

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band I

Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Mehr Zielorientierung im Gesundheitswesen	15
1.1 Zur Notwendigkeit einer stärkeren Zielorientierung im Gesundheits- wesen	15
1.1.1 Funktionen gesundheitspolitischer Zielbildung	15
1.1.2 Die Outcome-Ebene im Rahmen von Zielen und Mitteln der Gesundheitsversorgung	18
1.1.3 Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich	23
1.1.4 Akteure gesundheitspolitischer Zielbildung im deutschen und europäischen Raum	27
1.2 Objektive und subjektive Outcomeindikatoren als Leitbilder der Gesundheitspolitik	30
1.2.1 Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre	30
1.2.2 Subjektive Elemente und Indikatoren der Gesundheitsversorgung	40
1.2.2.1 Begriff und Stellenwert der Gesundheit	40
1.2.2.2 Gesundheitliche Beeinträchtigung und subjektives Wohlbefinden nach den Wohlfahrtssurveys	43
1.2.2.3 Die Ergebnisse der Delphi-Umfragen des Fraunhofer-Instituts	46
1.2.2.4 Erhebungen im Auftrage von Janssen-Cilag GmbH	48
1.2.2.5 Die Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK	49
1.3 Generierung und Umsetzung von Gesundheitszielen	50
1.3.1 Partizipation bei der Erstellung von Gesundheitszielen	50
1.3.2 Funktionen gesundheitspolitischer Ziele und ihre Umsetzung im Kontext europäischer Erfahrungen	53

	Seite	
1.3.2.1	Funktionen von Gesundheitszielen auf internationaler Ebene	53
1.3.2.2	Relevante Aspekte zu Implementation, Evaluation und politischen Kontext	54
1.4	Endogene und exogene Determinanten gesundheitlicher Ergebnisse . .	55
1.4.1	Das Spektrum von Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes	55
1.4.2	Einfluss des Gesundheitssystems auf die gesundheitlichen Outcomes	58
1.5	Fazit und Empfehlungen	61
1.6	Literatur zu Kapitel 1	66
2.	Optimierung des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention	71
2.1	Prinzipien von Gesundheitsförderung und Prävention	71
2.1.1	Definitionen	71
2.1.2	Ökonomische (gesamtwirtschaftliche) Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention	73
2.1.3	Ordnungsgesichtspunkte	74
2.1.4	Zuständigkeit, gesetzliche Regelungen und Maßnahmen	76
2.1.5	Priorisierung	81
2.2	Präventive Potenziale: Lebensphasenspezifischer Zugang	83
2.2.1	Kindesalter	83
2.2.1.1	Impfprävention	83
2.2.1.2	Hörscreening	87
2.2.1.3	Mundgesundheit	90
2.2.2	Alter	92
2.2.2.1	Ziele und Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter	92
2.2.2.2	Präventionspotenziale	94
2.2.2.2.1	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	94
2.2.2.2.2	Diabetes mellitus Typ II	100
2.2.2.2.3	Erkrankungen der Atemwege	101
2.2.2.2.4	Osteoporose und Stürze	101
2.2.2.2.5	Infektionskrankheiten	103
2.2.2.2.6	Harninkontinenz	103
2.2.2.2.7	Psychische Erkrankungen	103
2.2.2.3	Interventionsbereiche	104
2.2.2.4	Erfolgreiches Altern	105
2.3	Prävention und Gesundheitsförderung in der Krankenversorgung	106
2.3.1	Primärärztliche Versorgung	106
2.3.1.1	Einleitung	106
2.3.1.2	Qualitätsmängel	107
2.3.1.3	Hindernisse zur Ausschöpfung von präventiven Potenzialen	108
2.3.1.4	Ansätze zur Verbesserung der präventiven Versorgung	109
2.3.2	Setting Krankenhaus	110
2.3.2.1	Gesundheitsförderung und Qualitätsverbesserung im Krankenhaus . . .	110
2.3.2.2	Ziele und Adressaten der Gesundheitsförderung im Krankenhaus	112
2.3.2.3	Qualitätsziele und Verbesserungsmaßnahmen	113
2.3.2.4	Zwischenbilanz	114

	Seite	
2.4	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention	114
2.4.1	Aktuelle Ansätze	115
2.4.2	Stand der deutschen Gesetzgebung	115
2.4.3	Begriffe und Ansätze des Qualitätsmanagements	116
2.4.4	Definition von Zielen bzw. Nutzenerwartungen, Zielgruppen und zielgruppenspezifischen Zugangswegen	117
2.4.5	Auswahl von Interventionen	120
2.4.6	Auswahl von Ergebnisparametern im Qualitätsmanagement von Gesundheitsförderung und Prävention	120
2.4.7	Umsetzung in der GKV ab dem Jahr 2000.	122
2.5	Fazit und Empfehlungen	122
2.6	Literatur zu Kapitel 2	130
3.	Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation	144
3.1	Der Nutzer	145
3.1.1	Nutzer und Kostenträger	148
3.1.2	Nutzer und Leistungserbringer	149
3.2	Möglichkeiten der Erhöhung von Kompetenz und Partizipation beim Nutzer	150
3.2.1	Kompetenz	150
3.2.1.1	Faktoren, die die Nutzerkompetenz beeinflussen	151
3.2.1.1.1	Personale Faktoren	151
3.2.1.1.2	Umweltbedingungen	152
3.2.1.1.3	Edukative, kommunikative und informative Faktoren.	153
3.2.1.2	Informationsquellen	155
3.2.1.2.1	Informationen durch Ärzte	155
3.2.1.2.2	Informationsvermittlung in Beratungsstellen und ähnlichen Einrichtungen	157
3.2.1.2.3	Information durch Broschüren, Bücher und andere Printmedien	157
3.2.1.2.4	Informationen über das Internet	158
3.2.2	Transparenz von Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Qualitätsvergleichen	158
3.2.3	Qualitätssicherung für Patienteninformationen	160
3.2.4	Partizipation	161
3.2.4.1	Partizipation auf der Mikroebene	166
3.2.4.2	Partizipation auf der Mesoebene	167
3.2.4.3	Partizipation auf der Makroebene	168
3.3	Patientenrechte	169
3.3.1	Patientenrechte in Deutschland	169
3.3.2	Internationale Modelle und Erfahrungen	171
3.4	Zusammenfassung und Empfehlungen	174
3.5	Literatur zu Kapitel 3	176

Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 1:	Kennziffern zur Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung	21
Tabelle 2:	Die Entwicklung von Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich	24
Tabelle 3:	Das Wachstum von Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich	25
Tabelle 4:	Die Entwicklung von Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich	26
Tabelle 5:	Das Wachstum von Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich	27
Tabelle 6:	Akteure gesundheitspolitischer Zielbildung	28
Tabelle 7:	Lebenserwartung von Frauen im Jahre 1996 in 14 OECD-Ländern bei Geburt, im Alter von 40, 65 und 80 Jahren	37
Tabelle 8:	Zufriedenheit mit den nationalen Gesundheitssystemen in den 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union im Jahre 1993	43
Tabelle 9:	Indikatoren gesundheitlicher Beeinträchtigung	44
Tabelle 10:	Subjektive Gesundheitsindikatoren	45
Tabelle 11:	Studiendesigns zur Effektivitätsbeurteilung auf Systemebene	62
Tabelle 12:	Polarisierende Annahmen zum pathogenetischen und salutogenetischen Modell	73
Tabelle 13:	Etablierte Themenfelder und Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung	77
Tabelle 14:	Krebsbekämpfung im Rahmen der Initiative „Saving Lives: Our Healthier Nation“ in Großbritannien	82
Tabelle 15:	Beispiel für die Anwendung der Priorisierungskriterien	84
Tabelle 16:	Häufigkeit, medizinische Relevanz und nachgewiesene Wirkung ausgewählter Impfungen im Kindesalter	85
Tabelle 17:	Volkswirtschaftliche Relevanz und Risiken ausgewählter Impfungen im Kindesalter	86
Tabelle 18:	Durchimpfungsrate bei Impfungen im Kindesalter in Deutschland	87
Tabelle 19:	Haushalts-Einkommen und Impfschutz bei Schulanfängern	87
Tabelle 20:	Prävalenz von Hörstörungen in Nordamerika bzw. den USA	88
Tabelle 21:	Mundgesundheit der Kinder und Schulbildung ihrer Eltern	91
Tabelle 22:	Kardiovaskuläre Risikofaktoren nach Alter und Geschlecht mit Schätzung der Populationsprävalenzen	95
Tabelle 23:	Über Interventionsmaßnahmen erreichbare Risikofaktor-Modifikation und verhinderbare Krankheitslast an Herzinfarkten bzw. ischämischen Herzkrankheiten	98
Tabelle 24:	Über Interventionsmaßnahmen erreichbare Risikofaktor-Modifikation und verhinderbare Krankheitslast an Schlaganfall	99
Tabelle 25:	Bestandteile evidenzbasierter Vorsorgeuntersuchungen für ältere Allgemeinpraxispatienten	111
Tabelle 26:	Nutzen-Dimensionen und Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung bei nicht übertragbaren Krankheiten	119

Tabelle 27:	Ebenen der Partizipation, Entscheidungskontexte/Institutionen sowie Partizipationskontexte und Akteure	163
Tabelle 28:	Zeithorizonte und erwartete Wirkungen von Partizipation	164
Tabelle 29:	Modelle der Beteiligung und Beteiligungsumfang sowie Funktionen und praktische Beispiele	165
Tabelle 30:	Patientenrechte in Europa.	171

Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abbildung 1:	Ziel- und Mittelebenen der Gesundheitsversorgung	20
Abbildung 2:	Gesundheitsziele der WHO und ihre instrumentalen Funktionen	22
Abbildung 3:	Lebenserwartung von Frauen im Jahr 1996 in 14 OECD-Ländern	32
Abbildung 4:	Lebenserwartung von Männern im Jahr 1996 in 14 OECD-Ländern	33
Abbildung 5:	Entwicklung der Lebenserwartung von Frauen von 1960 bis 1997 in ausgewählten OECD-Ländern	34
Abbildung 6:	Durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen zwischen 1960 und 1996 in 14 OECD-Ländern	35
Abbildung 7:	Entwicklung der durchschnittlichen Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen von 1962 bis 1997 in ausgewählten OECD-Ländern	36
Abbildung 8:	Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen zwischen 1970 und 1996 in ausgewählten OECD-Ländern	37
Abbildung 9:	Verlorene Lebensjahre von Frauen im Jahr 1992 in 14 OECD-Ländern	38
Abbildung 10:	Durchschnittliche Wachstumsrate der verlorenen Lebensjahre von Frauen zwischen 1962 und 1992 in 14 OECD-Ländern	39
Abbildung 11:	Entwicklung der durchschnittlichen Wachstumsrate der verlorenen Lebensjahre von Frauen von 1962 bis 1997 in ausgewählten OECD-Ländern	40
Abbildung 12:	Das erweiterte Gesundheitssystemmodell	56
Abbildung 13:	Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes	57
Abbildung 14:	Latentes Strukturmodell der Messung des Gesundheitszustandes	60
Abbildung 15:	Einrichtungen und Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene	76
Abbildung 16:	Schema des Entwicklungsverlaufs bei Hörstörungen von der Geburt bis ins Erwachsenenalter	88
Abbildung 17:	Phasen präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen und Ansätze für ein Qualitätsmanagement	118
Abbildung 18:	Beziehungen zwischen Kompetenz, Partizipation, Nutzerverhalten, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	146

Verzeichnis zum Anhang

Anhang 1: Auftrag zu einem Sondergutachten	180
Anhang 2: Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)	181
Anhang 3: Überleitung von Teilen des Sondergutachtens in den gesetzlichen Auftrag	182
Anhang 4: Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	183

Abkürzungsverzeichnis

AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQS	Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Medizin
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AP-DRGs	All Patient Diagnosis Related Groups
APR-DRGs	All Patient Refined Diagnosis Related Groups
AR-DRGs	Australian Refined Diagnosis Related Groups
ARR	Absolute Risikoreduktion
AMEE	Association for Medical Education in Europe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
BAT	Bundesangestelltentarif
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BpflV	Bundespfllegesatzverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CI	Confidence Interval
CINDI	Country-wide Integrated Non-communicable Disease Initiatives
CONQUEST	Computerized Needs-oriented Quality Measurement Evaluation System
CQD	Continuous Quality of Care Development
CQI	Continuous Quality Improvement
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V.
DALE	Disability-adjusted Life Expectancy
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflege
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIQ	Dokumentations- und Informationssystem Qualitätssicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DMFT	Decayed-Missing-Filled-Teeth
DRG	Diagnosis Related Groups
EACCME	European Accreditation Council for Continuing Medical Education

EbM	Evidenzbasierte Medizin
EFQM	European Foundation for Quality Management
EG	Europäische Gemeinschaft
EGV	EG-Vertrag
EQA	European Quality Award
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GG	Grundgesetz
GHM	Groupes Homogènes de Malades
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
GRG 2000	GKV-Reformgesetz 2000
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
HCFA	Health Care Financing Administration (USA)
HDL	High Density Lipoprotein
HFA	Health for All
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HTA	Health Technology Assessment
IAP-DRGs	International All Patient Diagnosis Related Groups
ICD	International Classification of Diseases
ICNP	International Classification of Nursing Practice
ICPC	International Classification of Primary Care
IOM	Institute of Medicine
ISI	Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung
J11.	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen
JG	Jahresgutachten
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheiten
KID	Krebsinformationsdienst
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LDF	Leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen
LDL	Low Density Lipoprotein
LL	Leitlinie(n)

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Minimum Data Set
MONICA	MONItoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NbM	Narrativ based medicine
NHS	National Health Service
NI	Nosokomialen Infektionen
NIDEP	Nosokomiale Infektionen in Deutschland - Erfassung und Prävention
NNT	Number Needed to Treat
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OR	Odds Ratio
PKV	Private Krankenversicherung
PTCA	Percutane Transluminare Angioplastie
PYLL	verlorene Lebensjahre (Potential Years of Life Lost)
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
RAI	Resident Assessment Instrument
RCT	Randomized controlled trial
R-DRGs	Refined Diagnosis Related Groups
RRR	Relative Risikoreduktion
SB	Sachstandsbericht
SEKIS	Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle
SeuchRNeuG	Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften
SG	Sondergutachten
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
STIKO	Ständige Impfkommission
TQM	Total Quality Management
U1 (5,10)	1. (5., 10.) Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach § 26 SGB V
UEMS	Union Européenne des Sociétés Médicales
UK	United Kingdom
UQM	Umfassendes Qualitätsmanagement
USPSTF	US Preventive Services Task Force
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK

Vorwort

1. Im Mai 1999 erteilte die Bundesministerin für Gesundheit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen den Auftrag, ein Sondergutachten zur Verbesserung der Leistungssteuerung im Gesundheitswesen zu erstellen. Dabei sollten insbesondere Qualitätssicherung und neue Vergütungsformen, die Rolle von Gesundheitszielen, Prävention, Versichertenkompetenz und die primärärztliche Versorgung berücksichtigt werden. Im Februar 2000 hat die Bundesministerin für Gesundheit den Rat als Folge der im Januar 2000 in Kraft getretenen neu gefassten Aufgaben (§ 142 SGB V) von dem Wortlaut und der Frist ihres Auftrages vom Mai 1999 entbunden. Zugleich stellte sie dem Rat frei, in das nunmehr nach § 142 SGB V zu erstellende Regelgutachten über Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung, die bereits im Rahmen ihres ersten Auftrages im Rat erarbeiteten Gutachtenteile zu übernehmen.

2. Der Rat hat in das gesetzlich vorgesehene Gutachten Überlegungen aus dem ersten gesetzlichen Auftrag zu Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation sowie zur Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege integriert. Diese Teile erscheinen, einer 1996 und 1997 begonnenen Tradition folgend, hiermit in zwei Einzelbänden. Der Rat wird einen dritten Band im Frühjahr 2001 vorlegen. Alle drei Bände stellen aufeinander bezogene Teile des vom Gesetzgeber verlangten Gutachtens mit dem gemeinsamen Haupttitel „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ dar.

3. Im ersten Band mit dem Untertitel „Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation“ nimmt der Rat im ersten Kapitel zur Notwendigkeit einer stärkeren Zielorientierung im deutschen Gesundheitswesen Stellung. Er plädiert in dem Kapitel Zielbildung für einen politischen und öffentlichen Diskurs über explizite Gesundheitsziele auch in Deutschland, der über die seit 25 Jahren dominierende Kostendämpfungsdebatte hinaus geht (vgl. auch SG 1997). Er sieht darin auch wichtige Voraussetzungen für eine Erfolgsbewertung von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Die Schaffung eines gesundheitsbezogenen Zielbewusstseins kann auch das Handeln von Verbänden und Akteuren der Mikroebene stärker auf gemeinsame Wert- und Aktionshorizonte verpflichten.

Es wird ferner auf die Verknüpfung mit einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung und auf ihren Beitrag zu einer insgesamt stärkeren Transparenz im Gesundheitswesen und einer Versachlichung gesundheitspolitischer Kontroversen eingegangen.

Der Rat bewertet in diesem Kapitel auch Daten zum Gesundheitsstatus und zu den Gesundheitsausgaben Deutschlands im internationalen Vergleich. Ähnlich wie im jüngsten, öffentlich umstrittenen „World Health Report 2000“ der Weltgesundheitsorganisation nimmt Deutschland nach der Analyse des Rates hinsichtlich Lebenserwartung und verlorenen Lebensjahren trotz deutlicher Verbesserungen in den zurückliegenden Jahren unter den Industrieländern nur eine Mittelstellung ein. Die Position Deutschlands wird ferner durch das im internationalen Vergleich hohe Ausgabenniveau im deutschen Gesundheitswesen beeinträchtigt. Darin sieht der Rat einen Hinweis auf erhebliche strukturelle Schwächen des derzeitigen Mitteleinsatzes in Deutschland und plädiert für die Notwendigkeit weiterer Qualitätsverbesserungen von Versorgung und Prävention.

Bei der Diskussion objektiver und subjektiver Gesundheitsindikatoren sowie der Bildung und Umsetzung von Gesundheitszielen widmet der Rat der Einbeziehung von Betroffenen und den Präferenzen der Bevölkerung bei der Erstellung von Gesundheitszielen besondere Aufmerksamkeit. Ebenso werden Funktionen gesundheitspolitischer Ziele im Kontext europäischer Erfahrungen dargestellt.

Zur Analyse der, der medizinischen Versorgung im engeren Sinne zurechenbaren (bzw. nicht zurechenbaren) Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung weist der Rat zum Abschluss von Kapitel 1 nicht nur auf die endogenen Determinanten des Systems, sondern auch auf die Bedeutung exogener Einflussgrößen aus anderen Politikfeldern hin.

4. Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Optimierung des Gesundheitssystems durch Gesundheitsförderung und Prävention. Der Rat plädiert nachdrücklich für mehr Prävention als lohnende und notwendige Zukunftsinvestition. Er macht neben den Beispielen von

Mundgesundheit und Impfschutz bei Kindern erneut deutlich, dass auch und gerade bei älteren Menschen hohe, kurzfristig zu mobilisierende, aber bislang vernachlässigte präventive Potenziale vorhanden sind.

Der Rat weist anhand einer bereits in Kapitel 1 ausgeführten Analyse der exo- und endogenen Einflüsse auf die Gesundheit darauf hin, dass die medizinische Versorgung im engeren Sinne lediglich 10 bis 40 %, gemessen an Indikatoren wie verlorenen Lebensjahren, dazu beiträgt und plädiert daher für eine Neuausrichtung hin auf eine intersektorale präventive Gesundheitspolitik, die über das Gesundheitswesen hinaus die Bildungs-, Vermögens- und Einkommenspolitik sowie die Felder Arbeit, Verkehr und Umwelt umfasst.

Angesichts des novellierten § 20 SGB V zur Wiedereinführung von Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung und den daran geknüpften hohen Erwartungen befasst sich der Rat mit Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – auch mit Blick auf die gesetzlich vorgesehenen Interventionen der Krankenkassen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen.

In einem weiteren Abschnitt erörtert der Rat Ansätze, Qualitätsmängel und Hindernisse für mehr und verbesserte Prävention in der Versorgung von Kranken, speziell in der primärärztlichen Versorgung. Der Rat misst der primärärztlichen Prävention eine große Bedeutung für eine angemessene Weiterentwicklung der präventiven Versorgung bei, konstatiert aber gleichzeitig erhebliche Lücken in der praxisbezogenen Förderung und versorgungsrelevanten Forschung sowie in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung.

5. Erstmals hat der Rat den Nutzern des Systems ein eigenes, umfangreiches Kapitel gewidmet. Darunter versteht der Rat die Bürger, Versicherten und Patienten, die in unterschiedlichen Rollen dem Gesundheitssystem gegenüberstehen und durch ihr Wissen, ihre Einstellung und ihr Nutzerverhalten wesentliche, aber bislang vernachlässigte Einflussgrößen bei der Steuerung des Systems und seiner Ergebnisse darstellen.

Ein wesentliches Entwicklungsziel sieht der Rat in der verbesserten Kompetenz der Nutzer durch mehr Information und Transparenz. Der notwendige Umfang und die Qualität der Informationen sowie die angemessenen Zugangswege werden derzeit kontrovers diskutiert und müssen verstärkt zum Thema gemacht werden.

Der Rat plädiert für eine verbesserte Partizipation der Betroffenen durch mehr Informations-, Anhörungs- und Mitberatungsrechte in Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens. Er regt an, Möglichkeiten der direkten Mitentscheidung zu prüfen.

