



LANDESGESUNDHEITSKONFERENZ
BADEN-WÜRTTEMBERG

AG Standortfaktor Gesundheit

Bericht der Projektgruppe
Gesundheitsziele



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

0. Impressum

Titel:	Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“
Stand	2011
Vorsitzender:	Prof. Dr. Günter Schmolz Präsident der Abteilung 9 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart
Co-Vorsitzender:	Prof. Dr. Bertram Szagun Hochschule Ravensburg-Weingarten (bis Herbst 2010)
Kontakt:	Carmen Gnamm Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart
Bezug:	Broschürenstelle Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart Nordbahnhofstr. 135; 70191 Stuttgart
Copyright:	Nachdruck nur mit Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

Hinweis:

Der Auftrag zur Erstellung dieses Berichts erfolgte durch die AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg, welches im Jahr 2013 in die Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg überführt wurde.

I. Inhaltsverzeichnis

0.	Impressum.....	2
I.	Inhaltsverzeichnis.....	3
II.	Vorwort	5
III.	Zusammenfassung	6
IV.	Einführung und Auftrag der Projektgruppe.....	7
V.	Prozess Gesundheitsziele für Baden-Württemberg.....	8
V.1.	Grundlegendes zur Vorgehensweise im Bundeszieleprozess	8
V.2.	Zielekorb der Projektgruppe	9
V.3.	Kriterienauswahl für den Zieleprozess in Baden-Württemberg	10
V.4.	Auswahlprinzipien für die Gesundheitsziele Baden-Württemberg	11
VI.	Gesundheitsziele für Baden-Württemberg im Einzelnen	12
VI.1.	Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren	13
VI.1.1.	Hintergrund.....	13
VI.1.2.	Oberziele	13
VI.1.3.	Teilziele	13
VI.1.4.	Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg.....	14
VI.2.	Gesund aufwachsen	16
VI.2.1.	Hintergrund.....	16
VI.2.2.	Oberziele	16
VI.2.3.	Teilziele	16
VI.3.	Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern..	17
VI.3.1.	Hintergrund:.....	17
VI.3.2.	Oberziele:	17
VI.3.3.	Teilziele:	17
VI.3.4.	Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg.....	17
VI.4.	Gesund und aktiv älter werden	19
VI.4.1.	Hintergrund:.....	19
VI.4.2.	Oberziele:	19
VI.4.3.	Teilziele:	19
VI.4.4.	Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg.....	20
VI.5.	Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel	22
VI.5.1.	Hintergrund.....	22
VI.5.2.	Oberziele	22
VI.5.3.	Teilziele	22
VI.5.4.	Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg.....	23
VI.6.	Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen.....	25
VI.6.1.	Hintergrund.....	25
VI.6.2.	Oberziele	25
VI.6.3.	Teilziele	25
VI.6.4.	Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg.....	26

Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

VI.7.	Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken	27
VI.7.1.	Hintergrund.....	27
VI.7.2.	Oberziele	27
VI.7.3.	Teilziele	27
VI.8.	Gesundheit von Arbeitslosen	28
VI.8.1.	Hintergrund:.....	28
VI.8.2.	Oberziele:	28
VI.8.3.	Teilziele:	28
VII.	Ausblick - Erste Vorschläge für die weitere Umsetzung	29
VIII.	Konkretisierungsbeispiele	31
VIII.1.	Diabetes mellitus - Xund in BaWü	31
VIII.1.1.	Hintergrund.....	31
VIII.1.2.	Problemstellung und Status der Prävention	31
VIII.1.3.	Umsetzungsplanung.....	32
VIII.2.	Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel - AG Suchtprävention ..	34
VIII.2.1.	AG Suchtprävention	34
VIII.2.2.	Darstellung exemplarischer Konkretisierungsbeispiele	34
IX.	Erste Priorisierungsvorschläge.....	35
X.	Mitglieder der Projektgruppe	36
Anhang	1
I.	Gesundheitszieleprozess auf Bundesebene.....	2
I.1.	Hintergrund und grundsätzliche Bedeutung von Gesundheitszielen.....	2
I.2.	Kriterien für die Auswahl von Gesundheitszielen auf Bundesebene.....	7
II.	Exemplarische Ausarbeitungen einzelner Gesundheitsziele	9
II.1.	Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen vermindern.....	9
II.2.	Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern	24
II.3.	Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel	36
II.4.	Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen.....	52
III.	Übersicht Gesundheitsziele des Bundes und der Länder (gesundheitsziele.de) ..	57

II. Vorwort

Gesundheit ist neben Bildung eine wichtige Voraussetzung für Wohlbefinden und Lebensqualität jedes Einzelnen sowie der gesamten Gesellschaft. Sie ist zudem ein wichtiger Standortfaktor. Chronische Erkrankungen gewinnen mit dem demographischen Wandel zunehmend an Bedeutung. Diese Herausforderungen werden durch die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg mit den darin festgelegten strategischen Zielen, Handlungsfeldern und Schlüsselbotschaften aufgegriffen.

Die Gesundheitsstrategie ist darauf ausgerichtet, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erhalten bzw. zu verbessern und die Wettbewerbsfähigkeit Baden-Württembergs zu stärken. Sie hat zum Ziel, lebensstilbedingte chronische Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen zu vermeiden bzw. ihr Auftreten in eine spätere Lebensphase zu verschieben und chronisch Erkrankte besser zu versorgen. Sie setzt dabei insbesondere auf Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, die in allen Lebensphasen, Lebenssituationen und Lebenswelten wirksam werden sollen.

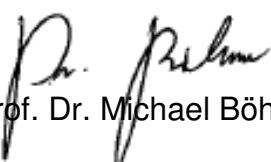
Für die erfolgreiche aktive Umsetzung der Ziele der Gesundheitsstrategie stellen landesweite Gesundheitsziele eine wichtige politische Handlungsempfehlung dar. Sie sind zudem eine wichtige Grundlage für eine langfristige konsensgesteuerte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens des Landes. Sie dienen insbesondere einer verstärkten Verzahnung, Koordinierung und verbesserten Abstimmung der einzelnen Akteure im jeweiligen Aktionsfeld. Die landespolitische Ausrichtung auf Gesundheitsziele und deren kontinuierliche Weiterentwicklung unterstützen dabei eine langfristige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen und -umfeldern.

An Hand der Vorgaben der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg hat in diesem Sinne eine Expertengruppe aus den unterschiedlichsten Bereichen der Gesundheitsversorgung, Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsförderung und Prävention in einem einjährigen Prozess die vorliegenden Gesundheitsziele erarbeitet. Diese sind zur weiteren Konkretisierung und nachhaltigen Umsetzung insbesondere durch die sich im Rahmen der Umsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg etablierenden kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie auf Landesebene bestehenden Gremien, Beiräte und Arbeitskreise gedacht.

Hinsichtlich der für die beschriebenen Ziele notwendigen Indikatoren zur Prozess-, Struktur- und Erfolgsevaluation und langfristigen Zielerreichung wird davon ausgegangen, dass deren Ableitung einschließlich der Klärung der Frage der notwendigen Datenquellen, Datenverfügbarkeit, Datenzusammenführung und Darstellung durch die Projektgruppe ‚Gesundheitsberichterstattung‘, sowie auf kommunaler Ebene im Rahmen der Arbeit der kommunalen Gesundheitskonferenzen bzw. kommunalen Gesundheitsberichterstattung erfolgen.

Stuttgart im September 2011


Prof. Dr. Günter Schmolz


Prof. Dr. Michael Böhme

III. Zusammenfassung

Gesundheitsziele stellen politische Handlungsempfehlung dar und sind somit eine wichtige Unterstützung für die erfolgreiche aktive Umsetzung der Ziele der Gesundheitsstrategie. Sie sind dabei eine wichtige Grundlage für eine langfristige konsensgesteuerte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eines Landes und dienen insbesondere einer verstärkten Verzahnung, Koordinierung und verbesserten Abstimmung der einzelnen Akteure im jeweiligen Aktionsfeld. Die landespolitische Ausrichtung auf und kontinuierliche Weiterentwicklung von Gesundheitszielen unterstützt dabei eine langfristige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen und -umfeldern.

Unter Berücksichtigung der Schwerpunkte der Gesundheitsstrategie werden an Hand der Vorgehensweise der bereits erfolgreich durchgeführten Zieleentwicklung auf Bundesebene und unter Verwendung der dort erarbeiteten Materialien und Kriterien acht Gesundheitsziele für Baden-Württemberg vorgeschlagen. Der Abstimmungsprozess ergab dabei, dass es sinnvoll ist, im Wesentlichen die Bundesziele auch für Baden-Württemberg zu übernehmen, da diese in gleicher Weise auch für Baden-Württemberg von Bedeutung sind, und ggf. zu modifizieren bzw. zu ergänzen. Folgende Gesundheitsziele werden für Baden-Württemberg vorgeschlagen:

1. Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren
2. Gesund aufwachsen
3. Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern
4. Gesund und aktiv älter werden
5. Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel
6. Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen
7. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken
8. Gesundheit von Arbeitlosen

Entscheidend für die langfristig erfolgreiche Umsetzung der vorgeschlagenen Gesundheitsziele ist das Aufgreifen der Ziele oder von Teilzielen durch kommunale Gesundheitskonferenzen oder in Arbeitsschwerpunkten von bestehenden bzw. sich ggf. entwickelnden Gesundheitsregionen oder Gesundheitsnetzwerken. Hierdurch kann sowohl ein wesentlicher Beitrag für die schnelle Erzielung erster Ergebnisse als auch die langfristige Sicherung der erforderlichen Nachhaltigkeit der Zielverfolgung und -umsetzung erreicht werden. Durch das Aufgreifen der vorgeschlagenen Gesundheitsziele durch kommunale Gesundheitskonferenzen können zudem Arbeitserleichterungen und Synergieeffekte durch Fachaustausch und gemeinsam nutzbare Materialien entstehen. Unterstützt werden könnte diese Arbeit in Abhängigkeit von den jeweiligen Themen auch durch bereits bestehende Projektgruppen, Gremien, Arbeitsgruppen oder Beiräte in Baden-Württemberg, die sich je nach Fragestellung thematisch durch ihr Fach- und Projektwissen mit einbringen könnten.

IV. Einführung und Auftrag der Projektgruppe

Für die langfristige Umsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg stellen Gesundheitsziele eine wichtige Handlungsempfehlung für die operative Ebene dar. Sie konkretisieren aus den vielfältigen Aspekten des Themenbereiches Gesundheit einzelne abgestimmte Schwerpunkte und ermöglichen dadurch eine Bündelung der Umsetzungsaktivitäten auf gemeinsame, miteinander vernetzte Ziele.

Wichtige gesundheitliche Fragestellungen sind aktuell wesentlich durch die Tatsache geprägt, dass die heutige Zeit gekennzeichnet ist durch tiefgreifende Änderungen des Lebensstiles, Bewegungsmangel und Übergewicht, einen Wandel des Krankheitsspektrums, eine verstärkte Alterung der Bevölkerung sowie vielfältige gesundheitliche Belastungen im Wohnumfeld und der Umwelt. Für die Lebensqualität des Einzelnen gewinnen dabei, bedingt durch den Wandel des Krankheitsspektrums in den letzten Jahrzehnten, chronische Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Tumor-Erkrankungen, Rücken- und Gelenkleiden, aber auch Demenz und Depression an Bedeutung. Diese laufenden Änderungen des Lebensumfeldes führen zu einem kontinuierlichen Wandel der individuellen gesundheitlichen Belange, zu immer neuen Herausforderungen an die Gesundheitssysteme aber auch zu ständig zunehmenden Anforderungen an jeden Einzelnen.

Wichtige Voraussetzungen für eine nachhaltige Bewältigung dieser Fragestellungen sind eine Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und der Eigenverantwortung jedes Einzelnen, Schaffung gesunder Lebenswelten sowie eine gemeinsame Vorgehensweise aller im Bereich Gesundheit Aktiven und Verantwortlichen.

Die Abstimmung von landesweiten Gesundheitszielen stellte dabei eine wichtige Grundlage für eine gemeinsame Vorgehensweise dar.

Auftrag der von der AG „Standortfaktor Gesundheit“ des Gesundheitsforums Baden-Württemberg eingesetzten Projektgruppe „Gesundheitsziele“ war daher, konkrete landesweite Gesundheitsziele als eine wichtige Grundlage für die weitere Umsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg zu erarbeiten.

Die abgeleiteten einzelnen Gesundheitsziele sollten

- sich an den in der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg festgelegten strategischen Zielen, „Handlungsfeldern“ und Schlüsselbotschaften orientieren,
- nach Möglichkeiten realistischer Beeinflussbarkeit ausgewählt werden,
- an Hand von Fakten begründbar und
- möglichst durch bereits bestehende bzw. zuständige Gremien oder auf der zuständigen Ebene weiter konkretisierbar sein.

Die Erarbeitung der Ziele erfolgte in Anlehnung an den nationalen Zieleprozess auf Bundesebene.

V. Prozess Gesundheitsziele für Baden-Württemberg

V.1. Grundlegendes zur Vorgehensweise im Bundeszieleprozess

Bereits vor über 30 Jahren wurde von der WHO ein weltweiter Gesundheitszieleprozess angestoßen und nachfolgend auch in der Europäischen Region der WHO entsprechende Programme entwickelt. Seit über 10 Jahren erfolgt auch in Deutschland, angestoßen durch das Bundesgesundheitsministerium, die Abstimmung und Umsetzung von gemeinsamen Gesundheitszielen auf Bundesebene.

Die einzelnen Gesundheitsziele wurden dabei im Rahmen des Bundesprozesses in dem Forum / Kooperationsverbund ‚gesundheitsziele.de‘ unter Federführung der GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) in zahlreichen Ausschüssen und Arbeitsgruppen unter Beteiligung von Verantwortlichen aus der Politik, Vertreter/-innen von Kostenträgern, Leistungserbringern, Patient(inn)en- und Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, aus Fachverbänden, Industrie sowie Wissenschaft erarbeitet.

Nach Festlegung von relevanten Zielbereichen in Ausschüssen wurden die eingebrachten Vorschläge in vier Zielbereiche eingeteilt:

1. Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug,
2. Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention,
3. Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen sowie
4. Gesundheitsziele mit Bürger(innen)- und Patient(inn)enorientierung.

Die so vorgeschlagenen Ziele wurden schließlich weiter an Hand von zuvor festgelegten, wissenschaftlichen, ökonomischen, ethischen, partizipativen und pragmatisch/gesundheitspolitischen Kriterien geprüft.

Die im weiteren Verlauf des Abstimmungsprozesses angewandten 10 Auswahlkriterien sollten aufzeigen, ob ein Gesundheitsproblem

- eine hohe Mortalität, Verbreitung, Krankheitslast und direkte Kosten verursachte,
- gute Chance einschließlich vorhandener Instrumente/Verfahren zur Verbesserung bestanden,
- Instrumente/Verfahren zur Verbesserung sowie Messung eines Fortschrittes und umsetzende Akteure vorhanden sind,
- eine hohe Relevanz für die Bevölkerung und die Politik bestand,
- gute Möglichkeiten zur Verbesserung gesundheitlicher Ungleichheit und
- aktive Umsetzungsmöglichkeiten für Bürger(innen)/ Patient(inn)en vorhanden sind und
- ethische Bedenken vorliegen.

Die endgültige Auswahl der Gesundheitsthemen sowie Ziele bzw. Teilziele erfolgte pragmatisch durch die Ausschussmitglieder. Die Auswahl wurde dabei im Wesentlichen auf Grund der vorher festgelegten und bewerteten Kriterien danach getroffen, ob ein Ziel/Thema sinnvoll, relevant, wünschenswert und handhabbar erschien. Dieses pragmatische Verfahren der Eingrenzung konnte gewählt werden, da die Ausschussmitglieder das gesamte Spektrum der Akteure des Gesundheitswesens repräsentierten.

V.2. Zielekorb der Projektgruppe

Im Rahmen des Prozesses der Zieleentwicklung für Baden-Württemberg wurden im Sinne eines Delphi-Ansatzes in einem ersten Schritt von allen Experten maximal drei Vorschläge für aus ihrer Sicht und Erfahrung mögliche Auswahl von Einzelzielen zusammengetragen. Aufgrund der großen Vielfalt der unterschiedlichsten gesundheitsbezogenen Erfahrungs- und Tätigkeitsbereichen der Projektgruppenteilnehmer konnte hierbei so eine sehr umfängliche erste Auswahl von möglichen Einzelzielen zusammengestellt werden. Diese Auswahl beinhaltet auch alle bereits bestehenden bzw. derzeit in Arbeit befindlichen Ziele der Bundesebene. Im Folgenden sind die einzelnen Vorschläge zusammengestellt, wobei die Einordnung entsprechend der Zielbereiche des Bundeszieleprozesses erfolgt:

1. Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug:
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Brustkrebs
 - Depression und Folgen der Chronifizierung vermindern
 - Versorgungsmanagement bei Krebs und Depression
 - Verbesserung von Lebensqualität und Versorgung chronisch Kranker
 - Prävention psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt
 - Erkrankungen des Bewegungsapparates reduzieren
2. Gesundheitsziele zur Gesundheitsförderung und Prävention:
 - Tabakkonsum reduzieren
 - Alkoholmissbrauch reduzieren
 - Süchtiges Konsumverhalten reduzieren
 - Gesundheitsförderliche Arbeitsplätze
 - Stärkung betrieblicher Gesundheitsfürsorge
 - Förderung gesundheitsorientierter Freizeitgestaltung
 - Umwelt- und Lärmbelastungen reduzieren
 - An Förderung individueller Potentiale ausgerichtete Lernkultur
 - Impfstatus optimieren
3. Gesundheitsziele für bestimmte Bevölkerungs- und Altersgruppen:
 - Gesund aufwachsen
 - Gesundheit und Bildung im Kindes- und Jugendalter
 - Förderung der Früherkennung psychischer Erkrankungen bei Kindern
 - Unterstützung von Kindern von süchtigen oder psychisch kranken Eltern
 - Gesund älter werden
 - Suchtprävention (Alkohol, Medikamente) im Alter
 - Autonom älter werden
 - Altersstrukturgestaltung von Arbeitsplätzen
 - Unterstützung von Menschen mit pflegebedürftigen oder dementen Angehörigen
4. Gesundheitsziele mit explizierter Bürger- und Patientenorientierung:
 - Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken
 - Schaffung gesunder Lebensbedingungen
 - Verbesserung der Transparenz vorhandener Angebote

V.3. Kriterienauswahl für den Zieleprozess in Baden-Württemberg

Die weitere Erarbeitung einzelner Ziele erfolgte weitgehend in Anlehnung an den Zieleprozess auf der Bundesebene und den dort bereits angewandten Bewertungskriterien und Verfahren. Hierdurch war gewährleistet, dass sich die weitere Zieleauswahl auf eine bereits evaluierte Grundlage bezog und eine Vergleichbarkeit zum Bundesprozess bestand. Im Rahmen der weiteren Zieleauswahl für Baden-Württemberg wurden daher die bereits im Rahmen des Zielprozesses auf Bundesebene erfolgreich verwandten zehn folgenden Kriterien herangezogen: Beurteilung von *Schweregrad*, *Verbreitung*, *Verbesserungspotential*, *volkswirtschaftliche Relevanz*, *ethische Aspekte*, *Chancengleichheit*, *Priorität aus Sicht der Bevölkerung*, *Messbarkeit*, *Möglichkeit der Beteiligung* und *Machbarkeit*.

Zusätzlich zu der Erhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ist die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit Baden-Württembergs eine der wichtigen Ausrichtungen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Deswegen wurde bei der Abwägung der Bedeutung eines Zieles für Baden-Württemberg zusätzlich zu den zehn Kriterien des Bundeszieleprozesses noch die *„Relevanz als Standortfaktor“* berücksichtigt, wobei hierunter neben wirtschaftlichen insbesondere auch Aspekte der allgemeinen Wohn- und Lebensqualität von Bedeutung sind.

In der folgenden Übersicht sind einige Beispielparameter für jedes Kriterium aufgeführt. Bei der Anwendung auf die einzelnen Ziele wurde berücksichtigt, dass nicht jedes Kriterium und jeder Beispielparameter für jedes Ziel gleich treffend angewandt werden konnte. Lag kein eindeutiger Parameter mit direktem Bezug zum möglichen Einzelziel vor, wurde die eher grundsätzliche, qualitative Gewichtung eines Kriteriums bewertet.

Kriterienübersicht mit Beispielparametern:

Kriterium	Beispielparameter
1 Schwere- oder Gefährdungsgrad	<i>z. B. Mortalität, Letalität, bevölkerungsbezogene Krankheitslast, Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsbedarf, DALY's</i>
2 Verbreitung	<i>z. B. Prävalenz oder Inzidenz einer Erkrankung</i>
3 Verbesserungspotential	<i>z. B. positive Beeinflussung, Verhinderbarkeit, Benchmarking</i>
4 Volkswirtschaftliche Relevanz	<i>z. B. direkte oder indirekte Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit</i>
5 Ethische Aspekte	<i>z. B. körperliche Unversehrtheit, Rechte der Persönlichkeit, Selbstbestimmung</i>
6 Chancengleichheit	<i>z. B. Geschlecht, soziale Lage bzw. Schultypen, Migrationshintergrund</i>
7 Priorität aus Sicht der Bevölkerung	<i>z. B. subjektive Dringlichkeit von Gesundheitsproblemen</i>
8 Messbarkeit	<i>z. B. Fortschritte der Zielerreichung dauerhaft messbar</i>
9 Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung	<i>z. B. Beteiligungsstrukturen, Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement</i>
10 Machbarkeit	<i>z. B. konkrete Realisierbarkeit der Potentiale, mögliche Institutionen</i>
11 Relevanz als Standortfaktor	<i>z. B. Stärkung des Wirtschaftsstandortes Baden-Württemberg</i>

Diese Kriterien wurden sowohl bei der weiteren inhaltlichen Diskussion über mögliche Ziele, als auch bei der Erstellung der ergänzenden Hintergrundsbeschreibungen von einzelnen ausgewählten Zielen zu Grunde gelegt.

V.4. Auswahlprinzipien für die Gesundheitsziele Baden-Württemberg

Die endgültige Zielauswahl im Rahmen des weiteren Abstimmungsprozesses erfolgte nach einer pragmatischen Vorgehensweise, wie sie bereits im Bundeszieleprozess erfolgreich angewandt worden war, und unter Verwendung der dort erarbeiteten Materialien und Kriterien. Bei der weiteren Auswahl wurden insbesondere auch die bereits vorhandenen Aktivitäten, erfolgreich abgeschlossenen Projekte und geplanten Initiativen oder Vorhaben in Baden-Württemberg mit berücksichtigt.

Die erste Durchsicht der im Zielekorb zusammengetragenen Zielideen zeigte bereits, dass ein Großteil der Vorschläge thematisch oder auch als Teilziel entweder ganz oder mindestens teilweise bereits in den sieben Zielen der Bundesebene enthalten war oder eigenständiges Diskussionsthema anderer Projektgruppen (z.B. PG Betriebliches Gesundheitsmanagement oder PG Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen) darstellte.

Der weitere Abstimmungsprozess ergab letztendlich die Einigung auf die bereits wissenschaftlich umfangreich hergeleiteten und gut begründeten sieben Ziele des Bundesprozesses mit ihren jeweiligen Oberzielen, die alle in gleicher Weise für Baden-Württemberg von Relevanz sind und für die zudem bereits schon zahlreiche Materialien und zusammenfassende Informationsquellen als Hilfen bei der weiteren Umsetzung zur Verfügung stehen. In einzelnen Fällen wurden die Bundesziele speziell für Baden-Württemberg allerdings noch leicht modifiziert. Letzteres trifft insbesondere für das Bundesziel ‚Tabakkonsum reduzieren‘, welches auf ‚Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel‘ erweitert wurde, das Ziel ‚Depressive Erkrankungen‘, in welches auch noch die Folgen von Chronifizierung aufgenommen wurden, sowie das Ziel Diabetes mellitus Typ 2 zu, bei dem die Steigerung der Motivation noch in die Oberziele eingebracht wurde.

Zusätzlich wurde noch in Anlehnung an die Zielesfestlegung in Sachsen das Thema ‚Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen‘ als wichtiges Thema benannt (Gesundheitsziel Sachsen: Gesundheitsförderung von Arbeitslosen). Einzelne Schwerpunkte dieses Themas sind auch bereits in den sieben Zielen der Bundesebene (wie z.B. in den Zielen zu Depressive Erkrankungen, legalen Suchtmittel oder auch präventiv gesundheitlicher Kompetenz erhöhen) enthalten.

VI. Gesundheitsziele für Baden-Württemberg im Einzelnen

Der weitere Auswahlprozess von Gesundheitszielen für Baden-Württemberg ergab in enger Anlehnung an die Bundesziele folgende Zielvorschläge:

- Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug:
 - Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren:
Erkrankungsrisiko senken, Risikogruppen identifizieren und erreichen, Menschen mit Zuckerkrankheit früh erkennen und behandeln
 - Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern:
Altersgemäße Prävention, Selbsthilfekompetenz, Erkennung und Behandlung
 - Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen:
Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- Gesundheitsziele zur Gesundheitsförderung und Prävention:
 - Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel:
Konsum reduzieren sowie Folgeschäden vermeiden oder messbar reduzieren
- Gesundheitsziele für bestimmte Bevölkerungs- und Altersgruppen:
 - Gesund aufwachsen:
Lebenskompetenz, Ernährung, Bewegung
 - Gesund und aktiv älter werden:
Altern in Gesundheit, Autonomie erhalten und Selbstbestimmung stärken
 - Gesundheit von Arbeitslosen:
Problembewusstsein für gesundheitliche Risikofaktoren erhöhen, Bewältigungsstrategien fördern, gesundheitliche Voraussetzungen für Wiedereintritt in das Erwerbsleben schaffen
- Gesundheitsziele mit explizierter Bürger- und Patientenorientierung:
 - Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken:
Transparenz erhöhen, Eigenkompetenz stärken

Hinsichtlich Herleitung, Evidenz sowie Begründung dieser Ziele wird im wesentlichen auf die Ausführungen zu den jeweiligen Themen bei der Zielfindung, -beschreibung und Konkretisierung im Rahmen des Zielprozesses auf der Bundesebene (Bundesministerium für Gesundheit sowie GVG -Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. / gesundheitsziele.de, www.gesundheitsziele.de) sowie die zusätzlichen exemplarischen Ausarbeitungen zu einigen Themen im Anhang verwiesen. Für das Gesundheitsziel ‚Gesund und aktiv älter werden‘ wird zudem auf den ‚Gesamtbericht Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg - Teil 1 und 2‘ des Ministeriums für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit dem Regierungspräsidium Stuttgart/Landesgesundheitsamt aus dem Jahr 2006 einschließlich der dort bereits aufgeführten Zielvorschläge verwiesen.

In den folgenden Abschnitten sind die vorgeschlagenen Ziele für Baden-Württemberg einschließlich einer zusammenfassenden Begründung im Einzelnen dargestellt. Darüber hinaus werden für die Ziele mit Krankheitsbezug (Diabetes mellitus Typ 2, Depression, Brustkrebs), legale Suchtmittel und Gesundheit Älterer einige Daten aus Baden-Württemberg exemplarisch zur derzeitigen bestehenden jeweiligen Belastungssituation dargestellt.

VI.1. Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren

VI.1.1. Hintergrund

Schätzungen gehen davon aus, dass derzeit ca. jeder 10. in Deutschland bereits an einem Typ 2 Diabetes leidet, wobei das Risiko mit zunehmendem Alter stark ansteigt, an Diabetes zu erkranken. Wichtige Ursachen in allen Altersgruppen sind ferner Bewegungsmangel und Adipositas. Viele wissen über Jahre nicht, dass sie bereits betroffen sind. Man geht derzeit davon aus, dass die Diagnose im Durchschnitt erst 5-10 Jahre nach Krankheitsbeginn gestellt wird und dann leider häufig bereits erste Folgeerkrankungen bestehen. Außerdem weisen Menschen mit Diabetes eine erhöhte Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf und sind von Diabetes bedingten Folgeerkrankungen wie Augenschädigungen, dialysepflichtiger Niereninsuffizienz, neurologischen Störungen oder folgenreichen Durchblutungsstörungen bedroht. Dabei kann der Ausbruch eines Diabetes Typ 2 durch gesunde Ernährung, Gewichtsabnahme und verstärkte körperliche Aktivität in vielen Fällen verhindert oder zumindest verzögert und dadurch länger eine höhere Lebensqualität gewonnen werden. Effektive Früherkennung und Diagnostik können schwere Verläufe vermeiden helfen und die Verringerung der Lebenserwartung vermindern.

VI.1.2. Oberziele

Folgende Oberziele werden vorgeschlagen:

1. Erkrankungsrisiko senken
2. Risikogruppen identifizieren und erreichen
3. Menschen mit Zuckerkrankheit früh erkennen und behandeln

VI.1.3. Teilziele

Folgende Teilziele werden vorgeschlagen:

1. Krankheit früh erkennen, Inanspruchnahme und Qualitätssicherung von Früherkennung fördern, die Dunkelziffer reduzieren
2. Selbstmanagement von Erkrankten verbessern, angemessene Versorgung ausbauen und gewährleisten sowie psychosoziale Aspekte einbeziehen.
3. Bewusstsein, Motivation und Verhalten verbessern sowie gesundheitsfördernde Strukturen verstärken

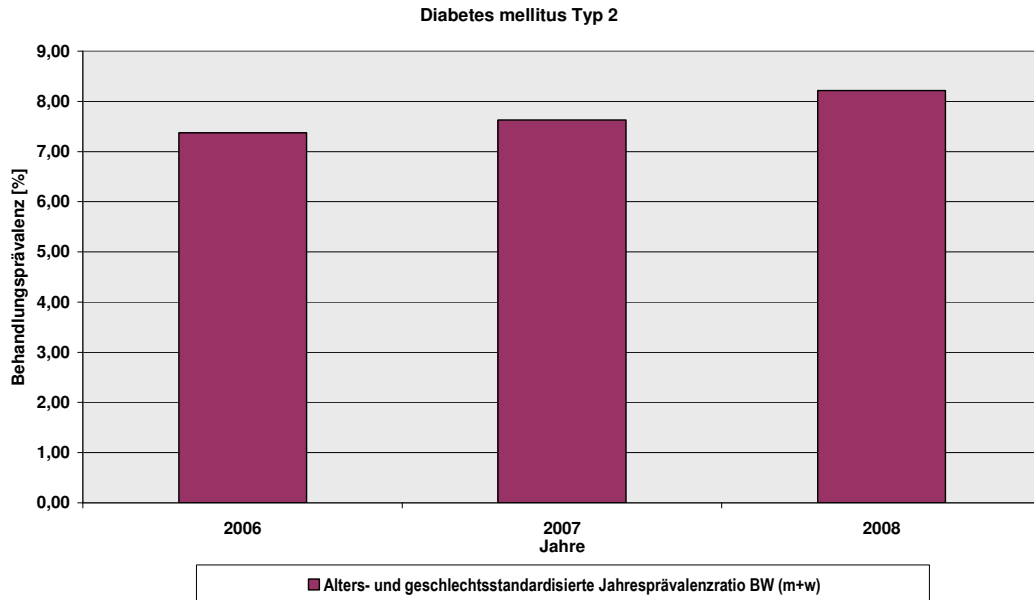
Gesundheitsziel: Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren

	Kriterien (Bewertung: 1=trifft nicht zu - 5=trifft voll zu)	Median					Spannweite				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	Schwere- oder Gefährdungsgrad				●			—	—	—	—
2.	Verbreitung				●			—	—	—	—
3.	Verbesserungspotential				●		—	—	—	—	—
4.	Volkswirtschaftliche Relevanz				●			—	—	—	—
5.	Ethische Aspekte				●		—	—	—	—	—
6.	Chancengleichheit			●			—	—	—	—	—
7.	Priorität aus Sicht der Bevölkerung				●		—	—	—	—	—
8.	Messbarkeit				●		—	—	—	—	—
9.	Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung				●		—	—	—	—	—
10.	Machbarkeit				●		—	—	—	—	—
11.	Relevanz als Standortfaktor				●		—	—	—	—	—

Stand: 30.05.2011, n=15 Projektgruppenteilnehmer, Darstellung des Median <mittlerer Wert> und der Spannweite aller Angaben

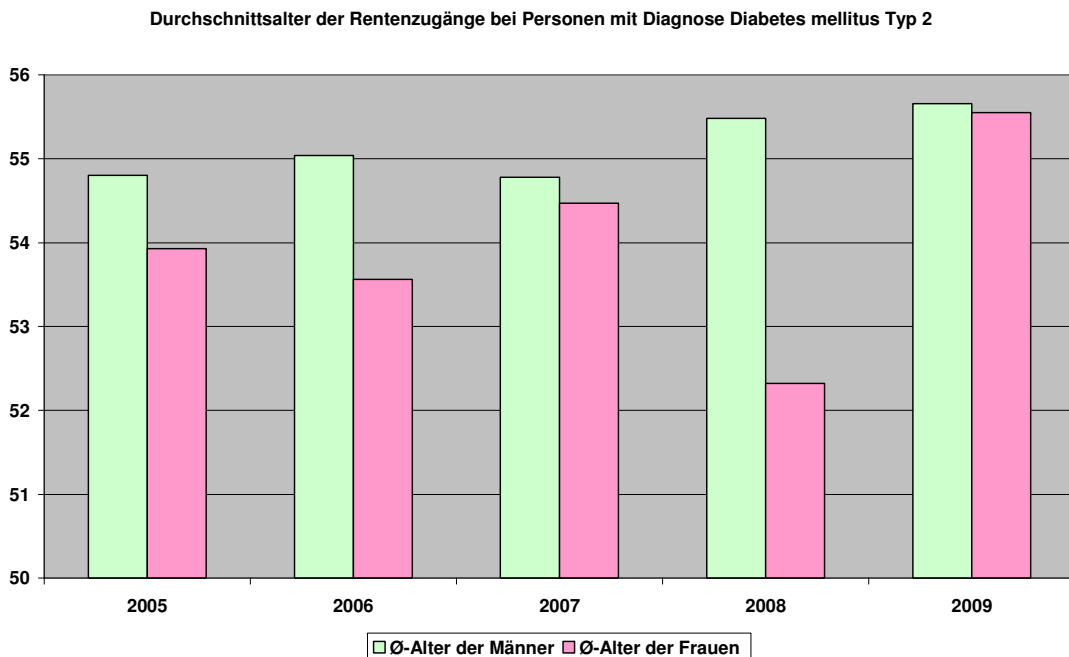
VI.1.4. Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg

Im Rahmen einer kooperativen Pilotstudie wurden von der AOK Baden-Württemberg die Behandlungsprävalenz an Diabetes Typ 2 für die Jahre 2006-2008 ausgewertet. Die Abbildung enthält die auf die Bevölkerung von Baden-Württemberg hinsichtlich Geschlecht und Alter standardisierten Daten.



(Quelle AOK-BW, persönliche Mitteilung)

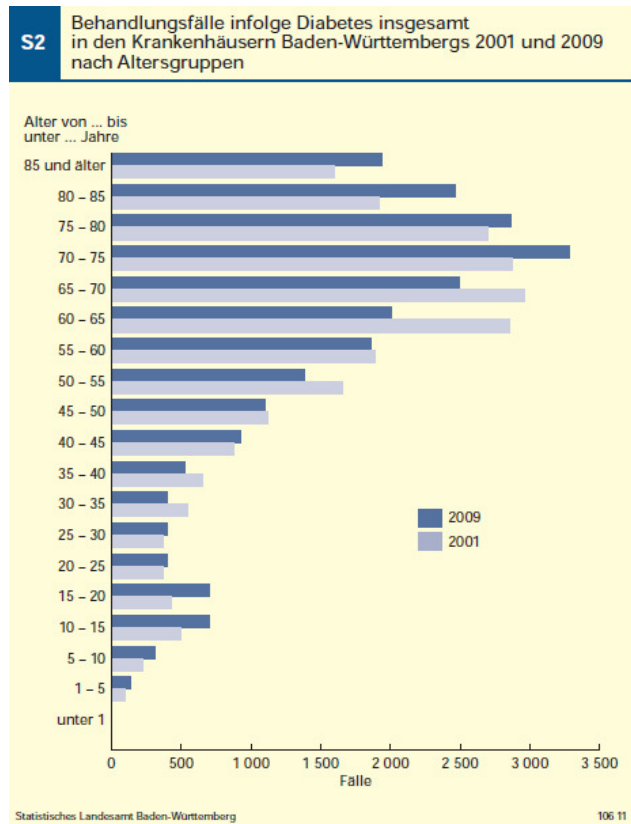
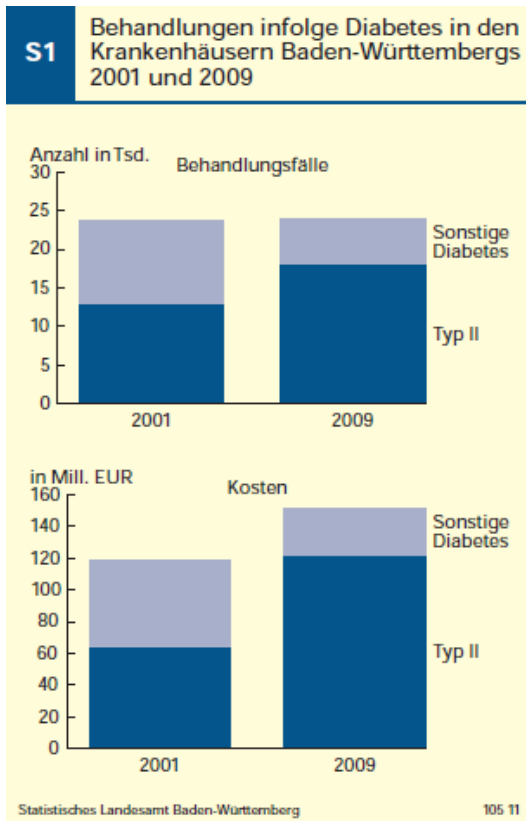
Die erhöhte Krankheitslast zeigt eine spezielle krankheitsbezogene Auswertung der Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg hinsichtlich des derzeitigen durchschnittlichen Zugangsalters in die gesetzliche Rentenversicherung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf.



