabei bedeutet Evidenzbasierte Gesundheitspolitik die Definition (Auswahl, Konkretisierung), Umsetzung und Evaluation von Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -versorgung auf der Grundlage formalisierter Partizipations- und Konsensprozesse unter angemessener Berücksichtigung der besten verfügbaren validen und relevanten Belege (=Evidenz). Dieses in mehreren Gesundheitszielprogrammen bewährte Vorgehen gewährleistet, dass sich die Auswahl von Gesundheitszielen und von Maßnahmen zu ihrer Realisierung am objektiven Bedarf, am Nachweis der Intervenierbarkeit, aber auch am Bedürfnis der Öffentlichkeit orientiert (s. Kapitel 3.1)

Auf der Grundlage internationaler Erfahrungen wird ein 3-Stufen-Programm zur Entwicklung wissenschaftlich orientierter (=evidenzbasierter) Gesundheitsziele vorgeschlagen.

- Stufe I (Grundlagen und Rahmenbedingungen festlegen) umfasst die Definition gesellschaftlicher bzw. politischer Zielvorgaben, die Festlegung einer bestimmten Themenanzahl und die Charakterisierung valider und relevanter Auswahlkriterien.
- Stufe II (Wissenschaftliche Orientierung gewährleisten) zielt auf systematische Recherche, Analyse und Bewertung von Themenvorschlägen sowie von Belegen für deren Sinnhaftigkeit und Praktikabilität.
- In Stufe III (Partizipation bei der Themenauswahl realisieren) soll die exemplarische Auswahl evidenzbasierter Gesundheitsziele durch strukturierte Konsens- und Partizipationsverfahren erfolgen.

Der vorgeschlagene Stufenplan ist durch die Abfolge von Phasen systematischer Evidenzrecherchen und -bewertungen mit formalisierten Konsultations-, Partizipations- und Entscheidungsprozessen charakterisiert. Hierdurch kann gewährleistet werden, dass die Maßnahmen, die aus Gesundheitszielen resultieren sollen, einem objektiv feststellbaren Bedarf entsprechen, zur Beeinflussung geeignet sind, fachge-

recht und in effizienter Form erbracht werden und dabei zugleich einen positiven Nettonutzen für die Bevölkerung aufweisen.

### 3.3.3 Problemstellung und Definition

Zunehmend wird im In- und Ausland bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung die Frage nach der Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen gestellt. In diesem Zusammenhang wird die Berücksichtigung des Gedankens der „Evidenzbasierten Gesundheitspolitik“ gefordert [1, 2] (s. Abb. 1).

So beruht nach Vorstellung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen *„Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung auf dem Grundgedanken, dass Entscheidungen zur Einzelgesundheit und zur Bevölkerungsgesundheit sich mehr als bisher auf relevante und vor allem nachprüfbare empirische Informationen stützen soll. Und dieses Prinzip gilt sowohl für den gesundheitlichen Versorgungs-, als auch den politischen Entscheidungsprozess. Eine solche Evidenzbasierung von Politik ist ohne einen vorgeschalteten Zielfindungsprozess undenkbar“* ([2]–Absatz 74.)

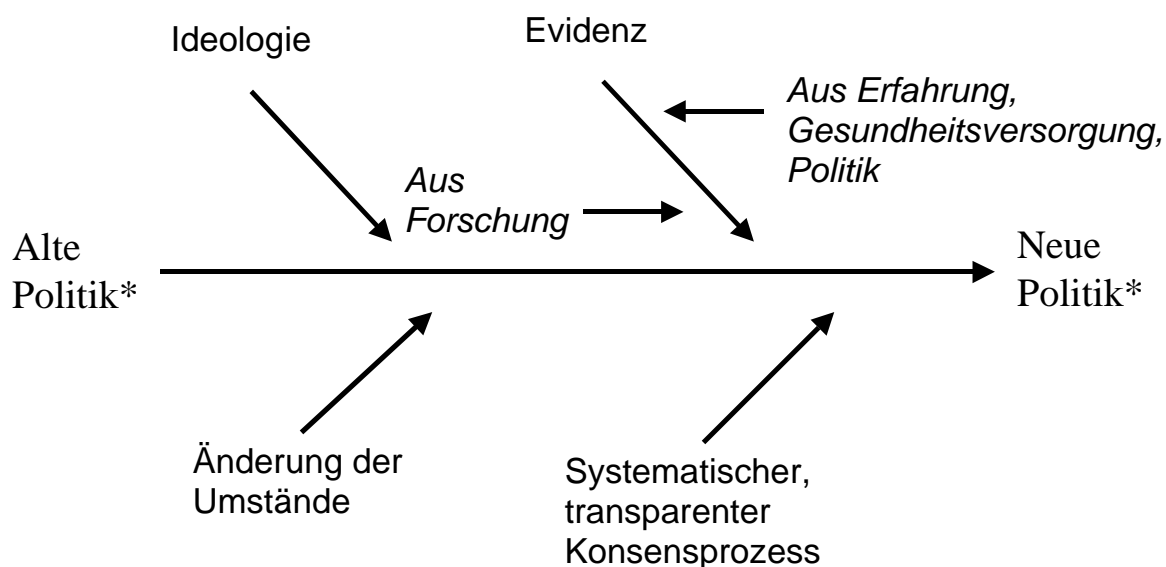
Was bedeutet in diesem Zusammenhang „Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen“ (=Evidenzbasierung“) der Definition (Auswahl, Konkretisierung) und Implementierung von Gesundheitszielen?

#### **Box 1: Definition evidenzbasierter Gesundheitspolitik**

Evidenzbasierte Gesundheitspolitik bedeutet die Definition, Umsetzung und Evaluation von Zielen und Maßnahmen auf der Grundlage formalisierter Partizipations- und Konsensprozesse unter angemessener Berücksichtigung der besten verfügbaren validen und relevanten Belege (=Evidenz).

Systematische und transparente Verfahren der wissenschaftlichen Recherche und Analyse sowie der Konsensbildung treten an die Stelle von Zufallsexpertisen und -entscheidungen. Dabei ist der Qualität der Partizipation und Konsensbildung eine mindestens ebenso wichtige Rolle zuzumessen wie der Qualität der wissenschaftlichen Fundierung (nach [3]).

Wissenschaftlich orientierte (=evidenzbasierte) Gesundheitsversorgung und -politik zielen somit auf optimale Nutzung aller zur Verfügung stehenden Erkenntnisse aus Wissenschaft, Gesundheitsversorgung und Politik bei der Entscheidungsfindung und nicht auf die isolierte Berücksichtigung wissenschaftlicher Studien oder Metaanalysen (nach [4]).



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

Abb. 1: Evidenzbasierung der Gesundheitspolitik (verändert nach [1] S. 185)

### 3.3.4 *gesundheitsziele.de* und die Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen

Das im folgenden Abschnitt vorgestellte 3-Stufen Programm ist prinzipiell auf alle Phasen von *gesundheitsziele.de* anzuwenden. So fanden bereits bei der exemplarischen Auswahl der Gesundheitsziele Verfahren und Elemente der Evidenzbasierten Gesundheitspolitik Anwendung. Für die Konkretisierung (vgl. Kap. 5.1 Vom Ziel zur Maßnahme – Konkretisierung von Gesundheitszielen) der ausgewählten Gesundheitsziele werden bei der Recherche, Auswahl und Vereinbarung geeigneter Teilziele, Strategien und Maßnahmen ebenfalls die Verfahren und Methoden der Evidenzbasierung zum Einsatz kommen müssen, um die Tragfähigkeit, Effektivität, Nachvollziehbarkeit und Sinnhaftigkeit von *gesundheitsziele.de* zu gewährleisten. Den Arbeitsgruppen kommt hierbei die Aufgabe zu, der Orientierung an wissenschaftlichen

Erkenntnissen in ihrer Arbeit Rechnung zu tragen. Die Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen erstreckt sich über die Konkretisierungsphase hinaus und umfasst auch die Evaluation der Maßnahmen, Strategien, Teilziele und Ziele.

### **3.3.4.1 Evidenzbasierte Auswahl von Gesundheitszielen**

Die Vielzahl möglicher Interventionen sowie die Begrenzung der zur Verfügung stehenden personellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen machen eine exemplarische Auswahl von Gesundheitszielen und der damit verbundenen Maßnahmen sinnvoll und notwendig. Bereits bei der Auswahl der Zielthemen sind mögliche Strategien und Maßnahmen zu sondieren. Nur so lässt sich bspw. die Interventionsfähigkeit, die mit einem Ziel verbunden ist, belegen. Die Festlegung der Maßnahmen erfolgt allerdings erst während der Konkretisierung.

Die Auswahlkriterien sollten sich am objektiven Bedarf, am Nachweis der Interventionsfähigkeit, aber auch am Bedürfnis der Öffentlichkeit orientieren. (verändert nach [2]-Absatz 249). Hierbei handelt es sich um Postulate, die mittlerweile international bei den Auswahl- und Entwicklungsverfahren evidenzbasierter Leitlinien berücksichtigt werden [5, 6] (s. Kap. 3.1). Auf dieser Grundlage wird nachfolgend ein 3-Stufen-Programm zur evidenzbasierten Auswahl von Gesundheitszielen vorgeschlagen (Tab. 1).

**Tab. 1: Vorschlag für ein 3-Stufen-Programm zur evidenzbasierten Auswahl von Gesundheitszielen**

<b>Stufe</b>	<b>Aufgaben</b>	<b>Ziele</b>
<b>I. Grundlagen und Rahmenbedingungen Festlegen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmziele und (Ziel)Vorgaben definieren</li> <li>• Rahmenbedingungen festlegen</li> <li>• Priorisierungs- bzw. Auswahlkriterien festlegen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesellschaftliche/ politische (Ziel)Vorgabe</li> <li>• x Themen pro Zeiteinheit</li> <li>• Valide und relevante Priorisierungs- bzw. Auswahlkriterien</li> </ul>
<b>II. Wissenschaftliche Orientierung Gewährleisten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Themenvorschläge systematisch recherchieren</li> <li>• Evidenz recherchieren</li> <li>• Themenvorschläge analysieren und bewerten, vorläufige Themenauswahl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Themen, die Priorisierungs- bzw. Auswahlkriterien berücksichtigen</li> <li>• Belege für Sinnhaftigkeit der Vorschläge finden</li> <li>• Themenvorschläge vor dem Hintergrund der recherchierten Belege systematisch bewerten</li> </ul>
<b>III. Partizipation bei der Themenauswahl Realisieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertenbewertung der vorläufigen Themenauswahl</li> <li>• Öffentliche Diskussion von Themenvorschlägen, Evidenz, und Expertenkonsens</li> <li>• Endauswahl der evidenzbasierten Gesundheitsziele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierter Expertenkonsens zu prioritären Gesundheitszielen (z.B. durch Delphi-Verfahren)</li> <li>• Partizipation der Öffentlichkeit an der Themenauswahl</li> <li>• X prioritäre evidenzbasierte Gesundheitsziele</li> </ul>

Dabei wechseln Phasen systematischer Evidenzrecherchen und -bewertungen mit formalisierten Konsultations-, Partizipations- und Entscheidungsprozessen ab.

Auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass die Gesundheitsziele

- einem objektiv feststellbaren Bedarf entsprechen,
- zur Beeinflussung geeignet sind und dabei zugleich einen positiven Nettonutzen für die Bevölkerung aufweisen (der gesundheitliche Nutzen – wie etwa Lebenserwartung oder Lebensqualität – übersteigt den möglichen Nachteil – zum Beispiel im Sinne von unerwünschten Risiken/ Wirkungen),

- fachgerecht erbracht werden, d.h. derart, dass nicht durch Defizite der Qualität ihrer Erbringung vermeidbare Schäden verursacht werden oder möglicher Nutzen nicht ausgeschöpft wird,
- ferner nicht nur bedarfsgerecht sondern auch in effizienter Form erbracht werden (modifiziert nach [2]-Absatz 141).

Die öffentlichen, in formalisierter Weise durchgeführten Partizipations-, Konsultations- und Konsensverfahren garantieren, dass Gesundheitsziele, die einem öffentlichen Bedürfnis entsprechen, ohne im engen Sinne wissenschaftlich belegt zu sein, nicht unberücksichtigt bleiben und in die letztendlich politischen Entscheidungen einfließen können.

Dieser „pragmatische Ansatz“ (s. Kapitel 3.1) beruht auf der Erkenntnis, dass Priorisierungs- bzw. Auswahlprozesse weder rein wissenschaftlich noch rein partizipativ bzw. politisch erfolgen können. Vielmehr sollen Konsensentscheidungen handlungsorientiert und zugleich wissenschaftlich reflektiert werden.

Auf diese Weise können Befürchtungen, nach denen die Übertragung von Kriterien der Evidenzbasierten Medizin auf die Gesundheitsförderung zur Bevorzugung besser untersuchter, in der Regel weniger komplexer Interventionen führen ([2]-Absatz 250) begegnet werden.

Die Realisierbarkeit eines solchen Vorgehens ist durch zahlreiche Projekte im In- und Ausland belegt (s. Tab. 2). Beispielhaft für die Festlegung von Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Auswahl wissenschaftlich orientierter Gesundheitsziele sind zum Beispiel die Projekte "Saving lifes - Our Healthier Nation" aus Großbritannien [7], die Gesundheitsziele von Nordrhein-Westfalen [8], sowie die Priorisierungs- bzw. Auswahlkriterien der US Preventive Service Task-Force [9] oder etwa der GVG. In allen genannten Kampagnen wird vorgegeben, dass die Auswahl von Gesundheitszielen unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Evidenz zu erfolgen hat. Teilweise (z.B. [9]) wird die Technik der wissenschaftlichen Bewertung (Evidenzbasierung) von den politischen Rahmenbedingungen vorgegeben.

**Tab. 2: Beispiele und Quellen für die Realisierung des vorgeschlagenen 3-Stufen-Programmes zur evidenzbasierten Auswahl von Gesundheitszielen**

Schritt	Aufgaben	Ziele	Beispiele	Quellen zu den Beispielen
<b>Stufe I: Grundlagen und Rahmenbedingungen festlegen</b>				
1	Programmziele und (Ziel)Vorgaben	Gesellschaftliche/ politische (Ziel)Vorgabe	Saving Lives: Our Healthier Nation (UK) [7]	<a href="http://www.ohn.gov.uk/ohn/ohn.htm">www.ohn.gov.uk/ohn/ohn.htm</a>
2	Rahmenbedingungen festlegen	Vorgabe von x Themen pro Zeiteinheit	Gesundheitsziele NRW [8]	<a href="http://www.loegd.nrw.de/Loegd/Politik/Ziele/pub.html">www.loegd.nrw.de/Loegd/Politik/Ziele/pub.html</a>
3	Priorisierungs- bzw. Auswahlkriterien festlegen	Valide und relevante Priorisierungs-bzw. Auswahlkriterien	Priorisierungs- bzw. Auswahlkriterien <ul style="list-style-type: none"> <li>• USPSTF [9]</li> <li>• GVG</li> </ul>	<a href="http://www.ahrq.gov/clinic/cpsix.htm">www.ahrq.gov/clinic/cpsix.htm</a>
<b>Stufe II: Wissenschaftliche Orientierung gewährleisten</b>				
4	Themenvorschläge systematisch recherchieren	Themen, die Priorisierungs- bzw. Auswahlkriterien berücksichtigen	Standard SIGN Application Procedure (UK) [6]	<a href="http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section3.html">Wwww.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section3.html</a>
5	Evidenz recherchieren	Belege für Sinnhaftigkeit der Vorschläge finden	Cochrane Tobacco Addiction Group List of Reviews [10]	<a href="http://www.dphpc.ox.ac.uk/cochrane_tobacco/reviews.html">www.dphpc.ox.ac.uk/cochrane_tobacco/reviews.html</a> (s. Tab. 4)
6	Themenvorschläge bewerten	Themenvorschläge vor dem Hintergrund der recherchierten Belege bewerten, vorläufige Themenliste erstellen	Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the "wider public health" agenda. (UK) [11]	<a href="http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm">www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm</a> (s. Tab. 3)
<b>Stufe III: Partizipation bei der Themenauswahl realisieren</b>				
7	Expertenbewertung der vorläufigen Themenauswahl	Strukturierter Expertenkonsens zu prioritären Gesundheitszielen (z.B. durch Delphi-Verfahren)	„Towards a healthier Scotland“ und "Future Directions for Public Health in New South Wales"	<a href="http://www.scotland.gov.uk/library/documents-w7/tahs-01.htm">www.scotland.gov.uk/library/documents-w7/tahs-01.htm</a> <a href="http://www.health.nsw.gov.au/public-health/futdir/futdir.pdf">www.health.nsw.gov.au/public-health/futdir/futdir.pdf</a>
8	Öffentliche Diskussion von Themenvorschläge, Evidenz, und Expertenkonsens	Partizipation der Öffentlichkeit an der Themenauswahl	„National Open Conference“ von SIGN Nationale Qualitätskonferenz der AQS	<a href="http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section7.html">www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section7.html</a> <a href="http://www.aqs.de">www.aqs.de</a>
9	Endauswahl der evidenzbasierten Gesundheitsziele	Festlegen von x evidenzbasierten Gesundheitsthemen und Interventionen in breitem Konsens	10 vorrangige Gesundheitsziele NRW Leitlinien Canadian Task Force Prevent. Health Care	<a href="http://www.loegd.nrw.de/Loegd/Politik/Ziele/pub.html">www.loegd.nrw.de/Loegd/Politik/Ziele/pub.html</a> <a href="http://www.ctfphc.org/index.html">www.ctfphc.org/index.html</a> (s. Anlage 2)

Für das Vorgehen zur wissenschaftlichen Orientierung existiert eine Fülle von konkreten Projekten [6,10,11] (s. Tab. 2). Die Technik der Evidenzrecherche in nationalen und internationalen Datenbanken ist mittlerweile allgemein standardisiert und wird in Deutschland seit Jahren unter anderem im Rahmen von Leitlinien-Erstellung und -Clearing [5] sowie von Technologiebewertungen (HTA-Reports) praktiziert.

Problematisch ist derzeit noch die Verfügbarkeit valider Versorgungsdaten in Deutschland, die bei der Auswahl von Gesundheitszielen berücksichtigt werden müssen. Hier besteht politischer Handlungsbedarf.

Vorbildlich für die systematische Bewertung möglicher Gesundheitsziele vor dem Hintergrund der recherchierten Evidenz ist die Vorgehensweise des Evidenzreports „Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the “wider public health” agenda” (UK) (s. Tab. 3 [11]).

**Tab. 3: Beispiel für Evidenzanalyse zu den Gesundheitszielen von Saving Lives Our Helthhier Nation<sup>11</sup>**

<b>CHAPTER</b>
<b>Introduction</b> Introduction, materials and methods, contents and acknowledgements
<b>A National Contract on Cancer</b> <i>Cochrane Cancer Network</i> : Allison Hirst, Sally Hunt, Mark Lodge and Chris Williams.
<b>A National Contract on Coronary Heart Disease and Stroke</b> <i>Cochrane Heart Group</i> : Karen Rees, Debbie A Lawlor and Shah Ebrahim. <i>Cochrane Stroke Group</i> : Jonathan Mant.
<b>A National Contract on Accidents</b> <i>Cochrane Injuries Group</i> : Frances Bunn, Ian Roberts and Carolyn DiGiuseppi.
<b>A National Contract on Mental Health</b> <i>Cochrane Schizophrenia Group</i> : Clive Adams and Simon Gilbody <i>Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group</i> : Simon Wessley (with input from Philip Davies, Geraldine Macdonald and Anthony Petrosino).
<b>Education</b> <i>Campbell Education Group</i> : Philip Davies and Lizi Holmes.
<b>Social Care and Social Welfare</b> <i>Cochrane Psychological, Developmental and Learning Problems Group</i> : Geraldine Macdonald, Jane Dennis and Margaret Burke
<b>Crime, Drugs and Alcohol</b> <i>Campbell Crime and Justice Group</i> : Anthony Petrosino.
<b>Appendix 1: Search Strategies</b> <i>NHS Centre for Reviews and Dissemination</i> : Julie Glanville and Kate Misso
<b>Appendix 2: References to all systematic reviews cited in this report</b>

Hier wurden die einzelnen Vorschläge für ein nationales Gesundheitszielprogramm systematisch auf Sinnhaftigkeit, Wissenschaftlichkeit und Realisierbarkeit (s. [7] Kapitel 3.3.3.) überprüft. Die Ergebnisse wurden in einem "Evidenzreport" zusammengestellt, der die wissenschaftliche Orientierung der weiteren politischen Diskussion ermöglicht.

<sup>11</sup> Contributors to the Cochrane Collaboration and the Campbell Collaboration. *Evidence form systematic reviews of research relevant to implementing the 'wider public health' agenda*. NHS Centre for Reviews and Dissemination <http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm> August 2000.

Die Evidenzbewertung ist – ebenso wie die Evidenzrecherche – mittlerweile zur Routine geworden. Auch hier sei auf die deutschen Leitlinien- und HTA-Projekte verwiesen.

Um auf der Grundlage eines Evidenzberichtes einen breiten gesellschaftlichen Konsens zu evidenzbasierten Gesundheitszielen zu erreichen, bedarf es eines partizipativen Ansatzes in mehreren Schritten.

- In Analogie etwa zu Programmen aus Schottland oder New South Wales [12, 13] (s. Tab. 2) wird zum einen eine Beteiligung ausgewählter Experten aus Wissenschaft, Bevölkerung, Leistungserbringern und Politik vorgeschlagen. Hierfür bietet sich die Technik des Delphi-Verfahrens an.
- Danach sollten die Inhalte des Evidenzberichtes und die Ergebnisse des Delphi-Verfahrens in einem offenen Verfahren (z.B. in Form einer Nationalen Konferenz zu Gesundheitszielen) abgestimmt werden. Formale Vorbilder für diese Vorgehensweise sind etwa die Open Conferences des Schottischen Leitlinien Netzwerks [14] oder auch das Projekt "Nationale Qualitätskonferenz" der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin "AQS" [15] (s. Tab. 2).

Durch dieses mehrstufige Verfahren kann die Auswahl evidenzbasierter Gesundheitsziele (=wissenschaftliche Orientierung + Partizipation der Betroffenen) gewährleistet werden.

### **3.3.4.2 Evidenzbasierte Konkretisierung von Gesundheitszielen**

Darüber hinaus kann das vorgeschlagene 3-Stufen-Programm die evidenzbasierte Konkretisierung von Gesundheitszielen, inklusive der jeweils zur Erlangung dieser Ziele notwendigen Implementierungsverfahren, garantieren:

- Aus dem vordergründig aufwändigen Verfahren resultieren automatisch die Recherche und Evidenzbewertung für die Entwicklung operationalisierbarer Handlungsempfehlungen zu einem Gesundheitsziel (s. Anhang [16]).

- Ohne eine Darlegung konkreter Teilziele, Strategien, Maßnahmen, Indikatoren und Evaluationsverfahren in einer Handlungsempfehlung bleibt ein Gesundheitsziel politische Idee – ohne in der Realität zur Verhältnis- oder Verhaltensänderung zu führen.

Das Ergebnis einer Evidenzrecherche zu möglichen Maßnahmen zur Erreichung eines Gesundheitsziels ist in Tab. 4 am Beispiel „Suchtprävention – Tabakabhängigkeit“ dargestellt [10].

**Tab. 4: Beispiel für wissenschaftliche Evidenz zum Thema „Suchtprävention – Tabakabhängigkeit“: Cochrane Tobacco Addiction Group<sup>12</sup>**

1	Nicotine replacement therapy for smoking cessation	Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T
2	Physician advice for smoking cessation	Silagy C, Ketteridge S
3	Training health professionals in smoking cessation	Lancaster T, Silagy C, Fowler G, Spiers I
4	Acupuncture for smoking cessation	White AR, Rampes H.
5	Clonidine for smoking cessation	Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL
6a	Antidepressants for smoking cessation	Hughes JR, Stead LF, Lancaster TR
6b	Anxiolytics for smoking cessation	Hughes JR, Stead LF, Lancaster TR
7	Lobeline for smoking cessation	Stead LF, Hughes JR
8	Silver acetate for smoking cessation	Lancaster T, Stead LF
9	Aversive smoking for smoking cessation	Hajek P, Stead LF
10	Mecamylamine for smoking cessation	Lancaster T, Stead LF
11	Hypnotherapy for smoking cessation	Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E
12	Group behaviour therapy programmes for smoking cessation	Stead LF, Lancaster T
13	Mass media interventions for preventing smoking in young people	Sowden AJ, Arblaster L
14	Self-help interventions for smoking cessation	Lancaster T, Stead LF
15	Individual behavioural counselling for smoking cessation	Lancaster T, Stead LF
16	Nursing interventions for smoking cessation	Rice, VH, Stead L
17	Interventions for preventing tobacco sales to minors	Lancaster T, Stead LF
18	Community interventions for preventing smoking in young people	Sowden AJ, Arblaster L
19	Interventions for preventing tobacco smoking in public places	Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M
20	Exercise interventions for smoking cessation	Ussher MH, West R, Taylor AH, McEwen A

<sup>12</sup> List of Reviews [http://www.dphpc.ox.ac.uk/cochrane\\_tobacco/reviews.html](http://www.dphpc.ox.ac.uk/cochrane_tobacco/reviews.html)

Es wird u.a. Aufgabe der Arbeitsgruppen sein, aus der verfügbaren Evidenz Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zu entwickeln, um die fachgerechte Umsetzung zu unterstützen.

In diesem Zusammenhang sei auf die Einschätzung des Sachverständigenrates verwiesen, nach der das „*Vordringen von (evidenzbasierten) Leitlinien im wissenschaftlichen, aber auch im gesundheitspolitischen Bereich der Gesundheitsversorgung prinzipiell die Umsetzbarkeit von Gesundheitszielen (d. h. die Implementierung) verbessert*“ (nach [2]–Absatz 74).

So kann zum Beispiel ein Gesundheitsziel, das die Versorgung chronisch Kranker stärker als bisher in den Mittelpunkt rückt, durch die Berücksichtigung des vorgeschlagenen Stufen-Plans unmittelbar seinen Niederschlag in evidenzbasierten Handlungsempfehlungen finden, z.B. durch Akzentuierung von Patientenschulung, aktivierender Rehabilitation unter Zurückdrängung inadäquater akutkurativer Routinen [17].

Durch die frühzeitige und systematische Einbeziehung der Bevölkerung und der Leistungserbringer wird die vorhandene Evidenz zur Wirksamkeit und Vorgehensweise für Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung verfügbar und in den Schlüsselbereichen der Gesundheits- und Sozialversorgung (z.B. bei Lehrern und Hausärzten) sowie in der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Informations- und Kompetenzdefizite bezüglich der Wirksamkeit und Praktikabilität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung könnten auf diese Weise abgebaut (vgl. [2]-Absätze 211-213) und das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung gestärkt werden (vgl. [2]-Absätze 232-236).

### **3.3.4.3 Evidenzbasierte Evaluation von Gesundheitszielen**

Fragen bzw. Probleme der Evaluation von Gesundheitszielen sollten schon bei der Definition beachtet werden. Das erste Problem lässt sich als „Evolutionsfalle“ beschreiben ([2]–Absatz 78): Wurden Gesundheitsziele im vorgegebenen Rahmen nicht erreicht, so werden sie häufig als zu ambitioniert kritisiert. Werden sie hingegen

erreicht, so stehen sie oftmals im Verdacht, nicht anspruchsvoll genug zu sein oder lediglich eine ohnehin stattfindende Entwicklung nachzuzeichnen. Um dieser „Evolutionsfalle“ zu entgehen, müssen die zurechenbaren Effektgrößen der Maßnahmen bekannt sein. Dies setzt jenseits von Diskurs- und Konsensfunktion von Gesundheitszielen eine angemessene wissenschaftliche Fundierung (=Evidenzbasierung) bei der Auswahl, Konkretisierung und Evaluation von Gesundheitszielen voraus.

Aus dem 3-Stufen-Schema resultieren:

- die Identifizierung evidenzbasierter praktikabler Evaluationskriterien,
- der Konsens über angemessene Evaluationsmaßnahmen und –prozeduren (vgl. Kap. 5.3 Fortschritte bewerten - Evaluation von Gesundheitszielen).

### **3.3.5 Anhang**

**Beispiel für Gesundheitsziel und Abstrakt der zugehörigen Leitlinie:**

**Preventive Health Care, 2000 Update: Prevention of Child Maltreatment –  
(Canadian Task Force on Preventive Health Care)**

#### ***Objective***

The objective of this review was to make recommendations for programs for primary prevention of child maltreatment (physical abuse, neglect, sexual abuse, and emotional abuse) in the periodic health examination of Canadian children and adults. This is an update of the 1993 Canadian Task Force guidelines. This update includes a review of any intervention focused on preventing child maltreatment, whether directed at the general population or at high-risk individuals or groups. It does not include programs aimed at "tertiary prevention", also referred to as clinical services, for cases in which the child or family has experienced abuse and the emphasis is on preventing recurrence or progression.

#### ***Burden of Suffering***

The term maltreatment includes all types of child victimization but is commonly divided into the subcategories of physical abuse, neglect, sexual abuse and emotional abuse. Although many episodes of child maltreatment go unreported, an estimated

45 reports of suspected child maltreatment per thousand children were received in 1992 in the U.S. A 1993 study showed that the incidence of child maltreatment investigations was 21 per 1000 children in Ontario, and rates of child sexual abuse in Ontario and Quebec were 1.57 and 0.87 per 1000 children, respectively. The dissimilarity between the two provinces is attributed to differences in institutional response rather than differences in rates of child sexual abuse. One prevalence survey has been conducted in Canada since the 1993 review. In the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey, a self-administered questionnaire, 31.2 % of males and 21.1 % of females reported a history of child physical abuse, and 4.3 % of males and 12.8 % of females reported a history of child sexual abuse.

Children who are maltreated may suffer from cognitive, emotional and social impairment in addition to physical disabilities; and may also be susceptible to many types of psychiatric impairment including depression, personality disorders, anxiety, substance abuse, suicidal behaviour, conduct disorder and criminal behaviour. Risk indicators for physical abuse are low socio-economic status, young maternal age, large family, single-parent family, parental history of physical maltreatment, spousal violence, lack of social support, unplanned pregnancy, negative attitude toward pregnancy, substance abuse, male sex, recent life stressors, maternal psychiatric impairment, low maternal education level, lack of attendance at prenatal classes, substance abuse and low religious attendance. Risk indicators for sexual abuse are living in a family without a natural parent, growing up in a family with poor marital relationships between parents, presence of a step-father, poor parent-child relationship, unhappy family life, low maternal age and parental death. Risk indicators for neglect include parental sociopathic behaviour and substance abuse.

### **Options**

Screening methods include staff-administered checklists (Family Stress Checklist and Dunedin Family Services Indicator), self-administered questionnaires (Child Abuse Potential Inventory, Michigan Screening Profile of Parenting, Adult Adolescent Parenting Inventory, and Parent Opinion Questionnaire), and standardized interviews. Screening can include the use of risk indicators for physical and sexual abuse

and neglect. Preventive measures include perinatal and early childhood programs, such as hospital support, home visitations, comprehensive health care programs, parental training programs, and educational programs for children, parents, and teachers.

### **Outcomes**

The occurrence of one or more of the subcategories of physical abuse, sexual abuse, neglect or emotional abuse was evaluated. Other outcomes included the sensitivity and specificity of tests and adverse events of testing. For screening and preventive manoeuvres, outcomes such as identification of individuals at risk of experiencing or committing child maltreatment, decreased incidences of injuries and ingestions, improved knowledge and prevention skills for parents and children, reduced number of out-of-home placements, and increased incidences of disclosure of victimization were measured.

### **Evidence**

MEDLINE, HealthStar, PSYCINFO, ERIC, and Current Contents were searched from 1993 to February 1999 using the terms child abuse, child neglect, incest, and battered child syndrome. The type of publication was limited to original research articles, reviews, meta-analyses, practice guidelines, and literature reviews.

### **Recommendations were graded as:**

A	Good evidence to support the recommendation that the condition be specifically considered in a PHE.
B	Fair evidence to support the recommendation that the condition be specifically considered in a PHE.
C	Poor evidence regarding inclusion or exclusion of the condition in a PHE, but recommendations may be made on other grounds.
D	Fair evidence to support the recommendation that the condition be specifically excluded from consideration in a PHE.
E	Good evidence to support the recommendation that the condition be specifically excluded from consideration in a PHE.

**Quality of evidence was rated according to 5 levels:**

I	Evidence from at least 1 properly randomized controlled trial (RCT).
II-1	Evidence from well-designed controlled trials without randomization.
II-2	Evidence from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than 1 centre or research group.
II-3	Evidence from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments could also be included here.
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies or reports of expert committees.

**Values**

The 13-member Task Force of experts in family medicine, geriatric medicine, pediatrics, psychiatry and epidemiology used an evidence-based method for evaluating the effectiveness of preventive health care interventions. Recommendations were not based on cost-effectiveness of options. Patient preferences were not discussed.

Background papers providing critical appraisal of the evidence and tentative recommendations prepared by the chapter author were pre-circulated to the members. Evidence for this topic was presented and deliberated upon in 1- to 2-day meetings, 2 to 3 times per year in 1998. Consensus was reached on final recommendations.

**Benefits, Harms, and Costs**

Because of the high false-positive rates of screening tests for child maltreatment and the potential for mislabelling people as potential child abusers, the possible harms associated with these screening manoeuvres outweigh the benefits.

Two randomized controlled trials of preventive programs showed a significant reduction in the incidence of childhood maltreatment or outcomes related to physical abuse and neglect among first-time disadvantaged mothers and their infants who received a program of home visitation by nurses in the perinatal period extending through infancy. Evidence remains inconclusive on the effectiveness of a comprehensive

health care program, a parent education and support program, or a combination of services in preventing child maltreatment.

Education programs designed to teach children prevention strategies to avoid sexual abuse show increased knowledge and skills but not necessarily reduced abuse.

It is expected that a reduction in incidence of child maltreatment and other outcomes will lead to substantial government savings.

### ***Recommendations***

Recommendation grade [A, B, C, D, E] and level of evidence [I, II-1, II-2, II-3, III] are indicated after each recommendation. Citations in support of individual recommendations are identified in the guideline text.

- There is further evidence of fair quality to exclude screening procedures (checklists, questionnaires, or interviews) aimed at identifying individuals at risk of experiencing or committing child maltreatment. [D, II-2]
- There is good evidence to continue recommending a program of home visitation during the perinatal period extending through infancy to prevent child abuse and neglect for disadvantaged families. [A, I] The strongest evidence is for an intensive program of home visitation delivered by nurses beginning prenatally and extending until the child's second birthday.
- There is insufficient evidence to recommend a comprehensive health care program [C, no level cited], a parent education and support program [C, no level cited], or a combination of home-based services [C, no level cited] as a strategy for preventing child maltreatment, but these interventions may be recommended for other reasons.
- There is insufficient evidence to recommend education programs of children for the prevention of sexual abuse. [C, I]

### **Validation**

The members of the Canadian Task Force on Preventive Health Care reviewed the findings of this analysis through an iterative process. The task force sent the final review and recommendations to two selected external expert reviewers, and their feedback was incorporated. It was then peer-reviewed as part of the journal publication process. [16]

### **3.3.6 Literatur**

- 1 Gray JAM. Evidence-based Health Care. How to Make Health Policy and Health Decisions. New York – Edinburgh, Churchill Livingstone, 1997
- 2 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/ 2001. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2001
- 3 Helou A, Lorenz W, Ollenschläger G, Reinauer H, Schwartz FW (2000). Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. ZaeFQ 94: 330-339
- 4 BÄK, KBV (1998). Gemeinsame Stellungnahme der Gesundheitsministerkonferenz vom 20.7.98. [www.aezq.de](http://www.aezq.de)
- 5 AWMF/ ÄZQ (2001). Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. ZaeFQ 95, Suppl. I. <http://www.leitlinien.de>
- 6 SIGN – Scottish Intercollegiate Guideline Network (2001) SIGN 50: A guideline developers handbook. <http://www.sign.ac.uk/guideline/fulltext/50/index.html>
- 7 Regierung des Vereinigten Königreichs von Großbritannien und Nordirland (1999). Saving Life – Our Healthier Nation. [www.ohn.gov.uk/ohn/ohn.htm](http://www.ohn.gov.uk/ohn/ohn.htm)

- 8 Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen (1999). 10 vorrangige Gesundheitsziele NRW. [www.loegd.nrw.de/Loegd/Politik/Ziele/pub.html](http://www.loegd.nrw.de/Loegd/Politik/Ziele/pub.html)
- 9 US Preventive Service Task-Force (1996). [www.ahrq.gov/clinic/cpsix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/cpsix.htm)
- 10 Cochrane Tobacco Addiction Group (2001) List of Reviews [http://www.dphpc.ox.ac.uk/cochrane\\_tobacco/reviews.html](http://www.dphpc.ox.ac.uk/cochrane_tobacco/reviews.html)
- 11 Contributors to the Cochrane Collaboration and the Capbell Collaboration. Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the , wider public health' agenda. NHS Centre for Reviews and Dissemination. <http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm> August 2000
- 12 Scottish Health Authority (1999) Towards a healthier Scotland. [www.scotland.gov.uk/library/documents-w7/tahs-01.htm](http://www.scotland.gov.uk/library/documents-w7/tahs-01.htm)
- 13 Regierung von New South Wales (1999) Future Directions for Public Health in New South Wales. [www.health.nsw.gov.au/public-health/futdir/futdir.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/public-health/futdir/futdir.pdf)
- 14 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2001) National Open Conference. SIGN –Scottish Intercollegiate Guideline Network (2001) SIGN 20: A guideline developers handbook. [www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section7.html](http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section7.html)
- 15 AQS – Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (2001) 1. Nationale Qualitätskonferenz der AQS. [www.aqs.de](http://www.aqs.de)
- 16 MacMillan HL. With the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. CMAJ 2000; 163 (11):1451-58.
- 17 Helou A, Schwartz FW (2000). Der Beitrag von Leitlinien zur Versorgung chronisch Kranker. In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg). Krankenhaus-Report`99. Stuttgart, S.149-161

### **3.4 Inhaltliche Ausrichtung und konkrete Themen – Zielkorb zur exemplarischen Auswahl für *gesundheitsziele.de***

**Brasseit, Wismar**

#### **3.4.1 Executive Summary**

Um die Auswahl von Gesundheitszielen für Deutschland zu erleichtern, wurden im internationalen Vergleich von zehn Gesundheitszielprogrammen die darin enthaltenen Gesundheitsziele und deren Teilziele analysiert. Unter den zehn Programmen finden sich zwei der WHO, drei deutsche Programme, vier aus dem Vereinigten Königreich und eines aus Australien.

Die Ziele wurden hinsichtlich ihres thematischen Bezugs systematisiert, woraus sich insgesamt acht Zielbereiche (Krankheitsspektrum; gesunde Lebensweisen; Spezifische Bevölkerungsgruppen; Gesundheitsversorgung; Umwelt, Settings; Gesundheitspolitik, -forschung und -information; gesundheitliche Chancengleichheit; Risikofaktoren) ergaben. Anschließend wurden die Ziele der einzelnen Programme diesen Zielbereichen zugeordnet. Die Zielbereiche wurden durch Auszählung gewichtet. Sie liefern einen Anhaltspunkt darüber, über welche thematische Bandbreite sich Gesundheitsziele erstrecken können.

Um zu überprüfen, ob auf Grundlage anderer Quellen andere oder sogar bessere Zielkörbe erstellt werden können, wurde in einem weiteren Schritt der Abgleich mit weiteren Quellen zu vorrangigen Gesundheitsproblemen gesucht. Daraus ergaben sich keine nennenswerten Abweichungen, was die Bandbreite der krankheitsbezogenen Gesundheitsziele anbelangt. Es ergaben sich jedoch Hinweise darauf, dass eine gewisse Sensibilität bezüglich Altersklassen, sozialer oder geschlechtsspezifischer Chancengleichheit bei der Auswahl der krankheitsbezogenen Gesundheitsziele angebracht ist.

Die Systematik der acht Zielbereiche, die sich aus der Auswertung ergaben, ist mit den vier Zielbereichen, die sich im Projektverlauf von *gesundheitsziele.de* abzeichneten, nämlich

- Ziele mit Krankheitsbezug
- Ziele zu Gesundheitsförderung und Prävention
- Ziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen
- Ziele mit Bürger- und Patientenorientierung

nicht vollständig deckungsgleich. Sie lassen sich den Zielbereichen jedoch grob zuordnen, um die Auswahl von Gesundheitszielen für Deutschland zu unterstützen.

Das hier vorgelegte Berichtskapitel dient als wissenschaftliche Fundierung der Auswahl von Gesundheitszielen.

### **3.4.2 Einleitung und Hintergrund**

Mit Gesundheitszielen lässt sich ein weites Feld bestellen. Mögliche Zielbereiche beziehen sich bspw. auf das Krankheits- oder Todesursachenspektrum, gesunde Lebensweisen, Verhalten, Konsum, Umwelt und vieles andere mehr. Der Zielbereich gibt die allgemeine Orientierung eines Gesundheitsziels oder eines Bündels von Gesundheitszielen vor. Der Zielbereich ist somit maßgeblich für die Auswahl von Gesundheitszielen und deren Konkretisierung. Im Rahmen von *gesundheitsziele.de* muss daher eine strategische Entscheidung getroffen werden, welche Zielbereiche für die Auswahl und Definition von Gesundheitszielen richtungsweisend sein soll. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Multisektoralität von Gesundheitszielen (vgl. Kap. 3.2) gewährleistet wird. Aber auch der pragmatische Ansatz (vgl. Kap. 3.1) stellt Anforderung an die Auswahl der Zielbereiche. Die Einbindung eines breiten Spektrums von Organisationen und Akteuren im Prozess der exemplarischen Auswahl von Gesundheitszielen erfordert es, dass die unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigt und sinnvoll gebündelt werden.

Allerdings sind Zielbereiche sehr abstrakte Kategorien. Um ihre Bedeutung für *gesundheitsziele.de* angemessen zu verstehen, müssen ihnen schon in der Diskussion Ziele und Teilziele zugeordnet werden.

In diesem Kapitel werden deshalb im internationalen Vergleich Zielbereiche, Ziele und z.T. Teilziele analysiert. Der Vergleich soll zu einer informierten Debatte über die Festlegung der Zielbereiche und möglicher Ziele und Teilziele beitragen.

### **3.4.3 Methoden und Materialien des Vergleichs**

Der Vergleich von Zielbereichen, Gesundheitszielen und Teilzielen dient nicht einer Priorisierung. Es sollen vielmehr Übersicht und Transparenz geschaffen werden.

#### **3.4.3.1 Vergleich anhand ausgewählter Ebenen des Konkretisierungsmodells**

Die Begriffe Ziel und Teilziel wurden dem Konkretisierungsmodell (Kap. 5.1) entnommen. Ebenfalls zum Konkretisierungsmodell gehören Strategien und Maßnah-

men. Diese wurden jedoch in den Vergleich nicht einbezogen, da dieses Kapitel einen Beitrag zur Diskussion um die Ausrichtung, nicht aber die Details von Gesundheitszielen leisten soll.

### 3.4.3.2 Angaben zur Auswertung

Die Auswertung analysiert die Bandbreite der möglichen Ziele, die thematische Zuordnung zu Zielbereichen, ihre inhaltliche Ausrichtung und die damit verbundenen Wirkungsabsichten. In die Auswertung einbezogen wurden generell nur die Ziele, die von den Ländern selbst auch so genannt wurden bzw. die eine erkennbare Zielformulierung oder Zielstruktur aufweisen.<sup>13</sup> Das heißt, dass z.B. Angaben zu Wirkungsrichtung, Parameter, Zielgruppe, Zielerreichungshorizont oder Baseline existieren.

Wurden unter einem Ziel mehrere Zielbereiche genannt, so wurden diese auch mehrfach gezählt.<sup>14</sup>

Nicht einbezogen wurden aus den o.g. Gründen Strategien, Maßnahmen, Ursachen und Risiken, die im Zusammenhang mit den einzelnen Zielen und Zielbereichen erwähnt werden, jedoch keine Zielstruktur aufweisen. Dies wirkt sich auf die Bewertung der Gewichtung bei den Zielbereichen in dem Sinne aus, dass die Summe der Länder, die in den einzelnen Zielbereichen aktiv sind, u.U. noch höher sein könnte. So haben bspw. Australien (1994) und England (1992) die „Senkung des Blutdrucks“ zur Reduzierung von Herz-Kreislaufkrankheiten wie Koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall als eigenständiges Ziel formuliert. In Nordrhein-Westfalen (1995) findet sich die Senkung des Bluthochdrucks als Maßnahme wieder. In Sachsen-Anhalt (1997) wird die Senkung des Bluthochdrucks im Rahmen von Ursachen und Risiken

---

<sup>13</sup> Aus den Programmen des englischen Sprachraumes wurden Aims, Goals, Objectives und Targets, aus dem deutschen Sprachraum Einzel- und Teilziele einbezogen.

<sup>14</sup> Angaben zur Auswertung für die einzelnen Programme: Australien 1994, einbezogen wurden: Goals und Targets; Berlin 1996, einbezogen wurden: Gesundheitsziele; England 1992, einbezogen wurden: Objectives und Targets; England 1999, einbezogen wurden: Goals und Targets; WHO Euro 1993 (HFA 2000), einbezogen wurden: Ziele und deren Ausführung (dies Ziel sollte...); WHO Euro 1998 (HFA 21), einbezogen wurden: Targets und Targets in particular; Nord-Irland 1997, einbezogen wurden: Overall Aims, Objectives und Targets; Nordrhein-Westfalen 1995, einbezogen wurden: Einzelziele und Konkretisierung im Programm „Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW“ (1995), Teilziele im Umsetzungskonzept zu Ziel 2 „Krebs bekämpfen“ (2000); Sachsen-Anhalt 1997, einbezogen wurden: Ziele; Wales 1990, einbezogen wurden: Strategic Aims, Health Goals, Objectives und Targets.

aufgeführt.<sup>15</sup> Einige Länder bringen also die aus der Ursachenanalyse abgeleiteten Maßnahmen in eine Zielformulierung, andere nicht (vgl. Kap. 5.1).

Ein weiteres methodisches Problem bei der Erfassung von Gesundheitszielen und Teilzielen liegt im unterschiedlichen Grad der Ausdifferenzierung der Gesundheitszielprogramme. Australien weist z.B. eine große Anzahl von Gesundheitszielen auf, das Gesundheitszielprogramm von England 1999 hingegen nur vier Ziele ohne Teilziele und Maßnahmen. Zu jedem der Ziele werden jedoch separate

Rahmen- und Finanzierungsprogramme aufgelegt.<sup>16</sup> Manche Länder entwickeln unter dem Gesichtspunkt, was der Versorgungssektor zur Zielerreichung beizutragen hat, eigene Programme für diesen, wie z.B. England oder Wales.<sup>17</sup> Sowohl die separaten Rahmen- und Finanzierungsprogramme als auch die Zielprogramme für den Versorgungssektor wurden nicht in die Auswertung einbezogen.

Gesundheitsziele, die sich auf die Gesundheitsversorgung bzw. auf Gesundheitspolitik, -forschung und -information beziehen, wurden in den Vergleich nicht einbezogen, da *gesundheitsziele.de* auf Gesundheitsziele im engeren Sinne fokussiert und nicht auf Versorgungsziele.

### 3.4.3.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Die seit einigen Jahren wieder angefachte internationale Diskussion um Gesundheitsziele fördert immer neue nationale und vor allem regionale Gesundheitszielprogramme zu Tage. Der Übersichtskatalog zu Gesundheitszielinitiativen aus 18 europäischen Ländern muss im Lichte neuerer internationaler Kongresse und Publikationen [1] ständig erweitert werden. Die Lage in den USA ist nicht weniger unübersichtlich, da zwar das Bundesprogramm insgesamt gut erschlossen und kommuniziert ist,

---

<sup>15</sup> Bei NRW wurden die Maßnahmen, die unter Konkretisierung aufgezählt wurden, mitgezählt, da bei einem Vergleich mit dem Umsetzungsprogramm zu Ziel 2: „Krebs bekämpfen“ der Schluss nahelag, dass diese als Teilziele umgesetzt werden würden.