6. Band II trägt den Titel „Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege“. Der Rat hält im ersten Kapitel die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und Pflegeberufe für ein wesentliches Element einer Qualitätskultur im Gesundheitswesen. Er plädiert hier insbesondere für eine Rezertifizierung der Fachärzte in Deutschland nach internationalem Vorbild.

7. Das zweite Kapitel (Band II) gibt eine Übersicht über Konzepte, Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Der Rat betrachtet Verfahren des Qualitätsmanagements als „sekundäre Technologie“, die wie primäre Technologien der Diagnostik und Therapie vor und während ihres Einsatzes einer Überprüfung ihrer erwünschten und unerwünschten Wirkungen sowie ihrer Kosten unterzogen werden müssen (Evaluation). In diesem Kontext thematisiert er die Möglichkeiten und die Grenzen der evidenzbasierten Medizin in den „Grauzonen“ ärztlicher Entscheidungen.

Ausführlich befasst er sich mit der Entwicklung, dem Einsatz, der Qualität und der Evaluation von evidenzbasierten Leitlinien. Diese haben im Gesundheitswesen, national wie international, eine zunehmende Bedeutung gewonnen. Der Rat sieht darin ein wichtiges Entwicklungs- und Steuerungspotenzial von evidenzbasierter Medizin, das aber stark von der Qualität der Leitlinien abhängt.

8. Im dritten Kapitel (Band II) nimmt der Rat Stellung zu Fragen des Qualitätsmanagements in der primär- und spezialärztlichen Versorgung in Deutschland. Hierbei betont der Rat die Notwendigkeit einer dem Versorgungsumfeld angepassten, gezielten, nutzer- und problemorientierten Auswahl und Anwendung qualitätsorientierter Maßnahmen. Er betont

ferner die Notwendigkeit einer professionen-, institutionen- und sektorenübergreifenden Entwicklung von Qualitätsmanagement.

Der Rat widmet sich auch ausführlich den oftmals vernachlässigten, aber qualitätsrelevanten Aspekten der Patient-Arzt-Beziehung.

Einen breiten Raum nehmen ferner Fragen des Qualitätsmanagements in der Pflege ein, die vor dem Hintergrund öffentlich diskutierter Qualitätsdefizite eine besondere Bedeutung gewonnen haben.

Angesichts der in Band I Kapitel 3 vom Rat angemahnten Stärkung der Nutzerkompetenz durch mehr Information und mehr Transparenz richtet er die Forderung an die Politik, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung öffentlich zu machen (z. B. durch obligatorische Leistungsberichte). Er schlägt ferner eine Verknüpfung mit der derzeit in Vorbereitung befindlichen Gesetzgebung zur Verbesserung der Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Er sieht darin wichtige Anreize für eine Umorientierung der öffentlichen Debatte zu mehr Qualität und für einen qualitätsorientierten Wettbewerb im Gesundheitswesen.

9. Das Abschlusskapitel des zweiten Bandes bilden Fragen zur Neuordnung der Krankenhausvergütung durch eine bundesweit einheitliche, fallpauschalierende und diagnosebezogene Vergütungsregelung (DRGs). Der Rat diskutiert die Potenziale der neuen Vergütungsform für eine effizientere Versorgung, weist aber gleichzeitig auf mögliche Fehlanreize hin, insbesondere auf die durch verstärkten Kostendruck verursachte Gefahr von Qualitätsminderungen. Er plädiert daher nachdrücklich für den zeitgleichen Aufbau einer verbindlichen, nach außen transparenten und für die Nutzer verständlichen Qualitätskultur in den deutschen Krankenhäusern.

Der Rat weist darauf hin, dass nach ausländischen Erfahrungen aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Krankenhausverweildauern mit deutlichen Mehrbelastungen der ambulanten und stationären, ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen (nach SGB V wie auch nach SGB IX und XI) zu rechnen ist. Diese Strukturen müssen schnittstellengenau, qualitätsbewusst und synchron weiterentwickelt werden, um Nachteile für Patienten zu vermeiden. Diese Aspekte werden in Deutschland noch kaum beachtet.

Der Rat diskutiert ferner Grundsatz- und Detailprobleme der im Sommer 2000 getroffenen Entscheidung der Vertragspartner für das australische Klassifikationssystem und stellt anreiztheoretische Überlegungen zu den Steuerungswirkungen der neuen Entgeltform und ihrer vertraglichen Umsetzung an.

10. Bei der Erstellung der beiden ersten Bände des Gutachtens hat der Rat eine große Zahl an Gesprächen geführt und wertvolle Anregungen bekommen. Er konnte sich jederzeit auf die fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit stützen. Im Einzelnen dankt er Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Reinhard Busse, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, Klinikum der Universität Marburg, Frau Dr. med. Annette Güntert und Frau Martina Busch, Bundesärztekammer, Frau Dr. med. Elke Jakubowski, M.S.P., Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen, Herrn Dr. med. Thomas Lichte, Landesärztekammer Niedersachsen, Herrn Prof. Dr. med. Thomas Löscher, Klinikum Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München, Herrn Prof. Dr. med. Günter Ollenschläger, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Herrn Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer, Universitätsklinikum Leipzig, Frau Dr. med. dent. Angelika Schreiber, M.S.P., Berlin, Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Alf Trojan, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg, Herrn Dr. med. Christian Festersen, Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband e.V.

Für die Bearbeitung wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, in erheblichem Umfang auf die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Frau Dipl.-Volksw. Antje Freytag, Herr Dr. med. Antonius Helou, M.S.P., Frau Dr. med. Ulrike Heyer, M.P.H., Frau Dr. P.H. Dipl.-Psych. Friederike Hoepner-Stamos, Frau Dr. rer. pol. Dipl.-Volksw. Karin Hummel, Frau Sabine List, Ärztin, Frau Annette Riesberg, Ärztin, und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Für ihr außerordentliches Engagement, das das Ausmaß des sonst üblichen weit überstieg, gebührt ihnen allen besonderer Dank.

Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen einiger Ratsmitglieder, insbesondere Herrn Dipl.-Soz. Martin Beyer, Medizinische Hochschule Hannover, Frau Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover, Priv.-Doz. Dr. med. Ferdinand Gerlach, M.S.P., Medizinische Hochschule Hannover, Herrn Dr. rer. med. Dr. phil. Thomas Gerlinger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Herrn Dipl.-Volksw. Markus Lungen, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Herrn Dr. med. Matthias Perleth, M.S.P., Medizinische Hochschule Hannover, Herrn Marcus Redaelli, Arzt, Universität Köln, Herrn Dipl.-Volksw. Stefan Resch, Universität Mannheim, Frau Dr. med. Beate Rossa, Medizinische Hochschule Hannover, Frau Dr. phil. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover, Herrn Dipl.-Pflegerpäd. Maik Winter, Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel, Herrn Dr. phil. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover, sowie Frau Claudia Nitsch, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Der Rat dankt Frau Renate Schneid, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Ingrid Aengenheyster und Frau Sabine VanDen Berghen für die Unterstützung der Arbeit des Rates und der Geschäftsstelle.

Wenn in dem Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn, im Dezember 2000

Gisela C. Fischer

Adelheid Kuhlmei

Karl W. Lauterbach

Rolf Rosenbrock

Friedrich Wilhelm Schwartz

Peter C. Scriba

Eberhard Wille

1. Mehr Zielorientierung im Gesundheitswesen

1.1 Zur Notwendigkeit einer stärkeren Zielorientierung im Gesundheitswesen

1.1.1 Funktionen gesundheitspolitischer Zielbildung

1. Bei den zahlreichen Reformen, die eingeleitet durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 in den vergangenen zwei Jahrzehnten im deutschen Gesundheitswesen und hier insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stattfanden, handelte es sich überwiegend um so genannte Kostendämpfungsmaßnahmen. Letztere dienten vornehmlich der finanziellen Stabilisierung der GKV und blendeten explizit formulierte gesundheitspolitische Ziele, insbesondere solche im Sinne medizinischer Outcomes, als entscheidungsrelevante Aspekte weitgehend aus. Die Kostendämpfungspolitik dauerte damit länger als die Phase des Wiederaufbaus des gegliederten Krankenversicherungssystems, die unmittelbar nach dem Kriege einsetzte und Ende der Fünfzigerjahre zum Abschluss kam. Die derzeitigen Diskussionen um die Gesundheitsreform 2000, bei denen Probleme globaler und sektoraler Ausgabenplafonds eindeutig im Mittelpunkt stehen, spiegeln dieses Defizit an gesundheitspolitischer Zielorientierung anschaulich wider. Ein Ende der Kostendämpfungspolitik erscheint auch derzeit nicht in Sicht. Ohne Bemühungen um eine explizite Zielorientierung entbehrt die Gesundheitspolitik einer gesamtwirtschaftlichen bzw. bereichsübergreifenden gesellschaftlichen Rationalität. Dieser Mangel gewinnt bei sich verengenden Finanzierungsspielräumen noch an gesundheitspolitischem Gewicht.

2. Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gebührt das Verdienst, schon frühzeitig auf die zentrale Bedeutung der Gesundheit für das wirtschaftliche und soziale Leben und in diesem Kontext auch auf die Notwendigkeit der Formulierung von Gesundheitszielen aufmerksam gemacht zu haben. Sie verabschiedete bereits 1977 auf der 30. Weltgesundheitskonferenz das Programm *Health for All by the Year 2000* (HFA 2000). Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, d. h. 51 Länder mit insgesamt 870 Mio. Einwohnern, einigten sich 1980 auf eine europäische Strategie zur Erreichung der Ziele von HFA 2000 und entwickelten zu diesem Zweck 38 Einzelziele für ein sektorübergreifendes Programm der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (Wismar, M. et al. 1998). In Fortführung des Programms HFA 2000 verabschiedete die WHO auf der 51. Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 ein Rahmenkonzept *Health for All for the 21st Century*. Dieses Konzept gibt u. a. globale Prioritäten und zehn Ziele zur Realisierung und Bewahrung eines höchstmöglichen Gesundheitszustandes vor. Die Europäische Region der WHO formuliert in ihrem Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ insgesamt 21 Ziele, die

sich an den spezifischen Erfordernissen der europäischen Mitgliedstaaten orientieren¹ (WHO Regionalbüro für Europa 1998 und 1999).

In Deutschland griff das Land Nordrhein-Westfalen diese Initiative auf und proklamierte in Anlehnung an die 38 Einzelziele der WHO in der aktualisierten Fassung vom September 1991 als Grundlagen der Gesundheitspolitik des Landes „zehn vorrangige Gesundheitsziele“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1995). Das Programm weist eine zeitliche Orientierung bis zum Jahre 2005 auf und verzichtet zumindest vorläufig sowohl auf quantifizierte Zielaussagen als auch auf „eine abschließend festgelegte Auswahl zielassoziierter Indikatoren“ (ebenda, S. 8). Dagegen enthält dieses Programm ähnlich wie jenes der Europäischen Region der WHO generelle Lösungsansätze und ausgewählte Aktivitäten des Landes zur Verwirklichung der anvisierten Gesundheitsziele. Neuerdings stellte auch die Gesundheitsministerkonferenz (1999) die Bedeutung von Gesundheitszielen für die Entwicklung von einheitlichen Qualitätsstrategien im Gesundheitswesen heraus.

3. Der Rat hat sich bereits in früheren Gutachten (SB 1994, S. 36ff. u. SG 1997, S. 29ff.) mit dem Zielspektrum der Gesundheitsversorgung beschäftigt und in diesem Kontext betont, dass eine rationale bzw. ergebnisorientierte Gesundheitspolitik zwangsläufig Vorstellungen über die anzustrebenden Gesundheitsziele voraussetzt. Der Auf- und Ausbau einer gesundheitspolitischen Zielorientierung auf breiter Basis könnte in qualitativer Hinsicht vor allem zur Erfüllung folgender Funktionen beitragen:

- konkrete Ausgestaltung von Effizienz- und Effektivitätskonzepten,
- Ansatzpunkt für die explizite Setzung von Schwerpunkten und Prioritäten,
- Ableitung von Versorgungszielen,
- Schärfung des Zielbewusstseins,
- Versachlichung gesundheitspolitischer Kontroversen,
- Orientierung für gesundheitspolitische Maßnahmen,
- Grundlage der Erfolgsbewertung,
- Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung,
- Erhöhung der Transparenz im Gesundheitswesen sowie
- Erzielung von Lerneffekten für die künftige Allokation im Gesundheitswesen.

¹ Zu den drei neuen Zielen, die die WHO im Rahmen ihres *World Health Reports 2000* (WHO 2000) aufgestellt hat, siehe Ziffer 18.

4. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip bzw. Effizienzpostulat stellt immer auf ein Zweck-Mittel bzw. Output-Input-Verhältnis ab, und ebenso beinhalten alle Effektivitätskonzepte eine Outcome-Dimension. Beide Ansätze fordern auch aus ökonomischer Sicht keineswegs in Form einer isolierten Betrachtung der Mittelebene eine Ausgabenreduktion oder Kostendämpfung um ihrer selbst willen. In allgemeiner Form lässt sich das Wirtschaftlichkeitsprinzip in zwei Varianten formulieren:

- Mit gegebenen Mitteln soll ein maximaler Zweck realisiert werden (sog. Maximalprinzip).
- Ein gegebener Zweck ist mit minimalen Mitteln zu verwirklichen (sog. Minimal- oder Sparsamkeitsprinzip).

Beide Varianten dieses Prinzips stehen in normativer Hinsicht gleichrangig nebeneinander.² Schon diese einfachen Überlegungen zeigen, dass eine Kostendämpfungspolitik nicht zwangsläufig mit einer gesundheitspolitischen Zielorientierung in Konflikt stehen muss. Die Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitsausgaben kann durchaus unter Beachtung von Gesundheitszielen erfolgen. Die Vorgabe von sektoralen oder globalen Budgets impliziert in diesem Kontext allerdings die Variante des Maximalprinzips.

Der häufig unterstellte Konflikt zwischen medizinischer Ethik und ökonomischen Maximen geht insofern neben einer Vernachlässigung der Opportunitätskosten der eingesetzten Ressourcen zumeist auf eine mangelnde Berücksichtigung der Outcome-Komponente und damit auf eine unzureichende Zielorientierung zurück. Ökonomische Effizienz- und Effektivitätskonzepte berücksichtigen von ihrem konzeptionellen Ansatz her in der Outcome-Komponente prinzipiell auch die Qualität und Humanität der Gesundheitsversorgung und Krankenbehandlung. Eine intensive Beschäftigung mit gesundheitspolitischen Zielen würde insofern wohl auch Missinterpretationen der Intentionen ökonomischer Postulate vorbeugen (Wille, E. 1999a). Die Beitragssatzstabilität, die nur an den Ausgaben ansetzt, die in die GKV fließen, und von der Outcome-Ebene der Gesundheitsversorgung völlig abstrahiert, könnte bei einer stärkeren gesundheitspolitischen Zielorientierung kaum zur zentralen oder gar alleinigen Richtschnur der Ausgaben- und Einnahmengarbarung avancieren.

5. Die Knappheit der verfügbaren Mittel begründet die Existenz von Allokationsproblemen und damit auch im Gesundheitswesen die Notwendigkeit, sachliche Schwerpunkte und zeitliche Prioritäten zu setzen. Dies impliziert allerdings zwangsläufig auch eine – politisch eher unbequeme – Entscheidung über (zunächst noch) posteriore Bereiche bzw. Projekte. In einer Welt knapper Ressourcen bedeutet jede Mittelverwendung zwangsläufig den Verzicht auf die Inangriffnahme eines anderen Projektes und damit den Entgang des entsprechenden alternativen Nut-

zens. In diesem Sinne stehen dem (Brutto-)Nutzen, den ein Projekt erzeugt, seine Opportunitätskosten gegenüber, denn die in diesem Projekt gebundenen Ressourcen können nun in keine andere Verwendung mehr fließen und dort Nutzen stiften. Das Effizienz- bzw. (ökonomische) Effektivitätspostulat verlangt auch von einem Gesundheitsprojekt, dass sein (Brutto-)Nutzen mindestens den Opportunitätskosten entspricht, die theoretisch in dem Nutzenentgang der besten unterbliebenen Alternative bestehen. Der gesundheitspolitischen Zielorientierung fällt dabei die Aufgabe zu, diesen abstrakten Nutzenbegriff möglichst mithilfe von validen Indikatoren entscheidungsrelevant zu konkretisieren. Ohne die Existenz von gesundheitspolitischen Zielen fehlt der Schwerpunkt- und Prioritätenbildung eine rationale Richtschnur für die notwendigen Selektionsprozesse (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. 1999). In diesem Falle besteht gerade bei korporativen Koordinationsprozessen die Gefahr, dass sich die überkommenen Ausgabenstrukturen ungeprüft fortentwickeln. Die mangelnde Zielorientierung führt dann zu einer quasi mechanischen Fortschreibung von Ineffizienzen und damit zu einem suboptimalen Einsatz von knappen Ressourcen, die an anderer Stelle fehlen und dort zumindest dringlicher benötigt werden.

6. Eine umfassende Beschäftigung mit gesundheitspolitischen Zielen besitzt auch die Aufgabe, einen konzeptionellen und inhaltlichen Ansatz für die Ableitung bzw. Formulierung konkreter, indikationsspezifischer Versorgungsziele zu bieten. Die knappen Ressourcen zwingen auch hier zu einer Schwerpunkt- und Prioritätenbildung, d. h. die Gesundheitspolitik vermag in einem bestimmten Zeitraum nur ausgewählte Versorgungsziele vorrangig anzustreben. Als Kriterien für die Auswahl von Versorgungszielen können u. a. die Prävalenz und Inzidenz, der Schweregrad und die gesundheitspolitische Bedeutung der jeweiligen Morbiditäten sowie ihre Beeinflussbarkeit und der Ressourcenbedarf für die anvisierte Zielerreichung dienen. In diesem Kontext kann ein internationales und nationales Benchmarking wertvolle Aufschlüsse über indikationsspezifische Defizite liefern. Die rationale Ableitung von Versorgungszielen setzt allerdings fundierte epidemiologische und gesundheitsökonomische Studien und eine intensive Versorgungsforschung voraus.

7. Je stärker man in die allokativen Feinsteuerung über Ziele kommen will, desto anspruchsvoller werden die methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche und fachliche Begründung und die technische Implementierung von Zielen. Demgegenüber verlangt die nationale und regionale Diskursfunktion von Gesundheitszielen höhere Ansprüche an das politische Know-how und moderne Methoden des politischen Marketings.

Von offenkundigen Fällen illegaler Bereicherung, offenkundiger Verschwendung oder extremen Behandlungsdefiziten abgesehen lassen sich auch Über-, Unter- und Fehlversorgungen nicht ohne gewisse, zumindest qualitative Zielvorstellungen aufdecken oder gar vom Umfang her abschätzen. Dabei vermag die intensive Beschäftigung mit gesundheitspolitischen Zielen über ihre diskur-

² Eine Kombination beider Varianten des Wirtschaftlichkeitsprinzips mit der Intention, einen maximalen Zweck mit minimalen Mitteln zu erreichen, scheitert daran, dass sich ein Extremwert jeweils nur in eine Richtung bestimmen lässt. Bei realisiertem Maximalprinzip bedingt jede Verringerung der Mittel zwangsläufig Abstriche bei der Zweckerfüllung.

sive Funktion – „der Weg ist das Ziel“ – die Entscheidungsfindung auch dann zu verbessern, wenn am Ende der Überlegungen nicht das idealiter angestrebte System von validen, quantifizierbaren Zielindikatoren steht. Das Bemühen um eine Zielorientierung schärft das Zielbewusstsein und vermeidet auf diese Weise, dass im Entscheidungsprozess Strukturen, Prozesse oder Instrumente als Ziele fungieren (Bergmann, K.E. et al. 1999). Ebenso können wertbeladene semantische Begriffe an die Stelle von instrumentalem Wissen treten. So scheinen für manche Akteure im Gesundheitswesen bestimmte Begriffe, z. B. „Naturheilmittel“, „sprechende Medizin“ und „paritätische Finanzierung“, bereits von ihrer Semantik her jene positiven medizinischen und ökonomischen Effekte zu versprechen, die es vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Ziele mithilfe von Wirkungsanalysen nachzuweisen gilt. Aus dem gleichen Grunde bleiben pauschale Priorisierungen, wie z. B. „Prävention vor Kuration“, „ambulant vor stationär“, „Rehabilitation vor Pflege“ und „Rationalisierung vor Rationierung“, ohne Bezüge zu gesundheitspolitischen Zielen sowie an ihnen orientierte Instrumente weitgehend inhaltsleer und nicht selten unzutreffend.

8. Eng an den diskursiven Gehalt der Beschäftigung mit Gesundheitszielen schließt sich eine politische Funktion an, die über eine Versachlichung gesundheitspolitischer Kontroversen auf eine Steuerung durch Konsensfindung abzielt (Wismar, M. u. Schwartz, F.W. 1999). Die Herausarbeitung von qualitativen und quantitativen Gesundheitszielen ermöglicht die Generierung eines gemeinsamen Wertehorizonts, der dann allen Akteuren als Richtschnur weiterer Überlegungen dient. Schließlich reklamieren alle Akteure im Gesundheitswesen, auch wenn sie mit ihren Vorschlägen lediglich Partikularinteressen verfolgen, hehre Ziele, wie z. B. die Förderung des Patientenwohls mit Hilfe des medizinischen Fortschritts oder eine qualifiziertere Behandlung. Ergebnisorientierte Gesundheitsziele können in diesem kontroversen Meinungsspektrum zu einer Annäherung divergierender, interessengeleiteter Standpunkte führen, zumindest aber allzu partikuläre Argumente aus weiteren Diskussionen verdrängen.