(Quelle: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, persönliche Mitteilung)

Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

Vom Statistischen Landesamt liegen darüber hinaus z.B. folgende Auswertungen aus der Krankenhausstatistik vor, aus denen sich ein zunehmender Behandlungsbedarf - insbesondere bei Älteren - ergibt:



(Quelle: Statistisches Landesamt, Baumann, Statistisches Monatsheft BW 3/2011)

VI.2. *Gesund aufwachsen*

VI.2.1. Hintergrund

Gesundheit fängt im Säugling- bzw. Kindesalter an. Wesentliche Grundlagen werden zudem bereits vor der Geburt beeinflusst. Von frühester Kindheit an können gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Lebensstilkompetenz geprägt sowie Gesundheitsressourcen aufgebaut werden. Im Sinne der Lebensverlaufsperspektive ist dabei eine sichere Bindung wichtige Voraussetzung für spätere flexible, kompetente Bewältigungsstrategien und positive Selbstentwicklung im sozialen Umfeld. Ernährung, Bewegung und Stress beeinflussen entscheidend die kindliche Gesundheit und wirken sich langfristig im Erwachsenenleben aus.

VI.2.2. Oberziele

Folgende Oberziele werden vorgeschlagen:

1. Lebenskompetenz erhöhen
2. Fehlernährung reduzieren / Gesunde Ernährung fördern
3. Bewegung von Kindern und Jugendlichen fördern

VI.2.3. Teilziele

Folgende Teilziele werden vorgeschlagen:

1. Förderung eines gesunden Familienumfeldes
2. Förderung einer sicheren und unterstützenden Umgebung in Familien und Gesellschaft von Geburt an
3. Unterstützung einer an der Förderung individueller Potentiale ausgerichteten Lernkultur

Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen

	Kriterien (Bewertung: 1=trifft nicht zu - 5=trifft voll zu)	Median					Spannweite				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	Schwere- oder Gefährdungsgrad				●		—	—	—	—	—
2.	Verbreitung				●		—	—	—	—	—
3.	Verbesserungspotential				●		—	—	—	—	—
4.	Volkswirtschaftliche Relevanz				●		—	—	—	—	—
5.	Ethische Aspekte				●		—	—	—	—	—
6.	Chancengleichheit			●			—	—	—	—	—
7.	Priorität aus Sicht der Bevölkerung			●				—	—	—	—
8.	Messbarkeit			●			—	—	—	—	—
9.	Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung				●		—	—	—	—	—
10.	Machbarkeit				●			—	—	—	—
11.	Relevanz als Standortfaktor			●			—	—	—	—	—

Stand: 30.05.2011, n=15 Projektgruppenteilnehmer, Darstellung des Median <mittlerer Wert> und der Spannweite aller Angaben

VI.3. Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern

VI.3.1. Hintergrund:

Psychische Erkrankungen bilden zunehmend die Ursache für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Rund 1/3 aller Frühberentungen sind auf seelische Erkrankungen zurückzuführen. Insgesamt sind Frauen etwa doppelt so häufiger betroffen wie Männer. Ferner zeigen etwa 60% der Kinder psychisch kranker Eltern während ihrer Entwicklung gravierende psychische Auffälligkeiten. Psychische Erkrankung von Eltern ist ein im Gesundheits- und Jugendhilfesystem bisher nur unzureichend wahrgenommener Risikofaktor für die kindliche Entwicklung. Im Jahr 2020 werden Depressionen voraussichtlich weltweit die häufigste bis zweithäufigste Volkskrankheit sein.

VI.3.2. Oberziele:

Folgende Oberziele werden vorgeschlagen:

1. Altersgemäße Prävention
2. Selbsthilfekompetenz erhöhen
3. Erkennung und Behandlung verbessern

VI.3.3. Teilziele:

Folgende Teilziele werden vorgeschlagen:

1. Reduktion von Auftreten und Krankheitslast unter Einbeziehung der Angehörigen
2. Verkürzung von Krankheitsphasen und Verbesserung der Langzeitbehandlung
3. Bedarfsgerechter Zugang zu Versorgungsstrukturen

Gesundheitsziel: Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern

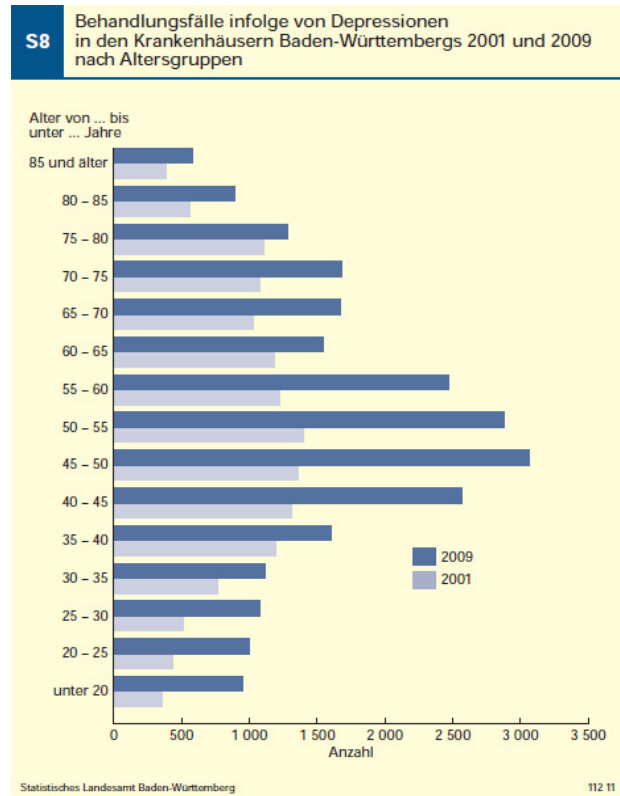
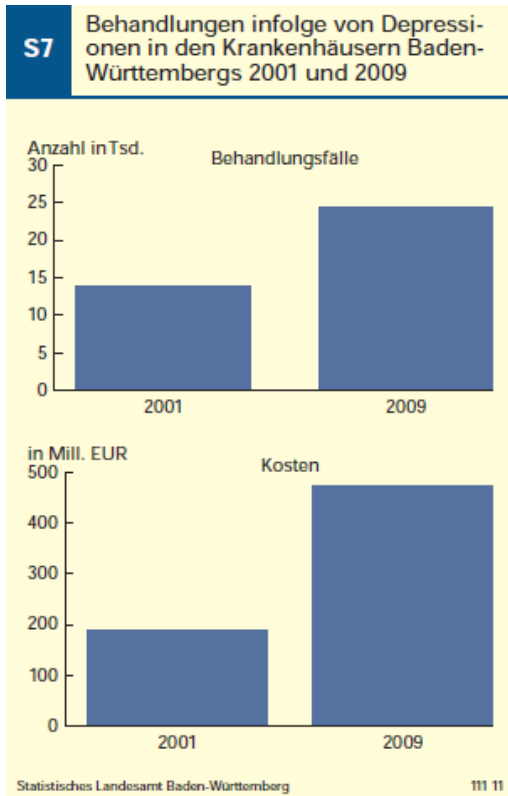
	Kriterien (Bewertung: 1=trifft nicht zu - 5=trifft voll zu)	Median					Spannweite				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	Schwere- oder Gefährdungsgrad				●			—	—	—	—
2.	Verbreitung				●			—	—	—	—
3.	Verbesserungspotential				●			—	—	—	—
4.	Volkswirtschaftliche Relevanz				●			—	—	—	—
5.	Ethische Aspekte				●		—	—	—	—	—
6.	Chancengleichheit				●		—	—	—	—	—
7.	Priorität aus Sicht der Bevölkerung			●				—	—	—	—
8.	Messbarkeit			●			—	—	—	—	—
9.	Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung			●				—	—	—	—
10.	Machbarkeit				●		—	—	—	—	—
11.	Relevanz als Standortfaktor				●			—	—	—	—

Stand: 30.05.2011, n=15 Projektgruppenteilnehmer, Darstellung des Median <mittlerer Wert> und der Spannweite aller Angaben

VI.3.4. Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg

Aus der Krankenhausstatistik liegen seitens des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg z.B. folgende zusammengestellte Auswertungen vor, aus denen sich aus dem Vergleich zu 2001 ein zunehmender Behandlungsbedarf für 2009 für depressive Erkrankungen ergibt:

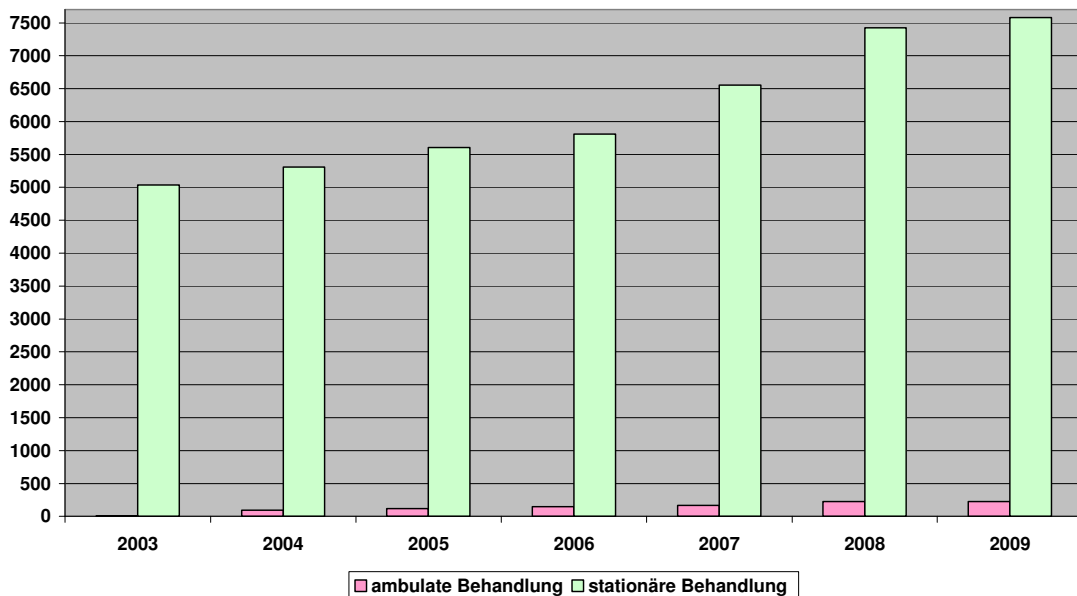
Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“



(Quelle: Statistisches Landesamt, Baumann, Statistisches Monatsheft BW 3/2011)

Die zunehmende erhöhte Krankheitslast von Depressionen zeigt eine spezielle krankheitsbezogene Auswertung durch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg hinsichtlich der Anzahl der durchgeführten Leistungen zur Teilhabe: für depressive Erkrankungen (ICD10-Klassifikation F31, F32, F33 und F34.1).

Anzahl der Leistungen für Personen mit depressiven Erkrankungen



(Quelle: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, persönliche Mitteilung)

VI.4. Gesund und aktiv älter werden

VI.4.1. Hintergrund:

Die derzeitige demografische Entwicklung ist durch eine kontinuierlich ansteigende Zahl zunehmend älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung charakterisiert. Diese Entwicklung stellt Gesellschaft und Politik vor ständig steigende Herausforderungen. Eine zunehmende Zahl älterer Menschen ist zudem durch niedriges Einkommen, eingeschränkte Mobilität und große räumliche Entfernungen zu den Angehörigen von Möglichkeiten der sozialen Teilhabe ausgeschlossen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass ältere Menschen im Hinblick auf ihre körperliche, psychische und soziale Situation keine einheitliche Gruppe bilden. Vielmehr ist das Ausmaß der Veränderungen im Alter individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt und wird wesentlich auch von der körperlichen Aktivität im bisherigen Leben bestimmt. Daneben spielen Risikofaktoren und Erkrankungen in früheren Lebensjahren und im Alter sowie Umweltbedingungen eine wichtige Rolle.

Durch eine gesunde Lebensweise, verbunden mit einer ausgewogenen Ernährung und geeignetem Training, kann die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit erhalten und möglicherweise gesteigert werden. Die eingeschränkte Mobilität wird zudem häufig durch körperliche Inaktivität ausgelöst oder gefördert und stellt besonders für ältere Menschen ein sehr hohes gesundheitliches Risiko für das Auftreten chronischer Erkrankungen, für Unfälle (Stürze) sowie Einschränkungen im Hinblick auf das psychische Wohlbefinden dar.

Durch die eingeschränkte Mobilität und Gehfähigkeit älterer Menschen nimmt darüber hinaus die Autonomie im Alter ab. Menschen mit geringem und sehr geringen Einkommen sind dabei insbesondere benachteiligt. Langfristiges Ziel sollte es deshalb sein, älteren Menschen ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben in Eigenverantwortung zu ermöglichen, aber auch darauf hinzuwirken, dass eine bedarfsgerechte Unterstützung, Betreuung und Versorgung für ältere Menschen vorhanden ist.

VI.4.2. Oberziele:

Folgende Oberziele werden vorgeschlagen:

1. Altern in Gesundheit
2. Autonomie erhalten und Selbstbestimmung stärken

VI.4.3. Teilziele:

Folgende Teilziele werden vorgeschlagen:

1. Lebenslange Gesundheitsförderung und Prävention unter Nutzung der altersentsprechenden Chancen und Ressourcen
2. Stärkung bedarfsgerechter und ressourcenfördernder Versorgungsstrukturen bzw. Netzwerke für ältere Menschen und Erhalt einer autonomen Lebensgestaltung in Selbstbestimmung
3. Förderung altersentsprechender Motorik und Kraftentwicklung

Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

Gesundheitsziel: Gesund und aktiv älter werden

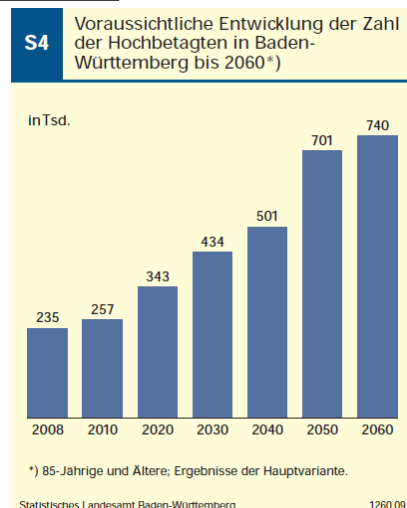
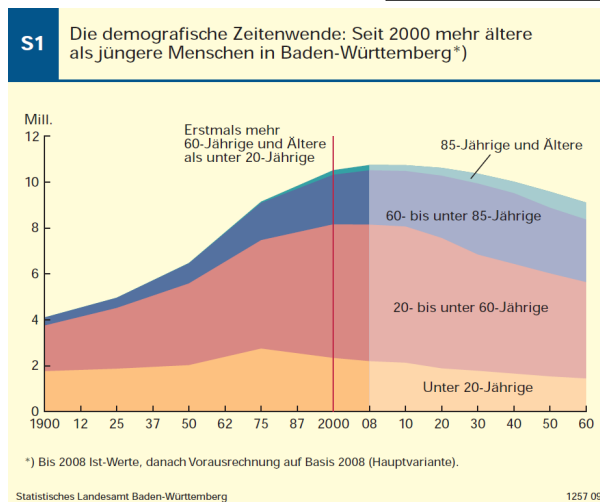
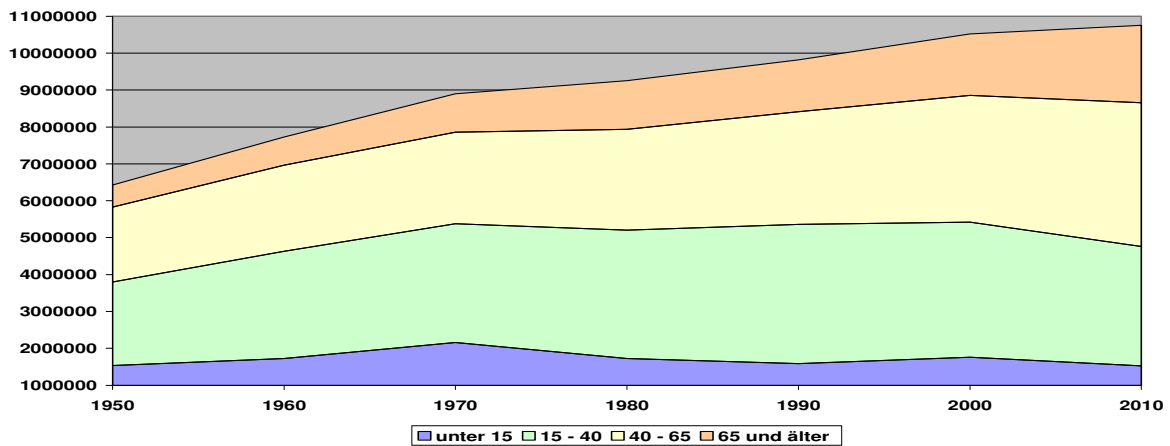
Kriterien (Bewertung: 1=trifft nicht zu - 5=trifft voll zu)	Median					Spannweite				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Schwere- oder Gefährdungsgrad				●				---	---	---
2. Verbreitung				●				---	---	---
3. Verbesserungspotential				●				---	---	---
4. Volkswirtschaftliche Relevanz				●				---	---	---
5. Ethische Aspekte			●					---	---	---
6. Chancengleichheit				●				---	---	---
7. Priorität aus Sicht der Bevölkerung				●				---	---	---
8. Messbarkeit			●					---	---	---
9. Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung				●				---	---	---
10. Machbarkeit				●				---	---	---
11. Relevanz als Standortfaktor				●				---	---	---

Stand: 30.05.2011, n=15 Projektgruppenteilnehmer, Darstellung des Median <mittlerer Wert> und der Spannweite aller Angaben

VI.4.4. Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg

Die Auswertungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zur Bevölkerungsentwicklung zeigen im Rahmen der demographischen Entwicklung der Bevölkerung eine kontinuierliche Zunahme des relativen Anteils der älteren Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung sowie der Hochbetagten insgesamt.

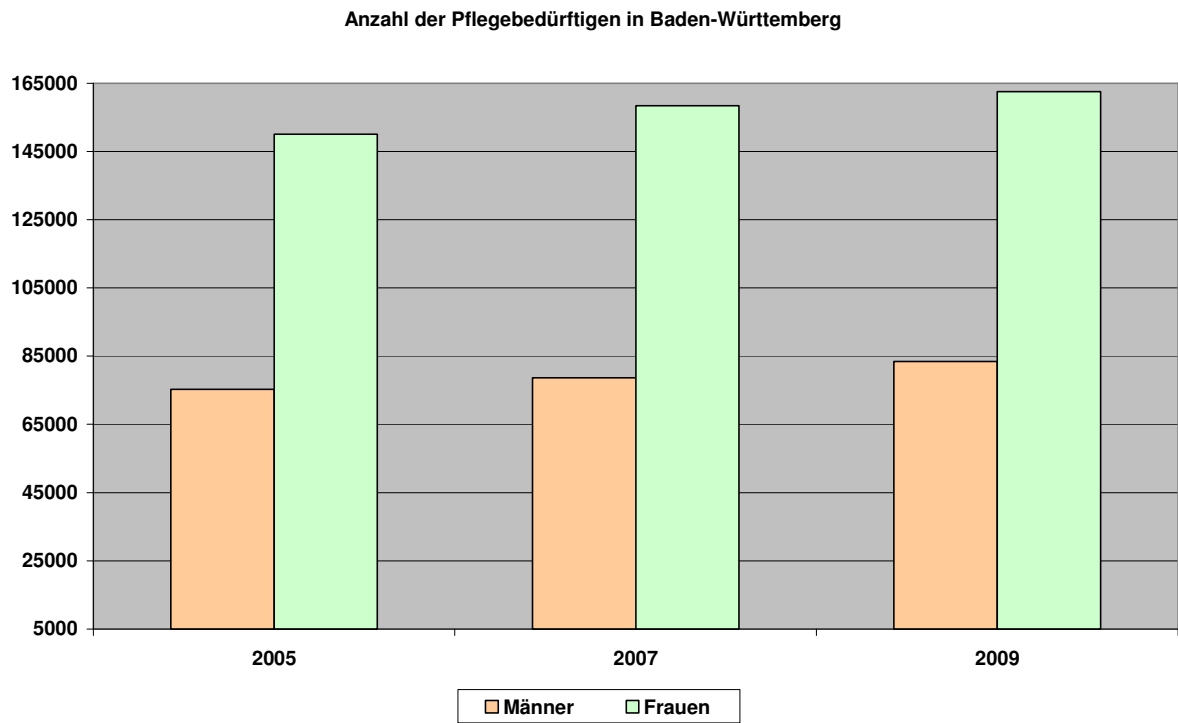
Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg nach Altersgruppen



(Quelle: Daten Statistisches Landesamt und Brachat-Schwarz, Statistisches Monatsheft BW 2/2010)

Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

Darüber hinaus deutet die Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg auf einen zunehmend bestehenden Pflegebedarf hin.



(Quelle: Daten Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

VI.5. Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel

VI.5.1. Hintergrund

Prioritär werden Alkohol und Tabak in den Blick genommen. Tabakrauchen und riskanter Alkoholkonsum sind die größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken. Diese Konsumrisiken beziehen sich prinzipiell auf alle Bevölkerungsschichten. Ein gesundheitsgefährdender Konsum der „Alltagsdrogen“ Alkohol und Nikotin ist verantwortlich für eine enorme Krankheitslast in unserer Gesellschaft.

Alkohol: Schätzungen für Deutschland belaufen sich auf 74.000 Todesfälle, die durch riskanten Alkoholkonsum allein oder durch den kombinierten Konsum von Alkohol und Tabak verursacht werden. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht von 1,3 Millionen Alkoholabhängigen in Deutschland aus. Die Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden für das Jahr 2002 auf insgesamt 24,4 Milliarden € geschätzt. Die Summe entspricht 1,16 % des Bruttoinlandsproduktes. Insbesondere bei Alkohol sind auch die psychischen und sozialen Folgeschäden zu berücksichtigen, insbesondere auch die Belastungen in den Familien und Betrieben.

Tabak: Tabakbedingt ist in Deutschland von 110.000 bis 140.000 Todesfällen pro Jahr auszugehen. Laut Statistischem Bundesamt liegt die Raucherquote in Deutschland bei den Männern (ab 15 Jahre) bei 32 % und bei den Frauen der gleichen Altersstufe bei 23 %. Für Deutschland werden die tabakbedingten Kosten auf etwa 21 Milliarden € jährlich geschätzt. Davon sind etwa ein Drittel direkte Kosten für das Gesundheitswesen (7,5 Milliarden €) und etwa zwei Drittel indirekte Kosten durch Produktionsausfälle und Frühverrentungen (13,5 Milliarden €).

VI.5.2. Oberziele

Folgendes Oberziel wird vorgeschlagen:

1. Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel
2. Folgeschäden vermeiden oder messbar reduzieren

VI.5.3. Teilziele

Folgende Teilziele werden vorgeschlagen

1. Vermeidung und/oder Hinauszögerung des Einstiegs in den Konsum
2. Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Konsumverhalten
3. Verringerung von Suchtmittelmissbrauch und Sucht

Gesundheitsziel: Reduzierung des Konsums legaler Drogen

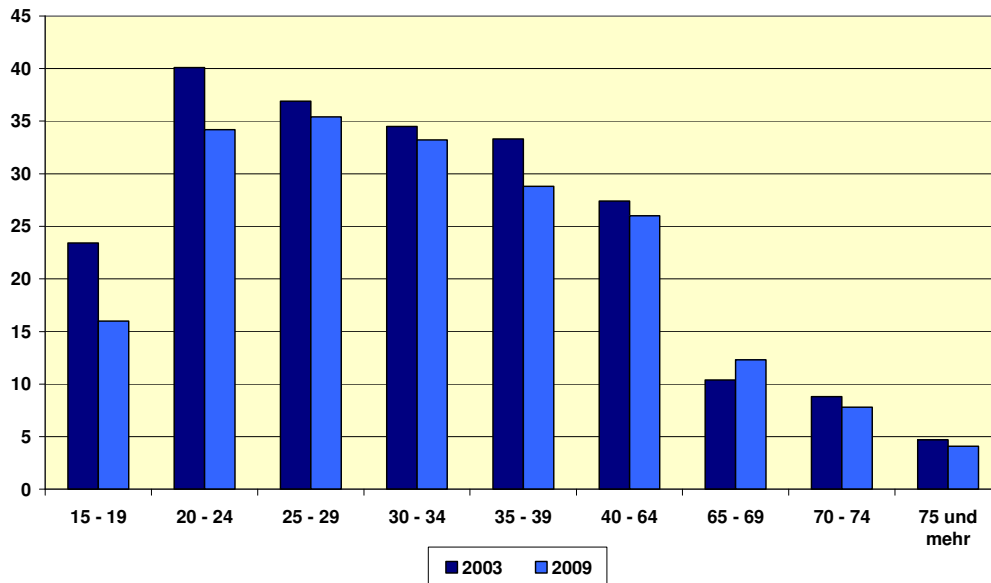
	Kriterien (Bewertung: 1=trifft nicht zu - 5=trifft voll zu)	Median					Spannweite				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	Schwere- oder Gefährdungsgrad				●			---	---	---	---
2.	Verbreitung				●			---	---	---	---
3.	Verbesserungspotential				●			---	---	---	---
4.	Volkswirtschaftliche Relevanz				●			---	---	---	---
5.	Ethische Aspekte			●				---	---	---	---
6.	Chancengleichheit			●				---	---	---	---
7.	Priorität aus Sicht der Bevölkerung			●				---	---	---	---
8.	Messbarkeit			●				---	---	---	---
9.	Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung				●			---	---	---	---
10.	Machbarkeit				●			---	---	---	---
11.	Relevanz als Standortfaktor				●			---	---	---	---

Stand: 30.05.2011, n=15 Projektgruppenteilnehmer, Darstellung des Median <mittlerer Wert> und der Spannweite aller Angaben

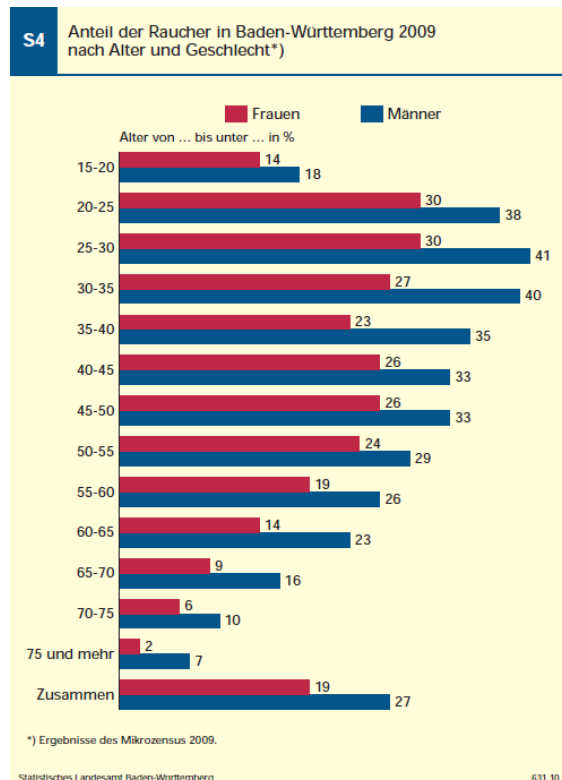
VI.5.4. Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg

Die Auswertung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zum Anteil der Raucher aus den Mikrozensus Erhebungen 2003 und 2009 zeigt, dass insgesamt derzeit noch fast jeder 4. Baden-Württemberger raucht, auch wenn zu 2003 eine rückläufige Tendenz insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen zu beobachten ist. Die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) hat zudem gezeigt, dass etwa jeder 10-te Jugendliche im Alter von 11-15 Jahren bereits raucht.

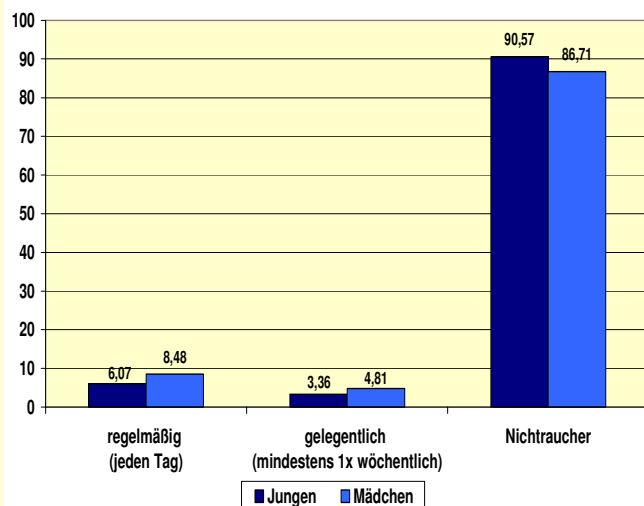
Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen in Baden-Württemberg



(Quelle: Daten Statistisches Landesamt)



Tabakkonsum von Jungen und Mädchen im Alter von 11-15 Jahren in Baden-Württemberg 2007 (HBSC-Studie)

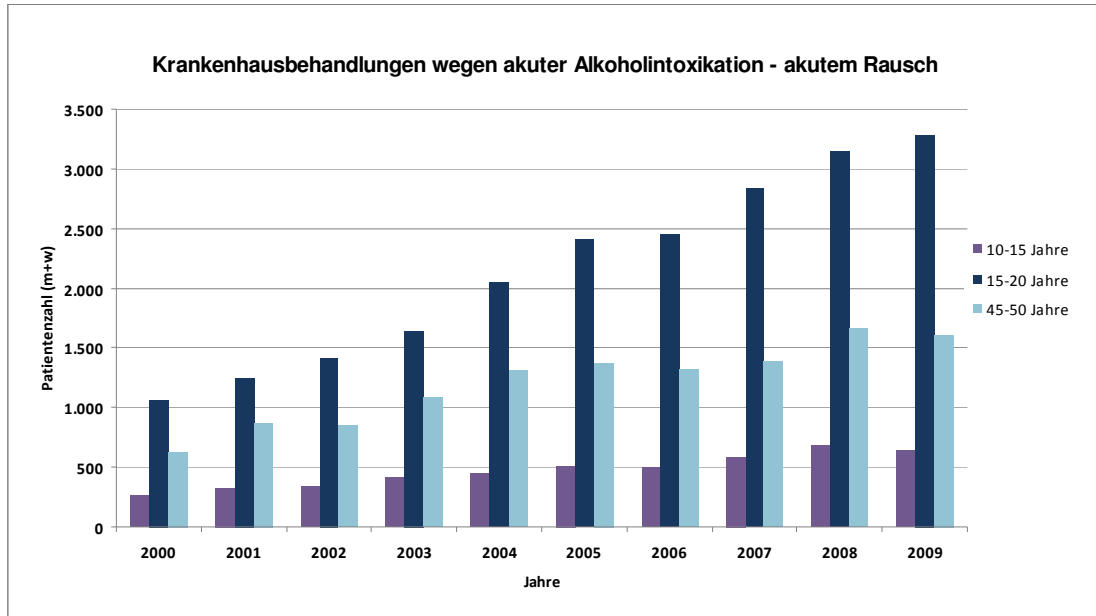


(Quelle: Daten HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) Persönliche Mitteilung Fr. Krämer, LGA 2011)

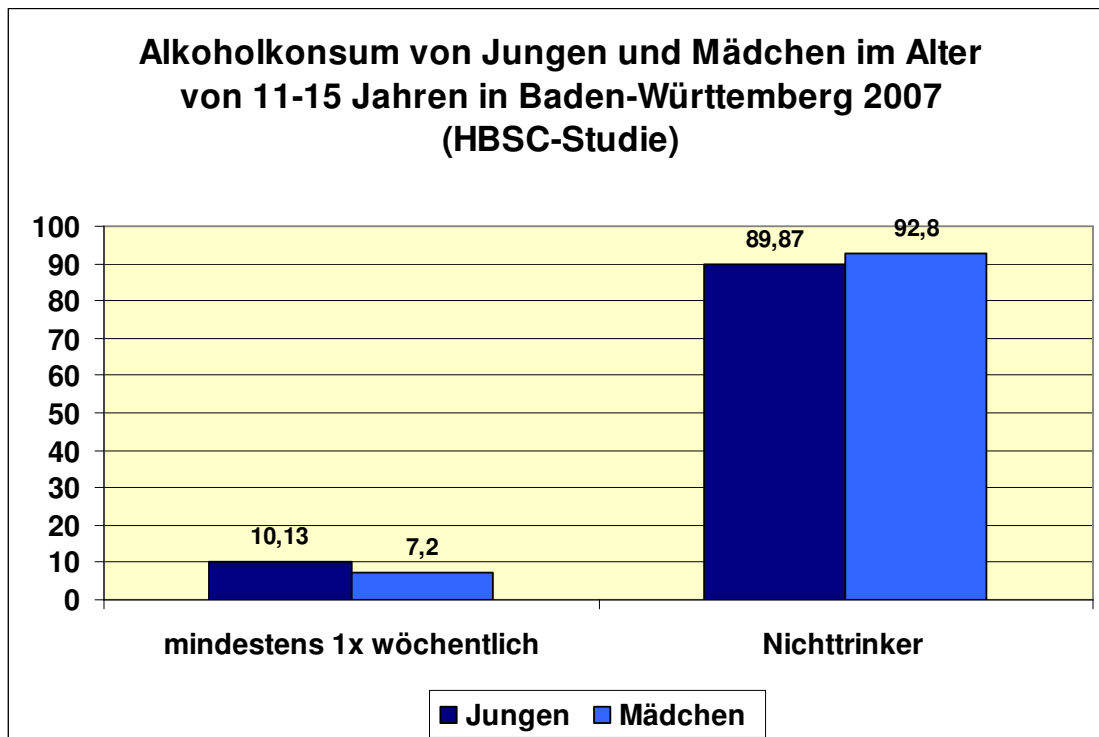
(Quelle: Daten Statistisches Landesamt, Krentz, Statistisches Monatsheft BW 8/2010)

Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

Die Krankenhausstatistik zeigt für aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten mit Wohnort in Baden-Württemberg für 2000-2009 eine kontinuierliche Zunahme von Behandlungen auf Grund von durch Alkohol bedingte Störungen (akute Intoxikation - akuter Rausch; ICD-10 Klassifikation F10.0) insbesondere in den jüngeren Altersklassen auf. Die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) hat zudem gezeigt, dass bereits ca. 10-% der Jugendliche im Alter von 11-15 Jahren regelmäßig Alkohol trinken.



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankenhausdiagnosestatistik



(Quelle: Daten HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) Persönliche Mitteilung Fr. Krämer, LGA 2011)

VI.6. Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen

VI.6.1. Hintergrund

In Deutschland erkranken jährlich ca. 58.000 Frauen an Brustkrebs. Mit einem Anteil von 29 % ist Brustkrebs die häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen. Jede 8.-10. Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 64 Jahren. Regelmäßige körperliche Aktivitäten, Sport und die Vermeidung von Übergewicht, Tabakrauchen sowie riskantem Alkoholkonsum zeigen in vielen Studien einen günstigen Einfluss auf das Risiko einer Brustkrebserkrankung. Die Brustkrebsinzidenz ist in Deutschland seit 1980 bis etwas ins Jahr 2000 stetig angestiegen und ist seither auf gleichbleibendem Niveau. Die Mortalität geht seit Mitte der 90er Jahre deutlich zurück. Die Sensibilisierung der Frauen über die Bedeutung und die Möglichkeiten zur Früherkennung sind für die Erhöhung der Heilungschancen von wesentlicher Bedeutung. Die 5-Jahres Überlebensrate liegt in Deutschland derzeit bei 83-87 %. Ende 2006 lebten in Deutschland 242.000 Frauen mit einer bis zu 5 Jahren zurückliegenden Diagnose (5-Jahres-Prävalenz). Derzeit gelten die Verbesserungspotentiale zur Steigerung der Lebenserwartung und Lebensqualität als noch nicht ausgeschöpft.