<sup>16</sup> so z.B. „National Service Framework for Coronary Heart Disease“ oder „National Service Framework for Mental Health“, der „Public Health Development Fund“ oder der „New Opportunities Fund“.

<sup>17</sup> für England: U.K. Department of Health: „The new NHS“ London, HMSO 1997 oder für Wales: Health Promotion Authority for Wales: „Strategic directions for the Health Promotion Authority“, 1990

die Programme auf Ebene der Staaten jedoch bisher wenig Beachtung in der Literatur gefunden haben. Eine eindeutige Grundgesamtheit aller Gesundheitszielprogramme ist somit gegenwärtig nicht zu erschließen.

Um die Selektion der Gesundheitszielprogramme für die Schaffung des Zielkorbs nicht dem Zufall zu überlassen, haben wir deshalb Einschluss- und Ausschlusskriterien erstellt. Diese Kriterien richten sich an dem Ziel aus, einen umfassenden, für Deutschland sinnvollen und handhabbaren Korb von Gesundheitszielen zu definieren.

Zu den Einschlusskriterien zählen:

- Ein breites thematisches Spektrum von Gesundheitszielen oder die Definition von ansonsten vernachlässigten Gesundheitszielen;
- deutsche Programme oder Programmentwürfe;
- Zielprogramme, die in der konzeptionellen Gliederung Ähnlichkeiten mit dem Konkretisierungskonzept von *gesundheitsziele.de* aufweisen;
- für Europa stilbildende Gesundheitszielprogramme.

Das Minimalkriterium für den Einschluss stellt das breite Themenspektrum dar. Es wird z.B. vom nord-irischen Programm erfüllt [2], ebenso vom australischen [3]. Das englische Programm "Health of the Nation" [4] kann dieses Kriterium nur zum Teil erfüllen. Zwar werden zahlreiche Krankheitsbilder bzw. Problemstellungen definiert, jedoch gibt es eine starke Fokussierung auf die Verhaltensprävention. Nimmt man es allerdings zusammen mit dem Nachfolgeprogramm "Saving Lives: Our Healthier Nation" [5], das sich von der Ausrichtung komplett unterscheidet, so erhält man ein außergewöhnlich breites Spektrum. Eingeschlossen wurden außerdem drei deutsche Programme bzw. Programmentwürfe, nämlich Nordrhein-Westfalen [6,7], Berlin [8] und Sachsen-Anhalt [9]. Auf Hamburg [10,11] wurde verzichtet, da ausschließlich auf Kindergesundheit fokussiert wird (vgl. Ausschlusskriterien) und dieser Bereich von anderen Gesundheitszielprogrammen hinreichend abgedeckt wird. Viele Gesundheitszielprogramme orientieren sich an den WHO-Programmen "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" [12] und "Gesundheit für alle 21" [13]. Sie können als stilbildend gelten und sind deshalb stellvertretend für viele andere Gesundheitszielprogramme

aufgenommen worden. Wales [14] wurde zusätzlich hinzugezogen, da nicht nur der Katalog sehr umfassend ist, sondern auch das Konkretisierungskonzept eine hohe Ähnlichkeit mit dem von *gesundheitsziele.de* aufweist.

Folgende Ausschlusskriterien wurden definiert:

- Programme, die sich stark am alten oder neuen WHO-Programm orientieren und deren Zielspektrum somit im wesentlichen bereits abgedeckt ist;
- Programme, die sich hochgradig spezialisiert haben z.B. auf indigene Bevölkerungsgruppen oder einzelne Sektoren und somit nicht der multisektoralen und bevölkerungsweiten Strategie von *gesundheitsziele.de* entsprechen;
- Programme, deren konzeptioneller Aufbau nicht zu entwirren war, bzw. solche, deren Status unklar verbleibt.

Mindestens eins dieser Ausschlusskriterien erfüllten die Programme Frankreichs [25], Italiens [16], Nord-Irlands [17], Neuseelands [18,19] und der USA [20,21] sowie der Regionen British Columbia [22], Iowa [23], Minnesota [24], North-West-Territories [15], Stockholm [26] und Victoria [27].

#### **3.4.3.4 Theoretische Fundierung: Überprüfung der empirischen Ergebnisse am Gesundheitssystemmodell**

Die Generierung des Zielkorbs basiert auf einer Auswahl und kann somit weder empirische Vollständigkeit garantieren, noch eine theoretisch-konzeptionelle Geschlossenheit für sich in Anspruch nehmen. Um den Wert des hier zusammengestellten Zielkorbs zu beurteilen, legen wir ein theoretisches Modell des Gesundheitssystems an die von uns erarbeiteten Kategorien an und können so ermessen, ob alle wesentlichen Dimensionen von Krankheit, Gesundheit und Gesundheitswesen erfasst worden sind. Unter der Vielzahl der möglichen Modelle [28] greifen wir auf ein Input-Output-Modell zurück, das für die Zielediskussion modifiziert wurde [29], hinreichend eingeführt ist [30], vom Sachverständigenrat adaptiert wurde [31] und auch in der internationalen Literatur [32] rezipiert wird. An gegebener Stelle wird das Modell im einzelnen erläutert.

### **3.4.4 Ziele und Teilziele im internationalen Vergleich**

#### **3.4.4.1 Zielbereiche von Gesundheitszielen**

Werden die ausgewählten Gesundheitszielprogramme nach der oben genannten Vorgehensweise systematisiert, ergeben sich acht Zielbereiche von Gesundheitszielen (vgl. Tab. 1), die sich über das gesamte Spektrum der gesundheitlich relevanten Ansatzpunkte für Gesundheitsziele erstrecken. Die einzelnen Zielprogramme haben sich in unterschiedlicher Häufigkeit der einzelnen Themen angenommen. Spalte 4 repräsentiert in absteigender Reihenfolge die am häufigsten gewählten Zielbereiche.

**Tab. 1: Zielbereiche von Gesundheitszielen im internationalen/ regionalen Vergleich**

	Zielbereich	Programme <sup>18</sup>	Summe <sup>19</sup>
<b>I.</b>	<b>Krankheisspektrum</b> z.B. Krebs, Herz-Kreislauf, Unfälle	Au, SaAn, WHO1, WHO2, Eng1, Eng2, NIrl, Berl, NRW, Wal	10
<b>II.</b>	<b>Gesunde Lebensweisen/ Verhalten/ Konsum</b> z.B. Rauchen, Trinken, Ernährung, Sport	Au, SaAn, WHO1, WHO2, Eng1, NIrl, Berl, NRW, Wal (nicht: Eng2)	9
<b>III.</b>	<b>Spezifische Bevölkerungsgruppen/ Altersgruppen/ Lebensphasen</b> z.B. Behinderte, chron. Kranke, ältere Menschen, Frauen	Au, Berl, NRW, WHO1, WHO2, Eng1, NIrl, Wal (nicht: Eng2, SaAn)	8
<b>IV.</b>	<b>Gesundheitsversorgung</b> z.B. Krankenhaus, Arztpraxen, Früherkennung, Gesundheits-Check-Up, Impfen	Au, SaAn, WHO1, WHO2, NIrl, Berl, NRW, Wal (nicht: Eng1, Eng2)	8
<b>V.</b>	<b>Umwelt/ Settings/ andere Gesellschaftsbereiche</b> z.B. Ausbildung, Trinkwasser, Lärmbelastung, Wohnen, Fluor oder Jod im Trinkwasser oder Speisesalz, Lebensmittelsicherheit	Au, WHO1, WHO2, NIrl, Berl, NRW, Wal (nicht: Eng1, Eng2, SaAn)	7
<b>VI.</b>	<b>Gesundheitspolitik/ Gesundheitsforschung/ Gesundheitsinformation</b>	Au, WHO1, WHO2, NIrl, Berl, NRW, Wal (nicht: Eng1, Eng2, SaAn)	7
<b>VII.</b>	<b>Gesundheitliche Chancengleichheit</b>	Au, WHO1, WHO2, Eng2, NIrl, Wal, NRW (nicht: Eng1, Berl, SaAn)	7
<b>VIII.</b>	<b>Risikofaktoren</b> z.B. Bluthochdruck, Cholesteroll, Body-Mass-Index	Au, Eng1, Berl, NRW, Wal (nicht: WHO1, WHO2, Eng2, SaAn, NIrl)	5

<sup>18</sup> Au = Australien 1994; Berl = Berlin 1996; Eng1 = England 1992; Eng2 = England 1999; WHO1 = WHO Euro 1993 (HFA 2000); WHO2 = WHO Euro 1998 (HFA 21); NIrl = Nord-Irland 1997; NRW = Nordrhein-Westfalen 1995, 2000; SaAn = Sachsen-Anhalt 1997; Wal = Wales 1990

<sup>19</sup> Summe: x von zehn Programmen enthalten Ziele zu diesem Zielbereich, in absteigender Reihenfolge, Mehrfachnennungen

Die Zielbereiche aus Tabelle 1 decken sich im Großen und Ganzen mit den Zielbereichen der europäischen WHO-Ziele zur Gesundheit (HFA 2000 und HFA 21<sup>20</sup>). Geringe Abweichungen bestehen zum neuen WHO-Programm (HFA 21), da dort als neuer Zielbereich multisektorale Strategien eingeführt wurden (vgl. Box 1).

---

<sup>20</sup> HFA: Abk. f. „Health for All“ = „Gesundheit für alle“, dt. Abk. GFA

**Box 1: Die Ziele zu „Gesundheit für alle“ im 21. Jahrhundert der WHO**

**I. Solidarität für Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit**

Ziel 1: Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region

Ziel 2: Gesundheitliche Chancengleichheit

**II. Bessere Gesundheit für die Menschen in der Europäischen Region der WHO**

Ziel 3: Ein gesunder Lebensanfang

Ziel 4: Gesundheit junger Menschen

Ziel 5: Altern in Gesundheit

Ziel 6: Verbesserung der psychischen Gesundheit

Ziel 7: Verringerung übertragbarer Krankheiten

Ziel 8: Verringerung nichtübertragbarer Krankheiten

Ziel 9: Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen

**III. Eine multisektorale Strategie für nachhaltige Gesundheit**

Ziel 10: Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt

Ziel 11: Gesünder Leben

Ziel 12: Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden

Ziel 13: Settings zur Förderung der Gesundheit

Ziel 14: Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

**IV. Den Schwerpunkt verschieben: ein resultatorientierter Gesundheitssektor**

Ziel 15: Ein integrierter Gesundheitssektor

Ziel 16: Qualitätsbewusstes Management der Versorgung

Ziel 17: Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung

Ziel 18: Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben

**V. Den Wandel zum Nutzen der Gesundheit steuern**

Ziel 19: Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit

Ziel 20: Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Ziel 21: Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“

Diese Ziele lassen sich analog Tabelle 1 folgenden Zielbereichen zuordnen:

- 2 Ziele zu gesundheitlicher Chancengleichheit (Ziel 1, 2)
- 3 Ziele zu spezifischen Bevölkerungsgruppen/ Altersgruppen (Ziel 3, 4, 5)
- 4 Ziele zum Krankheitsspektrum (Ziel 6, 7, 8, 9)
- 3 Ziele zu Umwelt/ Settings/ anderen Gesellschaftsbereichen (Ziel 10, 13, 14)
- 2 Ziele zu gesunder Lebensweise/ Verhalten/ Konsum (Ziel 11, 12)
- 4 Ziele zur Gesundheitsversorgung (Ziel 15, 16, 17, 18)
- 3 Ziele zu Gesundheitspolitik/ -forschung/ -information (Ziel 19, 20, 21)

Von der WHO wurde ein idealtypischer, breiter gesundheitssystemischer Ansatz gewählt, mit dessen Hilfe sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Maßnahmen entlang Altersgruppen, benachteiligten oder vulnerablen Bevölkerungsgruppen, Krankheitsspektrum, verschiedenen Gesundheitssystembereichen und anderen gesundheitlich relevanten Gesellschaftsbereichen konkretisiert werden können.

### **3.4.4.2 Zielbereiche für *gesundheitsziele.de***

Mittels der Auswertung kann sich der Frage genähert werden, über welches Themenspektrum sich die Gesundheitsziele für Deutschland erstrecken sollen, die im Zielkorb enthalten sein sollen. Um ein ausgewogenes Gesundheitszielprogramm zu definieren, das dem Kriterium der Multisektoralität Genüge leistet, wurde im Verlauf von *gesundheitsziele.de* mehrfach angeregt, Gesundheitsziele mit

- a) Krankheitsbezug,
- b) Präventionsbezug,
- c) Bevölkerungs- und Altergruppenbezug und
- d) mit Bürger- und Patientenbezug auszuwählen.

Diese vier vorläufigen Zielbereiche lassen sich wie folgt den im internationalen Vergleich gefundenen Zielbereichen gegenüberstellen:

**Tab. 2: Zielbereiche für *gesundheitsziele.de***

Zielbereiche für <i>gesundheitsziele.de</i>	Mögliches Themenspektrum aus dem internationalen Vergleich (Zielbereiche aus Tab. 1)
a) Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug	I. Krankheitsspektrum II. Gesunde Lebensweisen, Verhalten etc. IV. Gesundheitsversorgung VIII. Risikofaktoren
b) Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention	II. Gesunde Lebensweisen, Verhalten etc. IV. Gesundheitsversorgung V. Umwelt, Settings etc. VIII. Risikofaktoren
c) Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen	I. Krankheitsspektrum II. Gesunde Lebensweisen, Verhalten etc. III. Spezifische Bevölkerungsgruppen V. Umwelt, Settings etc. VIII. Risikofaktoren
d) Gesundheitsziele mit Bürger- und Patientenorientierung	IV. Gesundheitsversorgung VI. Gesundheitspolitik, -forschung und -information VII. Gesundheitliche Chancengleichheit

Wissenschaftlich eindeutig lässt sich eine solche Zuordnung nicht vornehmen. Erstens sind die Themenfelder von vornherein nicht völlig scharf voneinander abzugrenzen. Zweitens beginnen sich die Grenzen spätestens auf den tieferen Ebene des Konkretisierungsmodells, z.B. bei der Wahl der Strategien und Maßnahmen, zu verwischen. Freilich lässt sich argumentieren, dass im Grunde jedes krankheitsbezogene Gesundheitsziel durch die Auswahl entsprechender Strategien und Maßnahmen präventionsbezogen, bevölkerungsgruppenspezifisch oder in Hinblick auf Patientenbelange spezifizieren (vgl. [33]). Allerdings kämen die anderen Zielbereiche nur auf die spezifische Krankheit bezogen zur Geltung. Themen wie Prävention, Bürger- und

Patientenorientierung haben aber ihre eigene Berechtigung jenseits spezifischer Krankheiten.

#### **3.4.4.3 Ziele zum Krankheitsspektrum, zu Verhaltensweisen, Bevölkerungsgruppen und Risikofaktoren**

In Tabelle 3a und 3b „Gesundheitsziele und Teilziele zum Krankheitsspektrum“ werden die Zielbereiche I-III und VIII aus Tabelle 1 konkretisiert. Dabei wurden auch Ziele einbezogen, die risikofaktoren- und verhaltensbezogene Maßnahmen zu den einzelnen Krankheitsbildern darstellen oder die sich auf priorisierte Bevölkerungsgruppen im Zusammenhang mit einem bestimmten Krankheitsbild beziehen. Gesundheitsziele zum Impfen wurden sowohl in Tabelle 1 unter dem Zielbereich IV (Gesundheitsversorgung) als auch in Tabelle 3b als generelle Maßnahme (in Bezug auf verschiedene Erkrankungen) gezählt. Um eine einfache Gewichtung vornehmen zu können, sind die Zielbereiche, die von mindestens der Hälfte der zehn ausgewerteten Länder gewählt wurden, in der Spaltenspalte grau unterlegt.

Tabellen 3a und 3b lehnen sich an die Systematiken der krankheitsbezogenen Gesundheitsziele an, die in den internationalen Gesundheitszielprogrammen gebräuchlich sind. Bei den Gliederungen bleibt größtenteils unklar, an welche Todesursachen- oder Krankheitssystematiken sie sich anlehnen (z.B. ICD 9 bzw. 10, Gesundheitsberichterstattung o.a.).

**Tab. 3a: Gesundheitsziele und Teilziele zum Krankheitsspektrum: Chronische, nicht-übertragbare und psychische Erkrankungen; Verletzungen und Unfälle (Zielbereiche I-III und VIII)**

Krebs		Au, Eng1, Eng2, Nlrl, Berl, SaAn, NRW, Wal, WHO1, WHO2	10
	Lungenkrebs	Au, Eng1, Nlrl, NRW, Wal, WHO2	6
	Hautkrebs	Au, Eng1, Nlrl, Berl, NRW	5
	Zervixkrebs	Au, Eng1, Nlrl, Wal	4
	Brustkrebs	Au, Eng1, Nlrl, Wal	4
	Darmkrebs	Au	1
	Prostatakrebs	Au	1
Herz-Kreislaufkrankheiten		Au, Eng1, Eng2, Nlrl, Berl, SaAn, NRW, Wal, WHO1, WHO2	10
	Koronare Herzkrankheit	Au, Eng1, Nlrl, Wal	4
	Schlaganfall	Eng1, Nlrl, Wal	3
Darunter: Risikofaktoren- und verhaltens- bezogene Maßnahmen	Cholesteroll	Au, NRW, Wal	3
	Bluthochdruck	Au, Eng1, Berl, NRW, Wal	5
	Alkoholkonsum	Au, Eng1, SaAn, Nlrl, Berl, Wal, WHO1, WHO2	8
	Rauchen	Au, Eng1, SaAn, Nlrl, Berl, NRW, Wal, WHO1, WHO2	9
	Übergewicht	Au, Eng1, NRW, Berl, Wal	5
	Ernährungsverhalten	Au, Eng1, Berl, Wal, WHO1, WHO2	6
	Bewegungsverhalten, Sport	Au, Nlrl, NRW, Berl, Wal, WHO1, WHO2	7
Unfälle		Au, Eng1, Eng2, Nlrl, Berl, Wal, WHO1, WHO2	8
	Verkehr (inkl. alkoholbed.)	Au, Berl, SaAn, Wal, WHO2	5
	Arbeit	Au, Wal, WHO2	3
	Haushalt	Au, Wal, WHO2	3
	Häusl. Betreuung	Au	1
	Stürze älterer Menschen	Au, Berl, Wal	3
	Kinder zu Hause	Au	1
	Kinder auf Spielplätzen	Au	1
	Sport/ Freizeit	Au, Wal, WHO2	3
	Gewaltanwendung/ Mord	Au, Berl, Wal, WHO1, WHO2	5
	Produktsicherheit	Au	1
	Verbrennungen	Au, Wal	2
	Vergiftungen	Au	1
Psychische Gesundheit		Au, Eng1, Eng2, Nlrl, Wal, WHO1, WHO2	7
	Suizid	Au, Eng1, Eng2, Berl, Wal, WHO1, WHO2	7
	Depression	Au	1
	Schizophrenie/ Psychosen	Au	1
	Stress	Wal, WHO1, WHO2	3
Drogen- u. Medikamentenmissbrauch		Berl, NRW, Wal, WHO1, WHO2	5
Diabetes mellitus		Berl, Nlrl, WHO1, WHO2	4
Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rückenschmerzen, Rheuma etc.)		WHO1, WHO2	2
Atemwegserkrankungen (Asthma, chron. Bronchitis, Emphysem etc.)		Berl, Wal, Nlrl, WHO1, WHO2	5
Zahngesundheit		Berl, Wal, WHO1, WHO2	4
Geistige und körperliche Behinderung		NRW, Wal, Berl, WHO1, WHO2	5
Müttersterblichkeit		Berl, Wal, WHO1	3
Säuglingssterblichkeit		SaAn, Nlrl, Berl, Wal, WHO1, WHO2	6
Darunter: risikofaktoren- und verhaltens- bezogene Maßnahmen	Rauchen während der Schwangerschaft	Eng1	1
	Alkoholkonsum während der Schwangerschaft	Wal	1
	Frühe/ ungeplante Schwangerschaft	Eng1, Nlrl, Berl, Wal, WHO2	5
	Stillen	Nlrl, Wal	2

**Tab. 3b: Gesundheitsziele und Teilziele zum Krankheitsspektrum: Übertragbare Erkrankungen (Zielbereiche I-III und VIII)**

Sexuelle/ Reproduktivgesundheit	Eng1, Nlrl, Berl, Wal, WHO1, WHO2	6	
	HIV/ Aids	Eng1, Berl, Wal, WHO1, WHO2	5
	Gonorrhoe	Eng1, Berl,	2
	Syphilis	Berl, WHO2	2
Impfen (in Bezug auf versch. Erkrankungen)	SaAn, Berl, Nlrl, Wal, WHO1, WHO2	6	
TBC	Berl, Wal, WHO2	3	
Polio	Wal, WHO1, WHO2	3	
Diphtherie	Wal, WHO1, WHO2	3	
Hepatitis B u.a.	WHO1, WHO2	2	
Keuchhusten	Wal, WHO2	2	
Tetanus/ Neugeborenen-Tetanus	Wal, WHO1, WHO2	3	
Masern	WHO1, WHO2	2	
(konnatale/ kongenitale) Röteln	WHO1, WHO2	2	
Mumps	WHO1, WHO2	2	
Malaria	WHO2	1	
(Neugeborenen-)Diarrhö	WHO1, WHO2	2	
Akute Atemwegserkrankungen	WHO1, WHO2	2	
Haemophilus Influenza Typ B	WHO2	1	
Salmonellen/ Lebensmittelvergiftung	Berl, Wal	2	

#### **3.4.4.4 Ziele zu gesunder Umwelt, Settings und anderen gesundheitlich relevanten Gesellschaftsbereichen und Ziele zu gesundheitlicher Chancengleichheit**

Während in den Tabellen 3a-3b vorrangig krankheitsbezogene Gesundheitsziele und die dazugehörigen verhaltens- und risikofaktorenbezogenen Maßnahmen beschrieben sind, ist in den nachfolgenden Tabellen 4 und 5 der Fokus auf die verhältnisbezogenen Gesundheitsziele gerichtet.

Gesundheitsziele zu gesundheitlicher Chancengleichheit werden von einigen Ländern explizit, von einigen lediglich implizit formuliert. Berlin bspw. berücksichtigt das gesundheitliche Gefälle zwischen deutscher und nicht-deutscher Bevölkerung bzw. zwischen Ost und West in seinen Zielen zu Tuberkulose bzw. Geschlechtskrankheiten. Viele Länder, darunter auch Nordrhein-Westfalen, suchen auch die gesundheitliche Benachteiligung chronisch Kranker durch besondere Einrichtungen und durch Verbesserung der Versorgungsstruktur und -qualität zu verbessern. Diese Beispiele

einer impliziten Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit wurden bei der Auswertung jedoch nicht berücksichtigt.

**Tab. 4: Gesundheitsziele zu gesunder Umwelt, Settings und anderen Gesellschaftsbereichen (Zielbereich V)**

Settings			
	Gesündere Lebens- und Arbeitsbedingungen (generell)	WHO 1, WHO 2, NRW, Wal	4
	Kindergärten	WHO 2	1
	Schulen	WHO 1, WHO 2, Wal	3
	Betriebe/ Arbeitsplätze	WHO 1, WHO 2	2
	Nachbarschaften/ familiäre/ häusl. Umgebung	WHO 1, WHO 2, Wal	3
	Krankenhäuser	WHO 1, NRW, Wal	3
	Gemeinden/ Städte/ Regionen	WHO 1, WHO 2, Wal	3
Umwelt			
	Luftgüte	WHO 1, WHO 2	2
	Wassergüte/ Trinkwassergüte	WHO 2, WHO 2	2
	Bodenverschmutzung/ Abfallhandhabung	WHO 1, WHO 2	2
	Lärmbelastung	Berl	1
	Gesundes Bauen/ Wohnen/ Siedlungswesen	WHO 1, WHO 2	2
	Lebensmittelqualität und -sicherheit	WHO 1, WHO 2, Wal	3
	Fluoridiertes oder jodiertes Speisesalz	Berl, Wal	2
Maßnahmen in anderen Gesellschaftsbereichen			
	Intersektorale Gesundheitspolitik	Au, WHO 1, WHO 2, Nlrl, NRW	5
	Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen/ Umwelthygiene-Management/ Umweltverträglichkeitsprüfungen	Au, WHO 1, WHO 2, NRW	4
	Familienunterstützende Einrichtungen/ Kinderbetreuung	Nlrl	1
	Selbsthilfe/ gegenseitige Unterstützung/ Netzwerke	WHO 1, NRW, Wal	3
	Ersthelfer-Wissen	Wal	1
	Bewältigungsstrategien	WHO 1, WHO 2, Wal	3

**Tab. 5: Gesundheitsziele zu gesundheitlicher Chancengleichheit (Zielbereich VII)**

Ergebnisziele			
	Gesundheitliche Chancengleichheit in Bezug auf Morbidität, Mortalität, Lebenserwartung, Lebensqualität oder behinderungsfreie Lebensjahre	Au, Eng 2, WHO 1, WHO 2, Nirl	5
	Gesundheitliche Chancengleichheit für bestimmte Bevölkerungsgruppen	Au, WHO 1, WHO 2, Nirl, Wal	5
	Darunter:		
	- sozioökonomische Gruppen	Au, WHO 1, WHO 2, Nirl	4
	- Ethnien/ Angehörige anderer Sprachgruppen/ Staaten	Au	1
	- Region	Au, WHO 1, WHO 2, Wal	4
Versorgungsziele			
	Bedarfsgerechte/ kulturell angemessene Versorgung	Au, WHO 1	2
	Gleichmäßige Inanspruchnahme/ chancengleicher Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen	Au, WHO 1, WHO 2, Nirl, NRW	5
Gesundheitsrelevante Fähigkeiten			
	Lese-Rechtschreibfähigkeiten/ Bildungsniveau	WHO 2	1
	Patienteninformation/ Gesundheitswissen	Au, WHO 1, WHO 2, NRW, Wal	5
	Bewältigungsstrategien, Selbstvertrauen	Wal	1
	Ersthelfer-Wissen	Wal	1
	Selbsthilfe/ gegenseitige Unterstützung	NRW, Wal	2
Andere Faktoren			
	Armut reduzieren/ Einkommensdifferenzen ausgleichen	WHO 2	1
	Teilhabe am Arbeitsmarkt ermöglichen	WHO 2	1
	Stärkung von Patientenrechten/ Verbraucherschutz	Au	1
	Partizipation von Patienten	Au, WHO 2, NRW	3

### 3.4.5 Der Zielkorb im Lichte eines Gesundheitssystemmodells

Die Erarbeitung des Zielkorbs ist kriterien- und konzeptgestützt, jedoch nicht theoriegeleitet. Der Vorteil dieser Verfahrensweise ist im Praxisbezug zu sehen. Es ist eher wahrscheinlich, dass in anderen Ländern Ziele zu gesundheitlichen Problemlagen definiert wurden, die eine hohe Priorität aufweisen und gleichzeitig Aussicht auf Umsetzung haben. Andererseits stellt sich die Frage, ob einzelne Themen, die ebenfalls von großer gesundheitlicher Bedeutung sind, unterrepräsentiert sind. Eine systematische Unterrepräsentierung ist für die Zielauswahl von Bedeutung. Dies könnte z.B.

bei Gesundheitsproblemen der Fall sein, die keine Öffentlichkeit und keine Lobby haben, die schwer zu vermitteln sind oder bereits im politischen Konfliktfeld stehen und ausgeklammert wurden, um die jeweiligen Zielprogramme in ihrem Erfolg nicht zu gefährden. Die theoretische und modellgestützte Herangehensweise kann freilich nicht einzelne, fehlende Krankheitsbilder bzw. Problemstellungen aufdecken. Sie kann aber die Vollständigkeit der im internationalen Vergleich gefundenen Zielbereiche ermitteln. Ebenfalls überprüft werden kann, ob die im Rahmen von *gesundheitsziele.de* ins Auge gefassten Zielbereiche einen Beitrag zur multisektoralen Ausrichtung und bevölkerungsweiten Strategie von *gesundheitsziele.de* leisten.

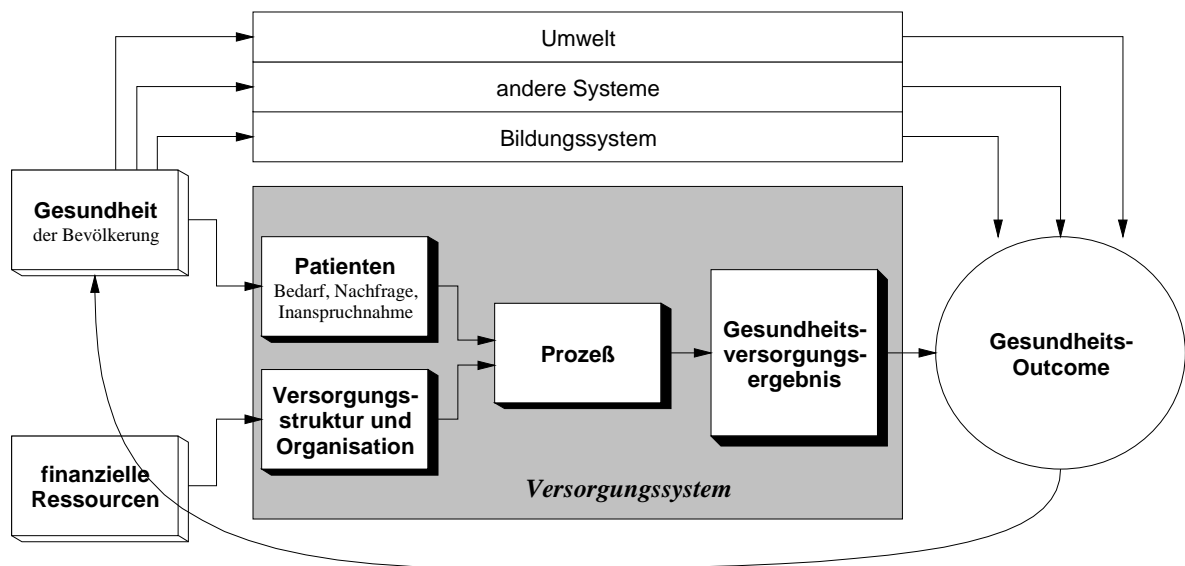


Abb. 1: Gesundheitssystemmodell

Bei der Überprüfung der Zielbereiche (Tab. 1), also der Themen, die im internationalen und regionalen Vergleich systematisiert wurden, so lässt sich eine erstaunliche Übereinstimmung feststellen. Thema I Krankheitsspektrum und Thema II gesunde Lebensweisen/ Verhalten/ Konsum werden in der Box "Gesundheit der Bevölkerung" thematisiert. Thema III Gesundheitsversorgung findet sich in den Boxen innerhalb des Versorgungssystems. Thema V Umwelt/ Settings/ andere Gesellschaftsbereiche wird durch die drei stellvertretenden Boxen über dem Versorgungssystem repräsentiert.

Die Zielbereiche, die im internationalen Vergleich ermittelt wurden, sind höher differenziert, wenn es um die einzelnen Erkrankungen und die Gesundheitspolitik geht. Hinsichtlich des Versorgungssystems ist das hier verwendete Modell des Gesundheitssystems höher differenziert. Trotz unterschiedlicher Gewichtung können keine wesentlichen Leerstellen ausgemacht werden.

Wird das Gesundheitssystemmodell an die vier Zielbereiche von *gesundheitsziele.de* (Tab. 2) angelegt, so ergibt sich ein ähnliches Bild. Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug finden sich in der Box „Gesundheit der Bevölkerung“ und „Outcomes“ wieder. Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention setzen entweder bei den drei Boxen „Umwelt“, „andere Systeme“ etc. oder der „Gesundheit der Bevölkerung“ an. Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen sind ebenfalls in der Bevölkerungsbox und der Outcomes-Box zu verorten. Gesundheitsziele mit Bürger- und Patientenorientierung finden sich in der Bevölkerungs- und Patientenbox.

Die vier Zielbereiche decken wesentlich die Dimension des Gesundheitssystemmodells ab, mit der Ausnahme, dass das Gesundheitswesen als Struktur im engeren Sinne unterrepräsentiert ist. Dies ist insofern entschuldbar, als dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens bei der Konkretisierung der Maßnahmen mit Sicherheit eine Rolle spielen werden. Die Unterrepräsentierung des Gesundheitswesens ist allerdings fast unvermeidlich, da *gesundheitsziele.de* explizit Gesundheits- und nicht Versorgungsziele definieren will.

### **3.4.6 Der Zielkorb im Lichte alternativer Priorisierungen von Gesundheitsproblemen**

Neben der Möglichkeit, die Auswahl der Ziele durch den internationalen Vergleich der Gesundheitsziele zu unterstützen, können an dieser Stelle zumindest für die krankheitsbezogenen Gesundheitsziele in Deutschland noch weitere Quellen in Betracht gezogen werden, um zu überprüfen, ob diese zu anderen oder besseren Ergebnissen kommen. Dazu wurden die Gesundheitsberichterstattung des Bundes von 1998 [34], die Ergebnisse der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ von 1990 [33], die Ergebnisse des Leitlinien-Clearing-Verfahrens von 1999 und die internationale Studie „Global Burden of Disease“ der WHO herangezogen.

### 3.4.6.1 Die Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ von 1990

Die Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ gliedert die von ihr ausgewählten insgesamt 91 Gesundheitsprobleme (ohne Wiederholungen bei den einzelnen Altersgruppen 68 Gesundheitsprobleme) entlang der fünf Altersgruppen

- Säuglinge und Kleinkinder
- Schulkinder
- Jugendliche und junge Erwachsene
- Erwachsene in der Erwerbsphase
- Erwachsene im Ruhestand.

Die zugrunde liegende Struktur orientiert sich weitgehend an der Krankheitsartenstatistik und an der Todesursachenstatistik; es wurden jedoch auch Gesundheitsprobleme als Folgen gesundheitsriskanter Verhaltensweisen bzw. die riskanten Verhaltensweisen selbst einbezogen, wie z.B. fehlender Immunschutz, Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum, ungewollte Schwangerschaft etc. Jedes einzelne Gesundheitsproblem wird dabei nach einem bestimmten Schema erläutert (vgl. Box 2).

Die Auswahl der Gesundheitsprobleme erfolgte in einem epidemiologisch orientierten, kriteriengeleiteten und altersstufenbezogenen Verfahren. Dabei kamen zwei Leitkriterien zur Anwendung, und zwar

- 1) die Verbreitung von Problemen in der Bevölkerung, also die *Krankheitshäufigkeit* anhand der Indikatoren Bevölkerungsprävalenz und -inzidenz,
- 2) der *Schweregrad* aus (zahn)medizinischer Sicht anhand der Indikatoren Mortalität sowie Behandlungsprävalenz (d.h. die Bedeutung von Gesundheitsproblemen als Ursache für stationäre bzw. ambulante Behandlung). Ein drittes Kriterium,
- 3) das der *Vermeidbarkeit* bzw. Intervenierbarkeit wurde erst in einem zweiten Schritt auf die o.g. „(noch) nicht krankheitswertige Körperzustände bzw. Verhaltensweisen“ angewandt.

**Box 2: Struktur der Beschreibung der „Dringlichen Gesundheitsprobleme“**

1. Inhalt und Begriffe
2. Verbreitung, darunter
  - 2.1 Häufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland
  - 2.1. Interregionaler Vergleich
  - 2.3. Internationaler Vergleich
  - 2.4. Trend
3. Schweregrad
4. Risikomerkmale, darunter
  - 4.1. Risikomerkmale für das Auftreten neuer Fälle
    - Körperliche Merkmale
    - Psychische und soziale Merkmale
  - 4.2. Risikomerkmale für einen ungünstigen Verlauf
5. Denkbare Maßnahmen zur Verbesserung des gegenwärtigen Zustandes
  - Prävention
  - Kuration/ Rehabilitation
  - Ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung
  - Forschung
6. Perspektiven
7. Quellenverzeichnis

Anhand der Struktur der vorgeschlagenen Maßnahmen zum exemplarischen Gesundheitsproblem (18) „Psychische Störungen“ bei Schulkindern (vgl. Box 3) wird deutlich, dass sich bei einer krankheitsbezogenen Zielstruktur, wie sie durch die Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ gewählt wurde, durchaus die Maßnahmen nicht nur über den Versorgungssektor, sondern auch über andere Sektoren erstrecken können und dass Ziele und Maßnahmen dann sowohl Krankheits- und Altersgruppenbezug als auch Präventions- und Patientenbezug aufweisen können.

**Box 3: Denkbare Maßnahmen zu Gesundheitsproblem (18) „Psychische Störungen“, Altersgruppe Schulkinder**

Maßnahmen zur Prävention

- Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des engen Kontakts zwischen Mutter und Kind nach der Entbindung und in den ersten Lebensjahren
- Maßnahmen zur Verhütung unerwünschter Schwangerschaften
- Steigerung der Teilnahmeraten bei Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen einschließlich Elternberatung während der Schwangerschaft
- Verbesserung der Betreuung von Heimkindern
- Erweiterung pädagogischer und therapeutischer Angebote für Kinder mit Teilleistungsschwächen
- Verbesserte psychologische Ausbildung der Lehrer
- Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz durch beratende Gesprächsangebote, insbesondere bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen

Maßnahmen zur Kuration/ Rehabilitation

- Ausbau der ambulanten kinderpsychiatrischen Versorgung einschließlich der Bereitstellung psychosozialer Hilfen
- Angebote zur Betreuung von Kindern im Falle eines Krankenhausaufenthalts von Eltern
- Stärkere Berücksichtigung entwicklungspsychologischer und familiensoziologischer Aspekte in der Versorgung psychisch kranker Kinder

Maßnahmen zur ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Stärkere Berücksichtigung entwicklungspsychologischer und familiensoziologischer Aspekte hinsichtlich einer optimalen kinderpsychiatrischen Versorgung

Maßnahmen zur Forschung

- Entwicklung von Instrumenten zur Objektivierung des Schweregrads psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

### **3.4.6.2 Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes von 1998**

Im Kapitel 5 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden 27 wichtige Gesundheitsprobleme dargestellt. Die Struktur ist dabei eng an den Diagnoseschlüssel ICD angelehnt (vgl. Box 4).

Begründet wird die Auswahl der Gesundheitsprobleme damit, dass auf die Krankheiten wesentliche Anteile der Sterblichkeit, insbesondere auch der vorzeitigen Sterblichkeit entfallen, wie z.B. bei den Herz-Kreislaufkrankungen und den bösartigen Neubildungen. Andere, wie z.B. Krankheiten des Bewegungsapparates und des Nervensystems verursachen einen hohen Betreuungsbedarf oder chronische Beeinträchtigung und Behinderung. Die Zahngesundheit wiederum stellt einen erheblichen Kostenfaktor dar, dem gleichzeitig ein beträchtliches Vermeidbarkeitspotenzial gegenübersteht. Bei den Infektionskrankheiten oder den Verletzungen besteht generell ein hohes Vermeidbarkeitspotenzial.

**Box 4: 27 wichtige Gesundheitsprobleme aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland 1998**

I. Herz-Kreislaufkrankheiten

1. Akuter Myokardinfarkt
2. Krankheiten des zerebrovaskulären Systems
3. Periphere arterielle Verschlusskrankheit

II. Bösartige Neubildungen

4. Mammakarzinom
5. Lungenkarzinom
6. Zervixkarzinom
7. Prostatakarzinom
8. Colon/ Rektumkarzinom

III. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes

9. Arthrose
10. Dorsopathien
11. Osteoporose

IV. Psychiatrische Krankheiten und Krankheiten des Nervensystems

12. Altersdemenz
13. Schizophrene Psychosen
14. Depression
15. Suizid (obwohl nicht in die Krankheitssystematik einzuordnen)

V. Krankheiten der Atmungsorgane

16. Asthma
17. Chronische Bronchitis
18. Pneumonie

VI. Endokrinopathien

19. Diabetes mellitus

VII. Krankheiten der Verdauungsorgane

20. Karies und Parodontopathien
21. Chronische Leberkrankheit und –zirrhose

VIII. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane

22. Chronische Niereninsuffizienz

IX. Allergien

23. Allergie

X. Infektionskrankheiten

24. AIDS
25. Tuberkolose
26. Hepatitis B

XI. Verletzungen

27. Verletzungen als Folge von Unfällen oder Gewalteinwirkung

### 3.4.6.3 Das Leitlinien-Clearing-Verfahren von 1999

Auch die Ergebnisse des Leitlinien-Clearing-Verfahrens von BÄK, KBV, DKG und GKV-Spitzenverbänden von 1999 lässt sich zu einem Vergleich der dringlichen Gesundheitsprobleme heranziehen (vgl. Kap. 3.3).

Zwischen den Trägern des Clearing-Verfahrens wurden im Konsens folgende Gesundheits-Themen als vorrangig angesehen<sup>21</sup>:

- Hypertonie (Kategorie 1)<sup>22</sup>
- Tumorschmerz (Kategorie 1)
- Rückschmerz (Kategorie 1)
- Diabetes mellitus (Kategorie 1)
- Asthma bronchiale (Kategorie 2)
- Koronare Herzkrankheit
- Herzinsuffizienz
- Depression

### 3.4.6.4 Die internationale Studie „Global Burden of Disease“ der WHO (GBD)

Eine weitere wesentliche Quelle zum Abgleich von Zielbereichen und Gesundheitszielen stellt die Studie „Global Burden of Disease“ [35] dar. Die bisher vorliegenden Bände der Studie sind im Rahmen eines fünfjährigen Forschungsprojekts entstanden, das durch die Weltbank angestoßen und in Zusammenarbeit mit der WHO 1992 durchgeführt wurde. Die Forschungsleitung liegt bei der Harvard School of Public Health. Die Ergebnisse sollen zehn Bände umfassen, die seit 1996 publiziert werden; eine Kurzfassung ist in vier Ausgaben des Lancet (März 1997) [36-39] erschienen und ein Executive Summary [40] ist im Internet verfügbar. Die Studie, durch deren erstmalige Veröffentlichungen 1993 das Health Priority Setting „revolutioniert“ wurde, gibt Auskunft u.a. über:

---

<sup>21</sup> Die Aufstellung gibt den Stand der Beschlüsse der Mitglieder der erweiterten Planungsgruppe (BÄK, KBV, DKG, Spitzenverbände der Krankenkassen) vom 13.03.01 wieder.

<sup>22</sup> Kategorie 1 zeigt dabei weitgehende Übereinstimmung von internationalen Leitlinien-Themen und Gesundheitsproblemen in Deutschland an; Kategorie 2 teilweise Übereinstimmung.

- führende Ursachen für Behinderung
- führende Ursachen für die Krankheitslast („DALYs“)
- Krankheitslast im Verhältnis zu ausgewählten Risikofaktoren

Als Instrument des Vergleichs bzw. Maßes für den Gesundheitsstatus wurden die „DALYs“ (disability adjusted life years)<sup>23</sup> eingeführt, auf deren Grundlage die weltweiten Gesundheitsprobleme priorisiert wurden.

Es werden Schätzungen zur Entwicklung von weltweit 107 Mustern von Todesursachen, der Krankheitslast und der relevanten Risikofaktoren vorgenommen und der Beitrag dreier Gruppen von Krankheiten zu Todesursachen und Krankheitslast wird analysiert (Gruppe I: Übertragbare Krankheiten, maternal, perinatal and nutritional conditions, Gruppe II: Nichtübertragbare Krankheiten, Gruppe III: Verletzungen) Die Daten sind nach fünf Altersgruppen, nach Geschlecht und Ursachen differenziert. Ein prospektiver Teil der Studie enthält Schätzungen zur Entwicklung von Mortalität und Morbidität bis zum Jahr 2020 und den Beitrag der Risikofaktoren zur Krankheitslast.

Von den acht Regionen, die für die Studie global identifiziert wurden, sind für die gesundheitlichen Problemlagen in Deutschland besonders die EME-Region (Established Market Economies, das sind weitgehend die OECD-Staaten) und mit Einschränkung die FSE-Region (Former Socialist Economies) von Bedeutung. Zur Auswertung in Deutschland waren keine Daten verfügbar.

Zu den zehn führenden Todesursachen in den entwickelten Ländern (EME und FSE-Länder) gehörten 1990:

1. Ischämische Herzkrankheit
2. Zerebrovaskuläre Erkrankungen
3. Luftröhren-, Bronchial- und Lungenkrebs
4. Lungenentzündung (lower respiratory infections)
5. Chron. Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

---

<sup>23</sup>

Def.: DALY's geben die Summe verlorener Lebensjahre aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit und mit Behinderung verbrachter Lebensjahre (nach Schweregrad gewichtet)

6. Kolon- und Rektumkrebs
7. Magenkrebs
8. Verkehrsunfälle
9. Selbstverletzungen
10. Diabetes mellitus

Der Vergleich der Todesursachen mit der Krankheitslast untermauert die Relevanz des Ansatzes in der GBD-Studie: An erster Stelle stehen hier die neuropsychiatrischen Erkrankungen, die ein Viertel der Krankheitslast in den EME-Ländern auf sich vereinen, bei den Todesursachen jedoch nur eine untergeordnete Rolle spielen:

Verteilung der DALYs in EME-Ländern nach spezifischen Ursachen, 1990 in [%]

1. Neuropsychiatrische Erkrankungen (25,1 %)
2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (18,6 %)
3. Bösartige Tumore (15,0 %)
4. Atemwegserkrankungen (4,8 %)
5. Erkrankungen des Verdauungsapparates (4,4 %)
6. Erkrankungen des Bewegungsapparates (4,2 %)
7. Infektions- und Parasitäre Erkrankungen (2,8 %)
8. Kongenitale Anomalien (2,2 %)
9. Perinatale Erkrankungen (1,8 %)
10. Atemwegserkrankungen (1,4 %)

Beitrag der einzelnen Risikofaktoren zu DALYs in EME-Ländern 1990 in [%]

1. Tabak (11,7 %)
2. Alkohol (10,3 %)
3. Berufsbedingte Risikofaktoren (5,0 %)
4. Bewegungsmangel (4,8 %)
5. Bluthochdruck (3,9 %)
6. Konsum illegaler Drogen (2,3 %)
7. Ungeschützter Geschlechtsverkehr (2,0 %)
8. Luftverschmutzung (0,5 %)

9. Unzureichende Hygieneverhältnisse, Wasserqualität (0,1 %)
10. Unterernährung (0 %)

#### **3.4.6.5 Zusammenfassung**

Trotz eines ausgesprochen dezidierten und stark epidemiologisch orientierten Verfahrens weichen die Ergebnisse der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ kaum von den durch den internationalen Vergleich gewonnenen Gesundheitsproblemen ab. Durch das altersstufenbezogene Verfahren wird vermieden, dass die älteren Jahrgänge epidemiologisch überproportional in den Blick geraten und gewährleistet, dass alle Altersgruppen als Zielgruppen von Gesundheitszielen berücksichtigt werden.

Die 27 wichtigen Gesundheitsprobleme der GBE finden sich fast sämtlich unter den in Tabelle 3a und 3b zusammengeführten krankheitsbezogenen Gesundheitszielen wieder. Die Ergebnisse des Leitlinien-Clearing-Verfahrens müssen insofern mit Einschränkung herangezogen werden, als das Leitlinien-Clearing zur Auswahl von Gesundheitsproblemen dient, die primär durch Intervention im Versorgungssektor verbessert werden sollen.

Der Vergleich mit der GBD-Studie zeigt, dass unter dem Aspekt der derzeitigen und auch der zukünftigen Krankheitslast Psychische Krankheiten und Beeinträchtigungen wie Depression, Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie und Verletzungen in den EME-Ländern (und damit auch für Deutschland) bisher unterschätzt wurden und dass diese auch weiterhin eine große Rolle spielen werden. Die Ergebnisse des internationalen Vergleichs der Gesundheitsziele liegen im Vergleich mit der GBD-Studie im Großen und Ganzen „im Trend“, wobei nur ein Land der zehn verglichenen ein explizites Ziel zu Depression aufgeführt hat (vgl. Tab. 3a). Zu psychischer Gesundheit generell und auch zu Suizid weisen jedoch immerhin sieben Programme Ziele auf. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse des internationalen Vergleichs dem Vergleich mit den anderen Verfahren mehr als standhalten. Sie sind insgesamt, was die Bandbreite der Gesundheitsziele und Teilziel angeht, sogar ausführlicher. Die Vorteile der anderen Verfahren sollten jedoch mit einbezogen werden.