9. Wie bereits angedeutet bedürfen sowohl eine rationale Planung als auch eine Erfolgsbewertung von Gesundheitsleistungen einer Zielorientierung. Kosten-Nutzen-Analysen, Verfahren im Rahmen eines *Health Technology Assessment* und andere Methoden der Wirkungsanalyse sowie evidenzbasierte Leitlinien (Gesundheitsministerkonferenz 1999; Ollenschläger, G. 1999) setzen bereits verfahrenstechnisch bestimmte Zielvorstellungen voraus. Eine stärkere Zielorientierung kann hier dazu beitragen, dass diese Verfahren im Hinblick auf die Outcomes an der geeigneten Stelle einer Ziel-Mittel-Hierarchie der Gesundheitsversorgung ansetzen und nicht programmatisch zu kurz greifen. Bestimmte Maßnahmen, z. B. das Einholen von Zweitmeinungen, die Aufstellung von Diagnose- und Therapieleitlinien sowie ein Ausbau der Qualitätssicherung, mögen in vielen Fällen den Zielerreichungsgrad der Gesundheitsversorgung erhöhen, erhalten damit aber noch nicht den Rang von gesundheits-

politischen Zielen. Diese Maßnahmen erlauben noch nicht per se, sondern nur nach einer Wirkungsanalyse in Verbindung mit programmatisch höher gelagerten Gesundheitszielen Aussagen über ihre Effizienz und Effektivität.

Gesundheitspolitische Ziele in Form von quantifizierbaren Outcomeindikatoren können auch als Basis für ein Benchmarking zwischen Ländern, Regionen, Geschlechtern, Altersklassen und Bevölkerungsschichten dienen. Dabei mahnen die statistisch verfügbaren, noch spärlichen Outcomeindikatoren sowie die Komplexität der gesundheitlichen Leistungserstellung und Outcomeentwicklung, in die auch exogene Inputs bzw. transsektorale Determinanten von außerhalb des Gesundheitswesens eingehen, zu einer vorsichtigen Interpretation. Gleichwohl kann die Gegenüberstellung von wirtschaftlich und kulturell vergleichbaren Ländern auch mithilfe von unvollständigen Zielindikatoren bereits bestimmte Thesen verwerfen und interessante Hypothesen über die Effizienz und Effektivität der nationalen Gesundheitsversorgung generieren. So erweist sich die hierzulande gängige These, Deutschland verfüge über „das beste Gesundheitssystem der Welt“ schon im Lichte eines einfachen internationalen Outcome-Benchmarkings als eine lieb gewonnene Illusion (siehe auch Abschnitt I-1.2.1). Dieser Befund gilt unabhängig von dem berechtigten Zweifel, ob es auf internationaler Ebene überhaupt „ein bestes“ Gesundheitssystem geben kann, das in jedem Land den Bedürfnissen bzw. Präferenzen der Bevölkerung optimal entspricht.

10. Die Auflistung von Outcomeindikatoren, die gesundheitspolitische Ziele approximativ abbilden, vermag auch die Gesundheitsberichterstattung zu verbessern und damit die Transparenz im Gesundheitswesen zu erhöhen. Verglichen mit den zahlreichen Daten über die monetären und physischen Inputs, die in die gesundheitliche Leistungserstellung eingehen, behandelt die amtliche Statistik die Outcome-Ebene der Gesundheitsversorgung immer noch stiefmütterlich. Von einer intensiveren Zielorientierung könnte auch eine erweiterte Datennachfrage ausgehen, sodass die amtliche Statistik sich dann bemüht, diese Lücke sukzessiv zu schließen.

11. Ein Benchmarking von Outcomeindikatoren, das sich auf eine breitere Datenbasis stützt, kann vor allem in speziellen Indikationsbereichen Hypothesen über die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung liefern. Zudem bieten prüfbare Outcomeindikatoren die Möglichkeit, ex post die Zielerreichung zu überprüfen. Die Zielerreichungskontrolle und die Ergebnisse eines Outcome-Benchmarkings erlauben aber in der Regel nur Hypothesen und in den seltensten Fällen valide Aussagen über die Ursachen von Zielerreichungen oder -verfehlungen. Einer Wirksamkeitskontrolle bzw. Evaluation fällt dann die Aufgabe zu, in dem äußerst komplexen Ursache-Wirkungsgeflecht den speziellen Beitrag zur Zielrealisierung abzuschätzen, für den bestimmte Gesundheitsleistungen verantwortlich zeichneten. Infolge der Vielzahl der Einflussfaktoren, die meist noch in Kombination auf die Outcomeindikatoren einwirken, muss sich auch die Wirksamkeitskontrolle nicht selten mit quantitativ

unscharfen Aussagen über die kausalen Beziehungen begnügen, die zwischen bestimmten Gesundheitsleistungen und den durch sie verursachten Outcomeentwicklungen bestehen. Eine kontinuierliche Zielorientierung bietet aber die Chance, die Erkenntnisse über die kausalen Beziehungen zwischen bestimmten Gesundheitsleistungen und Outcomes in einem dynamischen Prozess ständig zu hinterfragen und zu verbessern. Bei dieser Suche nach dem noch vorhandenen Rationalisierungspotenzial geht es nicht darum, bestimmte Leistungserbringer retrospektiv zu tadeln, sondern über Lerneffekte einen Wissensstand aufzubauen, der künftig eine noch effizientere und effektivere Mittelallokation ermöglicht.

1.1.2 Die Outcome-Ebene im Rahmen von Zielen und Mitteln der Gesundheitsversorgung

12. Der Rat hat in früheren Gutachten (JG 1987, S. 79 und SG 1997, S. 27ff.) bereits dargelegt, dass Gesundheitsleistungen unter Zielaspekten zwar in erster Linie, aber nicht nur der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie der Linderung von Schmerzen dienen. Danach umfasst das Zielspektrum von Gesundheitsleistungen aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive vor allem:

- die Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes und damit die Erhöhung von Lebenserwartung und -qualität,
- die Schaffung von Arbeitsplätzen,
- die Steigerung des Wachstums des realen Sozialproduktes und
- die Erzeugung von längerwirkenden Produktivitäts- und Kapazitätseffekten durch Erweiterung des Produktionspotenzials bzw. des Humankapitals.

Da Gesundheitsleistungen bei knappen Ressourcen über ihre Opportunitätskosten an anderer Stelle zwangsläufig einen Nutzenverzicht erzeugen, geht es nicht darum, die o. a. Ziele zu maximieren, sondern unter insbesondere folgenden Nebenbedingungen zu optimieren:

- die Effizienz der gesundheitlichen Leistungserstellung,
- die Effektivität der Gesundheitsversorgung,
- verteilungspolitische Postulate und
- fiskalische Normen und Grenzen, wie z. B. die Beitragssatzstabilität oder globale und sektorale Budgets.

13. Unabhängig von der ökonomischen und gesellschaftlichen Bedeutung der anderen drei Kategorien des o. a. Zielspektrums von Gesundheitsleistungen konzentrieren sich die folgenden Überlegungen auf die gesundheitlichen Outcomes, d. h. auf die Lebenserwartung und die -qualität. Die gesundheitspolitischen Diskussionen und Kontroversen setzen zwar häufig bei den Gesundheitsausgaben an, aber unbeschadet ihrer Existenzberechtigung lässt die Ressourcenbetrachtung für sich alleine

noch keine Schlüsse über die Outcomes der Gesundheitsversorgung sowie über die Effizienz und Effektivität der medizinischen Leistungserstellung zu. Abbildung 1 (s. S. 20) veranschaulicht die hierarchischen Ziel-Mittel-Beziehungen, die zwischen den Gesundheitsausgaben und der Outcome-Ebene der Gesundheitsversorgung bestehen (Wille, E. 1999b). In diesem hierarchischen Ziel-Mittel-Schema bilden einerseits die Zielorientierung im Sinne des Patientennutzens und andererseits die Konkretisierbarkeit und Prüfbarkeit der jeweiligen Effekte die zentralen Kriterien. Infolge der exogenen bzw. transsektoralen Einflussfaktoren bildet dieses Schema keine gesundheitliche Produktionsfunktion ab, denn die Existenz einer bestimmten Ebene stellt nur eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für die Realisierung der nächsthöheren dar. So kann z. B. selbst bei optimalen Bedingungen auf allen unteren Ebenen eine fehlende compliance bzw. ein kontraproduktives Verhalten des Patienten zu einem Scheitern auf der Outcome-Ebene führen.

Wie Abbildung 1 (s. S. 20) zeigt, befinden sich die Gesundheitsausgaben als monetäre Inputs auf der untersten Ebene einer Ziel-Mittel-Hierarchie, die den Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen schrittweise mit den Outcomes bzw. den medizinischen Behandlungszielen verknüpft. Mithilfe der finanziellen Ressourcen erwerben die Ausgabenträger zunächst personelle und sachliche Kapazitäten (z. B. Ärzte, Krankenschwestern, Röntgengeräte, Arzneimittel), um mit ihnen das medizinische Produkt bzw. Angebot zu erstellen. Aus dieser Sicht bilden die einzelnen Behandlungsarten Produktionsfaktoren, die zumeist in Kombination mit anderen Behandlungsarten das „Gesundheitsprodukt“ bzw. das medizinische Angebot erzeugen. Obgleich diese sachlichen und personellen Kapazitäten im Vergleich zu den Ausgaben schon auf einer höheren funktionalen Ebene rangieren, gehören sie unter Outcome- bzw. Zielaspekten noch völlig zum Inputbereich. Sie verkörpern noch nicht das medizinische Produkt, d. h. das für den Patienten konsumierbare Angebot, sondern dienen erst dazu, dieses als physische Inputs zu erzeugen. Auch im Hinblick auf die medizinischen Behandlungsziele bildet das fertig gestellte Produkt (z. B. das Angebot an diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen) in dieser Ziel-Mittel-Hierarchie die unterste Ebene, die unter Angebotsaspekten einen gewissen Outputcharakter besitzt. Die Existenz dieses Angebots sichert aber noch nicht seine Nutzung bzw. Inanspruchnahme oder gar positive Outcomeeffekte.

Wenn die Bürger bzw. Patienten das medizinische Angebot in Anspruch nehmen, trifft auf der Ebene der Ausbringungsziele das medizinische Angebot auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Sofern sich das Angebot an den Bedürfnissen der Bürger orientiert, kann sich eine Outcome- bzw. Nutzenanalyse bei den Gütern, die der Marktmechanismus koordiniert, mit der Ebene der Inanspruchnahme begnügen, denn die Konsumenten äußern mit dieser Nachfrage ihre Zahlungsbereitschaft und damit ihre Präferenzen. Ein Konzept, welches allein

auf die Inanspruchnahme abstellt und die Wirkung der betreffenden Nutzung ausklammert, reicht aber bei den meisten Gesundheitsleistungen nicht aus, denn die Konsumenten entrichten hierfür kein spezielles Entgelt und sehen sich insofern auch nicht gezwungen, ihren Nutzen über ihre Zahlungsbereitschaft zu offenbaren. Ohne Kenntnis der individuellen Zahlungsbereitschaft vermögen Ausbringungs- bzw. Nutzungsindikatoren aber nicht valide über die Outcome- bzw. Zieleffekte zu informieren, die mit der Inanspruchnahme dieser Leistungen einhergehen. Eine gestiegene Nutzung von Gesundheitsleistungen garantiert noch keine Realisierung der angestrebten Outcomes, denn die betreffenden Maßnahmen können weitgehend wirkungslos bleiben und in ungünstigen Fällen den Gesundheitsstatus der Patienten noch verschlechtern.

Da die Ausbringungsziele unabhängig von Zahlungsbereitschaften nur lückenhaft über den Nutzen der jeweiligen Güter informieren, bietet es sich im Rahmen einer zielorientierten Analyse an, die finalen Effekte von Gesundheitsausgaben bzw. -leistungen auf der Wirkungsebene zu bestimmen. Auf der Ebene der Wirkungsziele dienen dann Outcomeindikatoren der Mortalität, der Morbidität, der Lebenserwartung und der Lebensqualität dazu, die medizinischen Behandlungsziele in operationaler und damit auch prüfbarer Form abzubilden. Im Vergleich mit den noch höher postierten Zielebenen besitzen die Wirkungsziele zwar nur Mittelcharakter, aber die wohlfahrtsrelevanten Lebensbereiche und die gesellschaftlichen Leitbilder entziehen sich einer Operationalisierung und Prüfbarkeit.

14. Die 21 Gesundheitsziele des Programms der europäischen Region der WHO, das bis zur für 2005 geplanten Revision als Agenda gilt, beinhalten vorwiegend Visionen, ethische Prinzipien und grundlegende Strategien. Sie stellen mit wenigen Ausnahmen (Verringerung übertragbarer und nicht übertragbarer Krankheiten sowie Reduzierung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen) keine konkreten gesundheitlichen Outcomes, sondern eher Leitbilder dar (s. Abbildung 1).

Das Programm enthält jedoch im Anhang Vorschläge, wie sich diese Leitbilder über die Formulierung von Zieldimensionen und prüfbare Indikatoren operationalisieren lassen. So zerlegt es das Ziel 1 „Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region“ zunächst in folgende Teilziele:

- „Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen dem Drittel der europäischen Länder mit der höchsten und dem Drittel der Länder mit der niedrigsten Lebenserwartung sollten um mindestens 30 % verringert werden.
- Durch raschere Verbesserung der Situation in den benachteiligten Ländern sollte die Variationsbreite bei den Werten für wichtige Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität unter Ländergruppen reduziert werden“.

Als Indikatoren zur Messung dieser Teilziele schlägt der Bericht dann mortalitätsbezogene Indikatoren (z. B. die Lebenserwartung), altersstandardisierte Mortalitätsraten, Inzidenz und Prävalenz von Behinderungen und Morbidität sowie Schätzwerte für Gesundheitsausgaben vor (WHO Regionalbüro für Europa 1999, S. 219ff.).

15. Obgleich Mortalitäts- und Morbiditätsindikatoren sowie Indizes der Lebenserwartung zielrelevante Tatbestände anzeigen, spiegeln sie das Outcomespektrum der Gesundheitsversorgung nur zu einem Teil, d. h. letztlich lückenhaft, wider. Zur vollständigen Erfassung der Zieleffekte fehlen u. a. noch Informationen über die Erreichbarkeit medizinischer Leistungen³ sowie über die Zeitkosten, Funktionseinbußen, Verunsicherungen und Leidgedühle der Patienten. Den Outcomeindikatoren fällt insofern die Aufgabe zu, nicht nur die Länge des Lebens, sondern auch die Lebensqualität in dieser Zeit zu berücksichtigen. Da sich die Lebensqualität nur zum Teil mithilfe von objektiven Indikatoren, d. h. in standardisierten und interpersonell vergleichbaren Messeinheiten, erfassen lässt, bedarf die Outcomeanalyse hier einer Ergänzung um subjektive Elemente und Indikatoren der Gesundheitsversorgung (s. Abschnitt I-1.2.2).

16. Wie in Abbildung 1 die Pfeile, die von der Ausgabeebene bis zu den Wohlfahrtszielen in beide Richtungen laufen, bereits andeuten, lässt sich dieses Ziel-Mittel-Schema sowohl induktiv von unten nach oben als auch deduktiv von oben nach unten erstellen. Dabei besitzen beide Vorgehensweisen ihre Vor- und Nachteile, sodass sich hier ein integrierter Ansatz anbietet. Die induktive Methode, die als *bottom-up*-Ansatz von den gegebenen Ausgaben und den real vorhandenen physischen Kapazitäten ausgeht, läuft bei isolierter Betrachtung Gefahr, die faktischen Zustände zu normieren und damit den Blick für alternative und möglicherweise effizientere sowie effektivere Versorgungsformen zu verstellen. Dieser Ansatz droht, bezogen auf die bundesdeutschen Verhältnisse, z. B. der Prävention eine stiefmütterliche Rolle zuzuweisen. Umgekehrt verleitet die deduktive Methode, die als *top-down*-Ansatz die abstrakten Wohlfahrtsziele schrittweise zu konkretisieren versucht, häufig dazu, Sollwerte bzw. Versorgungsindikatoren abzuleiten, die in keinem realistischen Verhältnis zu den vorhandenen Ressourcen stehen.

³ Die Darstellung in Abbildung 1 (s. S. 20) abstrahiert von den sog. Erreichbarkeitsindikatoren, die in diesem Schema zwischen der Angebots- und der Wirkungsebene liegen und sich ohne zusätzliche Informationen über den Einzelfall nicht eindeutig einer Outputebene zuordnen lassen (Ganter, M. 1984; Wille, E. 1986). Einerseits stellt das noch nicht genutzte bzw. in Anspruch genommene Angebot normalerweise kein Wirkungsziel dar, denn es erhöht in der Regel noch nicht die Lebenserwartung oder -qualität der Individuen. Andererseits kann bereits das Wissen um eine verbesserte Erreichbarkeit auch unabhängig von jeglicher Inanspruchnahme nutzenstiftend wirken. Das betreffende Individuum wertet sein Wissen um die Nutzungsmöglichkeit als Optionsgut und damit wie ein outcomerelevantes Endprodukt. Die OECD sieht in dieser Nutzungsmöglichkeit „an element of well-being in itself“ und hält die „accessibility to various services“ sogar für „as important as actual use“ (OECD 1976, S. 19). Bei weiter Auslegung läuft dieses Konzept allerdings Gefahr, als Alibi für ein ineffektives Angebot und hier insbesondere für Überkapazitäten zu dienen.

Abbildung 1

Ziel- und Mittelebenen der Gesundheitsversorgung

Ziel-Mittel-Ebene	Beitrag zur Gesundheitsproduktion	Indikatorentyp	Beispiele	Mögliche Ursachen für Ineffizienzen und Ineffektivitäten
(7) Wohlfahrtsziele (goals) ↑ ↓	Enumeration allgemeiner Ziele bzw. wohlfahrtsrelevanter Lebensbereiche	Auf diesem Abstraktionsgrad nicht operational und prüfbar	Steigerung der Gesundheit, Verbesserung des Gesundheitszustandes	Fehleinschätzung des Bedarfs und der Präferenzen der Bürger (nicht prüfbar zu formulieren)
(6) gesellschaftliche Leitbilder ↑ ↓	Allgemeine Charakterisierung der Ziele innerhalb der Lebensbereiche		partizipative Gesundheitsversorgung, Bedarfsgerechtigkeit	
(5) Wirkungsebene ↑ ↓	Konkretisierte operationale Wirkungsziele (<i>impact objectives</i>)	Resultatindikatoren auf individueller Ebene (Outcomeindikatoren)	Mortalitäts- und Morbiditätsindizes, Indizes der Lebenserwartung und -qualität	Fehlende Wirksamkeit der Maßnahmen, geringe Effektivität derselben
(4) Ebene der Inanspruchnahme ↑ ↓	Konkretisierte operationale Ausbringungsziele (<i>output objectives</i>)	Nutzungsindikatoren	Anzahl der in Anspruch genommenen Impfungen, diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen	Mangelnde Nachfrage, angebotsinduzierte Überkonsumtion, Angebotslücken, kostengünstigere Alternativen
(3) Angebotsebene ↑ ↓	Fertiggestelltes, konsumierbares Produkt, verfügbares und erreichbares Angebot	Angebots- bzw. Leistungsindikatoren	Angebot an Impfungen, diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen	Ineffiziente Produktion: – produktionstechnisch oder qualitativ bedingt – infolge fehlender Motivation
(2) Ausstattungsebene ↑ ↓	Personelle und sachliche Kapazitäten	Physische Input- oder Ausstattungsindikatoren	Ärzte, Krankenschwestern, Krankenhäuser, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	Unwirtschaftlicher Erwerb von Produktionsfaktoren bzw. Vorleistungen; vermeidbare Steigerung spezieller Preisindizes
(1) Ausgaben- bzw. Finanzierungsebene	Ausgaben bzw. monetäre Inputs	Monetäre Inputindikatoren	Gesundheitsausgaben nach – Ausgabenträgern – Ausgabenarten – Leistungsarten	Zuwendungen beim Vollzug, strafbare Verfehlungen

Quelle: Eigene Darstellung

17. Das obige Ziel-Mittel-Schema bietet auch einen geeigneten analytischen Ansatzpunkt, um in funktionaler Hinsicht zwischen der Effizienz und der Effektivität gesundheitlicher Leistungserbringung zu unterscheiden. Dabei misst die Effizienz das Verhältnis zwischen der fertig gestellten Gesundheitsleistung bzw. dem Behandlungsangebot und den zu ihrer Erstellung eingesetzten Mitteln bzw. Ausgaben. Die Effektivität setzt dann auf einer höheren hierarchischen Ebene an und stellt die gesundheitlichen Wirkungsziele bzw. Outcomes der betreffenden Gesundheitsleistung oder den jeweiligen Ausgaben gegenüber. Die Effizienz stellt damit auf die Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung, die Effektivität dagegen vornehmlich auf ihre Bedarfsgerechtigkeit ab. Im Sinne dieser Terminologie setzt die optimale Effektivität die optimale Effizienz voraus, was aber nicht umgekehrt gilt. Verluste im Effizienzbereich mindern über die Verschwendung von Ressourcen auch die mögliche Zielrealisierung und damit die Werte der Outcomeindikatoren. Um die optimale Effektivität zu erreichen, bildet die optimale Effizienz aber nur eine notwendige und noch keine hinreichende Bedingung, denn auch effizient produzierte Gesundheitsleistungen können ohne Wirkung auf die Outcomeindikatoren bleiben.