VI.6.2. Oberziele

Folgende Oberziele werden vorgeschlagen:

1. Mortalität vermindern
2. Lebensqualität erhöhen

VI.6.3. Teilziele

Folgende Teilziele werden vorgeschlagen:

1. Sensibilisierung für die Möglichkeiten des frühen Erkennens von Brustkrebs fördern
2. Förderung individualisierter Therapieoptionen und gemeinsamer Entscheidungsfindung
3. Verbesserung der Lebensqualität von Patient(inn)en

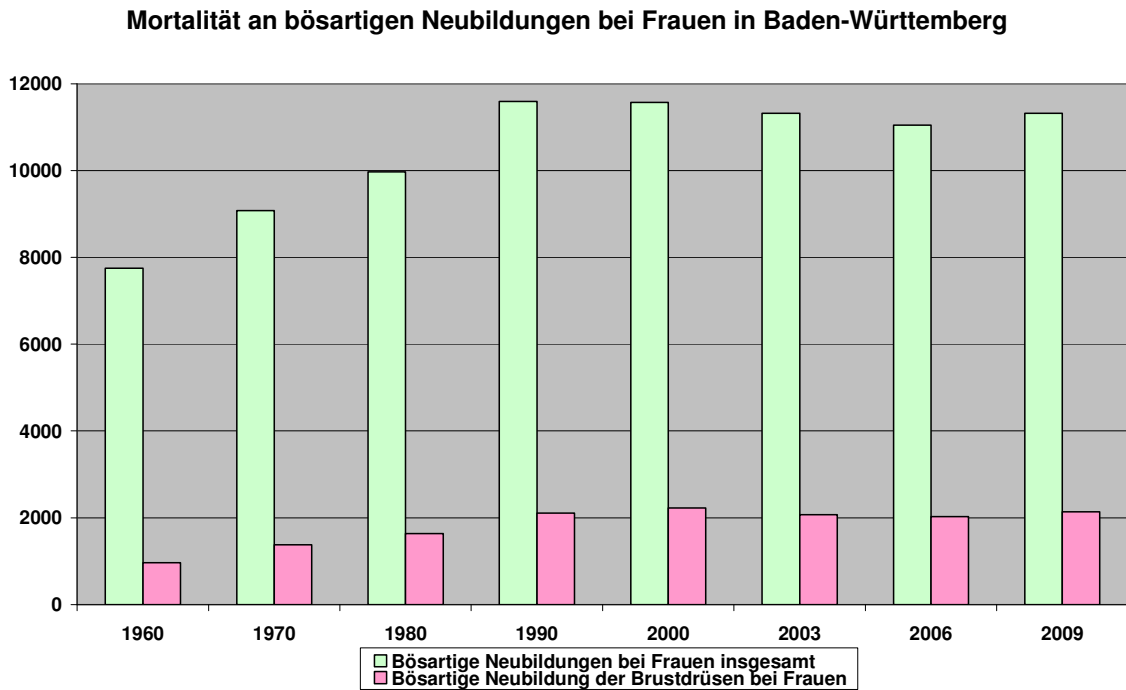
Gesundheitsziel: Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen

	Kriterien (Bewertung: 1=trifft nicht zu - 5=trifft voll zu)	Median					Spannweite					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1.	Schwere- oder Gefährdungsgrad				●							
2.	Verbreitung				●							
3.	Verbesserungspotential			●								
4.	Volkswirtschaftliche Relevanz			●								
5.	Ethische Aspekte				●							
6.	Chancengleichheit			●								
7.	Priorität aus Sicht der Bevölkerung				●							
8.	Messbarkeit				●							
9.	Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung				●							
10.	Machbarkeit			●								
11.	Relevanz als Standortfaktor			●								

Stand: 30.05.2011, n=15 Projektgruppenteilnehmer, Darstellung des Median <mittlerer Wert> und der Spannweite aller Angaben

VI.6.4. Exemplarische Daten aus Baden-Württemberg

Auswertungen der Sterblichkeit an Krebserkrankungen der Brustdrüse liegen seitens des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg aus der Todesursachenstatistik vor:



(Quelle: Daten Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

VI.7. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken

VI.7.1. Hintergrund

Patient(inn)en werden heute verstärkt als Kooperationspartner(inn) und Expert(inn)en für die eigene Gesundheit gesehen. Patient(inn)enorientierung und -beteiligung verbessern nicht nur präventive Maßnahmen und fördern den individuellen Gesundheitszustand sowie die Lebensqualität, sondern liefern auch wichtige Ansätze zur bedarfsgerechten und effizienten Gestaltung des Gesundheitswesens.

VI.7.2. Oberziele

Folgende Oberziele werden vorgeschlagen:

1. Transparenz erhöhen
2. Eigenkompetenz stärken

VI.7.3. Teilziele

Folgende Teilziele werden vorgeschlagen:

1. Erhöhung der Transparenz durch Verstärkung von zielgruppengerichteter Gesundheitsinformation und Beratungsangeboten
2. Stärkung gesundheitsbezogener Kompetenzen
3. Förderung der Inanspruchnahme von Selbsthilfe und Patientenvereinigungen

Gesundheitsziel: Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken

	Kriterien (Bewertung: 1=trifft nicht zu - 5=trifft voll zu)	Median					Spannweite					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1.	Schwere- oder Gefährdungsgrad			●								
2.	Verbreitung			●								
3.	Verbesserungspotential				●							
4.	Volkswirtschaftliche Relevanz			●								
5.	Ethische Aspekte			●								
6.	Chancengleichheit			●								
7.	Priorität aus Sicht der Bevölkerung			●								
8.	Messbarkeit			●								
9.	Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung				●							
10.	Machbarkeit			●								
11.	Relevanz als Standortfaktor			●								

Stand: 30.05.2011, n=15 Projektgruppenteilnehmer, Darstellung des Median <mittlerer Wert> und der Spannweite aller Angaben

VI.8. Gesundheit von Arbeitslosen

VI.8.1. Hintergrund:

Arbeitslosigkeit - insbesondere länger bestehende - ist vermehrt mit gesundheitlichen Problemen und gehäuft mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen der Betroffenen verbunden. Dieses ist sowohl für die Lebensqualität des Einzelnen bzw. der Angehörigen als auch auf Grund des erhöhten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs für die Gesellschaft von Bedeutung. Sie können darüber hinaus ein Hindernis für die Rückkehr in ein Erwerbsleben bedeuten. Arbeitslosigkeit kann zudem auch ein Risiko für die Gesundheit und Bildungs-/Entwicklungschancen der Familienangehörigen insbesondere der Kinder darstellen. Die verstärkten gesundheitlichen Beschwerden von Arbeitslosen reichen dabei von Schlafstörungen oder vermehrtem Suchtmittelkonsum bis zu depressiven Störungen und Angsterkrankungen. Diese gesundheitlichen Konsequenzen von Arbeitslosigkeit können insbesondere auf psychosoziale Belastungen auf Grund von z.B. Einkommensverlusten, Verlusten von arbeitsplatzgebundenen Sozialkontakten oder sozialem Prestige zurückgeführt werden. Für die individuelle Bewältigung von Arbeitslosigkeit und deren gesundheitliche Folgen sind insbesondere unterstützende soziale Ressourcen und Netzwerke von wichtiger Bedeutung.

VI.8.2. Oberziele:

Folgende Oberziele werden vorgeschlagen:

1. Problembewusstsein für gesundheitliche Risikofaktoren erhöhen
2. Bewältigungsstrategien fördern
3. gesundheitliche Voraussetzungen für Wiedereintritt ins Erwerbsleben schaffen

VI.8.3. Teilziele:

Folgende Teilziele werden vorgeschlagen:

1. Verstärkung der Transparenz von psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit in Problemgruppen
2. Förderung von bedarfsgerechten Zugängen zu Präventiv- und Bewältigungsangeboten
3. Intensivierung der Bildung von sozialen Netzwerken zur Bewältigung von Arbeitslosigkeit

Gesundheitsziel: Gesundheit von Arbeitslosen

	Kriterien (Bewertung: 1=trifft nicht zu - 5=trifft voll zu)	Median					Spannweite				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	Schwere- oder Gefährdungsgrad			●			---	---	---	---	---
2.	Verbreitung			●			---	---	---	---	---
3.	Verbesserungspotential				●		---	---	---	---	---
4.	Volkswirtschaftliche Relevanz				●		---	---	---	---	---
5.	Ethische Aspekte			●				---	---	---	---
6.	Chancengleichheit				●			---	---	---	---
7.	Priorität aus Sicht der Bevölkerung			●			---	---	---	---	---
8.	Messbarkeit			●				---	---	---	---
9.	Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung			●			---	---	---	---	---
10.	Machbarkeit			●			---	---	---	---	---
11.	Relevanz als Standortfaktor				●		---	---	---	---	---

Stand: 30.05.2011, n=15 Projektgruppenteilnehmer, Darstellung des Median <mittlerer Wert> und der Spannweite aller Angaben

VII. Ausblick - Erste Vorschläge für die weitere Umsetzung

Wesentlich für die erfolgreiche weitere Konkretisierung und Umsetzung der vorgeschlagenen Ziele ist ein hoher Grad an politischer sowie gesellschaftlicher Akzeptanz sowie Verankerung. Hierzu ist ein abschließender Beschluss der AG Standortfaktor Gesundheit und des Gesundheitsforums mit Zustimmung zu den vorgeschlagenen Zielen eine wesentliche Voraussetzung.

Ferner ist die Unterstützung der Ziele und deren Umsetzung durch die landespolitischen Ebenen, alle im Rahmen der Umsetzung berührten Ministerien sowie die kommunale Ebene entscheidend. Die Erreichung einer landes- und kommunalpolitischen Verbindlichkeit der Ziele könnte z.B. durch Kabinettsbeschluss, Votum des Städte-/ Landkreistages bzw. Aufnahme in die Programme von Parteien und Verbänden erfolgen.

Für die flächendeckende konkrete Umsetzung, langfristige Einbindung von Umsetzungspartnern und nachhaltige Verfolgung der vorgeschlagenen Ziele sind ferner ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen neben der weiteren Förderung eines freiwilligen Engagements wesentlich sowie eine gesetzliche Verankerung z.B. im Rahmen einer Novellierung des ÖGDG (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst - Gesundheitsdienstgesetz) und/oder eines Baden-Württembergischen Präventions-/Gesundheits-Gesetzes wichtig.

Die weitere Umsetzung und Konkretisierung der vorgeschlagenen Ziele kann auf Landesebene weitgehend durch bereits bestehende Projektgruppen der AG Standortfaktor Gesundheit, Landesbeiräte und -arbeitskreise, sowie Ressortinitiativen und ressortübergreifende Arbeitsgruppen geschehen.

Entscheidend für die langfristig erfolgreiche Umsetzung der vorgeschlagenen Gesundheitsziele ist das Aufgreifen der Ziele oder von Teilzielen durch die Arbeit von kommunalen Gesundheitskonferenzen oder in Arbeitsschwerpunkten von bestehenden bzw. sich ggf. entwickelnden Gesundheitsregionen oder Gesundheitsnetzwerken. Diese ermöglichen als wesentliche regionale Plattformen aller Akteure im Bereich Gesundheit die direkte Einbeziehung und damit die Erreichung der notwendigen Akzeptanz der Bevölkerung. Die regionale Priorisierung einzelner Ziele oder von Teilzielen wird sich dabei entsprechend den unterschiedlichen lokalen Bedürfnislage, Akteure und vielleicht bereits bestehenden Initiativen und Aktionen sehr unterschiedlich entwickeln können. Hierdurch kann ein wesentlicher Beitrag für die Sicherung der erforderlichen Nachhaltigkeit der Zielverfolgung und -umsetzung erreicht werden.

Mit Beginn der Umsetzungsphase ist eine direkte Vorstellung der Ziele in der Öffentlichkeit zum Einbinden aller relevanter und interessierter Akteure wichtig. Dieses könnte z.B. durch Statuskolloquien oder Landesgesundheits(ziele)konferenzen erfolgen, aus denen dann auch ggf. bei Bedarf zusätzliche, die Umsetzung begleitende Expertenbeiräte oder Arbeitsgremien entstehen könnten. Darüber hinaus könnte die Übernahme von Patenschaften für Ober- bzw. Teilziele durch Institutionen und Akteure des Gesundheitswesens erfolgen.

Für die notwendige Prozess-, Struktur- und Erfolgsevaluation und Darstellung einer langfristigen Zielerreichung ist ferner die Festlegung, Erhebung, Zusammenführung und Auswertung einer begrenzten Anzahl, möglichst einfacher Einzelindikatoren für die beschriebenen Ziele entscheidend. Es wird davon ausgegangen, dass deren Ableitung einschließlich der Klärung der Frage der notwendigen Datenquellen, Daten-

Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

verfügbarkeit, Datenzusammenführung und Darstellung durch die Projektgruppe ‚Gesundheitsberichterstattung‘ sowie auf kommunaler Ebene im Rahmen der Arbeit der kommunalen Gesundheitskonferenzen bzw. kommunalen Gesundheitsberichterstattung erfolgen.

VIII. Konkretisierungsbeispiele

VIII.1. *Diabetes mellitus - Xund in BaWü*

(Textquelle: Deutsche Diabetes-Stiftung, München Mai 2011)

VIII.1.1. Hintergrund

Die weit verbreitete Problematik eines derzeitigen Lebensstils, der durch Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht gekennzeichnet ist, führt zu einem rasanten Anstieg zahlreicher sogenannter Zivilisationskrankheiten wie z. B. Adipositas, Bluthochdruck oder Typ-2-Diabetes. Chronische Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen neben dem Risiko für entsprechende Folgeerkrankungen wie z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall oder Erblindung, mit einer gravierenden Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Betroffenen einher und schwächen die Leistungsfähigkeit unserer Gesellschaft.

Typ-2-Diabetes (DM2), als eine schwerwiegende dieser Zivilisationskrankheiten, betrifft – mit zunehmender Tendenz – derzeit ca. 10 % der Bevölkerung in Deutschland. Nicht berücksichtigt ist dabei die gewaltige Dunkelziffer von Menschen mit bislang unerkanntem DM2. Im Altersspektrum von 35-74 Jahre ist diese ebenso hoch wie die der Menschen mit behandeltem Diabetes. Hinzu kommen viele Millionen Bundesbürger mit Prädiabetes und bereits vorhandenen Störungen des Metabolischen Syndroms (Adipositas, Bluthochdruck, Fett- und Glukosestoffwechselstörungen).

In Baden-Württemberg sind etwa 1 Million Menschen an DM2 erkrankt. Entsprechend der Nationalen Verzehrstudie sind zudem in Baden-Württemberg 47% (2,5 Mio.) der Männer und 32% (1,8 Mio.) der Frauen übergewichtig und 21% (1,1 Mio.) bzw. 16% (0,9 Mio.) adipös. Darüber hinaus leiden 25-30% der Bevölkerung an einem Bluthochdruck, allein in Baden-Württemberg 2,7-3,2 Mio. Prävalenz und Inzidenz von Übergewicht und Adipositas bei Jungen (15% bzw. 6,3%) und Mädchen (15% bzw. 6,4%), als wesentlicher Risikofaktor für das Kardio- Metabolische Syndrom, nehmen ebenfalls stark zu.

Die mit der hohen Begleit- und Folgemorbidität der Krankheit einhergehenden Kosten liegen bereits bei etwa 10% der Ausgaben im Gesundheitssystem. Sie betragen in Deutschland aktuell etwa 30 Mrd. Euro, inklusive der indirekten Kosten bis hin zur doppelten Höhe.

Dies wirkt sich nicht nur negativ auf den Wirtschaftsstandort Baden-Württemberg aus, sondern verursacht gleichzeitig hohe gesamt-gesellschaftliche Kosten. Es mangelt nicht an Strukturen, Experten / Wissen über Entstehung, Diagnostik, Verlauf, und Therapie der Krankheit. Es fehlt aber an konkreter Umsetzung von Initiativen zur Prävention durch Veränderung der Verhältnisse – ebenso wie des Verhaltens der Risikopersonen, die auch einen nachhaltigen Effekt haben.

VIII.1.2. Problemstellung und Status der Prävention

Obwohl in Baden-Württemberg derzeit etwa jeder 10-te Einwohner an Diabetes erkrankt ist, herrscht nur geringes aktives Bewusstsein für die langfristigen Folgen des derzeitig vorherrschenden alltäglichen Lebensstils. Dementsprechend besteht bis dato kaum Motivation, gesundheitsgerechtes Verhalten nachhaltig und konsequent umzusetzen.

Eine evidenzbasierte (Primär- und Hochrisiko-) Prävention dieser Erkrankungen – durch eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung – ist jedoch gut belegt und erscheint vordergründig einfach. Bisher ist die Mehrheit der Bevölkerung mit Risiko jedoch nicht konsequent bereit oder in der Lage, gesundheitsbewusstes Verhalten im Alltag eigenverantwortlich umzusetzen. Ungesundes Verhalten wird zum Teil durch gesundheitshemmende Bedingungen in den Lebenswelten der Menschen (z. B. am Arbeitsplatz) begünstigt. Es fehlt an der Umsetzung von konkreten, langfristig angelegten Initiativen, die auf die gesundheitsförderliche Gestaltung des Verhaltens und der Verhältnisse in den Settings ausgerichtet sind und die Potenziale bestehender Präventions-Akteure nachhaltig fördern und ausschöpfen.

Gleichzeitig ist unser „Gesundheitssystem“ und dessen Finanzierung auf Krankheitsbehandlung („Reparatur“) ausgerichtet – nicht auf Gesundheitsförderung und Prävention. Es wurden zudem keine nachhaltigen Anreizsysteme seitens der Kostenträger für ihre potenziell gefährdeten Versicherten etabliert, um diese zu einem Veränderungsprozess („Change Management“) in der Lebensstilführung zu motivieren bzw. zu verpflichten.

Prävention wird nur dann erfolgreich sein, wenn der einzelne Bürger ein Bewusstsein für die eigenen Möglichkeiten, seine Gesundheit zu erhalten, entwickelt. Dieser Stärkung des Empowerments sind konkurrierend existierende Strukturen abträglich. Sie bedarf vielmehr der Kooperation aller relevanten Akteure auf Basis vernetzter Strukturen und der Nutzung der hieraus entstehenden Synergien. Dabei ist eine ausgewogene, aufeinander abgestimmte Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention in Kombination mit attraktiven Belohnungssystemen (Incentives) von besonderer Bedeutung.

Eine anspruchsvolle Form der Honorierung medizinischer Leistungserbringer ergibt sich möglicherweise aus neuen Ansätzen zur Finanzierung des Gesundheitssystems z.B. mit dem Pay-for-Performance (P4P). Bei dieser qualitätsorientierten Vergütung wird die Höhe des Leistungshonorars von der Erreichung definierter Qualitätsziele bestimmt. Eine qualitätsorientierte Vergütung beginnt mit der Qualitäts-Transparenz und dem Anspruch, positive/erfolgreiche von negativen/nicht erfolgreichen Leistungen zu differenzieren.

Das System beruht auf der Identifikation von Qualitätsindikatoren. Bonus-Systeme determinieren viele Beziehungen im Gesundheitswesen, so Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern oder zwischen Krankenkassen und Versicherten. Zu prüfen wird sein, ob und welche dieser Belohnungssysteme die Gesunderhaltung positiv beeinflussen können.

VIII.1.3. Umsetzungsplanung

Zielsetzung

Das Gesamtprojekt dieser Initiative der DDS gliedert sich in 3 Phasen, deren Umsetzung teilweise parallel erfolgen kann.

Die Aktivitäten der Phase 1 konzentrieren sich darauf, Risikopersonen und Typ-2-Diabetiker über alle verfügbaren Schnittstellen im Setting Betrieb anzusprechen, zu sensibilisieren und bei Bedarf in hochwertige, individuelle Lebensstilinterventions- bzw. Behandlungsprogramme zu lotsen. Der Start erfolgt als Pilotphase in drei Regionen: a) Gesundheitsregion/Regionalverband Schwarzwald-Baar-Heuberg, b) Gesundheitsregion Schwaben/Innovationsregion Ulm, c) Metropolregion Rhein-Neckar.

In Phase 2 werden die Aktivitäten der Initiative über die Modellregionen hinaus ausgeweitet. Die Zielgruppe dieser Phase sind Experten und Multiplikatoren sowie die Präventions-Dienstleister vor Ort.

Phase 3 fokussiert die Aufklärung und Information in der Bevölkerung – zur Schaffung von Awareness für die Zivilisationserkrankungen rund um das Metabolische Syndrom – über Adipositas bis Typ-2-Diabetes.

Inhalt

Basis für den gewünschten Projekterfolg ist die Schaffung von tragfähigen regionalen Strukturen/Netzwerken, die über die Projektlaufzeit hinaus qualitativ-hochwertige, standardisierte Präventions- und Versorgungsverfahren bereitstellen. Diese Strukturen sind „Regionale Präventionszentren“, gemanagt von einer Netzwerk-Leitung und einem Netzwerk-Koordinator. Hauptaufgabe des Regionalen Zentrums ist die strukturelle Vernetzung der Akteure, die Verknüpfung der Schnittstellen (z. B. Betriebsärzte und betriebliche Gesundheitsmanager mit Präventionsanbietern), um – mit mach- und finanzierbaren, hochwertigen Angeboten für Risikopersonen / Diabetiker – diese Zielgruppe erfolgreich in wirksame und nachhaltige Interventionen zu lotsen. Hierfür bietet die DiabetesStiftung DDS den Experten und Dienstleistern unterstützendes Material wie u.a. GesundheitsCheck Diabetes, Info-Broschüren, Präsentationen...) an.

Evaluation

Für die Programme und Maßnahmen zur Lebensstil-Änderung ist eine begleitende Qualitätssicherung durch das bei der DiabetesStiftung DDS angesiedelte Qualitätsmanagement-System „Koordinierung und Qualität in der Prävention“ (KoQuaP) entwickelt worden. Damit ist eine externe und neutrale Evaluation der Projekt-Strukturen, Prozesse und Ergebnisse durchführbar. Der Transfer der dann geschaffenen, evaluierten Präventions- und Versorgungsszenarien in nachhaltige nationale Strukturen wird hierdurch angestrebt.

Definition

Hochrisiko-Prävention bezeichnet die Prävention (kurz) vor der Manifestation einer Erkrankung, um diese hinaus zu zögern bzw. zu verhindern. Prävention wird als eine Entwicklungsaufgabe im lernenden System verstanden, die mit Qualitätsmanagement und wissenschaftlicher Begleitung (DiabetesStiftung DDS: Koordinierung und Qualität in der Prävention KoQuaP) einhergeht, um kontinuierlich verbesserte, qualitätsgesicherte Präventions- Angebote im Gesundheitssystem zu implementieren (Evaluierung mit Ergebniskontrolle).

Laufzeit

- ab Sommer/Herbst 2011 – Ende offen (u.a. abhängig von Kooperationspartnern)

Ansprechpartner DiabetesStiftung DDS:

Reinhart Hoffmann
Beauftragter des Vorstands
reinhart.hoffmann@diabetesstiftung.de
089 / 579579-11

Dipl.-Ges. Beate Huber
Projektmanagerin – Prävention/QM
beate.huber@diabetesstiftung.de
089 / 579579-14

VIII.2. Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel - AG Suchtprävention

Die Konkretisierung und Weiterentwicklung des von der Projektgruppe vorgeschlagenen Zieles der ‚Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel‘ könnte durch die bereits bestehende AG Suchtprävention erfolgen.

VIII.2.1. AG Suchtprävention

Mitglieder der AG Suchtprävention sind neben dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren und dem Landesgesundheitsamt unter anderem zahlreiche Vertreter sowohl anderer Ressorts als auch aus dem Bereich von Kranken- und Rentenversicherungen, Kommunen und kommunalen Verbänden, Stadt- und Landkreiseinrichtungen, der Wohlfahrtsverbände, Ärzteschaft, Wissenschaft und Krankenversorgung. Die AG Suchtprävention dient als Plattform zur gegenseitigen Information und Vernetzung und unterstützt den gegenseitigen Austausch.

Die AG Suchtprävention hat zum Ziel, untereinander abgestimmte Empfehlungen für die Suchtprävention in Baden-Württemberg zu erarbeiten, die als Grundlage für suchtpolitische Entscheidungen verwendet werden können. Die „Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel“ ist bereits Gegenstand der Arbeit der AG Suchtprävention und könnte das Gesundheitsziel nach Beschluss weiterentwickeln.

VIII.2.2. Darstellung exemplarischer Konkretisierungsbeispiele

1. Alkoholmissbrauchsprävention

Maßnahmen der Alkoholmissbrauchsprävention für eine Neue Festkultur wurden bisher nur landkreisweit umgesetzt. Zur Vernetzung dieser Angebote wurde das „Netzwerk Neue Festkultur“ in der Region Bodensee-Oberschwaben gegründet, in- zwischen sind 14 Landkreise Mitglied. Es handelt sich um ein interdisziplinäres Netzwerk mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Kommunalverwaltungen, der Polizei, der Suchtberatung und der Sozialarbeit aus den Landkreisen sowie dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Eine Leitlinie zur Festkultur ist entstanden und wurde inzwischen von den Landräten der 14 beteiligten Kreise unterschrieben. Ziel ist es, das Netzwerk auszuweiten und einen eigenen Internetauftritt auf der Homepage des Landesgesundheitsamts zu erstellen.

2. Tabakprävention

‚Be Smart - Don't Start‘ ist ein internationaler, im schulischen Setting angesiedelter Wettbewerb zum Nichtrauchen für Schulklassen, der in Baden Württemberg vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren, dem Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, dem Landesgesundheitsamt und der AOK Baden - Württemberg erfolgreich umgesetzt wird. An der Durchführung von Be Smart- Don't Start sind die Kommunalen Suchtbeauftragten der Stadt- und Landkreise maßgeblich beteiligt. Der Nichtraucherwettbewerb steht allen weiterführenden Schulen in Baden- Württemberg offen.

3. Verhältnispräventive Maßnahmen

Verhältnispräventive Ansätze sind ebenfalls von großer Bedeutung. Ein Beispiel guter Praxis ist der Verzicht auf den Verkauf von Spirituosen bei Festveranstaltungen im kommunalen Setting, z. B. bei Vereinsfesten.

IX. Erste Priorisierungsvorschläge

Auf eine definitive Priorisierung der einzelnen Gesundheitsziele wird verzichtet, weil die regionale Priorisierung einzelner Ziele oder von Teilzielen sich entsprechend den unterschiedlichen lokalen Bedürfnislagen, Schwerpunkten, Akteuren und vielleicht bereits bestehenden Initiativen und Aktionen sehr unterschiedlich entwickeln kann. Unter fachlichen Gesichtspunkten sowie wegen bestehender spezieller Bezugspunkte zu Baden-Württemberg mit möglichen Synergieeffekten auf Grund von schon vorhandener Expertise, bereits bestehenden oder geplanten Aktivitäten im Land, der konkreten Bereitschaft einzelner Akteure aus dem Bereich Gesundheit zur aktiven Unterstützung und ggf. bereits vorhandenen Umsetzungsmaßnahmen für einzelne Ziele auf Landesebene, die insgesamt schneller erste Ergebnisse erwarten lassen, ergibt sich folgender Vorschlag für eine erste orientierende Priorisierung:

- *Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren* wegen der hohen und zunehmenden Krankheitslast, der zu erwartenden Synergieeffekte mit anderen Projektgruppen wie z.B. ‚Früherkennung‘, ‚Aktiv für gesundes Altern‘, ‚Betriebliches Gesundheitsmanagement‘ und von Verbänden und Fachgesellschaften wie z.B. der geplanten Initiative ‚Xund in BaWü‘ der deutschen Diabetes-Stiftung
- *Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern* wegen der ebenfalls hohen Prävalenz sowie wegen der Synergieeffekte mit den Zielen anderer Projektgruppen wie z.B. ‚Betriebliches Gesundheitsmanagement‘ oder dem Projekt der Landesregierung zum Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung.
- *Gesund Aufwachsen* wegen zu erwartender Synergieeffekte bzw. der bestehenden Erfahrungen und Strukturen aus dem Präventionspakt und der großen inhaltlichen Nähe zu anderen Projektgruppen wie ‚Primärprävention/ Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen‘ sowie mit bereits bestehenden Aktivitäten auf Landesebene wie z.B. ‚Komm in Form‘
- *Aktiv für gesundes Altern* wegen der hohen gesellschaftlichen Relevanz angesichts demographischer Veränderungen sowie wegen zu erwartender Synergieeffekte mit der Arbeit anderer Projektgruppen wie z.B. ‚Aktiv für gesundes Altern‘, sowie der Arbeit des „Regionalen Knotens Baden-Württemberg“ des bundesweiten Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‘ mit dem Schwerpunkt ‚soziale Ungleichheit und Gesundheit bei älteren Menschen‘ in Baden-Württemberg und der Arbeit des im LGA bestehenden Zentrums für Bewegungsförderung in Baden-Württemberg bei älteren Menschen.
- *Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel* auf Grund der bestehenden Arbeit der AG Suchtprävention.

X. Mitglieder der Projektgruppe

Herr Prof. Dr. Günter Schmolz
Vorsitzender
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Herr Prof. Dr. Bertram Szagun
Co-Vorsitzender (bis Herbst 2010)
Hochschule Ravensburg-Weingarten

Die Aufzählung der weiteren Mitglieder der Arbeitsgruppe erfolgt in alphabetischer Reihenfolge:

Herr Prof. Dr. Michael Böhme
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Herr Christian Dietrich
Landespsychotherapeutenkammer

Herr Matthias Felsenstein
Landesärztekammer Baden-Württemberg

Frau PD Dr. Silke Fischer
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Herr Prof. Dr. Fischer (vertreten durch: Frau Ursula Goldberger)
Institut of Public Health Universität Mannheim

Herr Prof. Rudolf Forcher
Heilbäderverband Baden-Württemberg

Herr Dr. Peter Friebe
Ärzteverband ÖGD Baden-Württemberg

Frau Dr. Judith Gutensohn
Union Deutscher Heilpraktiker

Herr Prof. Dr. Michael Habs
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie Landesverband Baden-Württemberg

Herr Viktor Hartl
Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg

Herr Ulrich Hartschuh
(Vertreter Herr D. Renn)
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Frau Dr. Brigitte Joggerst
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren

Frau Ulrike Knirsch
Roche-Pharma

Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

Herr Frank Klingler
IKK Classic

Herr Dr. Dr. Carsten Köhler
Institut für Tropenmedizin, Universität Tübingen

Frau Barbara Leykamm
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Herr Roland Müller
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Herr Dr. Dietrich Munz
Landespsychotherapeutenkammer

Frau Christa Niemeier
Landesstelle für Suchtfragen

Frau Jutta Ommer-Hohl
AOK Baden-Württemberg

Frau Birgit Pfitzenmaier
Baden-Württemberg-Stiftung

Herr Rainhard Schübel
Union Deutscher Heilpraktiker

Herr Wolfgang Sindlinger
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren

Herr Rainer Steen
Gesundheitsamt Heidelberg

Herr Dr. Roland Straub
Landespsychotherapeutenkammer

Frau Dr. Iris Zöllner
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Anhang

Im folgenden, ergänzenden Anhang finden sich zum einen zusätzliche Informationen zu dem Gesundheitszieleprozess auf Bundesebene, sowie vertiefende Ausarbeitungen zu einigen der ausgewählten Gesundheitszielen, die federführend von einzelnen Mitgliedern der Projektgruppe erarbeitet und abschließend diskutiert worden waren. Entsprechende Ausarbeitungen liegen für folgende Gesundheitsziele vor:

- 1) Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren
2. Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermeiden
- 3) Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel
- 4) Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen

Zum anderen findet sich im Anhang eine Übersicht der zum Zeitpunkt der Berichterstellung aktuellen Gesundheitsziele des Bundes und der Länder.

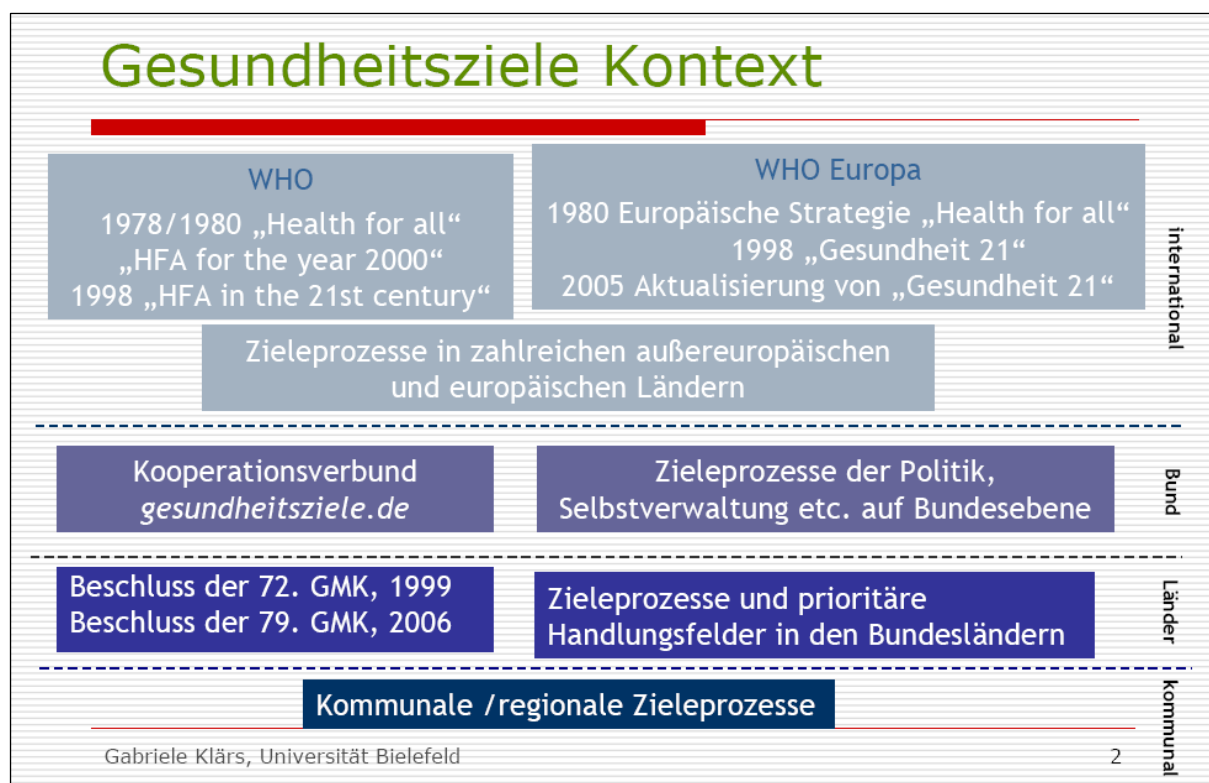
Diese Anhänge sollen die Weiterarbeit künftiger Gremien, Arbeitsgemeinschaften und Arbeits- oder Projektgruppen an den vorgeschlagenen Gesundheitszielen für Baden-Württemberg unterstützen.

I. Gesundheitszieleprozess auf Bundesebene

I.1. Hintergrund und grundsätzliche Bedeutung von Gesundheitszielen

Gesundheitsziele stellen eine Möglichkeit für eine konsensgesteuerte Gesundheitspolitik und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eines Landes dar. Sie dienen insbesondere einer verstärkten Verzahnung, Koordinierung und verbesserten Abstimmung der einzelnen Akteure im jeweiligen Aktionsfeld. Sie richten sich entweder auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in definierten Bereichen oder definierten Gruppen oder auch auf die Verbesserung von Strukturen, die für die Gesundheit der Bevölkerung von Bedeutung sind. Gesundheitsziele stellen somit eine langfristige politische Handlungsempfehlung für die erfolgreiche ständige Verbesserung aller Bereiche der Gesundheit der Bevölkerung dar und können dadurch zu höherer politischer Effizienz politischen Handelns und zu einem wirtschaftlicheren Einsatz von Ressourcen beitragen. Eine landespolitische Ausrichtung auf und kontinuierliche Weiterentwicklung von Gesundheitszielen unterstützt dabei insbesondere auch eine langfristige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen und -umfeldern.