### 3.4.7 Literatur

- 1 McKee M, Berman PC. Health targets in Europe: learning form experience. European Journal of Public Health 2000; 10: 1-1
- 2 Department of Health and Social Services. Health & Wellbeing: Into the next Millennium. Regional Strategy for Health and Social Wellbeing 1997-2002. 1997
- 3 Commonwealth Department of Human Services and Health. Better Health Outcomes for Australians. National Goals, Targets and Strategies for Better Health Outcomes Into the Next Century. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994
- 4 Department of Health. The Health of the Nation: a strategy for health in England. London: The Stationary Office, 1992
- 5 Secretary of State for Health. Saving Lives: Our Healthier Nation. Vol. Cm 4386, London: Stationery Office, 1999
- 6 Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Bielefeld: LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), 1995
- 7 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Ziel 2: Krebs bekämpfen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd), 2000
- 8 Bergmann KE, Baier WK, Meinlschmidt G. Gesundheitsziele für Berlin: wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge. Berlin-New York: Walter de Gruyter, 1996
- 9 Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. Gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt und Ableitung von Gesundheitszielen für das Land. Dokumentation der 1. Landesgesundheitskonferenz vom 26. März 1998. Magdeburg: Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziale des Landes Sachsen-Anhalt. Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, 1998

- 10 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg – Zwischenbilanz 1994. Hamburg: BAGS, 1995
- 11 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg. Stadtdiagnose. Gesundheitsbericht Hamburg. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg, 1992
- 12 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Ziele zur "Gesundheit für alle". Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung September 1991. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1993
- 13 World Health Organization Regional Office for Europe. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, 1999
- 14 Health Promotion Authority for Wales. Health for All in Wales. Health Promotion Challenges for the 1990s. Part B. 1990
- 15 Department of Health and Social Services. Shaping Our Future. A Strategic Plan for Health and Wellness. Yellowknife: Government of NWT, 1998
- 16 Ministero della sanità. Piano sanitario nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute. 1998
- 17 Department of Health and Children. Working for health and well-being. Strategy Statement 1998-2001. Dublin: Department of Health and Children, 1998
- 18 Public Health Commission. A Strategic Direction to Improve and Protect the Public Health: The Public Health Commission's Advice to the Minister of Health 1993-1994. Wellington, New Zealand: Public Health Commission, 1994
- 19 Public Health Commission. Progress on Health Outcome Targets. The state of the public health in New Zealand. Wellington, New Zealand: 1995
- 20 U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. 1991

- 21 U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. Vol. II, Washington DC: U.S. Government Printing Office, 2000
- 22 Office of the Provincial Health Officer. Health Goals for British Columbia: Identifying Priorities for a Healthy Population. A Draft for Discussion. Province of British Columbia: Office of the Provincial Health Officer, 1995
- 23 Iowa Department of Public Health. Healthy Iowans 2010. Advancing the Boundaries of Healthy Living and the Quality of Life in the New Decade. 2000
- 24 Minnesota Department of Health. Healthy Minnesotans: Public Health Improvement Goals 2004. 1999
- 25 Ministry of Health and of Social and Urban Affairs, High Committee on Public Health. Health in France 1994 General Report. Paris: John Libbey Eurotext, 1996
- 26 Stockholm Läns Landsting. Health Planning in the Stockholm Region 1998. 2000
- 27 VicHealth. Healthy Victorians 2000. Conceptual and Strategic Plan to the Year 2000. 1995
- 28 Schwartz FW, Busse R. Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public-Health-Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 385-411
- 29 Busse R, Wismar M. Funktionen prioritärer Gesundheitsziele für Gesundheitssysteme. Arbeit und Sozialpolitik 1997; 51: 27-36
- 30 Wismar M, Busse R, Schwartz FW. Gesundheitsziele: Konzeptionelle, methodische und politische Überlegungen zu ergebnisorientierten Gesundheitszielen. Sozialer Fortschritt 1998; 47: 272-279
- 31 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Sondergutachten 2000/ 2001. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2001

- 32 van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy Part I: lessons learned. *Health Policy* 2000; 53: 1-11
- 33 Weber I, Abel M, Altenhofen L, Bächer K, Berghof B, Bergmann KE, Flatten G, Klein D, Micheelis W, Müller PJ. Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen - Fakten - Perspektiven. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1990
- 34 Statistisches Bundesamt. Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1998
- 35 Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comparative assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Vol. 1, Cambridge, Mass.: World Health Organization; Harvard School of Public Health, World Bank, 1996
- 36 Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 1997; 349: 1498-1504
- 37 Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 1997; 349: 1436-1442
- 38 Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 1997; 349: 1269-1276
- 39 Murray CJL, Lopez AD. Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 1997; 349: 1347-1352
- 40 Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease and Injury: Executive Summary. 1996



## **4 Beratung, Koordinierung und Einbindung der Akteure**

### **4.1 Ressortübergreifende Koordinierung**

**Wismar, Brasseit, Angele**

#### **4.1.1 Empfehlungen**

- Um ein multisektorales Gesundheitszielprogramm politisch-administrativ zu flankieren, ist eine ressortübergreifende Koordinierung geboten.
- Die ressortübergreifende Koordinierung muss handhabbar sein. Kosten und Nutzen der Koordinierung müssen abgewogen werden.
- Die ressortübergreifende Koordinierung setzt am konkreten Gesundheitsziel bzw. den dazugehörigen Maßnahmen an. Es finden die dem jeweiligen Einzelfall angemessenen Mechanismen Anwendung. Dies ist insbesondere zum jetzigen Zeitpunkt geboten, da vorerst zu exemplarischen Zwecken nur eine begrenzte Anzahl von Zielen definiert und implementiert werden soll.
- In der weiteren Entwicklung kann die ressortübergreifende Koordinierung auf vorhandene Mechanismen zurückgreifen oder solche sukzessive entwickeln. Dazu zählen z.B.:
  - Information und selektive Einbindung der Ressorts in Aktivitäten des Programms durch die Akteure;
  - bilaterale Ressortabstimmung unter Führung des Bundesministeriums für Gesundheit;
  - Einbettung des Gesundheitszielprojektes in bestehende interministerielle Arbeitsgruppen.
- Die Koordinierung sollte bereits zum Zeitpunkt der Auswahl der Gesundheitsziele beginnen. Bei der Definition der Gesundheitsziele sollte sie intensiviert werden.

#### 4.1.2 Executive Summary

Gesundheit wird mehr und mehr als eine Querschnittsaufgabe angesehen, die – mit unterschiedlicher Gewichtung – alle Ressorts betrifft. Dies gilt ebenso für Gesundheitszielprogramme. Gesundheitszielprogramme sind in aller Regel multisektoral konzipiert. Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen, müssen in einigen Fällen in und zwischen den zuständigen Ressorts koordiniert oder flankiert werden.

Die Wahl der Koordinierungsinstrumente hängt auch vom inhaltlichen Anspruchsniveau und von den prozeduralen Anforderungen ab. Ein optimales Koordinierungsinstrument ist auch mit hohen administrativen und politischen Kosten verbunden.

Konzeptionell lassen sich folgende Modelle diskutieren:

- Gesundheitszielkonferenz
- Interministerielle Arbeitsgruppe
- Selektive frühzeitige Einbindung der relevanten Ministerien

Keiner der empirisch vorgefundenen oder denkbaren Koordinierungsmechanismen passt optimal. Vielmehr sollte ein Mix an Koordinierungsmechanismen Verwendung finden. Da es sich bei dem Projekt *gesundheitsziele.de* um die exemplarische Definition und Implementierung von Gesundheitszielen handelt, setzt die Koordinierung nicht am Gesamtprogramm, sondern am jeweiligen Einzelziel an. Bei Fortschreiten und Weiterentwicklung der Gesundheitszielinitiative können, wenn notwendig, die Koordinierungsmechanismen erweitert werden. In jedem Fall kommt auch bei den weniger aufwendigen Koordinierungsmechanismen dem Bundesministerium für Gesundheit als Fachministerium eine führende Rolle zu.

### **4.1.3 Funktionen der ressortübergreifenden Koordinierung**

#### **4.1.3.1 Gesundheit als Querschnittsaufgabe wahrnehmen**

Gesundheit wird zusehends als Querschnittsaufgabe angesehen. Die WHO z.B. hat in ihrem Zielprogramm für die europäische Region [1] mit Ziel 14 eigens ein Ziel formuliert, das die multisektorale Verantwortung für Gesundheit hervorhebt. Diese multisektorale Verantwortung beschränkt sich nicht nur auf den öffentlichen Sektor. Als mögliche Maßnahmen werden angeführt:

- Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen aller sozialen und wirtschaftlichen Konzepte oder Programme und aller Entwicklungsprojekte, die sich auf Gesundheit auswirken können.
- Rechenschaftspflicht von Spitzenpolitikern, die Grundsatzkonzepte entwerfen, Ressourcen zuweisen und Gesetzesvorlagen einbringen.
- Gesundheitspolitische Audits.
- Haftung für gesundheitliche Schäden.
- Öffentlich zugängliche Berichte über Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen.

Gesundheit als Querschnittsaufgabe hat sich auch im Europäischen Gründungsvertrag, dem Kerndokument der europäischen Integration, niedergeschlagen. Artikel 3 (o) besagt, dass die Gemeinschaft ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen hat. Das Thema Gesundheitsschutz hat sich außer in dem bekannten Artikel 152 „Gesundheitswesen“ in einer Reihe anderer Artikel niedergeschlagen [2]. Freilich ist die Integration der Gesundheitsschutzerfordernisse in alle Politiken der Gemeinschaft bisher ein mühsames Unterfangen [3,4].

Im englischen Gesundheitszielprogramm „Saving Lives: Our Healthier Nation“ von 1999 wird das Health Impact Assessment für alle wichtigen neuen Politikstrategien eingeführt. Dies soll gewährleisten, dass alle Bereiche der Regierungspolitik zur Erreichung der Haupt-Gesundheitsziele (1) „Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit“ und (2) „Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit“ beitragen [5].

Moderne Gesundheitszielprogramme folgen einer multisektoralen Strategie. Die vom Gesundheitsziel abgeleiteten Maßnahmen erstrecken sich über mehrere Sektoren. Die Strategie vereint unterschiedliche Interventionsansätze, Lebenswelten und Akteure. Gerade für die sozialrechtlich gebundenen Akteure ist eine flankierende Ressortabstimmung der zuständigen Ministerien von Bedeutung.

### **4.1.3.2 Gesundheitliche Querschnittsaufgaben zwischen den Ressorts koordinieren**

Die Zuständigkeit für gesundheitliche Belange im engeren Sinne ist auf Bundesebene über mehrere Ministerien verteilt. In der Literatur werden in aller Regel das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, das Bundesministerium für Bildung und Forschung, sowie das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit als besonders relevant genannt [6-8]. Neuerdings ist auch das Ministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft hinzuzuzählen. Gesundheitliche Belange im weiteren Sinne werden von nahezu allen übrigen Ministerien berührt und finden sich z.B. in der Steuer-, Verkehrs- und Industriepolitik.

Ein Gesundheitszielprogramm hat u.a. die Aufgabe, die zuständigen und relevanten Ressorts thematisch zusammenzubringen.

### **4.1.3.3 Friktionen verhindern, Probleme antizipieren**

Eine ressortübergreifende Abstimmung kann für die Implementation und somit für den Erfolg eines Gesundheitsziels entscheidend sein. Werden Ziele, Teilziele, Strategien und Maßnahmen vereinbart, die den Aufgabenbereich eines anderen Ministeriums betreffen und denen dieses Ministerium – aus Gründen, die nicht vorauszusehen waren – kritisch gegenüber steht, können Verzögerungen und Reibungsverluste entstehen.

Aber auch wenn im Vorfeld der Zieldefinition von einer Zustimmung des Ministeriums ausgegangen werden kann, gibt es u.U. technischen Abstimmungsbedarf. Ebenso kann auf diesem Weg die Unterstützung für eine Maßnahme angefordert werden. Außerdem kann diskutiert werden, ob Maßnahmen, die vom jeweiligen Ministerium

bereits initiiert wurden, sinnvoller Weise in das Gesundheitsziel eingebunden werden können [10].

#### **4.1.4 Grundprinzipien der ressortübergreifenden Koordinierung**

Hinsichtlich des Abstimmungsbedarfs zwischen Ministerien lassen sich grundsätzlich die positive und die negative Koordinierung unterscheiden [11,12]. Diese Mechanismen beziehen sich auf solche Fälle, in denen das Vorhaben eines Ministeriums externe Effekte auf andere Ministerien hat. Die beiden Mechanismen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich des inhaltlichen Anspruchs als auch der prozeduralen Anforderungen.

Bei der negativen Koordinierung werden einzelne Vorhaben zum Gegenstand meist bilateraler Verhandlungen, in denen die Betroffenen ihre Einwände geltend machen können. Zustimmung oder Ablehnung ist dabei typischerweise von Kosten-Nutzen-Erwägungen abhängig. Es ist das Ziel der negativen Koordinierung, Störungen zu vermeiden, die durch ausschließlich an den eigenen Zielen orientierte Programminitiativen einer spezialisierten Einheit ausgelöst werden können. Das Koordinierungsverhalten einer betroffenen Organisationseinheit (z.B. Ministerium, Abteilung, Referat) zielt also bei einem bestimmten Plan darauf ab, die eigenen Interessen deutlich zu machen und Vorhaben erfolgreich umzusetzen. Dadurch, dass nur in dem Fall weitere Abstimmungen erfolgen, wenn eigene Interessen und Vorhaben berührt werden, stellt die negative Koordinierung keinen umfassenden Problemlösungsmechanismus dar.

Im Gegensatz hierzu stehen bei der positiven Koordinierung in multilateralen Verhandlungen die Ziele und Vorhaben aller Beteiligten zur Debatte. Dadurch werden umfassende und innovative Problemlösungen und Koppelgeschäfte möglich. Zu beachten ist jedoch, dass mit jedem zusätzlichen Verhandlungspartner die ökonomischen und politischen Kosten ansteigen können. Ziel der positiven Koordinierung ist es, Effektivität und Effizienz der Regierungspolitik zu steigern, indem die gemeinsamen Handlungsoptionen von mehreren Abteilungen oder Ressorts genutzt werden. Positive Koordinierung führt zu multilateralen Verhandlungen in intra- oder interministeriellen Projektgruppen, deren Mandat alle Handlungsoptionen aller Beteiligten ein-

schließt. In fest institutionalisierter Form findet positive Koordinierung in den Kabinettsausschüssen statt. Derzeit existieren fünf Kabinettsausschüsse (Bundessicherheitsrat, der Kabinettsausschuss Neue Länder, der Kabinettsausschuss für den Jahreswirtschaftsbericht, der Kabinettsausschuss für Zukunftstechnologie und der Kabinettsausschuss für Umwelt und Gesundheit [13]. In weniger fest institutionalisierter Form findet positive Koordinierung in interministeriellen Arbeitsgruppen statt.

#### **4.1.5 Drei Modelle der ressortübergreifenden Koordinierung**

Ein ressortübergreifendes Vorgehen ist nur in einigen wenigen Gesundheitszielprogrammen von vornherein dokumentiert oder vorgesehen und wenn, dann oft nicht in dem Maße, wie die konkrete Umsetzung es eigentlich erfordert. Da aber Gesundheitsziele spätestens bei der Konkretisierung der Strategien und Maßnahmen Querschnittsaufgaben darstellen, muss auch eine ressortübergreifende Koordinierung gewährleistet werden [14]. Gesundheitsziele sehen sich mit ähnlichen Problemen konfrontiert wie andere Politikansätze, die ebenfalls über Ressortgrenzen hinweg eine aufgabengerechte, moderne Politik betreiben [10].

##### **4.1.5.1 Übertragbarkeit der empirischen Befunde**

Ein übertragbares Modell der ressortübergreifenden Koordinierung für das deutsche Programm *gesundheitsziele.de* zu finden, ist aus verschiedenen Gründen nur eingeschränkt möglich:

- Eine ressortübergreifende Koordinierung findet zwischen Ministerien statt. Das Gesundheitszielprogramm ist aber neben dem Bundesministerium für Gesundheit von den Akteuren im Gesundheitswesen und insbesondere denen in der gesetzlichen Sozialversicherung und ihren Leistungserbringern angestoßen worden. Dementsprechend muss nicht nur zwischen den Ministerien, sondern auch zwischen den Akteuren und den Ministerien koordiniert werden.
- Der ministerielle Zuschnitt, die Zuordnung von Versicherungszweigen, Akteuren und Handlungsfeldern, aber auch die föderale Aufgabenteilung schränken die Übertragbarkeit regionaler und internationaler Beispiele erheblich ein.

- *gesundheitsziele.de* ist ein Programm zur exemplarischen Definition und Implementation von Gesundheitszielen. Der initiale Koordinierungsaufwand mag deshalb geringer sein, als bei den Gesundheitszielprogrammen in anderen Ländern und Regionen, die auf eine sehr umfassende Einführung von Gesundheitszielen setzen.

Der regionale und internationale Vergleich dient deshalb der Herausarbeitung prinzipieller Optionen und wichtiger Fragestellungen.

#### **4.1.5.2 Modell 1: Gesundheitszielkonferenz**

Eine mögliche Strategie liegt in der regelmäßigen Konzertierung der potentiell betroffenen Ministerien, einschließlich der verantwortlichen Abteilungen. Dies kann durch eine Gesundheitszielkonferenz erfolgen, die neben den Akteuren des Gesundheitszielprogramms auch Staatssekretäre oder hochrangige Ministerialbeamte umfasst. Aufgaben der Gesundheitszielkonferenz sind die Erweiterung der Konsensplattform über die Ministerien hinweg, die Festlegung des Abstimmungsbedarfs und die Vorbereitung von Entscheidungen.

#### **Box 1: Gesundheitszielkonferenz – Victoria (Australien)**

Eine große Konsensplattform, die auch die potentiell zuständigen Ministerien umfasst, wurde in Victoria durch das „Victorian Health Promotion Foundation Board“ eingerichtet. Es umfasst auf Landesebene eine Reihe von Ministerien (Treasury, Sports and Recreation, Arts, Health and Community Services, Occupational Health and Safety Workcover, Economic Development, Premier’s Department) [15].

Die Gesundheitszielkonferenz erreicht unmittelbar alle relevanten Ministerien und die Akteure im Gesundheitswesen. Der Modus der positiven Koordinierung wird sogar noch erweitert. Da aber im deutschen Programm *gesundheitsziele.de* zunächst ein exemplarisches Vorgehen geplant ist und nur wenige Ziele definiert werden sollen, stellt sich die Frage, ob der Aufwand einer solchen Gesundheitszielkonferenz gerechtfertigt ist.

#### 4.1.5.3 Modell 2: Interministerielle Arbeitsgruppe

Um die horizontale Koordinierung zu gewährleisten, haben einige Gesundheitszielprogramme interministerielle Arbeitsgruppen eingerichtet. Sie sollen den Informationsfluss gewährleisten und bei Abstimmungsbedarf einen raschen koordinierten Entscheidungsprozess ermöglichen. In aller Regel übernimmt das Ministerium die Führung, in dem das Gesundheitszielprogramm angesiedelt ist.

#### **Box 2: Beispiel für eine interministerielle Arbeitsgruppe – Nord-Irland**

Nord-Irland hat bereits 1992 eine „Interdepartmental Group on Health“ etabliert. Federführend in dieser interministeriellen Arbeitsgruppe ist das Department of Health. Die Notwendigkeit eine solche Arbeitsgruppe einzurichten, wurde mit dem wichtigen Beitrag, den anderen Ministerien zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit leisten können, begründet. Erfahrungen mit einer solchen interministeriellen Arbeitsgruppe wurden bereits seit 1984 gemacht. Die damals eingeführte „Social Steering Group“ hatte ähnliche Koordinierungsfunktionen in sozialpolitischen Fragen [16].

Nord-Irland hat eine interministerielle Arbeitsgruppe installiert, die dem Modus der positiven Koordinierung entspricht. Nähere Berichte über die Funktionsweise, Effektivität und Kosten dieser Koordinierung liegen nicht vor. Allerdings basiert das nord-irische Beispiel auf drei besonderen Voraussetzungen. Nord-Irland hat eine lange Erfahrung mit interministeriellen Arbeitsgruppen. Das nord-irische Gesundheitszielprogramm ist bereits vor Jahren implementiert worden. Das Zielsystem ist sehr umfassend, so dass davon ausgegangen werden muss, dass tatsächlich die Mehrzahl der Ministerien einen relevanten Beitrag zur Zielerreichung durch die positive Koordinierung leisten können. Für das deutsche Zielprogramm können zumindest die letzten beiden Voraussetzungen nicht geltend gemacht werden.

Eine interministerielle Arbeitsgruppe würde in jedem Fall dem Querschnittscharakter des Themas Gesundheit und der multisektoralen Strategie eines Gesundheitszielprogramms entsprechen. Es ist allerdings auch hier die Frage, ob ein solches Koordinierungsinstrument zum jetzigen Zeitpunkt, da das Gesundheitszielprogramm noch in der Entwicklung ist, neu eingerichtet werden kann. Eine andere, möglicherweise

praktikablere Lösung könnte in der Integration der konkreten Gesundheitsziele in bereits existierende interministerielle Arbeitsgruppen liegen.

#### **4.1.5.4 Modell 3: Selektive frühzeitige Einbindung durch die relevanten Akteure**

Ein weiteres denkbares Modell für die Koordinierung der relevanten Ressorts liegt in der selektiven Einbindung durch die Akteure selbst, unterstützt durch bilaterale Abstimmungsprozesse unter Führung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zeichnet sich im Definitionsprozess ein bestimmtes Gesundheitsziel mit den dazugehörigen Strategien und Maßnahmen ab, so ist es Aufgabe der beteiligten Akteure, mit den relevanten Ministerien und Abteilungen Verbindung aufzunehmen. Ziel der Kontaktaufnahmen ist es, das konkrete Vorhaben in den Ministerien und Abteilungen zur Kenntnis zu nehmen und zu erörtern, ob dem Anliegen rechtliche, administrative oder politische Bedenken entgegenstehen. Auch die Unterstützung des Ministeriums kann auf diese Weise informell angefragt werden. Unterstützend kann das Bundesministerium für Gesundheit, das am Prozess der Zieldefinition und -konkretisierung teilnimmt, bilateral im Sinne der negativen Koordinierung flankierend den Entwicklungsprozess begleiten.

Die Kontaktaufnahme und Koordinierung erfolgt weitaus zeitnäher als bei der großen Konzertierung oder der interministeriellen Arbeitsgruppe. Allerdings ist die politische Effektivität der negativen Koordinierung in aller Regel geringer. Gerade dann, wenn es darum geht, dass die Akteure Neuland betreten möchten, mag sich dies als nachteilig herausstellen.

#### **4.1.6 Zeitpunkte der ressortübergreifenden Koordinierung**

Drei Zeitpunkte der Koordinierung lassen sich unterscheiden.

##### **4.1.6.1 Definitionsphase auf Bundesebene**

Ein erster entscheidender Moment der ressortübergreifenden Koordinierung ist der Zeitpunkt der Auswahl der Gesundheitsziele und die beginnende Konkretisierung.

Die Aufgaben dieser Koordinierung liegen vor allem in der Klärung der ministeriellen Zuständigkeiten, den potentiellen Berührungspunkten und der Bekanntmachung des Gesundheitszielprogramms und dessen Inhalten.

### **4.1.6.2 Maßnahmenplanung**

Einen zweiten Moment der intensiven ressortübergreifenden Koordinierung stellt die Maßnahmenplanung dar.

Allerdings hängt der konkrete Zeitpunkt der Maßnahmenplanung auch vom Konkretisierungsgrad der Definition und der Art der gewählten zielführenden Maßnahme ab. Für eine Maßnahme, die ohne weiteres auf Bundesebene vereinbart werden kann, wird relativ schnell der Bedarf für eine ressortübergreifende Koordinierung anfallen. Liegt die Verhandlungskompetenz oder die Zuständigkeit für eine Maßnahme auf der regionalen oder lokalen Ebene, so wird der Prozess der ressortübergreifenden Koordinierung erst später einsetzen.

Aufgaben dieser Koordinierung liegen in der Bündelung bestehender Maßnahmen, der Einrichtung von Kommunikations- und ggf. Koordinierungsmechanismen und, wenn nötig, der Ermächtigung der teilnehmenden Akteure oder der flankierenden Gesetzgebung.

### **4.1.6.3 Integration der gesundheitlichen Erfordernisse in alle Politiken**

Das Gesundheitszielprogramm hat auch die Funktion, Gesundheit als Querschnittsaufgabe im institutionellen Bewusstsein der Ministerien zu verankern. Eine routinemäßige Überprüfung der eigenen Maßnahmen und Politiken auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen sowohl im Hinblick auf die Gesundheitsziele als auch auf andere gesundheitsrelevante Themen wäre wünschenswert.

#### 4.1.7 Literatur

- 1 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, 1998
- 2 Wismar M, Busse R. Effects of the European Single Market Integration on the German Public Health System - Auswirkungen der europäischen Binnenmarktintegration auf das deutsche Gesundheitswesen. In: Bellach B-M, Stein H (Hrsg). The new Public Health Policy of the European Union – Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union. München: Urban und Vogel. 1999: 83-99
- 3 Hunter W, Hübel M. Integration of Health Protection Requirements into European Community Policies. *eurohealth* 1996; 2 (4): 4-5
- 4 Coghlan T. Commission Report on the Integration of Health Protection Requirements - A Response. *eurohealth* 1996; 2 (4): 6-8
- 5 Secretary of State for Health. Saving Lives: Our Healthier Nation. Vol. Cm 4386, London: Stationery Office, 1999
- 6 Walter U, Schwartz FW. Prävention: Institutionen und Strukturen. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public-Health-Buch. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 200-212
- 7 Beske F, Hallauer JF. Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur - Leistung - Weiterentwicklung. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1999
- 8 Busse R, Schwartz FW. Decision-making and priority-setting in public health and health care in Germany. In: Holland W, Mossialos E (Hrsg). Public health policies in the European Union. Aldershot-Brookfield USA-Singapore-Sydney: Ashgate. 1999: 105-126
- 9 Secretary of State for Health. Our Healthier Nation: A Contract for Health. Cm 3854 ed. London: The Stationery Office, 1998

- 10 Hunter DJ. Implementing health targets in health care. *eurohealth* 1999; 5 (3): 9-11
- 11 Scharpf FW. Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. In: Héri-tier A (Hrsg). *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung*. Opladen: West-deutscher Verlag. 1993: 57-83
- 12 Thibaut B. Koordination. In: Nohlen D (Hrsg). *Wörterbuch Staat und Politik*. München: Piper. 1991: 362-324
- 13 Thränhardt D. Bundesregierung. In: Andersen U, Woyke W (Hrsg). *Handwörter-buch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundes-zentrale für politische Bildung. 2000: 60-66
- 14 Wismar M. Health targets: policies, polity and politics. *eurohealth* 1999; 5 (3): 7-9
- 15 VicHealth. *Healthy Victorians 2000. Conceptual and Strategic Plan to the Year 2000*. Carlton, Victoria Australia. Victoria Health Promotion Foundation. 1995
- 16 Department of Health and Social Services. *Health & Wellbeing: Into the next Millenium. Regional Strategy for Health and Social Wellbeing 1997-2002*. 1997

## **4.2 Gesundheitsziele im Mehrebenensystem**

### **Wismar, Brasseit**

#### **4.2.1 Empfehlungen**

- Eine Koordinierung im Mehrebenensystem geht über die Wahl geeigneter Koordinierungsinstrumente hinaus. Eine gelungene Koordinierung basiert auf einem Konsens, der sich über die verschiedenen Ebenen erstreckt.
- Ein solcher Konsens setzt Verbindlichkeit sowohl in Politik als auch in Verbänden voraus.
- Im Rahmen der Konkretisierung müssen maßnahmenbezogen Instrumente der Koordinierung zwischen den einzelnen Ebenen entwickelt werden. Hierzu sollten den Arbeitsgruppen, die die einzelnen Ziele bearbeiten, neben der Bestandsaufnahme existierender Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung auch die jeweiligen Koordinierungsinstrumente erfassen.
- Die Koordinierung im Mehrebenensystem sollte einen Beitrag zur Umsetzung vor Ort leisten. Stoßen die Akteure vor Ort auf Schwierigkeiten, deren Behebung auf übergeordneten Ebenen liegt, so ist es Aufgabe der Koordinierung, für Kommunikation und eine rasche Bearbeitung zu sorgen. Als Koordinierungsinstrumente bieten sich an:
  - Koordinierung durch Konzertierung der Akteure (runde Tische, Konferenzen etc.)
  - Koordinierung durch Planungs- und Managementinstrumente
  - Koordinierung durch zielgebundene Gesundheitsberichterstattung (einschließlich Evaluation)
  - Koordinierung durch Gesundheitsgesetzgebung

#### 4.2.2 Executive Summary

Werden Gesundheitsziele auf Bundesebene definiert, so stellt sich das Problem, dass die Regelungs-, Durchführungs- und Umsetzungskompetenzen zumindest für einen Teil der Maßnahmen nicht auf Bundesebene angesiedelt sind. Sie liegen auch bei den Ländern und Kommunen und sind direkt mit der Leistungserbringung verbunden.

Aufgrund von Erfahrungen mit Gesundheitszielen in anderen Ländern und Regionen kann nicht umstandslos davon ausgegangen werden, dass Gesundheitsziele ohne weiteres über die einzelnen Ebenen weiter vermittelt werden. Viele Gesundheitszielprogramme im Ausland sind jedoch dem sogenannten „Top-down-Ansatz“ gefolgt und stießen in der Umsetzung auf Schwierigkeiten.

Diese Schwierigkeiten können gelöst werden, indem eine aktive Koordinierung bereits in der Phase der Konkretisierung konzipiert wird. Diese Koordinierung sollte nicht global, sondern maßnahmenorientiert erfolgen. Wie Beispiele aus anderen Ländern zeigen, geht eine erfolgreiche ebenenübergreifende Vermittlung von Gesundheitszielen einschließlich der Einbindung der Akteure über die Anwendung von Koordinierungs- und Managementinstrumenten hinaus. Erfolg verspricht eine Koordinierung, die in einen ebenenübergreifenden Konsens eingebettet ist.

Dabei können bestehende deutsche Instrumente genutzt und bestehende Institutionen eingebunden werden oder als Vorbild dienen. Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz (Australien, USA, England) gibt es keinerlei Hinweise, dass Föderalismus ein Gesundheitszielprogramm behindert oder einen institutionellen Nachteil im Vergleich zu zentralistisch organisierten Gemeinwesen darstellt. Der deutsche Föderalismus, der häufig als Ursache von Steuerungsproblemen angesehen wird, kann *gesundheitsziele.de* befördern, indem das Potenzial der verschiedenen Ebenen zum Tragen kommt.

#### 4.2.3 Auswahl, Konkretisierung und Umsetzung von Gesundheitszielen im Mehrebenensystem

Gesellschaften sind in aller Regel vertikal gegliedert, z.B. im Sinne eines Föderalismus, durch verschiedene Verwaltungsebenen oder durch Autonomien von Regionen. Diese Gliederung lässt sich analytisch als Mehrebenensystem verstehen. Ein Modell des Mehrebenensystems ist in Abbildung 1 dargestellt.

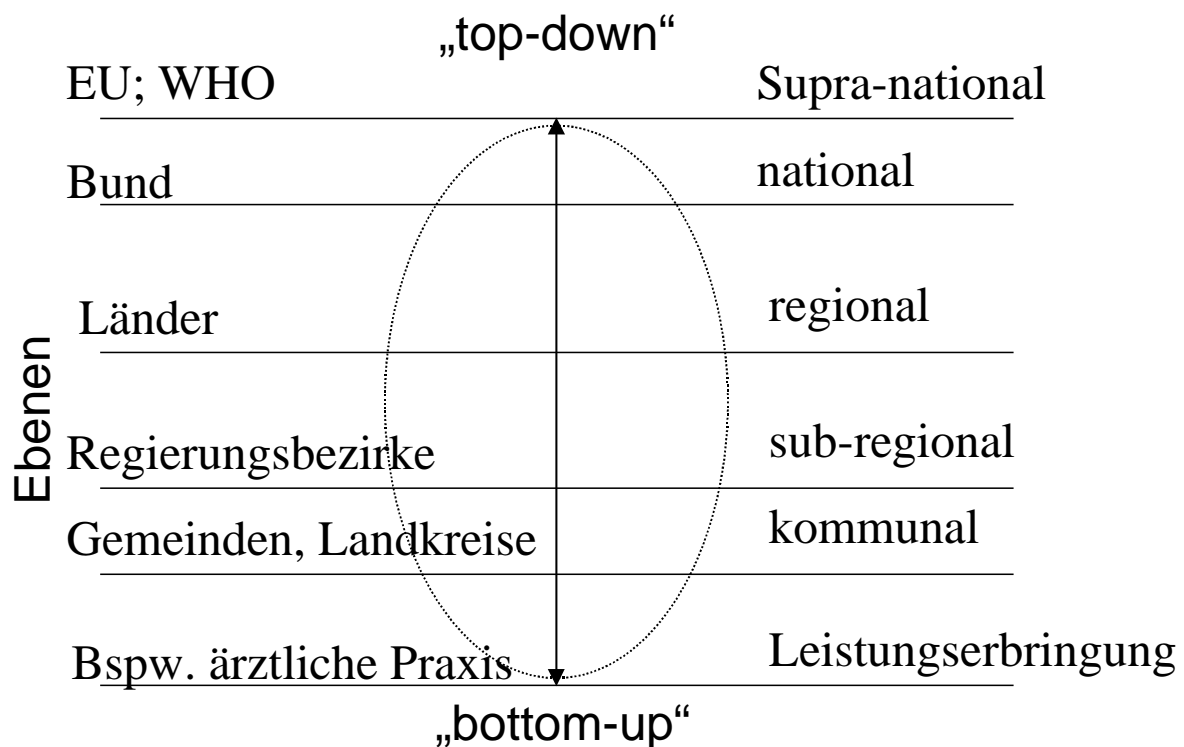


Abb. 1: Modell eines Mehrebenensystems.

Das Mehrebenensystem, bezogen auf *gesundheitsziele.de*, kann sich von der supra-nationalen Ebene bis zur Leistungserbringung in der ärztlichen Praxis oder aber der Bereitstellung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule oder am Arbeitsplatz erstrecken.

Eines der grundlegenden Charakteristika des Mehrebenensystem ist darin zu sehen, dass die Ebene der politischen Entscheidung und der Umsetzung nicht die gleiche ist. Vielfach muss sogar über verschiedene Ebenen hinweg vermittelt werden.

Die Koordinierung im Mehrebenensystem geht über den Einsatz von Managementinstrumenten hinaus. Das Oval in Abbildung 1 soll verdeutlichen, dass neben Koordinierungsinstrumenten auch eine ebenenübergreifende Konsensbildung eine wichtige Grundlage für die erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitszielprogrammen darstellt.

Gesundheitsziele im Mehrebenensystem bedürfen deshalb eines Konsens und einer wirkungsvollen Koordinierung über die verschiedenen Ebenen hinweg. Damit ähnelt die Fragestellung dieses Kapitels der Fragestellungen des Kapitels 4.1. Abstrakt gesprochen findet die ressortübergreifende Koordinierung auf der Horizontalen statt, also im Wesentlichen auf der gleichen Ebene. Die Koordinierung im Mehrebenensystem hingegen findet auf der Vertikalen und somit Ebenen übergreifend statt. Die Unterscheidung einer horizontalen und einer vertikalen Gliederung ist analytisch begründet. Unter realen Bedingungen sind die Kompetenzen häufig über beide Gliederungsachsen verteilt. Dies stellt die Aufgabe gleichzeitig horizontal und vertikale Konsensprozesse zu unterstützen und Koordinierungsinstrumente einzusetzen.

Im Wesentlichen lassen sich für Gesundheitszielprogramme zwei Modelle der ebenenübergreifenden Koordinierung konzipieren: der „Top-down-Ansatz“ und der „Bottom-up-Ansatz“.

### **4.2.3.1 Probleme des „Top-down-Ansatzes“**

Ein großer Teil der heute vorliegenden Gesundheitszielprogramme ist zumindest von der Intention her weitgehend dem WHO-Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ gefolgt. Das WHO-Programm kann – mit kleinen Einschränkungen – als das Modell des „Top-down-Ansatzes“ gelten. So wurde in ausgiebigen Konsultationen mit den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO die 38 Ziele festgelegt [1]. Gedacht war, dass diese Ziele von den Mitgliedstaaten übernommen und umgesetzt werden [2]. Die WHO als supranationale Organisation ist somit für die Definition der Ziele verantwortlich. Die Mitgliedstaaten übernehmen diese Ziele und veranlassen auf den jeweils für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Ebenen (national, regional, lokal) die Konkretisierung und Umsetzung. Der Weg, den die Ziele gehen sollten, führt der Abbildung folgend von oben über alle Ebenen bis schließlich die Bürger und Patienten erreicht werden.

Der „Top-down-Ansatz“ trägt jedoch eine Reihe wichtiger Faktoren für den Erfolg von Gesundheitszielen keine Rechnung. Zunächst wird übersehen, dass die Implementierung von Gesundheitszielen einer gewissen Zeit bedarf und dass sich ihr Nutzen u.U. erst nach einer gewissen Anlaufphase einstellt bzw. zeigt. Es bedarf daher einer nachhaltigen Verankerung der Gesundheitsziele in einer gegebenen Gesellschaft, so dass die Weiterführung des Programms auch nach einem Regierungswechsel gesichert ist. Dies erfordert die Herstellung eines ebenenübergreifenden Konsens. Außerdem unterstellt der „Top-down-Ansatz“, dass die politische Gesamtkompetenz für Gesundheit und Gesundheitswesen auf der nationalen Ebene verankert ist. Dies ist im deutschen Föderalismus allerdings nicht der Fall. Aber auch in anderen Ländern stößt der „Top-down-Ansatz“ auf Schwierigkeiten. Dies ist der Fall, wenn eine zentralstaatliche Kompetenzabtretung durch Dezentralisierung oder Devolution wie z.B. in Spanien oder Großbritannien erfolgt ist [3]. Auch die besondere Stellung der regionalen Ebene in der Gesundheitsversorgung, wie z.B. in Schweden [4] oder der Schweiz [5], weist daraufhin, dass die nationalen Regierungen auf die politische Unterstützung anderer Ebenen angewiesen sind. Selbst in zentralistischen Ländern stellt sich die Hoffnung, der Staat habe einen unmittelbaren Zugriff auf die lokale Ebene, häufig als graue Theorie dar. So wurde bspw. in Großbritannien argumentiert, dass die Macht in der Peripherie läge, da hier die unmittelbare Struktur- und Planungskompetenz verankert ist [6]. Zu ähnlichen Ergebnissen kam die Evaluation des britischen Gesundheitszielprogramms von 1992, Health of the Nation. Das Programm wurde zwar in den Regionen und auf lokalen Ebenen prinzipiell begrüßt, erfuhr jedoch aus verschiedenen Gründen keine echte Unterstützung und blieb somit weitgehend wirkungslos [7,8]. Die Probleme des „Top-down-Ansatzes“ bei der Definition und Umsetzung von Gesundheitszielen stellen sich somit keineswegs nur in föderalistischen Ländern.

Gesundheitszielprogramme, die ausschließlich dem „Top-down-Ansatz“ folgen, laufen Gefahr, auf ihrem Weg von der nationalen über die regionale bis zur lokalen Ebene im Getriebe der politischen und administrativen Instanzen aufgerieben zu werden.

#### 4.2.3.2 Probleme des „Bottom-up-Ansatzes“

Das Gegenstück zum „Top-down-Ansatz“ stellt der „Bottom-up-Ansatz“ dar. In diesem Ansatz geht die Initiative von lokaler Ebene aus. Dieser Ansatz hat den Vorteil, dass die fachliche und politische Unterstützung vor Ort unmittelbar gegeben ist. Die Akteure vor Ort kennen sich untereinander, sie kennen die Probleme und lokalen Gegebenheiten und können somit leicht eine gemeinsame Problemwahrnehmung und Lösungsstrategie entwickeln. Auch Antworten auf die Fragen der Partizipation und Bürger- bzw. Patientenbeteiligung ergeben sich u.U. unmittelbar.

Allerdings stoßen solche Initiativen häufig rasch an ihre Grenzen. Diese können administrativer oder sozialrechtlicher Natur sein aber auch in Verbindung mit der Ressourcenallokation auftreten. Wenn die Kompetenz zur Regelung dieser Fragen auf einer übergeordneten Ebene liegt, bedarf es der Vermittlung nach oben. Dass dies gelingt, kann aber nicht umstandslos vorausgesetzt werden [9]. Ein weiterer Nachteil des „Bottom-up-Ansatzes“ muss darin gesehen werden, dass Initiativen, die funktionieren und die erwünschten Ergebnisse erbringen, lokal begrenzt bleiben. So gibt es Kreise und Gemeinden, die über Jahre hinweg gut etablierte und wissenschaftliche untermauerte Programme bspw. zur Oralprophylaxe oder zur Herz-Kreislauf-Prävention eingerichtet haben. Diese Programme bleiben aber lokaler Natur. Die Maßnahmen, die zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit beitragen sollen, entfalten somit ihre Wirkungen nicht landesweit sondern lokal begrenzt. Von einer Ausbreitung guter Vorbilder und der Übernahme positiver Erfahrungen im Sinne eines „Ölflecks auf Wasser“ ist nicht einfach auszugehen. Das Projekt *gesundheitsziele.de* verfolgt hingegen den Zweck, die Errungenschaften eines Gesundheitszielprogramms prinzipiell allen Bürgern und Patienten, unabhängig vom Wohnort zugänglich zu machen.

#### 4.2.4 Dimensionen des Mehrebenensystems

Im Mehrebenensystem müssen somit zwei miteinander verbundene Aufgaben gelöst werden:

- Die Herstellung einer gemeinsamen Problemwahrnehmung und Politikformulierung über mehrere Ebenen hinweg.

- Die aktive Einbindung der Akteure vor Ort, um den Informationsfluss, die Umsetzung der Maßnahmen und die Adaption der Ziele zu gewährleisten.

### 4.2.4.1 Mehrebenensystem und Kooperativer Föderalismus

Die Vorstellung eines Mehrebenensystems ist keineswegs fremd für Deutschland, das durch den kooperativen Föderalismus gegliedert ist. Im kooperativen Föderalismus führt das Zusammenspiel der unterschiedlichen staatlichen Ebenen zu einem Geflecht von sich überschneidenden Zuständigkeiten von Koordinierungs- und Abspracheverfahren und von formellen und informellen Mitsprachebefugnissen. Diese Vermengung wird auch als Politikverflechtung bezeichnet. Dieser Begriff betont, dass in einem Bundesstaat die vielfältigen Organisations- und Entscheidungseinheiten sowohl horizontal als auch vertikal miteinander verbunden sind.

Zwei Sichtweisen dieser Politikverflechtung stehen sich gegenüber. Zum einen wird eine Steigerung der Problemlösungskompetenz durch die Politikverflechtung konstatiert. Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Ebenen im deutschen Föderalismus erweitert die Handlungsspielräume. Gleichzeitig wurde, insbesondere seit Ende der 80er Jahre, die Politikverflechtung im deutschen Föderalismus als problemverzeugend angesehen. Die Politikverflechtung bewirke eine Lähmung des politischen Systems, notwendige politische Reformen seien nicht möglich.

Der Begriff *Kooperativer Föderalismus* bezieht sich auf den Umstand, dass Entscheidungseinheiten, die ursprünglich selbständig waren, Aufgaben zusammen mit anderen Entscheidungseinheiten lösen und es folglich zu Kompetenzverflechtungen kommt [10]. Allgemeiner formuliert bedeutet Kooperativer Föderalismus:

„dass dort, wo die Sachaufgaben einheitliche und planend abgestimmte Zusammenarbeit aller Ebenen und Träger der öffentlichen Verwaltung erfordern, eine Koordination und ein Zusammenwirken aller Beteiligten, Bund, Länder und Gemeinden herbeigeführt wird, dass grundsätzlich die öffentliche Tätigkeit in ihrem Zusammenspiel und ihrer gemeinsamen Verpflichtung für das Wohl der Bürger gesehen wird“ [11].

Politikverflechtung wird als eine notwendige Reaktion der Politik auf die gewachsenen Anforderungen der Gesellschaft und den zunehmenden zivilisatorischen Herausforderungen wie etwa die technologische Entwicklung, die Vernichtung der natürlichen Lebensgrundlagen und die Globalisierung begriffen. Diese Probleme können von den einzelnen Akteuren nicht selbständig gelöst werden. Vielmehr ist es erforderlich, die unterschiedlichen Einheiten in sinnvoller Art und Weise miteinander zu verbinden. Dies ist möglich im Rahmen eines Mehrebenenmodells der Entscheidungsfindung. Dadurch können negative Begleiterscheinung des Föderalismus, wie etwa Informations- und Koordinierungskosten vermindert werden, indem die bundesstaatlichen Akteure von vornherein die Entscheidungen vorbereiten und gemeinsam treffen.

Der Vorteil der Politikverflechtung besteht darin, dass die Kosten von Maßnahmen verteilt werden können und zusätzlich der gesellschaftliche Problemdruck durch die Bearbeitung von Aufgaben auf mehreren Ebenen abnimmt.

Freilich ist in der Vergangenheit, gerade in der Gesundheitspolitik, der Föderalismus als institutionelle Reformblockade diskutiert worden, ohne allerdings den Beleg zu führen, dass eine andere staatliche Organisation zu einer effizienteren und nachhaltigen Gesundheitspolitik führen kann [12,13]. Unter dem Schlagwort „Wettbewerbsföderalismus“ wird zwar seit Jahr über die Entflechtung der einzelnen Ebenen diskutiert, zu Gunsten eines Kompetenzgewinns der Länder. Für die Sozialversicherungen einschließlich der gesetzlichen Krankenversicherung wird jedoch der Einwand geltend gemacht, dass die Verlagerung dieser Kompetenzen auf Länderebene einen starken Anreiz zur Unterbietungskonkurrenz setzen würde [14].

#### **4.2.4.2 Mehrebenensystem und internationale Organisationen**

Globalisierung und Europäische Integration haben in den vergangenen Jahren zu einer stärkeren Wahrnehmung von supranationalen Organisationen und ihren Auswirkungen auch auf Gesundheit und Gesundheitswesen der Nationalstaaten geführt. In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff Mehrebenensystem aufgekommen. Dieser Begriff beschreibt den Umstand, dass über die innere Gliederung von Nationalstaaten hinaus weitere Ebenen Einfluss auf die nationalen Belange haben.

In immer mehr Politikfeldern spielen in der Problemwahrnehmung, der Politikformulierung und -umsetzung supranationale Organisationen eine Rolle. Dies trifft insbesondere auf die Europäische Integration zu [15], aber auch auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Weltbank, die OECD und die World Trade Organization (WTO).

### **4.2.5 Wichtige Aspekte des Mehrebenensystems für *gesundheitsziele.de***

Im Mehrebenensystem agieren unterschiedliche Akteure, die mit unterschiedlichen Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten ausgestattet sind.

#### **4.2.5.1 Problemwahrnehmung, Politikformulierung**

Internationale Organisationen haben häufig eine wichtige Multiplikatorfunktion, indem sie Einzelinitiativen bündeln, wissenschaftlich aufarbeiten und effektiv wieder in die Nationen, Regionen und Kommunen kommunizieren. So findet manch ein Gesundheitsproblem erst durch den Umweg über das Mehrebenensystem Beachtung auf nationaler, regionaler oder kommunaler Ebene.

Gesundheitsprobleme von Bevölkerungen und Verbesserungspotenziale werden häufig erst im internationalen Vergleich deutlich sichtbar. Um diese Potenziale zu realisieren, wird für die Wahl der Mittel häufig ins Ausland geblickt, um im Sinne von „best-practice“<sup>24</sup>, von besten Lösungen, die sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren, zu lernen. Health Technology Assessment, Leitlinien, evidenzbasierte Medizin, klinische Epidemiologie und Gesundheitsökonomie wären ohne die Verflechtung zwischen Körperschaften auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene kaum denkbar. Und zwar sowohl in der Entwicklung als auch der Verbreitung dieser Instrumente.