Die Aufspaltung des Wirtschaftlichkeitsprinzips bzw. Effizienzpostulates in einen Effizienz- und einen Effektivitätsbereich zielt zunächst darauf ab, die Zielrealisierung, d. h. im Gesundheitswesen die Outcomes, stärker ins Blickfeld zu rücken.⁴ Diese Perspektive möchte der Gefahr vorbeugen, das Wirtschaftlichkeitsprinzip auf die kos-

tengünstige Erstellung einer Gesundheitsleistung bzw. einer medizinischen Behandlung einzuengen. Zudem kann eine detailliertere Auflistung von Kennziffern zur Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung auch dazu dienen, bestimmte Ineffizienzen und Ineffektivitäten aufzuspüren und zu lokalisieren. Wie Tabelle 1 zusammenfasst, existiert im Bereich der Effizienz (2) ein Rationalisierungspotenzial, wenn die Vorleistungen, die zur Erstellung der Gesundheitsleistung dienen, zu teuer erworben werden (2a) und/oder in einem suboptimalen Einsatzverhältnis in die Produktion eingehen (2b). In letzterem Fall erfolgt die Produktion dann z. B. zu kapital- oder zu arbeitsintensiv. Im Bereich der Effektivität (3) besteht ein spezifisches Rationalisierungspotenzial, wenn die anvisierten Konsumenten ein medizinisches Angebot, wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen, nicht nachfragen bzw. nutzen (3a) oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wie im Falle einer Fehlversorgung keinen oder einen negativen Beitrag zu den Outcomes leistet (3b). Die Effektivität im weiteren Sinne (1), welche die Outcomes mit den monetären Inputs bzw. Kosten in Verbindung setzt, fasst alle diese Effekte zusammen. Für sich alleine betrachtet, gibt diese Relation aber keine Auskunft darüber, auf welcher Ziel-Mittel-Ebene sich die Rationalisierungsreserven jeweils befinden.

⁴ Die ökonomische Allokationstheorie setzt bei der Effizienz die Kosten, d. h. den Ressourcenverzehr, einer Leistung unmittelbar mit dem durch sie gestifteten Nutzen ins Verhältnis; dies entspricht in Tabelle 1 inhaltlich der „Effektivität im weiteren Sinne“. Das Erkenntnisinteresse der Allokationstheorie richtet sich allerdings stärker auf theoretische Ansätze und Paradigmen als auf die Klassifikation konkreter Probleme.

Tabelle 1

Kennziffern zur Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung

(1)	Effektivität (im weiteren Sinne)	=	gesundheitliche Wirkungen bzw. Outcomeveränderungen monetäre Inputs bzw. Kosten
(2)	Effizienz	=	Gesundheitsleistung bzw. -angebot monetäre Inputs bzw. Kosten
(3)	Effektivität (im engeren Sinne)	=	gesundheitliche Wirkungen bzw. Outcomeveränderungen Gesundheitsleistung bzw. -angebot
(2a)	finanzielle Inputeffizienz	=	physische Inputs bzw. Ausstattung monetäre Inputs bzw. Kosten
(2b)	physische Inputeffizienz	=	Gesundheitsleistung bzw. -angebot physische Inputs bzw. Ausstattung
(3a)	Effektivität des Angebotes	=	Ausbringungsziele bzw. Nutzungsindikatoren Gesundheitsleistung bzw. -angebot
(3b)	Effektivität der Nutzung	=	gesundheitliche Wirkungen bzw. Outcomeveränderungen Ausbringungsziele bzw. Nutzungsindikatoren
(4)	„medizinische Effektivität“ (Erfolg) ⁵	=	Wirkungsziele bzw. Outcomes-Ist Wirkungsziele bzw. Outcomes-Soll

⁵ Die medizinische Literatur belegt diese Kennziffer häufig mit dem Begriff „Effektivität“ (Klausing, M. 1981). Diese Terminologie erscheint aber unter ökonomischen Aspekten insofern wenig sinnvoll, als diese Kennziffer keinen Ressourcenbezug besitzt. Bei knappen Ressourcen schließt eine Verbesserung dieser Kennziffer gesellschaftliche Nutzen- bzw. Wohlfahrtsverluste nicht aus, denn die zur Erhöhung des Ist-Outcome benötigten Ressourcen können unter Umständen in einer anderen Verwendung einen höheren Nutzen stiften. Ein terminologischer Kompromiss zwischen medizinischen und ökonomischen Aspekten könnte hier darin bestehen, diesen Begriff auf die „medizinische Effektivität“ einzuengen.

18. Den gegenwärtigen Leistungsstand der Gesundheitssysteme ihrer Mitgliedstaaten versucht die WHO in ihrem *World Health Report 2000* im Hinblick darauf zu messen, wie die jeweiligen Gesundheitssysteme ihre Effizienz und Effektivität durch das Ausschöpfen von Rationalisierungspotenzialen verbessern können. In diesem Kontext versteht die WHO unter einem Gesundheitssystem die Zusammenfassung aller Aktivitäten, die vorrangig auf die Förderung, Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Gesundheit abzielen. Unter diese relativ weite Definition fallen auch Maßnahmen der Verkehrspolitik, insoweit sie, wie z. B. die Einführung der Gurtpflicht oder der Einbau von Seitenaufprallschutz in Fahrzeugen, die Vermeidung von Todesfällen oder Verletzungen als primäres Ziel anstreben. Das Gesundheitssystem beinhaltet nach dieser Definition dagegen nicht die Erziehung und Ausbildung im allgemeinen, obwohl von diesen Aktivitäten zumindest mittelbar ebenfalls gesundheitsfördernde Wirkungen ausgehen.

Nach den Intentionen der WHO sollen die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten drei fundamentale Ziele verfolgen:

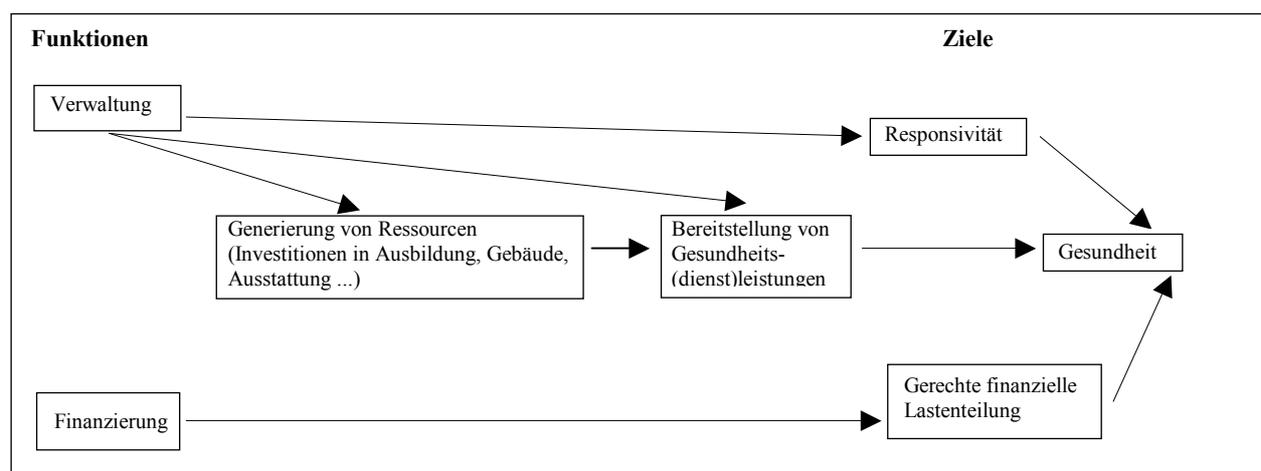
- die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (Niveau und Verteilung) als wichtigstes Ziel,
- die Erfüllung der (nichtmedizinischen) an das Gesundheitssystem gerichteten Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche (*responsiveness*) sowie
- eine gerechte finanzielle Lastenteilung (*fair financial contribution*).

Im Sinne der *responsiveness* besitzen die Menschen ein Recht auf eine würdevolle und vertrauliche Behandlung. In diesen Zielbereich fällt auch die Ausräumung von Befürchtungen, im (potenziellen) Krankheitsfall keine zügige und adäquate Behandlung zu erhalten. Bei der Finanzierung der Gesundheitsleistungen fordert die WHO eine Orientierung an der individuellen Leistungsfähigkeit und nicht an der tatsächlichen oder erwarteten Inanspruchnahme.

Die WHO sieht die Gewichtung dieser drei Ziele unabhängig vom wirtschaftlichen Entwicklungsstand eines Landes und vom Organisationsgrad des jeweiligen Gesundheitssystems. Wie auch Abbildung 2 veranschaulicht, bildet die Verbesserung des Gesundheitszustandes das wichtigste Ziel, denn die beiden anderen Ziele besitzen zumindest partiell insofern instrumentalen Charakter, als ihre Verwirklichung die Realisierung einer besseren Gesundheit fördert. Von der Erfüllung der nicht medizinischen Bedürfnisse und Wünsche gehen positive Effekte auf den Gesundheitszustand aus, da die Patienten dann im Krankheitsfälle medizinische Leistungen eher in Anspruch nehmen. Eine gerechte finanzielle Lastenteilung wirkt dadurch gesundheitsfördernd, dass sie vor allem für die unteren Einkommensgruppen das Risiko reduziert, im Falle einer behandlungsintensiven Krankheit die dabei anfallenden Kosten nicht tragen zu können. Die WHO weist einem Gesundheitssystem neben der Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes der Bevölkerung auch die Aufgabe zu, die vorhandenen Disparitäten abzubauen. Die beiden Ziele Verbesserung des Gesundheitszustandes und Responsivität beinhalten deshalb mit dem Niveau und der Verteilung zwei (Ziel-) Dimensionen.

Abbildung 2

Gesundheitsziele der WHO und ihre instrumentalen Funktionen



Quelle: WHO (2000), S. 25

Die WHO misst den Zielerreichungsgrad eines Gesundheitssystems mithilfe der folgenden fünf (Ziel-)Dimensionen, wobei die in Klammern angegebenen Gewichtungsfaktoren auf der Grundlage von Befragungen ermittelt werden:

- durchschnittliches Niveau des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (25 %),
- Verteilung bzw. Streuung des Gesundheitszustandes (25 %),
- durchschnittlicher Grad der Responsivität (12,5 %),
- Verteilung der Responsivität (12,5 %) und
- finanzielle Lastenverteilung (25 %).

Zur Messung des durchschnittlichen Niveaus des Gesundheitszustandes der Bevölkerung greift die WHO auf das Konzept der *disability-adjusted life expectancy* (DALE), d. h. der mittleren Anzahl der Lebensjahre bei guter Gesundheit, zurück. Um die Streuung des gesundheitlichen Outcomes zu messen, bedient sich die WHO mangels besserer Daten eines Indexes, der die Gleichheit der Überlebenschancen von Kindern anzeigt. Die Abschätzung des durchschnittlichen Grades und der Verteilung der Responsivität erfolgt mittels verschiedener Befragungen. Zur Messung der finanziellen Lastenverteilung dient der Beitrag eines Haushaltes zur Finanzierung des Gesundheitssystems. Dieser gibt das Verhältnis zwischen den gesamten Haushaltsausgaben für Gesundheit und dem permanenten Einkommen oberhalb des Existenzminimums wieder.

Nach dieser Kennziffer für den Grad der Zielerreichung des Gesundheitssystems (*overall health system attainment bzw. overall goal attainment*) rangiert Deutschland innerhalb der OECD an 14. Stelle. Die Spitzenplätze nehmen Japan, die Schweiz, Norwegen, Schweden und Luxemburg ein. Diese Kennziffer abstrahiert allerdings noch von den Ressourcen, die ein Land für die Gesundheitsversorgung aufwendet, und erlaubt insofern noch keine Aussagen über die Effizienz oder die Effektivität im weiteren Sinne. Unter Einbeziehung der Ressourcenebene, d. h. bei der Wahl einer Kennziffer für das Leistungsniveau eines Gesundheitssystems (*overall performance of a health system*) rutscht Deutschland auf Platz 25 ab. An der Spitze liegen nun Frankreich, Italien, San Marino, Andorra und Malta. Obgleich sich dieses Messkonzept der WHO abgesehen von der Datenlage in inhaltlicher und methodischer Hinsicht mit zahlreichen kritischen Einwänden konfrontiert sieht, betont es berechtigterweise die Bedeutung der Outcomeebene. Die adäquate Beurteilung eines Gesundheitssystems sollte im Sinne der Effektivität im weiteren Sinne die Input- und die Outcomeebene der Gesundheitsversorgung in die Analyse einbeziehen.

1.1.3 Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

19. Da sie alle höherrangigen Ziel-Mittel-Ebenen ausblendet, gestattet die reine Ausgabenbetrachtung schon

aus diesem Grunde⁶ keinerlei Aussagen über die Effizienz und Effektivität der jeweiligen Gesundheitsversorgung. Dies gilt auch für internationale Vergleiche von Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben oder von „Gesundheitsquoten“, d. h. der jeweiligen Relation zwischen den gesamten nationalen Gesundheitsausgaben (aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit hier ohne Transferzahlungen bzw. Krankheitsfolgeleistungen) und dem Bruttoinlandsprodukt. Im Vergleich mit den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben spiegeln die Gesundheitsquoten in gewissem Umfang eine Schwerpunktbildung auf der Ausgabenebene wider, denn sie informieren besser als Pro-Kopf-Ausgaben über die Opportunitätskosten der Gesundheitsversorgung. Es erscheint trivial, dass z. B. die USA, Deutschland, Frankreich und Schweden pro Kopf mehr für die Gesundheitsversorgung ausgeben als z. B. die Türkei oder Portugal. Die Gesundheitsquote zeigt dagegen die relative Position der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den Aufwendungen für andere Güter und Dienste an und drückt zumindest unter diesem Aspekt die relativen Präferenzen für das Gesundheitswesen aus.

20. Wie Tabelle 2 (s. S. 24) belegt, stieg die Gesundheitsquote von 1960 bis 1997 in jedem OECD-Land deutlich an. Ab Ende der Siebzigerjahre schwächte sich dieser Anstieg allerdings infolge von „Kostendämpfungsmaßnahmen“ in mehreren Ländern ab; in einigen Ländern, wie z. B. in Dänemark und Schweden, ging die Gesundheitsquote danach sogar zurück. Mit einer Quote von 10,7 % nimmt Deutschland inzwischen hinter den USA den zweiten Platz im OECD-Bereich ein, wobei vor allem die starke Zunahme nach 1990 auffällt. Während Deutschland im Jahre 1990 nur um 1,0 Prozentpunkte über dem Durchschnitt ausgewählter bzw. der früheren OECD-Länder lag, überschreitet es diese Marke im Jahr 1997 um 2,5 Prozentpunkte. Die deutsche Wiedervereinigung trug um ca. 0,3 Prozentpunkte zu diesem Anstieg der Gesundheitsquote bei (Statistisches Bundesamt 2000). Während die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den neuen Bundesländern schon fast das westdeutsche Niveau erreichen, klappt zwischen den jeweiligen Beiträgen zum Bruttoinlandsprodukt noch eine beträchtliche Lücke. Bei allen Vorbehalten, die bei solchen internationalen Vergleichen von hochaggregierten Daten gelten, deutet die hohe deutsche Gesundheitsquote auf eine auch im internationalen Maßstab überdurchschnittliche Wertschätzung der Gesundheitsversorgung hin. Diese Wertschätzung lässt sich zumindest implizit aus den entsprechenden Opportunitätskosten ableiten, denn eine hohe Gesundheitsquote bedeutet bei knappen Ressourcen zwangsläufig einen entsprechend hohen Verzicht auf alternative Verwendungen bzw. andere Güter. Diese ausgeprägte Präferenz für Gesundheitsleistungen bestand allerdings schon im Jahre 1960, denn die deutsche Gesundheitsquote nahm von 1960 bis 1997 selbst unter

⁶ Die Ausgaben zeigen auch nicht immer korrekt die Kosten, d. h. den Ressourcenverzehr an. So fallen z. B. Kosten, aber keine Ausgaben an, wenn fortgeschrittene Medizinstudenten oder Ärzte im Krankenhaus ohne Vergütung (länger) arbeiten oder ambulante Ärzte bei konstantem Honorar zusätzliche Daten erheben.

Einbeziehung des Wiedervereinigungseffektes verglichen mit den o. a. Ländern nur leicht unterproportional zu. Im Hinblick auf das Wachstum der Gesundheitsquote liegen, wie Tabelle 3 (s. S. 25) ausweist, Spanien, die Schweiz, Portugal und Griechenland an der Spitze. Im

Unterschied zu den absoluten Werten der Gesundheitsquoten im Jahre 1997 (Tabelle 2) fällt auch der Anstieg der amerikanischen Gesundheitsquote innerhalb der OECD-Länder zwar überdurchschnittlich, aber nicht dramatisch aus.

Tabelle 2

Die Entwicklung von Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich^{a)}

Jahr Land	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996	1997
Australien	4,9	5,7	7,3	8,2	8,5	8,4	8,6	8,4
Belgien	3,4	4,1	6,5	7,5	7,9	7,9	7,8	7,6
Dänemark	3,6	5,9	9,3	8,3	8,2	8,1	8,1	8,0
Deutschland	4,8	6,3	8,8	8,7	9,4	10,4	10,8	10,7
Finnland	3,9	5,7	6,5	8,0	9,1	7,7	7,8	7,4
Frankreich	4,2	5,8	7,6	8,9	9,1	9,8	9,8	9,6
Griechenland	3,1	5,7	6,6	7,6	7,9	8,4	8,4	8,6
Großbritannien	3,9	4,5	5,6	6,1	6,5	7,1	7,1	6,9
Irland	3,8	5,3	8,7	6,7	7,0	7,0	6,4	6,3
Island	3,3	5,0	6,2	7,9	8,1	8,2	8,2	7,9
Italien	3,6	5,2	7,0	8,1	8,4	7,7	7,8	7,6
Japan	3,0	4,6	6,5	6,1	6,1	7,2	7,1	7,2
Kanada	5,4	7,0	7,2	9,2	9,9	9,4	9,3	9,2
Luxemburg		3,7	6,2	6,6	6,5	6,7	6,8	7,0
Neuseeland	4,3	5,2	6,0	7,0	7,5	7,3	7,3	7,6
Niederlande	3,8	5,9	7,9	8,3	8,6	8,8	8,7	8,5
Norwegen	2,9	4,5	7,0	7,8	8,1	8,0	7,8	7,5
Österreich	4,3	5,3	7,7	7,2	7,2	8,0	8,0	8,3
Portugal		2,8	5,8	6,4	7,0	7,8	7,9	7,9
Schweden	4,7	7,1	9,4	8,8	8,7	8,5	8,6	8,6
Schweiz	3,1	4,9	6,9	8,3	8,9	9,6	10,1	10,3
Spanien	1,5	3,7	5,6	6,9	7,0	7,3	7,4	7,4
Türkei		2,4	3,3	3,6	3,8	3,3	3,8	4,0
USA	5,2	7,3	9,1	12,6	13,4	14,1	14,1	13,9
Durchschnitt 24	3,8	5,2	7,0	7,7	8,0	8,2	8,2	8,2

Mexiko				3,6	4,2	4,9	4,6	4,7
Korea		2,3	3,7	5,2	5,0	5,4	5,9	6,0
Polen				4,4	5,1	4,5	4,9	5,2
Tschechische Rep.			3,8	5,4	5,3	7,5	7,2	7,2
Ungarn				6,1	6,6	7,0	6,6	6,5
Durchschnitt 29	3,8	5,0	6,8	7,2	7,6	7,8	7,8	7,8

^{a)} Die gesamten Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes in % des entsprechenden Bruttoinlandsprodukts.

Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

Tabelle 3

Das Wachstum von Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich^{a)}

Jahr Land	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996	1997
Australien	100,0	116,3	149,0	167,3	173,5	171,4	175,5	171,4
Belgien	100,0	120,6	191,2	220,6	232,4	232,4	229,4	223,5
Dänemark	100,0	163,9	258,3	230,6	227,8	225,0	225,0	222,2
Deutschland	100,0	131,3	183,3	181,3	195,8	216,7	225,0	222,9
Finnland	100,0	146,2	166,7	205,1	233,3	197,4	200,0	189,7
Frankreich	100,0	138,1	181,0	211,9	216,7	233,3	233,3	228,6
Griechenland	100,0	183,9	212,9	245,2	254,8	271,0	271,0	277,4
Großbritannien	100,0	115,4	143,6	156,4	166,7	182,1	182,1	176,9
Irland	100,0	139,5	228,9	176,3	184,2	184,2	168,4	165,8
Island	100,0	151,5	187,9	239,4	245,5	248,5	248,5	239,4
Italien	100,0	144,4	194,4	225,0	233,3	213,9	216,7	211,1
Japan	100,0	153,3	216,7	203,3	203,3	240,0	236,7	240,0
Kanada	100,0	129,6	133,3	170,4	183,3	174,1	172,2	170,4
Luxemburg ^{b)}		100,0	167,6	178,4	175,7	181,1	183,8	189,2
Neuseeland	100,0	120,9	139,5	162,8	174,4	169,8	169,8	176,7
Niederlande	100,0	155,3	207,9	218,4	226,3	231,6	228,9	223,7
Norwegen	100,0	155,2	241,4	269,0	279,3	275,9	269,0	258,6
Österreich	100,0	123,3	179,1	167,4	167,4	186,0	186,0	193,0
Portugal ^{b)}		100,0	207,1	228,6	250,0	278,6	282,1	282,1
Schweden	100,0	151,1	200,0	187,2	185,1	180,9	183,0	183,0
Schweiz	100,0	158,1	222,6	267,7	287,1	309,7	325,8	332,3
Spanien	100,0	246,7	373,3	460,0	466,7	486,7	493,3	493,3
Türkei ^{b)}		100,0	137,5	150,0	158,3	137,5	158,3	166,7
USA	100,0	140,4	175,0	242,3	257,7	271,2	271,2	267,3
Durchschnitt ^{c)}		146,9	199,3	219,4	228,3	233,4	233,8	231,8

a) Die Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes in % des entsprechenden Bruttoinlandsprodukts.

b) Basisjahr der Berechnung ist das Jahr 1970.

c) Der Durchschnitt berechnet sich nur aus den Werten zum Basisjahr 1960.

Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

21. Während die Gesundheitsquoten unter Ausgabenaspekten die jeweilige relative Position des Gesundheitssektors im Verhältnis zu anderen wohlfahrtsrelevanten Lebensbereichen beschreiben, zeigen die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben die absoluten monetären Ressourcen an, die pro Bürger in die Gesundheitsversorgung fließen. Ein internationaler Vergleich der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auf der Grundlage von Dollar-Kaufkraftparitäten besitzt insofern eine höhere Aussagefähigkeit im Hinblick auf die damit einhergehenden gesundheitlichen Outcomes. Die Beziehungen zwischen den Pro-Kopf-

Gesundheitsausgaben und den entsprechenden gesundheitlichen Outcomes unterliegen allerdings gerade im internationalen Vergleich erheblichen Einschränkungen, die vornehmlich aus Unterschieden in der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung sowie aus divergierenden Effekten exogener bzw. intersektoraler Einflussfaktoren erwachsen. Dies bedeutet, dass Länder mit hohen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben nicht zwangsläufig auch auf der Outcomeebene Spitzenpositionen einnehmen müssen.

Bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auf der Grundlage von Dollar-Kaufkraftparitäten rangiert Deutschland, wie Tabelle 4 ausweist, hinter den USA und der Schweiz auf dem 3. Platz, gefolgt von Luxemburg, Kanada, Frankreich und Dänemark. Die Entwicklung der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 1960 bis 1997 zeigt für Deutschland tendenziell einen ähnlichen Befund wie bei dem internationalen Vergleich der Gesundheitsquoten. Tabelle 5 (S. 27)

belegt, dass die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Beobachtungszeitraum in Deutschland sogar deutlich unterdurchschnittlich anstiegen. Infolge des hohen Ausgangsniveaus im Jahre 1960 nahmen die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auch in den USA und in der Schweiz nur unterdurchschnittlich zu. Die höchsten Zuwachsraten verzeichnen hier Spanien, Japan, Griechenland und Norwegen, die niedrigsten Neuseeland, Großbritannien, Schweden und Kanada.⁷

Tabelle 4

Die Entwicklung von Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich^{a)}

Land	Jahr	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996	1997
Australien		94	207	663	1320	1403	1778	1874	1909
Belgien		53	130	578	1247	1381	1698	1725	1768
Dänemark		67	216	832	1424	1486	1855	1973	2042
Deutschland		90	224	824	1602	1600	2178	2288	2364
Finnland		54	163	510	1292	1412	1414	1486	1525
Frankreich		72	206	701	1539	1656	1984	2005	2047
Griechenland		21	100	345	702	772	1054	1113	1196
Großbritannien		74	144	444	964	1013	1281	1396	1415
Irland		35	98	455	759	856	1246	1189	1293
Island		50	137	577	1374	1453	1826	1918	1981
Italien		49	154	579	1321	1449	1534	1615	1613
Japan		26	131	524	1082	1165	1637	1713	1760
Kanada		109	262	716	1695	1833	2106	2109	2171
Luxemburg			147	605	1495	1575	2120	2147	2303
Neuseeland		90	174	458	937	1015	1244	1267	1357
Niederlande		67	202	679	1326	1417	1777	1832	1933
Norwegen		46	131	632	1365	1513	1860	2010	2017
Österreich		64	159	663	1205	1270	1675	1773	1905
Portugal			43	260	614	731	1046	1086	1148
Schweden		89	270	850	1492	1458	1623	1701	1762
Schweiz		87	252	801	1760	1958	2464	2549	2667
Spanien		14	82	325	815	900	1063	1122	1183
Türkei			23	75	171	185	188	227	259
USA		149	357	1086	2798	3035	3776	3926	4095
Durchschnitt		67	167	591	1262	1356	1684	1752	1821

^{a)} Angegeben in Dollar-Kaufkraftparitäten.

Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

⁷ Bei Luxemburg und der Türkei liegen für das Jahr 1960 keine Werte vor. Zur Basis 1970 liegen ihre Zuwachsraten höher als in den o. a. vier Ländern.

Tabelle 5

Das Wachstum von Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich^{a)}

Land	Jahr	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996	1997
Australien		100,0	220,2	705,3	1404,3	1492,6	1891,5	1993,6	2030,9
Belgien		100,0	245,3	1090,6	2352,8	2605,7	3203,8	3254,7	3335,8
Dänemark		100,0	322,4	1241,8	2125,4	2217,9	2768,7	2944,8	3047,8
Deutschland		100,0	248,9	915,6	1780,0	1777,8	2420,0	2542,2	2626,7
Finnland		100,0	301,9	944,4	2392,6	2614,8	2618,5	2751,9	2824,1
Frankreich		100,0	286,1	973,6	2137,5	2300,0	2755,6	2784,7	2843,1
Griechenland		100,0	476,2	1642,9	3342,9	3676,2	5019,0	5300,0	5695,2
Großbritannien		100,0	194,6	600,0	1302,7	1368,9	1731,1	1886,5	1912,2
Irland		100,0	280,0	1300,0	2168,6	2445,7	3560,0	3397,1	3694,3
Island		100,0	274,0	1154,0	2748,0	2906,0	3652,0	3836,0	3962,0
Italien		100,0	314,3	1181,6	2695,9	2957,1	3130,6	3295,9	3291,8
Japan		100,0	503,8	2015,4	4161,5	4480,8	6296,2	6588,5	6769,2
Kanada		100,0	240,4	656,9	1555,0	1681,7	1932,1	1934,9	1991,7
Luxemburg ^{b)}			100,0	411,6	1017,0	1071,4	1442,2	1460,5	1566,7
Neuseeland		100,0	193,3	508,9	1041,1	1127,8	1382,2	1407,8	1507,8
Niederlande		100,0	301,5	1013,4	1979,1	2114,9	2652,2	2734,3	2885,1
Norwegen		100,0	284,8	1373,9	2967,4	3289,1	4043,5	4369,6	4384,8
Österreich		100,0	248,4	1035,9	1882,8	1984,4	2617,2	2770,3	2976,6
Portugal ^{b)}			100,0	604,7	1427,9	1700,0	2432,6	2525,6	2669,8
Schweden		100,0	303,4	955,1	1676,4	1638,2	1823,6	1911,2	1979,8
Schweiz		100,0	289,7	920,7	2023,0	2250,6	2832,2	2929,9	3065,5
Spanien		100,0	585,7	2321,4	5821,4	6428,6	7592,9	8014,3	8450,0
Türkei ^{b)}			100,0	326,1	743,5	804,3	817,4	987,0	1126,1
USA		100,0	239,6	728,9	1877,9	2036,9	2534,2	2634,9	2748,3
Durchschnitt ^{c)}			302,6	1108,6	2354,1	2542,6	3164,6	3299,2	3429,6

a) Angegeben in Dollar-Kaufkraftparitäten.

b) Basisjahr der Berechnung ist das Jahr 1970.

c) Der Durchschnitt berechnet sich nur aus den Werten zum Basisjahr 1960.

Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

1.1.4 Akteure gesundheitspolitischer Zielbildung im deutschen und europäischen Raum

22. Die gesundheitspolitische Zielbildung erfolgt in einem sehr komplexen Prozess unter Mitwirkung zahlreicher Akteure. Das Spektrum der an diesem Prozess potenziell Beteiligten reicht von supranationalen Entscheidungseinheiten, z. B. der Europäischen Gemeinschaft und der Weltgesundheitsorganisation, bis zum einzelnen Patienten bzw. Bürger (s. Tabelle 6, S. 28) ausführlicher Abschnitt I-1.3). Alle diese Institutionen und Einzelpersonen wirken, wenn auch in unterschiedlicher Intensität sowie teilweise nur mittelbar, auf Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ein und bestimmen auf diese Weise die Allokation im Ge-

undheitswesen. In rechtlicher und politischer Hinsicht lassen sich diese Akteure dahingehend unterscheiden, ob sie, wie die Europäische Gemeinschaft und die Gebietskörperschaften, gesetzgeberische Befugnisse besitzen und/oder unmittelbar Hoheitsgewalt ausüben, als gesetzlich Beauftragte fungieren (z. B. Patientenanwälte), nur Empfehlungen abgeben können (z. B. Weltgesundheitsorganisation) oder als Verbände, Produzenten und Patientengruppen spezifische Interessen wahrnehmen. Eine Sonderstellung nehmen hier die Kammern und die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ein, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts einerseits im Auftrage hoheitliche Aufgaben erfüllen und andererseits berufsspezifische Interessen verfolgen.

Tabelle 6

Akteure gesundheitspolitischer Zielbildung

- staatliche Entscheidungseinheiten
 - Europäische Gemeinschaft
 - Bund
 - Länder
 - Kommunen
- supranationale Organisationen
 - Weltgesundheitsorganisation
 - OECD
- Krankenkassen und -versicherungen
 - gesetzliche Krankenkassen
 - private Krankenversicherungen
- Wissenschaft und Medien
- Leistungsanbieter
 - Körperschaften des öffentlichen Rechtes (Kammern und KVen bzw. KZVen)
- Verbände
- u. a. Ärzte(gruppen), Krankenhäuser, nicht-medizinische Akteure (z. B. Pflegedienste, Sozialstationen und -arbeiter), Produzenten von medizinischen Produkten
- Patientenvertretungen
 - gesetzlich beauftragte (Patientenanwälte, Ombudsleute)
 - Selbsthilfegruppen
 - sonstige
- Adressaten von Gesundheitsleistungen
 - Patienten
- Versicherte und andere Bürger

23. Die hohe Komplexität der Entscheidungs- und Zielbildungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen hängt – vor allem im Vergleich zu stärker zentralisierten Wirtschaftssystemen mit einer weitgehend steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung – zum einen mit dem föderativen Staats- und Finanzaufbau und zum anderen mit der Vielschichtigkeit der Koordinations- bzw. Allokationsmechanismen zusammen. So unterscheidet sich das deutsche Gesundheitswesen von anderen Wirtschaftssektoren neben der Bedeutung des in diesem Bereich produzierten Gutes insbesondere dadurch, dass auf seinen einzelnen Teilmärkten unterschiedliche Allokationsmechanismen vorherrschen. Während bei den Arznei- und den meisten Hilfsmitteln zumindest von der Angebotsseite her⁸ der Marktmechanismus die Ressourcen alloziert, dient im

Rahmen der ambulanten Behandlung die korporative Koordination und im stationären Sektor die staatliche Administration bzw. die öffentliche Planung als zentrales Koordinationsinstrument. Alle diese drei Allokationsmechanismen beinhalten Wettbewerbselemente, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung und Intensität (Wille, E. 1999 b). In organisatorisch zentralisierteren Gesundheitssystemen mit weitgehender Steuerfinanzierung, z. B. in Großbritannien oder Schweden, in denen die zumeist zeitaufwendige korporative Koordination kaum eine Rolle spielt, können Zielbildung und Prioritätensetzung einfacher und zügiger erfolgen. Allerdings besteht hier die Gefahr, dass zentral getroffene Entscheidungen, wie die spürbare Absenkung der Gesundheitsquote in Schweden nach 1980 oder das Verharren der englischen Gesundheitsquote auf einem sehr niedrigen Niveau (s. Tabelle 2), an den Präferenzen vieler Menschen vorbeigehen und insofern erhebliche Fehlallokationen erzeugen. Obwohl sich die Zielbildungsprozesse und die Setzung von gesundheitspolitischen Prioritäten hier komplizierter und aufwendiger gestalten, besitzen beitragsfinanzierte

⁸ Im Vergleich zu der üblichen marktwirtschaftlichen Koordination gilt dies allerdings nicht für die Nachfrageseite, denn die Patienten sehen sich infolge ihres Versicherungsschutzes zumeist nicht gezwungen, ihre Zahlungsbereitschaft für die erhaltenen Präparate zu offenbaren.

Gesundheitssysteme in föderativen Systemen die Chance, dass die betreffenden Entscheidungen auf einer in vertikaler und horizontaler Hinsicht breiten Willensbildung aufbauen und insofern die Präferenzen der Bürger besser widerspiegeln.

24. Bei der Frage, welche Akteure sich für die gesundheitspolitische Zielbildung jeweils am besten eignen, fordert das Subsidiaritätsprinzip eine möglichst dezentrale Verankerung der Willensbildung und Entscheidungsfindung. Für eine dezentrale gesundheitspolitische Zielbildung sprechen neben politischen Aspekten der föderativen Gewaltenteilung auch Effizienz- und Effektivitätsargumente, denn dezentrale Einheiten verfügen gerade bei hochkomplexen Sachzusammenhängen über problembezogener und zeitnahe Informationen sowohl hinsichtlich der Präferenzen der Betroffenen als auch im Hinblick auf allfällige Mängellagen und Erfordernisse. Diese Feststellung bezieht sich auch auf etwaige Fälle von Unter-, Fehl- und Überversorgung, die in regional unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität auftreten können. Der schon im Grundgesetz angelegten Dichotomie von föderativer Vielfalt und Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse ließe sich dadurch Rechnung tragen, dass landesweit bestimmte Mindestbedingungen als qualitative und quantitative Untergrenzen gelten, die aber in regionaler bzw. dezentraler Hinsicht Erweiterungen und Variationen nach oben erlauben. Grenzen finden dezentrale Entscheidungen in ökonomischer Hinsicht bei Projekten, die in erheblichem Umfang externe Effekte in Form von regionalen *spillovers* erzeugen. Bei solchen Projekten fällt ein beachtlicher Teil der Kosten als negative und/oder der Nutzen als positive externe Effekte nicht beim Verursacher, sondern bei nicht an der Entscheidung Beteiligten an, sodass die Gefahr von Fehlallokationen nahe liegt. Zudem lehrt die Erfahrung, dass sich im Rahmen der politischen Willensbildung Überkapazitäten im stationären Sektor wegen der damit verbundenen Beschäftigungseffekte auf regionaler Ebene noch schwerer abbauen lassen als auf der Länder-Ebene. Solange hier der Wettbewerb auf dezentraler Ebene infolge der gegebenen Rahmenbedingungen nicht hinreichend greift, besitzt unbeschadet der Vorzüge einer dezentralen Zielbildung bei der Ressourcenplanung die übergeordnete (Landes-)Ebene Vorteile.

25. Einer dezentralen gesundheitspolitischen Willens- und Zielbildung, die sich am Subsidiaritätsprinzip orientiert, stehen die europäische Integration und hier insbesondere die Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) in den Rechtsstreitigkeiten Kohll und Decker im Prinzip nicht entgegen. Beschlüsse und Maßnahmen der Europäischen Gemeinschaft (EG) entfalteten nicht erst seit diesen viel beachteten Urteilen, sondern schon seit Beginn der europäischen Integration Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme (Hanika, H. 1998; Schulte, B. 1998). Im Zentrum dieser anfänglichen Bemühungen der EG stand aber weniger die Schaffung einer einheitlichen europäischen Gesundheitspolitik, sondern vielmehr der Abbau von Handelshindernissen und Wettbewerbsbeschränkungen, d. h. die Verwirklichung eines Gemeinsamen Marktes. Darüber hinaus schuf der Vertrag

von Maastricht, der am 1. Januar 1993 in Kraft trat, eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Gesundheitspolitik der EG und ermöglichte ihr damit, „eine kohärente Strategie für den Bereich der öffentlichen Gesundheit zu entwickeln“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 1998, S. 7). So gehört es nach Artikel 2 des EG-Vertrages (EGV) zu den Aufgaben der EG, „ein hohes Maß an sozialem Schutz“ zu fördern, und Artikel 3 des EGV fordert die Gemeinschaft auf, „einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus“ zu leisten. Artikel 152 EGV in der Fassung von Amsterdam widmet dem Gesundheitswesen nicht nur einen speziellen Titel XIII, sondern überträgt der EG auch einen Sicherstellungsauftrag für ein hohes Gesundheitsschutzniveau und einen Präventionsauftrag.⁹ Danach ergänzt die Tätigkeit der Gemeinschaft die Politik der Mitgliedstaaten im Hinblick auf „die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit“.

Unbeschadet der erweiterten rechtlichen Kompetenzen und der zunehmenden Aktivitäten der EG im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens enthält der EGV kein Harmonisierungsgebot, sondern überlässt die inhaltliche Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme und damit auch die gesundheitspolitische Zielbildung weiterhin den einzelnen Ländern. Nach Artikel 152 Abs. 5 EGV bleibt „bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung ... die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“ Beschlüsse des Ministerrates im Hinblick auf „soziale Sicherheit und soziale(n) Schutz der Arbeitnehmer“ unterliegen nach § 137 Abs. 3 EGV dem Einstimmigkeitsprinzip. Schließlich schränkt Artikel 5 EGV die Tätigkeiten der Gemeinschaft in den Bereichen, die nicht in ihre ausschließliche Zuständigkeit fallen, *expressis verbis* auf Handlungen „nach dem Subsidiaritätsprinzip“ ein.

Die Urteile des EuGH in den Rechtsstreitigkeiten Kohll und Decker verdeutlichten noch einmal, dass die Vorschriften über den freien Waren- und Dienstleistungssektor nach den Artikeln 27ff. und 49 EGV im Prinzip, d. h. von sehr restriktiven Ausnahmen abgesehen, auch für die Gesundheitsmärkte gelten. Die danach notwendige Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte kann in Verbindung mit der Globalisierung auch bei den nationalen Sozial- und Gesundheitssystemen vornehmlich aus ökonomischen Gründen gewisse Anpassungen nahe legen und damit Konvergenzprozesse erzeugen. Eine völlige Harmonisierung der Gesundheitssysteme, d. h. insbesondere eine Vereinheitlichung der Finanzierung bzw. Beitragsgestaltung und des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherungen, erscheint aber weder

⁹ Die Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen der Union hat auch Eingang in den Entwurf der Charta der Grundrechte der Europäischen Union vom September 2000 gefunden (Artikel 35).

rechtlich geboten noch allokativ oder distributiv wünschenswert. Gegen eine völlige oder weitreichende Harmonisierung sprechen u. a. folgende Aspekte (Wille, E. 1998):

- Die einzelnen Mitgliedsländer der EG wenden, wie Tabelle 2 zeigt, einen unterschiedlich hohen Anteil ihres Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheitsversorgung auf. Die deutsche Gesundheitsquote liegt mit 10,7 % z. B. über 4 bzw. 3 Prozentpunkte über den entsprechenden Quoten von Irland, Luxemburg, Finnland und Italien. Die Bedeutung, die dem Gesundheitswesen für die wirtschaftliche Entwicklung und damit für die inländische Beschäftigung zukommt, unterscheidet sich deutlich von Land zu Land.
- Spürbar divergierende Gesundheitsquoten weisen auch wirtschaftlich vergleichbare Länder auf, was für unterschiedliche Präferenzen im Hinblick auf den Stellenwert der Gesundheitsversorgung spricht. Dies beeinflusst auch den Leistungskatalog der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. öffentlichen Gesundheitssysteme und geht mit einer unterschiedlichen Erwartungshaltung der jeweiligen Bevölkerung gegenüber der gesetzlich abgesicherten Grundversorgung einher.
- Eine Absenkung der Gesundheitsquote auf den Durchschnitt der EG in Höhe von ca. 8 % liefe sehr wahrscheinlich in Deutschland den Präferenzen der Bürger zuwider, die eine solche Harmonisierung als sozialen Abbau werten würden. Umgekehrt beansprucht eine Anhebung der Gesundheitsquote in Ländern mit einem bisher relativ niedrigen Versorgungsniveau zusätzliche Ressourcen, die dann in anderen Wirtschaftssektoren fehlen, sodass die betreffenden Länder dadurch eine Einschränkung ihrer internationalen Wettbewerbsfähigkeit riskieren. Dieser potenzielle Nachteil fällt in der Währungsunion noch stärker ins Gewicht, da dann die Abwertung der heimischen Währung als Anpassungsmechanismus entfällt.
- Die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der Geltung des Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzips als auch bezüglich ihrer Finanzierung mit Hilfe von Steuern, Beiträgen oder Prämien.
- In nahezu allen Ländern finden sich zwar Elemente von staatlich-administrativen, korporativen und marktwirtschaftlichen Allokationsinstrumenten, aber jeweils mit sehr unterschiedlicher Reichweite und Tiefe.