Der Zielsetzungsprozess war primär von der WHO vor über 30 Jahren (1978 Alma-Ata) eingeleitet und mit den Programmen ‚Health for all‘ (1978) ‚Health for all for the year 2000‘ bzw. im Folgenden ‚Health for all in the 21 century‘ (1998) angestoßen worden. Für die Europäische Region der WHO entstanden die Programme ‚Health for all‘ (1980) ‚Einzelziele für Gesundheit 2000‘ (1985) sowie 1998, aktualisiert 2005 ‚Health/Gesundheit21‘



. Quelle: Fr. Klärs, Vortrag Was können Gesundheitsziele leisten und was nicht? -03.12.2010, Berlin

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

Folgende aktuellen 21 Ziele bestehen derzeit in der Europäischen Region der WHO (aus Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert):

- Ziel 1: Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region
- Ziel 2: Gesundheitliche Chancengleichheit
- 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 nicht-übertragbarer Krankheiten
- Ziel 9: Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen
- 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
- 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
- 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“

Der deutsche Zielprozess auf der Bundesebene startete 1999 mit einem Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz. Ab 2000 wurden dann die einzelnen Gesundheitsziele auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit in dem Forum / Kooperationsverbund ‚gesundheitsziele.de‘ unter Federführung der GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) in zahlreichen Ausschüssen und Arbeitsgruppen unter Beteiligung von Verantwortlichen aus der Politik, Vertreter/-innen von Kostenträgern, Leistungserbringern, Patient(inn)en- und Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, aus Fachverbänden, Industrie sowie Wissenschaft erarbeitet.

Nach Festlegung von relevanten Zielbereichen in Ausschüssen erfolgten die wesentlichen inhaltlichen Ausarbeitungen in Arbeitsgruppen zu Querschnittsthemen (z.B. Status quo Analyse, Evaluationsbeirat oder Öffentlichkeitsarbeit) sowie zu jedem einzelnen Gesundheitsziel. Der Mitgliederkreis der jeweiligen Arbeitsgruppen zu einzelnen Gesundheitszielen umfasste dabei insbesondere diejenigen Akteure, die das Ziel direkt betrifft und die entsprechend aktiv zu dessen Entwicklung bzw. Umsetzung beitragen können, sowie außerdem Wissenschaftler mit entsprechendem themenbezogenen Arbeitsschwerpunkt.

Der Evaluationsbeirat des Forums Gesundheitsziele Deutschland - gesundheitsziele.de legte in seinen Mai 2010 verabschiedeten ‚Empfehlungen des Evaluationsbeirates zur Quantifizierung von Gesundheitszielen‘ als wichtige Anforderung für Gesundheitsziele fest, dass diese nach dem SMART-Ansatz ausgewählt werden sollten, damit sie später erfolgreich umgesetzt, quantifiziert und evaluiert werden können. Dabei bedeutet SMART in diesem Zusammenhang, dass ein Gesundheitsziel

- **S**pecific or **S**imple (spezifisch/einfach),
- **M**easurable (messbar),
- **A**chievable (akzeptiert),
- **R**ealistic (realistisch) und
- **T**imely (terminiert)

sein soll.

Zusammenfassend ist somit für eine erfolgreiche weitere Konkretisierung, Umsetzung und später dann Quantifizierung bzw. Evaluation von Gesundheitszielen wesentlich, dass sie jeweils durch gesundheitspolitische Maßnahmen auch beeinflussbar sein müssen, möglichst an bestehende Aktivitäten der Akteure anknüpfen, realistisch sowie ausreichend konkretisiert sind und spezifische, regelmäßig erhobene Indikatoren zur Verfügung stehen. Ferner müssen die Ziele politisch und strukturell verankert und aktiv in Entscheidungen/Schwerpunktsetzungen einbezogen sein. Darüber hinaus sollte die Beteiligung der relevanten Akteure einschließlich sektorenübergreifender Kooperationen bestehen und eine langfristig angelegte Gesamt- und Umsetzungsstrategie vorhanden sein.

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de hat seit dem Jahr 2000 die folgenden nationalen Gesundheitsziele entwickelt, teilweise bereits aktualisiert und evaluiert:

1. **Diabetes mellitus Typ 2:** Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)

Oberziele:

- Auftreten des metabolischen Syndroms und die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 sind reduziert (Aktionsfeld Primärprävention)
- Frühe Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 in einem Krankheitsstadium, in dem noch keine Folgeschäden aufgetreten sind (Aktionsfeld Sekundärprävention und Forschung)
- Lebensqualität von Typ 2-Diabetikern ist erhöht; Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert (Aktionsfeld Krankenbehandlung und Rehabilitation)

2. **Brustkrebs:** Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003)

Oberziele:

- Frühes Erkennen von Brustkrebs in einem prognostisch günstigen Stadium (Aktionsfeld Früherkennung / Sekundärprävention)
- Qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung ist gewährleistet (Aktionsfeld Diagnostik, Therapie und Nachsorge)
- Verbessertes Wissensstand bei Patientinnen und Nicht-Betroffenen; verständliche, evidenzbasierte und unabhängige Informationen sind für Patientinnen und Nicht-Betroffene vorhanden (Aktionsfeld Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen)
- Patientinnen sind über Therapieoptionen informiert und Partnerinnen im Entscheidungsprozess (Aktionsfeld Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung)

- Lebensqualität der Patientinnen ist verbessert (Aktionsfeld psychosoziale und psychoonkologische Betreuung)
- Möglichkeit der Teilnahme an flexibilisierten Angeboten der Rehabilitation ist vorhanden (Aktionsfeld Rehabilitation)
- Klinische Krebsregister werden geführt und genutzt (Aktionsfeld Register)
- Kenntnis über verursachende Faktoren und ihre Zusammenhänge ist verbessert, Versorgungsforschung ist etabliert (Aktionsfeld Forschung)

3. **Tabakkonsum reduzieren** (2003)

Oberziele:

- Effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert (Aktionsfeld Verhältnisprävention)
- Gestiegene Anzahl entwöhnter Raucher(innen), auch unter Kindern und Jugendlichen (Aktionsfeld Verhaltensprävention)
- Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher(innen) (Aktionsfeld Verhaltensprävention)
- Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt (Aktionsfeld Verhaltensprävention)

4. **Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung** (2003; Aktualisierung 2010)

Oberziele:

- Erhöhung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen
- Reduktion von Belastungen / belastenden Einflüssen für Kinder, Jugendliche und Familien
- Förderung der Bewegung von Kindern und Jugendlichen
- Reduktion der Fehlernährung, Förderung der gesunden Ernährung in Familien
- Optimierung der Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in KiTa, Schule, Familie / Umfeld

5. **Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken** (2003)

Oberziele:

- Erhöhung der Transparenz durch qualitätsgesicherte, unabhängige und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote (Aktionsfeld Transparenz erhöhen)
- Stärkung gesundheitsbezogener Kompetenzen und der Patient(inn)enrechte (Aktionsfeld Kompetenz entwickeln)
- Ausbau der kollektiven Patient(inn)enrechte, Stärkung der individuellen Patient(inn)enrechte (Aktionsfeld Patient(inn)enrechte stärken)
- Verbesserung des Fall- und Beschwerdemanagements (Aktionsfeld Beschwerdemanagement verbessern)

6. **Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln** (2006)

Oberziele:

- Ausreichender Wissensstand über das Krankheitsbild und seine Folgen in der Bevölkerung (Aktionsfeld Aufklärung)
- Reduktion von Auftreten und Krankheitslast depressiver Erkrankungen (Aktionsfeld Prävention)

- Verhinderung von Suiziden, Verkürzung von Krankheitsphasen (Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie)
- Frühzeitiges Erkennen von Erkrankten und deren umfassende und schnelle Behandlung (Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie)
- Stärkung der Position der Patient(inn)en und ihrer Angehörigen (Aktionsfeld Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen)
- Verbesserung der Langzeitbehandlung Betroffener (Aktionsfeld Rehabilitation)
- Bedarfsgerechter Zugang zu Versorgungsstrukturen (Aktionsfeld Versorgungsstruktur)

7. **Gesund älter werden** (seit 2008 in Bearbeitung)

Bislang erarbeitete Handlungsfelder und Ziele:

- Handlungsfeld I: Gesundheitsförderung und Prävention
Ziel 1: Autonomie erhalten
- Handlungsfeld II: Gesundheitliche, psychosoziale und pflegerische Versorgung
Ziel 2: Gesundheitliche, psychosoziale und pflegerische Versorgung für das höhere Lebensalter verbessern
- Handlungsfeld III: Besondere Herausforderungen
Ziel 3: Gesundheitliche und psychosoziale Vulnerabilität verbessern

Parallel, teilweise auch vor dem Bundesprozess, erfolgten auch in vielen Bundesländern Überlegungen zu Landesgesundheitszielen. Diese konzentrierten sich entweder auf einige wenige Themenbereiche oder erfassten teilweise auch eine große Vielfalt von Fragestellungen. Dabei erfolgte die eigentliche Ausarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen im wesentlichen in kleinen ministeriell eingesetzten Expertengremien / Arbeitsgruppen unter Einbeziehung relevanter Akteure und/oder auch Landesvereinigungen für Gesundheit. In einigen Fällen wurden Ziele von der EU bzw. dem Bund übernommen und/oder unter ministerieller Federführung ggf. auch der politischen Ebene (z.B. Festlegung durch Koalitionsvereinbarung in Sachsen) direkt festgelegt. Häufig wurde in den Prozess ein bestätigendes Plenum einbezogen.

Die weitere Ausarbeitung erfolgte entweder über die bestehenden Gremien bzw. Landesvereinigungen selber, durch Gutachtenvergabe an Institute und wissenschaftliche Einrichtungen oder durch neu eingerichtete Arbeitsgruppen. Letztere wurden entweder über das Plenum oder im Rahmen von Gesundheitskonferenzen eingerichtet. Letztendlich wurden die Gesundheitsziele dann der(Fach-) Öffentlichkeit vorgestellt mit der Absicht, durch Verkündung der Ziele gleichzeitig die Akteure für die operative Umsetzung der Ziele zu motivieren und zu gewinnen. Dabei wurden in der Regel auch entsprechende Arbeitskreise und Kommissionen zu den Zielen/Teilzielen zur Begleitung von deren Umsetzung eingerichtet.

I.2. Kriterien für die Auswahl von Gesundheitszielen auf Bundesebene

Die Auswahl der Gesundheitsthemen sowie Ziele bzw. Teilziele im Rahmen des Bundesprozesses erfolgte pragmatisch durch die Ausschussmitglieder. Die Auswahl wurde dabei letztendlich auf Grund von vorher festgelegten und bewerteten Kriterien danach getroffen, ob ein Ziel/Thema sinnvoll, relevant, wünschenswert und handhabbar erschien. Dieses pragmatische Verfahren der Eingrenzung konnte gewählt werden, da die Ausschussmitglieder das gesamte Spektrum der Akteure des Gesundheitswesens repräsentierten.

Für die Ziel/Themenauswahl wurden die eingebrachten Vorschläge in vier Zielbereiche eingeteilt:

1. ‚Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug‘,
2. ‚Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention‘,
3. ‚Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen‘ sowie
4. ‚Gesundheitsziele mit Bürger(innen)- und Patient(inn)enorientierung‘.

Die so vorgeschlagenen Ziele wurden dann weiter anhand von zuvor festgelegten, abgestimmten Kriterien geprüft, die sowohl wissenschaftliche als auch partizipative Gesichtspunkte berücksichtigten. Bei der Aufstellung der Kriterien wurden im Wesentlichen folgende Fragestellungen berücksichtigt:

- wissenschaftliche: wie Mortalität, Morbidität, Verbreitung des gesundheitlichen Problems, Verbesserungschancen, Vorhandensein von Verfahren und Instrumenten zur Verbesserung des Problems, Messbarkeit
- ökonomische: wie Kosten
- ethische
- normative: wie Chancengleichheit, Bürger- und Patientenbeteiligung
- pragmatische/gesundheitspolitische: wie Bedeutung des Problems in der Bevölkerung und Politik, Vorhandensein von umsetzungsbereiten Akteuren.

Die letztendlich angewandten Auswahlkriterien sollten aufzeigen, ob ein Gesundheitsproblem eine hohe Mortalität, Verbreitung, Krankheitslast und direkte Kosten verursachte, gute Chance einschließlich vorhandener Instrumente/Verfahren zur Verbesserung bestanden, Instrumente/Verfahren zur Verbesserung sowie Messung eines Fortschrittes und umsetzende Akteure vorhanden sind, eine hohe Relevanz für die Bevölkerung und die Politik bestand, gute Möglichkeiten zur Verbesserung gesundheitlicher Ungleichheit und aktive Umsetzungsmöglichkeiten für Bürger(innen)/Patient(inn)en vorhanden sind und ethische Bedenken vorliegen.

Alle letztlich ausgewählten Ziele sind im Rahmen des Entscheidungsprozesses auf Bundesebene dabei dann nach folgenden 10 Kriterien untersucht, bewertet und ausgewählt worden:

1. Schweregrad
 - 1. Mortalität sowie 2. bevölkerungsbezogene Krankheitslast
2. Verbreitung
 - 1. Prävalenz sowie 2. Verbreitung gesundheitsprotektiven bzw. gesundheitsriskanten Verhaltens
3. Verbesserungspotential

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

4. Volkswirtschaftliche Relevanz
 - Insbesondere Beurteilung direkter (und falls möglich indirekter) Krankheitskosten
5. Ethische Aspekte
6. Chancengleichheit
 - Berücksichtigung insbesondere von Geschlecht, soziale Lage, Schultypen und Migration
7. Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung
8. Messbarkeit
 - Vorhandensein von Indikatoren und dauerhafte Verfügbarkeit von Datenquellen
9. Beteiligungsmöglichkeit der betroffenen Bevölkerungsgruppe an der Problemlösung.
10. Machbarkeit
 - 1. vorhandene Instrumente/Verfahren sowie 2. Beteiligungsbereitschaft von Akteuren

Dem Kriterium ‚Machbarkeit‘ kam im Gesamtprozess auf Bundesebene eine zentrale Bedeutung zu und umfasste sowohl die Frage nach möglichen Instrumenten/ Maßnahmen als auch die Umsetzungsbereitschaft der Akteure. Nur wenn beides zum Entscheidungszeitpunkt gegeben war, wurde ein Ziel als tauglich angesehen.

(Quellen: gesundheitsziele.de/GVG Handbuch: Ziele auswählen, entwickeln und evaluieren - zentrale Konzepte von gesundheitsziele.de und BMG gesundheitsziele.de - Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland - Bericht 2003)

II. Exemplarische Ausarbeitungen einzelner Gesundheitsziele

II.1. Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen vermindern

Diabetes mellitus Typ 2

- Erkrankungsrisiko senken, Risikogruppen identifizieren und erreichen, Menschen mit Zuckerkrankheit früh erkennen und behandeln -

- Krankheit früh erkennen, Inanspruchnahme und Qualitätssicherung von Früherkennung fördern, die Dunkelziffer reduzieren
- Selbstmanagement von Erkrankten verbessern, angemessene Versorgung ausbauen und gewährleisten sowie psychosoziale Ebene integrieren.
- Bewusstsein, Motivation und Verhalten verbessern sowie gesundheitsfördernde Strukturen verstärken

1. Einleitung

Der Diabetes mellitus ist eine folgenschwere Störung des Zuckerstoffwechsels im Körper, die zu einer chronischen Erhöhung des Blutzuckers führt. Eine wichtige Konsequenz für Menschen mit länger bestehendem gestörten Zuckerstoffwechsel können - auf Grund von Schädigungen kleiner bzw. großer Gefäße - Herz-Kreislauf- und weitere Gefäßerkrankungen sein. Langfristig steigt dadurch insbesondere das Risiko für schwere Folgeerkrankungen wie z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Schädigung der Sehkraft der Augen (bis zum Erblinden), Störungen der Funktion der Nieren (bis zum völligen Nierenversagen), Schädigungen der Nerven und insgesamt der Gefäße mit Durchblutungsstörungen der unteren Extremität (Beine/Füße).

Die komplexe Verflechtung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und gestörtem Zuckerstoffwechsel zeigt sich ferner auch in dem kardiovaskulär-metabolischen Symptomkomplex, zu dem als wesentliche Komponenten Übergewicht/Adipositas sowie Bluthochdruck und Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels gehören. Damit einher geht ein erhebliches Risiko zur Entwicklung von Herz-/Kreislauserkrankungen und/oder eines Diabetes Typ 2 [Hanefeld et al., Internist 2007]. Von Bedeutung für die Menschen mit Zuckerkrankheit sind ferner auch Folgen durch Beeinträchtigungen/Veränderungen des Immunsystems mit Störungen der Phagozytenfunktion oder der zellulären Immunität, die z.B. zu einer erhöhten Infektanfälligkeit oder verminderter Wundheilung führen können, das vermehrte Auftreten von Depressionen sowie von verschiedenen Krebserkrankungen wie z.B. Leber-, Pankreas-, Kolorektal-, Endometrium-, Blasen- oder Nierentumoren [Powers, Harrisons Innere Medizin 2009; Müssig et al., DMW 2010; Hemminki et al., The Oncologist 2010].

Im Wesentlichen werden zwei grundsätzlich unterschiedliche Formen des Diabetes mellitus (Typ 1 bzw. Typ 2) unterschieden. Der Diabetes Typ 1 ist durch eine Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen in der Bauchspeicheldrüse charakterisiert („Autoimmunkrankheit“) und tritt vorwiegend in jüngeren Jahren (Kinder – junge Erwachsene) auf. Er wurde deshalb früher auch als „juvener (jugendlicher) Diabetes“ bezeichnet. Es bestehen leider bislang keine wirksamen, vorbeugenden Maßnahmen zur Vermeidung des Auftretens dieser Erkrankung.

Der Diabetes Typ 2 tritt hingegen eher mit zunehmendem Lebensalter auf, weshalb er früher auch „Alterdiabetes“ genannt wurde. Er ist durch einen relativen Mangel an Insulin, durch eingeschränkte Insulinwirkung oder verminderte Insulinmenge gekennzeichnet. In vielen Fällen besteht hier eine gute Möglichkeit der eigenverantwortlichen, aktiven Vorbeugung (Prävention / Lebensstil-Intervention), sodass sich das Gesundheitsziel auf diesen Diabetestyp beschränkt.

Ein Diabetes mellitus Typ 2 tritt häufig zusammen mit Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen auf („Metabolisches Syndrom“). Dabei kann ein beginnender Typ 2 Diabetes über viele Jahre keine oder kaum Beschwerden verursachen, aber dennoch sogar schon zu Folgekrankheiten geführt haben. Nach Schätzung von Experten wird ein Typ 2 Diabetes derzeit mit einer Zeitverzögerung von ca. 5-10 Jahren erkannt. Da das Auftreten eines Diabetes Typ 2 entscheidend durch Fehlernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel („Zivilisationskrankheit“) gefördert werden kann, folgt daraus, dass der Ausbruch dieser Erkrankung in vielen Fällen durch gesunde Ernährung, Gewichtsabnahme und verstärkte körperliche Aktivität verhindert oder verzögert und in der Frühphase gut behandelt werden kann.

Für jeden Einzelnen ist es daher wichtig, frühzeitig ein bestehendes Diabetesrisiko bzw. einen Diabetes in der Frühform zu erkennen, damit er die Möglichkeit zu einer rechtzeitigen aktiven Intervention hat. Denn je eher ein bestehendes Diabetes Risiko erkannt wird, umso früher können die Betroffenen etwas aktiv für sich tun und ein Erkrankungsrisiko senken. Ferner ist die Behandlung im Frühstadium der Erkrankung ohne wesentliche Folgekrankheiten einfacher und weniger aufwändig. Nach Manifestation der Erkrankung ist sowohl eine abgestimmte, individuelle Behandlung und Betreuung der Patienten als auch ein konsequentes Selbstmanagement und ein eigenverantwortlicher Umgang mit der chronischen Erkrankung wesentlich.

Zu dem Gesundheitsziel ‚Diabetes mellitus Typ 2‘ gibt es bereits eine umfangreiche Ausarbeitung durch die Zielfestlegung auf Bundesebene, die einschließlich der Begründung unverändert Bestand hat und auf die verwiesen wird. In dieser Zielbegründung wird hervorgehoben, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung v. a. in den höheren Lebensaltern an Diabetes erkrankt ist, Menschen mit Diabetes eine erhöhte Sterblichkeit an Herz - Kreislauferkrankungen sowie weiteren Folgekrankheiten aufweisen und durch Früherkennung die Lebensqualität verbessert sowie die Verringerung der Lebenserwartung vermindert werden kann. Zur Begründung des Gesundheitszieles Diabetes mellitus für Baden-Württemberg wird darüber hinaus auch auf den Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2010, das Weißbuch Diabetes in Deutschland von 2010, das Faktenbuch ‚Prävention vor Kuration‘ der Deutschen Diabetes-Stiftung von 2008 sowie die Präventionspapiere des Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus von 2005 und diabetesDE von 2009 verwiesen. Im Folgenden werden unter den vorgegebenen Kriterien jeweils einige wichtige Punkte hervorgehoben.

2. Beurteilung nach einzelnen Kriterien

Schwere- oder Gefährdungsgrad

(z.B. Mortalität, Letalität, bevölkerungsbezogene Krankheitslast, Arbeitsunfähigkeit, Reha, DALY's)

Der Diabetes mellitus Typ 2 ist eine der derzeit wichtigsten chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung, die mit Störungen im Kohlenhydrat-, Fett- und Eiweißstoffwechsel einhergeht und zu schwerwiegenden Folgekrankheiten (wie z.B. diabetische Nierenerkrankung, Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß, Mikroangio-

pathie, koronare Herzerkrankungen, arterielle Verschlusskrankheit oder Schlaganfall) führen kann [*Jcks, Diabetologe 2010*].

Für kardiovaskuläre Komplikationen konnte z.B. bei einer Beobachtung über 7 Jahre gezeigt werden, dass Patienten mit Diabetes und ohne vorherigen Herzinfarkt ein Risiko von 3,2 Herzinfarkten (Kontrollen ohne Diabetes: 0,5), 1,6 Schlaganfällen (Kontrollen ohne Diabetes: 0,3) und 2,5 herzbedingten Todesfällen (Kontrollen ohne Diabetes: 0,3) jeweils pro 100 Personenjahre haben. Dieses entsprach in etwa dem gleichen Risiko, welches Patienten ohne Diabetes jedoch mit vorherigem Herzinfarkt hatten. Bei Patienten mit Diabetes und zusätzlichem vorherigem Herzinfarkt war das Risiko nochmals mehr als verdoppelt [*Haffner et al., N Eng J Med 1998*].

Eine aktuelle Metaanalyse von 13 Studien mit zusammen 45.108 Patienten betont das erhöhte Herzinfarktrisiko für Menschen mit Diabetes, zeigte aber auch zusammenfassend kein höheres sondern ein geringeres Risiko für einen Erstinfarkt bei Menschen mit Diabetes als Rezidivrisiko eines Herzinfarktes bei Menschen ohne Diabetes auf, sodass die Erfassung des individuellen Gesamtrisikoprofils für kardiovaskuläre Erkrankungen von Bedeutung ist [*Bulugahapitiya et al., Diabet Med 2009*].

Eine weitere Metaanalyse von 37 prospektiven Studien mit insgesamt 447.064 Patienten bestätigte erneut das mit 5,4 (Kontrollen ohne Diabetes: 1,6) deutlich höhere Risiko für Menschen mit Diabetes, einen tödlichen Herzinfarkt zu erleiden. Die weitergehende Analyse zeigte dabei ein insgesamt höheres relatives Risiko für Frauen im Vergleich zu Männern von 1,46 auf [*Huxley et al., BMJ 2006*].

Insgesamt wird hinsichtlich der makrovaskulären Komplikationen davon ausgegangen, dass Patienten mit Diabetes mellitus hinsichtlich

- Herzinfarkt ein ca. 3-4 fach (Männer) bzw. 8-11 fach (Frauen) erhöhtes Risiko
- Amputation ein ca. 10-15 fach erhöhtes Risiko und
- Schlaganfall ein ca. 2-3 fach (Männer) bzw. 4-5 fach (Frauen) erhöhtes Risiko

im Vergleich mit Menschen ohne „Zuckerkrankheit“ haben.

Patienten mit Diabetes mellitus haben insgesamt, bedingt durch die Vielzahl an möglichen Folgeerkrankungen, eine deutlich erhöhte Gesamt mortalität bzw. verkürzte Überlebensrate. So konnte z.B. bei einer Beobachtung über sieben Jahre gezeigt werden, dass die kumulative Überlebensrate von Patienten mit Diabetes bei 0,954 und mit gestörter Glukosetoleranz bei 0,962 lag, welche beide signifikant schlechter waren als die einer vergleichbaren Kontrollgruppe ohne Diabetes mit 0,988 [*Tomina-ga et al., Diabetes Care 1999*].

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes war 2009 die Todesursache bei 3,2% der in Baden-Württemberg Verstorbenen ein Diabetes mellitus, wobei allerdings alle Diabetestypen zusammen betrachtet wurden [*Statistische Berichte Baden-Württemberg 2010*].

Insgesamt trägt Diabetes somit zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität und Erhöhung der Krankheitslast in der Bevölkerung bei. Dieses zeigt sich z.B. auch an dem durchschnittlichen Zugangsalter in die gesetzliche Rentenversicherung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder auch an den Arbeitsunfähigkeitsdaten je Fall mit Diabetes-Diagnose von AOK-Versicherten, die deutlich über dem Gesamtdurchschnitt liegen [www.gbe-bund.de].

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

Tabelle: Daten GBE-Bund zu verminderter Erwerbsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeitstagen je Fall mit Diabetesdiagnose an Hand von AOK-Pflichtversicherten

Jahr	Verminderte Erwerbsfähigkeit: Durchschnittliches Zugangsalter in die gesetzliche Rentenversicherung		Arbeitsunfähigkeitstage je Fall		
	E10 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Diabetes Typ 1)	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Diabetes Typ 2)	E10 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Diabetes Typ 1)	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Diabetes Typ 2)	Insgesamt
2009	49,89	54,47	-	-	-
2008	50,34	54,51	15,2	17,5	11,6
2007	50,72	54,30	15,6	18,5	11,7
2006	50,19	54,14	16,5	18,5	12,1
2005	50,43	53,73	17,9	21,3	13,1
2004	-	-	20,1	21,7	13,3
2003	-	-	20,7	22,2	13,3
2002	-	-	21,5	23,5	13,7

(Quelle www.gbe-bund.de am 27.08.2010 und 20.04.2011)

Tabelle: Daten zu verminderter Erwerbsunfähigkeit mit der Diagnose Diabetes für Baden-Württemberg

Jahr	Verminderte Erwerbsfähigkeit: Durchschnittliches Zugangsalter in die gesetzliche Rentenversicherung in Baden-Württemberg									
	E10 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Diabetes Typ 1)					E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Diabetes Typ 2)				
	Männer		Frauen		Anzahl gesamt	Männer		Frauen		Anzahl gesamt
Alter	Anzahl	Alter	Anzahl	Alter		Anzahl	Alter	Anzahl		
2009	48,58	31	53,31	16	47	55,66	111	55,55	51	162
2008	50,14	21	45,5	14	35	55,48	88	52,32	28	110
2007	50,04	23	45,27	11	34	54,78	93	54,47	36	129
2006	50,03	31	49,1	10	41	55,04	106	53,56	41	147
2005	52,22	27	49,95	19	46	54,8	124	53,93	45	169

(Quelle: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Ber. Reha-Management, persönliche Mitteilung 15.11.2010)

Verbreitung

(z.B. Prävalenz der Erkrankung)

Die Internationale Diabetes Föderation (IDF-International Diabetes Federation) geht in Ihren aktuellen weltweiten Schätzungen in der vierten Ausgabe ihres Diabetes Atlas davon aus, dass 2010 in Deutschland ca. 12 % der Bevölkerung an einem Diabetes leiden. Bei dieser Schätzung wurden bislang unerkannte Menschen mit Diabetes mit eingeschlossen. Damit liegt Deutschland in Europa derzeit leider an der Spitze. Die Zahl der Menschen mit Diabetes mellitus ist dabei in Deutschland ebenso wie weltweit in den letzten Jahren ständig angestiegen. Der kontinuierliche Anstieg der Behandlungsprävalenz zeigt sich beispielhaft an einer Stichprobe von Versicherten der AOK Hessen über 10 Jahre mit zuletzt ca. 9% [Hauner et al., Dtsch Ärztebl 2007, diabetesDE 2009].

Tabelle: Behandlungsprävalenz an Diabetes in Deutschland - Schätzung an Hand einer Stichprobe von AOK-Versicherten in Hessen

Jahr	Prävalenz in Prozent der Gesamtbevölkerung
2007	8,9%
2006	8,6%
2005	8,2%
2004	7,9%
2003	7,9%
2002	7,5%
2001	6,9%
2000	6,5%
1999	6,1%
1998	5,9%

Quelle: diabetesDE - Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2010

Eine vergleichbare Entwicklung auch für Baden-Württemberg zeigen aktuelle Zahlen aus den Jahren 2006-2008 anhand der Auswertung der Gesamtzahl der Versicherten der AOK in Baden-Württemberg (entspr. ca. 1/3 der Bevölkerung in Baden-Württemberg) mit einer tendenziell steigenden Prävalenz an Behandlungen von Patienten mit Diabetes von zuletzt ca. 7-8% [Boehm et al., *Diabetologie & Stoffwechsel 2010*].

In mehreren fragebogenbasierten Untersuchungen ergaben sich insgesamt etwas geringere Prävalenzraten. So zeigte z.B. die kumulative Auswertung von mehreren bevölkerungsbezogenen Gesundheitssurveys für die Jahresperiode von 2002-2005 nur eine Diabetes-Prävalenz von insgesamt 5,34 %, wobei jedoch auffällig war, dass sich in fragebogenbasierten Untersuchungen kein vergleichbarer Prävalenzanstieg über die Zeit zeigte [Heidemann et al., *Diabetic Medicine 2009*]. Allerdings ist bei dieser Art von Studien neben Einflüssen durch Responseraten (z.B. in verschiedenen Schichten der Bevölkerung, Oberschichtenbias) und Selektion auch ein Erinnerungsbias (keine Erinnerung an die Diagnose zum Moment der Befragung) von Bedeutung, der bis zu 25 % betragen kann [Hauer et al., *Dtsch Ärztebl 2007*].

Es gibt nur sehr wenige Untersuchungen über die mögliche Anzahl an unentdeckten aber bereits bestehenden Erkrankungen an einem Diabetes in der Bevölkerung. Die KORA-Studie (Raum Augsburg) konnte in diesem Zusammenhang für die Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren zeigen, dass zusätzlich zu den bekannten Erkrankungen an Diabetes von 9,0% (Männer) bzw. 7,9 % (Frauen) noch etwa die gleiche Zahl an bislang nicht diagnostizierten aber bereits bestehenden Diabetes-Erkrankungen von 9,7% (Männer) bzw. 6,9% (Frauen) sowie 26,6% (Männer) bzw. 20,5% (Frauen) mit bereits gestörter Glukosetoleranz oder Nüchtern glukose gerechnet werden muss [Rathmann et al., *Diabetologia 2003*].

Von einem deutlichen Anstieg der Diabetes-Prävalenz sind insbesondere Personen ab 40 Jahren betroffen. Mit 50 Jahren beträgt die Diabetes-Prävalenz bereits ca. 10% der Bevölkerung und steigt weiter bis auf ca. 25 bis 30% bei den über 70-Jährigen [Hauer et al., *Dtsch Ärztebl 2007*, Boehm et al., *Diabetologie & Stoffwechsel 2010*].

Personen mit gestörter Glukosetoleranz (erhöhte Nüchternblutzuckerwerte oder erhöhte Blutzuckerwerte 2-Std. nach Belastung) haben ein deutlich erhöhtes Risiko, einen klinisch manifesten Diabetes zu entwickeln. Dieses Risiko lag in einer Metaanalyse von 6 Studien bei 57,2 / 1000 Personenjahre. Es bestand eine direkte Abhängigkeit von der Höhe der Blutzuckerwerte in Ruhe oder nach Belastung [Metaanalyse: Edelstein et al., *Diabetes 1997*].

Als wichtige Gründe für die steigende Diabetes-Prävalenz wird der Anstieg der Lebenserwartung und die zunehmende Zahl an Menschen angesehen, die sich auf Grund ihrer Lebensweise fehlerhaft ernähren, übergewichtig sind und sich zu wenig bewegen. Diese Faktoren werden auch als wichtige Gründe dafür angenommen, dass vermehrt Menschen bereits in jüngerem Alter an einem Diabetes mellitus Typ 2 erkranken. Die Zunahme der Zahl an zuckerkranken Menschen wird darüber hinaus noch durch die demographische Entwicklung mit dem zunehmenden Anteil an Menschen mit höherem Alter in der Bevölkerung verstärkt.

Erschreckend hoch ist die Diabetes-Prävalenz auch bereits bei Kindern und Jugendlichen. Nach den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) als einer aktuellen, bundesweit durchgeführten, bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung des Robert Koch-Institutes beträgt diese bei Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre 0.14% [Kamtsiuris et al., Bundesgesundheitsblatt 2007]. Rechnet man diese Zahlen auf die Gesamtbevölkerung um ergibt sich, dass derzeit ca. 22000-25000 Kinder und Jugendliche mit einem Diabetes in Deutschland leben. Auch wenn derzeit noch der weit überwiegende Anteil Kinder und Jugendliche mit Typ 1 Diabetes sind, zeigt eine aktuelle Auswertung von Versichertendaten der AOK in Baden-Württemberg bereits eine Behandlungsprävalenz an Diabetes Typ 2 von 0,35% (männlich) bzw. 0,26% (weiblich) in der Altersjahrgangsguppe bis 18 Jahre [Boehm et al., *Diabetologie & Stoffwechsel* 2010].

Experten gehen davon aus, dass sich die Diabetes-Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen insbesondere bedingt durch die zunehmende Adipositas in diesen Altersgruppen weiter erhöhen wird. Die Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes sind auch unter Kindern zunehmend verbreitet: Die KIGGS-Untersuchungen ergaben z.B. eine Prävalenz von Übergewicht einschließlich Adipositas von 15 % und Adipositas alleine von 6,3%. Verstärkt sind hiervon Jugendliche mit Migrationshintergrund, niedrigem Sozialstatus sowie solche mit übergewichtigen Müttern betroffen [Kurth et al., *Bundesgesundheitsblatt* 2007]. Eine Hochrechnung dieser Ergebnisse der KIGGS-Untersuchungen auf die bundesdeutsche Wohnbevölkerung würde bedeuten, dass derzeit etwa 2 Mio. Kinder in Deutschland übergewichtig sind, davon 800.000 bereits adipös. Umgerechnet auf die Bevölkerung in Baden-Württemberg würden sich damit ca. 270.000 übergewichtig/adipöse bzw. ca. 120.000 bereits adipöse Kinder und Jugendliche ergeben. Wichtige Ursachen hierfür sind bei Kindern und Jugendlichen ebenfalls vor allem ein ungesundes Ernährungsverhalten und Bewegungsmangel sowie insbesondere auch ein verändertes Schlaf-, Spiel- und Freizeitverhalten.

Verbesserungspotential

(z.B. positive Beeinflussung, Verhinderbarkeit, Benchmarking)

Das Erkrankungsrisiko für einen Diabetes Typ 2 ist zwar zu einem nicht unerheblichen Teil genetisch bedingt, Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel stellen allerdings entscheidende Faktoren dar, die das Ausbrechen der Erkrankung fördern können [Stumvoll et al., *Lancet* 2005].

Das Auftreten eines klinisch manifesten Diabetes kann daher zwar nicht völlig verhindert werden, zahlreiche Studien konnten jedoch zeigen, dass z.B. durch langfristige Änderungen des Lebensstils entscheidend zu einem Rückgang des Erkrankungsrisikos beigetragen werden kann. Die Zahl der durch Prävention vermeidbaren Fälle wird dabei für den Diabetes besonders hoch gehalten und auf über 90% geschätzt [Weiland et al., *Dtsch Arztebl* 2006].

- Zahlreiche Studien konnten in den letzten Jahren belegen, dass eine frühzeitige Veränderung des Lebensstils bei Personen im unmittelbaren Vorstadium

eines Diabetes (gestörte Glukosetoleranz) den Ausbruch einer manifesten Erkrankung an einem Diabetes mellitus verhindern oder aber wenigstens erheblich verzögern konnte [Metaanalyse: *Gillies et al., BMJ 2007*].