---

<sup>24</sup> Eine abschließende Definition von „best practice“ liegt nicht vor. Die Europäische Kommission hat in einer gründlichen Aufarbeitung der vorliegenden Aktivitäten zu „best practice“ folgende Arbeitsdefinition publiziert: „Working Definition of BEST PRACTICE in the health sector – The ‚best was‘ to identify, collect, evaluate, disseminate and implement information on, and monitor the outcomes of, health sector interventions for patient/population groups and defined indications or conditions. The information needs to reflect the best available evidence on: safety, efficacy, effectiveness, cost-effectiveness, appropriateness, social and ethical values and quality of health sector interventions.“ [27]

Auch für die Verbreitung von Gesundheitszielen hat das Mehrebenensystem eine wichtige Rolle gespielt. So waren es Initiativen in Kanada [16] und den USA, die maßgeblich die Formulierung des WHO-Programms „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ beeinflusst haben.

#### **4.2.5.2 Die Gesetzgebungskompetenz liegt auf unterschiedlichen Ebenen**

Die legislative Autorität liegt prinzipiell bei den Bundesländern. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes erstreckt sich nur auf im Grundgesetz ausdrücklich benannte Bereiche. Diese werden unter

- der ausschließlichen,
- der konkurrierenden und
- der Rahmengesetzgebung aufgeführt.

Ausschließlich dem Bund vorbehaltene Bereiche sind internationale Beziehungen, Verteidigung, Währungsangelegenheiten, Luftfahrt und einige Elemente der Besteuerung. Im Fall der konkurrierenden Gesetzgebung darf der Bund nur dann Gesetze erlassen, wenn eine bundeseinheitliche Regelung erforderlich ist. Den Bundesländern bleibt es vorbehalten, die Bereiche gesetzlich zu regeln, die durch das entsprechende Bundesgesetz nicht abgedeckt sind. Wenn die Länder dem Bund das Recht einer Rahmengesetzgebung zugestehen, behalten sie dennoch eine wesentliche legislative Mitbestimmung. Dies trifft insbesondere auf die Bereiche höhere Bildung, Naturschutz, Landschaftsgestaltung, Regionalplanung und Wasserwirtschaft zu. Die Länder können weiterhin alle nicht durch das Bundesgesetz geregelten Bereiche gestalten. So sind sie verantwortlich für Erziehung und Kultur als Ausdruck ihrer „Kulturhoheit“. Sie sind ebenfalls verantwortlich für die Festlegung der Befugnisse der Landesregierung und der Polizei [17].

**Box 1: Gesundheitsbezogene Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach der Konkurrierenden Gesetzgebung im Grundgesetz**

- Maßnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten bei Menschen und Tieren, Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe (Art. 74 Nr. 19 GG)
- Schutz beim Verkehr mit Lebens- und Genussmitteln sowie Bedarfsgegenständen (Art. 74 Nr. 20 GG)
- öffentliche Fürsorge (Art. 74, Nr. 7 GG)
- Schutz gegen Gefahren beim Freiwerden von Kernenergie oder durch ionisierende Strahlen (Art. 74 Nr. 11a GG)
- wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art 74 Nr. 19 a GG)
- Sozialversicherung einschließlich der gesetzlichen Krankenversicherung (Art. 12 GG)

Die Gesetzgebungskompetenz für Arbeitsförderung, gesetzliche Kranken-, Renten-, und Unfallversicherung, für Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen sowie für die soziale Pflegeversicherung liegen somit beim Bund.

Die eigentliche Stärke der Bundesländer liegt in ihrer Teilnahme am Gesetzgebungsprozess des Bundes durch den Bundesrat. Die gesamte innere Verwaltung liegt in ihren Händen und ihre Verwaltungen setzen die meisten Bundesgesetze und Rechtsverordnungen um [17].

Im Wesentlichen sind drei Aufgaben der Länder zu unterscheiden. Zunächst sind sie verantwortlich für die Unterhaltung der Krankenhausinfrastruktur. Dies kann durch die Entwicklung eines Krankenhausplans geregelt werden.

Eine zweite zentrale Aufgabe der Länder ist der öffentliche Gesundheitsdienst (unter Berücksichtigung einiger Bundesgesetze, die Krankheiten mit Gefährdung der öffentlichen Sicherheit betreffen). Allerdings unterscheiden sich die Organisationsstrukturen zwischen den Ländern. Etwa die Hälfte aller Bundesländer betreiben den öffentlichen Gesundheitsdienst selber, während die andere Hälfte sie an die Kommunen abgetreten hat. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes umfassen die Auf-

sicht über Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen, Prävention und Überwachung übertragbarer Krankheiten, Aufsicht über lebensmittelverarbeitende Betriebe, Arzneimittel und Medikamente, Umwelthygiene, Gesundheitsberatung, Bereitstellung kommunaler psychiatrischer Versorgungseinrichtungen, Gesundheitserziehung und -förderung und Gesundheitsuntersuchungen von Schulkindern [17].

Die Länder sind außerdem zuständig für die vorklinischen und klinischen Studienabschnitte der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Ausbildung, die Aufsicht über die regionalen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die in dem Bundesland aktiven Krankenkassen [18].

Schon aus dieser knappen Übersicht zu den Kompetenzen von Bund und Ländern (einschließlich der Kommunen im Bereich des ÖGD) ergibt sich die Notwendigkeit einer ebenenübergreifenden Konsensbildung und Koordinierung für *gesundheitsziele.de*.

#### **4.2.5.3 Rechtsprechung im Mehrebenensystem**

Das Mehrebenensystem hat hinsichtlich der Rechtsprechung für Gesundheit und Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Vielfach werden die Vorabentscheidungen des Europäischen Gerichtshofes nur am Rande wahrgenommen. Ihre Bedeutung ist auch schwer abzusehen [19,20]. Allerdings zeigen systematisch angelegte Studien, dass der freie Personen-, Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr in der Europäischen Gemeinschaft durch die Rechtsprechung des EuGH zunehmend zumindest die Normen und Prozeduren der Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten mitdefiniert [21]. Ebenso das Europäische Wettbewerbsrecht.

Die Sozialgerichtsbarkeit in Deutschland kennt drei Instanzen, die auf lokaler, regionaler und Bundesebene angesiedelt sind. Verhandelt werden Streitfälle zwischen Einzelpersonen und den Institutionen der Sozialversicherung oder Streitfälle zwischen den Sozialversicherungen.

Die Sozialgerichte bilden die erste Instanz des Sozialrechtsweges. Sie entscheiden über Rechtsstreitigkeiten in Angelegenheiten der Bundesanstalt für Arbeit, der Ren-

tenversicherung, der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, der Unfallversicherung, außerdem im Bereich des Schwerbehindertenrechts und des sonstigen sozialen Entschädigungsrechts einschließlich der Opferentschädigung und der Kriegsopferversorgung.

Das Landessozialgericht bildet die zweite Instanz des Sozialrechtsweges. Es entscheidet über Berufungen gegen Urteile und über Beschwerden gegen Beschlüsse der Sozialgerichte.

Das Bundessozialgericht in Kassel bildet die dritte und letzte Instanz. Es entscheidet über Revisionen gegen Urteile der Landessozialgerichte. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine sogenannte Sprungrevision gegen das Urteil eines Sozialgerichts möglich. Das Landessozialgericht wird dabei als Berufungsinstanz übergangen.

#### **4.2.5.4 Vertrags- und Durchführungskompetenz im Mehrebenensystem**

Eine umfassende Darstellung der Vertrags- und Durchführungskompetenzen aller für *gesundheitsziele.de* relevanten Akteure kann an dieser Stelle nicht geleistet werden. Stattdessen soll exemplarisch die vertikale Gliederung ausgewählter Sozialversicherungsträger einen Einblick in die Vielfalt der Organisationsformen im Mehrebenensystem vermitteln. Als Beispiele ausgewählt (und vereinfacht dargestellt) werden die Gliederung der Bundesanstalt für Arbeit (nach SGB III) die Vertragsstruktur zwischen Ärzten und Krankenkassen (nach SGB V), die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger (nach SGB VI) sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (nach SGB VII)

Nach dem Arbeitsförderungsgesetz ist die Bundesanstalt für Arbeit u.a. Träger für rehabilitative Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

**Box 2: Gliederung der Bundesanstalt für Arbeit nach § 386 SGB III**

Die Bundesanstalt gliedert sich in

1. die Arbeitsämter mit ihren Geschäftsstellen auf der örtlichen Verwaltungsebene,
2. 10 Landesarbeitsämter auf der mittleren Verwaltungsebene und
3. die Hauptstelle auf der oberen Verwaltungsebene.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind die wesentlichen Verträge für die ambulante Versorgung die Bundesmantelverträge und die Gesamtverträge. Auf Bundesebene werden zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Bundesmantelverträge abgeschlossen. Die Bundesmantelverträge beinhalten u. a.:

- den einheitlichen Bewertungsmaßstab,
- die Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/ Krankenkassen
- die Richtlinien der KVen zur Organisation der Verwaltung
- Vereinbarungen zur Qualitätssicherung
- Einzelheiten über die Abrechnung ärztlicher Leistungen.

**Box 3: Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 SGB V**

1. ärztliche Behandlung,
2. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
3. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
4. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
5. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie,
6. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
7. Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen und die Beratung über die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation,
8. Bedarfsplanung,
9. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27 a Abs. 1 SGB V
10. Maßnahmen nach den §§ 24 a (Empfängnisverhütung) und 24 b (Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation) SGB V.

Die Bundesmantelverträge sind Teil der Gesamtverträge. Die Vertragshoheit der Gesamtverträge liegt auf Seiten der Ärzteschaft bei den 23 Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Gesamtverträge beinhalten im Wesentlichen das Vergütungssystem und die Vergütungshöhe für die an der ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen.

Aufgrund der Vertragsgestaltung, die sich über die Bundes- und die regionale Ebene erstreckt, wird es im Verlauf der Konkretisierung wichtig sein, beide Ebenen einzubeziehen, um einen ebenenübergreifenden Konsens herzustellen und geeignete Koordinierungsinstrumente zu entwickeln.

In der Gesundheitsversorgung übernimmt die gesetzliche Rentenversicherung insbesondere Aufgaben in der Rehabilitation (§9 SGB VI). Die Erfüllung der Aufgaben auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt.

#### **Box 4: Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger nach § 125 SGB VI**

Für die Erfüllung der Aufgaben der Rentenversicherung sind

1. in der Rentenversicherung der Arbeiter die Landesversicherungsanstalten, die Bahnversicherungsanstalt und die Seekasse,
2. in der Rentenversicherung der Angestellten die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und
3. in der knappschaftlichen Rentenversicherung die Bundesknappschaft zuständig.

Die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger ist historisch gewachsen. Leistungs- und Beitragsrecht der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten sind vollständig angeglichen und durch das Rentenreformgesetz 1992 wurde das ursprünglich in verschiedenen Gesetzen geregelte Recht aller drei Versicherungszweige im SGB VI zusammengefasst. Um eine einheitlichen Interpretation des Rentenrechts zu gewährleisten und die gemeinsamen Angelegenheiten gegenüber dem Bund zu vertreten, haben sich die Träger der Rentenversicherung im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger zusammengeschlossen<sup>25</sup> [22].

Auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen Aufgaben, die für *gesundheitsziele.de* von Bedeutung sind. Sie umfassen alle geeigneten Mittel, um Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen (§ 1 SGB VII).

---

<sup>25</sup> Die Aufgaben des VDR umfassen im einzelnen: Wahrnehmung gemeinsamer Angelegenheiten, Beratung bei Gesetzesvorhaben, Aufklärung der Bevölkerung, Statistisches Berichtswesen, Fort- und Weiterbildung, Datenstelle der Rentenversicherungsträger ([www.vdr.de](http://www.vdr.de)).

**Box 5: Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsträger)  
nach § 114 SGB VII**

1. die 35 gewerblichen Berufsgenossenschaften,
2. die 20 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften,
3. der Bund,
4. die Eisenbahn-Unfallkasse,
5. die Unfallkasse Post und Telekom,
6. die Unfallkassen der Länder,
7. die Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen der Gemeinden,
8. die Feuerwehr-Unfallkassen,
9. die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und den kommunalen Bereich.

Die Berufsgenossenschaften führen die Unfallversicherung in den Unternehmen durch, die zu den ihnen zugeteilten Gewerbezweigen zählen. Bund und Länder führen die Unfallversicherung für ihre eigenen Betriebe durch. Desgleichen die Gemeinden, soweit sie die Unfallversicherung selbst durchführen. Die Träger der Unfallversicherung haben sich in drei Verbänden zusammengeschlossen.

Die in diesem Abschnitt exemplarische und vereinfachte Darstellung von Aufgaben unterschiedlicher Träger in Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung und Rehabilitation zeigt, dass unterschiedliche Muster der Verteilung von Vertrags- und Durchführungskompetenzen vorliegen. Es wird aber auch unmittelbar deutlich, dass die Gliederung im Mehrebenensystem häufig Hand in Hand geht mit einer horizontalen Gliederungen nach Sektoren, Trägern oder Ressortzugehörigkeiten.

#### 4.2.6 Probleme des Mehrebenensystems am Beispiel Impfen

Den gesetzlichen Hintergrund des Impfens<sup>26</sup> in Deutschland bildet auf Bundesebene das am 01.01.2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz (IfSG), welches u.a. das Bundesseuchengesetz (BSeuchG) ablöst. Mit diesem Gesetz erscheint den Akteuren die rechtliche Handhabe der Impfprävention vorerst verbessert, obwohl eine Menge organisatorischer und struktureller Hindernisse bei der praktischen Umsetzung konstatiert werden. Die Leistungsverträge der Kassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen bilden neben berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen weitere rechtliche Bestimmungen für die Durchführung von Schutzimpfungen. Für die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Landes- und kommunale Ebene) im Zusammenhang mit dem Impfen sind wiederum zusätzlich die jeweiligen Landesgesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst maßgeblich.

Obwohl Impfen in Deutschland in der Regel freiwillig ist, wird der Bevölkerungsanteil der absoluten Impfgegner in Deutschland mittlerweile lediglich auf ca. 2 %, der Anteil der impfskeptischen Eltern (d.h. Ablehnung einzelner Impfungen) auf ca. 10 % geschätzt. Impfen war früher hauptsächlich Sache des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Mittlerweile erfolgen jedoch 85-90 % der Impfungen durch niedergelassene Ärzte und 10-15 % durch betriebsärztliche Dienste und den ÖGD. Dies erschwert eine zentrale und einheitliche Impfdokumentation. Aufgabe des Gesundheitsamtes ist es mittlerweile, Impflücken bei Kindern und Erwachsenen festzustellen und zu beseitigen.

Aufgrund der starken institutionellen Zersplitterung in der Zuständigkeit für Impfungen werden bei der Impfprävention einige strukturelle und organisatorische bzw. rechtliche Hindernisse konstatiert. Die Vielfalt der relevanten Verantwortungsträger, die sich über sämtliche politische Ebenen erstrecken, führt zu einer mangelnden Kooperation der Akteure in der Impfprävention. So sind am Impfgeschehen und Vermitteln von Präventionsbotschaften rund ums Impfen niedergelassene Ärzte, Kran-

---

<sup>26</sup> Der folgende Abschnitt basiert neben der Literatur [28,29] auf mündlichen Auskünften von Frau Dr. C. Meyer, RKI, sowie auf schriftlichen Stellungnahmen der BZgA im Rahmen der exemplarischen Auswahl von Gesundheitszielen.

kenkassen, ÖGD, Fachgesellschaften und Berufsverbände, Bundesländer, Schulen, Kindergärten, Gesundheitspolitiker und Medien beteiligt.

Anhand mehrerer Maßnahmen im Rahmen der Impfprävention soll die Problematik gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Mehrebenensystem im Folgenden erläutert werden: Impfempfehlungen, Kostenübernahme, Impfdokumentation und Meldepflicht, Qualifizierung der impfenden Ärzte.

Die Übernahme der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut, eine der Bundesbehörden im Gesundheitswesen, in die jeweiligen verbindlichen Empfehlungen der einzelnen Landesoberbehörden (z.B. Sozialministerien) geschieht oft uneinheitlich. Die STIKO spricht Empfehlungen zu den Schutzimpfungen aus, die die Länder zwar weitgehend und freiwillig – jedoch nicht in jedem Falle – umsetzen (bspw. möchte ein Bundesland aufgrund befürchteter Impfschäden keine Impfung zur Pneumokokkeninfektion durchführen).

Impfungen sind keine Pflichtleistungen der Kassen, daher variieren die Abrechnungsmodalitäten und Vergütung je nach Krankenkasse und Bundesland. Uneinheitliche Kostenübernahmeregelungen durch die Krankenkassen machen die Abrechnung von Impfleistungen in den Praxen zeitaufwändig. Seitens der niedergelassenen Ärzte ist daher die Bereitschaft zur aktiven Ansprache der Patienten auf die Aktualisierung des Impfschutzes aufgrund fehlender materieller Anreize nicht sehr ausgeprägt. Die Arzt-Patienten-Kontakte werden nur unzureichend zur Überprüfung des Impfschutzes und zur Auffrischung der Impfungen genutzt. Unübersichtliche Abrechnungsmodalitäten, uneinheitliche Impfstoffkostenregelungen, geringe Honorierung der Impfleistung und Beratung sowie Verunsicherung der Ärzte wegen Haftungsproblemen (Aufklärungspflicht zu Nebenwirkungen und möglichen Impfschäden) erschweren die Impfpraxis gerade im Bereich der niedergelassenen Ärzte. Außerdem werden Informationsdefizite bei Teilen der niedergelassenen Ärzteschaft beschrieben.

Auch hinsichtlich der Impfdokumentation ist eine Zersplitterung der Zuständigkeiten festzustellen. Ein grundsätzliches Problem ist, dass in Deutschland kein einheitliches, sondern nur individualisierte Impfreister bestehen. Es gibt auch keine regio-

nenal Impfreister beim ÖGD oder den Kassen. Die Gesundheitsämter erheben und dokumentieren neuerdings den Impfstatus bei der Schuleingangsuntersuchung, im Erwachsenenalter bleibt die Überprüfung des Impfstatus jedoch weiterhin rudimentär und dem Zufall überlassen. Die schlechte Datenlage zum Impf- und Immunstatus erschwert die Steuerung und Beurteilung von Impfmaßnahmen sowie die Quantifizierung und Beurteilung von Impfschäden. Die Rechtsaufsicht bei Impfdokumentation und -meldung ist unterschiedlich: Gesundheitsamt, Länderbehörde (i.d.R. das Ministerium, in dem die Gesundheitsabteilung ressortiert) und Bundesministerium für Gesundheit teilen sich Kompetenzen.

Weiterhin werden die Impfungen, wenn überhaupt, von verschiedenen Personen, z.B. dem Arzt beim Gesundheitsamt, verschiedenen niedergelassenen Ärzten und zusätzlich in verschiedenen Dokumenten festgehalten. § 22 des IfSG regelt die Dokumentation im Impfausweis: Der Arzt muss die Impfung in den Impfausweis eintragen bzw. eine Impfbescheinigung ausstellen und entweder er oder das Gesundheitsamt sind verpflichtet, diese später nachzutragen. Es gibt unterschiedliche Impfausweise, z.B. den Internationalen Impfausweis der WHO, den des Deutschen Grünen Kreuzes, der Pharmazeutischen Hersteller, des Gesundheitsamtes. Der Ausweis wird nicht mehr gestellt, nur noch die Erstausstellung erfolgt im Zusammenhang mit den Vorsorgeuntersuchungen bei Geburt eines Kindes. Bisher erfolgt keine Nutzung der Chip-Karte zur Dokumentation.

Die Erhebung des Impfstatus der Bevölkerung erfolgt nicht komplett. § 34 Abs. 1 IfSG „Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes“ schreibt jedoch die Erhebung des Impfstatus bei Erstaufnahme in die erste Klasse im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durch das Gesundheitsamt oder einen von diesem beauftragten Arzt vor. Diese Daten werden vom Gesundheitsamt über die oberste Landesgesundheitsbehörde (z.B. Sozialministerium) dem Robert-Koch-Institut übermittelt, welches diese zentral erfasst und auswertet. In Niedersachsen z.B. werden die Zahlen auf Landesebene regelmäßig durch das Niedersächsische Landesamt für Gesundheit in einem Bericht zusammengefasst und veröffentlicht. Die primäre Datenerhebung in den Kreisen und Ländern erfolgt noch nicht nach einem einheitlichen Schema, da dies nicht vom IfSG gefordert wird. Eine Vereinheitlichung ist jedoch eine unabdingbare Voraussetzung, um wissenschaftlich ge-

sicherte Aussagen über den Impfstatus der Bevölkerung treffen zu können. Die Übermittlung von Daten über Impfungen regelt § 20 Abs. 4 des IfSG „Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der Prophylaxe“; der das Bundesministerium für Gesundheit zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten über durchgeführte Schutzimpfungen mittels einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates ermächtigt.

Die Qualifikation und Fortbildungen der impfenden Ärzte wiederum wird durch einen ganz anderen Träger, die Ärztekammern, durchgeführt. Seit dem 4. Quartal 2000 sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berechtigt, die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen vorzunehmen, sofern sie eine entsprechende Qualifikation durch ein Fortbildungszertifikat nachweisen können. Die Zertifizierung der impfenden Ärzte erfolgt i.d.R. durch einen 12-stündigen qualitätsgesicherten Kurs, den die Ärztekammern durchführen.

### **4.2.7 Instrumente zur Bewältigung der Mehrebenenfrage**

Die im Folgenden zusammengetragenen Beispiele aus Australien, den USA und Deutschland zeigen vier Elemente einer ebenenübergreifenden Koordinierung auf:

- Mehrebenen-Koordinierung durch Konferenzen, gemeinsame öffentliche Veranstaltungen, „Runde Tische“ etc. Unterschieden werden können u.a. Veranstaltungen, die der Informationssammlung und -aufbereitung, der Informationsdissemination, der politischen Entscheidungsvorbereitung bzw. der Exekution politischer Entscheidungen dienen (Gesetzgebung, administrative Anweisungen),
- Mehrebenen-Koordinierung durch Management- und Planungsinstrumente,
- Mehrebenen-Koordinierung durch Gesundheitsgesetzgebung,
- Mehrebenen-Koordinierung durch Gesundheitsberichterstattung.

#### 4.2.7.1 Beispiel koordinierte Gesundheitsförderung in Australien

Das australische Gesundheitssystem ist vielfältig und komplex, mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten für verschiedene Aufgabenbereiche<sup>27</sup>. Diese erstrecken sich über die politischen Ebenen des Commonwealth (Bundesregierung) und der Regierungen der Staaten und Territorien (State governments)<sup>28</sup> mit ihren jeweiligen Gesundheitsministerien (health departments). Die einzelnen Staaten sind – in etwa vergleichbar mit England – noch einmal in regionale Gesundheitsbehörden (health authorities) gegliedert. Auch die kommunalen Regierungen spielen eine Rolle. Diese waren bisher eher über die Healthy Cities-Bewegung involviert, spielen bei der integrierten Planung von Gesundheitsförderung jedoch zunehmend eine Rolle. Die Hauptzuständigkeiten für die Gesundheitsförderung variieren von Staat zu Staat. Fünf von acht Staaten haben diese Verantwortlichkeiten an kleinere Regionen innerhalb der Staaten delegiert. Bei einigen Staaten liegt die Hauptverantwortlichkeit beim Gesundheitsministerium, bei anderen bei eigens gegründeten Institutionen der Gesundheitsförderung (z.B. Victorian Health Promotion Foundation).

Die administrativen Einflussmöglichkeiten im Gesundheitssystem Australiens sind relativ hoch, da Bundesregierung und Regierungen der Territorialstaaten einen Großteil der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen aus Steuermitteln übernehmen. Die Mittel werden von der Bundesregierung zum einen direkt über verschiedene Programme an die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen weitergeleitet. Zum anderen werden sie an die einzelnen Staaten und Territorien aufgrund unterschiedlicher Vereinbarungen (z.B. „Medicare agreements“) weitergegeben. Die Staaten zahlen die Mittel von der Bundesregierung und selbst erhaltene Steuergelder an die Anbieter aus oder leiten sie an lokale Verwaltungen weiter.

---

<sup>27</sup> Der folgende Abschnitt über Gesundheitsförderung in Australien beruht auf folgenden Quellen: Commonwealth of Australia: Pathways to Better Health. National Health Strategy Issue Paper No. 7, March 1993, [www.health.gov.au:80/pubs/nhs/pathways/pathint.htm](http://www.health.gov.au:80/pubs/nhs/pathways/pathint.htm); Commonwealth of Australia: Better Health Outcomes for Australians. National Goals, Targets and Strategies for Better Health Outcomes Into the Next Century, Canberra 1994; Commonwealth of Australia: National Health Priority Areas Report. Cancer Control 1997. AIHW Cat. No. PHE 4, Canberra 1998; Neubauer, G. / Nowny, R.: Analyse der DRG-Fallkostenkalkulation, der Vergütungsfindung und der Zu- und Abschläge in Australien. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Institut für Gesundheitsökonomie München, November 2000.

<sup>28</sup> Insgesamt acht Staaten, davon sechs „States“, nämlich New South Wales, Victoria, Queensland, South Australia, Western Australia, Tasmania und zwei „Territories“, nämlich Northern Territory, Australian Capital Territory

Diese „gewachsenen Beziehungen“ im Verteilungssystem scheinen es – im Vergleich zu anderen Ländern – zu erleichtern, aufkommende Kooperationsprobleme im Mehrebenensystem anzugehen. Um die Schwierigkeiten der Koordination innerhalb des Mehrebenensystems zu überwinden, werden u.a. folgende Instrumente eingesetzt:

- Benennung von Gruppen oder Einzelpersonen, die Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zwischen lokaler, staatlicher und nationaler Ebene koordinieren und die Zusammenarbeit fördern.
- Einsatz integrierender Planungsinstrumente: Die zunehmende Wahrnehmung der Bedeutsamkeit anderer Sektoren als des Gesundheitssektors für die Bevölkerungsgesundheit führte in einigen Staaten bereits zur Veränderung in Gesundheitsmanagement und der Gesundheitsgesetzgebung. In Victoria bspw. werden durch das „Victorian Public Health Act“ Public-Health-Pläne auf Stadt- und Gemeindeebene gefördert. In South Australia wird ein ähnliches Konzept einer integrierten Gesundheits- und Umweltplanung unter dem Namen „environmental health management plans“ angewandt. Die kommunalpolitische Ebene wird ausdrücklich ermutigt, in Konsultation mit der Nationalregierung regionale gesundheitliche Entwicklungsstrategien zu erarbeiten und eine Vielzahl von Gemeinde- und Stadträten in Victoria und South Australia hat damit begonnen, lokale Gesundheitspläne zu entwickeln.
- Die Einführung von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen (health impact assessment) spielt ebenfalls bei der Integration der verschiedenen politischen Ebenen und Sektoren eine Rolle.
- Einsatz von Gesundheitszielen: Die Zusammenarbeit zwischen den politischen Ebenen wird als grundlegend für die Erreichung substantieller Gewinne in der Bevölkerungsgesundheit angesehen. Die australische Gesundheitszielinitiative, die Mitte der 90er Jahre an Boden gewann, ist gerade dieser Zusammenarbeit geschuldet. Mit dem Konzept der sog. „National Health Priority Areas“ (NHPA-Initiative), auf welches man sich nach einem ausführlichen Konsultationsprozess aller politischen Ebenen geeinigt hatte, wird versucht, die verschiedenen politischen Ebenen mittels prioritärer gesundheitlicher Themen zu integrieren. NHPA dient dabei als nationales Rahmenkonzept, das lokal adaptiert werden kann. Es

ist jedoch durchaus gewollt und bereits Praxis, dass einzelne Staaten Konzepte für die mittlerweile 6 beschlossenen „Health Priority Areas“ entwickeln.

- Gesundheitsgesetzgebung auf Bundesebene: Wichtige Gesetze waren u.a. das „Medicare Agreement Bill“ von 1992, welches die Zusammenarbeit der Bundesregierung (Commonwealth) und der Staaten bei nationalen Gesundheitszielen festschrieb oder das „Tobacco Advertising Prohibition Act“ von 1992, welches die meisten Werbe-Arten zu Tabakprodukten einschränkt.
- Gesundheitsgesetzgebung auf staatlicher Ebene: Die Entwicklung städtischer Gesundheitspläne wird in Victoria durch das „Health (General Amendment) Act“ von 1988 spezifiziert. Dieses fördert die Einbeziehung der Kommunalregierungen in die Gesundheitsförderung und verbessert die Zusammenarbeit zwischen zentralen und regionalen Abteilungen des „Department of Health and Community Services“ und den Kommunalregierungen (local councils).

#### 4.2.7.2 Beispiel USA

Das US-Gesundheitssystem wird zum größten Teil vom privaten Gesundheitsmarkt bestimmt (20 % HMO's, 50 % andere Managed-Care-Programme, 30 % andere); die Rolle der Regierung wird auf ein Mindestmaß beschränkt. Das pluralistische System umfasst die staatlichen Versicherungssysteme Medicare (Krankenversicherung für Ältere), Medicaid (Krankenversicherung für soziale Benachteiligte und Behinderte), Gesundheitsorganisationen des Freiwilligen- und Ehrenamt-Sektors und Unternehmen mit gesundheitlichen Funktionen. Das US-Gesundheitssystem wird hauptsächlich durch private Versicherungen finanziert.

Die Mehrebenenfrage<sup>29</sup> zeichnet sich in den USA demnach mehr als Koordinierungsproblematik zwischen Regierungs- und Nicht-Regierungsorganisationen auf verschiedenen politischen Ebenen ab, als einer zwischen den administrativen politischen Ebenen der Gesundheitsministerien oder des Öffentlichen Gesundheitswe-

---

<sup>29</sup> Der folgende Abschnitt beruht neben der offiziellen Publikation [30] auf folgenden Internet-Seiten: <http://www.odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/hp2000/hp2kfact.htm>;  
<http://www.pnhp.org/international.htm>;  
<http://www.odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/hp2000/pdf/midcours/midrvw3.pdf>.

sens (Public Health Service). In den USA wurden im Rahmen der Healthy People 2000 Initiative Koordinierungsnotwendigkeiten sowohl zwischen Regierungsorganisationen der bundesstaatlichen – (Federal State), staatlichen (States) und lokalen Ebene (local governments) als auch hinsichtlich Wirtschaft (private sector) und Freiwilligen- und ehrenamtlicher Arbeit (voluntary sector) konstatiert. Die folgenden Beispiele zu Lösungsansätzen von Koordinierungsproblemen beziehen sich alle auf das Konzept der Gesundheitszielinitiative „Healthy People“.

- Mehrebenen-Koordinierung durch öffentliche Veranstaltungen: Die Gesamtkoordinierung zu den Gesundheitszielen zwischen allen Ebenen und Sektoren wird mittels einer Organisation zu Gesundheitszielen, dem Healthy People Consortium organisiert, dem mehr als 350 Organisationen als Mitglieder angehören. Diese Plattform setzt sich zusätzlich zu 54 staatlichen und territorialen Gesundheitsministerien (Health Departments) aus verschiedenen Organisationen nationalen Umfanges zusammen, welche wiederum Mitglieder organisieren, z.B. Einzelpersonen, Institutionen oder angegliederte Organisationen, die aus beruflichen oder persönlichen Gründen Interesse für das gesundheitliche Wohlergehen der Bevölkerung aufbringen. Die Struktur der Mitglieder des Konsortiums deckt das gesamte Lebensspektrum ab. Die Konsortium Organisationen repräsentieren ältere Menschen, Koalitionen von Menschen unterschiedlicher Hautfarbe und unterschiedlicher kultureller und ethnischer Hintergründe, Pädagogen und Ausbilder, die Wirtschaft, Leistungsanbieter aus dem Gesundheitswesen, die Wissenschaft usw. Jährlich finden wechselnd in den Bundesstaaten Treffen des Konsortiums statt, auf denen Fortschritte, Hindernisse und Lösungsansätze diskutiert werden.<sup>30</sup> Die Treffen werden durch die offizielle koordinierende Stelle für „Healthy People 2010“, das Office of Disease Prevention and Health Promotion, einer bundesstaatlichen Gesundheitsbehörde durchgeführt. Als lokale Koordinierungsmaßnahmen im Rahmen der Zielentwicklung und -evaluation kommen regelmäßig Fokus-Gruppen, öffentliche Hearings, Draft-Review-Perioden und öffentliche Meinungsumfragen zum Einsatz.

---

<sup>30</sup> Die Themen der letzten Jahre waren: 2001 Annual Consortium Meeting: „Creating Change with Healthy People 2010“; 2000: "Partnerships for Health in the New Millennium"; 1998: "Building the Next Generation of Healthy People"; 1997: „Reducing Health Disparities: How Far Have We Come?“

- Mehrebenen-Koordinierung durch Management- und Planungsinstrumente: Koordinierung zwischen bundesstaatlicher und staatlicher Ebene: Mittlerweile haben fast sämtliche US-Bundesstaaten, der District of Columbia und Guam ihre eigenen Pläne zu Healthy People entwickelt und somit das Management-Konzept „Gesundheitsziele“ in ihre Politikentwicklung übernommen. Der Entwicklungsprozess von Gesundheitszielen resultierte nicht nur in einer verbesserten Koordinierung innerhalb der jeweiligen Gesundheitsministerien (health department), sondern auch in der Bildung von Gesundheitsziel-Koalitionen bzw. einer Policy-Community rund um Gesundheitsziele innerhalb der Staaten, in die auch Institutionen außerhalb der staatlichen Administration einbezogen werden konnten. Mit dem sog. „Healthy People Toolkit“ werden allen interessierten Administrationen und Unternehmen Instrumente zur Entwicklung von Gesundheitszielen zur Verfügung gestellt.
- Koordinierung zwischen staatlicher und lokaler Ebene: Eine Vielzahl von US-Bundesstaaten verwenden ihre staatlichen Rahmenprogramme zu Gesundheitszielen als Katalysator zur Implementation auf der lokalen Ebene. Dies geschieht bspw. durch Unterstützung der lokalen Gesundheitsplanung oder von Bewertungsprozessen durch Managementprogramme wie APEX/ PH (Assessment Protocol for Excellence in Public Health) oder PATCH (Planned Approach to Community Health). Einer Umfrage von 1993 zufolge verwendeten 70 % aller lokalen Gesundheitsbehörden in irgendeiner Weise Gesundheitsziele für ihre Gesundheitsplanung.
- Mehrebenen-Koordinierung durch Gesundheitsgesetzgebung und Gesundheitsberichterstattung: Die Gesundheitsziele wurden vom US-Kongress als Maßnahme anerkannt, Fortschritte verschiedener gesetzlich verankerter Gesundheitsförderungsprogramme zu bewerten, u.a. des „Indian Health Care Improvement Act“, des „Maternal and Child Health Block Grant“ und des „Health Services Block Grant“. Mittel, die aus bestimmten Programmen abgerufen werden, müssen an Gesundheitsziele anknüpfen bzw. zur Zielerreichung beitragen. Im Rahmen der Ziele wurden auch zehn leitende Gesundheitszielindikatoren verabschiedet, die in möglichst viele Gesundheitsprogramme verschiedener politischer Ebenen aufgenommen werden sollen.

#### 4.2.7.3 Elemente der Mehrebenenkoordination in Deutschland

In Deutschland existieren bereits eine Vielzahl z.T. historisch gewachsener Organisationen im Gesundheitswesen, denen eine vermittelnde Funktion zwischen den verschiedenen politischen Ebenen zukommt. Hierzu zählen bspw. bei der Koordinierung zwischen Bundes- und Landesebene die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) oder die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB). In beiden ist das Bundesministerium beratend vertreten [18].

Zwischen Landes- und kommunaler Ebene vermitteln z.B. die Landesvereinigungen für Gesundheit (Spitzenverband: Bundesvereinigung für Gesundheit) oder die Akademien für öffentliches Gesundheitswesen, deren Aufgabe es ist, die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufe des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die angewandte Forschung in diesem Bereich zu koordinieren. Auch Gesundheitskonferenzen zur Koordinierung von Landes- und kommunaler Ebene und der Akteure aus den verschiedenen Sektoren spielen mittlerweile in einigen Bundesländern eine Rolle, Beispiele wären Nordrhein-Westfalen oder Sachsen-Anhalt, wo die Konferenzen bereits auch Gesundheitsziele verabschiedet haben.

Ein anderes Beispiel ist der deutsche Städtetag, der auf regionaler und Länder-Ebene die kommunalen Spitzenverbände koordiniert. Die Städtetage sind in Hinblick auf Gesundheit z.B. bei der Umsetzung der Gesetzgebung im Öffentlichen Gesundheitsdienst [23] oder – ein anderes Beispiel – beim Projekt „Healthy Cities“ der WHO involviert. Das Neun-Punkte-Programm zum Beitritt in das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland sieht z.B. Kriterien zur ebenen- und ressortübergreifenden Zusammenarbeit vor.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> „Punkt 3: Eine ressortübergreifende gesundheitsfördernde Politik ist zu entwickeln. Dafür werden die verschiedenen Politikbereiche und Fachämter über die Gesunde Städte-Konzeption informiert. Weitere Institutionen (Krankenkassen, Verbände, Bildungseinrichtungen, Wissenschaft, Wirtschaft usw.) sowie Bürgerinitiativen sind in diesen Prozess einzubeziehen. Die Einrichtung entsprechender kooperativer Infrastrukturen (Gesundheitsförderungskonferenz) wird für die Umsetzung einer präventiven Gesundheitspolitik empfohlen. Mindeststandard: Intersektorale Kooperationsstrukturen werden genutzt, entwickelt und gestärkt. Punkt 4: Gesundheitsfördernde Inhalte und Methoden sollen bei allen öffentlichen Planungen und Entscheidungen berücksichtigt werden. Dafür sind entsprechende Voraussetzungen zu entwickeln. Mindeststandard: Die für die Gesunde Städte-Arbeit verantwortliche Ansprechperson wird über städtische Planungen, die gesundheitliche Belange berühren, frühzeitig und vollständig informiert.“ <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/>

Einen neuen Anlauf nimmt zur Zeit die Berliner Gesundheitszielinitiative, die aufgrund mangelnder Koordinierung im ersten Anlauf weitgehend gescheitert war. Die innerstädtische Diskussion wurde durch eine 1999 von der damaligen Gesundheitsministerin eingerichtete Berliner Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und Prävention (BAGP) belebt. Die verschiedenen Berliner Akteure im Gesundheitswesen konnten dadurch koordiniert werden und es wurden Arbeitskreise eingerichtet, um Gesundheitsziele für einzelne Zielgruppen zu formulieren. Mittels der weitsichtigen Strategie, die Senatsverwaltung als Mitglied in die bestehende Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, Gesundheit Berlin e.V. wieder aufzunehmen und an diese wesentliche Koordinierungsaufgaben zu delegieren, konnte die sich anbahnende Konkurrenz zwischen der „neuen“ und der „alten“ Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung verhindert werden. Ein solches Vorgehen kann als positives Beispiel für eine gelungene Koordinierung zwischen der Senatsebene und darunterliegenden kommunalen politischen Instanzen angesehen werden [24].

Im Bereich der Stadt- und Kommunalentwicklung gibt es bereits Beispiele erfolgreicher Anwendung von integrierten Management- und Planungsansätzen. Im ressortübergreifenden Handlungsprogramm der Landesregierung Nordrhein-Westfalen „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf“ und im Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf – die soziale Stadt“ werden die wesentlichen Kennzeichen integrierter Handlungsprogramme umrissen<sup>32</sup>. Diese sind:

- ein ganzheitlicher Ansatz zur Lösung der örtlichen Probleme an Stelle isolierter und fachlich spezialisierter Problembetrachtungen;
- die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner und die Vernetzung aller Aktivitäten vor Ort sowie
- die Verknüpfung der politischen Handlungsebenen (Stadtteil, Bezirk, Rat der Stadt, Landesregierung).

Diese Kennzeichen lassen sich als „Prinzipien Integrierter Gesundheitspolitik bzw. -förderung“ auf Planungsansätze im Gesundheitssektor, also auch auf *gesundheitsziele.de* übertragen.

---

<sup>32</sup> <http://www.sozialestadt.de>

**4.2.7.4 Elemente der vertikalen und horizontalen Koordinierung in Deutschland: erleichterter Zugang zur Rehabilitation**

Zum 01. Juli 2001 trat das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ in Kraft. Im SGB IX sind Rechtsvorschriften, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich gelten, zusammengefasst. Als Träger der Rehabilitation gelten neben der gesetzlichen Arbeitslosen-, Kranken-, Renten-, Unfallversicherung auch die Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge sowie die Sozialhilfeträger und die Jugendhilfe.

Wie bereits weiter oben beschrieben, sind die Durchführungs- und Vertragskompetenzen der verschiedenen Träger auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt. Hinzu kommt, dass sich durch die unterschiedliche Trägerschaft auch eine vertikale Gliederung ergibt. Für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen verkompliziert sich der Sachverhalt aber noch zusätzlich, da die verschiedenen Träger der Rehabilitation zum Teil für die gleichen, zum Teil für unterschiedliche Leistungsgruppen zuständig sind (Tab. 1).

**Tab. 1: Träger<sup>33</sup> der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) nach Leistungsgruppen (§5 und §6 SGB IX)**

	GRV/ ADL	GK	BA	GUV	KOV/ KOF	Öff. Ju	BSHG
<b>Medizinische Reha</b>	X	X		X	X	X	X
<b>Teilhabe am Arbeitsleben</b>	X		X	X	X	X	X
<b>Unterhaltssicherung</b>	X	X	X	X	X		
<b>Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft</b>				X	X	X	X

Um die umfangreichen Beratungsaufgaben der Rehabilitationsträger bürger- und ortsnah zu organisieren und somit zu einem erleichterten Zugang zur Rehabilitation beizutragen, wurde ein gemeinsames Kooperationsmodell der trägerübergreifenden Auskunft und Beratung entwickelt. Die Träger der Rehabilitation sind verpflichtet, bis

<sup>33</sup> GRV = Träger der gesetzliche Rentenversicherung; ADL = Alterssicherung der Landwirte; GK = gesetzliche Krankenkassen; BA = Bundesanstalt für Arbeit; GUV = Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung; KOV = Träger der gesetzlichen Kriegsopferversorgung; KOF = Träger der Kriegsopferfürsorge; Öff Ju = Träger der öffentlichen Jugendhilfe; BSHG = Träger der Sozialhilfe.

zum 31. Dezember 2002 flächendeckend in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen einzurichten. Diese Servicestellen haben zwar ausschließlich beratende Funktion, sie sollen jedoch die Entscheidung des zuständigen Trägers möglichst umfassend vorbereiten (§ 22 ff SGB IX). Die Koordinierungsfunktion der Servicestellen mag als ein Beispiel dienen, dass weder die vertikale noch die horizontale Gliederung prinzipiell ein Problem darstellen. Vielmehr zeigt sich, dass der politische Wille und die Wahl geeigneter Instrumente sachgerechte Lösungen ermöglicht.

#### **4.2.8 Lösungsansätze für *gesundheitsziele.de***

Die vorangegangenen Überlegungen zeigen, dass Gesundheitsziele im Mehrebenensystem auf einen ebenenübergreifenden Konsens und eine Koordinierung angewiesen sind. Sowohl im Ausland als auch in Deutschland lassen sich genügend Beispiele finden, um adäquate Instrumente und Strategien zu entwickeln.

##### **4.2.8.1 Nachhaltiger politischer Konsens**

Gesundheitszielprogramme müssen Regierungswechsel überdauern können. Ist dies nicht gegeben, so besteht die Gefahr, dass relevante Akteure das Engagement und den damit verbundenen Einsatz von Ressourcen als eine Investition mit unververtretbaren Risiken scheuen. Breite Unterstützung im Parlament über Parteigrenzen hinweg kann insofern nur begrüßt werden. Entscheidend ist allerdings, dass die relevanten Akteure einschließlich der Bürger und Patienten selbst zum Träger des Gesundheitszielgedankens werden. Denn wenn der Gesundheitszielgedanke in Gesellschaft und Organisationen gut etabliert ist, dann verringert sich die Gefahr, dass die Initiative zum Gegenstand des Parteienwettbewerbs wird.

##### **4.2.8.2 Konsens über die Ebenen hinweg herstellen**

*gesundheitsziele.de* verfolgt u.a. das Programmziel, eine Konsensplattform herzustellen. Diese Konsensplattform muss, um ebenenübergreifend zu wirken, auch die Länder sowie die Kommunen und Landkreise einschließen.

Ansätze einer ebenenübergreifenden Konsensbildung wurden im Rahmen von *gesundheitsziele.de* von Anfang an verfolgt. Dies geschah bspw. durch die Einbindung von Länderministerien in die einzelnen Gremien des Projekts. Außerdem wurden im Rahmen einer Machbarkeitsabfrage verschiedene Ebenen beteiligt. Für den Prozess der Konkretisierung sollten diese Ansätze maßnahmenorientiert weiter voran gebracht werden.

### **4.2.8.3 Politische Verbindlichkeit sichern**

Ein wichtiges Signal zur Herstellung eines ebenenübergreifenden Konsens kann von der eindeutigen Positionierung der Politik und der Verbände ausgehen.

### **4.2.8.4 Ebenenübergreifende Koordinierung aufbauen**

Für die Phase der Umsetzung wird eine ebenenübergreifende Koordinierung von Bedeutung sein. Diese muss keineswegs Steuerungsfunktionen haben. Sie kann jedoch einen Beitrag leisten in der Kommunikation, der Zusammenführung der Evaluation, dem Erfahrungsaustausch zu einzelnen Strategien und Maßnahmen sowie im Qualitätsmanagement. Im Zusammenhang mit dem Mehrebenensystem kommt einer solchen Koordinierung die Aufgabe zu, dass z.B. Probleme, die vor Ort auftreten, aber in der Kompetenz einer übergeordneten Ebene liegen, gesammelt und bearbeitet werden können. Ebenso kann die Koordinierung erfolgen, wenn bspw. eine bestimmte Maßnahme sich vor Ort als wenig tauglich erweist. Die Koordinierung hätte somit die Funktion eines Mittlers zwischen den unterschiedlichen Ebenen.

### **4.2.8.5 Handlungsspielräume auf lokaler Ebene sichern**

Die Kommunen und Landkreise in Deutschland unterscheiden sich hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Struktur. Einige liegen in Ballungsgebieten, andere sind stark ländlich geprägt, andere haben sowohl ländliche Gebiete als auch städtische Zentren. Die Problemlagen können sich von daher vom Bundesdurchschnitt unterscheiden. Aber auch die zum Einsatz kommenden Maßnahmen werden jeweils auf die sozialstrukturellen Gegebenheiten und die Gemeinschaft der Akteure vor Ort zuge-

schnitten werden müssen. Eine allzu rigide oder enge Vorgabe würde diese Gegebenheiten nicht hinreichend berücksichtigen und die Akzeptanz vor Ort verringern.

Außerdem gibt es eine Reihe von Kommunen und Landkreisen, die bereits heute aktiv Gesundheitsziele oder Strategien und Maßnahmen verfolgen, die zu *gesundheitsziele.de* passen. Dort trifft *gesundheitsziele.de* auf eine bereits gut etablierte „policy-community“, die in anderen Kreisen und Kommunen erst entwickelt werden muss.

Aber auch die 23 KV-Regionen sind von unterschiedlichem Zuschnitt. So weist bspw. die KV-Region Trier mit 781 Vertragsärzten die niedrigsten Anzahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auf. Die KV-Region Bayern umfasst hingegen 19.972 Vertragsärzte<sup>34</sup> [25]. Die Versorgung von Patienten in ländlichen Gebieten, insbesondere von älteren Bürgern, stellt andere Anforderungen als in städtischen Zentren. Dies gilt nicht nur für die medizinische Versorgung im engeren Sinne, sondern auch für alle Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Um den ebenenübergreifenden Konsens herzustellen, müssen die materiellen, fachlichen und politischen Unterschiede berücksichtigt werden. Die Gesundheitsziele müssen dergestalt konkretisiert werden, dass sich die Kompetenz der Akteure vor Ort entfalten kann.