1.2 Objektive und subjektive Outcomeindikatoren als Leitbilder der Gesundheitspolitik

1.2.1 Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre

26. Wie bereits im Zusammenhang mit den Funktionen gesundheitspolitischer Zielbildung (s. Abschnitt I-1.1.1) angedeutet, vermag ein internationales Benchmarking

von quantifizierbaren Outcomeindikatoren bei allen Einschränkungen erste vergleichende Informationen über die Effektivität der nationalen Gesundheitsversorgung zu liefern. Die jeweiligen Befunde auf Makroebene können angesichts der komplexen Beziehungen, die zwischen der gesundheitlichen Leistungserbringung und den Outcomeindikatoren bestehen (s. Abschnitt I-1.4), zunächst nur als Ansatzpunkte für Hypothesen über Effektivitätspotenziale dienen. Diese Hypothesen bedürfen dann einer Überprüfung bzw. Fundierung durch detailliertere Analysen auf der Meso- und Mikroebene.

27. Die in diesem Abschnitt aufgelisteten Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre gehören wie Mortalitäts- und Morbiditätsindizes zu den objektiven bzw. „harten“ Outcomeindikatoren. Im Unterschied zu den subjektiven Outcomeindikatoren bilden sie keine individuellen Wahrnehmungen und Beurteilungen, sondern Befunde in intersubjektiv eindeutig vergleichbaren Maßstäben ab.¹⁰ Dem Benchmarking dieser objektiven Outcomeindikatoren auf internationaler Ebene fällt dabei vornehmlich die Aufgabe zu, Maßstäbe bzw. konkrete Beurteilungsraster für die qualitative Einstufung der Größenordnungen und Entwicklungstendenzen der nationalen Indikatoren zu gewinnen.¹¹ Ohne einen internationalen Vergleich ist die Feststellung, dass die Lebenserwartung der Frauen in Deutschland im Jahre 1996 79,9 Jahre betrug, in qualitativer Hinsicht wenig aussagekräftig. Der Befund, dass diese Lebenserwartung von 1970 bis 1996 um 6,3 Jahre zunahm, zeigt zwar eine grundsätzlich positive Entwicklungstendenz an, lässt aber immer noch offen, ob es sich hier um eine relativ bescheidene oder um eine nahezu maximale Steigerung der Lebenserwartung handelt.¹² Unter qualitativen Aspekten zielt das Benchmarking darauf ab, sich mithilfe von aussagefähigen

¹⁰ Die Objektivität der „objektiven“ Indikatoren bezieht sich streng betrachtet nur auf die dabei angewandte Messtechnik, nicht jedoch auf ihre Auswahl und konkrete Ausgestaltung. Diese bedürfen im Hinblick auf die Präferenzen der Betroffenen noch einer Überprüfung auf ihre Validität (s. auch Abschnitt I-1.2.2).

¹¹ Der Begriff „Benchmarking“ stammt ursprünglich aus dem Vermessungswesen und bezeichnet dort einen Fixpunkt bzw. eine Bezugsgröße, mit deren Hilfe eine Position bestimmt werden kann (Kütting, K. u. Lorson, P. 1995). In diesem Sinne stellt auch der obige Vergleich von Gesundheitsquoten und Gesundheitsausgaben pro Kopf (s. Abschnitt I-1.1.3) ein Benchmarking dar. Die im betriebswirtschaftlichen Bereich hinzugekommene Intention, sich in diesem Kontext mit den „Besten der Besten“ zu vergleichen bzw. zu messen, kommt aber bei den Outcomeindikatoren adäquater zum Ausdruck.

¹² Ein internationaler Vergleich der mittleren Lebenserwartung oder der verlorenen Lebensjahre berücksichtigt zudem nicht die jeweilige personelle Verteilung hinsichtlich dieser gesundheitlichen Outcomes (siehe zu Sozialschicht und Gesundheit in Deutschland u. a. Knopf, H. et al. 1999 sowie Winkler, J. u. Stolzenberg, H. 1999 oder Mielck, A. 2000). Ein Benchmarking der gesundheitlichen Outcomes wirtschaftlich in etwa vergleichbarer Länder enthält allerdings insofern implizit auch verteilungspolitische Aussagen, als in jenen Ländern, die hier Spitzenpositionen einnehmen, vergleichsweise wenig quantitativ relevante Minderheiten mit schlechten Indikatorwerten existieren dürften. Die komplementären Beziehungen zwischen Durchschnittswerten und personeller Verteilung der gesundheitlichen Outcomes erscheinen bei den jeweiligen Wachstumsraten sogar tendenziell noch etwas enger, denn deutliche Zuwächse bei der mittleren Lebenserwartung versprechen vor allem Verbesserungen bei den Problemgruppen mit niedrigen Ausgangswerten.

Kennziffern mit „den Besten der Besten“ zu vergleichen und im Falle von Defiziten von ihnen zu lernen (Horváth, P. und Herter, R. N. 1992; Horváth, P. 1998).

Der folgende internationale Vergleich von Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre baut auf den Gesundheitsdaten der OECD auf (OECD 1999a). Die Lebenserwartung bei Geburt gibt – in der Regel geschlechtsspezifisch getrennt – die Zahl der Jahre an, die Neugeborene bei gegebenen Sterblichkeitsverhältnissen im Durchschnitt leben werden. Diese Prognose ergibt sich aus den geschlechts- und altersspezifischen Sterbeziffern des Geburts- bzw. Basisjahres (Sommer, B. 1992; Poullier, J. P. 1994). Der Outcomeindikator Lebenserwartung bei Geburt spiegelt unbeschadet der Bedeutung der Lebensqualität einen der elementarsten Wünsche der Menschen wider. Da ein hohes Lebensalter nicht zwangsläufig, zumeist sogar in den wenigsten Fällen mit einer dauerhaften Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes einhergeht, messen die Bürger der Lebenserwartung einen hohen Stellenwert zu.

Dass Mortalitätsindikatoren wie die Lebenserwartung nicht die Lebensqualität berücksichtigen, bildet wegen deren Bedeutung für das Gesamtspektrum der Outcomes und insbesondere für das subjektive Wohlbefinden sicherlich eine erhebliche Einschränkung. Angesichts der schwierigen und teilweise unlösbaren Abgrenzungs- und Messprobleme, die eine valide Erfassung der Lebensqualität aufwirft, erscheint aber gerade bei internationalen Vergleichen eine Konzentration auf den „härteren“ Outcomeindikator Lebenserwartung vertretbar bzw. methodisch unproblematischer. Gleichwohl treten auch bei dem vergleichsweise eindeutigen Outcomeindikator mittlere Lebenserwartung Messprobleme auf, die seine Aussagefähigkeit und damit seine Eignung für internationale Vergleiche einschränken.

28. Die Berechnung der mittleren Lebenserwartung kann zum einen auf der Kohortensterbetafel und zum anderen auf der Perioden- oder Querschnittssterbetafel aufbauen. Die Kohortensterbetafel beschreibt die Mortalität bzw. die Abgänge eines realen Geburtsjahrgangs und weist so dessen „tatsächliche Lebenserwartung“ aus. Entsprechend ihrer Konstruktion setzt die Fertigstellung einer Kohortensterbetafel das Ableben des letzten (Kohorten-) Mitglieds voraus, was die Beobachtung der Sterblichkeit über einen Zeitraum von über hundert Jahren erfordert. Gebietsveränderungen, Wanderungen und um registrierte Todesfälle stellen diese Erfassung häufig vor unlösbare Probleme. Zudem besitzen Kohortensterbetafeln wegen der Zeitspanne, die sie benötigen, keinen prognostischen Gehalt (Feichtinger, G. 1973).

Die heutige gängige Berechnung der mittleren Lebenserwartung erfolgt mithilfe der Perioden- oder Querschnittssterbetafel. Diese geht von einer fiktiven Geburtskohorte von in der Regel 100 000 Neugeborenen aus und überträgt auf diese die in einem oder wenigen Jahren beobachteten Sterblichkeitsverhältnisse der momentan lebenden Bevölkerung. Die Periodensterbetafel geht somit davon aus, dass die Geburtskohorte während ihres gesamten zukünftigen Lebens die gegenwärtig messbaren,

alters- und geschlechtsspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten aufweist. Diese Annahme impliziert, dass z. B. die heute Neugeborenen in 80 Jahren die Sterbewahrscheinlichkeit der heute 80-Jährigen besitzen. Nimmt die altersspezifische Mortalität wie in der Vergangenheit weiter ab, so überschätzt ein solches Berechnungskonzept systematisch das tatsächliche Sterblichkeitsrisiko und unterschätzt entsprechend die mittlere Lebenserwartung (Dinkel, R. 1984; Klein, T. 1988).

Da diese methodische Einschränkung, die zu einer systematischen Unterschätzung der mittleren Lebenserwartung führt, im Prinzip für alle entwickelten Volkswirtschaften bzw. Gesellschaften gilt, beeinträchtigt sie prima vista kaum die Aussagefähigkeit internationaler Vergleiche im Hinblick auf die Differenzen in der Lebenserwartung. Es gilt jedoch auch hier, Ausnahmetatbestände zu berücksichtigen. Da sich eine Alterskohorte aus unterschiedlichen Risiken zusammensetzt, scheiden infolge einer Risikoselektion mit steigendem Alter einer Kohorte kranke Individuen aus, sodass sich die Kohortenstruktur zunehmend zugunsten der guten Risiken verschiebt (Vaupe, J. W. u. Yashin, A. J. 1985). Wird diese Risikoselektion gestört, können Verzerrungen in den Periodentafeln auftreten, die auch die Aussagekraft der aus ihr abgeleiteten mittleren Lebenserwartung einschränken. Eine solche Verzerrung kann sowohl von einer Epidemie als auch von einem Krieg ausgehen. Dabei bewirkt ein Krieg insofern eine „negative“ Risikoselektion, als die guten Risiken an der Front stärker dem Sterberisiko unterliegen als die von der Wehrpflicht befreiten gleichaltrigen Bürger. Dadurch verschieben sich nach Kriegsende die Anteile in den Altersklassen, die aktiv am Krieg teilnahmen, zugunsten der schlechten Risiken. Für diese Altersstufen weisen die Periodentafeln daher höhere Sterbewahrscheinlichkeiten aus als für die nachfolgenden Generationen angezeigt bzw. relevant. In diesen Fällen unterschätzen die so ermittelten Werte auch unabhängig von Mortalitätsfortschritten die mittlere Lebenserwartung der heutigen Generation.

29. Wie Abbildung 3 (s. S. 32) zeigt, schwankte die Lebenserwartung von Frauen, d. h. die weiblicher Neugeborener, im Jahre 1996 innerhalb von 14 wirtschaftlich in etwa vergleichbaren Ländern um 5,6 Jahre, d. h. von 78,0 Jahren in Dänemark bis 83,6 Jahren in Japan. Deutschland nimmt mit 79,9 Jahren einen Platz im unteren Drittel mit einem Abstand von 3,7 Jahren zu Japan ein. Bei der Lebenserwartung von Männern liegt die Spanne zwischen dem mit 77,0 Jahren wiederum führenden Japan und dem Schlusslicht Vereinigte Staaten mit 72,7 Jahren nur bei 4,3 Jahren (Abbildung 4, S. 33). Deutschland rangiert hier einen Platz besser, d. h. am Beginn des unteren Drittels, und weist mit 73,6 Jahren einen Abstand von 3,4 Jahren zu Japan auf. Bei einem Vergleich der Lebenserwartung von Frauen und Männern fallen vor allem die unterschiedlichen Platzierungen von Frankreich und Großbritannien auf. Während Frankreich bei den Frauen mit 82,0 Jahren die zweite Position einnimmt, schneidet es bei den Männern unterdurchschnittlich ab. Großbritannien dagegen gehört bei der Lebenserwartung von Frauen zu den letzten drei Ländern und erreicht bei der Lebenserwartung von

Männern fast den Durchschnitt. Da Deutschland bei der Lebenserwartung von Frauen und derjenigen von Männern innerhalb dieser 14 OECD-Länder sowohl eine ähnliche Platzierung als auch einen ähnlichen Abstand zum „Besten der Besten“ aufweist, beschränken sich die folgenden Ausführungen auf die Lebenserwartung und die verlorenen Lebensjahre von Frauen.

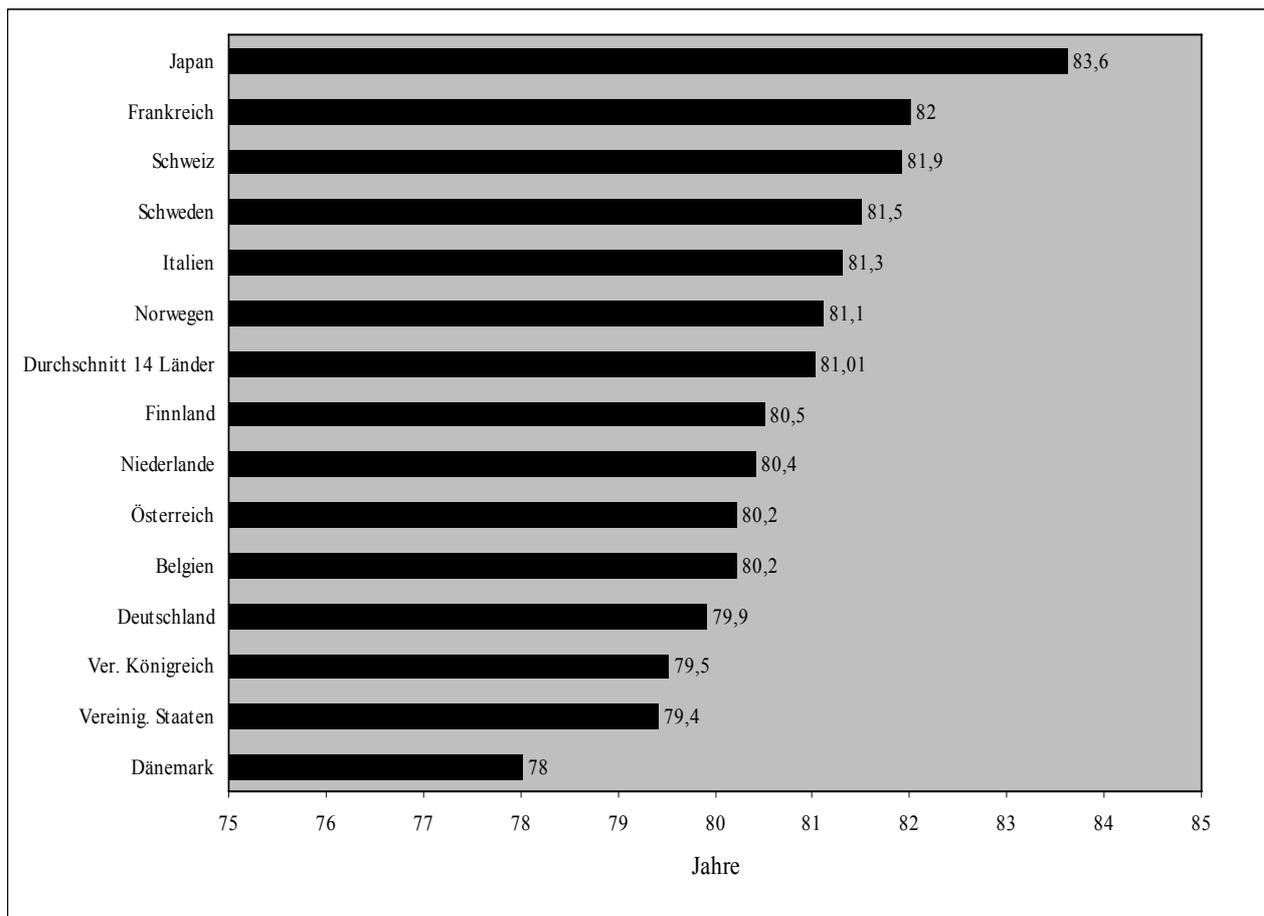
30. Bei den in Abbildung 3 und Abbildung 4 (S. 33) angegebenen Werten für die Lebenserwartung von Frauen und Männern im Jahre 1996 handelt es sich um die durchschnittlichen geschlechtsspezifischen Werte des jeweiligen Landes. Diese Durchschnittswerte lassen offen, ob und inwieweit die geschlechtsspezifische Lebenserwartung in einem Land nach Regionen, Einkommens- und Vermögenschichten oder Bevölkerungsgruppen schwankt. So betrug die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen in

Deutschland in den Jahren 1993/1995 79,5 Jahre mit einer Spanne von 3,1 Jahren zwischen Baden-Württemberg mit 80,7 Jahren und Mecklenburg-Vorpommern mit 77,6 Jahren (Sommer, B. 1998). Dies bedeutet, dass die Lebenserwartung von Frauen in Baden-Württemberg im Beobachtungszeitraum zwar nicht in den Spitzenpositionen der aufgelisteten 14 OECD-Länder, aber durchaus über deren Durchschnitt lag.¹³ In einem anderen Kontext zeigt Sen, A. (1998), dass die Lebenserwartung von Frauen und Männern im indischen Kerala – einer Region mit immerhin 29 Millionen Menschen – im Jahre 1992 die entsprechenden Werte der schwarzen Bevölkerung in den Vereinigten Staaten deutlich übertraf.

¹³ Bei dieser Feststellung gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die anderen 13 OECD-Länder ebenfalls regionale Schwankungen der Lebenserwartung von Frauen aufweisen.

Abbildung 3

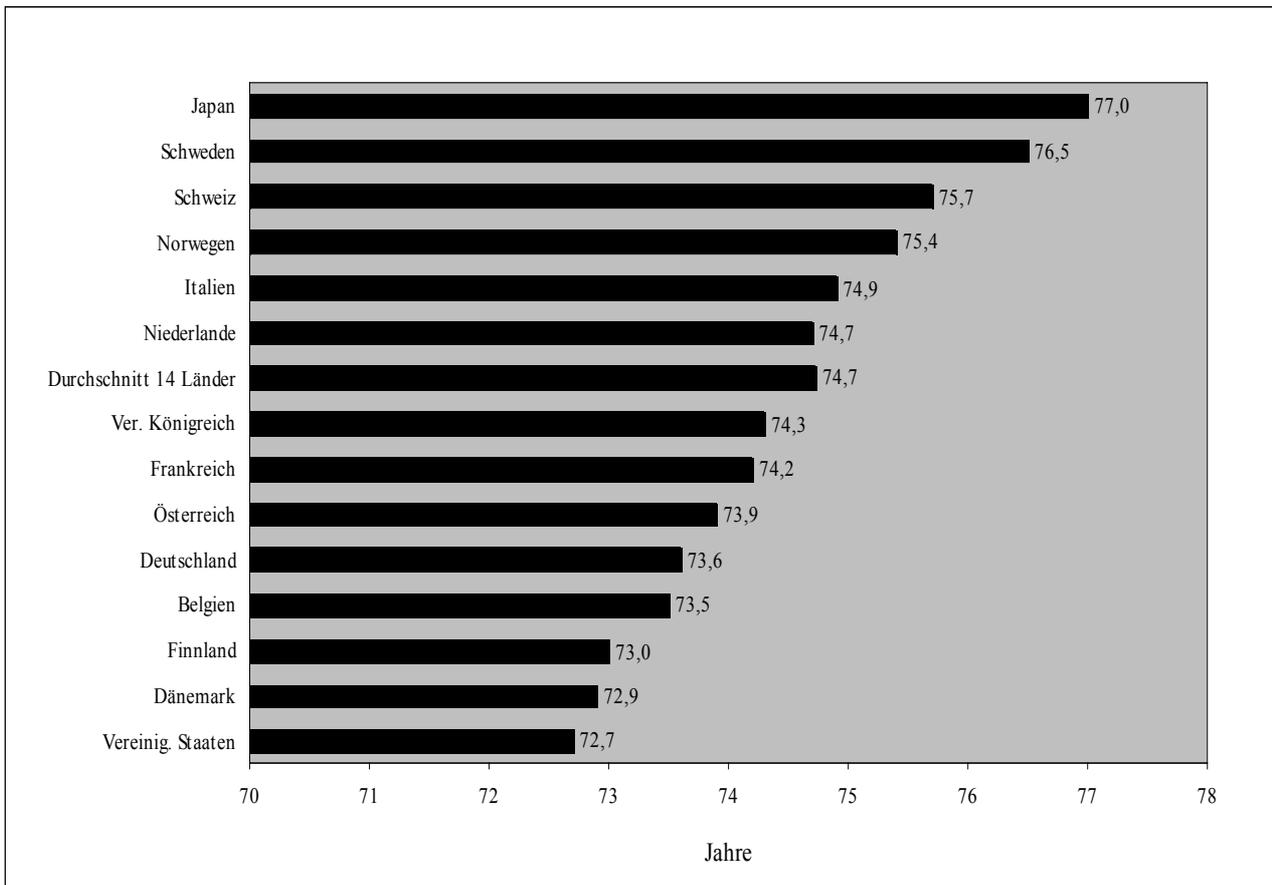
Lebenserwartung von Frauen im Jahr 1996 in 14 OECD-Ländern



Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

Abbildung 4

Lebenserwartung von Männern im Jahr 1996 in 14 OECD-Ländern



Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

Die geschlechtsspezifische Lebenserwartung variiert ganz offensichtlich in Abhängigkeit von Einkommen und Vermögen, Ausbildung, beruflichem Status und den Arbeitsverhältnissen (s. auch Abschnitt I-1.4). So veranschlagt z. B. die Sterbetafel PKV 2001 die Lebenserwartung der Frauen in der privaten Krankenversicherung mit 85,5 Jahren. Damit übersteigt die Lebenserwartung dieser Bevölkerungsgruppe – auch unter Berücksichtigung der verschiedenen Erhebungszeitpunkte der Daten (1996 bzw. 2000) – den bundesdeutschen Durchschnitt um mindestens 4,5 Jahre, d. h. um über 5 %. Im Gegensatz dazu nehmen Arbeitslose stationäre Leistungen stärker in Anspruch und unterliegen auch einem erhöhten Mortalitätsrisiko. Mitglieder der Gmünder Ersatzkasse, die innerhalb von drei Jahren zwei Jahre und länger arbeitslos waren, haben gegenüber durchgängig Beschäftigten ein etwa dreifach erhöhtes Risiko, in den nächsten drei Jahren zu versterben (Grobe, T.G. et al. 1999).