- Bei 3.234 übergewichtigen Personen mit gestörter Glukosetoleranz konnte z.B. im Diabetes-Prevention-Programm in den USA gezeigt werden, dass über einen mittleren Beobachtungszeitraum von 2,8 Jahren durch gezielte Änderung des Lebensstiles das Auftreten eines klinisch manifesten Diabetes im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe um 58% (95%-Konfidenzintervall 48-66%) reduziert werden konnte. Dieser Erfolg lag über dem der durch eine frühzeitige Pharmakotherapie (hier Metformin) erreichbar war. Um innerhalb eines Zeitintervalls von 3 Jahren eine Erkrankung an Diabetes zu verhindern mussten dabei 6,9 Personen an einem Programm zur Änderung des Lebensstiles teilnehmen [*Knowler et al., N Engl J Med 2002*].
- Bei 522 adipösen Personen mit gestörter Glukosetoleranz (mittleres Durchschnittsalter 55 Jahren) konnte die finnische Diabetes-Prevention-Study ebenfalls einen deutlichen Vorteil für die Gruppe mit erfolgreicher, begleiteter Änderung des Lebensstiles zeigen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnte das Körpergewicht um 4,2+/-5,1 kg (Kontrollgruppe 0,8+/-3,7 kg) im ersten und 3,5+/-5,5 kg (Kontrollgruppe 0,8+/-4,4 kg) im zweiten Jahr gesenkt werden. Darüber hinaus war in dieser Gruppe das Risikos an einem Diabetes zu erkranken bereits nach zwei Jahren signifikant reduziert und betrug nach 4 Jahren 11 % (95%-Konfidenzintervall 6-11%) im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 23% (95%-Konfidenzintervall 17-29%). Dieser Vorteil vergrößerte sich in der anschließenden Beobachtungszeit noch weiter. Während der Gesamtbeobachtungszeit (mittlerer Beobachtungszeit 3,2 Jahre) konnte das Auftreten eines klinisch manifesten Diabetes durch begleitete, gezielte Änderung des Lebensstiles um 58% im Vergleich zu der Kontrollgruppe gesenkt werden, wobei der Erfolg direkt von der erreichten Lebensstiländerung abhängig war [*Tuomi-lehto et al., N Eng J Med 2001*].
- Hinsichtlich von 4 wichtigen Faktoren eines gesunden Lebensstils (niemals rauchen, keine Adipositas, körperliche Aktivität $\geq 3,5$ Std./Woche, gesunde Ernährung <Verzehr von Obst, Gemüse, Vollkornbrot, rotes Fleisch>) konnte kürzlich eine kumulierende Bedeutung der Faktoren für die Verhinderung des Auftretens von wichtigen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall und Tumoren bestätigt werden. Hinsichtlich des Diabetes war das Gefährdungsrisiko hauptsächlich durch den Faktor Adipositas bestimmt [*Ford et al., Arch Intern Med 2009*].

Für chronisch kranke Menschen mit Diabetes ist eine integrierte, abgestimmte, wohnortnahe vernetzte Versorgung wesentlich, damit eine hohe Lebensqualität erreicht werden kann und Folgekrankheiten möglichst verzögert bzw. rechtzeitig erkannt und behandelt werden können. So konnte z.B. in der UKPDS-Studie (United Kingdom Prospective Diabetes Study) gezeigt werden, dass durch eine optimierte Behandlung bei langfristiger Senkung des HbA1c um 1% eine signifikante Verringerung des Auftretens von Folgekrankheiten wie z.B.:

- Mikrovaskuläre Komplikationen, Nierenschäden, Erblindung um 37%;
- Amputationen oder periphere Verschlusskrankheiten um 43%;
- Tod als Diabetesfolge um 21%;
- Herzinfarkt um 14% oder
- Schlaganfall um 12%

erreicht werden konnte [*Stratton et al., BMJ 2000*].

Erste Erfahrungen mit Disease Management Programmen deuten in diesem Zusammenhang darauf hin, dass integrierte, vernetzte Konzepte die Versorgung für

Patienten mit Diabetes optimieren können. Ähnliche Möglichkeiten, durch integrierte Versorgungskonzepte die Versorgung der Patienten mit Diabetes zu verbessern, bestehen aber grundsätzlich z.B. auch über lokale Kooperationen oder Gesundheitsnetzwerke mit entsprechendem Schwerpunkt.

Volkswirtschaftliche Relevanz

(z.B. direkte oder indirekte Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit)

Hinsichtlich diabetesbedingter Krankheitskosten in Deutschland sind nur vereinzelte, sehr begrenzte Erhebungen vorhanden. Hieraus erfolgte Abschätzungen zeigen jedoch, dass Patienten mit Diabetes im Durchschnitt deutlich mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als vergleichbare Kontrollpersonen ohne Diabetes [Hauner et al., Dtsch Ärztebl 2007].

Ferner zeigte sich, dass die Krankheitskosten von Patienten mit Diabetes insbesondere in den ersten Erkrankungsjahren deutlich, aber auch in den Folgejahren weiter über denen von vergleichbaren durchschnittlichen Patienten liegen. Schätzungen gehen von direkten Kosten des Diabetes von ca. 14,2 % (davon 6,8 % Diabetes-Excess-Kosten) der gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland aus [Liebl, Der Internist 2007].

Die CODE-2 Studie (Costs of Diabetes in Europe) hat darüber hinaus gezeigt, dass starke Kostensteigerungen durch das Auftreten von Folgererkrankungen entstehen, die bis über das 4-Fache an Behandlungskosten betragen können [Liebl et al., Dtsch Med Wochenschr 2001].

Die KoDiM-Studie (Kosten des Diabetes mellitus) hat die mittleren direkten Krankheitsjahreskosten von Patienten mit Diabetes mellitus auf 5.262 € pro Kopf (Vergleichskontrolle ohne Diabetes: 2755 € pro Kopf) und die indirekten Krankheitskosten auf 5.019 € pro Kopf (Vergleichskontrolle ohne Diabetes: 3.691 € pro Kopf) für das Jahr 2001 geschätzt. Die mittleren jährlichen Pro-Kopf-Kosten für Krankengeldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit betragen 188 € (pro Kopf) und für Zahlungen bei Frühberentung 1.140 € (pro Kopf) <jeweils Gesamtbetrag gemittelt durch Gesamtzahl aller eingeschlossenen Patienten mit Diabetes mellitus>. Hieraus lässt sich abschätzend hochrechnen, dass 2001 in Zusammenhang mit Diabetes 1,1 Milliarden Euro für Arbeitsunfähigkeit und 6,6 Milliarden Euro für Frühberentung, hochgerechnet auf alle Diabetiker in Deutschland, anfielen [Köster et al., Diabetologia 2006; Köster et al., DMW 2006]. In einer CoDiM-Folgeuntersuchung konnte weiter gezeigt werden, dass zwischen 2000 und 2007 die mittleren direkten Krankheitsjahreskosten von Patienten mit Diabetes mellitus um 10,2 % weiter angestiegen sind [Köster et al., Exp Clin Endocrinol Diabetes 2011].

Ethische Aspekte

(z.B. körperliche Unversehrtheit, Rechte der Persönlichkeit, Selbstbestimmung)

Letztendlich kann jeder selber bestimmen, ob er ein mögliches Erkrankungsrisiko an Diabetes frühzeitig erkennen, eine Behandlung durchführen lassen möchte oder in wie weit er das mögliche Auftreten von schwerwiegenden Folgekrankheiten durch eine entsprechende Behandlung und Lebensführung versuchen möchte zu verhindern bzw. zu verzögern. Allerdings sollten für jeden Einzelnen auch die notwendigen, neutral und allgemeinverständlich aufbereiteten Informationsmöglichkeiten bestehen, damit er sich selber eigenverantwortlich entscheiden und die möglichen Konsequenzen (einschließlich möglicher langfristiger finanzieller Auswirkungen) einer Entscheidung auch abschätzen kann.

Chancengleichheit

(z.B. *Geschlecht, soziale Lage bzw. Schultypen, Migrationshintergrund*)

In den jüngeren Lebensjahren sind Männer häufiger an einem Diabetes erkrankt als Frauen, wobei Frauen dann ab ca. 70 Jahre eine höhere Diabetesprävalenz aufweisen [Hauner et al., *Dtsch Ärztebl* 2007, Boehm et al., *Diabetologie & Stoffwechsel* 2010].

Der Bericht Gesundheit in Deutschland aus dem Jahre 2006 zeigt eine deutliche Abhängigkeit der Diabetes-Prävalenz von dem sozialen Status auf. Nach dem Bundesgesundheitsurvey 1998 besteht auf Grund der Befragung einer repräsentativen Stichprobe in der 18- bis 79-jährigen Wohnbevölkerung in Deutschland die höchste Prävalenz in der Unterschicht (Männer 5,6%, Frauen 8,5%), eine geringere in der Mittelschicht (Männer 3,5 %, Frauen 3,4) und die geringste in der Oberschicht (Männer 2,5 %, Frauen 1,6%)[Thefeld W., *Gesundheitswesen* 1999].

Priorität aus Sicht der Bevölkerung

(z.B. *subjektive Dringlichkeit von Gesundheitsproblemen*)

Auf Grund der möglichen Einschränkungen der Lebensqualität insbesondere auch durch ggf. auftretende Folgeerkrankungen und der vorhandenen Möglichkeiten in Eigenverantwortung präventiv für sich selbst aktiv zu werden, sollte das Erkrankungsrisiko an Diabetes insbesondere durch Übergewicht und Bewegungsmangel einen hohen Stellenwert in der Bevölkerung haben.

Die aktuellen Entwicklungstrends mit tendenziell steigender Prävalenz für Adipositas und Diabetes in der deutschen Bevölkerung (wie auch weltweit) widersprechen allerdings dieser Bewertung und zeigen, dass bisher trotz aller Bemühungen langfristige generelle Präventionserfolge noch fehlen.

Die niedrigeren Prävalenzangaben und der nur geringe bis fehlende Anstieg in fragebogenbasierten Untersuchungen könnten in diesem Zusammenhang als möglicher Hinweis gedeutet werden auf eine bestehende, noch zu geringe subjektive Dringlichkeit in der Bevölkerung für die Konsequenzen einer Erkrankung an Diabetes mit ihren vielen möglichen Komplikation bzw. Folgekrankheiten und die möglichen Vorteile einer erfolgreichen Prävention.

Messbarkeit

(z.B. *Fortschritte der Zielerreichung dauerhaft messbar*)

Eine Messung von Fortschritten bei der Erreichung der Ziele ‚*Erkrankungsrisiko an Diabetes senken, Risikogruppen identifizieren und erreichen, Menschen mit Zuckerkrankheit früh erkennen und behandeln*‘ kann grundsätzlich über kurze Zeiträume (wenige Jahre), um erste entscheidende Änderungen festzustellen, oder langfristig (über Jahrzehnte) erfolgen, um nachhaltige Änderungen und dauerhafte Erfolge zu belegen:

- Kurzfristige Erfolgsevaluation: Es bestehen keine sinnvollen Parameter zur Bestimmung einer kurzfristigen erfolgreichen Zielerreichung innerhalb von wenigen Jahren, da es sich beim Diabetes mellitus um eine eher über lange Zeiträume verlaufende, chronische Erkrankung handelt, bei der es insbesondere auf eine Änderung/Anpassung des Lebensstiles ankommt, um einen nachhaltigen Effekt zu erzielen.

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

- Langfristige Erfolgsevaluation: Eine langfristige nachhaltige Änderung der Häufigkeit an einem klinisch manifesten Diabetes zu erkranken bzw. eines möglichen komplizierten Krankheitsverlaufes (des Auftretens von Folgekrankheiten) wäre z.B. möglich über
 - wiederholte Bestimmung der Diabetes-Prävalenz für Baden-Württemberg in den einzelnen Altersgruppen
 - z.B. aus der RKI-Erwachsenenkohorte im Rahmen der laufenden DEGS-Untersuchungen (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland)
 - z.B. gepoolte GKV/PKV-Daten für Baden-Württemberg
 - z.B. Einschluss entsprechender Fragen in die regelmäßig in Baden-Württemberg stattfindenden Mikrozensusuntersuchungen
 - regelmäßige Auswertung der diabetesbedingten Arbeitsunfähigkeiten pro Fall und insgesamt z.B. aus gepoolten GKV/PKV-Daten für Baden-Württemberg
 - Auswertung der diabetesbedingten vorzeitigen Frühberentungen für Baden-Württemberg (Deutsche Rentenversicherung)

Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung

(z.B. Beteiligungsstrukturen, Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement)

Es gibt sehr vielfältige Möglichkeiten zur Beteiligung der Bevölkerung. Dabei setzt die Beteiligung der Bevölkerung allerdings zunächst die Information und Aufklärung über die Erkrankung, das Erkennen der (Krankheits-) Risiken und die Behandlungsmöglichkeiten voraus, wobei insbesondere auch die Hervorhebung der Bedeutung der Selbstverantwortung für einen vorbeugenden Lebensstil wichtig ist. Es bestehen hierbei vielfältige Möglichkeiten zur Information und Einbeziehung der verschiedenen Adressatengruppen in der Bevölkerung z.B. im Rahmen von Kampagnen über die allgemeinen Medien, über Fachkreise (Arztpraxen, Krankenhäuser, Betriebsärzte) und Multiplikatoren (z.B. Sportvereine, Volkshochschulen, Ausbildungsstätten, Betriebe, Gewerkschaften und andere Berufsverbände) oder ‚Bürgerinitiativen vor Ort‘. Wichtig wäre es dabei allerdings, dass neben dem Vorliegen der notwendigen fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen die Initiativen abgestimmt durchgeführt werden, welches z.B. über die kommunalen Gesundheitskonferenzen erfolgen könnte.

Eine besondere Bedeutung kommt bei der Beteiligung der Bevölkerung der gesundheitlichen Selbsthilfe zu. Selbsthilfe kann zum Verständnis der Krankheit, zum bewussten Umgang mit der Erkrankung sowie zu einer besseren Risikoeinschätzung beitragen. Selbsthilfegruppen können dadurch einen wichtigen zusätzlichen Beitrag leisten zur Stärkung der Fähigkeiten und Möglichkeiten von Patienten und ggf. Angehörigen zum Selbstmanagement einer Erkrankung an Diabetes. Hierbei ist ein Austausch von Erfahrungen von besonderer Bedeutung. Durch entsprechende Angebote und Veranstaltungen können dabei auch Nicht-Selbsthilfegruppenmitglieder erreicht werden. Durch eigene Krankheitserfahrung kann die Selbsthilfe dabei eine hohe Glaubwürdigkeit und Akzeptanz erreichen.

Hinsichtlich der eigentlichen Therapie des Diabetes und von möglichen Folgeerkrankungen ist es für den langfristigen Erfolg wesentlich, dass diese durch informierte Mitentscheidung zusammen mit dem Patienten erfolgt.

Machbarkeit

(z.B. konkrete Realisierbarkeit der Potentiale, mögliche Institutionen)

Wesentlich für eine nachhaltige Senkung des Erkrankungsrisikos an Diabetes ist ein entsprechend bewusster Lebensstil bereits ab der Kindheit/Jugend, sowie ein rechtzeitiges Erkennen einer beginnenden Stoffwechselstörung, bevor sich erste Folgekrankheiten bereits andeuten, damit noch die Möglichkeit für den Einzelnen besteht, etwas für sich zu tun. Bei bereits klinisch manifestem Diabetes ist für eine gute langfristige Lebensqualität die Vermeidung bzw. gezielte Behandlung von Folgekrankheiten wesentlich.

Von langfristig entscheidender Bedeutung ist hierbei insgesamt, nicht diejenigen zu erreichen, die ohnehin viel für ihre Gesundheit tun, sondern die Zielgruppen, bei denen das Änderungspotential sehr hoch, jedoch die Bereitschaft hierzu noch relativ gering ist.

Mögliche Ansatzpunkte könnten z.B. sein:

- Verstärkte Aufklärung bereits in der Schwangerschaft über die Auswirkungen des eigenen Lebensstiles auf das ungeborene Kind bzw. die Auswirkungen des Lebensstils des Kindes nach der Geburt sowie der Kinder- und Jugendzeit auf die gesamte Lebensspanne (z.B. durch Frauenärzte oder Hebammen)
- Verstärkung des Themas *Früherkennung/Risiko Diabetes* einschließlich damit verbundener Erkrankungen und präventiver Möglichkeiten für den Einzelnen in der öffentlichen Präsenz, insbesondere bei besonders betroffenen Zielgruppen (z.B. durch Ärzteschaft, Apotheker, Versicherungen, Verbände, Selbsthilfe, öffentlicher Gesundheitsdienst, Stiftungen etc.)
- Aufnahme von wiederholten Unterrichtseinheiten über die Bedeutung und Möglichkeiten eines gesundheitsbewussten Lebensstils zur Prävention von vermeidbaren chronischen Erkrankungen (Diabetes, Adipositas, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Atemwegserkrankungen etc.) in den Lehrplan jeweils der Klassen 1-4, 5-8, 9-12. Hierbei auch feste Integration von praktischen Übungsabschnitten zur Schulung von Handlungsfähigkeiten und Fertigkeiten zu gesundheitsbewusstem Einkaufen, Kochen etc., die z.B. an Projekttagen in Kooperation mit entsprechend ausgerüsteten und fachlich geeigneten Einrichtungen erfolgen könnten.
- Gesundheitsuntersuchung (Gesundheitscheck ab 35):
 - Initiativen zur verstärkten Nutzung des bestehenden Check-up-Angebotes (z.B. regelmäßig wiederholte Hinweise in den Mitteilungsschriften der GKV/PKV von Selbsthilfegruppen oder Verbänden für Mitglieder und Familienangehörige bzw. Bekannte, kontinuierliche Ansprache z.B. der Kunden in Apotheken, über Migrantprojekte, Stadt- / Landratsämter, Gemeinden, betrieblichem Gesundheitsmanagement etc.).
 - Versuchsweise Ergänzung der Gesundheitsuntersuchung durch eine HbA_{1c}-Bestimmung, um eine beginnende Krankheitsentwicklung früh zu erkennen, da eine aktuelle Metaanalyse gezeigt hat, dass bei einem HbA_{1c} von 6% innerhalb der nächsten 5 Jahre ein Risiko von 25-50 % besteht einen Diabetes zu entwickeln (*Zhang et al., Diab Care 2010*).
 - Einführung eines Gesundheits-Passes für Erwachsene (vergleichbar mit U-Heft bei Kindern), der auch eine follow-up Möglichkeit zum Nachweis einer Risikoreduktion bzw. gesunden Lebensführung enthält.

- Vorverlegung des Gesundheitschecks ab 35 bereits auf den Zeitabschnitt ab dem 30-ste Lebensjahr, um eine beginnende Zuckerstoffwechselstörung früher und damit für eine Lebensstiländerung günstigeren Zeitpunkt zu erfassen. Dieses wäre auch für die Prävention von weiteren Erkrankungen wie z.B. des Herz-Kreislaufs, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen von Bedeutung, um Risiken oder beginnende Entwicklungen frühzeitig und damit zu einem günstigeren Zeitpunkt zu erkennen.
- Schaffung von gezielten Anreizen bei Nachweis erfolgreicher langfristiger Risikoreduktion oder Vermeidung von Folgekrankheiten (z. B: Befreiung / Reduktion von Zusatzbeiträgen, erhöhte Beitragsrückerstattung). Der Nachweis könnte z.B. über einen neuen Gesundheits-Pass (s.o.) bzw. den bereits etablierten Diabetes-Pass erfolgen.

Relevanz als Standortfaktor

(z.B. *Stärkung des Wirtschaftsstandortes Baden-Württemberg*)

Eine Senkung der bereits oben dargestellten Arbeitsunfähigkeitstage bzw. vorzeitigen Berentungen sowie die mit erfolgreichen Präventionsmaßnahmen eintretenden individuellen Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Einzelnen führen zu einer Stärkung der Gesundheit und damit auch der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten insgesamt und stärken damit den Wirtschaftsstandort Baden-Württemberg.

Darüber hinaus können mit einer zielfokussierten und nachhaltigen Prävention Arbeitsplätze im Dienstleistungsbereich gesichert, ausgebaut oder langfristig geschaffen werden.

3. Vorläufige Priorisierung der Oberziele

Für die vorgeschlagene Priorisierung diene neben der individuellen Bedeutung / Dringlichkeit für den Einzelnen insbesondere die Frage der Erreichbarkeit / Umsetzbarkeit des Zieles in einem überschaubaren Zeitraum als ein wesentliches Kriterium.

Priorität 1:

Auf Grund der hohen geschätzten Rate an noch unentdeckten Menschen mit Diabetes bzw. Personen mit bereits gestörter Glukosetoleranz und den guten bestehenden Möglichkeiten durch erfolgreiche, langfristige Änderung des Lebensstiles ein Ausbrechen der Erkrankung zu verhindern oder wenigstens zu verzögern bzw. ein Vorschreiten der Erkrankung zu verlangsamen, werden die Früherkennung und Sekundärprävention des Diabetes Typ 2 (*Oberziel Krankheit früh erkennen, Inanspruchnahme und Qualitätssicherung von Früherkennung fördern, die Dunkelziffer senken*) mit Priorität 1 eingestuft.

Neben vielfältigen Ansatzmöglichkeiten für z.B. die unterschiedlichsten Verbände, Vereinigungen und Versicherungsunternehmen, Interessensvertretungen und öffentlichen Verwaltungsbereiche, die Bedeutung von Früherkennung in der Gesamtbevölkerung bewusst zu machen, besteht hierbei darüber hinaus eine erfolversprechende Möglichkeit, dieses Oberziel z.B. auch über das *betriebliche Gesundheitsmanagement* zu verfolgen.

Priorität 2:

Zur Verbesserung der Lebensqualität und Verringerung der diabetesbedingt erhöhten Mortalitäts-/Letalitätsrate ist eine wohnortnahe, abgestimmte vernetzte Versorgung sowie eine gute Aufklärung des Patienten zur Stärkung des eigenverantwortlichen Handelns wesentlich. Die 2. Priorität wird daher für das Oberziel *„Selbstmanagement von Erkrankten verbessern, angemessene Versorgung ausbauen und gewährleisten sowie psychosoziale Ebene integrieren“* vorgeschlagen.

Priorität 3:

Die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten („Verhältnisprävention“) sowie Stärkung eines gesundheitsbewussten Lebensstiles jedes Einzelnen stellt insgesamt zwar das wichtigste Ziel dar, um einen langfristigen und nachhaltigen Erfolg zu erreichen und zu festigen, ist jedoch am schwierigsten und nur über sehr lange Zeiträume umzusetzen. Hilfreich könnte es dabei für die Zielerreichung und -konsolidierung sein, unterstützende Anreize für den Einzelnen aber auch die kommunalen Bereiche für entsprechende Erfolge zu finden. Das Ziel *„Bewusstsein, Motivation und Verhalten verbessern sowie gesundheitsfördernde Strukturen verstärken“* wird daher mit Priorität 3 eingestuft.

Quellen:

diabetesDE: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011 - Die Bestandsaufnahme Kirchheim+Co GmbH - Mainz 2010

Diabetes in Deutschland: Fakten - Zahlen - Prävention- Deutsche Diabetes-Stiftung (DDS - Hrsg.) EDITION LIPP Verlagsgesellschaft mbH München 2010, 1. Auflage
Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit in Deutschland 2006. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin 2006

gesundheitsziele.de - Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland: Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln. Bericht: Auszug der Ergebnisse von Arbeitsgruppe 4. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Köln 14.12.2003

Häussler B., Klein S., Hagenmeyer E.-G.: Weißbuch Diabetes in Deutschland - Bestandsaufnahme 2. Auflage, Georg Thieme Verlag - Stuttgart, New York 2010

Hauner H., Landgraf R., Schulze J., Spranger J., Standl E.: Prävention des Typ 2 Diabetes mellitus. Nationales Aktionsforum Diabetes mellitus - Prävention 21-22.01.2005 Berlin

Icks A., Rathmann W., Rosenbauer J., Giani G.: Diabetes mellitus - Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 24 Hrsg. Robert Koch-Institut 2005

Prävention vor Kuration - Deutsche Diabetes-Stiftung (DDS - Hrsg.) 2008

Reuter H-M., Fritsche A., Garlachs D., Glöckner N., Jacob S., Jörgenshaus R., Kulzer B., Landgraf R., Schwarz P., Weichbroth.: Positionspapier Prävention Diabetes mellitus. Arbeitsgruppe Prävention des Ressorts Prävention und Versorgung - diabetes-DE 18.11.2009

Statistische Berichte Baden-Württemberg - Gesundheitswesen Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 27.08.2010

Originalarbeiten

Bulugahapitiya U., Siyambalapitiya S., Sithole J., Idris I.: Is diabetes a coronary risk equivalent? Systematic review and meta-analysis. Diabetic Medicine 2009, 26, 142-148

- Boehm B., Hoberg R., Hermann C., Graf J., Knapstein S., Koeppel R., Mannuß J., Hauner H., Boehme M.W.J.: Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 in Baden-Württemberg: Eine Analyse der Versicherten der AOK Baden-Württemberg 2006-2008. *Diabetologie & Stoffwechsel* 2010, 5, 184 -185
- Edelstein S.L., Knowler W.C., Bain R.P., Reubin A., Barrett-Conner E.L., Dowse G.K., Haffner S.M., Pettitt D.J., Sorkin J.D., Muller D.C., Collins V.R., Hamman R.F.: Predictors of progression from impaired glucose tolerance to NIDDM: An analysis of six prospective Studies- *Diabetes* 1997, 46, 701-710
- Ford E.S., Bergmann M.M., Kröger J., Schienkiewitz A., Weikert C., Boeing H.: Healthy living is the best revenge - Findings from the european prospective investigation into cancer and nutrition-potsdam study. *Arch Intern Med* 2010, 169,1355-1362
- Gillies C.L., Abrams K.R., Lambert P.C., Cooper N.J., Sutton A.J., Hsu R.T., Khunti K.: Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007, 334, 299-308
- Hanefeld M., Schaper F., Ceriello A.: Geschichte und Definition(en) des metabolischen Syndroms. *Internist*, 48, 117-125
- Hauner H., Köster I, Schubert I.: Trends in der Prävalenz und ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. *Dtsch Ärztebl* 2007, 104, 2799-2805
- Haffner S.M., Lehto S., Rönnemaa T., Pyörälä K., Laakso M.: Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Eng J Med* 1998, 339, 229-234
- Heidemann C., Kroll L., Icks A., Lampert T., Scheidt-Nave C.: Prevalence of known diabetes in German adults aged 25-69 years: results from national health surveys over 15 years. *Diabetic Medicine* 2009, 26, 655-658
- Hemminki K., Li X., Sundquist J., Sundquist K.: Risk of cancer following hospitalization for type 2 diabetes. *The Oncologist* 2010, 15, 548-444
- Huxley R., Barzi F., Woodward M.: Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. *BMJ* 2006, 332, 73-78
- Icks A.: Diabetische Spätschäden - Stand der Umsetzung der St.-Vincent-Ziele. *Diabetologie* 2010, 6, 190-195
- Kamtsiuris P., Atzpodien K., Ellert U., Schlack R., Scglaud M.: Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KIGGS. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2007, 50, 686-700
- Knowler W.C., Barrett-Conner E., Fowler S.E., Hamman R.F., Lachin J.M., Walker E.A., Nathan D.M., Diabetes Prevention Program research Group: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002, 346, 393-403
- Köster I., Ferber L.van, Ihle P., Schubert I., Hauner H.: The cost burden of diabetes mellitus: the evidence from Germany - the CoDiM study. *Diabetologia* 2006, 49, 1498-1504
- Köster I., Hauner H., Ferber L. von: Heterogenität der Kosten bei Patiebtten mit Diabetes mellitus: Die KoDiM-Studie. *Dtsch Med Wochenschr* 2006, 131, 804-810
- Köster I., Huppertz E., Hauner H., Schubert I.: Direct Costs of diabetes Mellitus in Germany - CoDiM 2000-2007. *Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes* 2011, Jan 24. (Epub ahead of print)
- Kurth B.M., Schaffrath Rosario A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des bundesweiten Kin-

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

der- und Jugendgesundheits surveys KIGGS. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2007, 50, 736-743

Liebl A.: Kosten in der Früh- und Spätphase des Diabetes mellitus. Der Internist 2007, 48, 708-714

Liebl A., Neiss A., Spannheimer A., Reitberger U., Wagner T., Görtz A.: Kosten des Typ 2 Diabetes in Deutschland - Ergebnisse der CODE-2 Studie. Dtsch Med Wochenschr 2001, 126, 585-589

Müssig K., Staiger H., Kantartzis K., Fritsche A., Kanz L., Häring H.-U.: Diabetes, Insulin, Insulinanaloga und Karzinome. DMW 2010, 135, 024-929

Powers A.C. sowie Elbelt U., Quinkler M., Strasburger Ch. J.: Diabetes mellitus. In: Harrison's Innere Medizin Hrsg.: Fauci A.S., Braunwald E., Kasper D.L., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L. Loscalzo sowie Dietel M., Suttrop N., Zeitz M. McGraw-Hill/ABW Wissenschaftsverlag Berlin, 17. 2009, 17. Auflage, 2808-2844

Thefeld W.: Prävalenz des Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands. Gesundheitswesen 1999, 61, S85-S89

Tominaga M., Eguchi H., Manka H., Igarashi K., Kato T., Sekikawa A.: Impaired glucose tolerance is a risk factor for cardiovascular disease, but not impaired fasting glucose. Diabetes Care 1999, 22, 920-924

Rathmann W., Haastert B., Icks A., Löwel H., Meisinger C., Holle R., Giani G.: High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: target populations for efficient screening. The KORA survey 2000. Diabetologia 2003, 46, 182-189

Stratton I.M., Adler A.I., Neil H.A., Matthews D.R., Manley S.E., Cull C.A., Hadden D., Turner R.C., Holman R.R.: Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observation study. BMJ 2000, 321, 405-412

Stumvoll M., Goldstein B.J., Haeften T.W. van: Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy. Lancet 2005, 365, 1333-1346

Tuomilehto J., Lindström J., Eriksson J.G., Valle T.T., Hämäläinen H., Ilanne-Parikka P., Keinänen-Kiukaanniemi S., Laakso M., Louheranta A., Rastas M., Salminen V., Uusitupa M.: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001, 344, 1343-1350

Weiland S.K., Rapp K., Klenk J., Keil U.: Zunahme der Lebenserwartung - Größenordnung, Determinanten und Perspektiven Dtsch Ärztebl 2006, 103, A 1072-1077

Zhang X, Gregg E.W., Williamson D.F., Barker L.E., Thomas W., McKeever Bullard K., Imperatore G., Williams D.E., Albright A.L.: A1C Level and Future Risk of Diabetes: A Systematic Review. Diabetes Care 2010, 31, 1665-1673

Stand 20.04.2011

Prof. Dr. med. Michael Böhme

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Prof. Dr. med. Bernhard Böhm

Universitätsklinikum Ulm - Schwerpunktleiter Endokrinologie

Reinhart Hoffmann

Deutsche Diabetes-Stiftung

II.2. Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern

Gesundheitsziel „Depression und Chronifizierungsfolgen vermindern“ in Baden Württemberg

durch altersentsprechende Prävention, Selbsthilfekompetenz, Erkennung und Behandlung

Zusammengestellt von Dr. R. Straub

Einführung/Vorüberlegungen

Depressionen verursachen weltweit enorme und zunehmende Kosten im Gesundheitswesen und führen zu einer hohen Inanspruchnahme des gesamten Medizinsystems. Aktuell die häufigsten Ursachen für Einweisungen ins Krankenhaus sind bundesweit und inzwischen auch in Baden-Württemberg, wie dies einige Krankenkassen unabhängig voneinander berichtet haben, psychische Störungen (GEK- Gesundheitsreport 2010, TK-Gesundheitsreport 2010). Seit 2006, so der aktuellste interne Bericht der TK, haben sich stationäre Behandlungen bis 2009 in BW um 34 % erhöht (32 % im Bundesdurchschnitt). Dabei verursachen diese 4,5 % aller Fälle und 10 % der vollstationären Kosten insgesamt. Hier wiederum sind die häufigsten Diagnosen „depressive Störung“ und „depressive Episode“.

Baden-Württemberg scheint entsprechend Auswertungen der Krankenkassen hier mit seinen Zahlen etwas günstiger als der Bundesdurchschnitt zu liegen. Entsprechend einer internen Auswertung der TK zu psychischen Störungen kommt es zum Beispiel in BW mit 34 % zu weniger Wiederaufnahmen gegenüber 44 % bundesweit. Demgegenüber sind die Verweildauern mit 34 Tagen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (28 Tage) deutlich höher, was bei vorsichtiger Interpretation (im Hinblick auf Psychotherapie) allerdings auch für die Güte der Behandlung sprechen könnte.

Insgesamt werden bundesweit bereits große Anstrengungen zur Verbesserung der (psychiatrischen) Versorgung und zu einer stärkeren Öffentlichkeitsarbeit unternommen z.B. im Rahmen des bis 2009 geförderten „Kompetenznetzes Depression“ und den daraus sich nun entwickelnden regionalen Initiativen der „Bündnisse gegen Depression“. Dies vor allem bezogen auf die Teilziele des Gesundheitsforums, behandlungsrelevante Depressionen früher zu erkennen und zu behandeln.

Erinnert sei daran, dass zur Behandlung von Depressionen Baden-Württemberg eine eigene Tradition hat, die sich etwas von den anderen Bundesländern unterscheidet: Es liegen bereits umfassende Konzepte zur Entwicklung von Forschung und Therapie der Depression seit den 70 er Jahren vor, so dass vermutet werden darf, dass der Standort Baden-Württemberg im Vergleich zu den anderen Bundesländern nach wie vor besondere Qualität aufweist, die früh entwickelt wurde, nämlich bereits ab 1976 als die erste Depressionsstation in Deutschland im ZfP Weissenau als „Spezialstation“ gegründet wurden (Wolfersdorf, Straub & Hole 1983; weiter dazu im Punkt volkswirtschaftliche Relevanz als Standortfaktor). Diese damals entwickelten Standards haben heute noch Gültigkeit, können heute teilweise nicht mehr gehalten werden.

Diese Entwicklung gehört allerdings leider schon etwas der Vergangenheit an. Die finanziellen Schwerpunkte der Förderung der letzten Jahre lagen dann auch in Ba-

den-Württemberg überwiegend auf der biomedizinischen Forschung psychischer Störungen zu krankheitsrelevanten Genen.

Wie aus einer Anfrage der Grünen im Bundestag vom 27.07.10 (Deutscher Bundestag -Drucksache 17/2663) zu entnehmen ist, wurde vom BMBF in den letzten 10 Jahren für die sog. „Lebenswissenschaften“ Gelder in Höhe von 60 Mil. bereitgestellt, diese überwiegend zur Erforschung genetischer Faktoren, wovon für die Kompetenznetze Schizophrenie und Depression zusammen 11,9 Mil. vor allem für die Erforschung genetischer Faktoren eingesetzt wurden und nur ca. 3 Mil. auf soziale Faktoren entfielen und auch die Erforschung und Entwicklung von Behandlungsansätzen im Kontext psychischer Erkrankungen die Bereitstellung nur 3,4 Mil. umfasste.

Psychosozial und psychotherapeutisch fundierte Arbeit und Projekte erfuhren demnach in den letzten Jahren vergleichbar wenig finanzielle Unterstützung/Förderung und Aufmerksamkeit. Diese Gewichtungen lassen Defizite in der Umsetzung, Entwicklung und Erforschung geeigneter Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vermuten.

Ein Fokus der Gesundheitsziele Baden-Württemberg sollte deshalb vor allem diese wenig finanziell unterstützten Bereiche stärker beleuchten und zu deren Entwicklung beitragen.

Anliegen verschiedener Teilnehmer der PG war es, dass die einzelnen Gesundheitsziele (insbesondere „Gesund aufwachsen“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“) nicht nebeneinander her entwickelt werden, vielmehr wäre auf eine enge Verknüpfung dieser Ziele zu achten. Dabei sollte auch insbesondere auf die gemeinsamen Ursachen und übergreifende Ansätze Bezug genommen werden. So stellen in frühester Kindheit erlernte und in der Familie übernommene Verhaltensmuster Ressourcen (Selbstachtsamkeit, Selbstwirksamkeit) oder auch Risikofaktoren für die psychische Stabilität und Gesundheit dar. Etwa 60% der Kinder psychisch kranker Eltern zeigen z.B. während ihrer Entwicklung gravierende psychische Auffälligkeiten. Das spezifische Lebenszeitrisiko, an einer unipolaren Depression zu erkranken ist bei den Kindern eines depressiven Elternteils verdoppelt (Schulte-Körne G, Allgeier K 2008, zitiert in J. Gehrman, Monatsschr. Kinderheilkunde 4, 2009).

Die psychische Erkrankung von Eltern ist ein im Gesundheits- und Jugendhilfesystem bisher nicht wirklich wahrgenommener Hochrisikofaktor für die kindliche Entwicklung. Gleichzeitig haben so aufgewachsene Menschen ein erhöhtes Risiko selbst dann auch depressive Störungen zu entwickeln mit Beeinträchtigungen dann auch aufgrund der zunehmenden Belastungen im Arbeitsfeld.