#### **4.2.8.6 Nicht-materielle Anreize**

Im internationalen Vergleich hat sich gezeigt, dass bei den Strategien zur Umsetzung von Gesundheitszielprogrammen eine Tendenz besteht, auf den guten Willen der Akteure vor Ort zu setzen [26]. Dabei kann prinzipiell davon ausgegangen werden, dass, verbunden mit Berufsethos und Gemeinwohlorientierung, gerade Berufe und Institutionen im Gesundheitswesen für ein Gesundheitszielprogramm gewonnen werden könnten. Tatsächlich hat die qualitative Evaluation des englischen Gesundheitszielprogramms Health of the Nation belegen können, dass dieser Wille gegeben

---

<sup>34</sup> Stichtag 31.12.1999

war. Doch der Wille allein konnte eine Reihe von Versäumnissen nicht kompensieren:

- die Ressourcenallokation war nicht an die Ziele gebunden
- eine Koordinierung war nur in Ansätzen vorhanden
- Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten waren nicht geklärt
- die Akteure vor Ort waren weder bei der Zielauswahl noch bei deren Konkretisierung eingebunden.

Nicht-materielle Anreize können bei der Gemeinwohlorientierung von Organisationen und Individuen, als auch bei der Berufsethik der Gesundheitsberufe ansetzen.

Gerade im Gesundheits- und Sozialwesen sind viele Organisationen tätig, die eine Gemeinwohlorientierung in ihre Organisationsziele mit aufgenommen haben. Einen Teil ihres Selbstverständnisses und ihrer Attraktivität beziehen sie aus dem Engagement für Ziele, die über das Überleben und Prosperieren der eigenen Organisation hinausgehen. Für *gesundheitsziele.de* wäre somit die Aufgabe gestellt, die Gemeinwohlorientierung des Projekts herauszustellen und zu kommunizieren, um für solche Organisationen Anknüpfungspunkte zu bieten.

Ein ähnlicher Anknüpfungspunkt ist im Selbstverständnis und der Berufsethik verschiedener Berufe des Gesundheitswesens zu sehen. Auch hier stellt das gemeinwohlorientierte Engagement eine wichtige handlungsleitende Komponente dar.

Aber auch jenseits der Grenzen des Gesundheitswesens, wie z.B. im „Setting“ der Schule kann durchaus an die Gemeinwohlorientierung der Bürgerinnen und Bürger angeknüpft werden. So wurde zwar im Rahmen der sogenannten Ehrenamtsdebatte konstatiert, dass die klassische Bindung von ehrenamtlichen bzw. freiwilligen Helfern an die etablierten Organisationen nicht mehr uneingeschränkt funktioniert. Dennoch sehen große Teile der Bevölkerung freiwillige Arbeit und deren Gemeinwohlorientierung als eine lohnenswerte Beschäftigung.

Um diese Anknüpfungspunkte zu nutzen, müssen die Ziele von *gesundheitsziele.de* gut kommuniziert werden, auch im Hinblick auf Gemeinwohleffekte. U.u. wird die

Entwicklung einer Art „corporate identity“ notwendig werden, um den Organisationen, Berufen und Bürgern die Identifizierung mit dem Projekt zu ermöglichen.

#### **4.2.8.7 Materielle Anreize**

In diesem Zusammenhang sollten auch Überlegungen angestellt werden, inwieweit materielle Anreize für Institutionen und die Berufe im Gesundheitswesen zu einer Annahme von *gesundheitsziele.de* beitragen können.

#### **4.2.9 Literatur**

- 1 WHO. Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1985
- 2 Ritsatakis A. Setting targets for health: the WHO European experience. *eurohealth* 1999; 5 (3): 14-15
- 3 Saltman RB, Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of current Strategies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1997
- 4 Svarvar P, Hjortsberg C. Health care systems in transition: Sweden (preliminary version). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996
- 5 Minder A, Schönholzer H, Amiet M. Health Care Systems in Transition: Switzerland. European Observatory on Health Care Systems, 2000
- 6 Klein R. The politics of the NHS. 2nd edition. London-New York: Longman, 1989
- 7 Universities of Leeds and Glamorgan, London School of Hygiene and Tropical Medicine. The Health of the Nation – a policy assessed. Two reports commissioned for the Department of Health. London: The Stationery Office, 1998
- 8 Hunter DJ. Implementing health targets in health care. *eurohealth* 1999; 5 (3): 9-11

- 9 Wismar M, Busse R, Schwartz FW. Gesundheitsziele: Konzeptionelle, methodische und politische Überlegungen zu ergebnisorientierten Gesundheitszielen. Sozialer Fortschritt 1998; 47: 272-279
- 10 Laufer H, Münch U. Das föderative System der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Leske + Budrich, 1998
- 11 Scheuner U. Wandlungen im Föderalismus der Bundesrepublik. In: Listl J, Rüfner Wolfgang (Hrsg). Staatstheorie und Staatsrecht: gesammelte Schriften/ Ulrich Scheuner. Berlin: Duncker & Humboldt. 1978: 435-452
- 12 Webber D. Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. Leviathan 1988; 156-203
- 13 Webber D. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. Leviathan 1989; 262-300
- 14 Scharpf FW. Mehr Freiheit für die Bundesländer. Der deutsche Föderalismus im europäischen Standortwettbewerb. Frankfurter Allgemeine Zeitung 07.04.2001; 15-15
- 15 Bellach B-M, Stein H (Hrsg). The new public health policy of the European Union - Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union. München: Urban und Vogel. 1999: 233-236
- 16 Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document. Ottawa: Government of Canada, 1974
- 17 Busse R. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000
- 18 Beske F, Hallauer JF. Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur - Leistung - Weiterentwicklung. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1999
- 19 Wismar M. Warum Herr Peerboms aus dem Koma erwachte. Gesundheit und Gesellschaft 2000; 3: 22-23

- 20 Wismar M, Busse R. Europa Ante Portas. Gesellschaftspolitische Kommentare 2001; 42: 14-18
- 21 Berman PC, Busse R, Ong BN, Paton C, Rehnberg C, Renck B, Romo N, Silio F, Sundh M, Wismar M. The European Union and Health Services – The Impact of the Single European Market on Member State. Summary of a Report to The European Commission's Directorate General for Reserch. Dublin: Europan Health Management Association, 2001
- 22 Flecken HL. Sozialgesetzbuch 6. Buch. Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, Knappschaftliche Rentenversicherung. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg). Übersicht über das Sozialrecht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. 1995: 213-334
- 23 Städtetag Nordrhein-Westfalen. Hinweise zur Umsetzung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf-Köln: Landkreistag Nordrhein-Westfalen/ Städtetag Nordrhein-Westfalen, 2000
- 24 Geene R, Luber E. Gesundheitsziele - lässt sich die Gesundheitspolitik in Deutschland wissenschaftlich beraten? Impulse Newsletter zur Gesundheitsförderung 2000 Nr. 28; 8-8
- 25 Kassenärztliche Bundesvereinigung. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 31.12.1999. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg). Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1999. Köln: Deutscher Ärzte-Verlang. 2000: A 14-A 14
- 26 Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes- A conceptual and comparative study (part 2). Health Policy 2001; im Druck
- 27 Jakubowski E, Perleth M, Busse R. 'Best practice': State of the art and perspectives in the EU for improving the effectiveness and efficiency of European health systems. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1999

- 28 Reiter S, Rasch G. Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes ed. Vol. 01/00, Berlin: Robert-Koch-Institut, 2000
- 29 Statistisches Bundesamt. Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1998
- 30 U.S. Department of Health and Human Services - Public Health Services. Healthy People 2000. Midcourse Review and 1995 Revisions. U.S. Department of Health and Human Services - Public Health Services, 1995



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

#### **Wismar, Brasseit**

##### **4.3.1 Empfehlungen**

- Für die Phase der Konkretisierung der Gesundheitsziele, die ab November 2001 startet, sollte erwogen werden, inwieweit die fachliche Vertretung von Patienten- und Bürgerinteressen in den Arbeitsgruppen, die die konkreten Gesundheitsziele bearbeiten, ausgeweitet wird.
- Analog hierzu sollte erwogen werden, inwieweit die Vertretung der Patienten- und Bürgerinteressen in den anderen Gremien ausgeweitet werden sollte.
- Die Vertretung der Patienten- und Bürgerinteressen kann mittelbar insbesondere durch Patientenorganisationen, die Vertreter der Selbsthilfe und Vertreter des gesundheitsbezogenen bürgerschaftlichen Engagements erfolgen.
- Eine unmittelbare Vertretung der Patienten- und Bürgerinteressen ist gegenwärtig nur durch den Internet-Auftritt und die öffentliche Veranstaltung im Oktober gegeben. Es wird zu diskutieren sein, ob für die Erarbeitung der konkreten Gesundheitsziele einschließlich der dazugehörigen Strategien und Maßnahmen die Bürgerbeteiligung ausgeweitet werden kann.
- Die Arbeitsgruppen, die die Gesundheitsziele konkretisieren, sollten Vorschläge machen, wie die Patienten und Bürger direkt angesprochen und gegebenenfalls in Entscheidungsprozesse eingebunden werden können. Insbesondere Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung werden ohne die Unterstützung der Bürger und Patienten in der Umsetzung auf Schwierigkeiten stoßen.

### 4.3.2 Executive Summary

Partizipation wird definiert als Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Dabei ist Partizipation ein Wert an sich. Zudem ist das Programmziel von *gesundheitsziele.de*, eine Konsensplattform für die Definition und Implementierung von Gesundheitszielen zu errichten. Dieses Programmziel ist nur unter der Beteiligung

- der Bürger,
- der Versicherten,
- und der Patienten zu erreichen.

Neben den etablierten Organisationen vertreten insbesondere die Patientenorganisationen und Vertreter der Selbsthilfe die Interessen der Nutzer und Bürger.

Vier Beteiligungsmodelle lassen sich unterscheiden:

- Umfragebeteiligung,
- Verfahrensbeteiligung,
- Beratungsbeteiligung,
- Entscheidungsbeteiligung.

Während der Projektphase, die von der Auswahl der Gesundheitsziele bis zur Festlegung der Maßnahmen reicht, kommen außer der Umfragebeteiligung alle Beteiligungsmodelle zur Anwendung, entweder über die Arbeitsgruppen, den Steuerungskreis oder den Arbeitsausschuss.

Auch die Umsetzungsphase, die im Sommer 2002 beginnt, integriert partizipative Elemente. Dies ist auch aus rein funktionalen Gründen notwendig. Schließlich werden voraussichtlich eine ganze Reihe von Maßnahmen auf die Unterstützung der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie der Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements bauen müssen.

### 4.3.3 Partizipation - eine Begriffsklärung

Der Begriff Partizipation ist im Sprachgebrauch im weitesten Sinne als Teilnahme bzw. Teilhabe definiert und kann sich auf Individuen, Gruppen oder Organisationen beziehen. Für *gesundheitsziele.de* soll der Partizipationsbegriff vor allem in Hinblick auf unterschiedliche Beteiligungsmöglichkeiten von Bürgern, Versicherten und Patienten im Prozess der exemplarischen Auswahl von Gesundheitszielen, ihrer Konkretisierung und Umsetzung diskutiert werden.

Diese Fokussierung ist angezeigt, da in den letzten Jahren Politik, Leistungserbringer und Kostenträger, Bürger, Versicherte, Patienten und Konsumenten als wichtige Einflussgrößen des Gesundheitswesens wahrnehmen und Selbsthilfe und Patientenvertreter ihre Interessen artikulieren. Unter dem Schlagwort Partizipation hat sich der Sachverständigenrat des Themas erneut angenommen. Um Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit herzustellen, wird eine Optimierung des Patientenverhaltens durch Kompetenz und Partizipation anempfohlen [1].

Partizipation wird häufig mit politischer Partizipation gleichgesetzt. Zusammengefasst werden alle Tätigkeiten, die Bürger freiwillig mit dem Ziel unternehmen, Entscheidungen auf den verschiedenen Ebenen des politischen Systems zu beeinflussen. Unterschieden wird die direkte Partizipation, bei der Bürger Einfluss auf konkrete und spezifische Entscheidungen nehmen, sowie die indirekte Partizipation, bei der die Bürger wie etwa bei Wahlen eine generalisierte Handlungsvollmacht ausstellen. Von Bedeutung ist außerdem die Frage, ob die Partizipation "verfasst", d.h. institutionell verbindlich verankert ist. Dies kann z.B. in einer Verfassung oder in einer Gemeindeordnung erfolgen. Nichtverfasste Partizipation reicht von der Bürgerinitiative bis zur Hausbesetzung und kann problematisch in Hinblick auf die Legalität sein [2].

Dieser Partizipationsbegriff bezieht sich auf die Teilnahme an Entscheidungsprozessen und den Einfluss auf Entscheidungen. Er ist somit von Konzepten der Partizipation abzugrenzen, die ausschließlich die „Akzeptanzförderung“ (z.B. im Sinne von Therapietreue) in den Mittelpunkt stellen [3]. Freilich ist mit der Partizipation im Sinne der Teilnahme an Entscheidungen allgemein auch eine Steigerung der Akzeptanz verbunden.

Der Partizipationsbegriff, dem hier gefolgt werden soll, weicht von diesen allgemeinen Bestimmungen ab. Zum einen ist der hier verwendete Partizipationsbegriff erweitert um Teilhabe. Zum anderen wird er verengt auf die spezifischen Bedingungen des Gesundheitswesens.

#### **4.3.3.1 Dimensionen der Partizipation**

Ein zentraler Aspekt der Partizipation besteht darin, die Vorstellungen und Visionen der Bürger sowie der Patienten zu Krankheit und Gesundheit ernst zu nehmen. Unter partizipativer Arbeit fällt in diesem Sinne das Entwickeln von Phantasien und Utopien zur Gestaltung der krankheits- und gesundheitsbezogenen Lebensräume. Eine zweite Dimension der Partizipation umfasst die demokratische Mitgestaltung von Planungen und Zielsetzungen. Und schließlich lässt sich eine dritte Dimension der Partizipation hervorheben. Sie zielt auf die Kontrolle von Experten, Verwaltung und Politik [3].

#### **4.3.3.2 Das Individuum im Gesundheitswesen und seine Rollen und Funktionen**

Schon diese grobe Unterscheidung von drei Dimensionen der Partizipation verweist auf den Umstand, dass dem Individuum, geht es um Partizipation, eine Reihe von Rollen und Funktionen zukommt. In den letzten Jahren ist die Sensibilität gegenüber der Rollenausdifferenzierung des Individuums gewachsen. Gleichzeitig zielt die Politik darauf ab, die neu entdeckten Eigenschaften des Individuums zu stärken.

Der Sachverständigenrat hat hinsichtlich der Partizipation drei Rollen, die das Individuum übernehmen kann, unterschieden:

- Patienten
- Konsumenten
- "community participation"

#### 4.3.3.3 Rollen und Funktionen der Patienten nach abstrakten Ebenen

Freilich lässt sich diese Gliederung noch weiter verfeinern. In Anlehnung an neuere Forschungen können dem Individuum auf der Mikroebene allein fünf unterschiedliche Rollen zugeordnet werden [4]. Hierzu zählen:

- der Patient als „passiver Kranker“
- der Patient als Koproduzent von Gesundheit
- der Patient als Partner des Arztes und Entscheider (der Patient definiert, beraten durch den Arzt, das Behandlungsziel)<sup>35</sup>
- der Patient als Kunde in einem „Markt“ Gesundheitswesens
- der Patient als Bewerter des Gesundheitswesens.

Für die Rolle als „passiver Kranker“ spielt die Partizipation nur im Sinne einer Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung eine Rolle. Eine Partizipation im politischen Prozess oder an konkreten Entscheidungen ist nicht vorgesehen.

Als Koproduzent von Gesundheit verlässt der Patient die passive Rolle. Hier übernimmt der Patient eine funktionale Rolle, die zu einer Steigerung der Wirksamkeit und u.U. der Effizienz der Maßnahmen des Gesundheitswesens beitragen soll. Das Nichtbefolgen von Therapieanweisungen wird heute weniger als ein Fehlverhalten des Patienten gedeutet. Vielmehr ist die mangelnde Therapietreue (compliance) ein Indikator dafür, dass es dem Arzt oder dem Therapeuten – aus welchem Grund auch immer – nicht gelungen ist, den Patienten aktiv in den Behandlungsprozess einzubinden.

Tritt der Patient als Partner und Entscheider auf, so geht es in erster Linie um eine Kommunikationsstrategie zwischen Arzt und Patient, bei der besonderer Wert auf eine ganzheitliche Erfassung der Bedürfnisse des Betroffenen gelegt wird. Umfassende Information auch zu den Risiken und Chancen alternativer Behandlungsansätze sowie die Einbeziehung persönlicher Werte und Risikopräferenzen in den Pro-

---

<sup>35</sup> Im Original [7] ist an dieser Stelle die Rede vom „shared decision making“, also einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient. Dies mag empirisch korrekt sein, deckt sich jedoch nicht mit den normativen und politischen Forderungen nach einer größeren Patientensouveränität.

zess der Entscheidungsfindung gehören zum Konzept des Patienten als Partner. Auf dieser Grundlage basiert die Möglichkeit für die informierte Entscheidung des Patienten im eigenen Behandlungsfall. Freilich sind der Entscheidungsfreiheit durch das Sozialrecht und das Arzthaftungsrecht gewissen Grenzen gesetzt.

In den letzten Jahren ist das Individuum im Gesundheitswesen zusehends als Kunde definiert worden. Für *gesundheitsziele.de* spielt dieser Aspekt allerdings eine untergeordnete Rolle, da es nicht darum geht marktfähige Angebote in einer Wettbewerbsordnung zu entwickeln. Vielmehr sollen die Möglichkeiten einer konsensorientierten Planung und Umsetzung ausgelotet werden, die auch die Nutzer, Bürger und Versicherten umfasst.

Eine weitere Rolle spielt das Individuum als Bewerter des Gesundheitswesens. Diese Funktion lässt sich erst ausfüllen, wenn das Individuum die Rolle des „passiven Patienten“ abgelegt hat. War vorher die Qualitätsbeurteilung der erbrachten Leistung die Domäne der Leistungserbringer und ihrer Kontrolleure, so tritt nun der Patient als Experte in eigener Sache auf und zwar mit einem erheblichen Informationsvorsprung. Nur der Patient kann authentisch die Wahrnehmung der Betroffenen wiedergeben, und nur Patienten sind in der Lage, das Ineinandergreifen der einzelnen Versorgungssektoren, Institutionen und Professionen aus erster Hand zu beurteilen.

Für die Mikroebene lässt sich somit ein ausdifferenziertes Rollenspektrum belegen, das zumindestens in Teilaspekten partizipative Spielräume eröffnet. Dies ist möglich, da hier Patienten und Bürger unmittelbar mit den Strukturen und Prozessen der Gesundheitsversorgung in Berührung kommen. Anders ist dies auf der Meso- und Makroebene. Die Individuen agieren dort nicht unmittelbar, sondern könnten durch Interessenorganisationen und den Vertretern der Selbsthilfe vertreten werden.

Auf der Makroebene finden sich die Spitzenverbände, die Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene, die politischen Entscheidungsgremien der Gesundheitspolitik und außerdem supranationale Organisationen wie die Europäische Union und global agierende Organisationen. Auf dieser Ebene könnten die Patienteninteressen durch Experten, Sachverständige oder Interessenvertretern wahrgenommen werden. Dies ist bisher allerdings nur in Ansätzen der Fall,

wenngleich seit einiger Zeit die Diskussion geführt wird, Patientenvertreter stärker z.B. in den Bundesausschuss miteinzubeziehen.

Auf der Mesoebene finden sich Organisationen wie z.B. Krankenhäuser, Kommunen, Verbände/ Kammern, Krankenkassen oder andere regionale Kooperationsformen. Auf dieser Ebene agieren die Patienten ebenfalls nicht unmittelbar, sondern könnten durch eine Interessenvertretung in den jeweiligen Gremien vertreten sein.

Für den Bereich der Selbsthilfe ist die Vertretung und Mitbestimmungsebene wenigstens auf der Bundesebene klar geregelt. Nach § 20, 4 SGB V haben die Spitzenverbände der GKV die für die Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen bei der Erarbeitung der Fördergrundsätze und des Krankheitsverzeichnisses zu beteiligen. Die Selbsthilfe wird durch die drei Verbände Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV) und Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) vertreten. Die BAGH ist der Zusammenschluss von 79 Verbänden<sup>36</sup> chronisch Kranker und Behinderter, der DPWV ist der Dachverband vieler Selbsthilfeorganisationen und Träger von Selbsthilfekontaktstellen, der DAG SHG ist der bundesrepublikanische Fachverband zur Selbsthilfeunterstützung und vertritt insbesondere das Anliegen von Selbsthilfekontaktstellen und kleineren Selbsthilfegruppen. Eine effektive und fachliche angemessene Vertretung von Patienteninteressen ist somit auch auf der Meso- und Makroebene prinzipiell gewährleistet [5].

Auch für den Bereich der unabhängigen Patientenunterstützung gibt es auf allen Ebenen entsprechende Strukturen. So ist z.B. die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen in lokalen und bundesweiten Partizipationsformen beteiligt (u.a. in Modellprojekten der Spitzenverbände der GKV nach § 65b SGBV<sup>37</sup>, in kommunalen Gesundheitskonferenzen, in bundesweiter Politikberatung), aber auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Notgemeinschaft der Medizingeschädigten und in vielen Bundesländern die Verbraucherzentralen treten als Interessenvertreter der Patienten und Bürger auf.

---

<sup>36</sup> Die Zahl umfasst die ordentlichen Mitglieder der BAGH. Stand 24.08.2001: <http://www.bagh.de>

<sup>37</sup> § 65b SGBV = Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

Darüber hinaus sollte erwogen werden, welche Organisationen und Verbände im weiten Bereich des bürgerschaftlichen Engagements und der Freiwilligenarbeit aktiv eingebunden werden können. So sind insbesondere Maßnahmen in der Gesundheitsförderung nicht unmittelbar an die gesundheitsbezogene Selbsthilfe gebunden. Bspw. sind Elternvertreter, Seniorenorganisationen und die Verbände des Breiten- und Freizeitsports hochrelevante Partner.

#### **4.3.3.4 Bürger und Versicherte**

Neben den fünf Rollen der Patienten stehen freilich noch die Bürger und Versicherten. Die Bürger und Versicherten unterscheiden sich in ihren Rollen insofern von den Patienten, als dass der persönliche Krankheitsfall nicht ihre Rolle prägt. Allerdings sind die Rollenübergänge fließend. Gerade in der Selbsthilfe oder in Patientenorganisationen engagieren sich Bürger auch dann, wenn sie selbst nicht von einer Erkrankung betroffen sind. Der Grund hierfür kann z.B. sein, dass sie erkrankte Angehörige haben, oder dass sie im Sinne eines bürgerschaftlichen Engagements tätig werden wollen, wie z.B. in Selbstverwaltungsorganen oder in der Gesundheitspolitik.

#### **4.3.3.5 Modelle der Partizipation**

Werden die unterschiedlichen Dimensionen der Partizipation, die Rollen der Patienten und Bürger nach Funktionen und abstrakten Ebenen in konkrete Modelle verdichtet, so lassen sich vier Beteiligungsmodelle mit unterschiedlichem Entscheidungsumfang unterscheiden (Tab. 1). Die genannten Beispiele in der dritten Spalte dienen der Anschaulichkeit. Sie sollen keinesfalls suggerieren, dass die Beteiligungsmodelle dort schon verwirklicht wären.

**Tab. 1: Modelle der Beteiligung und Beteiligungsumfang sowie Funktionen und praktische Beispiele (nach [6] modifiziert durch [7])**

Modell	Entscheidungsumfang und Funktion	Denkbare Beispiele (nach [7])
Umfragebeteiligung	Gewinnung von Erkenntnissen über Vorstellungen und Präferenzen von Patienten des Gesundheitswesens	Befragung zu Gesundheitszielen oder Allokationsprioritäten
Verfahrensbeteiligung	Anhörung, Stellungnahmen: erweitern die Informationsbasis der Entscheidungsträger	Gesundheitspolitische Ausschüsse und Kommissionen, Leitlinien
Beratungsbeteiligung	Direkter Einfluss auf Diskussionsprozess: zwingt zur stärkeren Auseinandersetzung mit den Argumenten der Beteiligten	Bundesausschüsse Ärzte/ Krankenkassen, Krankenhäuser/ Krankenkassen, Koordinierender Bundesausschuss
Entscheidungsbeteiligung	Stärkste Beteiligungsform mit Recht auf Mitentscheidung	Individuelle Entscheidungsbeteiligung im eigenen Behandlungsfall. Versichertenbeteiligung bei Entscheidungen der Leistungsträger

#### **4.3.4 Partizipation in den Projektphasen von *gesundheitsziele.de***

Auf Grundlage der Beteiligungsmodelle in Tab. 1 soll zunächst diskutiert werden, welche Möglichkeiten der Partizipation im Rahmen von *gesundheitsziele.de* ausgeschöpft werden können. Ziel ist es, Klarheit darüber zu erlangen, welche Beteiligungsmöglichkeiten von der Auswahl der exemplarischen Ziele bis zur Festlegung der einzelnen Strategien und Maßnahmen prinzipiell gegeben sind.

##### **4.3.4.1 Partizipation bei der Auswahl von Gesundheitszielen**

Bei der Auswahl von exemplarischen Gesundheitszielen kann die Entscheidungsbeteiligung angewandt werden. Allerdings müssen die Interessen der Patienten durch Vertreter der Selbsthilfe und von Patientenorganisationen wahrgenommen werden. Die unmittelbare Einflussnahme von Patienten ist kaum praktikabel. Die Umfragebe-

teiligung zu den Gesundheitszielen der Patienten steckt noch in den Kinderschuhen [8], sollte aber in Zukunft als ein Instrument zur Entwicklung eines Diskurses mit den Patienten in Erwägung gezogen werden.

Wird der Partizipationsgedanke ernst genommen, so muss die Einbindung der Patientenvertreter und der Selbsthilfe sich über alle Phasen des Definitionsprozesses erstrecken, angefangen von der Auswahl der Gesundheitsziele bis hin zur Konkretisierung der einzelnen Maßnahmen. Allerdings ist die Einbindung von Patientenvertretern und Selbsthilfe keineswegs eine Selbstverständlichkeit. So hat sich bspw. gezeigt, dass Gesundheitszielinitiativen anderer Länder und Regionen, die von einer Regierung oder einem Ministerium initiiert wurden, Patientenvertreter vielfach nicht systematisch eingebunden haben, auch wenn sie bei der Umsetzung eine wichtige Rolle spielen [9]. Dies mag dem Umstand geschuldet sein, dass sich Regierungen vollständig auf die Legitimität berufen, mit der sie durch den Urnengang der Wähler ausgestattet worden sind und von daher die Schaffung einer breiten Konsensplattform als unnötig erachten. Ob damit allerdings die optimale fachliche Unterstützung sowie die Einbindung der relevanten Akteure, einschließlich der Bürger, Versicherten und Patienten bei der Umsetzung der Maßnahmen und Strategien erreicht werden kann, ist fraglich.

*gesundheitsziele.de* hat von Anfang an auf die Einbindung einer großen Anzahl von Akteuren gesetzt. Die ist z.T. dem Umstand geschuldet, dass einerseits das Projekt zunächst aus der Mitte der Sozialversicherungen einschließlich der dazugehörigen Leistungserbringer, der Industrie und der Wissenschaft hervorgegangen ist. Andererseits ist das Projekt eine Partnerschaft mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Dennoch ist die Einbindung von Patientenvertretern und Selbsthilfe kein Automatismus. Bis vor wenigen Jahren sind die Interessen und Ziele der Patienten im Wesentlichen durch die Kostenträger, Leistungserbringer und die Politik mittelbar vertreten worden. Da die Akteure der Gesundheitspolitik neben den Interessen der Patienten legitimerweise auch ihre eigenen Interessen haben, besteht ein qualitativer Unterschied zur Wahrnehmung der Interessen von Patienten durch Patientenorganisationen und den Vertretern der Selbsthilfe. Dieser qualitative Unterschied wird noch größer, wenn es um die Rückwirkung geht. Während Kostenträger, Leistungserbringer und Politik vor allem die Interessen von „passiven“ Patienten übernehmen können,

mag es durch die Patientenvertreter und die Ausschöpfung des Selbsthilfepotenzials gelingen, Patienten zu mobilisieren und ihnen gesundheitspolitische Themen, die mittelbar von Relevanz sind, nahezubringen.

Im Prozess der Prioritätensetzung treten Patienten gleich mehrfach in Erscheinung. Zunächst werden im Modus der Entscheidungsbeteiligung und Beratungsbeteiligung Patientenvertreter und Vertreter der Selbsthilfe unterschiedlicher Organisationen eingebunden, um das Prozedere der Priorisierung mit zu gestalten. Hierbei handelt es sich um eine teils abstrakte, teils politische Aufgabe, da es nicht zuletzt um die Interessenvermittlung im Auswahlprozess geht. Freilich ist diese Phase von *gesundheitsziele.de* für die Patienten selbst noch von geringer Tragweite und sicherlich auch nicht leicht zu vermitteln. Die Partizipation findet sowohl im Steuerungskreis, als auch im Arbeitsausschuss und in den Arbeitsgruppen statt.

Die Patientenvertreter sind nicht nur bei der Beratung und Entscheidung über die Spielregeln von *gesundheitsziele.de* beteiligt, sondern beraten und entscheiden auch bei der Auswahl konkreter Ziele mit. Freilich ist auch dies nicht unproblematisch. Dem aufwändigen Prozess der Konkretisierung und Implementierung von Gesundheitszielen geschuldet, wird nur eine sehr begrenzte Anzahl von Gesundheitszielen ausgesucht werden können. Damit lassen sich nicht alle vorstellbaren Interessen der Patienten abdecken. Viel mehr als eine exemplarische Zielsetzung ist nicht möglich. Zudem kann nicht umstandslos unterstellt werden, dass die Gesundheitsziele der Patienten bekannt wären. Es lassen sich zwar Plausibilitätsannahmen aufgrund von Verbreitung und Schwere verschiedener Krankheitsbilder ableiten, diese müssen aber nicht mit den tatsächlichen Gesundheitszielen der Patienten übereinstimmen.

Um dennoch die Bedeutung von Patienten- und Bürgerbeteiligung auf allen Ebenen und in allen Rollen zu unterstreichen, sollen bei der endgültigen Auswahl von Gesundheitszielen auch solche Ziele Berücksichtigung finden, die sich unmittelbar auf Patienten- und Bürgerbelange beziehen. Dies wirft allerdings die Frage nach den individuellen "Gesundheitszielen" der Menschen auf. *gesundheitsziele.de* ist prinzipiell an einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit orientiert. Um den kollektiven Effekt zu erreichen, müssen allerdings die Individuen – als Bürger, Patienten oder

Konsumenten – angesprochen werden. Ein öffentlicher Dialog wird einen wichtigen Beitrag leisten zu einer zukünftigen breiten Beteiligung.

#### **4.3.4.2 Partizipation und Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen**

Evidenzbasierte Medizin, evidenzbasierte Gesundheitspolitik, Leitlinien, Health Technology Assessment und „best practice“ Ansätze gehören heute zu den anerkannten wissenschaftlich fundierten Ansätzen, um Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung zu optimieren mit dem Ziel, die Individual- und Bevölkerungsgesundheit zu verbessern. Auch *gesundheitsziele.de* muss sich – um der eigenen Effektivität und Glaubwürdigkeit Willen – bei der Auswahl von Gesundheitszielen, der Definition von Teilzielen und der Benennung von Maßnahmen und Strategien an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Freilich steht gerade die Wissenschaftlichkeit unter dem Generalverdacht des Expertentums. Das Fachwissen, der Jargon und die relative Geschlossenheit der Wissenschaftlergemeinschaft und vor allem ihrer einzelnen Schulen scheinen auf den ersten Blick eine Hürde für partizipative Elemente darzustellen. Um dieser Problematik zu entgehen, hat *gesundheitsziele.de* einen Ansatz gewählt, der Wissenschaftlichkeit und Partizipation zu vereinen sucht und beide Seiten in einen konstruktiven Dialog und gesellschaftlichen Lernprozess einbindet. Grundlegend ist dies mit dem „pragmatischen Ansatz“ beschrieben worden (vgl. Kap. 3.1). Die Einbindung von wissenschaftlichen Erkenntnissen auf der einen und partizipativen Elemente auf der anderen Seite ist detailliert an anderer Stelle beschrieben worden (vgl. Kap. 3.3). So werden bspw. bei der Auswahl von Gesundheitszielen, z.T. systematisch, Interessen der Bevölkerung berücksichtigt sowohl durch das Modell der Verfahrens-, als auch der Beratungs- oder der Umfragebeteiligung. Und letztlich beruht die wissenschaftliche Entscheidung auf einer transparenten und nachvollziehbaren Konsensfindung. Auch bei der Auswahl der Gesundheitsziele für *gesundheitsziele.de* sind solche Konsensprozesse erfolgt. Die wissenschaftliche Hintergrundarbeit der Arbeitsgruppen und der Einbezug externer Expertise diente den Beratungen und Entscheidungen, die durch die Erstellung von Meinungsbildern und Abfragen unterstützt wurde. So sind die Konsensprozesse in Steuerungskreis und Arbeitsausschuss an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Die partizipativen Elemente umfassen Beratungs-, Verfahrens- und Entscheidungsbeteiligung, die freilich nicht durch die Patienten oder Bürger direkt, sondern

durch die Patientenvertreter und Vertreter der Selbsthilfe wahrgenommen werden können.

#### **4.3.4.3 Partizipation bei der Konkretisierung von Zielen**

Ist die Auswahl des Gesundheitsziels abgeschlossen, so beginnt der Prozess der Konkretisierung. Im Verlauf dieses Prozesses werden Teilziele, Strategien und Maßnahmen definiert und vereinbart.

Bei der Ausarbeitung der Gesundheitsziele in den Arbeitsgruppen wird die Partizipation eine entscheidende Rolle spielen. Im Falle von Zielen mit Krankheitsbezug sollten über die Experten der Leistungserbringer, Kostenträger und Fachgesellschaften hinaus jeweils Selbsthilfegruppen bzw. Patientenvertreter eingeladen werden. Sie können die Perspektive der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in einer ganzheitlichen Sicht einbringen. Zu diesen zählen u.a. die Erfahrungen der Patienten und Bürger mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie die Kenntnisse von Wechselwirkungen zwischen Prozessen im Gesundheitswesen und den sozialen Kontexten der Patienten. Die Arbeitsgruppen sind selbst keine beschlussfassenden Gremien, sondern bereiten fachlich Beschlüsse vor. Das Modell der Verfahrensbeteiligung erscheint hier angemessen.

Um die Partizipation in den anderen Zielkategorien zu ermöglichen, empfiehlt es sich, analog auch die anderen Arbeitsgruppen zu besetzen.

Mit der voranschreitenden Konkretisierung werden hinsichtlich ihrer Kompetenzen und Legitimität neue Akteure für *gesundheitsziele.de* relevant. Es wird zu diskutieren sein, wie diese in den Prozess der Beschlussfassung eingebunden werden können.

#### **4.3.4.4 Sektorale Ausrichtung und Partizipation**

Der Patient ist letztlich das Bindeglied zwischen unterschiedlichen Sektoren. Vielfach werden Patienten als hilflos im Labyrinth der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und -abläufe dargestellt. Andererseits können sie die Vorzüge und Defizite der Verknüpfung unterschiedlicher Sektoren am besten beurteilen. So z.B. ob die einzel-

nen Versorgungssektoren ineinandergreifen, ob unnötige und aufreibende Doppeluntersuchungen durchgeführt wurden oder wichtige Bestandteile einer effektiven Intervention nicht ausgeführt wurden. Aber auch die Art und Weise, in der mit Patienten umgegangen wurde, Vollständigkeit und Verständlichkeit der Information und die rasche Reaktion auf Patientenwünsche sind zu beachten. Die Patienten haben in diesem Zusammenhang in ihrer Rolle als „Bewerter“ des Gesundheitswesens eine wesentliche Funktion, die zumindest über eine Verfahrensbeteiligung erschlossen werden sollte.

Der Begriff „Sektor“ wird im Zusammenhang mit Gesundheitszielen uneinheitlich verwendet (vgl. Kap. 3.2). Neben der Definition der Sektoren als Leistungsbereiche steht die Definition des Sektors als „Setting“. Gemeint sind unterschiedliche Handlungsfelder wie z.B. Schule, Umwelt und Arbeitswelt. Auch im Hinblick auf die lebensweltliche Sektorendefinition sind letztlich Patienten die wichtigsten Informationsträger. Hier geht allerdings die Einbindung der Patienten über die Rolle als Bewerter hinaus. Die Angemessenheit oder "Setting-Adequanz" der jeweiligen Maßnahmen hängt natürlich von der Rolle des Patienten als Koproduzent von Gesundheit ab.

#### **4.3.5 Partizipation in der Umsetzung von *gesundheitsziele.de***

Solange weder die Ziele noch die Maßnahmen vorliegen, muss die Diskussion der Beteiligungsmöglichkeiten in der Umsetzung vage bleiben.

##### **4.3.5.1 Umsetzung und Partizipation**

Von großer Bedeutung für die erfolgreiche Umsetzung von *gesundheitsziele.de* ist der nahtlose Übergang von der Projektphase zur Umsetzung. Dieser kann vor allem dann gewährleistet werden, wenn die Einbindung von Patientenorganisationen, Selbsthilfeorganisationen und Vertretern des bürgerschaftlichen Engagements bereits in der Phase der Konkretisierung der Gesundheitsziele erfolgt ist.

Insbesondere Maßnahmen der Prävention, der Gesundheitsförderung oder der Patientenorientierung werden ohne die Unterstützung der Patienten und der Bürger Schwierigkeiten in der Umsetzung erfahren. Wird z.B. ein Gesundheitsziel vereinbart,

dessen Maßnahmen im „Setting“ der Schule greifen sollen, so ist die Einbindung der Lehrer, der Elternschaft und des sozialen Umfelds Schule unabdingbar.

#### 4.3.5.2 Ressourcen und Partizipation

Eine finanzielle Selbstbeteiligung der Patienten an den Maßnahmen von *gesundheitsziele.de* ist nicht vorgesehen. Allerdings verfügen die Patienten über Ressourcen, wie z.B. Eigenkompetenz, Selbsthilfepotenziale, subjektive Erfahrungen mit den Strukturen und Prozessen der Gesundheitsversorgung, die nur in einem partizipativen Prozess realisiert werden können. Nur Partizipation kann sicherstellen, dass Gesundheitsziele nicht an den Bedürfnissen der Patienten vorbei geplant werden und sie sich aktiv am Erfolg der Gesundheitsziele beteiligen.

#### 4.3.6 Literatur

- 1 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Sondergutachten 2000/ 2001. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2001
- 2 Kaase M. Partizipation. In: Nohlen D (Hrsg). Wörterbuch Staat und Politik. München: Pieper. 1991: 466-471
- 3 Stark W. Partizipation/ BürgerInnenbeteiligung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo. 1996: 81-84
- 4 Dierks M-L, Siebeneick S, Röseler S. Patienten, Versicherte Kunden – eine neue Definition des Patienten? In: Dierks M-L, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz FW (Hrsg). Patientensouveränität: der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. 2001: 2-26
- 5 Matzat J. Die Selbsthilfe-Bewegung im Gesundheitswesen. Forschungsjournal NSB 2001; 14: 129-133

- 6 Francke R, Hart D. Rechtswissenschaftlicher Gutachterteil. In: Badura B, Hart D, Schellschmidt H (Hrsg). Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 1999: 135-306
- 7 Dierks M-L, Siebeneick S, Röseler S, Schienkiewitz A. Empowerment und die Einflußmöglichkeiten des Nutzers im Gesundheitswesen. In: Dierks M-L, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Siebeneick S, Schienkiwietz A, Schwartz FW (Hrsg). Patientensouveränität: Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. 2001: 58-88
- 8 Kügler KJ, Boschek H-J. Gesundheitliche Prioritäten aus der Sicht der Mitglieder einer Gesundheitskonferenz. Ergebnisse einer Befragung im Ennepe-Ruhr-Kreis. Das Gesundheitswesen 2001; 63: A20-A20
- 9 Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes- A conceptual and comparative study (part 2). Health Policy 2001, im Druck

## **5 Gesundheitsziele konkret, realistisch und bewertbar gestalten**

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

#### **Brasseit, Wismar**

##### **5.1.1 Empfehlungen**

Die Empfehlungen beziehen sich auf die Formulierung und Konkretisierung von Gesundheitszielen im Allgemeinen und auf das weitere Vorgehen für *gesundheitsziele.de* im Speziellen.

Allgemeine Empfehlungen zur Konkretisierung:

- Die Gesundheitsziele für Deutschland sollten einen möglichst hohen Grad der Konkretisierung aufweisen.
- Um den komplexen planerischen Ablauf zu bewältigen, sollte ein Konkretisierungsmodell zur Anwendung kommen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die Transparenz und die Praktikabilität empfehlenswert.
- Ein angemessenes Konkretisierungsmodell umfasst drei Elemente: den Grad der Konkretisierung, die Konkretisierungsebenen und die Struktur der Konkretisierungsebenen:
  - Konkretisierungsgrad: je höher der Grad der Konkretisierung, desto konkreter und detaillierter das Gesundheitsziel
  - Konkretisierungsebenen: vier aufeinander abgestimmte Ebenen – Gesundheitsziel, Teilziel, Strategie und Maßnahme – dienen der Planung
  - Struktur der Konkretisierungsebenen: Jede dieser vier Ebenen hat eine Struktur, in die die konkreten Inhalte aufgenommen werden:
    - Gesundheitsziel: exemplarische Auswahl
    - Teilziel: Konkretisierung des Ziels z.B. nach Bevölkerungsgruppe
    - Strategie: Konkretisierung des Gesundheitsziels z.B. nach Interventionsart, Interventionsfeld, Akteuren und Allianzen
    - Maßnahme: Benennung und Begründung der umzusetzenden Maßnahme

Empfehlungen für das weitere Vorgehen:

- Da einzelne Gesundheitsziele eine große Anzahl von Teilzielen, Strategien und Maßnahmen umfassen können, sollte eine relativ kleine Anzahl von Zielen definiert werden. Es gibt keinen Schwellenwert. Allerdings ist fraglich, ob bei der Definition von mehr als fünf Gesundheitszielen Übersichtlichkeit und Praktikabilität zu gewährleisten sind.
- Für die Konkretisierung der Ziele werden Arbeitsgruppen gebildet.
- Diese Konkretisierung ist mit dem Abschluss des Projekts im Sommer 2002 zu erreichen.

### 5.1.2 Executive Summary

Der Grad der Konkretisierung eines Gesundheitsziels hängt von dessen Zweck ab. Sollen inspirierende Impulse vom Gesundheitsziel ausgehen, so reicht ein relativ niedriger Konkretisierungsgrad. Soll sich das Gesundheitsziel im öffentlichen Handeln niederschlagen, muss ein mittlerer Konkretisierungsgrad gewählt werden. Wenn aber das Gesundheitsziel von den Akteuren des Gesundheitswesens implementiert werden soll, muss der Konkretisierungsgrad hoch sein [1]. *gesundheitsziele.de* muss konkret umsetzbare und evaluierbare Ziele entwickeln.

Erfahrungen aus dem In- und Ausland haben gezeigt, dass ein formalisiertes Konkretisierungsmodell notwendig ist. Die Einbindung unterschiedlicher Akteure, die Vielzahl von möglichen Teilzielen, Strategien und Maßnahmen lassen ein planerisches Vorgehen ansonsten kaum zu.

Fragen nach der Zielgruppe, des Interventionsansatzes, des Interventionsbereichs und der Kosten der zu ergreifenden Maßnahmen werden erst im Prozess der Konkretisierung transparent. Die Konkretisierung ist auch Voraussetzung für die Einbindung der Akteure und den Abschluss von Zielvereinbarungen bzw. der Zuordnung von Verantwortlichkeiten.

### **5.1.3 Funktionen der Konkretisierung**

Ziel dieses Berichtsteiles ist die Entwicklung einer Empfehlung für ein Konkretisierungsmodell. Unter Konkretisierungsmodell wird im Folgenden die Ableitung einer praxistauglichen Planung von einem vorher ausgewählten Gesundheitsziel verstanden.

#### **5.1.3.1 Mittel der Politikentwicklung und -umsetzung**

Die Konkretisierung von Gesundheitszielen kann als Mittel zur Entwicklung von Gesundheitspolitik betrachtet werden, das prozessorientiert und zyklisch immer wieder zur Anwendung gebracht wird [3-5]. Die Konkretisierung dient dabei der planerischen Vorbereitung der verschiedenen Realisierungsschritte, die von der Initiierung der Initiative bis zur Implementation und Evaluation durchlaufen werden.

#### **5.1.3.2 Operationalisierung der Ziele**

Mittels der Konkretisierung werden Gesundheitsziele operationalisierbar gemacht. Die Operationalisierbarkeit ist unmittelbare Voraussetzung für die Entwicklung von Umsetzungsstrategien und die Auswahl geeigneter Maßnahmen zur Zielerreichung.

#### **5.1.3.3 Praxisbezug**

In diesem Sinne ist die Konkretisierung das Bindeglied zwischen programmatischer Planung und Umsetzung. Abstrakte Grundsätze, Prinzipien und Kriterien werden nach und nach in konkrete Handlungsschritte umgesetzt.

#### **5.1.3.4 Orientierung und Management**

Im Prozess der Konkretisierung wird für die Bürger, die Politik und die Akteure im Gesundheitswesen zusehends Klarheit geschaffen, was sie von den Gesundheitszielen zu erwarten haben, wann und wie sie eingebunden werden und was von ihnen erwartet wird. Die Konkretisierung macht das Gesundheitszielprogramm kalkulierbar

und trägt zur Transparenz bei. Sie schafft Orientierung und erleichtert das Management.

#### **5.1.3.5 Quantifizierung und Ergebnisorientierung der Ziele**

Im Prozess der Konkretisierung zeigt sich, welche Ziele sinnvoll quantifizierbar sind und für welche Ziele intermediäre Ergebnisparameter gewählt werden sollen. Dabei kann es sich um Prozess- und Strukturdaten handeln.

#### **5.1.3.6 Fachliche und lokale Einbindung**

Je konkreter die Definition von Gesundheitszielen, um so entscheidender ist die politische und fachliche Einbindung der relevanten Akteure.

#### **5.1.3.7 Vorbereitung der Implementation und Evaluation**

Die Ausarbeitung der Ziele dient im Besonderen auch der Vorbereitung der Umsetzung, der Abklärung der Verantwortlichkeiten und der Abklärung der Ressourcen. Je sorgfältiger ein Ziel konkretisiert und operationalisiert wird, desto wahrscheinlicher der Umsetzungserfolg und desto realistischer die Zielerreichung.

Auch für die Zusammenführung der Ergebnisse, die Evaluation und das Feedback ist eine verantwortungsvolle Abfassung der Ziele entscheidend.

### **5.1.4 Grad der Konkretisierung, Konkretisierungsebenen und Struktur der Konkretisierungsebenen**

Im Folgenden werden im Lichte von theoretischen und konzeptionellen Arbeiten sowie auf Grundlage von Erfahrungen im In- und Ausland drei unterschiedliche Aspekte der Konkretisierung diskutiert:

- Wie hoch sollte der Konkretisierungsgrad für *gesundheitsziele.de* sein, das heißt, wie detailliert müssen die Gesundheitsziele für die Zwecke des Programms definiert werden?

- Welche Stufen sollte die Konkretisierung durchlaufen, bzw. gibt es eine logische oder sinnvolle Abfolge von Konkretisierungsebenen?
- Wie sollen die Konkretisierungsebenen strukturiert sein und welche Inhalte sollen sie aufnehmen?

#### **5.1.4.1 Programmziele und Grad der Konkretisierung**

Gesundheitszielprogramme, insbesondere die internationalen der WHO [6,7], stoßen bei Praktikern häufig auf Ablehnung, da sie vergleichsweise unkonkret bleiben. Der Grad der Konkretisierung geht in der Regel so weit, dass zwar eine Auswahl der Bevölkerungsgruppe, der Indikation (z.B. Mortalität oder Morbidität bzgl. eines bestimmten Krankheitsbildes) oder eines anderen Indikators (z.B. Blutfettwert) und die Quantifizierung (Baseline, Zielerreichungshorizont) erfolgt, nicht jedoch die gleichzeitige Zuordnung von Maßnahmen und Zuständigkeiten. Weder die geeigneten Maßnahmen, die für die Umsetzung und Durchführung notwendigen Akteure oder die Fülle der Hilfsindikatoren zur Evaluation von Fortschritten finden hinlänglich Erwähnung. Aber auch ein Reihe von nationalen und regionalen Gesundheitszielprogrammen verbleiben erstaunlich unkonkret. Dieses Phänomen ist auf drei Ursachen zurückzuführen.