31. Angesichts der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, die nach dem Zweiten Weltkrieg in den einzelnen Ländern vorherrschten, besitzt der Zugewinn an Lebenserwartung, d. h. die durchschnittliche Wachstums-

rate der Lebenserwartung zwischen 1960 und 1996, unter Outcome-Aspekten eine höhere Aussagefähigkeit als die entsprechenden absoluten Werte im Jahre 1996. Abgesehen von der bereits erwähnten „negativen“ Risikoselektion durch den Krieg wies Deutschland hinsichtlich der Lebenserwartung u. a. auch deshalb eine sehr ungünstige Ausgangsposition auf, weil der Krieg mit der Infrastruktur auch die stationären Einrichtungen weitgehend zerstört hatte, viele Soldaten verwundet bzw. in ihrer Gesundheit erheblich beeinträchtigt aus dem Kriege kamen und die Bevölkerung nach den „Hungerjahren“ vor einem kräftezehrenden Wiederaufbau stand. So gab es im Jahre 1959 in Westdeutschland noch ca. 1,3 Millionen anerkannte Kriegsbeschädigte mit einem Anrecht auf laufende Bezüge (Statistisches Bundesamt 1960). Die erhöhte Mortalität dieser Personengruppe dürfte sich am Anfang des Beobachtungszeitraumes in den Outcomeindikatoren niedergeschlagen haben.

Abbildung 5 (s. S. 34) zeigt, dass sich Deutschland im Hinblick auf die Lebenserwartung von Frauen Anfang der Sechzigerjahre ähnlich wie Japan im Vergleich mit den Vereinigten Staaten, Schweden und dem Durchschnitt

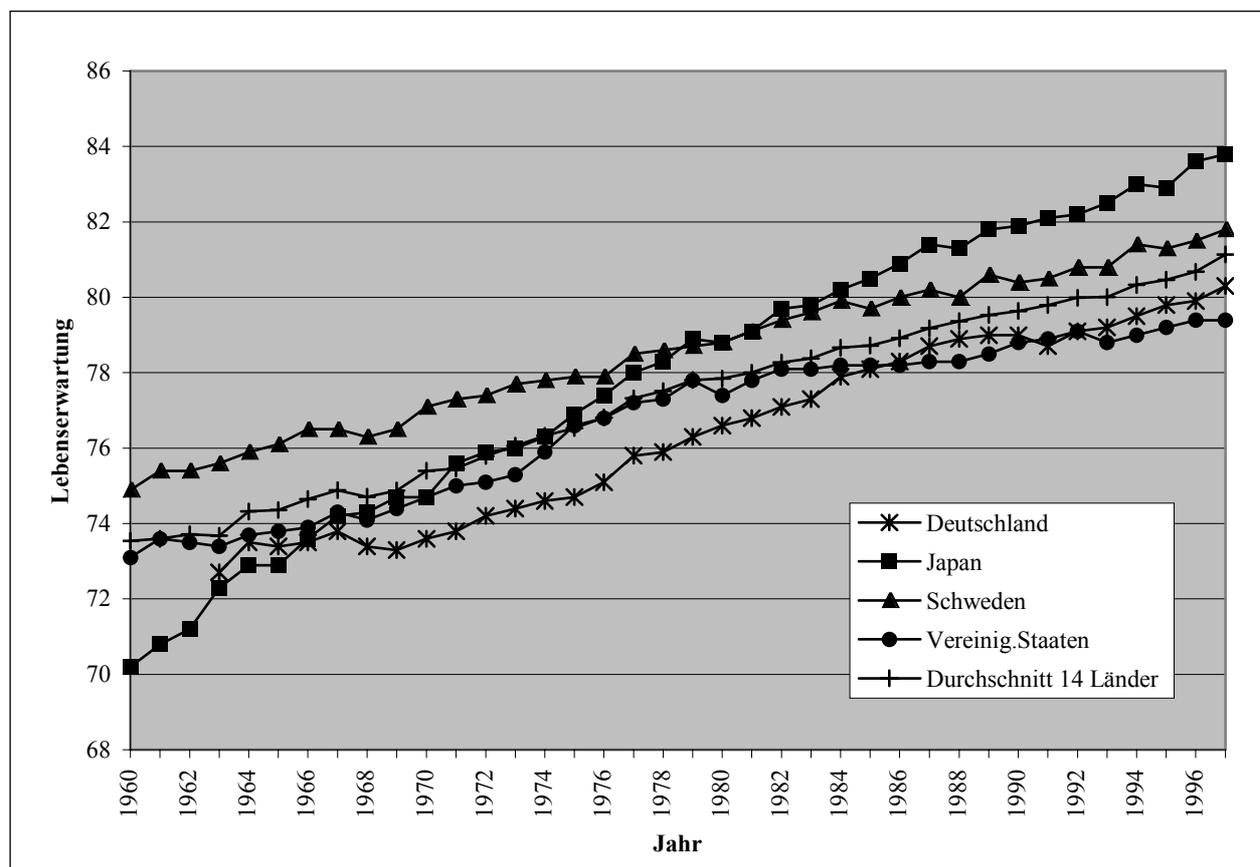
der 14 OECD-Länder in einer ungünstigen Ausgangsposition befand. So unterschritt die Lebenserwartung in Deutschland diejenige in Schweden im Jahre 1963 um 2,9 Jahre. Der Befund, dass die Lebenserwartung in Japan erst ab Mitte der Siebzigerjahre diejenige des Durchschnitts der 14 OECD Länder übertraf, spricht eher gegen die zunächst nahe liegende Vermutung, dass die heutige hohe japanische Lebenserwartung primär auf genetische Faktoren und/oder Lebensstilvariablen zurückgeht.

Bei der Wahl der durchschnittlichen Wachstumsrate der Lebenserwartung als konkreter Outcomeindikator schneidet Deutschland deutlich besser ab als bei einem Vergleich der absoluten Werte im Jahre 1996. Ein Vergleich der Abbildung 3 und der Abbildung 6 zeigt, dass Deutsch-

land ähnlich wie Finnland nun nicht mehr unter, sondern oberhalb des Durchschnitts der 14 OECD-Länder rangiert. Schweden und Norwegen liegen dagegen bei den Kriterien der Wachstumsrate unter dem Durchschnitt der 14 OECD-Länder. Entsprechend konnte Deutschland seinen Rückstand gegenüber der Lebenserwartung von Frauen in Schweden von 2,9 Jahren 1963 auf 1,5 Jahre 1997 verringern. Ferner fällt in Abbildung 6 auf, dass mit Schweden, den Vereinigten Staaten, Großbritannien und den Niederlanden gerade jene Länder, deren Gesundheitssysteme in den deutschen Reformdiskussionen der letzten Jahrzehnte ganz oder teilweise als Vorbilder dienten, zwischen 1960 und 1996 eine unterdurchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung aufwiesen.

Abbildung 5

Entwicklung der Lebenserwartung von Frauen von 1960 bis 1997 in ausgewählten OECD-Ländern



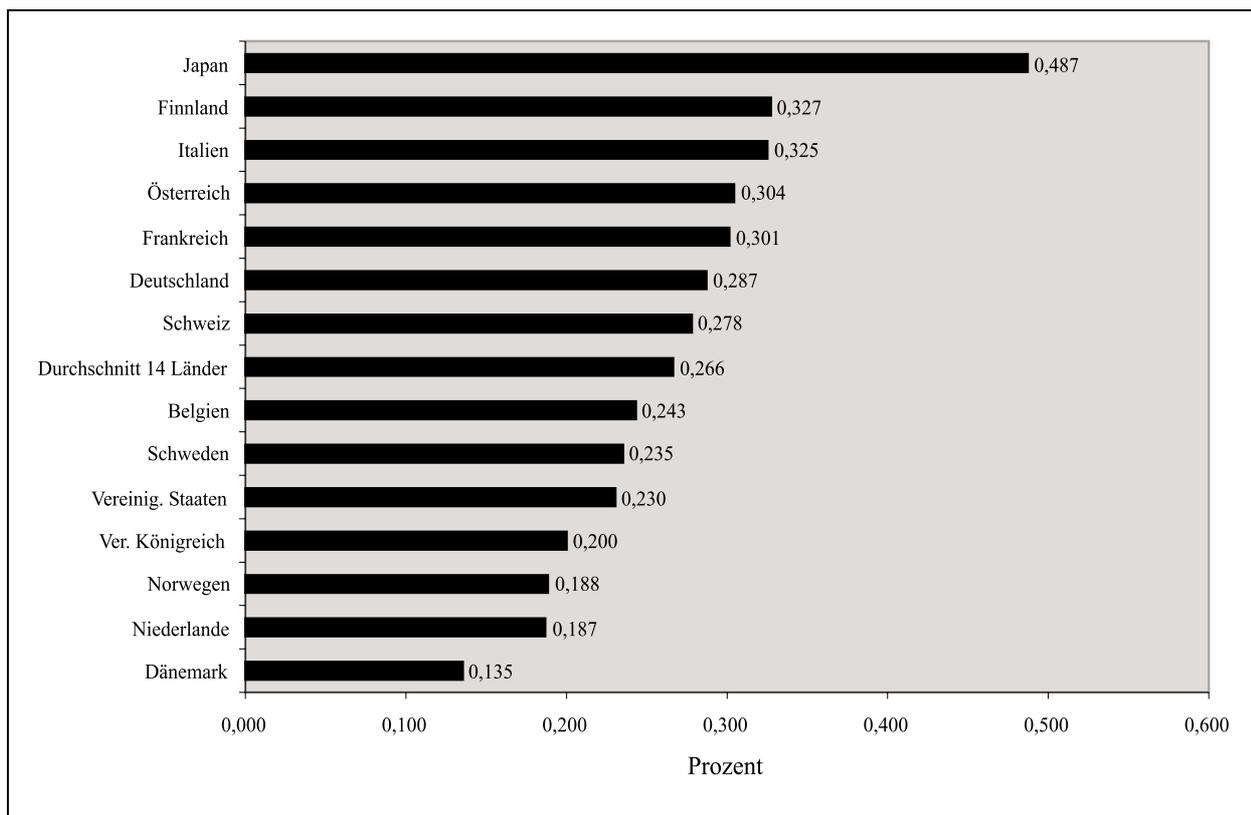
Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

Die durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen sank in Japan, wie Abbildung 7 (S. 36) illustriert, von 1,0% Anfang der Sechziger- auf 0,6% Mitte der Siebzigerjahre stark ab und ging anschließend auf knapp 0,5% zurück. Sie übertrifft die entsprechenden Wachstumsraten von Deutschland, den Vereinigten Staaten und Schweden, die sich zwischen 0,2% und 0,3% bewegen, aber immer noch deutlich. Solange diese Lücke in den Wachstumsraten bestehen bleibt, vergrößert sich auch der absolute Abstand zwischen der Lebenserwartung in Japan und derjenigen in den übrigen OECD-Ländern. Diese Aussage gilt selbst für den Fall, dass die Wachstumsrate der Lebenserwartung in Japan künftig leicht absinkt, denn es reicht völlig aus, dass sie weiterhin ein höheres Niveau als die Wachstumsraten in den übrigen OECD-Ländern behält. Abbildung 7 verdeutlicht darüber hinaus, dass die Wachstumsraten der Lebenserwartung von Deutschland, dem Durchschnitt der 14 OECD-Län-

der, Schweden und den Vereinigten Staaten nach starken Schwankungen Anfang der Sechzigerjahre ab Ende der Siebziger einen nahezu eindeutigen Trend mit einer Steigerungsrate um 0,2% bis 0,3% erkennen lassen. Da die Wachstumsrate der Lebenserwartung in Deutschland in den letzten 20 Jahren kaum abnahm, erscheint die Annahme in der achten koordinierten Bevölkerungsvorberechnung, dass die Lebenserwartung ab dem Jahre 2000 konstant bleibt (Sommer, B. 1994), ziemlich unrealistisch. Die durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung liegt in Deutschland sogar seit Anfang der Achtzigerjahre über derjenigen des Durchschnitts der 14 OECD-Länder und über der entsprechenden Steigerungsrate in den Vereinigten Staaten und in Schweden. Diese Entwicklung lässt erwarten, dass Deutschland auch im Hinblick auf den absoluten Wert der Lebenserwartung mittelfristig zum OECD-Durchschnitt aufschließt.

Abbildung 6

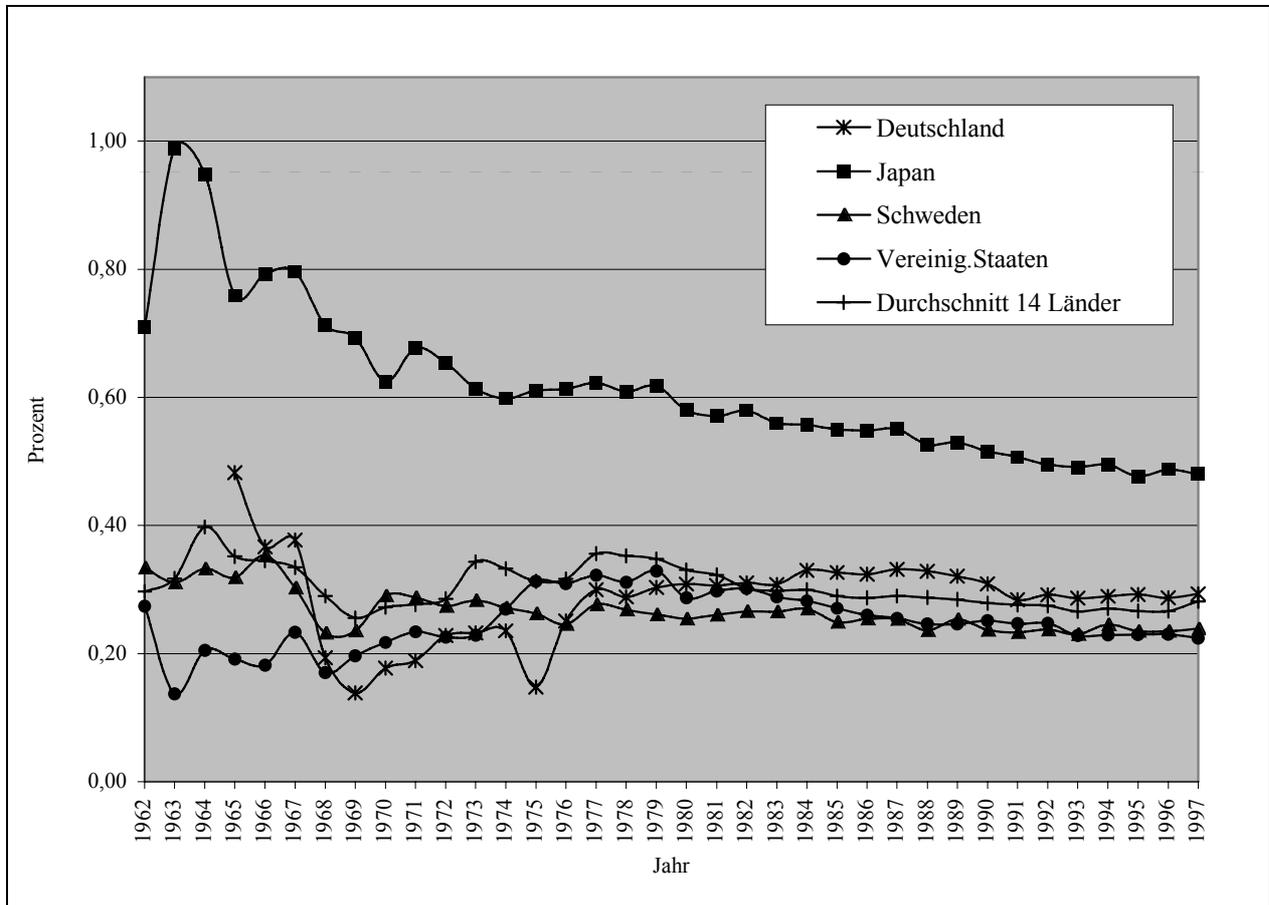
Durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen zwischen 1960 und 1996 in 14 OECD-Ländern



Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

Abbildung 7

**Entwicklung der durchschnittlichen Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen
von 1962 bis 1997 in ausgewählten OECD-Ländern**



Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

32. Neben der Lebenserwartung bei Geburt interessiert unter Outcomeaspekten auch ein internationaler Vergleich der ferneren Lebenserwartung, z. B. im Alter von 40, 65 und 80 Jahren. Wie Tabelle 7 zeigt, lebte auf der Basis der Sterbewahrscheinlichkeiten des Jahres 1996 beim „OECD Spitzenreiter“ Japan eine Frau im Alter von jeweils 40, 65 und 80 Jahren im Durchschnitt noch 44,6, 21,5 und 9,9 Jahre; in Deutschland betrug die entsprechende fernere Lebenszeit noch 41,1 18,6 und 8,1 Jahre. Bei diesem internationalen Vergleich der Lebenserwartung bei Geburt mit jener in späteren Lebensjahren fällt zunächst auf, dass die Reihenfolge auf den ersten 4 Plätzen mit Japan, Frankreich, der Schweiz und Schweden nahezu konstant bleibt. Lediglich bei der ferneren Lebenserwartung im Alter von 80 Jahren verdrängen die Vereinigten Staaten, die bei der Lebenserwartung in früheren Lebensjahren immer unter dem Durchschnitt der 14 Länder lagen, Schweden vom 4. Platz. Im Unterschied zur Lebenserwartung bei Geburt übertrifft Belgien bei der Lebenserwartung in späteren Lebensjahren immer den Durchschnitt der 14 Länder. Dagegen sinkt Finnland, das den Durchschnitt der Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 40 Jahren nur knapp

unterschreitet, bei der ferneren Lebenserwartung im Alter von 80 Jahren auf den letzten Platz ab.

Wie Tabelle 7 ausweist, lag Deutschland bei der Lebenserwartung von Frauen im Jahre 1996 nicht nur zum Basiszeitpunkt der Geburt, sondern auch bezogen auf spätere Lebensjahre immer unterhalb des Durchschnitts der 14 Länder. Die unterdurchschnittliche Platzierung ändert sich, wie schon in Abbildung 6 am Beispiel der Lebenserwartung bei Geburt verdeutlicht, wenn man als Kriterium des internationalen Vergleichs die durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes heranzieht. Bei diesem Kriterium schneidet Deutschland wie auch Österreich nicht nur bei der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt, sondern auch bei der ferneren Lebenserwartung in späteren Lebensjahren jeweils überdurchschnittlich ab. Exemplarisch zeigt dies Abbildung 8 am Beispiel der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen von 1970 bis 1996. Verglichen mit der entsprechenden Wachstumsrate bei Geburt für den Zeitraum zwischen 1960 und 1996 (Abbildung 6) weist die

Tabelle 7

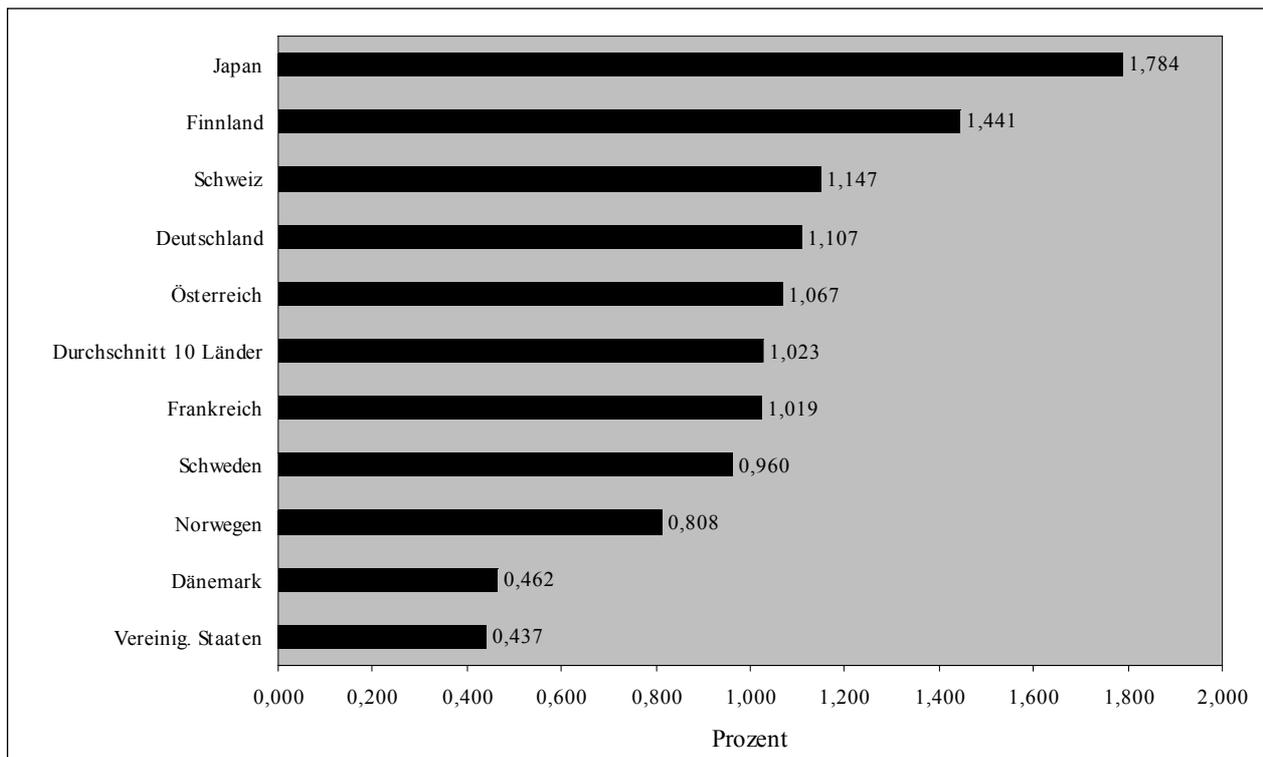
**Lebenserwartung von Frauen im Jahre 1996 in 14 OECD-Ländern
bei Geburt, im Alter von 40, 65 und 80 Jahren**