Zusätzlich zu diesen Risikofaktoren bringen zahlreiche Veröffentlichungen den Wandel in der Arbeitswelt selbst und spezifische Faktoren am Arbeitsplatz (Unternehmenskultur, Wertschätzung, Selbstkontrolle u. a.) in Verbindung mit der dramatischen Zunahme psychischer Erkrankungen, insbesondere depressiver Störungen. Dies legt eine enge Verbindung auch mit den Zielen der betrieblichen Gesundheitsförderung nahe.

Schwerpunkte und Orientierung

Versucht man sich zu orientieren, um Schwerpunktziele zu definieren, die in BW verstärkt bearbeitet/weiterentwickelt werden sollten, so fällt zunächst auf, dass es hierzu bereits zahlreiche z.T. aufwändige Vorarbeiten und Aktivitäten aus dem psychiatri-

schen Feld gibt, die es zunächst in ihrer fast unüberschaubaren Vielfalt zu erfassen gilt.

Eine Orientierung dazu bieten einerseits die Inhalte des Aktionsplans der europäischen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (Helsinki Januar 2005) und andererseits der vom BMG und der GVG 2006 vorgelegten Bericht „6.Nationales Gesundheitsziel – Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ (www.gesundheitsziele.de). Diese setzen hohe Standards.

Hinzu kommen die seitdem auch in Baden-Württemberg zunehmenden und vielfältigen Aktivitäten und den vielfältigen Ergebnissen/Umsetzungen aus dem 2009 ausgearbeiteten Großforschungsprojekt „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“ deren Arbeit nun in „Bündnissen gegen Depression“ weitergeführt werden sollen, die sich gerade gründen.

Es stellt sich dann die Frage angesichts der vielfältigen, bereits laufenden Initiativen/ Aktivitäten, welche Schwerpunkte in Baden-Württemberg der besonderen Beachtung/ verstärkten Zielführung bedürften und die nun besonders als (Teil-)Ziele stärker entwickelt werden sollten.

Ein **Oberziel** könnte es erstmal auch sein, zu klären, wieweit die Gesundheitsziele Baden-Württemberg darauf gerichtet sein sollten, bereits entwickelte Zielvorgaben im Rahmen der durch die Förderung des Kompetenznetzes Depression entwickelten und laufenden Aktivitäten zu sichten und zu beobachten, wieweit diese in den nun entstehenden regionalen Netzwerken sich weiterentwickeln, der Unterstützung bedürfte und dann die erkennbar schwächer entwickelten Teilziele nochmals hervorzuheben und verstärkt anzugehen.

Generell und daraus abgeleitet lassen sich für die Depression folgende Schwerpunkte zur Erreichung dieser Ziele für Baden-Württemberg formulieren:

- Weitere Unterstützung bei der regionalen Umsetzung bereits erarbeiteter Maßnahmen des Kompetenznetzes Depression bzw. der Bündnisse gegen Depressionen und der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression NVL-D
- Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit durch zentrale und regionale Maßnahmen zur Information und Aufklärung zur weiteren „Entstigmatisierung“ von Depression in der Gesellschaft und bei Arbeitgebern.
- Aktive Beteiligung, neben der Stärkung und Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen, Durchführung von Bürgerkonferenzen zu mehr Beteiligung an Prioritätensetzung im Medizinsystem
- Die Bedeutung von psychischem Wohlbefinden fördern durch präventive Maßnahmen zur Risikominderung durch Angebote zur Entwicklung von mehr Selbsthilfekompetenz. Dies mit Schwerpunkten auf Ressourcenförderung und Stärkung der Resilienz (weniger krankheitsorientierte Sichtweisen und Ansätze)
- Durchführbare und erreichbare Angebote/Programme speziell für Menschen mit erhöhtem Depressionsrisiko (erhöhten familiären, psychosozialen und betrieblichen Belastungen, Rückfallprävention nach wiederholten depressiven und suizidalen Krisen):
- Psychoedukative und Psychotherapeutische Maßnahmen sollen dabei bewußt fokussiert sein auf Risikogruppen wie junge Erwachsene, Mütter mit prä-/ postnatalen Krisen, sog. chronifizierende und chronisch depressive Menschen und Depression im Alter

- Verstärkte Angebote an depressionsspezifischen psychoedukativen und Selbsthilfegruppen/-angeboten. die depressiogene Entwicklungen im Kontext eines bio-psycho-sozialen Ansatzes verständlich machen und unterstützen.
- Einbeziehung von Informationen zu speziellen und rasch zugänglichen Maßnahmen bei suizidalen Krisen.
- Dies ergänzend zu anderen bekannten förderlichen Bausteinen (Ernährung, Bewegung, Stressreduktion usw.).
- Sie sollen gerichtet sein auf die Entwicklung von Faktoren und Fähigkeiten psychisch gesunder Lebensgestaltung (life-ability) und die Einleitung von psychotherapeutisch fundierten Selbsthilfemaßnahmen bei bekannt depressiogen schwierigen Lebensbedingungen/-situationen und bei Krisen in Beziehung/Familie, Arbeit, Bildung usw. (liveability)

Auswahl/Festlegung der in BW verstärkt zu bearbeitenden Zielvorschläge der nationalen Gesundheitsziele Depressive Erkrankungen:

Betrachtet man die Zielvorgaben nach den formulierten Aktionsfeldern

- (1) Aufklärung,
- (2) Prävention,
- (3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie,
- (4) Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen,
- (5) Rehabilitation und
- (6) Versorgungsstruktur),

und versucht eine Abschätzung/Gewichtung anhand bereits laufender Aktivitäten in BW, so resultiert daraus folgende Empfehlung:

Besonders Aktionsfeld 2 als derzeit eher wenig bearbeitet/vernachlässigtes Gebiet und Aktionsfeld 4 sollten als Schwerpunkte hervorgehoben werden. Dies auch im Hinblick auf die Eingangs erwähnten Probleme des ständigen Anstiegs der Kosten für Behandlungen.

Die Ziele könnten in zwei Teilziele unterteilt werden, die auch weitere wichtige Aspekte von Teilzielen der oben zusammengefassten Ziele beinhalten:

Ziel 1

- **Breite und frühzeitige selbsthilfeorientierte Information und Aufklärung zu depressiven Störungen mit erreichbaren Angeboten zur Entwicklung von Selbsthilfekompetenz vermindern erneute (auch suizidale) Krisen und minimieren das Risiko einer Chronifizierung von Depression in Baden-Württemberg.**

Ziel 2

- **Verstärkte und niederschwellige Gruppenangebote die die spezifischen Problemen des Lebensalters, des Geschlechts des Beschäftigungsverhältnisses und des Migrationshintergrundes berücksichtigen reduzieren bei Menschen, die bereits wiederholte depressive Behandlungen/Krisen hinter sich haben das Risiko chronischer Verläufe und deren Folgekosten**

Schwere- und Gefährungsgrad

In den letzten Jahren haben die gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungen vermehrt über die signifikante Zunahme psychischer Störungen berichtet, solche Trends zeigen sich auch für Baden-Württemberg. Generell ist zu beklagen, dass hierzu keine repräsentativen epidemiologischen Langzeitstudien vorliegen, die verlässliche Aussagen über eine steigende Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen in Deutschland über die letzten zehn Jahre zuließen (BPtK Spezialheft 2010). Eher von den zunehmenden Kosten her kann erschlossen werden, dass in den letzten zwanzig Jahren sich der Anteil psychischer Störungen bezogen auf Krankenhausbehandlungen mehr als verdoppelt haben dürfte. Zusätzlich berichten die Krankenkassen über den zunehmenden Zeitaufwand für die Behandlung psychischer Störungen (Krankenhausreport der Barmer GEK 2010) der von Jahr zu Jahr zugenommen hat, seit 1990 z.B. um 50 %, während der für die Behandlung der Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Kreislaufsystems seitdem um 20 % abgenommen hat.

Die Barmer GEK stellt in ihrem neuesten Report für Baden-Württemberg und Bayern zwar fest, dass die Bürger dort am wenigsten Zeit im Bundesvergleich im Krankenhaus verbringen, gleichzeitig stellt sie aber auch fest, dass nun im Unterschied zu den Vorjahren psychische Störungen, und hier besonders schwere Depressionen an der Spitze, der Häufigkeit bei den Einweisungsdiagnosen stehen. Psychische Störungen und besonders Depressionen haben die Volkskrankheiten Herz-Kreislauf und Rücken verdrängt.

Da bekannt und belegt ist, dass depressive Störungen oft rezidivierende oder chronische Verläufe haben und zudem überwiegend komorbid mit anderen psychischen (Angst- Zwang-, chronischer Schmerz, andere chronische Erkrankungen usw.) oder körperlichen Störungen und Krankheiten einhergehen, ist bei anhalten dieses Trends zu erwarten/befürchten, dass die Zahl der depressiven Erkrankungen und deren Schwere oder der Gefährungsgrad bei nicht rechtzeitiger adäquater/erfolgreicher Interventionen weiter zunehmen werden über die nächsten Jahre. Dadurch ist die ganze Lebensführung, und damit Lebensqualität und sozialer Erfolg in besonderer Weise betroffen. Es gilt also die Menschen stärker bereits im präventiven Bereich zu erreichen.

Nimmt man nur die Menschen mit bereits erhöhtem Risiko so ist schon aufgrund des bekannt hohen Risikos irgendwann im Leben an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz nach Wittchen und Jacobi 2001 bei 18%) und dem bei anhaltender unsicherer Berufsperspektive, Arbeitslosigkeit und sozialer Benachteiligung gesichert zunehmenden Depressionsrisiko von einer Zunahme der Schwere und Gefährdung auszugehen.

Einen alarmierenden und nachdenklich machenden Trend berichtet die TK für BW im Bundesvergleich. Demnach hätte Baden-Württemberg, so zeigt der TK- Kundenkompass Stress (2010) bundesweit mit Abstand den höchsten Prozentsatz (42 %) an Menschen, die sich ständig oder häufig gestresst fühlen. Da anhaltender Stress und Überforderung die Wahrscheinlichkeit depressiver Entwicklungen und Krisen erhöht, einhergehend mit gesundheitlichen z.B. stress- und überforderungsbedingten Problemen, Burn-Out, Sinn- und Selbstwertkrisen sowie Suizidalität, wäre bei Bestätigung dieses Trends auch in anderen Erhebungen von gravierenden Auswirkungen auf den Gefährungsgrad auszugehen.

Nicht selten entwickeln sich, über die in depressiven Krisen besonders wirksamen Überforderungsproblematiken, weitere behandlungsrelevante körperliche (z.B. koro-

nare Erkrankungen, psychovegetative Störungen, erhöhte Anfälligkeit für Allergien, Atemwegserkrankungen und besonders auch chronische Schmerzstörungen) und die nicht selten damit einhergehenden und zunehmenden psychischen Probleme (Angst, Scham, Vermeidung, Suchtprobleme usw.).

Verbreitung

Die Lebenszeitprävalenz liegt nach Wittchen und Jacobi 2001 bei 18%. Die Gesamtbehandlungsquote ist mit ca. 50 % (einschließlich Hausärzten) im Vergleich zu anderen psychischen Störungen relativ gut. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen sind über vier Millionen Versicherte betroffen. Generell gibt es bei den Kassen, wie am Beispiel der Zahlen der BEK zwischen 2003 und 2008 eine um 50 % erhöhte Zahl psychisch erkrankter Arbeitnehmer, der Anteil der Fehlzeiten am Arbeitsplatz erhöhte sich in dieser Zeit um 17%. Arbeitslosigkeit fördert zudem Depression (Brenner 2007). Auch im Gesundheitsreport 2008 der TK werden Auswertungen dargestellt in denen 28% der ALG I Empfänger bei AU die Diagnose einer psychischen Störung aufwiesen, der Anteil derjenigen in ALG II lag dabei sogar bei 37 %, was deutlich macht, dass sich längere Arbeitslosigkeit besonders Nachteilig auswirkt.

Verbesserungspotenzial

KVen und Krankenkassen berichten in neueren Statistiken ein erhebliches Maß an Unter- und Fehlversorgung in der Behandlung depressiver Störungen. So berichtete die KV Bayern (Kramer, Tauscher & Wimmer-Brunner 2010), dass fast jeder dritte Patient gar nicht behandelt wird und wenn Behandlung stattfindet, diese relativ unspezifisch geschieht und bei leichter Depression oft lediglich Psychopharmaka verordnet werden. Demgegenüber erhalten nur 5 % der schwer Depressiven eine derzeit in den Leitlinien als fachgerecht definierte Kombinationstherapie aus Psycho- und Pharmakotherapie.

Ein Ziel sollte es deshalb sein, gerade die „unbehandelten“ Menschen in Krisen und die mit leichten Depressionen bereits vor der Schwelle in psychiatrische Behandlungsangebote zu erreichen. Dies über verstärkte präventive Maßnahmen die Behandlung abzuwenden und das dadurch erhöhte Chronifizierungsrisiko reduzieren helfen.

Dies könnte im ambulanten Bereich durch fachlich qualifizierte, leicht zugängliche Gruppenangebot zur Rückfallprävention bei depressiven Krisen erreicht werden. Dies wäre durch Erleichterung des Angebotes von psychoedukativen Gruppen und Gruppen zur Rückfallprävention außerhalb des Rahmens des GKV-Systems jedoch mit Qualitätssicherung und Beteiligung der Kassen möglich.

Derzeit können Gruppenangebote überwiegend nur in Kombination mit Einzeltherapie beim selben Therapeuten durchgeführt werden. Die Effektivität von psychoedukativen (z.B. Bäuml et al 2008) und psychotherapeutischen Gruppen (z.B. Hautzinger 2008, Schaub et al. 2007, Riesch & Stangier 2006 usw.) bei Depression ist insbesondere in der Begleitforschung der kognitiven Therapie der Depression vielfach belegt. Hier hat in jüngerer Zeit vor allem auch die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression zur Rückfallprävention bei chronisch rezidivierender Depression verstärkt Beachtung und Anwendung gefunden (Segal, Williams und Teasdale 2008) , bei chronischer Depression liegen Untersuchungen vor allem zu Konzepten der Behandlung nach McCulloch (2003) mit dem CBASP vor.

Volkswirtschaftliche Relevanz bzw. als Standortfaktor

Depressionen werden in einer Untersuchung der WHO (2001) zu den weltweit führenden Ursachen der durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre in der Altersgruppe 15 – 45 gezählt. Diese werden mit 16 % deutlich an der Spitze der Beeinträchtigungen aufgeführt, dies vor den Beeinträchtigungen die durch Alkohol und Schizophrenie verursacht werden (jeweils ca. 5 %). Dies bedeutet, dass gerade Depressionen immense psychosoziale Auswirkungen nach sich ziehen.

Nach Berechnungen der Europäischen Kommission liegt im europäischen Vergleich Deutschland mit den auf die Bevölkerungsgröße relativierten Kosten sowohl bei den Kosten für die medizinische Versorgung, bei den Medikamenten und bei den indirekten Kosten vor Norwegen und der Schweiz weitaus an der Spitze (Sobocki 2007) Die indirekten Kosten übersteigen die der beiden anderen um ein Vielfaches.

Affektive Störungen (F30-39) stellen bzgl. verlorener Erwerbsjahre durch Frühberentung die mit Abstand wichtigste Erkrankungsgruppe dar und verursachten 2008 allein 100207 verlorene Erwerbsjahre (Altersgrenze 65 angenommen). Dies entspricht 8,1% der insgesamt verlorenen Erwerbsjahre. Nimmt man die Belastungsstörungen (F43) hinzu, kommt man sogar auf 9,6% der verlorenen Erwerbsjahre.

Psychische Störungen (F) insgesamt liegen mit 37% ebenfalls klar gegenüber allen anderen Hauptgruppen vorn.

Depressionen verursachen insgesamt enorme Kosten im Gesundheitswesen, da sie auch zu einer hohen Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen führen (Wittchen 2001, 2005); Crown et al. 2002). Für Deutschland werden Werte für die direkten mittleren Behandlungskosten der Depression pro Patient und Jahr zwischen 686.- und 2541.-€ geschätzt (Friemel et al. 2005; Lupa et al 2007). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes beliefen sich die direkten Kosten in Deutschland im Jahr 2002 auf insgesamt 4 Milliarden Euro. 157 000 Arbeitsjahre gingen im selben Jahr verloren.

Stellt man Überlegungen zur Standortqualität Baden-Württemberg im Vergleich zu den anderen Bundesländern an, so kann hier zunächst positiv vermerkt werden, dass früh, nämlich bereits 1976 mit der Gründung der ersten Depressionsstation im ZfP Weissenau in Deutschland hohe Qualitätsstandards gesetzt wurden. Dies auch im Rahmen der AG Depressionsstationen sukzessive in den damaligen PLKs Reichenau, Landesklinik Nordschwarzwald, Weinsberg und Zwiefalten, den PUKs Heidelberg und Freiburg sowie dem Furtbachkrankenhaus Stuttgart und dann auch bundesweit in über 35 Depressionsabteilungen. Dies hat früh im Sinne einer inneren Differenzierung in den Kliniken zu einem intensiven Austausch und zur Vernetzung insbesondere des Arbeitskreises Depressionsstationen der Baden-Württembergischen Kliniken geführt und dadurch früh zu Verbesserungen eines störungsbezogenen Behandlungsansatzes mit besonders günstigen Rahmenbedingungen von Klinik und Forschung für eine differenzierte klinisch-therapeutische Behandlung der Depression auch verbunden mit Angehörigenarbeit und intensiver Zusammenarbeit mit örtlichen Behörden (Polizei) und der Presse bezüglich des Umgangs mit Suiziden (Wolfersdorf und Wohlt 1985, Wolfersdorf 1997). Diese Standards haben heute noch Gültigkeit.

Ethische Aspekte

Von Interessen unabhängige Patienteninformationen ist wichtig als ethische Verpflichtung, da dies wesentlich zur Wahrnehmung persönlicher Freiheit der Betroffenen bei den oftmals relativ gleichwertigen Therapieoptionen bei depressiven Störungen

gen beiträgt (hohe Präferenzsensitivität der Therapieentscheidung → Shared Decision Making).

Auch das gesicherte Wissen darum, dass ca. 15 % depressiver Menschen an einem Suizid versterben setzt hohe ethische Standards für angemessene Hilfeangebote genauso wie das Wissen darum, dass im Vergleich zu Parasuizidenten ohne Depression bei Depression das Risiko wesentlich höher ist, nämlich um den Faktor 3 und sogar um den Faktor 5 bei einer psychotischen Depression (Schmidtke et al. 2000).

Daraus folgt eine hohe Verpflichtung dazu, alles zu tun, um Menschen bereits im Vorfeld von Krisen insbesondere von depressiven Krisen zu erreichen, indem hier verstärkt Angebote geschaffen werden. Auch bedürfen die stationären und nachstationären Standards vor allem guter personeller Ausstattung und hohe Qualifizierung des Fachpersonals in Behandlungsangeboten und therapeutischer Begleitung. Vor allem auch die nachstationären Angebote bedürfen hoher (psychotherapeutischer und psychosozialer) Qualität angesichts dieses hohen Gesundheitsrisikos bei Depression durch häufig damit vorübergehend einhergehender Suizidalität.

Chancengleichheit

1. Der Anteil insbesondere von Menschen mit Migrationshintergrund und schwierigen Lebensgeschichten durch Krieg, Asyl und Vertreibung, die dann wegen depressiver Störungen einer Behandlung bedürften, ist relativ groß, es bedarf daher dringend der gesonderten Bemühungen für diese Problemgruppe.

Neben der Schaffung besonderer Angebote für Migranten bedarf es vor allem auch der Entwicklung von mehr altersentsprechenden psychotherapeutischen Angeboten speziell

2. ausgerichtet auf die **Gruppe junger Menschen**

Bei jungen Menschen gilt es vor allem die jugen Erwachsenen ab 19 Jahren (wenn das Jugendamt nicht mehr zuständig ist) zu erreichen. Hier besteht ein Mangel an spezifischen Angeboten bei depressiven Krisen aufgrund von Chancen- und Perspektivlosigkeit bei der Arbeitssuche, bei Partnerkrisen Spielsucht, Verschuldung usw.

3. und solchem im **höheren Lebensalter mit depressiven Störungen.**

Bei Menschen im höheren Lebensalter werden oft die im Alter gegebenen, mit Funktionseinschränkungen einhergehenden körperlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen überbewertet durch das Medizinsystem im Vergleich zu den oft sehr gravierenden sozialen und kognitiven Veränderungen/Beeinträchtigungen. Sie führen letztlich zu Resignation und Depression. Es bleibt oft bei der Behandlung mit Psychopharmaka und Schlafmedikation alleine. Eine bessere Lebensqualität könnte erzielt werden durch ergänzende Angebote, die z.B. mehr auf die Bearbeitung der dann häufigen negativen dysfunktionalen Kognitionen eingehen, auf die Schwierigkeit der Neuanpassung von Zielen, Kompensation sozialer Verluste durch Entwicklung von kompensatorischen Fertigkeiten und Ressourcen und auch das Erlernen neuer Verhaltensweisen (z.B. Baltes & Carstensen 1996; Hautzinger 2006, Maercker 2002; Stien & Adler 2007).

Priorität aus Sicht der Bevölkerung

Aus Sicht der Bevölkerung wäre ein besserer Zugang zu zeitnahen Behandlungsangeboten bei Wunsch nach Psychotherapie wichtig. Derzeit sind Wartezeiten für eine Psychotherapie bis zu 6 Monaten gegeben. Ferner wäre ein leichter Zugang zu Krisenintervention sowie ein Wegweiser zur Findung adäquater Behandlungsangebote im regionalen Bereich zur Orientierung im Psycho-Dschungel von Bedeutung.

Messbarkeit

Einige Vorschläge für mögliche Indikatoren zur Messung der Zielerreichung:

- DRV: Frühberentungen
- GKV: AU-Statistik, ambulante Behandlungen, Suizide, Parasuizide
- Stationäre Aufenthalte wegen depressiver Störungen

Möglichkeit der Beteiligung

Direkte Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen im Rahmen der Strukturen der Selbsthilfe oder des bürgerlichen Engagements wäre wichtig neben den bestehenden Psychosozialen Netzwerken und der Beteiligung der etablierten medizinischen, insbesondere stationären und ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssysteme.

Direkte Beteiligung der Kostenträger durch Unterstützung von präventiven Maßnahmen und evtl. außerhalb des GKV Systems zur Etablierung bzw. Verbesserung spezifischer regional organisierter Gruppenangebote (Rückfallprävention, chronische Depression, Gruppen für Menschen mit Migrationshintergrund, Gruppen für alte Menschen und junge Erwachsene).

Machbarkeit

Bundesweit und auch in Baden-Württemberg existieren bereits zahlreiche Aktivitäten/Initiativen, die die Machbarkeit belegen und die es nur zu sichten und zu vernetzen gilt, aktuell die Bündnisse Depression als Nachfolge von Kompetenznetz-Depression. So könnten Vorarbeiten zu Gruppenangeboten von Institutionen zusammen mit den Kassen geleistet und dies im Rahmen von Projekten durch diese regionalen Bündnisse initiiert werden.

Die bereits bestehenden Netzwerke (Bündnis gegen Depressionen könnten einbezogen werden sowie die Strukturen der Stadt- und Landkreise, Gemeinden, Vereine usw..

Literaturliste:

BARMER Gesundheitsreport (2009). Schwerpunktthema: Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. BARMER Ersatzkasse(Hrsg.). Wuppertal.

BARMER Krankenhausreport 2010: <http://www.dgsf.org/news/krankenhausreport-der-barmer-gek>

BARMER Gesundheitsreport (2010): Schwerpunktthema: „Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur stärken“. BARMER Ersatzkasse(Hrsg.). Wuppertal.

- Bäumli, J., Pitschel-Walz, G. Hrsg.(2008) : Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen Schattauer
- Crown, WH, Finkelstein S, Berndt ER et al. (2002) The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. J Clin Psychiatry 63: 963-971
- BPtK Hrsg. (2010): BPtK Spezial zum Thema Nationale Versorgungsleitlinie Depression (2010): Depression – Leitlinie für eine bessere Versorgung Mai 2010
- Baltes, MM., & Carstensen, LL. (1996): The process of successful ageing. Ageing and Society, 16, 397–422.
- Brenner, H. (2007): Arbeitslosigkeit fördert Depression in : Sonderausgabe Gesellschafts-politische Kommentare 48 Jg, Sonderausgabe 1/07: 17-18
- Deutscher Bundestag(2010): Drucksache 17/2663- Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Drucksache 17/2557
- Deutsches Bündnis gegen Depression: <http://www.buendnis-depression.de/>
- Forstmeier, S. et al (2005): Diagnostik von Ressourcen im Alter Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 18 (4), 227 - 257
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M.C. & König, H.-H. (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. Psychiat Prax; 32;113-121.
- Gehrmann J., Sumargo, S.(2009): Kinder psychisch kranker Eltern, Monatsschrift Kinderheilkunde, 2009/4, 383-394 Medizin Verlag S.Springer
- GVG (2006) gesundheitsziele.de Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland: Bericht 6.nationales Gesundheitsziel Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
- Hautzinger, M, (2006): Wenn Ältere schwermütig werden - Hilfe für Betroffene und Angehörige bei Depression im Alter Beltz Verlag
- Jacobi, F. (2008): Psychische Störungen als Kostenfaktor in der Arbeitswelt. Symposium „Psychisch krank im Job – Lösung für die Praxis“. Dresden
- Kompetenznetz Depression, Suizidalität - <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/index.php>
- Kramer, D., Tauscher M., Wimmer-Brunauer, C. 2010: KVB-Studie zur Versorgung depressiver Patienten, : PROFUND 04/2010, Seite 10/11 - www.kvb.de/de/presse/publikationen/profund/literaturverzeichnis.html
- Luppa, M; König,HH, Riedel-Heller, S (2007): Die wirtschaftlichen Folgen von Depressionen Rosa Beilage VPP Verhaltenstherapie 4/2007
[http://www.dgvt.de/1751.html?&tx_ttnews\[year\]=2007&tx_ttnews\[month\]=12&tx_ttnews\[day\]=05&tx_ttnews\[tt_news\]=1640&tx_ttnews\[backPid\]=1751&cHash=d48be69124](http://www.dgvt.de/1751.html?&tx_ttnews[year]=2007&tx_ttnews[month]=12&tx_ttnews[day]=05&tx_ttnews[tt_news]=1640&tx_ttnews[backPid]=1751&cHash=d48be69124)
- Maercker, A. Hrsg. (2002): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychiatrie. Springer-Verlag Heidelberg.
- McCullough, JP. (2003): Treatment for Chronic Depression Using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Journal of Clinical Psychiatry, 59 (8), 833-846.
- Nationale Versorgungsleitlinie Depression:
http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nv1_depression_kurz.pdf

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

Riesch, A.; Stangier U (2006) :Neuere kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze zur Rückfallprävention bei rezidivierender Depression Verhaltenstherapie 2006; 16: 275 – 281

Robert-Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2007): Gesundheit in Deutschland. Verfügbar unter

http://www.rki.de/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht.html 1998[25.03.2008].

Schaub, A et al (2007): Kognitiv-psychoedukative Gruppenintervention bei stationären Patienten mit depressiven Erkrankungen – Ergebnisse einer prospektiven Pilotstudie – Verhaltenstherapie;17:167 - 173

Schmidtke A et al (2000): Epidemiologie der Suizidalität im 20. Jahrhundert. In: Wolfersdorf & Franke Hrsg.: Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des 20. Jahrhunderts 63 – 89. Roderer Regensburg

Segal, V.S., Williams, M.G., Teasdale, J.D. (2008): Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention, DGVT Verlag

Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakau I, Runeson B, Martensson B, Jonsson B.(2007): Resource use and costs associated with patients treated for depression in primary care. Eur J Health Econ, 2007; 8(1):67-76

Stien, J., Adler, G. (2007): Trainingsprogramm zur Förderung der Sozialen Kompetenz bei altersdepressiven Patienten. Psychiatrische Praxis, 34, 145-149.

TK - Kundenkompass Stress (2010): Aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland - http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/164766/Datei/18738/TK_Pressemappe.pdf

TK-Gesundheitsreport 2010: Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen von 2000-2009: Rückblick auf 10 Jahre Gesundheitsberichterstattung und gesundheitliche Veränderungen bei Erwerbspersonen

WHO (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. Ottawa: WHO.

WHO Konferenzen: Europäische Ministerielle WHO- Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki, Finnland, 12. – 15. Januar 2005

WHO, Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2008): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Huber, Bern; Auflage: 4., überarb. Aufl.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Bundesarbeitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 10; S. 993-1000. Springer-Verlag.

Wittchen, H.U. (2005): Psychische Störungen in Deutschland und der Eu. Vortrag auf dem 1. Deutschen Präventionskongress Dresden

Wolfersdorf, M Hrsg. (2007): Depressionsstationen / Stationäre Depressionsbehandlung; Verlag Springer

Wolfersdorf, M., Straub, R. & Hole, G. (1983): Depressiv Kranke in der psychiatrischen Klinik. Roderer Regensburg

Wolfersdorf, M, Wohlt R. & Hole G. Hrsg. (1985): Depressionsstationen. Erfahrungen, Probleme und Untersuchungsergebnisse bei der Behandlung stationärer depressiv Kranker. Roderer Regensburg

www.kompetenznetz-depression.de

www.buendnis-depression.de

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

<http://www.bptk.de/show/3863949.html>

www.gesundheitsziele.de

[http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-
psychiatrische_krankheiten/depressionen/?sid=475825](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-
psychiatrische_krankheiten/depressionen/?sid=475825)

Stand 18.04.2011

Dr. Roland Straub

Vorstandsmitglied

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

II.3. Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel

Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel - Folgeschäden vermeiden

- durch die Verhinderung des frühen Konsums bei Kindern und Jugendlichen
 - durch Früherkennung von riskantem Konsum bei Erwachsenen

Begriffsklärung

Legale Suchtmittel

Als legale Suchtmittel sollen hier in erster Linie Alkohol und Nikotin (Tabak) verstanden werden. Medikamente gehören ebenso in dieses Raster. Jedoch sollen sie aufgrund ihrer Besonderheit hinsichtlich der Verfügbarkeit (Verschreibungspflicht) und der Bedeutung in der somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Behandlung in diesem Kontext zunächst in den Hintergrund treten. Insofern sich weiter zu entwickelnde Handlungsziele auf die Zielgruppe der älteren und alten Menschen beziehen, sollte jedoch die Gefährdung einer Medikamentenabhängigkeit einbezogen werden.

Gefährdungsgrad Alkohol

Beim Alkoholkonsum gibt es folgende, von der WHO festgelegte Unterscheidungen hinsichtlich des Gefährdungsgrads, gemessen in Gramm Reinalkohol pro Tag:

- Risikoarmer Konsum: Frauen bis 12 g, Männern bis 24 g
- Riskanter Konsum: Frauen mehr als 12 g bis 40 g
Männer mehr als 24 g bis 60 g
- Gefährlicher Konsum: Frauen mehr als 40 g bis 80 g
Männern mehr als 60 g bis 120 g
- Hochkonsum: Frauen mehr als 80 g
Männer mehr als 120 g

Diese Mengenangaben beziehen sich auf gesunde Erwachsene. Kinder und Jugendliche sowie alte oder kranke Menschen unterliegen bei gleichen Konsummengen einem wesentlich höheren Gefährdungsgrad.

Zur Diagnose einer Abhängigkeit müssen weitere Indikatoren erhoben werden.

Zur Veranschaulichung der Grammangaben:

Ein Glas Bier (0,33 l) enthält durchschnittlich 13 g Reinalkohol.

Ein Glas Wein (0,21 l) enthält durchschnittlich 16 g Reinalkohol.

Ein Schnaps oder Likör (0,02 l) enthält zwischen 5 – 7 g Reinalkohol.

Beim Tabakkonsum gibt es keine risikoarmen Konsummengen.

Schwere- oder Gefährdungsgrad

Tabakrauchen und riskanter Alkoholkonsum sind das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. Dieses Konsumrisiko bezieht sich prinzipiell auf alle Bevölkerungsschichten. Deutschland, und BW macht da keine Ausnahme, ist ein Hochkonsumland. Ein gesundheitsgefährdender Konsum unserer „Alltagsdrogen“ Alkohol und Nikotin ist verantwortlich für eine enorme Krankheitslast in unserer Gesellschaft. „Aktuelle Analysen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen von jährlich 73.714 Todesfällen durch Alkoholkonsum allein oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol bedingt (74%) aus.“¹

¹ DHS (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 09

Weiter ist bekannt:

- Ein Viertel aller Todesfälle bei Männern im Alter zwischen 35 und 65 ist direkt auf Alkohol zurück zu führen.
- Für Menschen mit chronischem Alkohol-Hochkonsum (Alkoholmissbrauch) verkürzt sich die Lebenserwartung um durchschnittlich 23 Jahre.
- Die Diagnoseklasse F 10 (ICD-10) „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ ist der zweithäufigste, stationäre Behandlungsanlass für Männer in Deutschland.

Auch für Ba-Wü lässt sich feststellen (Statistisches Landesamt 2001 bis 2008), dass missbräuchlicher Alkoholkonsum zu einer erheblichen Krankheitslast führt, mit steigender Tendenz in den letzten 10 Jahren. In nahezu jeder Altersgruppe wächst von Jahr zu Jahr der Anteil derer, die aufgrund eines akuten Rausches medizinisch versorgt werden müssen. Stationäre Fälle für BW aus dem Bereich F 10 gesamt:

2001 = 34.465

2008 = 43.633

Dabei verursachen von allen Altersgruppe die 45 – 50 Jährigen die meisten Behandlungen.

Bei den unter 20-Jährigen haben sich die Fallzahlen mehr als verdoppelt:

2001 = 1.896

2008 = 4.206

Das entspricht 2,3 % der gesamten Krankenhausfälle der unter 20-Jährigen.

Zudem ist eine auffällige Steigerung bei den ältern Bevölkerungsgruppen festzustellen. So stieg die Fallzahl bei den 65 – 80-Jährigen beträchtlich:

2001 = 2.694

2008 = 4.018

Das entspricht einer Steigerungsrate von 45 %. Bei den über 20-Jährigen und Älteren liegt der Gesamtanteil an den Krankenhausfällen bei 2,2 %.

Diese Angaben sowie die Behandlungsfälle nach F 10 beziehen sich lediglich auf die unmittelbar erkennbaren Folgen des Alkoholkonsums und stellen somit nur die Spitze des Eisbergs dar. Die körperlichen Krankheitsfolgen dokumentieren sich darüber hinaus in zahlreichen behandlungsbedürftigen Krankheitsbildern wie z.B. Organschäden oder Problemen des Herz-Kreislaufsystems. Befunde belegen ein erhöhtes Risiko für 250 Erkrankungen und Todesursachen und 80 Unfälle und Verletzungen.² Darüber hinaus sind die psychischen und sozialen Folgeschäden zu nennen. Die Belastungen in Betrieben und Familien sind enorm (siehe volkswirtschaftliche Relevanz). Kinder aus Familien mit einer Alkoholproblematik sind um ein vielfaches gefährdeter selber eine ähnliche Problematik (Sucht, Essstörungen, psychische Störungen) zu entwickeln. Ausfälle im Erwerbsleben (Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung) stellen insbesondere für kleinere und mittlere Betriebe eine hohe Belastung dar.

Besonders hervorzuheben ist das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Lebens durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. So stellt das FAS³ die häufigste geistige Behinderung dar, die nicht genetisch bedingt ist und zu 100 % vermeidbar ist. Nur 2 von 10 Frauen trinken keinen Alkohol während der Schwangerschaft. Für Deutschland werden 3.000 bis 4.000 Geburten jährlich mit FASD diagnostiziert.