Je konkreter die Ziele und je höher der Praxisbezug, um so wichtiger werden die konkreten Rahmenbedingungen vor Ort. Diese Erkenntnis hat sich der GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung“ in einem Arbeitspapier [8] zu eigen gemacht. Gesundheitszielprogramme entwickeln sich sukzessive. So steht die formale Verabschiedung bzw. Ratifizierung von Gesundheitszielprogrammen häufig vor einer Konkretisierung. Diese erfolgt erst in darauffolgenden Arbeits- oder Strategiepapieren, so z.B. das US-amerikanische Programm Healthy People [9].

Einige Gesundheitszielprogramme sollen primär die gesundheitspolitische Diskussion und strategische Debatten um die Ziele der Gesundheitspolitik anstoßen. Eine Konkretisierung bis hin zu einzelnen Maßnahmen und den Trägern dieser Maßnahmen ist dann nicht notwendig [10].

Dieser Sachverhalt ist von der Wissenschaft aufgegriffen worden und dahingehend systematisiert, dass der Grad der Konkretisierung eines Gesundheitsziels vom Zweck abhängig gemacht werden muss [5].

Drei idealtypische Konkretisierungsgrade lassen sich bei der Ausarbeitung von Gesundheitszielen unterscheiden. Jeder dieser Grade ist an einen spezifischen Zweck gebunden, der mit dem Gesundheitsziel erreicht werden soll [5]:

- **Inspirierender** Gebrauch auf der politischen Ebene: Ziele werden als Ausdruck bestimmter Überzeugungen und Werthaltungen formuliert, bspw. um bestimmten Absichten Ausdruck zu verleihen und Entwicklungen in eine bestimmte Richtung zu lenken. Bei den einzelnen Schritten kann es bis zur Formulierung qualitativer Ziele kommen, die allenfalls Angaben zu Krankheitsbild, Bevölkerungsgruppe und groben Strategielinien enthalten. Quantitative Ziele, Indikatoren, Maßnahmen und Zuständigkeiten fehlen.
- Gebrauch von Zielen als **Management-/ Steuerungsinstrument** auf der Ebene öffentlichen Handelns: z.B. um die komplexe Teamarbeit verschiedener Akteure zu organisieren (Netzwerkarbeit, Korporatismus), Interessen zu bündeln, einen gemeinsamen Werthorizont zu etablieren etc. Der Konkretisierungsgrad umfasst qualitative, manchmal auch quantitative Ziele.
- Gebrauch von Zielen als **technisches Instrument** auf der Ebene der Praxis: Zur Implementation der initiierten Ziele auf der Ebene des öffentlichen Handelns. Die Ausformulierung geht bis zur Abfassung quantitativer Ziele und Festsetzung messbarer Indikatoren. Auch hier fehlen jedoch häufig die Maßnahmen und Verantwortlichkeiten.

*gesundheitsziele.de* will über den inspirierenden Gebrauch hinaus gehen. Die Umsetzbarkeit eines Gesundheitsziels wird allerdings erst dann klar, wenn das größtmögliche Maß an Konkretisierung erreicht worden ist. Es empfiehlt sich deshalb, Gesundheitsziele auch für die Praxisebene zu konkretisieren.

#### 5.1.4.2 Gesundheitsziele und Konkretisierungsebenen

Die Konkretisierung von Gesundheitszielen wird meist als ein Prozess verstanden, der mehrere Schritte umfasst und verschiedene Konzepte logisch verknüpft.

Diese schematische Sichtweise verbleibt aber bei den Stufen der Konkretisierung im relativ Unkonkreten und reproduziert somit die Eigenschaft von Gesundheitszielprogrammen, die über den inspirierenden Gebrauch bzw. den Gebrauch für das öffentliche Handeln nicht hinaus kommen. Für die Zwecke des deutschen Programms zur Definition und Implementierung von Gesundheitszielen soll aber ein Konkretisierungsmodell gewählt werden, das eine ergebnisorientierte Konkretisierung erlaubt. Um hierfür die nötige Klarheit zu bekommen, werden exemplarisch unterschiedliche Modelle diskutiert.

Als mögliche Kontrastfolie wurde das Programm der WHO „Gesundheit für Alle 21“ (HFA) [6] und das nordrhein-westfälische Programm „Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW“ [11] einschließlich eines Umsetzungskonzeptes [12] gewählt. Verglichen wird die Abfolge von Konkretisierungskonzepten beim Ziel „Krebs reduzieren“.

Die Struktur der 21 HFA-Ziele gliedert sich wie folgt:

- Ein Globalziel (constant goal)
- Zwei Hauptziele (main aims)
- Drei grundlegende Werthaltungen (basic values)
- Vier Haupt-Aktionsstrategien (main strategies for action)
- 21 Ziele (targets)

**Box 1: WHO21-Ziel 8: „Reduzierung nicht-übertragbarer Krankheiten“**

Bis zum Jahr 2020 sollen Morbidität, Behinderung und vorzeitige Mortalität durch chronische Erkrankungen auf die niedrigsten erreichbaren Durchschnittswerte der Region gesenkt werden.

Ziel 8.2: „Krebs reduzieren“

Die Mortalität bei Menschen unter 65 Jahren aufgrund von Krebserkrankungen aller Art sollte durchschnittlich um mindestens 15 % gesenkt werden; darunter die Mortalität aufgrund von Lungenkrebs um 25 % [6].

Als Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung werden z.B. gesundheitsförderliche politische Strategien, Risikofaktorenkontrolle, integriertes-/ ergebnis- und qualitätsorientiertes Krankheitsmanagement und ähnliches vorgeschlagen. Als mögliche Indikatoren werden genannt:

- Mortalitätsrate bzgl. Krebs/ Lungenkrebs nach Altersgruppen
- Inzidenz und Prävalenz bzgl. Krebs/ Lungenkrebs
- Krankenhausentlassungen
- Prävalenz von Hauptrisikofaktoren in der Bevölkerung, z.B. Rauchen, falsche Ernährung

Sowohl bei den Strategien und Maßnahmen als auch bei den Indikatoren bleibt das WHO-Programm zwangsläufig unkonkret.

Die Konkretisierung am Beispiel eines regionalen Zielprogramms unterscheidet sich deutlich. Im ursprünglichen Zielkatalog Nordrhein-Westfalens von 1995 [11] verbleibt die Konkretisierung maximal auf mittlerem Niveau. Sukzessive werden jedoch die einzelnen Ziele durch Umsetzungskonzepte konkretisiert. Im Umsetzungskonzept zu Ziel 2: „Krebs bekämpfen“ [12] wird das Einzelziel mittels der Ableitung und Formulierung von Teilzielen, Strategien und Maßnahmen konkretisiert (vgl. Abb. 1).

**Box 2: NRW-Ziel 2: Krebs bekämpfen**

Bis zum Jahre 2005 sollten in NRW Neuerkrankungsrate und Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen bei Menschen unter 65 Jahren erheblich gefallen sein. Die Lebensqualität aller Menschen mit Krebs sollte sich wesentlich verbessert haben.

Zusätzlich wird bei den Strategien und Maßnahmen die Ausgangslage (Epidemiologie) beschrieben und werden die Hauptakteure benannt, und es wird nach zielgruppen- und institutionenbezogenen Maßnahmen differenziert.

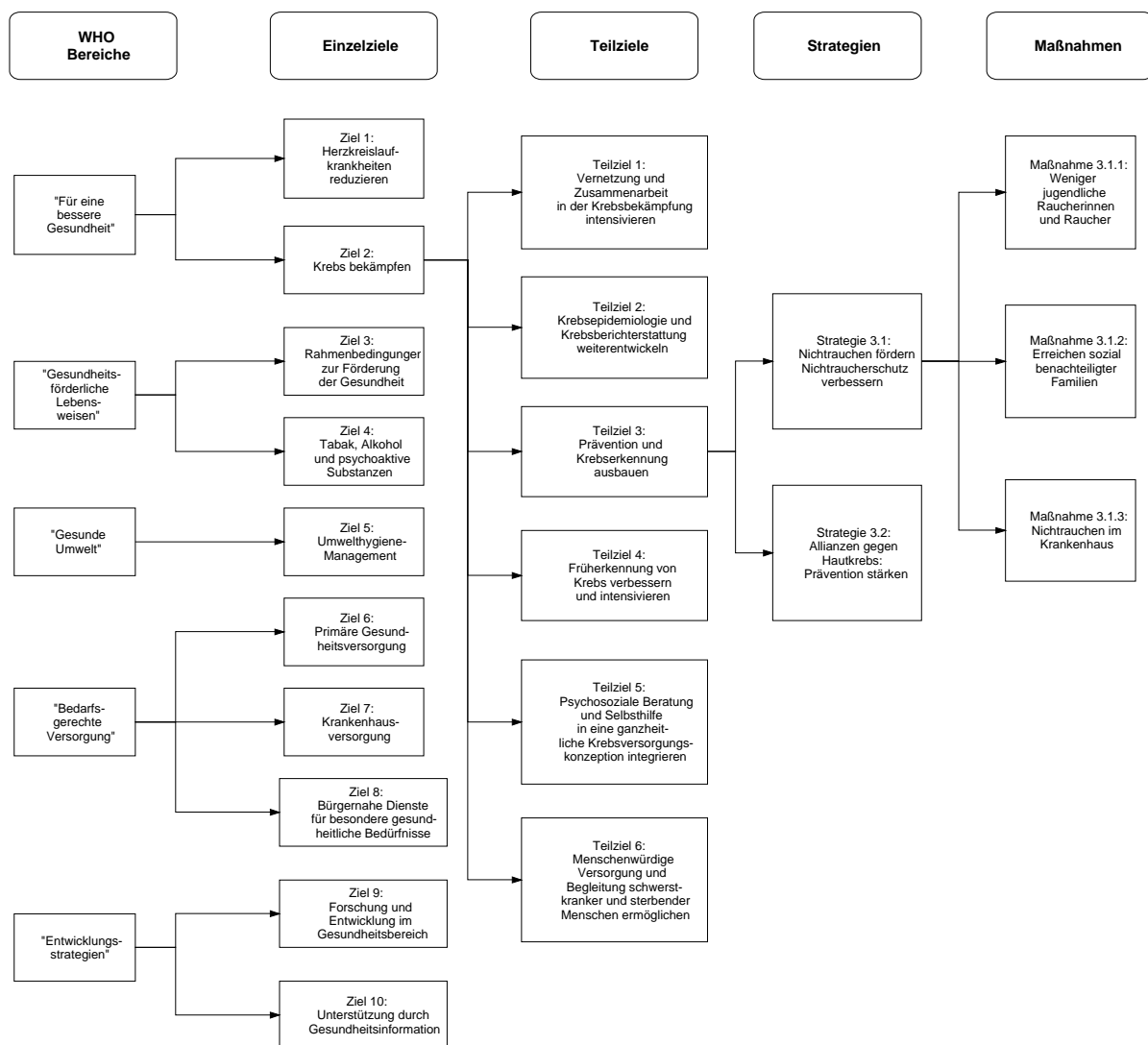


Abb.1: Konkretisierungsebenen am Beispiel des Ziels 2: „Krebs bekämpfen“, Nordrhein-Westfalen

Von besonderer Bedeutung ist die Strategieebene. Sie erlaubt es nicht nur, neue Maßnahmen zu definieren, sondern bereits bestehende Maßnahmen zu integrieren, zu verknüpfen und womöglich Synergieeffekte herzustellen. Die relevanten Akteure aus Wissenschaft und Praxis und die Patientenvertreter können hier, ohne den Gesamtzusammenhang aus den Augen zu verlieren, zusammenkommen.

Dabei spielt es keine wesentliche Rolle, ob die Ziele indikationsspezifisch (z.B. Krebs bekämpfen) oder präventionsorientiert (Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen) sind.

Es ist festzuhalten, dass es einen echten Konkretisierungsschritt gibt, und zwar vom ausgewählten Gesundheitsziel zum Teilziel. In anderen Konkretisierungskonzepten wird eher abstrakt-logisch vorgegangen, indem eine einseitige Ableitung von Teilzielen, Strategien und Maßnahmen vom Gesundheitsziel aus erfolgt. Es lässt sich jedoch auch vorstellen, dass eine Strategie favorisiert wird, von der bereits im Vorfeld bekannt ist, dass es für sie viele effektive Maßnahmen gibt. Trotzdem ist das Auseinanderhalten der einzelnen Konkretisierungsschritte von Bedeutung, um Probleme und Maßnahmen planerisch zu antizipieren.

Die Konkretisierungsebenen lassen aber noch einen weiteren wichtigen Schluss zu. Allein für das Einzelziel Krebs wurden 6 Teilziele, 12 Strategien und 34 Maßnahmen definiert. Hoch gerechnet auf zehn Ziele würden sich insgesamt bis zu 60 Teilziele, 120 Strategien und 340 Maßnahmen ergeben. Freilich ist nicht jedes Gesundheitsziel so umfassend. Das Beispiel zeigt sehr deutlich, dass hinsichtlich der Anzahl der Ziele Maß halten geboten ist. Je höher der Konkretisierungsgrad, um so geringer sollte die Anzahl der Ziele sein.

Auch andere Regionen haben sich für eine Vorgehensweise entschieden, die in etwa der nordrhein-westfälischen entspricht, so z.B. Wales [13]:

## Gesundheitsziele konkret, realistisch und bewertbar gestalten

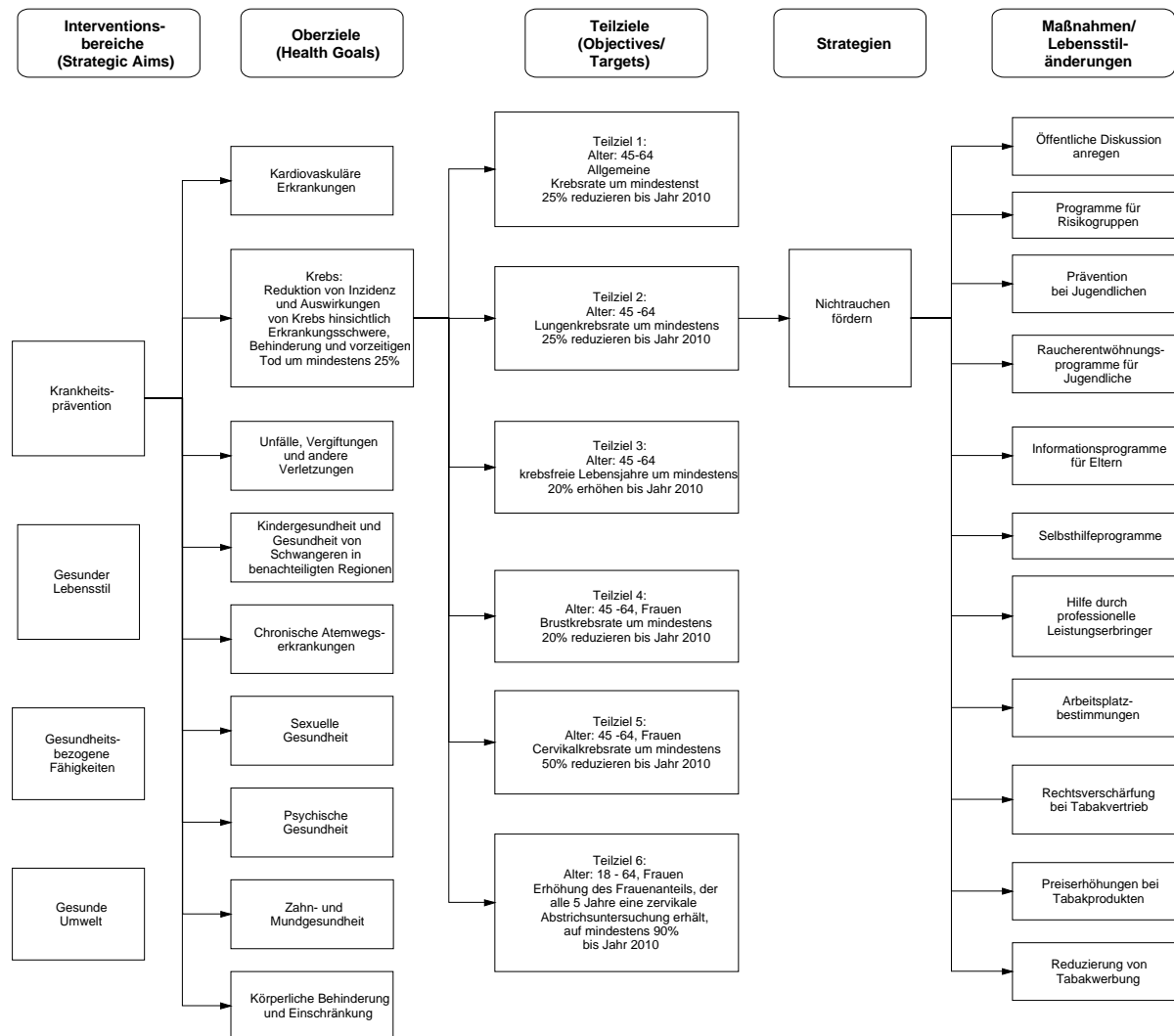


Abb. 2: Konkretisierungsebenen am Beispiel des Ziels „Krebs reduzieren“, Wales

*gesundheitsziele.de* richtet sich an den Konkretisierungskonzepten der drei Beispiele WHO, besonders jedoch an Nordrhein-Westfalen und Wales aus, indem Gesundheitsziel, Teilziel, Strategie und Maßnahme als Konkretisierungsebenen festgelegt werden (vgl. Tab. 1).

### 5.1.4.3 Struktur der Konkretisierungsebenen

Die exemplarische Auswahl von Gesundheitszielen erfolgt gemäß dem pragmatischen Modell. Arbeitsgruppen werden die Definition der Teilziele, Strategien und Maßnahmen in Koordination mit der Analyse vorhandener Daten vornehmen. Dabei sollte die Frage der Evaluation von Beginn berücksichtigt werden.

## Gesundheitsziele konkret, realistisch und bewertbar gestalten

Die vier Konkretisierungsebenen, ihre Struktur und möglichen Inhalte lassen sich anhand des folgenden Konkretisierungsmodells erläutern (Tab. 1):

**Tab. 1: Konkretisierungsmodell für *gesundheitsziele.de***

<b>Gesundheitsziel</b>	Krankheitsbild/ Problemstellung	z.B. Krebs, Suchterkrankungen Schmerz, sozial bedingte Gesundheitsprobleme
	Interventionsbereich	z.B. Prävention, Forschung, Umwelt und Gesundheit, Bürgerbelange
	Ggf. Bevölkerungsgruppe	z.B. Alter, Geschlecht, Ethnie
	Wirkungsrichtung	Reduzierung, Erhöhung, Stabilisierung
	Quantifizierung bzw. Indikatoren zur Feststellung der (Zwischen-) Ergebnisse (nach Festlegung der Teilziele, Strategien und Maßnahmen) Zeitraumen (nach Festlegung der Teilziele, Strategien und Maßnahmen)	
<b>Teilziel</b>	Ggf. Krankheitsbild/ Problemstellung	z.B. Unfälle, Gesundheitsinformati- onssysteme, gesundheitliche Kom- petenz, Brustkrebs, Tabakkonsum, chronischer Rückenschmerz, Zugang
	Interventionsansatz	z.B. Suchtprävention im Setting Schule, nationales integriertes Anti- Tabak-Programm, Programm zur Prävention vom Rückenschmerzen am Arbeitsplatz, Gesundheitsverträg- lichkeitsprüfungen, Managed-care- Programm im ambulanten/ stationären Sektor
	Bevölkerungsgruppe	Alter, Geschlecht, ggf. Ethnie
	Ggf. Quantifizierung bzw. Indikatoren zur Feststellung der (Zwischen-) Ergebnisse	
	Verknüpfung und Koordinierung der Strategien	
<b>Strategie</b>	Interventionsbereich	z.B. Setting Schule, ambulante Ver- sorgung, kommunale Verkehrspolitik
	Interventionsansatz	Bsp. siehe "Teilziel"
	Zusammenführung der Akteure und Allianzen	
	Verknüpfung und Koordinierung der geplanten und bereits existierenden Einzelmaßnahmen	
<b>Maßnahme</b>	Art der Maßnahme	z.B. Chipkarte für Tabakautomaten, Arbeitsplatzbestimmungen, umwelt- medizinische Beratungsstellen, Patienteninformationssysteme, Fortbildung für Ärzte
	Prüfung der Evidenz für jede Maßnahme	
	Benennung der verantwortlichen Akteure	
	Ressourcenaufwand (für Durchführung und Evaluation) bei den einzelnen Akteuren	
	Indikatoren zur Feststellung der (Zwischen-) Ergebnisse	

### 5.1.4.3.1 Gesundheitsziele

Die Formulierung von Gesundheitszielen umfasst die klare Benennung und somit exemplarische Auswahl des Interventionsbereiches oder eines Krankheitsbildes. Ggf. kann bereits eine Bevölkerungsgruppe definiert sein (z.B. Gesundheit von Kleinkindern). Außerdem sollte stets eine Wirkungsrichtung angegeben werden (Reduzierung, Erhöhung, Stabilisierung).

Eine wissenschaftlich gestützte Quantifizierung wird allerdings nur in Ausnahmefällen möglich sein. Erst wenn die Teilziele mit den dazugehörigen Strategien und Maßnahmen definiert worden sind, ist eine realistische Einschätzung des Effektkorridors möglich. Dies ist um so mehr der Fall, wenn sich das Gesundheitsziel in viele Teilziele untergliedert. Das gleiche gilt für den Zeitrahmen, der für die Zielerreichung festgelegt werden soll.

### 5.1.4.3.2 Teilziele

Die Struktur der Teilziel-Ebene umfasst

- ggf. das Krankheitsbild bzw. die Problemstellung
- den Interventionsansatz
- die Bevölkerungsgruppe nach Alter, Geschlecht, Ethnie
- ggf. Quantifizierung bzw. Indikatoren

Des Weiteren müssen auf dieser Ebene die Strategien der folgenden Ebene verknüpft und koordiniert werden.

### 5.1.4.3.3 Strategien

Die Struktur der Ebene der Strategie ist bestimmt durch die Wahl des Interventionsansatzes (z.B. Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention, Setting-Ansatz), des Interventionsbereiches (z.B. Schule, kommunale Verkehrspolitik, ambulante Versorgung), die Zusammenführung der Akteure und Bildung von Akteursallianzen. Außerdem findet

hier die Verknüpfung und Koordinierung der geplanten und ggf. bereits existierenden Einzelmaßnahmen statt.

### 5.1.4.3.4 Maßnahmen

Bei den in Frage kommenden Maßnahmen muss zunächst festgestellt werden, welche Maßnahmen zur Umsetzung der Strategie geeignet sind. Dabei sind bereits in Deutschland oder regional entsprechend umgesetzte Maßnahmen zu identifizieren. Es wäre dann eine Kooperation mit den Trägern dieser Maßnahme zu diskutieren, um etwaige Synergien aus der Vernetzung unterschiedlicher Aktivitäten zu gewährleisten.

Alle bestehenden und neuen Maßnahmen sollten auf die verfügbare wissenschaftliche Evidenz hin überprüft werden. Der hier verwendete Evidenzbegriff stützt sich nicht nur auf klinisch-wissenschaftliche Arbeiten, sondern sehr wohl auch Erfahrungen und Patientenwünsche, die in einen formalisierten Konsensprozess einfließen (vgl. Kap. 3.3).

Mit den Maßnahmen kommen auch die konkreten Institutionen und Akteure ins Spiel, die letztlich die Gesundheitsziele umsetzen. Es gilt, die Interessenlage dieser Institutionen und Akteure im Hinblick auf die Einbindung in das Gesundheitszielprogramm zu verstehen. Außerdem müssen Überlegungen zu monetären und nicht-monetären Anreizen angestellt werden, die eine zielkonforme Durchführung der Maßnahmen wahrscheinlich machen.

Damit wird die Frage nach den Ressourcen (vgl. Kap. 5.2) aufgeworfen. Erst wenn die konkreten Maßnahmen, der Aufwand der Implementierung, der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation bekannt sind, lässt sich eine verbindliche Aussage über den Ressourcenaufwand treffen.

Des Weiteren sollten die notwendigen Ergebnisindikatoren spezifiziert werden, von denen sich ablesen lässt, ob die Implementierung zu einer Veränderung in der Praxis geführt hat. Außerdem können ausgewählte Struktur- und Prozessparameter auch

als "Ersatzindikatoren" für Gesundheitsziele gelten, die sich nicht ohne weiteres quantifizieren lassen.

#### **5.1.4.4 Zielvereinbarungen und Verantwortlichkeiten**

Ein empfehlenswertes Ziel der Konkretisierung ist die Zuordnung von Verantwortlichkeiten in der Umsetzung, der Evaluation und der Koordination der konkreten Maßnahmen bzw. der Abschluss von Zielvereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Es wird allerdings von der jeweiligen Maßnahme abhängen, ob dieser Konkretisierungsschritt bereits im Rahmen der Zieldefinition auf Bundesebene getroffen werden kann.

Dass eine solche Zielvereinbarung möglich ist und dass auch außerordentlich komplexe Themen verhandelt werden können, zeigen die Diabetesvereinbarungen. So wurde z.B. in Thüringen 1997 ein Modellprojekt Diabetes ins Leben gerufen, das sich an der St. Vincent Deklaration orientiert und letztlich auf eine Reduktion der Krankheitsfolgelasten zielt. Schon bei der Entstehung des Projekts waren die betroffenen Zielgruppen und Anwender der Diabetesvereinbarung beteiligt. Partner in diesem Prozess waren Vertreter der Selbsthilfegruppen, Uni-Kliniken, Hausärzte, diabetologische Schwerpunktpraxen, sowie Repräsentanten der deutschen Diabetesgesellschaft, der Wissenschaftsgesellschaft der Allgemeinmedizin und Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung. In der Konkretisierung wurden verschiedene Bausteine definiert. Um die Prozesssteuerung zu erneuern und zu optimieren, wurden Versorgungs- und Schulungsaufträge vereinbart. Für die Dokumentation wurden Qualitätsindikatoren eingeführt. Das Qualitätsmanagement erfolgt durch Controlling, Evaluation und Benchmarking. Und schließlich wurde die Vergütung durch ergebnis- und zielorientierte Elemente wesentlich ergänzt [14].

#### **5.1.5 Literatur**

- 1 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/ 2001. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2001

- 2 GVG-Ausschuss Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen. Stellenwert von Gesundheitszielen in Politik und Versorgungsrealität. GVG-Veranstaltung am 19. Mai 2000 in Berlin, [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)
- 3 Schwartz FW, Kickbusch I, Wismar M. Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public-Health-Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. München – Wien – Baltimore: Urban und Schwarzenberg. 1998: 172-188
- 4 van de Water HPA, van Hertem LM. Health policies on target? Review of health target and priority setting in 18 European Countries. Leiden: TNO, 1998
- 5 van Hertem LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part II: guidelines for application. Health Policy 2000; 53: 13-23
- 6 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, 1998
- 7 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Ziele zur "Gesundheit für alle". Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung September 1991. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1993
- 8 Gesundheitsziele als Mittel einer rationalen Steuerung im Gesundheitswesen. Köln Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und -gestaltung e.V. (GVG), 1999, [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)
- 9 U.S.Department of Health and Human Services. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, 1991
- 10 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/ 2001. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2001
- 11 Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Bielefeld: LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), 1995

- 12 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Ziel 2: Krebs bekämpfen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd), 2000
- 13 Health Promotion Authority for Wales. Health for All in Wales. Health Promotion Challenges for the 1990s. Part B. 1990
- 14 Becker-Berke S, Mehl E. Verzahnt statt verzettelt. Gesundheit und Gesellschaft 1998; 2: 22-27

## **5.2 Ressourcen ins Ziel lenken**

### **Wismar, Brasseit**

#### **5.2.1 Empfehlungen**

- Im Rahmen der Zielvereinbarung sollten auch die Ressourcen, die zum Einsatz kommen, bestimmt werden. Die Art der Zielvereinbarung hängt von den jeweiligen Akteuren und den Ressourcen, über die sie verfügen, ab.
- Finanzielle Mittel sind eine wichtige Ressource bei der Implementierung von Gesundheitszielen. Es gibt jedoch eine ganze Reihe von anderen, ebenfalls unverzichtbaren Ressourcen, die sich nicht auf Geld zurückführen lassen.
- Eine Abschätzung des Ressourcenaufwands ist bereits in der Phase der Konkretisierung des Gesundheitszieles vorzunehmen.
- Die Akteure, die über die zur Implementierung notwendigen Ressourcen verfügen, müssen bei der Auswahl und Konkretisierung der Gesundheitsziele einbezogen sein.

### 5.2.2 Executive Summary

Geht der Zweck von Gesundheitszielen über die Stimulierung der gesundheitspolitischen Diskussion hinaus, so stellt sich stets die Frage nach den Ressourcen bzw. der Ressourcenallokation. Dies ist sowohl der Fall, wenn Maßnahmen zur Zielerreichung neue sektorale Akzente setzen (z.B. mehr Prävention), als auch bei der Umschichtung innerhalb eines Sektors.

Der internationale Vergleich zeigt, dass Gesundheitsziele durchaus als ein komplementäres Instrument der Ressourcenallokation genutzt werden. Allerdings lässt sich kein unmittelbares Vorbild für Deutschland finden. Die Übertragbarkeit des US-amerikanischen, des englischen oder des australischen Allokationssystems ist nicht gegeben. Dies beruht auf Unterschieden in der Intention der Ressourcenallokation, der Ausgestaltung des Gesundheitssystems und dem allgemeinen institutionellen Kontext. Die Berichte zur Verknüpfung von Ressourcenallokation und Gesundheitszielen im Rahmen von Versorgungsverträgen in Katalonien sind derzeit zu widersprüchlich, als dass sie als Vorbild dienen könnten. Die regionalen Zielinitiativen in Deutschland sind entweder noch nicht weit genug fortgeschritten oder aber hinsichtlich der Ressourcenfrage nicht dokumentiert.

Die Benennung der finanziellen und personellen Ressourcen sowie der Sachmittel muss als eine Voraussetzung für Planbarkeit und Transparenz gesehen werden. Nur so lässt sich gewährleisten, dass die Zielvereinbarung auch getragen wird. Außerdem ergeben sich für kleine Organisationen schon bei relativ geringen Beträgen u.U. Engpässe, die bei rechtzeitiger Planung umgangen werden können.

Eingesetzt werden die Ressourcen, um Strukturen und Prozesse auf- bzw. auszubauen. Außerdem müssen Ressourcen ggf. für monetäre Anreize eingeplant werden, um die Einzelinteressen in die Gemeinwohlperspektive einzubinden. Die Ressourcenfrage stellt sich auch hinsichtlich der Evaluation. Zum einen geht es um die Evaluation der Zielerreichung, zum anderen um die Maßnahmenevaluation. Sollte eine Maßnahme vielversprechend sein, aber noch nicht hinreichende wissenschaftliche Evidenz aufweisen, so sollte diese Maßnahme im Rahmen des Zielprogramms evaluiert werden.

### 5.2.3 Dimensionen des Ressourcenbegriffs

Gesundheitsziele müssen geplant, operationalisiert und koordiniert werden. Die dazu gehörigen Teilziele, Strategien und Maßnahmen werden mit den Akteuren entwickelt und abgestimmt. Und schließlich gilt es, Maßnahmen in die Tat umzusetzen und auf ihren Erfolg zu überprüfen. Dies alles erfordert Ressourcen – Ideen, Arbeitskraft, Infrastruktur und Geld. Auch wenn sich der Ressourcenaufwand kostenneutral bewerkstelligen lässt, z.B. durch die Einsparungen an anderer Stelle, oder durch zukünftige Einsparungen aufgrund von gesundheitlichen Zugewinnen, oder durch die intelligente Nutzung bestehender Strukturen, so stellt sich zumindest die Frage, welche Ressourcen in welchem Umfang benötigt werden.

Die Ressourcenfrage ist für die Verbindlichkeit der Gesundheitsziele von Bedeutung. Nur wenn es eine Vereinbarung zwischen den Akteuren gibt, welche Ressourcen zur Umsetzung der Gesundheitsziele zum Einsatz kommen sollen, ist der Übergang von der Auswahl und Konkretisierung zur Implementation des Gesundheitsziels und seiner dazugehörigen Teilziele, Strategien und Maßnahmen gegeben.

Allerdings ist der Ressourcenbegriff weniger eindeutig, als es auf den ersten Blick erscheint. Auf ihn vereinigen sich eine Reihe von Wortbedeutungen, die teils umgangssprachlichen, teils wissenschaftlichen Charakters sind. Deshalb soll an dieser Stelle eine begriffliche Annäherung versucht werden, um die Begriffsbedeutungen, die für *gesundheitsziele.de* wesentlich sind, hervorzuheben.

Der Ressourcenbegriff lässt sich aus unterschiedlichen Perspektiven definieren. Ge­läufig ist die ökonomische Sichtweise, die Ressourcen als Produktionsfaktoren definiert. Diese umfassen alle Mittel, die in die Herstellung von Gütern und Dienstleistungen einfließen. So unterscheidet die Volkswirtschaftslehre zwischen Arbeit (geistige und physische Arbeit), Kapital (alle zur Produktion notwendigen Güter) und Natur (Klima, Rohstoffvorkommen [Boden wird – aufgrund des allgemeinen Kultivierungsstandes – heute häufig als eigenständige Kategorie dem Kapital zugeordnet]).

Analog zu der volkswirtschaftlichen Unterscheidung differenziert die Betriebswirtschaft Arbeitsleistung, Betriebsmittel und Werkstoffe als Produktionsfaktoren. Neben

diesen Elementarfaktoren werden auch immer wieder sogenannte dispositive Faktoren wie Geschäftsleitung, Planung, Organisation und Kontrolle zu den Ressourcen gezählt. Die letztgenannten, "weichen" Faktoren spielen insbesondere für das Management eine hervorgehobene Rolle. So werden in der Standard-Management-Literatur neben den materiellen Ressourcen wie Geld, Kundenstamm, Produkte und Mitarbeiter auch immaterielle Ressourcen wie Qualität, Arbeitsmoral oder Servicestandards hervorgehoben. Und obwohl letztere eher "weiche" Faktoren darstellen, die schwerer zu fassen sind, wird darauf insistiert, dass beide Arten von Ressourcen genauso schwer aufzubauen und zu erhalten sind [1].

Der Ressourcenbegriff aus der Management-Literatur kann als eine Art Scharnier zwischen der ökonomischen und gesundheitlichen Betrachtung von Ressourcen gelten. So fasst die Gesundheitsberichterstattung des Bundes [2] unter dem Begriff Ressourcen folgende Positionen zusammen:

- Gesundheitsschutz
- Laien- und Selbsthilfe
- ambulante Gesundheitsversorgung, stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung
- Rettungsdienste, Krankentransportwesen
- pharmazeutische und medizintechnische Industrie
- Forschung
- Sonstiges

Dies korrespondiert im weitesten Sinne mit einer Zusammenfassung des Ressourcen- und Strukturkonzepts [3], wie es in der Gesundheitssystemforschung Anwendung findet [4] und auch für die Diskussion um Gesundheitsziele nutzbar gemacht wurde [5]. Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, soll noch einmal daran erinnert sein, dass aus Sicht der Gesundheitssystemforschung natürlich auch die vorhandenen Fähigkeiten, Kräfte und Möglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger sowie der Patientinnen und Patienten zu verstehen sind, die helfen, Gesundheit zu erhalten und seine Krankheit zu bewältigen. So wird aus dem Blickwinkel von Gesundheitssystemforschung und Public Health z.B. für Ältere und Alte gefordert, dass

Maßnahmen zum Erhalt von Ressourcen in Form informeller Hilfenetze ergriffen werden müssen [6].

Die unterschiedlichen Facetten des Ressourcenbegriffs lassen für die weitere Argumentation eine Reihe von Schlüssen zu:

- Finanzielle Ressourcen spielen eine wichtige Rolle.
- Nicht alle Ressourcen lassen sich auf finanzielle Mittel zurückführen.
- Wesentliche immaterielle Ressourcen liegen bei den Akteuren im Gesundheitswesen und den unmittelbaren Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen.
- Ebenfalls wesentliche Ressourcen bzw. das Potenzial zu solchen Ressourcen liegen in der Gesellschaft sowie bei den Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten.

Freilich können im Folgenden nicht alle Aspekte erschöpfend diskutiert werden. Dafür sind drei Gründe zu nennen. Ersten werden eine Reihe von Themen in anderen Berichtsteilen diskutiert. Dies ist z.B. für alle Fragen der Partizipation der Fall (Kap. 4.3). Zweitens soll dieser Berichtsteil im Wesentlichen die Sensibilität dafür wecken, welche Ressourcenvereinbarungen sinnvollerweise bereits im Prozess der Konkretisierung zwischen den relevanten Akteuren getroffen werden sollten. Damit ist auch bereits der dritte Grund berührt. Die Akteure, die über die jeweils notwendigen Ressourcen zur Implementierung eines bestimmten Ziels verfügen, sollten unter allen Umständen an der Konkretisierung des Gesundheitsziels teilhaben. So kann es in diesem Berichtsteil nur um die Erörterung prinzipieller Orientierungen im Umgang mit Ressourcen gehen.

#### **5.2.4 Ressourcen und Funktionen der Ressourcenallokation**

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsziele und Ressourcen ist kein Anhängsel des Planungsprozesses. Funktional und politisch ist die Frage von großer Bedeutung.

#### **5.2.4.1 Ressourcen ins Ziel lenken**

Werden Gesundheitsziele definiert, deren Zweck über die Stimulierung der gesundheitspolitischen Debatte hinausgeht und unmittelbar in der Verbesserung der Individual- und Bevölkerungsgesundheit liegt, so wird es notwendig sein, über Ressourcen zu reden. Zwischen dem Gesundheitsziel und der Verbesserung der Individual- und Bevölkerungsgesundheit stehen Konkretisierungsschritte (Teilziel, Strategie, Maßnahme), die der Zielerreichung dienen sollen. Schon der Prozess der Definition bindet finanzielle, personelle und intellektuelle Ressourcen sowie Sachmittel. Soll sich der Versorgungsalltag oder die Lebenswelt aufgrund von zielgebundenen Maßnahmen verändern, so ist zumindest mit einer Verschiebung oder Umwidmung von Ressourcen zu rechnen. Auch die Evaluation eines Gesundheitsziels bedarf der Ressourcen. Die Ressourcenallokation soll eine zielkonforme Änderung von Lebenswelt und Versorgung ermöglichen.

#### **5.2.4.2 Ressourcenpotenziale entwickeln und aktivieren**

Wird ein Ziel vereinbart, bei dem Ressourcen zum Einsatz kommen, die sich nicht ausschließlich auf finanzielle Mittel zurückführen lassen, so werden bestehende Ressourcenpotenziale aktiviert, die bisher ungenutzt waren oder sogar welche neu entwickelt. Dies ist denkbar im Falle von Gesundheitswissen und -bewusstsein, Managementinstrumenten und vielem anderen mehr. Demnach benötigen Gesundheitsziele nicht nur Ressourcen, sie schaffen auch neue hinzu.

#### **5.2.4.3 Ressourcenallokation und Nutzen von Gesundheitszielen**

Aus gesellschaftlicher und ökonomischer Perspektive wurde die Zielbildung als Voraussetzung für eine effizientere Ressourcenallokation benannt [7]. Dabei wurde vor allem darauf hingewiesen, dass Ressourcen, die den Zielen auf sektoraler Ebene folgen, relativ einfach zu definieren seien. Ergebnis kann z.B. eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch der Rehabilitation sein. Eine feingliedrigere Allokation bis in die Institutionen erfordert ungleich höhere Kenntnisse der genauen institutionellen Ausgestaltung [8]. Allerdings besteht die Hoffnung, dass dadurch die Ressourcen sachgerecht zum Einsatz kommen.

#### **5.2.4.4 Ressourcenallokation und Evaluierbarkeit – der Effizienz auf der Spur**

Eine umfassende Evaluation und Bewertung eines Gesundheitsziels oder einer Maßnahme ist nur dann zu gewährleisten, wenn die zum Einsatz kommenden Ressourcen berücksichtigt werden, und zwar möglichst im Vergleich mit alternativen Interventionen. Gesundheitsziele sollen zu einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit beitragen. Freilich muss stets der Aufwand mit dem erwarteten Ergebnis ins Verhältnis gesetzt werden. Die Definition der Kosten von Gesundheitszielen trägt somit zur Transparenz bei und erlaubt es, informierte politische Entscheidungen zu treffen, in die auch Überlegungen zur Effizienz von Zielen und Maßnahmen einfließen können.

#### **5.2.4.5 Planbarkeit**

Die Transparenz des Ressourceneinsatzes ermöglicht es den Teilnehmern eines Gesundheitszielprogramms abzuschätzen, welche Verpflichtungen und Chancen auf sie zukommen. Somit können Probleme der finanziellen oder personellen Ausstattung frühzeitig thematisiert werden und in den Planungsprozess einfließen.

#### **5.2.5 Zielgebundene Ressourcenallokation im internationalen Vergleich**

Eine Verbindung zwischen Gesundheitszielen und Ressourcenallokation herzustellen, ist eine der wesentlichen Lehren, die aus der Entwicklung der nationalen und regionalen Gesundheitszielprogramme gezogen werden kann [9]. Diese Erkenntnis gehört mithin zur Quintessenz einer europaweiten Konferenz zu Status und Erfolg von Gesundheitszielprogrammen, die im September 1999 in Paris von der European Health Management Association (EHMA), der European Public Health Alliance (EUPHA) und der World Health Organisation (WHO) ausgerichtet wurde [10].

Wissenschaftlich am besten dokumentiert ist diese Erkenntnis durch einen Evaluationsbericht, den das englische Department of Health in Auftrag gegeben hat [11]. Der Bericht umfasst eine Wirkungs- [12] und eine Implementationsanalyse [13]. Untersucht wurde das englische Gesundheitszielprogramm Health of the Nation [14], das die in den Unterhauswahlen 1997 abgelöste konservative Regierung 1992 eingeführt hatte. Die Gutachter reden nicht von einem Verzicht auf Gesundheitsziele, sondern

stellen die Frage, warum das Programm der Vorgängerregierung relativ wirkungslos geblieben ist. Als eines der Kernprobleme des Gesundheitszielprogramms Health of the Nation wurde die fehlende Anbindung der Ressourcen an die Gesundheitsziele identifiziert. Auch eine Umfrage unter niedergelassenen Ärzten weist auf die zu geringe Ressourcenausstattung des Programms hin [15].

Freilich hat England versucht, aus den vorangegangenen Fehlern Lehren zu ziehen. Bereits im Konsultationsprozess für das Nachfolgeprogramm [16] wurde die Verknüpfung von Ressourcen und Zielen in Angriff genommen. Dies spiegelt sich im neuen Zieldokument wider [17], besonders bei den so genannten Health Action Zones, die bereits in der Gesundheitsreform der Labour-Regierung von 1997 angekündigt waren [18].

Auf nationaler Ebene wurden Ziele definiert, die auf lokaler Ebene durch drei Instrumente umgesetzt werden sollen: Zunächst die Health Improvement Plans, die gemeinsam von den Health Authorities und den Local Authorities verfasst werden. Diese Health Improvement Plans beziehen sich – mit gewissen Variationen – auf die durch die nationale Ebene definierten Gesundheitsziele. Ein zweites Instrument sind die Health Action Zones. Hier können Health Authorities eigene Projekte mit Zielcharakter definieren und sich um staatliche Förderung bewerben. Das dritte Instrument sind die Healthy Living Centres, die eine Reihe von Beratungs- und Präventionsprogrammen anbieten. Hierfür wurden Mittel der National Lottery zu einem "New Opportunity Fund" zusammengefasst [16-18].

Die Verknüpfung von Gesundheitszielen und Ressourcen spielt auch in anderen Programmen und Ländern eine wichtige Rolle. Das amerikanische Gesundheitszielprogramm Healthy People [19] dient u.a. der Zuweisung von sogenannten Block Grants, bundesstaatlichen Mitteln, für Maßnahmen im Bereich Public Health. Voraussetzung ist hierfür auf Ebene der Bundesstaaten die Definition von Gesundheitszielen bzw. Maßnahmen, die zielgebunden sind.

So ist bspw. der Preventive Health and Health Service Block Grant, der vom Center of Disease Control und vom Department of Health and Human Services verwaltet wird, unter anderem an das Healthy People 2010 Programm gebunden. Gesund-  
204

heitszielbezogene Bundesmittel zum Abruf durch die Einzelstaaten summieren sich auf einen dreistelligen Millionenbetrag in Dollar [20]. Freilich sind vielfach die einzelnen Budgetlinien nicht exklusiv für das Gesundheitszielprogramm reserviert, sondern auch für andere sozialpolitische Maßnahmen wie z.B. Schulprogramme, die Gesundheitsaspekte umsetzen.

Auch Australien hat die Ressourcenallokation zur Zielerreichung im Rahmen des Gesundheitszielprogramms Better Health Outcomes for Australiens zum Thema gemacht [21]. Bereits 1993/ 1994 wurde der Versuch unternommen, die Mittelvergabe des Commonwealth an das australische Gesundheitswesen an die Zielerreichung zu knüpfen. Als Finanzierungsinstrument sollten die Medicare Agreements genutzt werden, die für die Mittelzuweisung an die Krankenhäuser und den Öffentlichen Gesundheitsdienst zum Einsatz kommen [22,23].

Gesundheitsziele mit der Ressourcenallokation zu verbinden, wird auch in Katalonien angestrebt. Den 17 autonomen Regionen, die weitgehende Aufgaben und Gestaltungsrechte für die gesundheitliche Versorgung ihrer Bevölkerungen genießen, wurde der Auftrag erteilt, Gesundheitspläne und Ziele zu formulieren. Ähnlich wie bei einigen anderen nationalen Gesundheitssystemen wurde auch in Katalonien die Trennung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vollzogen. Die beiden Seiten vereinbarten nun Versorgungsverträge zu Qualität und Umfang von Leistungen. Ziel ist es, diese Verträge mehr und mehr auf die definierten Gesundheitsziele auszurichten [24]. Inzwischen wurden präventive Dienste in die Verträge mit aufgenommen, ohne jedoch eine hinreichende Evaluation zu gewährleisten [25]. Allerdings gibt es auch kritische Stimmen, die von einem prinzipiell fehlgeleiteten Planungsprozess sprechen, der es nicht erlauben wird, Ziele und Ressourcen praktikabel zusammenzubringen [26].

### **5.2.6 Ressourcen und Arten von Zielvereinbarungen**

Sollen Ressourcen im Prozess der Konkretisierung nicht nur definiert werden, sondern auch einen verbindlichen Status erhalten, so bedarf es einer Zielvereinbarung. Die Form der Zielvereinbarung hängt mit der Art der Ressourcen und den Trägern derselben zusammen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Ge-

sundheitswesen hat in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass es prinzipiell mindesten drei Möglichkeiten gibt, verbindliche Zielvereinbarungen herzustellen [27]:

- Die Handlungsebene wird gesetzlich verpflichtet (im individuellen Bereich bei Untersuchungs-, Behandlungs- und Impfzwang, im betrieblichen Bereich bei behördlichen Hygienebestimmungen und Auflagen).
- Die Gruppierung oder Person, die die Ziele formuliert hat, verfügt selbst über die Mittel, diese durchzusetzen. Dies reicht vom individuellen Streben nach Gesundheit und Fitness über Selbsthilfeorganisationen und Health Maintenance Organisationen ähnlichen Strukturen bis zu staatlichen Informationskampagnen mit dem Ziel der Aufklärung (z.B. bei AIDS).
- Die Handlungsebene lässt sich vertraglich/ finanziell binden (etwa im Rahmen von Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen).