Ein besonderes Gefährdungspotential durch Alkoholkonsum liegt für ältere und alte Menschen vor. Durch eine Veränderung des Stoffwechsels und darüber hinaus oft veränderte soziale und psychische Bedingungen, besteht ein größeres Gesundheitsrisiko und eine höhere Suchtgefahr. In Baden-Württemberg wurde zu dieser Proble-

² John, Hapke, Rumpf, Meyer, Bischof, 2001

³ FAS = Fetale Alkohol Syndrom; www.fasworld.de

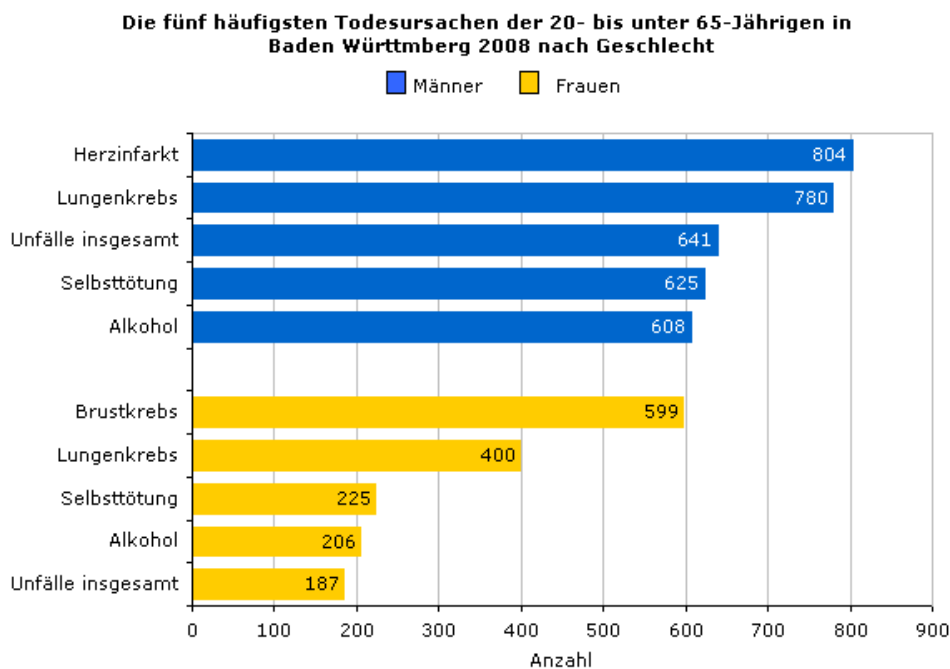
matik 2009 von der Baden-Württemberg Stiftung ein 3-jähriges Förderprogramm aufgelegt.

Trotz der besonderen Vulnerabilität bestimmter Altersgruppen, soll dieses Gesundheitsziel als Querschnittsaufgabe für alle Alterstufen verstanden werden.

Die dramatische Krankheitslast durch Rauchen ist soweit bekannt, dass sie hier im Einzelnen nicht aufgeführt werden muss. Nur einige Fakten⁴ sollen zur Veranschaulichung genannt werden:

- Etwas 13 % (110.000) aller Todesfälle sind auf das Rauchen zurückzuführen.
- 81 % der Nichtraucher/innen werden 70 Jahre alt, aber nur 58 % der Raucher/innen erreichen dieses Alter.
- Einer von 15 Todesfällen bei Frauen über 35 Jahren ist tabakbedingt, bei den Männern sind es 3 von 15.
- 80 % der Lungenkrebstodesfälle der über 35-Jährigen sind tabakbedingt. (33.213 von 41.460)
- 12,8 % der Todesfälle an ischämischen Herzerkrankungen bei über 35-Jährigen sind tabakbedingt. (17.882 von 139.638)
- In Deutschland sterben jährlich 3.300 Menschen an den Folgen des Passivrauchens.

Besondere Beachtung muss dem Passivrauchen bei Kindern und Jugendlichen geschenkt werden. Aufgrund der wachstums- und entwicklungsbedingten Vulnerabilität ist das Passivrauche bei dieser Gruppe besonders schädigend. Von den 14 – 17-Jährigen Mädchen sind 45 % belastet durch das Rauchen der Eltern. Bei den Jungen sind es 42 %.⁵ Aber auch Erwachsene sind immer noch einem weithin unterschätzten Gesundheitsrisiko durch Passivrauchen in einem beträchtlichen Umfang ausgesetzt.⁶



© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2009

⁴ DKFZ, Tabakatlas Deutschland 2009

⁵ Ausführliche Zusammenstellung „Gesundheitsrisiko Passivrauchen“, Robert Koch Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 3/2010

⁶ siehe Fußnote 5

Nur ¼ der Raucherinnen gibt während der Schwangerschaft das Rauchen auf. Die Folgen für das Ungeborene und Neugeborene sind allgemein bekannt. Für das Gesundheitsziel „gesund aufwachsen in BW“ wird durch die Reduzierung des Tabakkonsums ein wichtiges Teilziel umgesetzt.

Wissenschaftliche Evidenzen zeigen, dass Tabakrauchen und riskanter Alkoholkonsum Synergien bilden und in Kombination zu besonders schweren Erkrankungen führen. Hier sind in erster Linie ein erhöhtes Risiko für verschiedene Krebserkrankungen bekannt. Beispielsweise haben Personen mit gefährlichem Alkoholkonsum plus Tabakkonsum ein 55,3-faches Risiko, ein Ösophagus-Karzinom zu entwickeln. Da der Ausschöpfung der präventiven Potenziale zur Krebsfrüherkennung und Krebsvermeidung in der Gesundheitspolitik eine herausragende Bedeutung zugesprochen wird, wird die Alkohol- und Tabakprävention auch in diesem Kontext relevant als Gesundheitsziel.

Verbreitung

Nach einer Stichprobe⁷ bei 18 - 59 Jährigen in Deutschland ergab sich, dass 10,9 % der Frauen und 21,5 % der Männer gesundheitsgefährdeten Konsum von Alkohol aufwiesen (Summe aus riskanten plus gefährlichen + Hochkonsum; siehe Begriffsklärung). Bei einer anderen Untersuchung (IFT München) zeigten sich 11,5 % der befragten Männer und 4 % der Frauen mit einer Alkoholproblematik. Nach der DHS⁸ gelten 2 Mio. Konsumenten als Missbrauchskonsumenten (Summe aus riskanten + gefährlichen + Hochkonsum) und 1,3 Mio. werden mit Abhängigkeit diagnostiziert.

Für Ba-Wü geht man von 270.000 Alkoholabhängigen aus. Dies ist ein aus Bundeszahlen abgeleiteter Schätzwert.⁹

Beim Verbreitungsgrad muss gesehen werden, dass nicht nur die Hochkonsumenten/innen gesundheitspolitisch von Bedeutung sind, sondern dass die Familien und das soziale Umfeld in gleicher Weise einer hohen Belastung ausgesetzt sind. In Deutschland ist von rund 2,65 Mio. Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre auszugehen, die in einer alkoholbelasteten Familie leben. Als erwachsene Kinder aus suchtbelasteten Familien sind weitere 5-6 Mio. Personen potentiell durch eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber psychischen Störungen gefährdet. In BW lebt jedes 7. Kind unter 15 Jahren in einer Suchtfamilie, geschätzt ca. 250 – 300.000, ohne Berücksichtigung einer hohen Dunkelziffer.

Auf Bundesebene ist „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ der 3. häufigste stationäre Behandlungsgrund.¹⁰

Die Raucherquote in Deutschland liegt bei den Männern (ab 15 Jahre) bei 32 % und bei den Frauen der gleichen Altersstufe bei 23 %.¹¹ Am stärksten verbreitet ist das rauchen im jungen Erwachsenenalter. Im mittleren Lebensabschnitt liegen die Prävalenzen aber nur geringfügig niedriger. Ab dem Alter von 50 Jahren sind dann deutli-

⁷ Kraus, Augustin, 2001

⁸ DHS, Jahrbuch Sucht 2009

⁹ Suchtforscher gehen davon aus, dass lediglich 7 - 10 % der behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen die spezifischen Suchthilfen in Anspruch nehmen. Mit dieser Berechnungsgrundlage lässt sich für Ba-Wü die o.g. Schätzzahl stützen.

¹⁰ Vergl.: www.gbe-bund.de - Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008

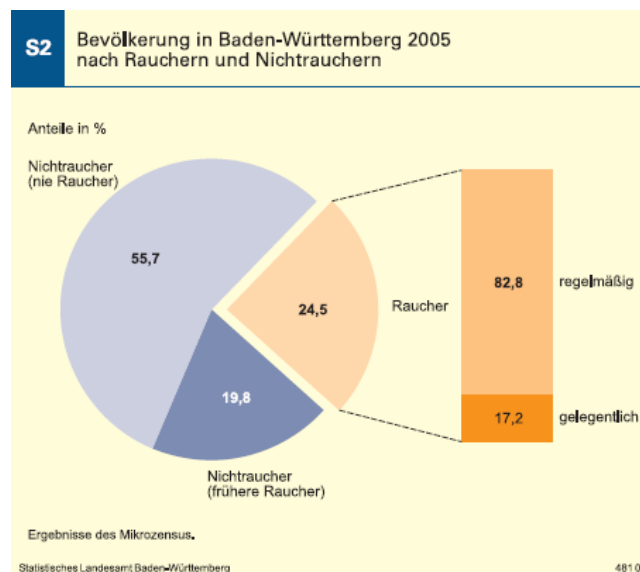
¹¹ Statistisches Bundesamt 2006

che Rückgänge zu verzeichnen. Dabei spielen auch tabakbedingte Erkrankungen und Todesfälle eine Rolle.¹²

Weitere Fakten zur Verbreitung des Rauchens:

- von den 25 bis 69-jährigen Männern gehören 35,5 % zu den Rauchern, von den Frauen sind es 27,8 % (bezogen auf das Jahr 2006).
- Der Anteil der Jugendlichen (12 – 17-Jährigen) die noch nie geraucht haben geht seit 2001 konstant zurück. 2008 sind in dieser Altersgruppe 61 % Nie-Raucher/innen und 15 % Raucher/innen. In der Altersgruppe gelten 15 % der Jungen und 16 % der Mädchen als Raucher/innen.
- Laut BZgA liegt das Durchschnittsalter des Rauchereinstiegs bei 13,7 Jahren. Auch wenn sich dieser Altersdurchschnitt in den letzten 20 Jahren wenig verändert hat, ist aufgrund der Vulnerabilität der bezeichneten Gruppe diese Tatsache äußerst besorgniserregend.
- In Deutschland sterben pro Jahr 110.000 bis 140.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten.

Insgesamt ist die Datenlage zur Beurteilung der Verbreitung des Rauchens in Deutschland sehr gut. Für die 12 – 25-Jährigen wird alle 2 Jahre von der BZgA eine Prävalenzstudie herausgegeben. Für den Erwachsenen Bereich gibt es aussagefähiges Zahlenmaterial und Ausarbeitungen beim DKFZ, WHO Kollaborationszentrum Tabakkontrolle.



(Abb. Statistisches Landesamt, Statistisches Monatsheft, 10/2006)

Verbesserungspotential

Hier sind die beiden Bereiche „Verhinderung des frühen Einstiegs“ bei Kindern und Jugendlichen und „Früherkennung bei Erwachsenen“ zu differenzieren. Für ersteres gelten die bekannten Erkenntnisse aus der Präventionsforschung. Verhaltensprävention (personenbezogen) und Verhältnisprävention (strukturbezogen) sind in Kombination nachweislich wirksam. Studien¹³ haben gezeigt, dass Maßnahmen, die die Verfügbarkeit verringern (zeitliche, räumliche und anlassbezogene Begrenzung), hoch wirksam sind. Außerdem sind alkoholische Getränke wie auch Tabak preissensibel

¹² DHS, Jahrbuch Sucht 2009

¹³ Barbor et al., 2005

Produkte, d.h., bei einer Preissteigerung geht der Konsum auch bei Hoch-Konsumenten signifikant zurück. Eine konsequente Umsetzung des Kinder- und Jugendschutzes ist aufwandsneutral sehr gut umsetzbar und wirksam. Hierzu gibt es in Ba-Wü bereits erprobte Ansätze (Stichwort „Festkultur“). Durch eine entsprechende Verbesserung der gesetzlichen und strukturellen Maßnahmen könnten weitere Konsumreduzierungen erwirkt und somit die Krankheitslast verringert werden. Das prominenteste Beispiel für die dauerhafte und flächendeckende Verfügbarkeit bei Tabak sind die Zigarettenautomaten. Deutschland ist weltweit das einzige Land, mit diesem Angebotsprofil. Eine Veränderung dieses Angebots würde schlagartig die Konsummenge reduzieren.

Verhaltenspräventive Interventionen können sehr gut in bestehenden Bildungs- und Hilfestrukturen integriert werden. So ist z.B. bekannt, dass bei ca. 40 % der Fälle in der Familienhilfe (SpFH) im Hintergrund eine Alkoholproblematik liegt, die aktiv in die Hilfeplanung einbezogen werden könnte. Aufklärung und Information können außerdem sehr gut integriert werden in Schuluntersuchungen und in der Geburtsvorbereitung und weiteren Betreuung durch Hebammen.

Für die Früherkennung von riskantem und gefährlichem Konsum bei Erwachsenen gibt es sehr gute Voraussetzungen. Studien¹⁴ zeigen, dass Menschen mit riskantem Alkoholkonsum (und auch Tabakkonsum) sehr gut in der medizinischen Basisversorgung erreicht werden können. Evidenzbasierte Programme der sekundärpräventiven Frühintervention zeigen sich wirksam. Auch bei Erwachsenen lässt sich durch Einflussnahme auf Angebot (Verhältnisprävention) und Nachfrage (Verhaltensprävention plus Verhältnisprävention) die Konsummenge von Alkohol und Tabak reduzieren.

Weiteres Verbesserungspotential ist gegeben, wenn eine gesellschaftliche Neubewertung des Konsums von Alkohol und Nikotin vorgenommen wird. Beispielsweise besteht ein robuster Zusammenhang zwischen Werbung und Konsum von Alkohol¹⁵ und Tabak. Hierzu gibt es die Möglichkeit, auf die Einhaltung der Verhaltensregeln des Deutschen Werberats konsequent zu achten und/oder gezielte Werbebegrenzungen einzuführen, insbesondere im Sinne des Jugendschutzes. Es gibt zahlreiche Beispiele, die die Wirkungslosigkeit der Selbstverpflichtung nach den Regeln des Deutschen Werberats dokumentieren.¹⁶

Der Rückgang der Raucherquote bei den Jugendlichen zeigt: Prävention ist erfolgreich. Ebenfalls ein positives Beispiel für die Wirksamkeit von Verhältnisprävention ist die erfolgreiche Bilanz durch die Herabsetzung der Promillegrenze beim Autofahren.

Ein erhebliches Verbesserungspotenzial wird darin gesehen, wenn gezielt sozial benachteiligte Gruppierungen (siehe „Chancengleichheit“) mit präventiven Botschaften erreicht werden. Dieses Potenzial ist bisher kaum berücksichtigt in Kampagnen und Maßnahmen.

Volkswirtschaftliche Relevanz

Die volkswirtschaftlichen Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden auf ca. 24,4 Mrd. Euro für Deutschland geschätzt, das entspricht 1,16 % des Bruttoinlandsprodukts. Bei diesen Kostenberechnungen werden 8,4 Mrd. € dem Bereich Behandlung, Reha und nicht medizinische direkte Kosten zugerechnet. 16 Mrd. € entstehen durch

¹⁴ John et al.; 1996

¹⁵ Hanewinkel, Morgenstern; DHS Jahrbuch Sucht 2009

¹⁶ vergl. PM der DHS vom 12.08.2010 (www.dhs.de)

allgemeine Mortalität. Darin enthalten sind ca. 5 Mrd. € Schaden durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung.

Alkoholbedingte Krankenhausbehandlungen¹⁷ haben im Durchschnitt eine erheblich längere Verweildauer und dadurch deutlich höhere Behandlungskosten. Während die durchschnittlichen Krankenhausbehandlungen unter 10 Tagen Verweildauer liegen, werden alkoholbezogene Diagnosen im Durchschnitt mit 15 KH-Tagen behandelt. Damit liegt der Behandlungsfall um rund 1.100,- € über den Kosten für eine durchschnittliche Krankenhausbehandlung. In BW ist für die vollstationäre Versorgung bei alkoholbezogenen Behandlungsanlässen 140 Mio. € aufzuwenden (Kosten im Jahr 2001).

Außerdem unübersehbar sind die hohen Aufwendungen, die durch alkoholassoziierte Sachbeschädigungen, Gewaltanwendungen und andere Straftaten entstehen. Mehr als 30 % aller Gewaltverbrechen geschehen unter Alkoholeinfluss.¹⁸ In einer Schweizer Studie¹⁹, wo Polizeibeamte befragt wurden, wird angegeben, dass 2/3 aller Fälle von Körperverletzung, Raub und häuslicher Gewalt unter Alkoholeinfluss begangen wird.

In BW gibt die Studie über den „Freiburger StreetTalk“ (2009) ebenfalls Auskunft: 308 Personen wurden zu Alkoholkonsum und Gewalterleben in der Freiburger Innenstadt befragt. Den Ergebnissen zufolge hatten 90 Prozent der an einer Schlägerei Beteiligten vorher Alkohol getrunken. Inwiefern insgesamt solche Schäden in Baden-Württemberg beziffert werden können, müsste vom Innenministerium erfragt werden. Aber auch in diesem Bereich sollte nicht nur der materielle Schaden betrachtet werden, sondern die gesundheitlichen, sozialen und psychischen Beeinträchtigungen, die Menschen (Opfer wie Täter) durch Gewaltanwendung erleben, sind in ihrer Auswirkung für den weiteren Lebensalltag (Ausbildung, Beruf, Familie, Freizeit) erheblich.

Die volkswirtschaftliche Relevanz des Tabakkonsum ergibt sich aus der immensen Krankheitslast. Für Deutschland werden die direkten und indirekten Kosten, verursacht durch Rauchen, auf 33,55 Mrd. € jährlich geschätzt. Rund 1/3 der direkten Kosten entfällt auf das Gesundheitswesen (7,5 Mrd. €) und etwa 2/3 auf indirekte Kosten (13,5 Mrd. €) durch Produktionsausfälle und Frühberentungen. Im Detail:

- 0,3 Mrd. – Reha-Kosten
- 1,8 Mrd. – ambulante Behandlungskosten
- 1,8 Mrd. – Kosten für Arzneimittel
- 3,6 Mrd. – stationäre Behandlungskosten
- 3,9 Mrd. – Produktionsausfallkosten durch Arbeitsunfähigkeit
- 4,7 Mrd. – Produktionsausfallkosten durch vorzeitigen Tod
- 5,0 Mrd. – Frühverrentungskosten infolge Erwerbsunfähigkeit

Weitere Kostenaufstellungen wurden veröffentlicht vom DKFZ.²⁰

Der größte Anteil der Krankheitskosten (40 %) geht auf die tabakbedingten Krebserkrankungen zurück und etwas weniger als 1/3 auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Netto-Einnahmen des Bundes durch Tabaksteuern decken diese Kosten nicht ab. Im Jahr 2008 lagen die Bundeseinnahmen bei 13,56 Mrd. €. ²¹ Die Auflistung der

¹⁷ Dr. Baumann, Statistisches Monatsheft Ba-Wü, 3/2004

¹⁸ Klein, 2. Dt. Suchtkongress, Köln 2009

¹⁹ Uni Bern, 2007

²⁰ vergl.:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Die_Kosten_des_Rauchens.pdf

²¹ DKFZ, Tabakatlas Deutschland 2009

Kosten macht darüber hinaus deutlich, dass die Ausgabenbereiche nicht automatisch von den Steuereinnahmen profitieren.

Was nicht monetär erfasst werden kann sind die Belastungen von zeitlichem und finanziellem Pflegeaufwand durch Angehörige und vor allem Leid und Schmerz der Betroffenen, psychische Belastungen der Angehörigen sowie Verlust von Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen.²²

Es gibt aber auch den individuellen Kostenfaktor, der die Kaufkraft aus anderen Konsumbereichen abzieht. So gaben beispielsweise im Jahr 2003 Privathaushalte in Deutschland durchschnittlich 6,5 % des Monatseinkommens für Tabakwaren aus. Konkret: Raucher/innen, die 1 Packung Zigaretten am Tag verbrauchen, benötigen dafür etwa 1.460,- € im Jahr (120,- im Monat). Besonders für sozial benachteiligte Familien kann dies zu erheblichen Folgeproblemen führen.

Standortfaktor

Die Gefährdungsgrade „gefährlicher“ und „Hochkonsum“ von Alkohol haben eine direkte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und Frühberentung. Somit würde eine Konsumreduzierung eine unmittelbare Verbesserung im Erwerbsleben für den wirtschaftlichen Standortfaktor BW mit sich bringen. Eine solche Verbesserung würde sich nicht nur unmittelbar auf die wirtschaftlichen Betriebe auswirken, sondern auch im sozialen und gesundheitsbezogenen Sektor Entlastung bedeuten. Die DRV Baden-Württemberg gab 2009 rund 35 Mio. € für alkoholbezogene Suchtrehabilitation aus.

Betrachtet man die volkswirtschaftlichen Kostenfaktoren, die durch Rauchen entstehen (siehe vorheriges Kapitel), so muss man davon ausgehen, dass eine Reduzierung des Tabakkonsums langfristig zu einer erheblichen ökonomischen Entlastung der Betriebe führt.

Familienfreundliche Strukturen und Bedingungen sind bekanntermaßen wichtige Standortfaktoren. Wenn eine „rauchfreie Kindheit“²³ zum gesunden Aufwachsen in BW gehört, so kann das als positiver Faktor für das Bleiben und die Anwerbung junger Familien angeführt werden.

In BW fließen rund ein Drittel der GKV Ausgaben in die Krankenhausbehandlung (Stat. Landesamt 2009). Bei einem Ausgabenvolumen der GKV in BW von 18,2 Mrd. € (2007) wären das rund 6 Mrd. €. Setzt man dies nun ins Verhältnis dazu, dass alkoholbedingte stationäre Behandlungen auf Bundesebene an 3. Stelle stehen, so liegt es auf der Hand, dass durch eine Reduzierung des Alkoholkonsums langfristig eine immense Einsparung der GKV Ausgaben erzielt werden könnte und somit eine Entlastung an die GKV Versicherten weiter gegeben werden könnte.

Ethische Aspekte

Alkohol und Tabak sind keine gewöhnlichen Konsumgüter. Die historische Entwicklung des Kulturguts Alkohol und der Umgang damit, machen es zu einem ungewöhn-

²² DKFZ, Tabakatlas Deutschland 2009

²³ vergl. www.tabakkontrolle.de; direkt:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Rauchverbot_auf_Spielplaetzen.pdf

lichen Konsumgut in unserer Gesellschaft. „Wenn Alkohol heute das übliche Verfahren zur Zulassung als Medikamente durchlaufen müsste, würde es sicher wegen seiner vielen Wirkungen zugelassen werden – sich dann aber im Betäubungsmittelgesetz wiederfinden.....“²⁴. Allein aus diesem Grund ist es legitim, von Staats wegen Steuerungsmaßnahmen zum Schutz und Wohle der Bevölkerung allgemein und besonders schützenswerter Gruppierungen einzurichten. Die Maßnahmen sehen sich in dem Spagat von staatlicher Verantwortung und Selbstbestimmung der Person und deshalb ist es geboten, alle Maßnahmen mit Sorgfalt abzuwägen.

Im Laufe der Geschichte hat sich die Haltung im Umgang mit Alkohol und Tabak laufend verändert. Veränderungsbestimmend ist dabei der aktuelle Wissens- und Forschungsstand aber auch wirtschaftliche Interessen. So sind heute die Erkenntnisse aus der Hirnforschung dafür verantwortlich, dass die Gesundheits- und Entwicklungsgefährdungen durch Alkohol- und Tabakkonsum für Kinder und Jugendliche erkannt sind und entsprechende Schutzmaßnahmen gefordert werden. Ebenfalls der neueren Forschung geschuldet ist die Unterscheidung in riskanten, gefährlichen und abhängigen Konsum. Während in früheren Zeiten die Bekämpfung der Krankheit „Sucht“ im Zentrum stand, wird heute ein starker Fokus auf die gesundheitlichen Schäden gelegt. Diese Fokussierung zeigt noch deutlicher den Grenzbereich der individuellen Verantwortung und staatlicher Steuerung. Man bewegt sich in dem Diskussionsraum, individuelle Risikobereitschaft einerseits und Schadensbehebung durch die Solidargemeinschaft andererseits.

Eine besondere Beachtung kommt dem Schutz- und Schonraum für Kinder und Heranwachsende zu. Missbräuchlicher (riskant und gefährlicher) und abhängiger Alkoholkonsum ist nicht nur eine große Gesundheitsgefahr und erhebliche psychische Belastung für die Betroffenen, sondern in erheblichem Ausmaß (siehe Verbreitung) sind neben den Partner/innen auch die Kinder großen sozialen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Diese Gruppe zeigt eine deutlich höhere Vulnerabilität gegenüber Verhaltens- und Erlebnisstörungen. Besonders das ungeborene Leben ist für Folgeschäden durch Alkohol- und Tabakkonsum zu schützen. Diese Zusammenhänge sind mittlerweile gut belegt und publiziert.²⁵ Die Verantwortung der Gesellschaft gegenüber den in Mitleidenschaft gezogenen Menschen und der freie Zugang zu dem Konsumgut Alkohol begründet einen ethischen Auftrag.

Ebenso verhält es sich mit dem Tabakkonsum. Er „stellt in den Industrieländern das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Sowohl die Krankheitsbelastung durch Zigarettenkonsum als auch dessen Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit sind in ihrem Ausmaß historisch beispiellos.“²⁶ Die WHO spricht von der Tabakepidemie. Das Forschungswissen um die große gesundheitliche Belastung der Individuen und die daraus resultierende ökonomische Belastung der Solidargemeinschaft aber auch von Wirtschaftsunternehmen, sowie der in Mitleidenschaft gezogene Personenkreis der unfreiwillig dem Passivrauchen ausgesetzt ist, begründet eine staatliche Verantwortung. Staatliche Steuerungsmaßnahmen sowie personenbezogene Informationen und Interventionen müssen als angemessene Strategie zum Schutz und zur Schadensbegrenzung betrachtet werden. Unter diesem Gesichtspunkt ist gesundheitspolitisches Handeln unverzichtbar.

²⁴ Hüllinghorst, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage „Das Parlament“, Juli 2008

²⁵ Klein, Michael; Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien; Stand der Forschung, Situations- und Merkmalanalyse, Konsequenzen; Band 1 der Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung; Roderer, Regensburg 2005

²⁶ vergl.: www.tabakkontrolle.de

Ganz allgemein ist es gerechtfertigt zu sagen, dass der Zustand einer Abhängigkeit die Würde der betroffenen Person und deren direkten Angehörigen in vielen Situationen nur schwer aufrechtzuerhalten ist. Auch darin liegt ein ethischer Auftrag begründet.

Chancengleichheit

Die Prävalenz von Alkohol- und Tabakkonsum ist nicht in allen gesellschaftlichen Schichten gleichermaßen verteilt. Studien zeigen, dass beispielsweise das Rauchen bei Jugendlichen in den unteren sozialen Statusgruppen deutlich weiter verbreitet ist als in den oberen. Die KIGGS-Studie 2007²⁷ zeigt für die 14 – 17-Jährigen, dass 36 % der Jungen der unteren Statusgruppen rauchen, während es in höheren Statusgruppen nur 26 % sind. Bei den Mädchen ist die Differenz noch größer, nämlich 39 zu 22. Weitere Studien bestätigen diese Tendenz. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche rauchen nicht nur mehr, sondern beginnen auch früher. Das hat zur Folge, dass Sie weitaus gefährdeter sind für die bekannten Folgeschäden, denn je früher mit dem Rauchen begonnen wird, umso höher ist das Risiko zu erkranken und abhängig zu werden. Hinzu kommt, dass sozial Benachteiligte signifikant häufiger den Gefahren des Passivrauchens ausgesetzt sind. Von den 11 – 17-Jährigen sind 11 % der oberen Statusschicht dem Passivrauchen ausgesetzt, 25 % der mittleren und 40 % der unteren sozialen Schicht.²⁸ Auch bei den Erwachsenen liegt in den sozial benachteiligten Schichten eine deutlich höhere Tabakbelastung vor. Die tabakbedingte Sterblichkeit ist bei „Armen“ 2-3mal höher als bei Wohlhabenden.

Beim Alkoholkonsum verhält es sich differenzierter. Zunächst stellt man fest, dass je höher das Einkommen, desto höher der Alkoholkonsum. Armut geht einher mit geringer sozialer Teilhabe und bietet damit weniger Anlässe für geselliges Trinken. So entwickelt sich Alkoholkonsum kaum zum Lebensstil. Hinzu kommt, dass Frauen aus unteren Schichten eher an traditionellen Frauenbildern orientiert sind und dazu gehört es, dass Frauen eher nicht oder wenig trinken. Allerdings muss gleichzeitig gesehen werden, dass bei den Abhängigkeitskranken überzufällig häufig mehr Menschen aus den unteren sozialen Gruppierungen kommen.²⁹

Des Weiteren kann Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für hohen Alkoholkonsum und eine Abhängigkeitsentwicklung gesehen werden und umgekehrt.

Der Blickwinkel der Chancengleichheit muss auch den geschlechtsspezifischen Aspekt betrachten. Insgesamt konsumieren Männer deutlich mehr Alkohol und

Zigaretten. Ein höherer Alkohol- und Tabakkonsum bei Männern ist somit auch im Zusammenhang mit der früheren Sterblichkeit der Männer zu sehen. Präventionsbemühungen müssen daher besonders auch auf Männer ausgerichtet werden. Dies korreliert auch mit anderen Bemühungen der Gesundheitsvorsorge.

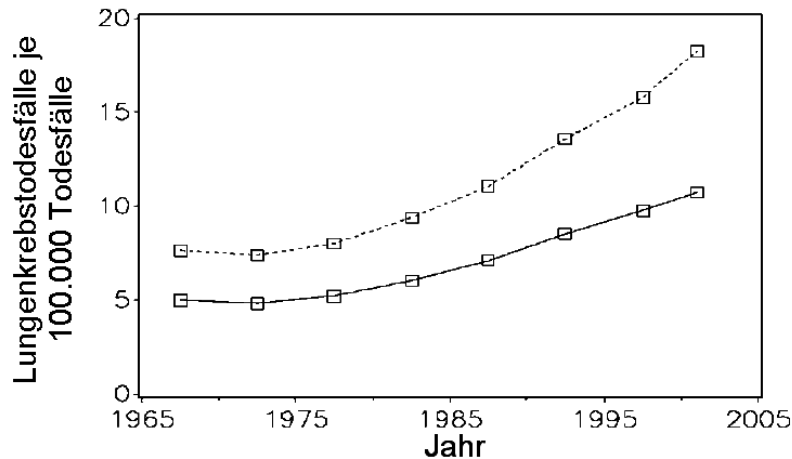
Allerdings ist bezüglich des Rauchverhaltens festzustellen, dass der Anteil der Frauen am Rauchen in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat. Ein Indikator dafür ist die deutlich gestiegene Anzahl an Lungenkrebs bei Frauen. Während 1985 Lungenkrebs bei Frauen den 19. Platz in der Rangfolge der Todesursachen einnahm, lag 2005 diese Todesursache an 8. Stelle.³⁰

²⁷ Henkel, Vortrag Landesstellentagung Ba-Wü 2009

²⁸ KIGGS-Studie 2007

²⁹ Henkel, Vortrag Landestagung 2009

³⁰ Statistisches Bundesamt, 2007



(Abb.: DKFZ 2008: Die gestrichelte Linie zeigt die 35 – 64-Jährigen, die untere die Gesamtentwicklung.)

Frauen und Kinder hingegen sind am ehesten betroffen von Gewalt im Zusammenhang mit Alkohol aber auch von anderen psychosozialen Belastungen durch hohen Alkoholkonsum der Männer. Eine Eindämmung dieses Phänomens würde eine erhebliche Verbesserung des Alltagserlebens bei vielen Frauen bedeuten und hätte eine erhebliche Relevanz auf das gesunde Aufwachsen Kinder und Jugendlicher.

Eine Differenzierung hinsichtlich der Bevölkerung mit Migrationshintergrund läßt sich pauschal nicht vornehmen. Hierzu gilt grundsätzlich, dass die 2. und 3. Generation der Migranten sich zunehmend kaum unterscheiden im Risikoverhalten bezogen auf den Konsum von Suchtmitteln. Daraus ist zu schließen, dass Migranten der weiteren Generationen eher gefährdeter sind, als die erste Migrantengeneration. Denn grundsätzlich gilt, dass MigrantInnen ursprünglich signifikant weniger Suchtmittel (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen) konsumierten.³¹ Als besonders auffällige Gruppe, sind die hier lebenden (sogenannten) Russlanddeutschen. In dieser Bevölkerungsgruppe wird signifikant mehr Alkohol getrunken mit den entsprechenden sozialen Folgeerscheinungen.

Das Rauchverhalten hat sich insbesondere bei den jungen Migrantinnen und Migranten zunehmend dem der gleichaltrigen Deutschen angenähert.

Priorität aus Sicht der Bevölkerung

Prinzipiell kann durch die bekannten Maßnahmen aus Verhaltens- und Verhältnisprävention ein Verständnis für die Problematik in der Breite der Bevölkerung erreicht werden. Nach wie vor sind die personenbezogenen, die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Folgen von missbräuchlichem Alkohol- und Tabakkonsum nicht ausführlich bekannt. Hinzu kommt, dass durch die Bewerbung der Produkte gleichzeitig das falsche Signal der Verharmlosung gestreut wird. An der großen Zustimmung des Nichtraucherschutzgesetzes beispielsweise lässt sich ablesen, dass bereits jetzt ein Handlungsbedarf in der Bevölkerung gesehen und unterstützt wird. Fast $\frac{3}{4}$ der Bevölkerung befürwortet die rauchfreien Gaststätten³², dies als nur ein Beispiel für die zunehmende Akzeptanz in der Bevölkerung.

³¹ vergl.: BMG, Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten; Band 141/1, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 2002

³²

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Rauchfreie_Gaststaetten_2009.pdf

Der riskante und missbräuchliche Konsum von Alkohol hat prinzipiell keine Toleranz in der Bevölkerung. Zwar liegt Deutschland immer noch in der europäischen Spitzengruppe des Pro-Kopf-Konsums von Alkohol, aber es muss auch gesehen werden, dass zwar bei sehr hohem Niveau, aber dennoch der Pro-Kopf-Konsum seit dem Hochkonsum 1980 mit 12,9 Liter konstant zurück geht und 2007 bei 9,9 Litern liegt.

Durch den gefährlichen Hoch-Konsum bei einer Gruppe Jugendlicher und junger Erwachsener ist bereits eine Aufmerksamkeit und z.T. Neubewertung in der Bevölkerung spürbar. Dies zeigt sich z.B. daran, dass Freizeitvereine oder –verbände verstärkt Präventionsaktivitäten nachfragen oder sich auf fest vereinbarte Festregelungen zum Jugendschutz einlassen.³³

Die Akzeptanz des Nichtraucherschutzes ist in der Bevölkerung ungebrochen hoch. So stimmen mittlerweile fast $\frac{3}{4}$ der Bevölkerung einer gesetzlichen Bestimmung von rauchfreien Gaststätten zu.

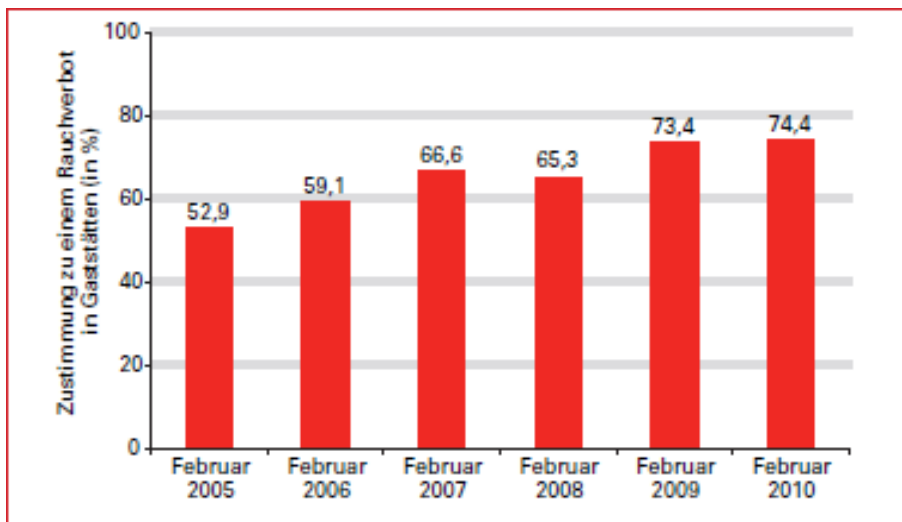


Abbildung 2: Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten in Deutschland im Zeitvergleich von 2005 bis 2010

(Abb.: DKFZ 2010)

Für den Bereich des Kinderschutzes findet sich für das Beispiel der Forderung „rauchfreier Spielplätze“ eine breite Akzeptanz. 85 Prozent³⁴ der deutschen Bevölkerung würden ein gesetzliches Rauchverbot auf Spielplätzen befürworten.