Dass die Ressourcenvereinbarungen durch gesetzliche Verpflichtung geregelt oder ersetzt werden, ist im Rahmen von *gesundheitsziele.de* eher unwahrscheinlich. Denn schließlich ist das Projekt – besonders wenn man den Vorlauf in die Betrachtung mit einbezieht – weitgehend aus dem Kreis der Akteure der Sozialversicherung, der Leistungserbringer, der Berufsverbände und der Wissenschaft hervorgegangen. Die Optionen zwei und drei sind für *gesundheitsziele.de* durchaus wichtig.

Sollten in diesem Rahmen Zielvereinbarungen geschlossen werden, so stellt sich die Frage nach den Ressourcenvereinbarungen im Sinne des erweiterten Ressourcenbegriffs.

### **5.2.7 Arten von Ressourcen mit Relevanz für die Zielvereinbarung**

Im Folgenden sollen Fragen diskutiert werden, die verschiedene Arten von Ressourcen und Gesundheitszielen betreffen. Neben den finanziellen und personellen Ressourcen sowie den Sachmitteln lassen sich auch ideelle Ressourcen benennen:

- Berufsethos, Gemeinwohlorientierung
- Qualitätsbewusstsein

- Persönliche Gesundheitsressourcen der Bürger, Versicherten und Patienten
- Gesellschaftliche Ressourcen (Infrastrukturen)

Häufig unterschlagen werden die personellen Ressourcen, die allein zur Erstellung eines Gesundheitszielprogramms erforderlich sind. Verschiedentlich wurde bei der Planung von Gesundheitszielen stillschweigend davon ausgegangen, dass in den Institutionen des Gesundheitswesens personelle Ressourcen umgewidmet werden. Am Beispiel Englands bedeutet dies, dass innerhalb der Health Authorities Mitarbeitern zusätzlich zu den bestehenden Aufgaben die Administration des Gesundheitszielprogramms übertragen wurden. Ob dies von der Arbeitsbelastung möglich und sinnvoll ist, wurde nicht geklärt und hat, trotz grundsätzlicher Zustimmung zu einem Gesundheitszielprogramm, zu Verstimmungen geführt [13].

Die interne Umwidmung von personellen Ressourcen mag bei relativ großen Organisationen noch möglich sein, für kleine Organisationen, die z.B. aus der Patientenselbsthilfe kommen und nur über eine sehr dünne Personaldecke verfügen, kann dies zu Schwierigkeiten führen. Diesem Umstand muss bei den Ressourcenvereinbarungen zwischen den Akteuren Rechnung getragen werden.

### 5.2.8 Literatur

- 1 Warren K. Ressourcen für Wettbewerbsvorteile nutzen. In: IMD International Lausanne, London Business School, The Wharton School of the University of Pennsylvania (Hrsg). Das MBA-Buch Mastering Management: die Studieninhalte führender business schools. Stuttgart: Schäffer-Poeschel. 1998: 695-705
- 2 Statistisches Bundesamt. Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1998
- 3 Schwartz FW, Siegrist J, von Troschke J. Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public-Health-Buch. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 9-31

- 4 Schwartz FW, Busse R. Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public-Health-Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 385-411
- 5 Wismar M, Busse R, Schwartz FW. Gesundheitsziele: Konzeptionelle, methodische und politische Überlegungen zu ergebnisorientierten Gesundheitszielen. Sozialer Fortschritt 1998; 47: 272-279
- 6 Garms-Homolová, Schaeffer D. Alte und Ältere. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 536-549
- 7 Wismar M, Schwartz FW. Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument. Verbesserte Allokationseffizienz in der Gesundheitsversorgung? Gesellschaftspolitische Kommentare 1999; 40 (2): 13-17
- 8 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Sondergutachten 2000/ 2001. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2001
- 9 McKee M, Fulop N. On target for health? Health targets may be valuable, but context is all important. BMJ 2000; 320: 327-328
- 10 McKee M, Berman PC. Health targets in Europe: learning form experience. European Journal of Public Health 2000; 10: 1-1
- 11 Universities of Leeds and Glamorgan, London School of Hygiene and Tropical Medicine. The Health of the Nation – a policy assessed. Two reports commissioned for the Department of Health. London: The Stationery Office, 1998
- 12 Universities of Leeds and Glamorgan. Investing in Health? An Assessment of the impact of the Health of the Nation. In: Universities of Leeds and Glamorgan and the London School of Hygiene and Tropical Medicine (Hrsg). The Health of the Nation - a policy assessed. Two reports commissioned for the Department of Health. London: The Stationery Office. 1998: 7-68

- 13 London School of Hygiene and Tropical Medicine. Evaluation of the implementation of the Health of the Nation. In: Universities of Leeds and Glamorgan and the London School of Hygiene and Tropical Medicine (Hrsg). The Health of the Nation - a policy assessed. A report commissioned by the Department of Health. London: The Stationery Office. 1998: 69-182
- 14 Department of Health. The Health of the Nation: a strategy for health in England. London: The Stationery Office, 1992
- 15 Cheung P, Unging APS, Verrill J, Russel AJ, Smith H. Are the Health of the Nation's targets attainable? Postal survey of general practitioners's views. BMJ 1997; 314: 1250-1250
- 16 Secretary of State for Health. Our Healthier Nation: A Contract for Health. Cm 3854 ed. London: The Stationery Office, 1998
- 17 Secretary of State for Health. Saving Lives: Our Healthier Nation. Vol. Cm 4386, London: Stationery Office, 1999
- 18 Secretary of State for Health. The new NHS: modern - dependable. Vol. CM 3807, London: Stationery Office, 1997
- 19 U.S.Department of Health and Human Services. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. 1991
- 20 General Services Administration, Office of Governmentwide Policy, Office of Acquisition Policy, Governmentwide Information Systems Division, and Federal Domestic Assistance Catalog Staff. CFDA – The Catalog of Federal Domestic Assistance. [www.cfda.gov](http://www.cfda.gov)
- 21 Commonwealth Department of Human Services and Health. Better Health Outcomes for Australians. National Goals, Targets and Strategies for Better Health Outcomes Into the Next Century. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994
- 22 Nutbeam D, Wise M. Planning for Health for All: international experience in setting health goals and targets. Health Promotion International 1996; 11: 219-225

- 23 Nutbeam D, Wise M, Bauman A, Harris E, Leeder S. Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1993
- 24 Cabasés JM, Gaminde I, Gabilondo L. Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain. *European Journal of Public Health* 2000; 10: 45-49
- 25 Tresserras R, Castell C, Sanchez E, Salleras L. Health targets and priorities in Catalonia, Spain. *European Journal of Public Health* 2000; 10: 51-56
- 26 Repullo JR, Otero A. Planes de salud: sueño, espejismo o némesis. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13: 474-477
- 27 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit; Sondergutachten 1995. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1995

### **5.3 Fortschritte bewerten – Evaluation von Gesundheitszielen**

#### **AG 2**

##### **5.3.1 Empfehlungen**

- Evaluation muss von Anfang an in die Entwicklung der Gesundheitsziele, ihrer Umsetzungsstrategien und -maßnahmen einbezogen werden.
- Die Gesundheitsziele und ihre Umsetzungsstrategien und -maßnahmen müssen klar und überprüfbar formuliert werden, d.h. es muss für die Programmbeteiligten deutlich sein, was erreicht werden soll.
- Die Umsetzungsstrategien und -maßnahmen müssen auf Basis bestmöglicher Evidenz entwickelt werden und verdeutlichen, wie die Ziele erreicht werden sollen. Das heißt, sie müssen Antworten auf die Fragen geben, welche Maßnahmen im Rahmen welcher Strategie, unter Verwendung welcher Ressourcen, zu welchen Zeitpunkten welche (Teil-) Ziele erreichen sollen. (Erarbeitung eines Interventionsplans auf der Grundlage eines Wirkungsmodells.)
- Konkrete Evaluationsstrategien und konkrete Indikatoren der Zielerreichung können nur in Abhängigkeit von konkreten Gesundheitszielen, konkreten Interventionsstrategien und konkreten Maßnahmen entwickelt werden.
- Die Festlegung der Maßnahmen sollte sich einerseits an den Ausgangsbedingungen des Programms und andererseits an den Programmzielen orientieren.
- Es sollten Indikatoren der Zielerreichung zur Anwendung kommen, die von den Programmbeteiligten als geeignet angesehen werden, die Wirkungen des Programms zu ermitteln.
- Für die Evaluationskriterien ist grundsätzlich zu klären, ob und inwieweit vorliegende Daten und Indikatoren – wie vor allem flächendeckende, vollständige Statistiken (z.B. amtliche Statistiken wie Todesursachenstatistik) – Anwendung finden können oder ob die Erhebung neuer Daten ausschließlich zur Evaluation notwendig, machbar und wünschenswert ist. Ziele, für die heute keine Daten vorliegen, sollten zum Gegenstand von Forschungsvorhaben gemacht werden.

- Alle Gesundheitsziele sind prinzipiell evaluierbar, wenn sie klar formuliert sind. Ziele, die aktuell nicht sofort erfassbar/ messbar scheinen – z.B. “gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen“ – müssen durch Zielpräzisierung erfassbar gemacht werden.
- In Abhängigkeit von den konkreten Gesundheitszielen, Teilzielen, Interventionsstrategien und Maßnahmen muss festgelegt werden, wie die bestmögliche Evaluation des Programms sichergestellt werden kann.
- Die programmbegleitende und die ergebnissichernde Evaluation sollten in ihren unterschiedlichen Möglichkeiten parallel eingesetzt werden. Für das Gesamtprogramm muss ein Modus gefunden werden, die unterschiedlichen Ergebnisse zu kombinieren.
- Eigen- und Fremdevaluation sollten im Rahmen einer an die jeweiligen Teilziele, Strategien und Maßnahmen der einzelnen Gesundheitsziele angepassten, flexiblen Evaluationsstrategie kombiniert werden. Es empfiehlt sich, ein Gremium („Evaluationsbeirat“) mit der Prüfung zu betrauen, ob im Einzelfall jeweils der bestmögliche und nachvollziehbare Evaluationsansatz gewählt wurde.
- Gesundheitsziele können als Ergebnis-, Struktur- oder Prozessziele formuliert sein. In jedem Fall ist zu beachten, dass jeweils die angestrebten Ergebnisse in Relation zum Status quo spezifiziert werden.
- Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Planung, Durchführung und Auswertung der Evaluation müssen von Anfang an geplant und – mindestens für die Zusammenführung der konkreten Einzelevaluationen – frühzeitig festgelegt werden.
- Personelle und finanzielle Ressourcen und Mittel für die Evaluation müssen von Anfang an eingeplant und konkret benannt werden.

### **5.3.2 Evaluation als Teil von *gesundheitsziele.de***

Ziel von *gesundheitsziele.de* ist es, exemplarisch konkret umsetzbare und evaluierbare Ziele als Vorschlag an die Politik zu entwickeln.

Aufgabe der Arbeitsgruppe II, Evaluation und Datenanalyse, ist u.a. die Erarbeitung eines Evaluationskonzeptes unter Berücksichtigung deutscher und internationaler Erfahrungen. Das Evaluationskonzept sollte in der Folge auf die konkret zu entwickelnden Ziele Anwendung finden.

Die später zu leistende Zielkonkretisierung beinhaltet die Festlegung bestimmter Resultate, die in einem festgelegten Zeitraum zu erreichen sind. Dabei gilt es, neben dem Ist- auch den Soll-Zustand zu definieren und ggf. zu quantifizieren und im Rahmen der Konkretisierung für jedes Ziel mit seinen Umsetzungsstrategien und -maßnahmen spezifische Erfolgsindikatoren festzulegen. Zu gegebener Zeit wird es Aufgabe der Arbeitsgruppe II sein, hierzu Vorschläge zu erarbeiten.

### **5.3.3 Evaluation eines Gesundheitszielprogramms**

#### **5.3.3.1 Evaluationsverständnis und Anforderungen an die Evaluation eines Gesundheitszielprogramms**

Aufgabe von Evaluation ist die möglichst zuverlässige Erfassung der Wirkungen von Programmen. Ohne Evaluation wäre nicht belegbar, ob Programme und ihre Bestandteile die gewünschten Effekte (Outcomes) zeigen oder, anders ausgedrückt, ob die eingesetzten Ressourcen Nutzen erbringen.

Eine Evaluation mit diesem Anspruch kann nur erfolgen, wenn das zu erreichende Ziel (bzw. die Ziele) klar formuliert ist (sind) und die Strategie und die Maßnahmen (=Programmkomponenten), die zur Erreichung des Ziels (oder der Ziele) führen sollen, im Rahmen eines Wirkungsmodells beschrieben sind. Erst durch die Konkretisie-

rung in einem Programmplan („Programmtheorie“<sup>38</sup>) wird deutlich, welche Maßnahmen auf welchem Weg zur Zielerreichung beitragen sollen. Damit werden die inhaltlichen Voraussetzungen zur Evaluation des Programmverlaufs (von Teilschritten und Teilzielen) und von Programmergebnissen (Outcome) geschaffen. Durch die Integration von ergebnisorientierter (Outcome) und verlaufsorientierter (Prozess-) Evaluation entsteht die Möglichkeit zu einer kontinuierlichen, datengestützten Rückkopplung von (Zwischen-) Ergebnissen an die Programmplanung und die politische Entscheidungsebene und damit die Voraussetzung für Steuerung, Verbesserung und Wirksamkeitsoptimierung des Programms im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Um die Evaluation von Gesundheitszielprogrammen allgemein und für *gesundheitsziele.de* im Speziellen durchzuführen, sind bestimmte Voraussetzungen erforderlich:

- Evaluation muss von Anfang an in die Entwicklung der Gesundheitsziele und ihrer Umsetzungsstrategien und -maßnahmen einbezogen werden.
- Die Gesundheitsziele, Strategien und Maßnahmen müssen klar und überprüfbar formuliert werden, d.h. es muss für die Programmbeteiligten deutlich sein, was erreicht werden soll.
- Die Umsetzungsstrategien und -maßnahmen müssen auf Basis bestmöglicher Evidenz entwickelt werden und verdeutlichen, wie sie die Ziele erreichen wollen. Das heißt, sie müssen Antworten auf die Fragen geben, welche Maßnahmen im Rahmen welcher Strategie, unter Verwendung welcher Ressourcen, zu welchen Zeitpunkten welche (Teil-) Ziele erreichen sollen. (Ausformulierung einer interventionsspezifischen Programmtheorie, bzw. Erarbeitung eines Interventionsplans auf der Grundlage eines Wirkungsmodells.)

---

<sup>38</sup>

„Als systematisch ausgearbeitetes, realitätsbezogen formuliertes Konzept des Programms beschreibt die Programmtheorie die genauen Zusammenhänge zwischen den Aktivitäten, aus denen die Intervention besteht – den effektiven Programmkomponenten –, den dadurch in Gang gesetzten Wirkungsmechanismen und den hierdurch wiederum bewirkten konkreten und prinzipiell messbaren Outcomes, und dies unter Berücksichtigung des Kontexts, in dem das Programm implementiert werden soll. Eine Programmtheorie beschränkt sich demnach nicht darauf, schematisch Ziele, Zielgruppen und generelle Interventionsmaßnahmen oder -methoden aufzulisten. Es kommt vielmehr vor allem darauf an, die zunächst oft nur sehr allgemeinen Konzeptideen zu spezifischen Aussagen über (Kausal-) Zusammenhänge zu präzisieren, und die häufig nur impliziten Vorstellungen der Programmentwickler zu expliziten Handlungsvorgaben für konkrete Interventionsvorgänge auszuformulieren.“ [1]

- Die Festlegung der Maßnahmen sollte sich einerseits an den Ausgangsbedingungen des Programms und andererseits an den Programmzielen orientieren.
- In Abhängigkeit von den konkreten Gesundheitszielen, Teilzielen, Interventionsstrategien und Maßnahmen muss festgelegt werden, wie bestmögliche Evaluation sichergestellt werden kann.

#### **5.3.3.2 Zieldimensionen**

Gesundheitsziele können jeweils unterschiedliche Zieldimensionen haben. So können die Gesundheitsziele, Teilziele, Strategien und Maßnahmen inhaltlich ggf. anhand der bekannten Einteilung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität spezifiziert werden.

Neben Strukturzielen wie z.B. "Verbesserung der Versorgungssituation" können Ergebnisziele stehen, z.B. die "Verringerte Amputationsrate bei Diabetikern". Dabei ist darauf zu achten, dass bei Struktur- und Prozesszielen jeweils die angestrebten Ergebnisse in Relation zum Status quo spezifiziert werden.

Diese auf den ersten Blick einfache Aufteilung wird jedoch wieder schwieriger, wenn Ziele durch unterschiedliche Teilziele, Strategien und Maßnahmenbündel erreicht werden sollen. So kann die Erreichung des Gesundheitsziels "Verbesserung der Versorgungsqualität" zunächst durch eine bedarfsgerechte Arztdichte angestrebt werden (Strukturqualität), aber auch durch die Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten (Prozessqualität) oder sogar der Ergebnisqualität, wenn z.B. durch eine Verbesserung der Rettungsdienst-Organisation die Sterblichkeit aufgrund akuter Herzinfarkte gesenkt werden kann.

Die Angabe bzw. Quantifizierung von Indikatoren der Strukturqualität kann sich z.B. auf die Zahl der beteiligten Einrichtungen, die Zahl und Qualifikation der aktiv Beteiligten, aufgewendete Mittel, die Struktur und Organisation des Programms sowie die Verbindlichkeit von Vorgaben beziehen.

Die Angabe bzw. Quantifizierung von Indikatoren der Prozessqualität kann sich z.B. auf die Häufigkeit von Kontakten, die Bekanntheit/ das Marketing der Maßnahme, die Inanspruchnahme bestimmter Angebote oder das Gesundheits- und Risikoverhalten beziehen.

Die Angabe bzw. Quantifizierung von Indikatoren der Ergebnisqualität kann sich z.B. auf den Gesundheitsstatus, das Wohlbefinden, Morbidität und Mortalität sowie die Kosten-Nutzen-Relation von Maßnahme und Ergebnis beziehen.

Verfolgt man z.B. das Ziel „Verbesserung der Therapieerfolge bei Opiatabhängigen“, so gibt es ebenfalls mehrere, gleichermaßen relevante Erfolgskriterien (d.h. man kann Therapieerfolge auf verschiedenerelei Weise messen), nämlich

- Verringerung des Konsums illegaler Drogen bzw. des Beigebrauchs (Ergebnisqualität)
- Verbesserung der psychischen Gesundheit, des subjektiven Befindens (Ergebnisqualität)
- Freizeitgestaltung und Alltagsbewältigung unabhängig von den sozialen Bezügen aus der Drogenszene (Ergebnisqualität)
- Aufgabe kriminellen Verhaltens, Verringerung der Verurteilungshäufigkeit (Ergebnisqualität)
- Fähigkeit und Bereitschaft zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bzw. einer Ausbildung (Ergebnisqualität)

Entsprechend kann die Spezifizierung von Struktur-, Prozess- und/ oder Ergebnisindikatoren zur Evaluation der Zielerreichung auch für die Strukturen unterhalb der Zielebene, d.h. für Teilziele, Strategien und Maßnahmen vorgenommen werden. Nötige Konkretisierungen sollten in Zusammenarbeit mit Datenhaltern und in Abstimmung mit Indikatorensätzen erfolgen. Mit der Zielformulierung wird anhand dieser Indikatoren die Ausgangslage bestimmt.

### **5.3.3.3 Indikatoren**

Konkrete Evaluationsstrategien und konkrete Indikatoren können nur in Abhängigkeit von konkreten Zielen, konkreten Interventionsstrategien und konkreten Maßnahmen entwickelt werden. Es sollten Indikatoren der Zielerreichung zur Anwendung kommen, die von den Programmbeteiligten als geeignet angesehen werden, die Wirkungen des Programms zu ermitteln.

Für die Evaluationsindikatoren ist grundsätzlich zu klären, ob und inwieweit vorliegende Daten und Indikatoren – wie vor allem flächendeckende, vollständige Statistiken (z.B. amtliche Statistiken wie Todesursachenstatistik) – Anwendung finden können oder ob die Erhebung neuer Daten ausschließlich zur Evaluation notwendig, machbar und wünschenswert ist. Ziele, für die heute keine Daten vorliegen, sollten zum Gegenstand von Forschungsvorhaben gemacht werden.

Ferner ist für jedes Ziel zu klären, inwieweit die Verwendung zahlenmäßig erfassbarer, quantifizierbarer Indikatoren notwendig und möglich ist und wo verbale, qualitative Indikatoren Anwendung finden (z.B. für Gesundheitsziele, die sich nicht ohne weiteres quantifizieren lassen). Dabei wird davon ausgegangen, dass grundsätzlich alle Ziele erfassbar und evaluierbar sind, wenn sie klar formuliert sind. Ziele, die aktuell nicht sofort erfassbar/ messbar scheinen – z.B. „gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen“ – müssen durch Zielpräzisierung erfassbar gemacht werden.

Schließlich ist zu entscheiden, ob Populationen, die durch die Ziele angesprochen werden (gesamte Bevölkerung oder Teilpopulationen), jeweils vollständig erfasst werden oder nur durch Stichproben.

### **5.3.3.4 Evaluationsdesigns und -ansätze**

Zur Evaluation von Gesundheitszielprogrammen unterscheidet man grundsätzlich zwei Designs: die programmbegleitende Evaluation und die Evaluation von Ergebnissen.

Die programmbegleitende (formative) Evaluation ist eine Evaluation, deren Ergebnisse in die weitere Gestaltung des betrachteten Programms (i.e. Gesundheitszielprogramm) einfließen. Evaluation wird dabei während der Maßnahme als "kontinuierlicher Verbesserungsprozess" durchgeführt. Dies erlaubt die Nutzung der Ergebnisse für eventuelle Veränderungen der Maßnahme.

Programmbegleitende Evaluation erhöht die Chancen, dass Programmziele erreicht werden und trägt dazu bei, dass bei einem Nicht-Erreichen von Zielen die Ursachen dafür erkannt werden können. Von einer programmbegleitenden Evaluation lässt sich aber unabhängig davon ein weiterer, durchaus erwünschter "Nebeneffekt" erwarten: Indem Handelnde in einen Evaluationsprozess involviert sind, passiert etwas mit ihnen, was Auswirkungen auf ihr zukünftiges Denken und Handeln haben dürfte. Aufgrund ihrer Erfahrungen im Evaluationsprozess, durch den sie gegangen sind, lernen sie evaluativ zu denken. In unserem Kontext bedeutet das: diejenigen, die an Evaluationsprozessen bei *gesundheitsziele.de* mitwirken, lernen dabei, ihr Denken und Handeln an Gesundheitszielen und d.h. ergebnisorientiert auszurichten. Dies ist ein Nutzen eigener Art zusätzlich zu dem Nutzen, der unmittelbar aus dem Programm resultiert. Für die Veränderungen bei Beteiligten als Resultat ihres Lernens während eines Evaluationsprozesses hat der amerikanische Evaluationsforscher Patton den Begriff "Prozessnutzen" geprägt [2].

Die ergebnissichernde (summative) Evaluation kann durch Prä-Post-Vergleiche (Vergleich der Zielpopulation vor und nach der Maßnahme) oder Kontrollgruppenvergleiche erreicht werden. Bei Kontrollgruppenvergleichen wird die Zielpopulation mit einer vergleichbaren Population verglichen, bei der eine Maßnahme nicht durchgeführt wurde. In der Regel sollte bei beiden Populationen jeweils eine Messung vor und eine Messung nach Durchführung der Maßnahme vorgenommen werden. Auf die Auswahl geeigneter Vergleichspopulationen (z.B. Staaten mit vergleichbarem Gesundheitssystem, mit vergleichbarer Morbiditäts- und Mortalitätsbelastung) ist zu achten.

Die programmbegleitende und die ergebnissichernde Evaluation sollten in ihren unterschiedlichen Möglichkeiten parallel eingesetzt werden (z.B. für die unterschiedlichen Teilziele und Strategien bzw. verschiedene Maßnahmen). Für das Gesamtpro-

gramm muss ein Modus gefunden werden, die unterschiedlichen Ergebnisse zu kombinieren.

**Tab. 1: Schematische Gegenüberstellung ergebnis- und prozessorientierter Ansätze in der Evaluationsforschung**

	ergebnisorientiert	prozessorientiert
Fragestellung	Wirksamkeit	laufende Beurteilung und Prozessgestaltung
Gütekriterium	Validität	Relevanz
Methoden	quantitativ	qualitativ
Erkenntnistheorie	positivistischer Ansatz	phänomenologischer Ansatz
Organisationsmodell	Goal-Attainment	Negotiated-Order
Evaluator	Beobachter	Berater

Quelle: [3]

Evaluation kann von den Akteuren in Eigenverantwortung oder in Verantwortung nicht unmittelbar Beteiligter durchgeführt werden. Auch hier können beide Möglichkeiten auf verschiedene Weise umgesetzt und kombiniert werden.

Bei der Eigenevaluation verpflichtet sich der Akteur einer Maßnahme zur Evaluation. Diese kann er selbst durchführen, aber auch einen Außenstehenden beauftragen. Grundlage ist also eine Selbstverpflichtung zur Evaluation.

Vorteile der Eigenevaluation sind „ownership“ und übersichtliche direkte Kosten. Ein möglicher Nachteil sind die möglicherweise mangelnde Distanz und ggf. schwierige Überprüfbarkeit durch andere.

Fremdevaluation erfolgt durch nicht unmittelbar an einer Maßnahme Beteiligte. Deren Unabhängigkeit von und Distanz zu einer Maßnahme kann sich positiv, aber auch negativ auswirken. Ferner ist bei Fremdevaluation der Kostenaspekt zu berücksichtigen. Die Kosten einer Evaluation durch nicht-unmittelbar Beteiligte fallen direkt an und liegen meist über den Kosten für Eigenevaluation.

Ausgehend von einer an die jeweiligen Teilziele, Strategien und Maßnahmen der einzelnen Ziele angepassten, flexiblen Evaluationsstrategie sollten diese beiden Ansätze kombiniert werden, um den jeweiligen Anforderungen zu entsprechen.

Dabei muss sichergestellt werden, dass beide Ansätze strukturiert, methodisch gesichert und transparent Anwendung finden. In der Phase der Umsetzung der Gesundheitsziele – nach Beendigung der Tätigkeit der bestehenden Arbeitsgruppen – empfiehlt es sich, ein Gremium („Evaluationsbeirat“) mit der Prüfung zu betrauen, ob im Einzelfall jeweils der bestmögliche und nachvollziehbare Evaluationsansatz gewählt wurde.

#### **5.3.3.5 Datenquellen**

Die "Datenanalyse" innerhalb der AG II anhand konkreter Gesundheitsziele wird Aufschluss darüber geben, welche vorliegenden Daten für die Entwicklung und Festlegung von Indikatoren und für die Evaluation der Gesundheitsziele genutzt werden können. Die entsprechenden Datenquellen sollten bestimmten Qualitätskriterien entsprechen: Als besonders wichtig werden in diesem Zusammenhang

- die Repräsentativität der Datenquelle bspw. in Bezug auf die Zielgruppe,
- die Validität der Datenquelle,
- die Aktualität der Ergebnisse und
- ihre regelmäßige Veröffentlichung

angesehen.

Wenn für den gleichen Sachverhalt grundsätzlich Daten aus verschiedenen Quellen in Frage kommen, sollte die Datenquelle gewählt werden, die die genannten Qualitätskriterien am besten erfüllt.

Aus den zahlreichen Datenquellen, wie sie z.B. auf Bundes- oder Länderebene, bei Kostenträgern und Leistungserbringern und bei wissenschaftlichen Instituten vorliegen, werden im Anhang beispielhaft einige Datenquellen benannt.

Für Sachverhalte, die nicht mit den im Anhang genannten Datenbeständen abgedeckt werden können, sind die jeweiligen Datenhalter zu bitten, das entsprechende Material für die Zwecke von *gesundheitsziele.de* zur Verfügung zu stellen.

#### **5.3.3.6 Strukturen**

Evaluation als integrativer Bestandteil von *gesundheitsziele.de* muss transparent, methodisch gesichert und effektiv gestaltet sein. Strukturierte Dokumentation, ein entsprechendes Berichtswesen und die Zusammenführung einzelner Ergebnisse sind dabei von großer Bedeutung.

Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Planung, Durchführung und Auswertung der Evaluation müssen von Anfang an geplant und – mindestens für die Zusammenführung der konkreten Einzelevaluationen – frühzeitig festgelegt werden.

Diese Festlegung betrifft:

- zentrale/ dezentrale Strukturen für die Evaluation (z.B. "Evaluationsbeirat", Beauftragter für Qualitätsmanagement und Evaluation, programmbegleitende Arbeitsgruppen);
- Verpflichtung der Akteure zur Lieferung von Daten oder Angaben für die Evaluation Information und Schulung der Akteure;
- Infrastruktur;
- ggf. „Zertifizierung“ der beteiligten Institutionen und Methoden durch ein Gremium ("Evaluationsbeirat") auf Basis einheitlicher Standards.

#### **5.3.3.7 Ressourcen**

Für die Evaluation als integralem Teil des Zielprogramms muss wie für das Gesamtprogramm die Benennung der notwendigen Ressourcen als eine Voraussetzung für Planbarkeit und Transparenz gesehen werden. Auch für diesen Bereich des Programms kann nur so gewährleistet werden, dass die Vereinbarung auch getragen

wird. Personelle und finanzielle Ressourcen und Mittel für die Evaluation müssen daher von Anfang an eingeplant und konkret benannt werden.

Eine Ressourcenabschätzung ist vorzunehmen für:

- die Evaluation des gesamten Gesundheitszielprogramms sowie die
- Sicherstellung der Evaluation einzelner Maßnahmen, Teilziele etc.

Ferner sind die Verantwortlichkeiten zur Ressourcenaufbringung zu klären und festzulegen.

#### **5.3.3.8 Zeitplan der Projektleitung**

Die Zeitplanung der Evaluation basiert auf der Zeitplanung des Gesundheitszielprogramms.

In Abhängigkeit zu diesem Gesamtzeitplan ist ein Zeitplan für die einzelnen Erhebungen (Messzeitpunkte) zu den jeweiligen Zielen bzw. Strategien und Maßnahmen zu erstellen. Bei programmbegleitender (formativer) Evaluation sind auch die Erhebungs- und Erstellungstermine für (Zwischen-) Ergebnisse und Berichte in den Zeitplan aufzunehmen.

Diese Festlegung ist in der Phase der Konkretisierung des jeweiligen Gesundheitszieles vorzunehmen.

#### **5.3.3.9 Evaluation der Entwicklung von Gesundheitszielen (*gesundheitsziele.de*)**

Ziel von *gesundheitsziele.de* ist es, exemplarisch konkret umsetzbare und evaluierbare Ziele als Vorschlag an die Politik zu entwickeln. Zugleich versucht *gesundheitsziele.de* das Instrument "Gesundheitsziele" in Deutschland als Ergänzung zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik zu etablieren.

Daher sollte neben der Erreichung der einzelnen Gesundheitsziele des Programms auch der Prozess der Entwicklung von Gesundheitszielen im Rahmen von *gesundheitsziele.de* evaluiert werden.

Kriterien hierfür könnten sein:

- Index der Zielerreichung (über alle Ziele)
- Bekanntheit in der Bevölkerung
- Strukturbildung (Zufriedenheit/ Einschätzung der Akteure)
- Medienecho
- Rezeption in Fachpresse bzw. -literatur

Für die Evaluation von *gesundheitsziele.de* gelten ebenfalls die für die Evaluation der Gesundheitsziele genannten Voraussetzungen, Empfehlungen und Konkretisierungshinweise.

### **5.3.4 Konkretisierung der Evaluation**

Die Konkretisierung der Evaluation umfasst die Festlegung und Vereinbarung zahlreicher Rahmenbedingungen, die Formulierung und Vereinbarung zielspezifischer Konkretisierungen sowie die Erstellung eines Zeitplans. Sofern Qualitätsstandards für die Evaluation von Programmen bestehen, sollten diese bei der Konkretisierung berücksichtigt werden.

#### **5.3.4.1 Organisatorische Rahmenbedingungen**

- Strukturen für die Evaluation festlegen und bilden.
- Rechte und Pflichten der beteiligten Personen und Strukturen festlegen.
- Sicherstellung der Evaluation einzelner Maßnahmen, Teilziele etc. z.B. Selbstverpflichtung/ Eigenevaluation.
- Finanzierung der Evaluation.

#### **5.3.4.2 Evaluation der konkreten Gesundheitsziele**

- Benennung von Indikatoren für jedes Ziel/ Teilziel/ Strategie/ Maßnahme (vgl. WHO: "suggested areas for formulating indicators") zur Evaluierung der Zielerreichung.
- Konkretisierung, inwieweit sich Ziele, Teilziele, Strategien und Maßnahmen jeweils auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse beziehen.
- Evaluationsdesigns für die konkreten Ziele, Strategien und Maßnahmen festlegen.
- Verständigung auf den jeweils bestmöglichen Evaluationsansatz für die konkreten Ziele, Strategien und Maßnahmen.
- Verabschiedung eines Plans zur Evaluation der Umsetzung jedes konkreten Gesundheitsziels.

#### **5.3.4.3 Planung der Umsetzung**

- Gesamtzeitplan für die Evaluation in Abstimmung mit dem Zeitplan zur Umsetzung der konkreten Zielprogramme.
- Zeitplan für die einzelnen Erhebungen erstellen (Messzeitpunkte festlegen).

### **5.3.5 Anhang – Datenbestände bei verschiedenen Datenhaltern**

#### **5.3.5.1 Gesundheitsberichterstattung des Bundes**

Eine wesentliche Ressource für die Evaluation von Gesundheitszielen ist der Datenfundus der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes. Im Rahmen der GBE werden in Deutschland verfügbare, wichtige gesundheitsbezogene Daten gesammelt, aufbereitet, aufeinander abgestimmt und u.a. über das Informationssystem der GBE des Bundes via Internet öffentlich zugänglich gemacht. Die Daten müssen dabei die o.g. Kriterien erfüllen, zeichnen sich insofern durch eine hohe Qualität aus.

In das Informationssystem der GBE des Bundes sind gegenwärtig 57 Datenquellen der Statistischen Ämter und von weiteren Institutionen eingespeichert. Weitere Datenquellen werden aufgenommen. In der Endstufe sollen im Informationssystem ins-

gesamt ca. 140 gesundheitsbezogene Datenquellen abrufbar sein. Darüber hinaus sind bereits jetzt rund 200 Quellen, deren Erhebungsmerkmale, Methodiken und Definitionen sowie Ansprechpartner im Informationssystem dokumentiert.

**GBE: Datenquellen der Statistischen Ämter und von Institutionen außerhalb der Statistischen Ämter, die bereits im Informationssystem abgerufen werden können** (aufsteigend nach dem Datenhalter)

Datenquelle	Datenhalter	Berichtsjahre
Die Apotheke – Zahlen Daten Fakten	ABDA	1986-98
Apotheken- und Personalstatistik	ABDA	1983-98
Arbeitsmarktstatistiken	BA	1988-97
Ärztestatistik	BÄK	1985-00
Rauschgiftjahresbericht	BKA	1991-98
Beitragsbemessungs- und Geringfügigkeitsgrenzen in der gesetzlichen Sozialversicherung	BMA	1980-99
KJ 1-Statistik (Rechnungsergebnisse)	BMG	1993-98

Datenquelle	Datenhalter	Berichtsjahre
Daten des Gesundheitswesens	BMG	1970,75,... 85,86-99
KG 3-Statistik (ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung, Früherkennung etc.)	BMG	1993-98
KG 4-Statistik (Lohnfortzahlung bei Krankheit und bei Mutterschaft)	BMG	1993-98
KM 2-Statistik (Mitglieder, beschäftigte ausländische Arbeitnehmer)	BMG	1993-98
KM 3-Statistik (Mitglieder der bundesunmittelbaren Krankenkassen)	BMG	1993-98
KM 5-Statistik (Mitvers. Familienangehörige)	BMG	1993-98
KG 1-Statistik (Personal der Krankenkassen)	BMG	1993-98
KM 1/ 13-Statistik (Mitglieder und Krankenstand der Pflichtmitglieder)	BMG	1993-98
Statistik der medizinisch-technischen Großgeräte	Bruckenberger	1982-97
Zahnärztedatei	BZÄK	1980-98
Drogenaffinitätsstudie	BZgA	1980-98
Verbandsstatistik	Kreuzbund	1996,99
Zahlenbericht	PKV	1988-98
Bundes-Gesundheitssurvey	RKI	1998
Feststellung des Gebietsstandes	StBA	1980-98
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes	StBA	1980-98
Fortschreibung des Wohngebäude- und Wohnungsbestandes	StBA	1988-98
Hochschulstatistik - Studentenstatistik	StBA	1992-98
Hochschulstatistik - Statistik des Hochschulpersonals	StBA	1992-98
Hochschulstatistik - Statistik der Prüfungen	StBA	1992-98
Hochschulstatistik - Statistik der Personalstellen	StBA	1992-98
Hochschulstatistik - Statistik der Habilitationen	StBA	1992-98
Kostenstrukturstatistik - Psychologische Praxen	StBA	1986, 90, 94

<b>Datenquelle</b>	<b>Datenhalter</b>	<b>Berichtsjahre</b>
Kostenstrukturstatistik - Arzt- und Zahnarztpraxen	StBA	1983, 87, ... 95
Kostenstrukturstatistik - Heilpraktikerpraxen	StBA	1986,90,94
Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Krankenhauspatienten	StBA	1994-99
Krankenhausstatistik - Kostennachweis	StBA	1996-98
Krankenhausstatistik - Grunddaten	StBA	1994-98
Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen	StBA	1980-99
(Alte) Gesundheitsausgabenrechnung	StBA	1970-98
Neue Gesundheitsausgabenrechnung	StBA	1996, 98
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten – Geschlechtskrankheiten	StBA	1984-98
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten - sonstige meldepflichtige Krankheiten	StBA	1981-98
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten - Tuberkulosestatistik	StBA	1981-98
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung	StBA	1980-98
Statistik der Schwangerschaftsabbrüche	StBA	1980-99
Statistik der Schwerbehinderten	StBA	1985,87, ... 99
Statistik der Sozialhilfe - Statistik der Einnahmen und Ausgaben	StBA	1988-98
Statistik der Sozialhilfe - Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt	StBA	1988-98
Statistik der Straßenverkehrsunfälle	StBA	1980-98
Todesursachenstatistik	StBA	1980-99
Umsatzsteuerstatistik	StBA	1980, 82, ... 98
Verbrauchssteuerstatistik	StBA	1980-98
Statistik der Leistungen zu Rehabilitation	VDR	1992-99

**GBE: Datenquellen, die im Informationssystem als nächstes zusätzlich abrufbar sein werden**

Datenquelle	Datenhalter	Berichtsjahre
Krankheitsartenstatistik	AOK	1997
Gesamtstatistik der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege	BAGFW	1981, 84, 87, 96
Der Selbstmedikationsmarkt in der Bundesrepublik Deutschland	BAH	1995-00
Leistungen des Rettungsdienstes	BASt	1994-98
Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Unfallversicherung	BMA	1992-99
KG 2-Statistik (Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld etc.)	BMG	1993-98
KG 5-Statistik (ambulante und stationäre Kuren, Müttervorsorgekuren etc.)	BMG	1993-98
Kerndokumentation Rheuma	DRFZ	1996-98
Deutsches Kinderkrebsregister	IMSD	1980-99
Dokumentation "Mutterschaftsvorsorge und Entbindungen"	KBV	1992-95
Einkommensteuerstatistik	StBA	1989, 92, 95
Statistik der aktiv Versicherten	VDR	1992-99
GKV-Arzneimittelindex	WIdO	1991-99

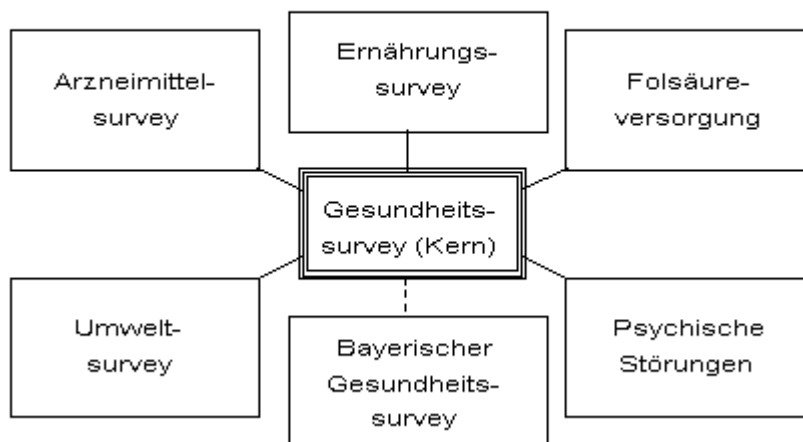
**5.3.5.2 Robert Koch-Institut**

Eine weitere wichtige Datenquelle im Rahmen von *gesundheitsziele.de* ist der Bundes-Gesundheitssurvey. Dieser bundesweit repräsentative Untersuchungs- und Befragungssurvey hat konzeptionelle Wurzeln in der Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie (DHP). Die DHP beinhaltete ein erfolgreiches gemeindeorientiertes Interventionsprogramm zur Senkung der Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten, wobei der Survey damals als Evaluierungsinstrument eingesetzt wurde.

1998 wurde der Survey auch auf andere Gesundheits- und Krankheitsgebiete sowie auf die Inanspruchnahme und Leistungen des Gesundheitswesens ausgeweitet, so

dass praktisch alle public-health-relevanten Informationen der Studienteilnehmer erfasst werden. Neben den Aspekten zu Soziodemographie, Ernährungsverhalten, Arbeitsplatzbelastungen, körperliche Aktivität, allgemeiner Gesundheitszustand, Gesundheitsrisiken, Krankheiten und Beschwerden sowie Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stehen weitere Informationen aus zusätzlichen Survey-Modulen (siehe Abbildung) zur Verfügung.

## Bundes-Gesundheitssurvey



Der aktuelle Survey dient zur Bestimmung der Baseline für den Status quo bei den Gesundheitszielen und erlaubt auch getrennte Analysen (bspw. nach Sozialstatus, nach Stadt-Land-Bevölkerung und nach Bildungsgrad), wie sie für die Identifikation von Zielgruppen von Programmen erforderlich sind.

Darüber hinaus können bei der Fortschreibung des Bundes-Gesundheitssurveys auch zusätzliche Schwerpunkte entsprechend der ausgewählten Gesundheitsziele berücksichtigt werden.

Weiterhin ist die Dachdokumentation Krebs am Robert Koch-Institut angesiedelt. Zu deren Aufgaben gehören im Hinblick auf *gesundheitsziele.de*:

- Zusammenführung anonymisierter Daten aller bevölkerungsbezogenen Krebsregister;

- Berechnung, Beobachtung und Analyse wichtiger epidemiologischer Kennziffern zu Krebskrankheiten;
- Untersuchung regionaler Unterschiede und zeitlicher Entwicklungstrends sowie
- Vergleich von Indikatoren auf internationaler Ebene.

Weitere Datenquellen des Robert Koch-Instituts sind die Meldedaten zu Infektionskrankheiten, die hier deutschlandweit erfasst und ausgewertet werden. Diese werden durch zahlreiche Studien und Sentinels ergänzt.

Das AIDS-Zentrum stellt Analysen und Daten zur Häufigkeit und Verteilung von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen zur Verfügung. Zusätzlich werden Auswertungen zu Infektionsrisiken und regionalen Verteilungen bereitgestellt.

#### **5.3.5.3 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Über die bereits oben erwähnte Drogenaffinitätsstudie hinaus kann die BZgA weitere Monitoring-Untersuchungen als Datenquellen anbieten.

## Monitoring-Untersuchungen der BZgA

Forschungsgebiet	Studien
Evaluation und Steuerung der <b>AIDS</b> -Aufklärung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik</i></b> Seit 1987 jährlich durchgeführte repräsentative Untersuchung</li> </ul>
Suchtprävention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik</i></b> Seit 1973 turnusmäßig (etwa alle zwei bis drei Jahre) durchgeführte Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 12 bis 25 Jahren</li> </ul>
Gesundheitliche Aufklärung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Aktionsgrundlagen der BZgA</i></b> Seit 1975 periodisch durchgeführte repräsentative Befragung der ab 14-jährigen Bevölkerung zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, gesundheitsbezogenen Informationsinteressen, der Nutzung verschiedener Informationsmöglichkeiten sowie zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen</li> </ul>
<b>Sexualaufklärung und Familienplanung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern 1994/ 1996/ 1998</i></b></li> <li>• <b><i>Sexual- und Verhütungsverhalten 16- bis 24jähriger Jugendlicher und junger Erwachsener (1996)</i></b></li> </ul>

### 5.3.5.4 Gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung veröffentlicht jährlich Rehabilitations- und Berentungsstatistiken. In die Darstellungen geht eine Reihe von wichtigen Merkmalen ein, z.B. Versicherungsträger, Entlassungsdiagnosen bzw. Ursache der Frühberentung, Alter und Geschlecht. Angaben über die Grundgesamtheit der Versicherten werden ebenfalls regelmäßig veröffentlicht. Die entsprechenden Veröffentlichungen enthalten eine Übersicht aller in den Urdaten enthaltenen Merkmale.

Als speziell aufbereitete Datei steht die Reha-Statistik-Datenbasis zur Verfügung, in der personenbezogene Beitrags-, Reha- und Berentungsdaten über einen Zeitraum von 8 Jahren zusammengeführt sind. Mit dieser Datei sind Fragen zum weiteren Verlauf nach Rehabilitation, zur wiederholten Inanspruchnahme von Reha-

Maßnahmen und zur Rehabilitations-Anamnese von Frührenten zu beantworten. In der BfA sind außerdem Daten zur konkreten rehabilitativen Versorgung jedes Rehabilitanden verfügbar. Durch die Aktivitäten zur Reha-Qualitätssicherung werden weiterhin Daten zu den Klinikstrukturen, zu den Ergebnissen des Peer-Review-Verfahrens und der Patientenbefragung für Auswertungen bereitgestellt.

#### **5.3.5.5 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung**

Relevante Daten des ZI können ebenfalls zur Verfügung gestellt werden.

#### **Diabetiker-Behandlungsdaten aus der ambulanten Versorgung**

Fortlaufende Dokumentation (seit April 1999) des Behandlungsprozesses und der Behandlungsergebnisse bei derzeit ca. 150.000 Diabetes-Patienten, die aufgrund eigens vereinbarter Versorgungsverträge von knapp 1.500 diabetologisch geschulten Hausärzten und ca. 100 Ärzten mit diabetologischen Schwerpunktpraxen im NRW-Landesteil Nordrhein nach einem einheitlichen Qualitätsstandard versorgt werden.

#### **Morbiditätsindex des Zentralinstituts (= "ADT-Panel")**

Vollerhebung der (Patienten-)Behandlungsfälle aus den Stichprobenpraxen der einzelnen ärztlichen Fachgruppen, die seit August 1998 aus der KV-Region Nordrhein und seit Januar 2000 aus der KV-Region Brandenburg quartalsweise vorliegen. Mit Hilfe dieser Diagnose- und Leistungsdaten lässt sich ermitteln, wie und mit welchem Aufwand Patienten mit bestimmten Krankheiten im ambulanten Bereich versorgt werden.

#### **5.3.6 Literatur**

- 1 Christiansen G. Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, BZgA, Köln. 1999
- 2 Patton MQ. Utilization-Focused-Evaluation. The New Century Text. 3<sup>rd</sup> edition. London: Sage. 1997

- 3 Badura B, Strodtholz P. Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 574-584.



## **6 Glossar**

Aufgenommen wurden medizinische und wissenschaftliche Fachbegriffe, sowie zentrale Konzeptbegriffe, die im Rahmen von *gesundheitsziele.de* definiert wurden oder Verwendung finden. Erstellt wurde das Glossar unter Zuhilfenahme verschiedener Quellen [1-7]. Zusätzlich wurden gesundheits- und versorgungsbezogene Internetangebote

(<http://www.leitlinien.de>; <http://www.almeda.de>; <http://www.gesundheitsscout.de>)  
hizugezogen.<sup>39</sup>

### **Adipositas**

Fettsucht. Adipositas ist eine Krankheit und kein selbstverschuldeter Zustand. Sie kann sowohl genetische als auch psychologische Ursachen haben, ebenso kann das kulturelle und menschliche Umfeld einer Person Auslöser von Adipositas sein.