Messbarkeit

Internationale wissenschaftliche Befunde zeigen, dass mit dem Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols auch die alkoholbezogene Krankheitslast zurück geht. So wäre der Pro-Kopf-Verbrauch eine sinnvolle Messgröße für die Feststellung der Zielerreichung benannter Gesundheitsziele. Hinsichtlich einer Datensicherung und Evaluation ist beispielsweise das Statistische Landesamt gut geeignet. Ein Monitoring zum Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol lässt sich unaufwendig aus den jährlich veröffentlichten Konsumdaten des Einzelhandels ableiten. Verkaufszahlen aus der Gastronomie sind

³³ siehe: www.fairfest.de

³⁴ Umfrage der Bertelsmann Stiftung 2007

ebenfalls zugänglich. Außerdem lässt sich durch die Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes gut zeigen, wie sich Maßnahmen auf eine Verbesserung auswirken, dies sogar differenziert hinsichtlich Altersgruppen und Geschlecht. So können zielgruppenspezifische Interventionen und Maßnahmen jährlich gut evaluiert werden.

Konsumdaten zu Zigaretten sind ohne weiteren Aufwand erhältlich. Die absoluten Absatzzahlen von Tabakwaren lassen einen eindeutigen Rückschluss auf das Rauchverhalten zu. Langfristig müsste sich dies zusätzlich an der Reduzierung der Folgeerkrankungen ablesen lassen. Messbarkeit sollte jedoch nicht nur auf der Konsumebene des Individuums festgelegt werden. Aufgrund der bekannten Wirkmechanismen kann beispielsweise auch ein Monitoring der für Werbeeinschränkungen aufgebaut werden, die Reduzierung von aufgestellten Zigarettenautomaten oder die Einführung „rauchfreier Spielplätze“ dokumentiert werden.

Prinzipiell lassen sich in diesem Bereich alle Mess-Interventionen wie beim Gesundheitsziel „Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen“ nutzen bzw. miteinander verbinden.

Machbarkeit

Maßnahmen der universellen als auch der selektiven Prävention lassen sich sehr gut in den bestehenden Bildungs- und Hilfesystemen sowie bundesweiten oder landesweite Institutionen (z.B. BZgA, LGA etc.) verankern.

Neue Institutionen müssten hinzu gewonnen werden, so z.B. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte. Hier gibt es gute Möglichkeiten mit den entsprechenden Kammern und Vereinigungen partizipatorische Wege zu erschließen. Informationen und Interventionen (selektive Prävention) zum Rauchverhalten bzw. zum Rauchstopp können sinnvollerweise und mit wenig Aufwand an zahnärztliche Praxen angeschlossen werden. Die GKV hätte die Möglichkeit über Anreize sowohl für die Versicherten als auch für die niedergelassenen Ärzte eine entsprechende Entwicklung in Gang zu setzen.

Informationen im Sinne von universellen Maßnahmen sind sehr gut bei Geburtsvorbereitungen und an Einschulungsuntersuchungen zu koppeln. Eltern wie Kinder sind hier gleichermaßen erreichbar.

Als weitere Kooperationspartner wären Fahrschulen sehr geeignet. An den Kfz-Führerschein ließe sich ein verpflichtender „Risiko-Check“ angliedern. Hierdurch würden auf verbindlichem Wege sehr viele junge Menschen mit Informationen und Interventionen erreicht.

Im Rahmen der Machbarkeit - und in diesem Zusammenhang muss auch die Effizienz von Maßnahmen im Blick sein – muss die Verhältnisprävention ihre Möglichkeiten ausschöpfen. Verhältnisprävention ist im Vergleich zur Verhaltensprävention mit deutlich weniger Aufwand umzusetzen und darüber hinaus wirkungsvoll.³⁵ So könnte beispielsweise durch eine gesetzliche Verankerung von rauchfreien Kinderspielplätzen und Bushaltestellen eine wirkungsvolle und nachhaltige Maßnahme zum Schutz der Kinder vor Passivrauchen umgesetzt werden.³⁶ Die Stadt Heidelberg kann Erfolge durch diese Maßnahme bereits vorweisen.

Insgesamt lässt sich durch steuerungspolitische Maßnahmen die Verfügbarkeit von Alkohol und Tabak, und damit auch der Konsum, nachweislich reduzieren.

³⁵ Dr. Wienberg, Vortrag beim Forum Sucht der Landesstelle für Suchtfragen, 2010

³⁶ Dr. Pötschke-Langer, Vortrag Landesstelle für Suchtfragen 2010 anlässlich des Welt-Nichtraucher-Tages;

Möglichkeit der Beteiligung

Eine moderne Suchtprävention basiert auf partizipatorischen Grundprinzipien. Insofern ist die Einbeziehung der Bevölkerung bzw. bestimmter Zielgruppen in die Entwicklung und Umsetzung von Präventionskonzepten selbstverständlich. Alle im vorherigen Kapitel genannten möglichen Kooperationspartner oder Institutionen sollten als Multiplikatoren in die Entwicklung von Maßnahmen einbezogen werden. Besonders die verhaltenspräventiven Ansätze müssen das Prinzip der Beteiligung beachten.

Die Selbsthilfe ist traditionell in der Suchthilfe und Suchtprävention sehr stark vertreten. Die flächendeckende Struktur der unterschiedlichen Verbände ist eine gute Möglichkeit eine breite Beteiligung zu erwirken.

Weitere Beteiligungsmöglichkeiten müssen sich nach den konkreten Teilzielen richten.

Vorschlag für operationalisierbare Handlungsziele

- **Reduzierung der alkoholassoziierten stationären Behandlungsfälle**
 - o Erfolgsindikator: Jährliche Fallzahlen des Statistischen Landesamtes
 - Strategien und Maßnahmen:
 - Konzepte der „Festkultur“ (besonders) während der Hochkonsumzeiten (lt. Stat. LA Fasching, Sommerzeit) verankern im Sinne eines verbesserten Jugendschutzes; Konzepte kommen z. T. in BW schon zum Einsatz³⁷
 - Konzepte wie HaLT³⁸ flächendeckend installieren und als Angebot ausdehnen auf Erwachsene (z.B. Liaisondienste in Krankenhäusern)
 - Anreize zur Einhaltung des Jugendschutzes, bei Nichteinhaltung von Ordnungsstrafen Gebrauch machen;
 - anlassbezogen alkoholfreie Zonen einrichten (gesetzliche Grundlage schaffen)

Reduzierung des Pro-Kopf-Verbrauchs von Alkohol

(gleichzeitig auch Erfolgsindikator)

Strategien und Maßnahmen:

- Sekundärpräventive Maßnahmen in der medizinischen Basisversorgung (Konzepte z. T. in BW im Einsatz)
- Konzept der Punktnüchternheit weiter verbreiten
- Promille-Grenze zur Fahrtüchtigkeit senken
- Alkoholsteuer erhöhen bzw. bisher unbesteuerte alkoholische Getränke mit Steuern belegen

³⁷ So ist beispielsweise das Konzept „Fair Fest“ aus Sigmaringen z. Zt. das „Projekt des Monats“ auf der Internetseite der Bundesdrogenbeauftragten:

http://www.bmg.bund.de/cn_151/nn_1191726/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/D/Glossar-Drogenbeauftragte/Drogen_20und_20Sucht_20allgemein/Projekte.html?__nnn=true

³⁸ vergl.: www.halt-projekt.de

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

- Allgemeine Verfügbarkeit reduzieren; z.B. lizenzierte Verkaufsstellen
- Kooperation mit Fahrschulen (Information und Risiko-Check); gesetzliche Vorgaben prüfen;

Beispiele guter Praxis

- HaLT, Hart am Limit, ein Bundesmodellprojekt mit mittlerweile zahlreichen Umsetzungsstandorten in BW zur Frühintervention und Verhinderung von behandlungsbedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgrund Alkoholintoxikation (Konzepte z.T. anders benannt); Bausteine zur präventiven Festkultur;
- „Fair-Fest“ – Festkultur mit besonderen Vereinbarungen und Standards zum Jugendschutz;
- Liasondienste in Krankenhäuser (erfolgreiche Bundesmodellprojekte und Standorte mit Erfahrung in BW)
- Konsiliardienste in Agenturen für Arbeit, Sozialämter etc. (Standorte in BW)
- Projekt (abgeschlossen) des bw-lv zu Kooperation mit dem Hebammenverband

Reduzierung des Tabakkonsums³⁹

- Erfolgsindikator: Rückgang der Verkaufszahlen, Konsumzahlen
Strategien und Maßnahmen
 - Ausbau des Nichtraucherschutzes bzw. Schutz für Passivraucher insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, z.B. durch Schaffung rauchfreier Kinderspielflächen und andere Kinder- und Jugendplätze;
 - Verringerung der Passivrauchbelastung in Privathaushalten durch bessere Aufklärung insbesondere von Eltern; Systematisierung von Unterstützungs- und Ausstiegskonzepten für schwangere Frauen
 - Initiative zu rauchfreien Sportanlagen
 - Rauchfreie Krankenhäuser, verbunden mit Information und Ausstiegsmöglichkeiten im Krankenhaus
 - Besserer Zugang zu und Förderung von Entwöhnungsmaßnahmen
 - Raucherausstieg für Jugendliche fördern und flächendeckend einführen (Schulen, Gesundheitsämter, Beratungsstellen etc.)
 - Verzicht auf Tabakwerbung an öffentlichen (kommunalen) Räumen, Veranstaltungen, Sportereignissen etc.

Verhinderung des frühen Einstiegs zum Tabakkonsum

- Erfolgsindikator: Steigerung der Anzahl von Präventionsprogrammen (z.B. an Schulen); Steigerung der Teilnehmer/innen an Präventionsprogrammen;
Strategien und Maßnahmen
 - Lebenskompetenzprogramme an Schulen, in Kindergärten verbunden mit Substanzinformation
 - Elternarbeit (Schule, Jugendhilfe), Elterninformation z.B. verbunden mit der Einschulung

³⁹ siehe differenzierte Ausführungen im Handbuch „gesundheitsziele.de“, S. 38 ff

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

- Förderungen von Jugendverbänden, Jugendfreizeitmaßnahmen etc. verbindlich koppeln an die Integration von Nichtraucher-schutz und entsprechende Präventionsprogramme
- Verbot von Tabakwerbung im Umfeld von Institutionen für Kinder und Jugendliche (Schulen, Bushaltestellen, Sportanlagen, Jugendfreizeiteinrichtungen etc.)
- Zahnärztliche Untersuchungen koppeln mit Information und Früh-intervention
- Flächendeckend, kostenfreie Ausstiegsprogramme für Jugendliche Probierkonsumenten

Beispiele guter Praxis

- Klassen Workshops, z.B. Angebot der Villa Schöpfung⁴⁰
- Nichtrauchersprechstunde an Schulen, Villa Schöpfung
- „Dein Stil – rauchfrei“ Nichtrauchertraining für Jugendliche, Villa Schöpfung
- Programm „Willst du auch keine?“⁴¹
- Programm „Wieder Nichtraucher/in werden“, Raucherentwöhnung für Jugendliche; Looping – Stadt Pforzheim/Enzkreis
- Be smart – don't start, Koordination LGA
- Kampagne „Rauchfreies Krankenhaus“⁴²

Stand August 2010

Christa Niemeier

Referentin für Suchtprävention
Landesstelle für Suchtfragen
der Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.

⁴⁰ vergl.: www.villa-schoepflin.de

⁴¹ Martin Heyn, Gesundheitsamt Würzburg

⁴² vergl. http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Rauchfreie_Krankenhaeuser.html

II.4. Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen

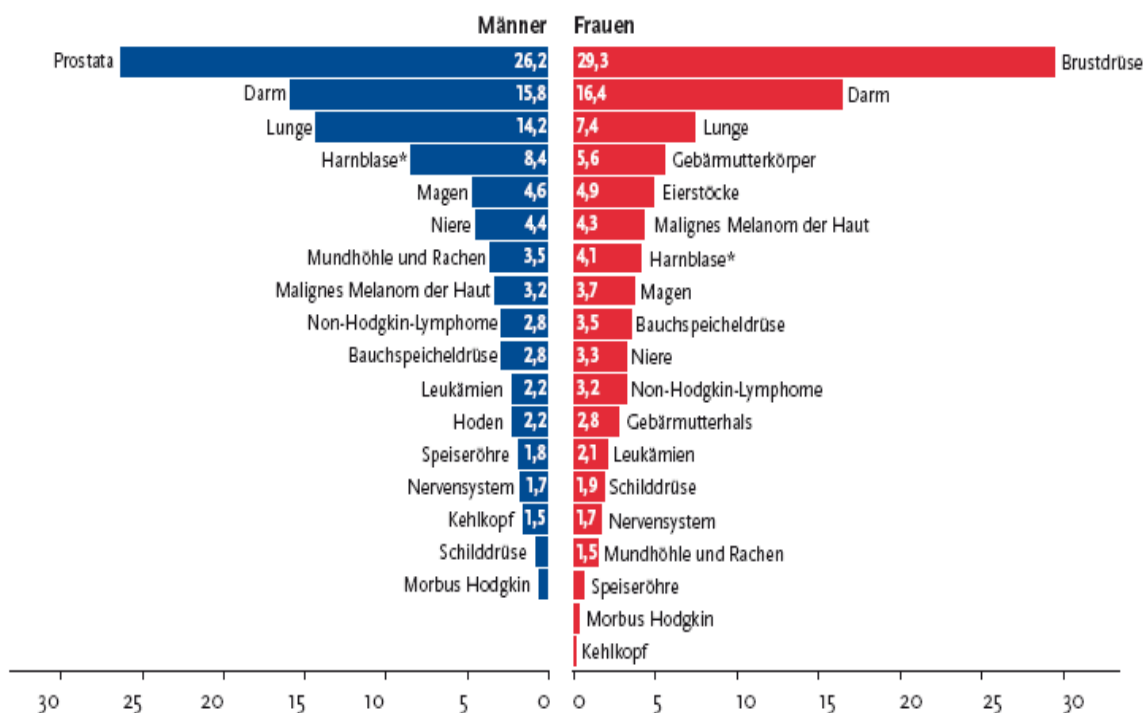
Mammakarzinom

Schwere- und Gefährdungsgrad

In Deutschland erkranken jährlich ca. 53.000 Frauen an Brustkrebs. Mit einem Anteil von 29 % ist Brustkrebs die häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 64 Jahren. Die Brustkrebsinzidenz ist in Deutschland seit 1980 bis etwas ins Jahr 2000 stetig angestiegen und ist seither auf gleichbleibendem Niveau. Die Mortalität geht seit Mitte der 90er Jahre deutlich zurück. Die 5-Jahres Überlebensrate liegt in Deutschland derzeit bei 83 % -87 %. Die 5-Jahres-Prävalenz lag Ende 2006 bei 242.000, d.h. zu diesem Zeitpunkt lebten in Deutschland 242.000 Frauen mit einer bis zu 5 Jahren zurückliegenden Diagnose. (Robert Koch Institut 2010: „Krebs in Deutschland 2005/2006 Häufigkeiten und Trends“).

Prozentualer Anteil ausgewählter Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs in Deutschland 2006

Quelle: Schätzung der Dachdokumentation Krebs im Robert Koch-Institut



*einschließlich bösartiger Neubildungen in situ und Neubildungen unsicheren Verhaltens

Verbreitung

Jede 8.-10. Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs.

Bestimmte Risikofaktoren fördern die Entstehung von Brustkrebs:

- Brustkrebserkrankungen naher Verwandter (Mutter, Großmutter, Schwester, Tante)
- frühe Menarche
- Kinderlosigkeit

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

- Höheres Alter bei der ersten Geburt
- Später Eintritt ins Klimakterium
- Hormonersatztherapie während der Wechseljahre
- Genetische Faktoren (BRCA): ca. 5 % der Erkrankungen sind erblich bedingt.

Ausgetragene Schwangerschaften in jungen Jahren, mehrere Geburten und längere Stillzeiten scheinen das Brustkrebsrisiko zu verringern. Die Pille erhöht das Brustkrebsrisiko geringfügig, hat allerdings einen gewissen protektiven Effekt hinsichtlich Endometriumkarzinom und Ovarialkarzinom. (Robert Koch Institut 2010: „Krebs in Deutschland 2005/2006 Häufigkeiten und Trends“)

	Frauen
Erkrankungsfälle 2006	57.970
<i>Projektion für 2010</i>	59.510
Rohe Neuerkrankungsrate*	137,9
Standard. Neuerkrankungsrate (Europa)*	102,1
Standard. Neuerkrankungsrate (Welt)*	75,3
Sterbefälle 2006	17.286
Standard. Sterberate (Europa)*	25,5
Standard. Sterberate (Welt)*	17,5

* je 100.000

Verbesserungspotential

Regelmäßige körperliche Aktivitäten, Sport und die Vermeidung von Übergewicht zeigen in vielen Studien einen günstigen Einfluss auf das Risiko einer Brustkrebserkrankung. Die Auswahl von Lebensmitteln, wie zum Beispiel Obst- und Gemüsekonsum scheint für das Risiko keine Rolle zu spielen. Der risikosteigernde Einfluss des Rauchens und Alkoholkonsums wird zwischenzeitlich anerkannt. (Robert Koch Institut 2010: „Krebs in Deutschland 2005/2006 Häufigkeiten und Trends“)

Nach der in Deutschland je nach Region zwischen 2005 und 2008 erfolgten Einführung des flächendeckenden, bevölkerungsbezogenen Mammographie-Screening-Programms werden inzwischen alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre zu einer Reihenuntersuchung (Mammographie-Screening) in spezialisierten Zentren eingeladen. Die Beteiligung liegt bei ca. 54 % in dieser Altersgruppe. Die hiermit ermöglichte Früherkennung erhöht die Chancen auf Heilung.

Ansatzpunkte Früherkennung:

- Erreichung einer hohen Beteiligung am Mammographie-Screening (für Frauen im Alter von 50-69 Jahre)
- Sensibilisierung der Frauen, die jünger als 50 J. und älter als 69 J. sind, für die angebotenen Früherkennungsmaßnahmen
- Gewährleistung, dass alle Früherkennungsmaßnahmen in zertifizierten Zentren durchgeführt werden, um eine adäquate Qualitätssicherung zu garantieren.

Ansatzpunkte Therapie:

- Gewährleistung, dass die Brustkrebstherapie leitlinienkonform erfolgt
- Gewährleistung, dass die Leitlinien alle Behandlungssituationen abdecken und keine Lücken mehr aufweisen
- Erforschung von Prognosefaktoren zur Optimierung der Behandlung

- Optimierung von Abstimmungsprozessen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich

Volkswirtschaftliche Relevanz

Studien, die die direkten und indirekten Kosten, die durch die Brustkrebserkrankung entstehen, in Deutschland erheben, liegen nach unserem Wissen nicht vor.

Ethische Aspekte

In Deutschland steht derzeit theoretisch allen Brustkrebspatientinnen die leitliniengerechte Therapie zur Verfügung. Die Erstattung der Therapiekosten durch die Krankenkassen ist beim zulassungskonformen Einsatz der Therapien vollumfänglich gewährleistet. Unklar ist allerdings, wie weit mit Eintreten der Gesundheitsreform zum 01.01.2011 neue Therapien nach dem ersten Jahr nach Zulassung weiterhin erstattungsfähig bleiben, da jede neue Therapie regelhaft einer Nutzenbewertung durch den GBA unterzogen werden muss, völlig unabhängig von der vorliegenden behördlichen Zulassung.

Hinsichtlich älterer Patientinnen ist zu bedenken, dass diese häufiger nicht leitlinienkonform therapiert werden und zielgerichtete Therapien seltener zum Einsatz kommen als bei jüngeren Patienten. Bei jedoch nur etwa 40% der über 75jährigen Patientinnen liegen Komorbiditäten vor, die eine leitlinienkonforme Therapie nicht erlauben (Marschner, 2009).

Ansatzpunkte:

- Integrierung von älteren Patienten in klinische Studien. Alte und ältere Patienten sind in klinischen Studien unterrepräsentiert.
- Therapieentscheidungen sollten nicht nach dem kalendarischen, sondern nach dem biologischen Alter und Komorbiditäten getroffen werden, um eine Unterversorgung der älteren Patienten zu vermeiden. (Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (26): A-1317)
- Regelmäßiger Einsatz eines geriatrischen Assessments als eine objektive Bewertungsgrundlage neben dem eigenen Wunsch der Betroffenen

Chancengleichheit

Jede hundertste Erkrankung tritt bei Männern auf. Dies sind somit in Deutschland ca. 400 Neuerkrankungen bei Männern pro Jahr.

Eine weitere Patientengruppe, der besondere Beachtung geschenkt werden sollte, sind die Migrantinnen, die sich häufig Sprachproblemen und kulturellen Hürden stellen müssen. Wenn Migrantinnen aufgrund sprachlicher Probleme nicht genug informiert sind, werden sie größere Ängste wahrnehmen, als vielleicht notwendig.

Insgesamt braucht das Gesundheitssystem eine kulturelle Öffnung der Institutionen, die Patienten mit Migrationshintergrund als eine Gruppe mit besonderen Bedürfnissen wahrnehmen und auf diese Bedürfnisse reagieren (Quelle: Forum 2_2009: Arbeiten mit türkischen Patientinnen: Gibt es wirklich wesentliche Unterschiede?)

Priorität aus Sicht der Bevölkerung

Obwohl der Altersgipfel bei der Brustkrebserkrankung bei 64 Jahren liegt, erkranken immer häufiger auch junge Frauen an einem Mammakarzinom. Somit ist dies keine

Erkrankung, die typischerweise bei alten Menschen auftritt, sondern auch junge Frauen betrifft.

Besonders zu beachten sind in diesem Zusammenhang Mütter, die oft in einer Situation erkranken, wo sie ihre Kinder versorgen müssen. In solchen Konstellationen ist die ganze Familie von der Diagnose betroffen und auch die Kinder müssen in dieser schwierigen Situation unterstützt werden. Eine Studie hierzu wird von der Rexrodt-von-Fircks Stiftung veröffentlicht. Die Studie „gemeinsam gesund werden“ eruiert die Vorteile einer adäquaten psychologischen Betreuung von Mutter und Kind.

Immer mehr an Bedeutung gewinnt der psychoonkologische Aspekt. Dem Umgang mit der Diagnose und der Bewältigung der Erkrankung wird dadurch Rechnung getragen, dass den Patientinnen in allen zertifizierten Brustzentren eine psychoonkologische Betreuung angeboten wird.

Messbarkeit

Patientinnen, die leitliniengerecht therapiert werden, haben eine bessere Prognose (BRENDA-Studie, Varga et al, Oncology 2010,78,S 189-195).

Ansatzpunkte:

- Gewährleistung, dass die Leitlinien möglichst jährlich überprüft und ggf. aktualisiert werden.
- Gewährleistung, dass die aktuellen Leitlinien allen Mammakarzinom - Therapeuten zeitnah zur Verfügung stehen und umgesetzt werden.
- Konsolidierung und ggf. Erweiterung bereits bestehender Krebsregister. Die Krebsregister könnten als fundierte Datenbasis zur Beantwortung von Fragen hinsichtlich Inzidenz, Prävalenz, Mortalität, Therapie und Therapie-Erfolg sowie -Compliance dienen.

Möglichkeit der Beteiligung

Das Thema „shared decision making“ gewinnt insbesondere in dieser Indikation stetig an Bedeutung. Aktive Patientinnen erwarten, in Entscheidungsprozesse aktiv einbezogen zu werden. Im Rahmen einer Umfrage bei 5000 Krebspatienten (nicht ausschließlich MammaCa-Patientinnen) bemängelt fast jeder Dritte, dass die Mitbestimmung bei Diagnostik- und Therapieentscheidungen nur unzureichend sei. (Quelle: Ärzte Zeitung Ausgabe 74 (2010))

Ansatzpunkte:

- Die Mammakarzinom-Therapeuten sind sich der Thematik „shared decision making“ bewusst und akzeptieren den Wunsch der Patientinnen nach gemeinsamer Entscheidungsfindung im Therapieprozess
- Den Patientinnen stehen qualitativ hochwertige Informationsmöglichkeiten zur Verfügung, so dass sie ihre Anliegen, Wünsche und Bedenken adäquat mit den Therapeuten besprechen können.
- Die Patientinnen erhalten ausreichend Informationen, um die jeweiligen Therapieentscheidungen nachzuvollziehen und den hohen Stellenwert einer guten Compliance zu verstehen.
- Die Patientinnen sind darüber hinaus über rechtliche Aspekte und Ansprüche informiert (Sozialleistungen, Wiedereingliederungsmaßnahmen etc.)

In der Indikation Brustkrebs stehen flächendeckend Selbsthilfegruppen als Ansprechpartner zur Verfügung. Jedes zertifizierte Brustzentrum sollte den Patientinnen den Zugang zur Selbsthilfe aktiv anbieten.

Machbarkeit

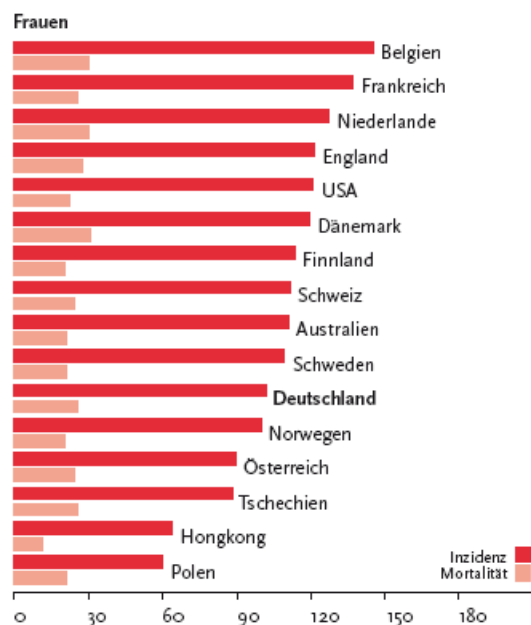
Hinsichtlich Machbarkeit wird z.B. auf folgende existierende Projekte, Arbeitsgemeinschaften bzw. Netzwerke hingewiesen:

- Kommissionen zur Erstellung von Leitlinien (AGO / S3)
- Deutschlandweites Mammographiescreening
- Sensibilisierung der Bevölkerung durch viele Initiativen wie Patienteninformationstage, Kampagnen, qualifizierte Artikel in entsprechenden Zeitungen und Zeitschriften – vor allem im Brustkrebsmonat Oktober (Bsp: Susan G. KOMEN Deutschland e.V. finanziert modellhafte Projekte und betreibt Aufklärungskampagnen zur Heilung von Brustkrebs)
- Flächendeckende Selbsthilfe-Organisationen in Deutschland (z. B. Frauenselbsthilfe nach Krebs, mamazone, Brustkrebs Deutschland e.V., viele lokale Selbsthilfegruppen)

Relevanz als Standardfaktor

Deutschland im Vergleich:

Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten in Deutschland im internationalen Vergleich 2006, ICD-10 C50 (außer Frankreich, Australien: 2005, Schweiz: 2003–2006, Belgien Sterberaten: 2004)
Fälle pro 100.000 (Europastandard)



(Robert Koch Institut 2010: „Krebs in Deutschland 2005/2006 Häufigkeiten und Trends“).

Stand 20.04.2011

Frau Ulrike Knirsch
Roche-Pharma

III. Übersicht Gesundheitsziele des Bundes und der Länder (gesundheitsziele.de)

Die folgende Tabelle wurde von gesundheitsziele.de/Forum Gesundheitsziele Deutschland / GVG zusammengestellt und gibt mit Stand vom März 2011 eine Übersicht zu den Gesundheitszielen und prioritären Handlungsfeldern des Bundes und der Länder:

Bundesländer	Zielthemen und prioritäre Handlungsfelder
Bund	<p>Der Kooperationsverbund <i>gesundheitsziele.de</i> hat seit dem Jahr 2000 die folgenden sechs nationalen Gesundheitsziele entwickelt und publiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003) • Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003) • Tabakkonsum reduzieren (2003) • Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung (2003, aktualisiert 2010) • Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003) • Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006) <p>Seit 2009 in der Entwicklungsphase: Gesund älter werden (siebtes nationales Gesundheitsziel)</p>
Baden-Württemberg	<p>2009 / 2010 Entwicklung von Gesundheitszielen im Rahmen der Gesundheitsstrategie; Prozess noch nicht abgeschlossen; bereits jetzt gesichert ist die Etablierung des GZ „Gesund aufwachsen“.</p>
Bayern	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol (2005) • Gesunde Ernährung und Bewegung (2005) • Gesunde Arbeitswelt (2005) • Rauchfrei leben (2005) • Gesundheit im Alter (2008) • Prävention von psychischen Erkrankungen (2009)
Berlin	<p>Kindergesundheit (Oberziel: „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“); <u>2007</u> durch die Landesgesundheitskonferenz (LGK) Verabschiedung eines entsprechenden Zielsystems mit quantifizierten Teilzielen in den Handlungsfeldern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegung, • Ernährung und • Sprachentwicklung. <p>Gesundheit im Alter (Oberziel: „Erhalt von Selbständigkeit und Lebensqualität“); <u>2008</u> Beschluss der LGK zur Erarbeitung und Konkretisierung von Gesundheitszielen in den Handlungsfeldern</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychische Gesundheit, • körperliche Aktivität, • Gesundheitsförderung und • Teilhabe, <p>altersgerechte Lebensumwelt und Produkte.</p>
Brandenburg	<p>Träger des vom Gesundheitsministerium 2004 initiierten Gesundheitszielprozesses für Kinder und Jugendliche ist das „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ (BGA).</p> <p>Das Bündnis beobachtet und analysiert die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg und nimmt zu Bedarfslagen auf diesem Hand-</p>

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

	<p>lungsfeld Stellung. Es beschließt Handlungsfelder, Ziele und Teilziele zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg. Über die Durchführung von Maßnahmen entscheiden die Mitglieder des Bündnisses in eigener Verantwortung. (Bündnis gesund aufwachsen)</p> <p>Die im Jahr 2000 auf Initiative des Gesundheitsministeriums des Landes gegründete Qualitätskonferenz Onkologie (QKO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • beobachtet auf Grundlage der Daten der klinischen Krebsregister die Qualität der Versorgung aller Krebskranken im Land, • vereinbart Ziele zur Optimierung der Qualität von Vorsorge, Früherkennung und Versorgung, • empfiehlt Maßnahmen zur Erreichung der Ziele und kontrolliert die Wirkung eingeleiteter Maßnahmen. (Qualitätskonferenz Onkologie) <p>Sucht (2002) – Landessuchtkonferenz LSK</p>
Bremen	Entwicklung eines WegWeisers für Frauen mit Brustkrebs
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> • Gesund aufwachsen in Hamburg (Oktober 2010) • Gesund alt werden in Hamburg (ab 2011) • Gesund leben und arbeiten in Hamburg (ab 2012) <p>Die Zielentwicklung wird für die einzelnen Leitziele (s. o.) kooperativ, beteiligungsorientiert mit externen Kooperationspartnern erfolgen.</p>
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesund aufwachsen • Gesund bleiben und gesund altern • Reduzierung des Tabakkonsums <p>Ziele werden noch entwickelt.</p>
Mecklenburg-Vorpommern	<p>Mecklenburg-Vorpommern hat 2003 Gesundheitsziele für Kinder unter dem Motto Chancengleich gesund aufwachsen entwickelt. Seit 2008 werden sie im Rahmen des Landesaktionsplanes zur Gesundheitsförderung und Prävention ressortübergreifend umgesetzt.</p> <p>Zielthemen/ prioritäre Handlungsfelder: Die ersten vier Ziele beziehen sich auf die Themenfelder Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung sowie auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Bewegungsangeboten zur Reduzierung des Bewegungsmangels; • Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens zur Reduzierung von Fehlernährung; • Stärkung der Fähigkeiten zur Stressbewältigung; • Verbesserung der Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Suchtprävention in den Lebensräumen von Kindern und Jugendlichen. <p>Daneben gibt es Ziele, die sich auf die gesundheitliche Vorsorge und die Gesundheitsversorgung beziehen. Handlungsfelder sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter; • Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen; • Impfungen; • Behandlung und Betreuung von chronisch (allergie-) kranken Kindern; • Psychiatrische Versorgung im Kindes- und Jugendalter; • Gesundheit im Säuglingsalter und Senkung der Frühgeburtenrate. <p>Die Gesundheitsziele befinden sich derzeit in der Überarbeitung.</p>
Niedersachsen	<p>a. „Verminderung von Kinderunfällen“</p> <p>b. „Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen (U8, U9 und J1)“ unter Leitung des NLGA und</p> <p>c. „Reduktion des Tabakkonsums bei Kindern und Jugendlichen " unter Leitung der LVG.</p>

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

<p>Nordrhein-Westfalen</p>	<p>Die Landesgesundheitskonferenz NRW hat seit 1995 Gesundheitsziele festgelegt und umgesetzt. Zuletzt im Jahre 2005 mit den Gesundheitszielen Nordrhein-Westfalen 2005 -2010:</p> <p><i>Strukturziele:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen 2. Bürgernähe schaffen und Gesundheitsverantwortung fördern 3. Neue Versorgungsformen entwickeln 4. Gesundheitsinformationen weiterentwickeln 5. Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich stärken <p><i>Krankheitsbezogene Ziele:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduzieren 2. Krebs bekämpfen 3. Rückenleiden minimieren 4. Sucht bekämpfen 5. Depressionen erkennen und behandeln <p>Ergänzend sind nachstehende Querschnittsthemen bei der Konkretisierung und Umsetzung zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bürger- und Patientenorientierung • Chancengleichheit einschließlich der Situation von Migrantinnen und Migranten • Evidenzbasierung • Gender Mainstreaming • Gesundheit alter Menschen • Kinder- und Jugendgesundheit • Menschen mit Behinderungen • Prävention • Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement • Sektorale Verzahnung und Integration • Stärkung der Selbsthilfe
<p>Rheinland-Pfalz</p>	<p>Konzertierte Aktion "Gesundes Rheinland-Pfalz" mit Schwerpunktthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigenverantwortung • Selbsthilfe • Vernetzung • Diabetes mellitus • Schlaganfall • Krebs • chronische Kranke
<p>Saarland</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. „Brustkrebs“ (2004); Früherkennung (Aktualisierung in der Zielentwicklung), Lebensqualität erhöhen, Mortalität vermindern 2. „Tabakkonsum reduzieren“ (2005), Erlass von Nichtraucherschutzgesetzen, u.a. um Nichtraucherinnen und Nichtraucher zu schützen aber auch um den Konsum zu reduzieren (zuletzt geändert 2010, Jedoch ist gegen das generelle Rauchverbot in der Gastronomie eine einstweilige Verfügung anhängig. 3. „Gesund aufwachsen“ (2006), Im Rahmen von „Inform“ hat das Saarland 2009 die Vernetzungsstelle „Gesunde Schulverpflegung“ eingerichtet
<p>Sachsen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesund aufwachsen, seit 2005; im Grundsatz von der Bundesebene übernommen, aber thematisch landesspezifisch breiter angelegt. • Brustkrebs – Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen seit 2005 drei Handlungsfelder: Früherkennung, Krebsregister, Psychosozia-

Anhang Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“

	<p>le Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“ seit 2007; Erhalt und Verbesserung von funktionaler und subjektiver Gesundheit, Stärkung und Entwicklung von Ressourcen und Potentialen älterer Menschen sowie Förderung ihrer aktiven Teilhabe bei der Gestaltung des gesellschaftlichen und sozialen Lebens • Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen
<p>Sachsen-Anhalt</p>	<p>Verabschiedung von 6 Gesundheitszielen für Sachsen-Anhalt am 26. März 1998 auf der 1. Landesgesundheitskonferenz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senkung der Säuglingssterblichkeit auf Bundesdurchschnitt • Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung • Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Bundesdurchschnitt • Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs auf Bundesdurchschnitt • Senkung des Anteils der Raucher in allen Altersgruppen, Senkung des Alkoholkonsums in allen Altersgruppen, Verringerung alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr • Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen <p>Neuausrichtung der Gesundheitsziele für Sachsen-Anhalt 2003, Verständigung auf 5 Gesundheitsziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung • Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt und der alkoholbedingten Sterbehäufigkeit auf Bundesdurchschnitt • Verbesserung der Zahngesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt • Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung • Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung
<p>Schleswig-Holstein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus (1994), derzeit befindet sich die Ziel-/Teilzielformulierung in Überarbeitung • Verringerung der Säuglingssterblichkeit (1997) • Erhöhung der Impfquoten (1997), derzeit befindet sich die Ziel-/ Teilzielformulierung in Überarbeitung • Förderung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge (2001) • Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit an koronaren Herzkrankheiten (2003)
<p>Thüringen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesund alt werden – eine Herausforderung für jedes Lebensalter • Brustkrebs: Sterblichkeit vermindern, Lebensqualität erhöhen • Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln • Suchtmittelmissbrauch reduzieren • Entwicklung von bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Strukturen und Angeboten der Gesundheitsförderung

(Quelle: http://www.gesundheitsziele.de//cms/medium/627/Gesundheitsziele_Bund_Laender_110325.pdf, Abfrage: 13.04.2011)