### **Altersdemenz**

Die weitaus größte Zahl der ↑Demenzen tritt im höheren und hohen Lebensalter auf. Schwerwiegende Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit, von der vor allem Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Urteilsfähigkeit betroffen sind.

### **Arthrose**

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird auch von "Verschleissrheumatismus" von Gelenken gesprochen. Arthrose gehört zu den häufigsten chronischen Krankheiten von Erwachsenen, insbesondere im höheren Alter.

### **Asthma bronchiale**

Bronchialasthma. Chronische Atemwegserkrankung die durch anfallsartige auftretende Luftnot gekennzeichnet ist. In vielen Fällen ist die Ursache eine Allergie. Es kann aber auch durch eine Infektion der Bronchien mit Bakterien und Viren, durch entzündungshemmende Medikamente oder durch chemische oder physikalische Reize ausgelöst werden.

---

<sup>39</sup> Das Glossar wurde von Daniela Albrecht und Ute Brasseit erstellt.

### **Benchmarking**

Benchmarking bedeutet Lernen von "besten Lösungen". Benchmarking ist der kontinuierliche Prozess, Produkte, Dienstleistungen und Praktiken gegen den stärksten Mitbewerber oder diejenigen Organisationen, die als besser angesehen werden zu messen. Es gibt ein internes und externes Benchmarking. Das interne Benchmarking ist der Vergleich ähnlicher Tätigkeiten oder Funktionen innerhalb eines Unternehmens. Beim internen Benchmarking versuchen Organisationen von ihren Abteilungen oder Arbeitsgruppen zu lernen. Externes Benchmarking ist die Durchführung des Benchmark außerhalb der eigenen Organisation. Es wird weiter gegliedert in konkurrenzbezogenes, branchenbezogenes und branchenunabhängiges Benchmarking.

### **Bottom up-Ansatz**

Der Bottom up-Ansatz bezeichnet in der Diskussion um ↑Gesundheitsziele ein Verfahren, bei dem die Ziele, Teilziele, Strategien und Maßnahmen vor Ort, dort wo die Probleme anfallen, definiert werden. Der Bottom up-Ansatz stößt i.a.R. rasch an administrative, rechtliche, finanzielle und politische Grenzen, da vielfach Kompetenzen auf übergeordneten ↑Ebenen angesiedelt sind. Der Bottom up-Ansatz muss, um erfolgreich zu sein, diese übergeordneten Ebenen einbinden. Das Gegenstück zum Bottom up-Ansatz ist der ↑Top down-Ansatz.

### **Cholesterin**

Cholesterin. Der Organismus benötigt und produziert selbst Cholesterin. Es wird aber auch mit der Nahrung aufgenommen. Cholesterin dient als wichtiger Baustein für Hormone und in der Zellwand. Als normal wird ein Cholesterinwert von 150-200 mg/dl angesehen. Höhere Werte können Herzinfarkt und Schlaganfall zur Folge haben.

### **Chronisch ischämische Herzkrankheit**

(Koronare Herzkrankheit) Sammelbegriff für Herzerkrankungen, die durch Einengung oder Verschluss der Herzkranzpartien entstehen. Ursache: Durch fortschreitende Arterienverkalkung, Verschluss der Herzkranzarterien oder durch ein Blutgerinnsel kommt es zu einem Sauerstoffmangel im Herzmuskel. Risikofaktoren sind z.B. erhöhte Blutfettwerte, Rauchen, Bluthochdruck und Zuckerkrankheit.

### **Chronische Bronchitis**

Es kommt zu einer Lähmung der Flimmerhärchen der Bronchialschleimhaut, so dass der Schleim nicht mehr nach draußen befördert werden kann. Von einer chronischen Bronchitis sind vorwiegend langjährige Raucher betroffen. Umweltfaktoren wie Staub oder feuchtkaltes Klima begünstigen die Entwicklung der Erkrankung ebenfalls.

### **Chronische Niereninsuffizienz**

Nierenversagen. Es bezeichnet die unzureichende Fähigkeit beider Nieren, die harnpflichtigen Stoffwechselprodukte (z.B. Harnsäure) auszuscheiden. Die Folge ist eine Zunahme dieser teilweise giftigen Substanzen im Organismus.

### **Clearing (Leitlinien-Clearing)**

Institutionelles Verfahren zur "Kritischen Bewertung von Leitlinien". Träger des Verfahrens in Deutschland, das bei der ÄZQ (Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin) angesiedelt ist, sind Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Kooperationspartner sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung.

#### Aufgaben des Clearing-Verfahrens:

- Qualitätsplanung bzw. die Festlegung von Qualitätsanforderungen für Leitlinien
- die Bewertung der Leitlinien anhand inhaltlicher methodischer Beurteilungskriterien
- Unterstützung bei der Evaluation von Leitlinien
- Veröffentlichung der Bewertungsergebnisse als strukturierte Leitlinien-Abstracts in einer Datenbank

### **Colon-/ Rektumkarzinom**

Unter dem Begriff "colorektales Karzinom" bzw. "Colon-Rektumkarzinom" werden die bösartigen Neubildungen des Dickdarms (Colon) und des Mastdarms (Rektum) zusammengefasst. Die Karzinome des Colons und Rektums entstehen auf ähnliche Weise und werden deshalb oft unter dem Begriff "colorektale Karzinome" zusammengefasst.

### **Controlling**

Kostenrechnung, Kostenplanung in einem Unternehmen. Controlling ist ein System zur Führungsunterstützung (für Unternehmensleitung, Behördenleitung bzw. Verwaltungsführung) durch Bereitstellung von geeigneten Informationen im Rahmen des Managementprozesses Planung-Durchführung-Kontrolle.

### **Demenz**

Demenz bezeichnet einen Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit. Die häufigsten Ursachen sind in ca. 60 % der Fälle die Alzheimer Krankheit. Als Demenz wird eine Störung bezeichnet, die mit Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und anderer Funktionen des Gehirns einhergeht, die so schwer sind, dass sie die Alltagsbewältigung deutlich beeinträchtigen.

### **Diabetes mellitus**

Zuckerkrankheit. Chronische Störung des Zuckerstoffwechsels mit zeitweiser oder ständiger Erhöhung des Blutzuckerspiegels. Ursache ist ein Insulinmangel oder ein vermindertes Ansprechen des Körpers auf Insulin, wodurch Traubenzucker (Glukose) aus dem Blut nicht in das Zellinnere aufgenommen werden kann. Die Glukose fehlt in der Zelle als Energielieferant, während sie im Blut in zu hoher Konzentration vorliegt.

Zwei Formen von Diabetes werden unterschieden:

Typ-I-Diabetes: Insulin, das den Blutzuckerspiegel senkt, wird kaum oder überhaupt nicht mehr gebildet. Durch den Insulinmangel muss der Diabetiker lebenslang mit Insulin behandelt werden. Bis zum Alter von 40 Jahren ist Typ-I-Diabetes die häufigste Form. Eine ererbte Anlage kann, muss aber nicht zugrundeliegen.

Typ-II-Diabetes: Die Freisetzung von Insulin und die Empfindlichkeit von Zellen auf das Hormon sind verringert. Sie tritt überwiegend im höheren Lebensalter auf und wird deshalb auch als Altersdiabetes bezeichnet. (Es besteht zunächst kein Insulinmangel.) Der Diabetes Typ II lässt sich durch Diät und Medikamente behandeln. Die Erkrankung kann eine erbliche Grundlage haben, es spielen jedoch weitere Faktoren

wie, z.B. Fehlernährung, Bewegungsmangel und zusätzliche Faktoren des persönlichen Verhaltens eine Rolle.

### **Diarrhö**

Durchfall. Die Ursachen von Durchfall sind verschieden, z.B. Infektionen mit Bakterien (Lebensmittelvergiftung) oder psychische Belastungen wie Stress, Angst, Konflikte.

### **Diphtherie**

Akute, ansteckende Infektionskrankheit. Die sogenannte Rachenbräune, die vorwiegend mit einer Entzündung des Nasenrachenraums einhergeht und zu einer Schädigung wichtiger Organe führen kann. Gegen Diphtherie wird eine Impfung empfohlen.

### **Dorsopathien**

Bezeichnet eine Gruppe von sehr unterschiedlichen Krankheiten, die Knochen, Gelenke, Bindegewebe, Muskeln und Nerven des Rückens betreffen. Im allgemeinen äußern sie sich in Rückenschmerzen.

### **Duodenitis**

Akute oder chronische entzündliche Rötung und Schleimhautschwellung im Zwölffingerdarm. Die Zwölffingerdarmentzündung ist oft eine Begleiterkrankung bei Entzündung der Gallenwege oder der Bauchspeicheldrüse. Sie tritt besonders häufig nach einer operativen Magenentfernung auf.

### **Ebenen**

Mit Ebenen sind im Zusammenhang mit *gesundheitsziele.de* die verschiedenen, für Gesundheitszielprogramme relevanten politischen Ebenen mit ihren jeweiligen Organisationen gemeint. Dies sind

- a) die kommunale Ebene (Stadtteil, Stadtrat, Gemeinde),
- b) die regionale Ebene (Bezirksregierung) bzw. Landesebene (Landesregierung),
- c) die nationale Ebene (Bundesregierung),
- d) die internationale Ebene wie z.B. Weltgesundheitsorganisation für Europa (Souveränität der Mitgliedsstaaten wird nicht eingeschränkt) oder die supranationale

Ebene wie z.B. Europäische Union (Mitgliedsstaaten treten Kompetenzen zur Durchsetzung übernationaler Interessen ab).

### **Effizienz**

Effizienz ist ein Begriff aus der ökonomischen Theorie und beschreibt den Nutzen in Relation zu den Kosten einer Maßnahme. Im Gesundheitswesen bedeutet Effizienz von Gesundheitsdienstleistungen, dass sie entweder mit einem Minimum an Kosten erbracht werden oder bei gegebenen Kosten (Budget) ein Höchstmaß an Gesundheit und an gesundheitlicher Versorgung erzielt werden kann.

### **Emphysem**

Das Lungenemphysem (meist wird es nur kurz Emphysem genannt) ist eine chronische Erkrankung der Atmungsorgane. Die allermeisten Emphysemkranken sind oder waren Raucher. Emphysem bedeutet "Lufthunger", nach "Luft schnappen", um "Luft ringen".

### **Endokrinopathien**

Krankheiten, die durch hormonelle Störungen entstehen. Z.B. Schilddrüsenüberfunktion, ↑Diabetes mellitus.

### **Epidemiologie**

Wissenschaft zur quantitativen Erforschung der Häufigkeit und Verteilung von Gesundheitszuständen und Risikofaktoren in der Bevölkerung. Epidemiologische Erkenntnisse werden z.B. genutzt, um Maßnahmen zur ↑Gesundheitsförderung zu planen oder die geographische Verteilung von Krankheiten und Risikofaktoren zu vergleichen. Die epidemiologische Forschung dient als Basis für die Maßnahmen von ↑Public Health.

### **Evaluation**

Evaluation bezeichnet ein Verfahren, um Produkte (Leistungen), Prozesse oder Programme nach definierten Kriterien zu bewerten. Im Gesundheitswesen werden ergebnis- und prozessorientierte Evaluation unterschieden. Die ergebnisorientierte Evaluationsforschung beurteilt und vergleicht Programme hinsichtlich ihrer Wirksam-

keit und ↑Effizienz. Die prozessorientierte Vorgehensweise zielt auf eine laufende Bewertung und Verbesserung hinsichtlich des Leistungsgeschehens ab. Aufgabe des Evaluierenden ist es, geeignete Qualitätskriterien zu spezifizieren, Vergleichsstandards festzulegen und empirischen Daten zu erheben, um ein Urteil über das Programm oder die Dienstleistung zu fällen.

### **Evidenz**

Der Begriff stammt aus dem Lateinischen und bedeutet: augenscheinlich, klar, unmittelbar, einleuchtend. Evidenz kann mehrere Bedeutungen haben. Im Kontext der ↑EBM (evidence = Nachweis, Beweis) sind damit Informationen (wissenschaftliche Studien) gemeint, die einen Sachverhalt erhärten ("evident" machen) oder widerlegen.

### **Evidenzbasierte Medizin (EBM)**

Unter Evidenzbasierter Medizin (EBM) versteht man die Technik, Patienten anhand der besten, zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen. Dabei werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch aufbereitet und dem Arzt eine Hilfestellung für die tägliche Arbeit gegeben. Ziel ist es, eine Gesundheitsversorgung nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft gewährleisten zu können. So soll die Qualität kontinuierlich verbessert und unnötige Therapien vermieden werden. Sie spielt auch bei der Überprüfung des Leistungskataloges und der Formulierung von ↑Leitlinien eine Rolle.

### **Evidenzbasierte Gesundheitspolitik**

Bei der Definition und Implementierung von ↑Gesundheitszielen sollen Konzepte und Verfahren der Evidenzbasierten Gesundheitspolitik (EbGP) berücksichtigt werden. Dabei bedeutet Evidenzbasierte Gesundheitspolitik die Definition, Durchführung und ↑Evaluation von Zielen und Maßnahmen der ↑Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung auf der Grundlage formalisierter Partizipations- und Konsensprozesse unter angemessener Berücksichtigung der besten verfügbaren validen und relevanten Belege (=Evidenz).

### **Gastritis**

Gastritis ist eine Entzündung der Magenschleimhaut, die in zwei voneinander unabhängigen Formen auftreten kann. Man unterscheidet die akute und die chronische Gastritis.

### **Gesundheitsberichterstattung (GBE)**

Sie umfasst periodische Berichte über die Gesundheit der Bevölkerung, über bedeutsame Gesundheitsrisiken, über erreichte oder angestrebte Strukturmerkmale, Präventions- oder Versorgungsziele über Ressourceneinsatz sowie Leistungen und Ergebnisse des Gesundheitswesens. Bedeutsam ist die Unterscheidung der verschiedenen Ebenen, auf denen Gesundheitsberichterstattung stattfindet: auf Bundesebene, auf Länderebene und über den öffentlichen Gesundheitsdienst auf kommunaler Ebene.

### **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die sowohl auf Veränderung und Förderung des individuellen Verhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen. Ziel ist es, bestehende Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen zu reduzieren.

### **Gesundheitsziel**

Managementkonzept im Gesundheitswesen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und/ oder Steuerung im Gesundheitssystem. Gesundheitsziele im engeren Sinne können sich direkt auf das Krankheits- oder Todesursachenspektrum richten oder sie zielen auf unterstützende Bereiche, wie z.B. ↑Public-Health, Politik, Versorgung und Wissenschaft (Ziele zur Gesundheit). Im Rahmen von *gesundheitsziele.de* werden in Anlehnung an den internationalen Sprachgebrauch im Zusammenhang mit der ↑Konkretisierung eines Gesundheitsziels

- a) Gesundheitsziele (engl. objective, goal),
- b) Teilziele (engl. target),
- c) Strategien und
- d) Maßnahmen unterschieden.

Hinsichtlich des ↑Zielbereiches oder auch der ↑Evaluation lassen sich auch

- a) Strukturziele,
- b) Prozessziele und
- c) Ergebnisziele unterscheiden.

Erstere zielen auf die Einrichtungen der ↑Prävention, ↑Gesundheitsförderung oder Versorgung (Strukturen), zweitere auf den Prozess der Leistungserbringung und die Konstellation von Leistungserbringern und Nutzern innerhalb einer Versorgungseinrichtung (Prozesse) und letztere auf die gesundheitlichen Ergebnisse. Hinsichtlich des gesamten ↑Programms lassen sich häufig auch Projekt- bzw. Programmziele unterscheiden.

### **Gonorrhoe**

Tripper. Eine der häufigsten Geschlechtskrankheiten und weltweit verbreitet. Es wird durch Bakterien verursacht, die beim Geschlechtsverkehr übertragen werden.

### **Haemophilus Influenza Typ B**

Gattung von Stäbchenbakterien, die sich auf Schleimhäuten aufhalten. Medizinisch bedeutsam ist sie vor allem als Erreger von Infektionen der Atmungsorgane im Verlauf einer Virusgrippe. Bei abwehrgeschwächten Menschen und Kleinkindern können sich schwere Infektionen mit Übergreifen auf die Hirnhäute (Meningitis) sowie Mittelohr- oder Kehlkopfentzündungen entwickeln.

### **Hämaturie**

Krankhafte Ausscheidung von roten Blutkörperchen im Urin. Eine geringe Anzahl von roten Blutkörperchen kann auch beim Gesunden im Urin vorhanden sein. Häufige Ursachen sind Tumore, Harnsteine oder Entzündungen von Nieren, Harnleitern oder Blase.

### **Health Technology Assessment (HTA)**

HTA (medizinische Technikbewertung) ist ein Verfahren, um Technologien der gesundheitlichen Versorgung (Medikamente, Instrumente, Eingriffe und Verfahren sowie Organisationssysteme zur Gesundheitsversorgung) hinsichtlich ihrer Wirksam-

keit, gesundheitsökonomischer und sozialer Effekte umfassend und strukturiert zu bewerten. HTA dient als Analyseinstrument für politische Steuerungs- und Planungsprozesse auf verschiedenen ↑Ebenen des Gesundheitswesens.

### **Hepatitis B**

Virusbedingte Leberentzündung. Es besteht das erhöhte Risiko eines chronischen Verlaufs, Folgen können ↑Leberzirrhose und Leberkarzinom sein.

### **Herzinsuffizienz**

Herzschwäche. Darunter versteht man die Unfähigkeit des Herzens, den Körper mit genügend Blut (und damit Sauerstoff) zu versorgen.

### **Hypertonie**

Bluthochdruck. In rund 90 % aller Fälle findet man keine Ursache für den hohen Bluthochdruck. Bei vielen Menschen besteht eine Veranlagung. Wenn dazu Risikofaktoren wie Übergewicht, regelmäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Dauerstress kommen, entwickelt sich daraus fast immer Bluthochdruck.

### **Iatrogene Krankheiten**

Durch das Medizinsystem, durch die Behandlung bzw. durch die Versorgung verursachte Krankheiten.

### **Implementation**

Verankerung eines Politikprogramms im Alltagshandeln der Akteure; Umsetzung eines (Ziel)Programms „von der Theorie in die Praxis“. Die Implementation sollte von Anfang an in die Formulierung und ↑Konkretisierung der Ziele eingeplant werden.

### **Interventionsansatz**

Im Rahmen von *gesundheitsziele.de* sind damit die Strategien des Handelns im Rahmen eines Gesundheitsziels gemeint. Interventionsansätze können z.B. verhaltens- oder verhältnisorientiert (z.B. Ernährungsverhalten ändern oder Ergonomie am Arbeitsplatz verbessern), setting-orientiert (z.B. Schule, häusliche Umgebung, Betrieb, vgl. ↑Setting-Ansatz), multisektoral (vgl. ↑Multisektoralität bzw. ↑Sektoren) und/

oder interdisziplinär sein (z.B. Einbezug von Politik, Wissenschaft, Medizin und Pflege). Als „integriert“ würde man einen Interventionsansatz dann bezeichnen, wenn in der Planung und Durchführung der Maßnahme sowohl multisektoral (vgl. ↑Multisektoralität), als auch ressortübergreifend (vgl. ↑Ressorts), interdisziplinär, unter Verknüpfung der politischen Handlungsebenen (vgl. ↑Ebenen) und unter Beteiligung der Nutzer/ der Betroffenen (z.B. in den jeweiligen Settings) vorgegangen wird. Manchmal wird unter „integriertem“ Ansatz zusätzlich die Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen, auch im Sinne von „Ganzheitlichkeit“ verstanden.

### **Interventionsbereich**

Im Zusammenhang mit *gesundheitsziele.de* der Bereich des Handelns im Rahmen eines ↑Gesundheitsziels. Die Interventionsbereiche können auf den verschiedenen Konkretisierungsebenen (vgl. ↑Konkretisierung) ein und desselben Ziels voneinander abweichen, da die einzelnen Maßnahmen, die zur Zielerreichung eingesetzt werden, in verschiedenen Teilbereichen der Gesellschaft oder des Gesundheitswesens ansetzen können. Mögliche Interventionsbereiche können Lebenswelten (vgl. ↑Setting-Ansatz), verschiedene gesellschaftliche oder gesundheitliche ↑Sektoren, verschiedene politische ↑Ebenen, usw. sein.

### **Inzidenz**

Neuerkrankungsrate. Inzidenz ist eine Messgröße (aus der ↑Epidemiologie) mit der die Zahl neu auftretender Krankheitsfälle innerhalb eines Zeitabschnitts (i.d.R. in einem Jahr), bestimmt wird.

### **Konkretisierung**

Mit der Konkretisierung ist eine möglichst detaillierte Ausarbeitung des einzelnen ↑Gesundheitsziels gemeint. Sie erfolgt bei *gesundheitsziele.de*, nachdem der ↑Zielbereich oder das Thema ausgewählt wurde. Die Konkretisierung dient als Bindeglied zwischen Planung bzw. Politikentwicklung und der Umsetzung der Ziele, da Fragen wie Zielgruppe, ↑Interventionsansatz, ↑Interventionsbereich, Kosten etc. erst im Laufe der Konkretisierung transparent werden. Die Funktionen der Konkretisierung sind ↑Operationalisierung, ↑Quantifizierung, Ergebnisorientierung, ↑Ressourcenallokation und Vorbereitung von ↑Implementation und ↑Evaluation.

Das Konkretisierungsmodell für *gesundheitsziele.de* umfasst die Konkretisierungsebenen Gesundheitsziel, Teilziel, Strategie und Maßnahme mit ihren jeweiligen inhaltlichen Bestimmungen.

### **Konnatale/ kongenitale Röteln**

Röteln, die während der Schwangerschaft oder bei der Geburt erworben werden. Der Embryo wird mit großer Wahrscheinlichkeit erkranken. Die Infektion kann schwere, irreversible Schäden vor allem an Gehirn, Sinnesorganen und Herz verursachen.

### **Leberzirrhose**

Leberschrumpfung. Bei der Zirrhose vernarbt die Leber zunehmend und wird dadurch kleiner. Sie ist das mögliche Endstadium fast aller chronischen Lebererkrankungen und aufgrund der Komplikationen lebensbedrohlich. In Deutschland entstehen chronische Lebererkrankungen in 80 % der Fälle infolge eines übermäßigen Alkoholkonsums.

### **Leitlinien**

Leitlinien werden definiert als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten, die eine individuelle, angemessene gesundheitliche Versorgung ermöglichen sollen. (↑Clearing)

### **Mammakarzinom**

Brustkrebs. Ist der häufigste bösartige Tumor der Frau mit einem Altersgipfel zwischen dem 45. und 70. Lebensjahr.

### **Morbidität**

Krankheitshäufigkeit. Morbidität ist ein Maß, mit dem die Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum gemessen wird.

### **Mortalität**

Sterblichkeit. Mortalität ist ein Maß zur Feststellung der Sterberate einer Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppe. Statistisch beschreibt die Sterberate das Verhältnis von in

einem bestimmten Zeitraum Verstorbenen zur Gesamtbevölkerung oder bestimmten Teilen der Bevölkerung (z.B. Säuglingssterblichkeit).

### **Multisektoralität**

Als multisektoral bezeichnet man ein Gesundheitszielprogramm dann, wenn nicht nur einzelne Teilbereiche des Gesundheitswesens zur Zielerreichung ins Auge gefasst werden, also z.B. ↑Primärprävention, ambulanter oder stationärer Sektor, sondern wenn mehrere davon integriert werden. Dies ist z.B. bei einem integrierten Krankheits-Management oder bei integrierten Ansätzen in der ↑Gesundheitsförderung der Fall. Multisektoralität kann sich jedoch auch auf die Integration anderer gesundheitlich relevanter gesellschaftlicher Teilbereiche beziehen, wie z.B. Umwelt, Arbeits- und Sozialpolitik, Bildungssektor, Verkehrspolitik etc. (vgl. ↑Ressort). Auch beim Einbezug des privatwirtschaftlichen Sektors (z.B. Arbeitgeber, Betriebliche Gesundheitsförderung) oder des Nicht-Regierungssektors (z.B. Selbsthilfe) kann von Multisektoralität gesprochen werden. Um ein multisektorales Gesundheitszielprogramm politisch-administrativ zu flankieren, ist eine ↑ressortübergreifende Koordinierung und zugleich eine Zusammenarbeit der relevanten politischen ↑Ebenen geboten.

Im multisektoralen Ansatz von *gesundheitsziele.de* werden von einem konkreten ↑Gesundheitsziel ausgehend vier strategische Elemente definiert: die ↑Interventionsansätze (z.B. Verhaltens- oder Verhältnisprävention), die ↑Settings bzw. Lebenswelten (z.B. Schule, Arbeitsplatz), die Bereiche des Versorgungskontinuums (z.B. Behandlung, Rehabilitation) und die aufgrund von Sozialrecht oder anderen Regelungen zuständigen oder verantwortlichen Akteure (z.B. Ärzte, Kassen, Rentenversicherungsträger, Selbsthilfe).

### **Myokardinfarkt**

Herzinfarkt. Durch Durchblutungsminderung kommt es zum Absterben eines Teils des Herzmuskels. Ursache ist der Verschluss oder eine hochgradige Einengung einer oder mehrerer Herzkranzpartien.

### **Operationalisierung**

Verfahrensweisen, Operationen festlegen, vereinbaren. Ein Arbeitsvorgang, eine Unternehmung, Handlung oder Verrichtung wird in handhabbare Teilschritte gegliedert. Für diese werden jeweils Ziele, Materialien, Zeitrahmen, Personen etc. benannt. In Rahmen von *gesundheitsziele.de* geschieht die Operationalisierung von ↑Gesundheitszielen im Verlauf der ↑Konkretisierung.

### **Osteoporose**

Knochenschwund. Die Knochenmasse und damit die Bruchfähigkeit der Knochen ist vermindert. Deshalb besteht eine Neigung zu Knochenbrüchen und –verformungen.

### **Otitis media**

Mittelohrentzündung

### **Outcome**

Begriff aus der Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, mit dem Veränderungen des Gesundheitszustandes als Ergebnis einer medizinischen Intervention beschrieben werden. Grundlage von Outcome-Messungen sind oft Angaben zur ↑Mortalität und ↑Morbidität. Das Ergebnis, das durch eine medizinische Therapie erzielt wird, bezeichnet man im internationalen wissenschaftlichen Sprachgebrauch als Outcome. Es ist ein mittel- bis langfristig zuschreibbares gesundheitliches Resultat.

### **Parodontopathien**

Zahnkaries und Parodontopathien (entzündliche Erkrankungen des Zahnhalteapparates) sind die häufigsten Erkrankungen der Zähne. Zunächst entzündet sich das Zahnfleisch und später die tieferliegenden Anteile des Zahnhalteapparates (Parodontitis).

### **Pneumonie**

Akute oder chronische Entzündung des Lungengewebes. Pneumonien sind häufig akut lebensbedrohliche Komplikationen anderer Vorerkrankungen. Insbesondere bei Patienten mit geschwächtem Allgemeinzustand und stationärer Intensivpflege besteht die Gefahr von Infektionen.

### **Polio**

Kurzform von Poliomyelitis (Kinderlähmung). Akute Virusinfektion mit Beteiligung des zentralen Nervensystems, die in wenigen Fällen zu schweren Lähmungen führt. Auch Erwachsene können betroffen sein, falls sie über keinen ausreichenden Impfschutz verfügen.

### **Prävalenz**

Prävalenz ist ein Maß, um die Häufigkeit von Krankheitsfällen zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem bestimmten Zeitraum (Periodenprävalenz) zu messen.

### **Prävention**

Die Prävention (Krankheitsverhütung) versucht durch vorbeugende Maßnahmen einen Krankheitseintritt zu verhindern, zu verzögern bzw. Krankheitsfolgen abzumildern. Betroffene sollen durch Präventionsmaßnahmen in ihrer Eigenverantwortung gestärkt und zu Selbsthilfe angeregt werden. Dabei wird je nach Zeitpunkt der Maßnahme unterschieden:

Primärprävention: Umfasst alle präventiven Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung. Sie dient der Gesunderhaltung z.B. durch Schutzimpfungen und bestimmte Prophylaxe-Maßnahmen. ↑Gesundheitsförderung ist eine Form der Primärprävention.

Sekundärprävention (Vorsorge): Bereits vorhandene, aber noch symptomlose Krankheiten sollen frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden. Z.B. Früherkennungsmaßnahmen wie Gesundheits-Check-Up und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

Tertiärprävention (Rehabilitation): Rückfälle und Folgeschäden eingetretener Krankheiten sollen durch Maßnahmen verhindert oder abgemildert werden.

### **Primärprävention**

↑Prävention

### **Priorisierung**

Im Rahmen von Gesundheitszielprogrammen bedeutet Priorisierung die Auswahl dringlicher und vorrangig zu behandelnder Gesundheitsprobleme bestimmter Bevölkerungsgruppen, die mittels Zielen angegangen werden sollen. Die Priorisierung wird meistens anhand ausgewählter Kriterien vorgenommen. Das Programm *gesundheitsziele.de* kann und will nicht priorisieren, da nur exemplarisch einige wenige Ziele entwickelt werden. Dennoch muss *gesundheitsziele.de* Probleme festlegen, die als Ziele bearbeitet werden. Um Transparenz und Umsetzbarkeit zu gewährleisten, nutzt *gesundheitsziele.de* Instrumente, Verfahren und Kriterien der Priorisierung, ohne im eigentlichen und umfassenden Sinne zu priorisieren.

### **Programm**

Mit „Programm“ können unterschiedliche Teilaspekte eines Gesundheitszielprogramms gemeint sein:

- a) das Gesundheitszielprogramm selbst bzw. die Gesundheitszielinitiative im weitesten Sinne, z.B. „*gesundheitsziele.de*“ (Deutschland), „Our Healthier Nation“ (England), „Healthy People“ (USA) etc.,
- b) der Katalog von ↑Gesundheitszielen im Rahmen dieser Zielinitiative und
- c) Aktionsprogramme/ Maßnahmenbündel auf der Strategie- und Maßnahmenebene zur Erreichung der einzelnen Ziele.

Die Programmziele können sich von den eigentlichen ↑Gesundheitszielen erheblich unterscheiden. Sie zielen mittelbar auf die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, indem politische und wissenschaftliche Kriterien für die Durchführung des Programms formuliert werden. Für *gesundheitsziele.de* sind dies z.B. Transparenz, Schaffung einer Konsensplattform, realistische und konkrete ↑Gesundheitsziele, Erarbeitung eines Transferkonzepts, Integration verschiedener Ansätze wie z.B. Individuen, Bevölkerung, System.

### **Prostatakrebs**

Bösartiger Tumor der Vorsteherdrüse. Es ist die zweit- bis dritthäufigste Krebserkrankung des Mannes. Betroffen sind fast nur Männer jenseits des 45. Lebensjahres.

Es wird vermutet, dass sowohl hormonelle Umstellungen als auch Umwelteinflüsse und genetische Faktoren eine Rolle spielen.

### **Proteinurie**

Harneiweiß. Ausscheidung von Eiweißen (Proteine) mit dem Urin. Eiweiße dürfen nur in kleinen Mengen im Harn erscheinen. Es kann bei Fieber, Kälte, körperlicher Anstrengung sowie längerem Stehen oder Laufen auftreten. Häufigste Ursache ist eine Entzündung der Harnwege bei einer Erkältung.

### **Public Health**

Ist die interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis der Gesunderhaltung von Bevölkerungsgruppen. Sie verfolgt das Ziel, Bedingungen zu schaffen und sicherzustellen, in denen Menschen gesund leben können. Schwerpunkt ist die Entwicklung und Umsetzung von Systemen der ↑Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und Krankheitsbekämpfung bei effizientem Mitteleinsatz.

### **Quantifizierung**

Einführung messender Methoden in ein Sachgebiet; Anwendung mathematischer und statistischer Methoden zum Zählen bzw. Messen von Merkmalen in der Wissenschaft. Im Rahmen von Gesundheitszielprogrammen bedeutet Quantifizierung die Einführung von Indikatoren (=Anzeigern) zur Bewertung der Zielerreichung oder der mit dem Ziel verbundenen einzelnen Maßnahmen.

### **Ressourcenallokation**

Zuweisung von finanziellen, personellen oder materiellen Mitteln zu einzelnen Strategien und Maßnahmen zur Erreichung eines ↑Gesundheitsziels (engl. allocate = einen Platz zuweisen).

### **Ressorts, Ressortübergreifende Koordinierung**

Als Ressorts werden die einzelnen Ministerien einer Bundes- oder Landesregierung bezeichnet. Die ressortübergreifende Koordinierung ist Grundvoraussetzung einer multisektoralen Vorgehensweise (vgl. ↑Multisektoralität). Sie muss handhabbar sein und die Kosten und der Nutzen der Koordinierung müssen abgewogen werden. Je

nach Ziel kann die Art und Weise der ressortübergreifenden Koordinierung anders aussehen.

### **Schizophrene Psychosen**

Bilden die häufigsten und schwersten Erkrankungen der Gruppe der schizophrenie-ähnlichen und wahnhaften Psychosen. Zeigen kein einheitliches Krankheitsbild. Sie werden in verschiedene Untergruppen aufgeteilt, die charakteristische Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Affektes bei sonst klarem Bewusstsein als gemeinsame psychopathologische Merkmale aufweisen.

### **Sektoren**

Im Allgemeinen werden mit dem Begriff Sektoren soziale bzw. gesellschaftliche Teilsysteme bezeichnet. In wirtschaftlicher Hinsicht wird vorwiegend im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch zwischen privatem (profitorientiertem) und dem Non-Profit-Sektor unterschieden; in politischer Hinsicht zwischen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen. Auch Politikfelder bzw. Ressorts einer Regierung sind sektoral gegliedert, so z.B. Umweltpolitik, Verkehrspolitik, Ernährungs- und Verbraucherpolitik, Bildungspolitik, Arbeits- und Sozialpolitik, Gesundheitspolitik. In Bezug auf das Gesundheitswesen lassen sich ebenfalls Sektoren unterscheiden, z.B. nach dem „Versorgungs-Kontinuum“:

- a) ↑Prävention,
- b) ↑Gesundheitsförderung,
- c) Kuration: Diagnose und Behandlung,
- d) Rehabilitation und Nachsorge, Langzeitversorgung,
- e) Forschung.

Häufig wird auch nach Leistungs- bzw. Finanzierungsarten unterschieden:

- a) Ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung (ambulanter Sektor),
- b) Stationäre Behandlung, Krankenhaus (stationärer Sektor),
- c) Arzneimittelsektor,
- d) Heil- und Hilfsmittelsektor.

### **Sekundärprävention**

↑Prävention

### **Setting-Ansatz**

↑Interventionsansatz in der ↑Gesundheitsförderung, bei dem mit den Maßnahmen im konkreten Lebensumfeld der Menschen angesetzt wird. Als Settings werden die einzelnen Lebensbereiche bezeichnet, in denen die Menschen leben, arbeiten und ihre Freizeit verbringen. Diese weisen spezifische soziale Gefüge und Organisationsstrukturen auf, die sich auf die Gesundheit auswirken. Beispiele sind Vorschuleinrichtungen, Schulen, familiäres Umfeld und primäre Gesundheitsversorgung, Nachbarschaften, Hochschulen, Betriebe und Unternehmen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, aber auch Städte und Gemeinden.

### **Syphilis**

Bakteriell bedingte Geschlechtskrankheit mit stadienhaftem Verlauf. Die Syphilis ist meldepflichtig. Sie wird durch Sexualkontakt übertragen. Infektionen des Kindes im Mutterleib, Übertragungen durch Transfusionen oder Schmierinfektionen sind auch möglich, aber in Deutschland eher selten.

### **Tertiärprävention**

↑Prävention

### **TIA**

Abkürzung für transitorische ischämische Attacke. Neurologische Ausfallerscheinungen, die sich innerhalb von 24 Stunden völlig zurückbilden und Ausdruck einer kurzfristigen Mangel durchblutung des Gehirns sind. Es kommt zu Taubheitsgefühlen der Hand, hängendem Mundwinkel oder Sehstörung auf einem Auge. Diese Art von Attacken zeigen eine Tendenz zum wiederholten Auftreten und werden als Vorläufer von Hirninfarkten verstanden.

### **Top down-Ansatz**

Der Top down-Ansatz bezeichnet in der Diskussion um ↑Gesundheitsziele ein Verfahren, bei dem die Ziele, Teilziele, Strategien und Maßnahmen von einer überge-

ordneten Ebene definiert werden. Der Top down-Ansatz stößt häufig rasch an Grenzen, da administrative, rechtliche, finanzielle und politische Kompetenzen über mehrere ↑Ebenen verstreut sind. Der Top down-Ansatz muss, um erfolgreich zu sein, diese Ebenen einbinden. Das Gegenstück zum Top down-Ansatz ist der ↑Bottom up-Ansatz.

### **Tuberkulose (TBC)**

Tuberkulose ist eine chronische bakterielle Infektionskrankheit, die sich zunächst in den Atemwegen manifestiert, jedoch auch alle anderen Organe befallen kann. Sie zählt zu den häufigsten Infektionskrankheiten überhaupt, wobei 95 % der Fälle in Afrika und Asien auftreten.

### **Zerebrovaskuläre Insuffizienz**

Hirndurchblutungsstörung. Unzureichende Blutversorgung des Gehirns, die durch Störungen des Blutflusses innerhalb des Hirngefäßsystems verursacht ist. Die bedeutendste klinische Manifestation ist der Schlaganfall.

### **Zervixkrebs**

Gebärmutterhalskrebs ist die zweithäufigste Krebserkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane.

### **Zielbereiche**

Der Zielbereich gibt die allgemeine Orientierung eines ↑Gesundheitsziels oder eines Bündels von ↑Gesundheitszielen an. Nach dieser Orientierung richtet sich anschließend die ↑Konkretisierung des jeweiligen ↑Gesundheitsziels. Mögliche Zielbereiche sind z.B. Krankheits- oder Todesursachenspektrum, Gesunde Lebensweisen/ Verhalten/ Konsum/ Risikofaktoren, Spezifische Bevölkerungsgruppen/ Altersgruppen/ Lebensphasen, Gesundheitsversorgung, Umwelt/ Settings/ andere Gesellschaftsbereiche, Gesundheitspolitik/ Gesundheitsforschung/ Gesundheitsinformation oder Gesundheitliche Chancengleichheit. Aufgrund der Wahl der Zielbereiche lassen sich ausgesprochen krankheits-, versorgungs- und risikofaktorenorientierte Zielprogramme von eher ↑Public-Health- und präventionsorientierten Programmen unterschei-

den. Im Verlauf von *gesundheitsziele.de* wurden für die exemplarisch zu entwickelnden ↑Gesundheitsziele folgende vier Zielbereiche ausgewählt:

- a) Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug,
- b) Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention,
- c) Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen,
- d) Gesundheitsziele mit Bürger- und Patientenorientierung.

Bsp.: Zielbereiche nach Krankheitsspektrum

- Übertragbare Krankheiten, z.B. Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten
- Nichtübertragbare Krankheiten, z.B. Krebserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen
- Gewalt und Unfälle
- Psychische Gesundheit, darunter auch Suizid, Substanzmissbrauch

### LITERATUR

- 1 Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg.). Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1998
- 2 Becker-Berke S. Stichwort: Gesundheitswesen. Ein Lexikon für Einsteiger und Insider. Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft mbh & Co KG, 1999
- 3 Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 256 Neubearb. Aufl. Berlin-New York: de Gruyter, 1990
- 4 Perleth M, Antes G. Evidenz-basierte Medizin: Wissenschaft im Praxisalltag. München: MMV Medizin Verlag, 1998
- 5 Bandemer U, Blanke B, Nullmeier F, Wewer G. Handbuch zur Verwaltungsreform. Opladen: Leske und Budrich, 1998
- 6 Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1998

7 Hoffmann La Roche AG, Urban und Schwarzenberg (Hrsg.). Roche-Lexikon Medizin. 2. neubearb. Aufl. München-Wien-Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1987

## **7 Abkürzungsverzeichnis**

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
AGLMB	Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APEX/ PH	Assessment Protocol for Excellence in Public Health
AQS	Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
ÄZQ	Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin
BA	Bundesanstalt für Arbeit
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.
BAGH	Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
BAGP	Berliner Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und Prävention
BAGS	Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
BAH	Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller
BÄK	Bundesärztekammer
BASt	Bundesanstalt für Straßenwesen
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BKA	Bundeskriminalamt
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAG SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
DHP	Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DRFZ	Deutsches Rheuma Forschungszentrum
EbGP	Evidenzbasierte Gesundheitspolitik

## Abkürzungsverzeichnis

---

EBM	Evidenzbasierte Medizin
EuGH	Europäischer Gerichtshof
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V.
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Diseases
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IMSD/ heute	Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik
IMBEI	
IOM	Institute of Medicine
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kven	Kassenärztliche Vereinigungen
LÖGD	Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst
NHPA	National Health Priority Areas
OECD	Internationale Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PATCH	Planned Approach to Community Health
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
STIKO	Ständige Impfkommission
StBA	Statistisches Bundesamt
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WTO	World Trade Organization
ZI	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung

## **8 Entwicklung exemplarischer Gesundheitsziele: Themen**

- 1. Diabetes mellitus**
- 2. Brustkrebs**
- 3. Depression**
- 4. Herzinfarkt**
- 5. Chronischer Rückenschmerz**
- 6. Tabakkonsum reduzieren**
- 7. Fit for Future – integriertes Programm für die Altersgruppe der unter 20jährigen:**
  - Ernährung, Bewegung, Stress
  - Impfen
- 8. Gesundheitliche Kompetenz von Bürgern und Patienten stärken:**
  - Transparenz verbessern
  - Rechte stärken
  - Kompetenz gewinnen

### **Querschnittsanforderungen an die Entwicklung aller Gesundheitsziele**

- Bürger- und Patientenorientierung
- Gesundheitliche Chancengleichheit
- Gender Mainstreaming
- Evidenzbasierung von Maßnahmen
- Verzahnung und Integration der Leistungs- und Versorgungsbereiche
- Stärkung der Selbsthilfe
- Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug schließen auch präventive Aspekte ein



## SCHRITTENREIHE DER GVG

- Band 36: Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen  
Internationale Studie des Aktionsforums  
Telematik im Gesundheitswesen  
*Köln, 2001 – ISBN 3-89838-026-2 und ISBN 1-58603-196-1*
- Band 35: Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen  
Dokumentation zur 2. Plenumsveranstaltung  
Köln, 7-8 Dez. 2000  
*Köln, 2001 – ISBN 3-87652-989-1*
- Band 34: Sharing Prejudices: Quality, Education and Policy in Health Care  
Bismarck vs. Beveridge: Gibt es Gemeinsamkeiten?  
Deutsch-britische Konferenz zur Gesundheitspolitik  
Potsdam, 11-12 Sept. 2000  
*Köln, 2001*
- Band 33: British-German Workshop on Health Policy  
London 6-8 June 1999  
*Köln, 2000*
- Band 32: Alterssicherung auf der Grundlage von Sicherheit, Rentabilität und sozialer Verantwortung  
*Köln, 1999 – ISBN 3-926502-37-1*
- Band 31: Auswirkungen der Politik der Europäischen Union auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik  
Deutschland - Bestandsaufnahmen und Perspektiven -  
*Köln, 1998 – ISBN 3-926502-34-7*
- Band 30: Pluralismus, Demokratie und Soziale Sicherung - für eine freiheitliche Sozialpolitik in Deutschland und Europa - 50 Jahre GVG  
*Köln, 1997 – ISBN 3-926502-33-9*
- Band 29: Die Alterssicherungssysteme vor der demographischen Herausforderung - Das Säulen-Modell der Weltbank als Lösungsansatz -  
*Köln, 1996- ISBN 3-926502-32-0*
- Band 28: Zusatzversorgungssysteme in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich und Großbritannien - Entwicklung, Tendenzen und offene Fragen -  
*Köln, 1995 – ISBN 3-926502-27-4*

vergriffen

- Band 27: Probleme der Umwandlung der Sozialordnungen der Staaten Mittel- und Osteuropas  
Köln, 1994 – ISBN 3-926502-23-1
- Band 26: Elemente eines Systems der sozialen Sicherung unter den Bedingungen einer Sozialen Marktwirtschaft - Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland -  
Köln, 1992 – ISBN 3-926502-21-5 vergriffen
- Band 26b: dto., 3. Auflage  
Köln, 1996 – ISBN 3-926502-31-2
- Band 26a: dto., 2. Auflage  
Köln, 1994 – ISBN 3-926502-25-8
- Band 25: Die betriebliche Altersversorgung im gegliederten System der Alterssicherung - Zukünftige Entwicklung in europäischer Perspektive -  
Köln, 1992 – ISBN 3-926502-20-7
- Band 24: Neue Aufgaben für die Systeme der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland durch die Öffnung Mittel- und Osteuropas  
Köln, 1992 – ISBN 3-926502-19-3
- Band 23: Sozialunion in Deutschland  
- Aktueller Stand und Perspektiven -  
Köln, 1991 – ISBN 3-926502-18-5
- Band 22: Familienpolitische Herausforderungen in der 12. Legislaturperiode  
Köln, 1991 – ISBN 3-926502-17-7
- Band 21: Die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit  
Köln, 1991 – ISBN 3-926502-16-9
- Band 20: Entwicklung der Systeme der sozialen Sicherheit im Europäischen Binnenmarkt  
Köln, 1990 – ISBN 3-926502-13-4 vergriffen
- Band 19: Die soziale Dimension des Europäischen Binnenmarktes  
Köln, 1990 – ISBN 3-926502-12-6 vergriffen
- Band 18: Familienlastenausgleich in der Bundesrepublik Deutschland - Grundfragen, Systemmängel, Reformvorschläge -  
Köln, 1989 – ISBN 3-926502-09-6 vergriffen

- Band 17: Die private Altersvorsorge im gegliederten System der Alterssicherung  
*Köln, 1988 – ISBN 3-926502-08-8* vergriffen
- Band 16: Wirtschaftlichkeitsanreize im Bereich der stationären Versorgung  
*Köln, 1988 – ISBN 3-926502-07-X*
- Band 15: Gutachten - Verteilung der Lasten einer ausreichenden künftigen Gesamtversorgung auf die Drei Säulen  
*Köln, 1988 – ISBN 3-926502-06-1* vergriffen
- Band 14: Flexibilisierung der Altersgrenzen  
*Köln, 1988 – ISBN 3-926502-05-3*
- Band 13: Stellenwert der Prävention im Rahmen der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens  
*Köln, 1987 – ISBN 3-926502-04-5*
- Band 12: Steuerliche Behandlung der Alterseinkünfte  
*Köln, 1987 – ISBN 3-926502-03-7* vergriffen
- Band 11: Im Dienste freiheitlicher Sozialpolitik  
40 Jahre Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)  
*Köln, 1987 – ISBN 3-926502-02-9*
- Band 10: Weiterentwicklung des Gesundheitswesens  
*Köln, 1987*
- Band 9: Wissenschaftler zur Strukturreform der Rentenversicherung  
*Köln, 1986* vergriffen
- Band 8: Reform des Arzneimittelmarktes  
*Köln, 1985* vergriffen
- Band 7: Entwicklung des Gesundheitswesens bei schrumpfender Bevölkerung  
*Köln, 1984* vergriffen
- Band 6: Demographische Entwicklung und kapitalbildende Altersversorgungssysteme  
*Köln, 1984* vergriffen
- Band 5: Kostenexplosion im Krankenhaus - Möglichkeiten der Reform  
*Köln, 1984* vergriffen

- Band 4: Kapitalbildung und Altersvorsorge  
*Köln, 1983*
- Band 3: Anforderungen an eine Reform der Altersversorgung der Frau  
und der Hinterbliebenen (Reform '84)  
*Köln, 1983*
- Band 2: Kostenentwicklung und Kostendämpfung im  
Gesundheitswesen in sechs Ländern an Rhein und Maas  
*Köln, 1982* vergriffen
- Band 1: Wesen und Bedeutung der Gliederung  
in der sozialen Sicherung  
*Köln, 1982*

Für GVG-Mitglieder ist die Schriftenreihe kostenlos bei der GVG zu beziehen.