Länder	Ausgangsalter bei Geburt	im Alter von		
		40 Jahren	65 Jahren	80 Jahren
Japan	83,6	44,6	21,5	9,9
Frankreich	82,0	43,3	20,7	9,2
Schweiz	81,9	43,1	20,3	9,0
Schweden	81,5	42,4	19,7	8,8
Italien	81,3	/	19,6	/
Norwegen	81,1	42,0	19,5	8,6
Finnland	80,5	41,5	18,7	7,9
Niederlande	80,4	41,0	18,6	8,1
Österreich	80,2	41,3	18,8	8,0
Belgien	80,2	42,2	19,7	8,7
Deutschland	79,9	41,1	18,6	8,1
Ver. Königreich	79,5	40,6	18,3	8,5
Vereinigte Staaten	79,4	40,7	18,9	8,9
Dänemark	78,0	39,2	17,7	8,1
Durchschnitt 14 Länder	80,7	41,8	19,3	8,6

Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

Abbildung 8

**Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen
zwischen 1970 und 1996 in ausgewählten OECD-Ländern**



Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

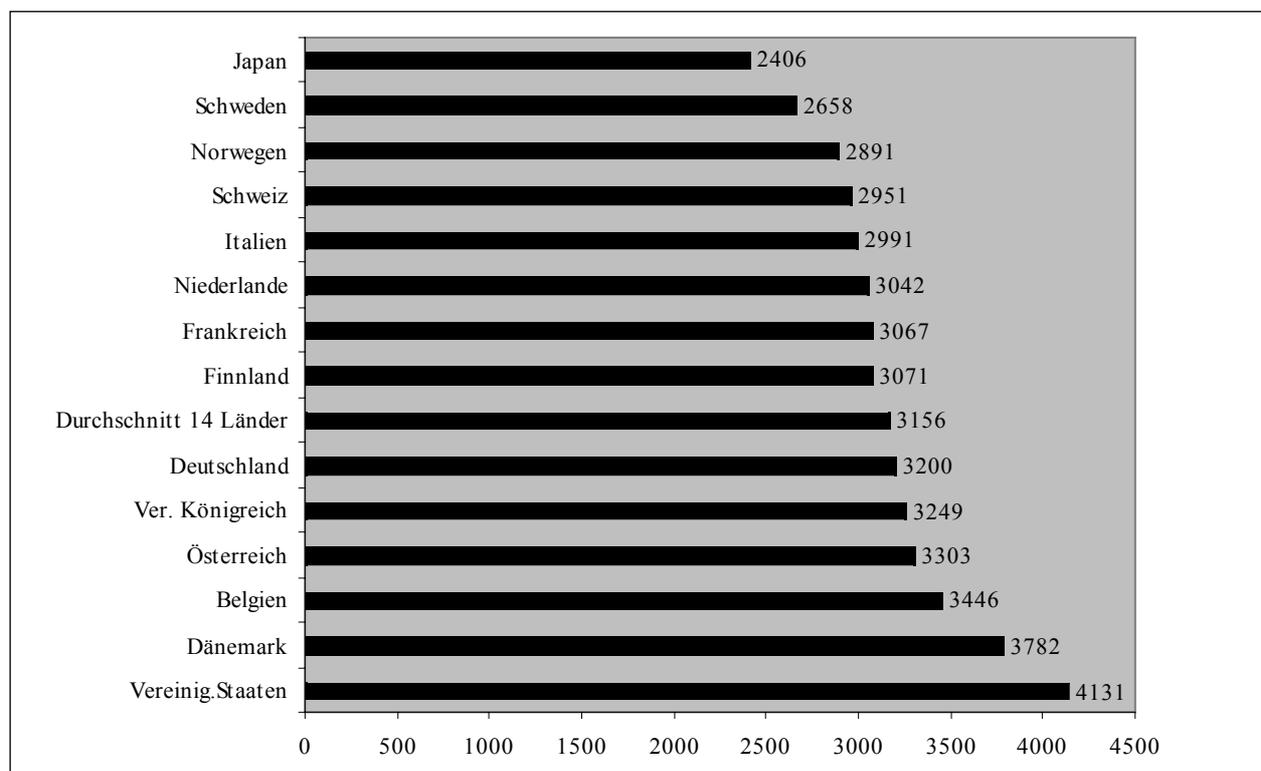
Platzierung der einzelnen Länder bei der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen nur geringfügige Unterschiede auf. Im Unterschied zur Lebenserwartung bei Geburt bleibt Frankreich bei der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen unter dem Durchschnitt der hier aufgelisteten zehn OECD-Länder.

33. Bei der Lebenserwartung in späteren Lebensjahren, d. h. vor allem im Alter von 65 und 80 Jahren, hängt die Lebensqualität der ferneren Lebenserwartung (mit-)entscheidend davon ab, ob diese Jahre behinderungsfrei verlaufen oder mit leichten oder schweren Behinderungen einhergehen. Für diesen wichtigen Outcomeaspekt liefert die OECD-Statistik bisher nur spärliche Daten, die weder im Hinblick auf den Erfassungszeitpunkt noch vom inhaltlichen Konzept her eine hinreichende Harmonisierung aufweisen. Dabei erlauben die Messgrößen für „schwere Behinderungen“, für die keine entsprechenden bundesdeutschen Daten vorliegen, noch eher Vergleiche als die Angaben bzw. Werte für „leichte Behinderungen“ (OECD 1999b). Unter Beachtung dieser Einschränkungen deuten die wenigen Daten darauf hin, dass Deutschland bei der ferneren Lebenserwartung von Frauen im Alter von 65 Jahren bei dem Kriterium „Lebenserwartung ohne leichte Behinderung“ relativ besser abschneidet als bei der allgemeinen Lebenserwartung, die keine gesundheitlichen Einschränkungen berücksichtigt.

34. Neben Kennziffern der Lebenserwartung stellen Indizes der verlorenen Lebensjahre einen weiteren objektiven Outcomeindikator dar, bei dem die OECD-Daten einen internationalen Vergleich erlauben. Da die meisten Menschen in entwickelten Volkswirtschaften heute ein Lebensalter von 70 Jahren erreichen, wählte die OECD diese Altersgrenze zur Berechnung der verlorenen Lebensjahre. In diesem Sinne zählen alle Jahre von ablebenden Personen als „verloren“, bei denen das Sterbealter unter dieser Altersgrenze von 70 Jahren liegt. Dieses Konzept gewichtet damit den Tod von jüngeren Personen stärker als jenen von älteren Menschen. Es wertet im Sinne einer Outcomebetrachtung implizit jedes Ableben vor dem 70. Lebensjahr als „vermeidbar“. Diese starke Gewichtung des Sterbealters besitzt in Verbindung mit der recht willkürlichen Altersgrenze allerdings den Nachteil, dass ein Hinausschieben des Sterbealters oberhalb dieser Grenze, d. h. „gewonnene“ Lebensjahre jenseits des 70. Lebensjahres, nicht mehr in diesen Indikator eingehen. Im Hinblick auf die heutige Lebenserwartung von Frauen (Abbildung 3, S. 32) erscheint diese Altersgrenze nicht mehr zeitgemäß bzw. zu niedrig. Bei einem internationalen (Effektivitäts-) Vergleich kann dieser Indikator vor allem dann verzerrte Ergebnisse liefern, wenn die Anteile der Menschen mit einem Alter von über 70 Jahren stark differieren.

Abbildung 9

Verlorene Lebensjahre von Frauen im Jahr 1992 in 14 OECD-Ländern



Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

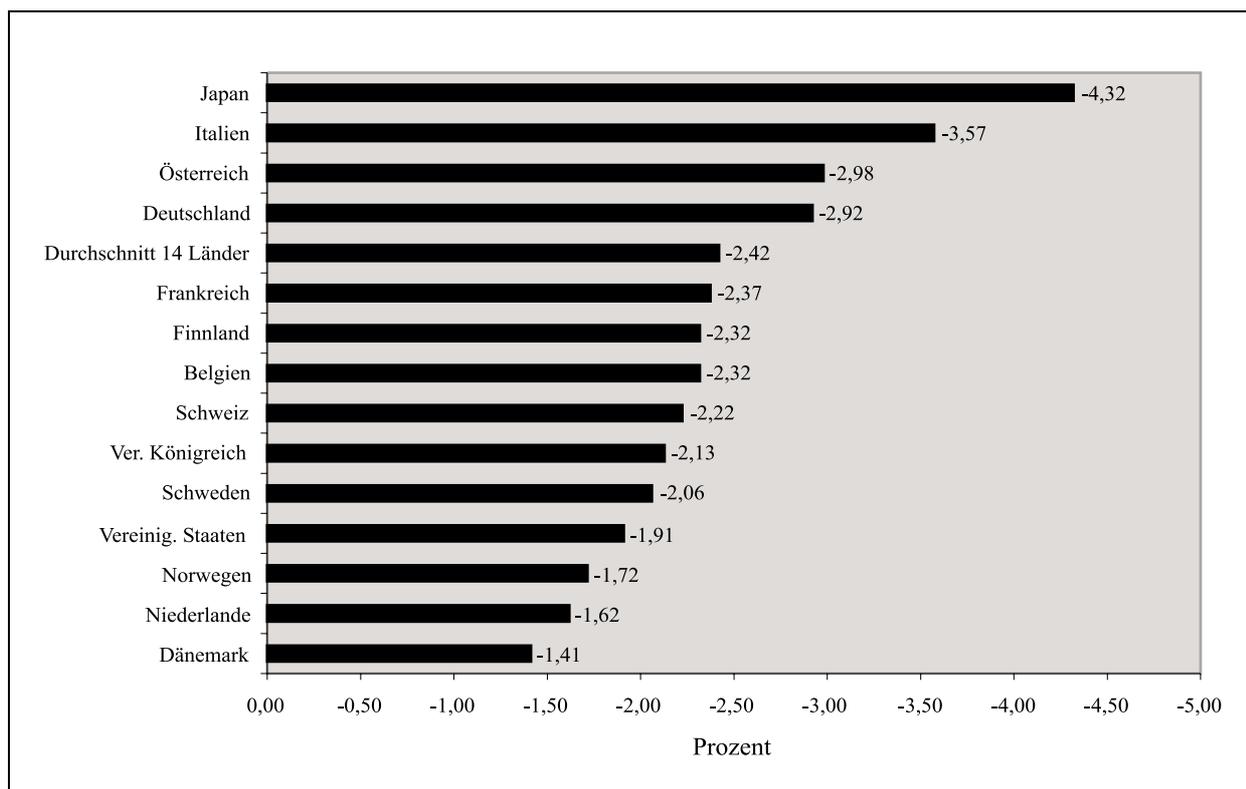
Abbildung 9 (S. 38) illustriert, dass ähnlich wie bei der Lebenserwartung von Frauen (Abbildung 3) auch bei dem Indikator verlorene Lebensjahre Japan, Schweden, die Schweiz und Italien Spitzenpositionen einnehmen, d. h. hier die niedrigsten Werte aufweisen. Mit den Vereinigten Staaten, Dänemark, Belgien und Großbritannien liegen auch weitgehend die gleichen Länder auf den hinteren Plätzen. Im Unterschied dazu fällt Frankreich, das bei der Lebenserwartung von Frauen auf Platz 2 rangiert, hier auf Platz 7 zurück. Norwegen und Deutschland schneiden dagegen beim Indikator verlorene Lebensjahre besser ab. Deutschland erreicht bei den verlorenen Lebensjahren fast den Durchschnitt der 14 OECD-Länder.

35. Ähnlich wie bei der Lebenserwartung verdient auch bei den verlorenen Lebensjahren die Veränderung, d. h. hier die Abnahme der verlorenen Lebensjahre zwischen 1962 und 1992, unter Outcome- und Effektivitätsaspekten

ein noch größeres Interesse als die jeweiligen Bestandsgrößen im Endjahr. Die in Abbildung 10 dargestellte durchschnittliche Wachstumsrate der verlorenen Lebensjahre von Frauen im Zeitraum von 1962 bis 1992 zeigt, dass Deutschland nach diesem Kriterium zu den vier Ländern gehört, die den Durchschnitt der 14 aufgelisteten OECD-Länder übertreffen. Ein Grund für diese günstige Entwicklung dürfte darin liegen, dass Deutschland im Beobachtungszeitraum überdurchschnittliche Erfolge bei der Reduzierung der Säuglingssterblichkeit erzielte. So lag z. B. die Säuglingssterblichkeit, d. h. die Sterblichkeit der im ersten Lebensjahr Gestorbenen, in Deutschland im Jahre 1997 unter den entsprechenden Werten in Belgien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Irland und den Niederlanden, während es sich im Jahre 1960 noch jeweils umgekehrt verhielt (Bundesministerium für Gesundheit 1999).

Abbildung 10

Durchschnittliche Wachstumsrate der verlorenen Lebensjahre von Frauen zwischen 1962 und 1992 in 14 OECD-Ländern



Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

Im Vergleich zur analogen durchschnittlichen Wachstumsrate der Lebenserwartung (Abbildung 6, S. 35) sinken hier Finnland, das bei der Zunahme der Lebenserwartung noch Platz 2 belegt, und Frankreich unter den Durchschnitt der 14 Länder.

Schlusslichter bilden nach beiden Kriterien in derselben Reihenfolge Norwegen, die Niederlande und Dänemark. Daneben schneiden außer den Vereinigten Staaten auch Schweden und Großbritannien wiederum unterdurchschnittlich ab. Dass die absolute (negative) Wachstumsrate der verlorenen Lebensjahre in Deutschland seit Ende der Siebzigerjahre signifikant über den Durchschnitt der 14 OECD-Länder und deutlich über dieser Veränderungsrate in Schweden lag (Abbildung 11), lässt erwarten, dass Deutschland auch bei der Bestandsgröße verlorene Lebensjahre bald den Durchschnitt der 14 aufgeführten OECD-Länder erreicht.¹⁴

1.2.2 Subjektive Elemente und Indikatoren der Gesundheitsversorgung

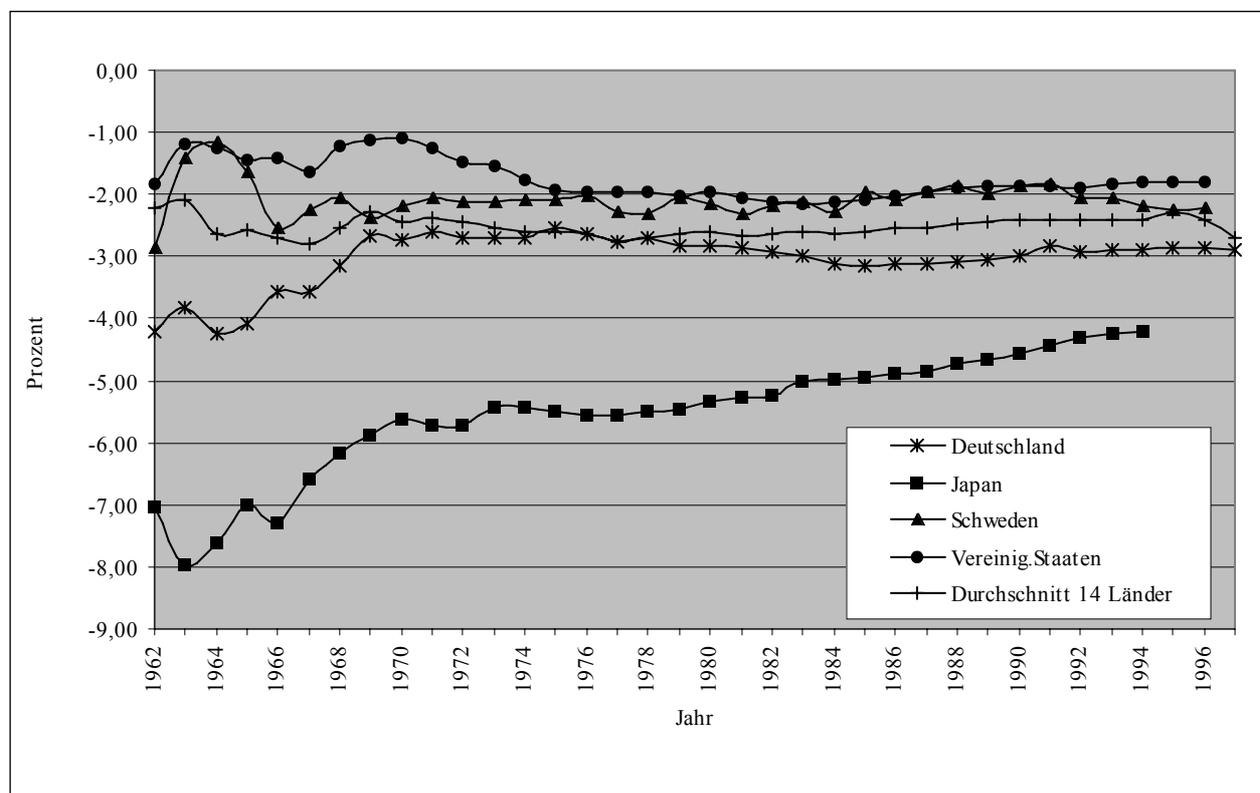
1.2.2.1 Begriff und Stellenwert der Gesundheit

36. Der Rat hat sich in den vergangenen Jahren, vor allem im Sachstandsbericht 1994 (S. 36ff.) und dem Sondergutachten 1997 (S. 29ff.), mit dem Zielspektrum der Gesundheitsversorgung beschäftigt. Dies geschah vor dem Hintergrund von Konzepten einer rationalen bzw. ergebnisorientierten Gesundheitspolitik, die zwangsläufig Vorstellungen über die anzustrebenden Gesundheitsziele voraussetzt. Der Rat betonte in diesem Kontext auch die psychischen, kognitiven und sozialen Elemente, die neben der physischen Funktionsfähigkeit die Lebensqualität von Menschen bzw. Patienten beeinflussen, behandelte sie aber nicht explizit aus der Perspektive der Betroffenen,

¹⁴ Dieser statistische Befund gilt tendenziell auch für die bundesdeutschen Männer, die bei den verlorenen Lebensjahren zwar unter, im Hinblick auf die entsprechende Wachstumsrate aber ebenfalls über dem Durchschnitt der 14 OECD-Länder liegen. Bei einem internationalen Vergleich der verlorenen Lebensjahre von Frauen mit den entsprechenden Daten von Männern fällt auf, dass Großbritannien bei den Männern im Unterschied zu den Frauen sowohl hinsichtlich der verlorenen Lebensjahre als auch bezüglich deren Wachstumsrate besser als der Durchschnitt der 14 OECD-Länder abschneidet. Dagegen sinken bei den verlorenen Lebensjahren von Männern die Schweiz, Italien und ganz deutlich Frankreich unter den Durchschnittswert ab.

Abbildung 11

Entwicklung der durchschnittlichen Wachstumsrate der verlorenen Lebensjahre von Frauen von 1962 bis 1997 in ausgewählten OECD-Ländern



Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

z. B. auf der Grundlage von Befragungen. Die Ausführungen in diesem Abschnitt geben den subjektiven Elementen der Gesundheit und hier insbesondere subjektiven Indikatoren von Gesundheitszielen sowie den Partizipationsmöglichkeiten der Bürger und Patienten (s. a. Abschnitt I-1.3.1), an der Formulierung und möglicherweise auch Priorisierung dieser Ziele mitzuwirken, einen breiteren Raum ein.

37. Die Beschäftigung mit subjektiven Elementen als Outcomeindikatoren der Gesundheitsversorgung zielt nicht darauf ab, objektive Indikatoren wie Mortalitäts- und Morbiditätsindizes oder Indizes der Lebenserwartung sowie der verlorenen Lebensjahre zu ersetzen, sondern diese um relevante Elemente zu ergänzen. Objektive Zielindikatoren der Gesundheitsversorgung vermögen zahlreiche Faktoren, die wie z. B. die subjektive Empfindung von körperlichen Behinderungen, Leidgefühle und Verunsicherungen für das Wohlbefinden der Patienten erhebliche Relevanz besitzen können, nicht oder zumindest nicht hinreichend abzubilden. Während die objektiven Indikatoren von der Wahrnehmung und Bewertung der gesundheitlichen Outcomes durch die Bürger bzw. Patienten abstrahieren, bilden bei den subjektiven Indikatoren die Betroffenen nicht nur die Adressaten, sondern auch die Beurteilungsinstanz der Gesundheitsleistungen. Subjektive Indikatoren versuchen in Form von Befragungen, die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes durch die Bürger und ihre Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung zu erfassen. Sie können damit auch dazu dienen, die Validität der objektiven Indikatoren zu überprüfen. Das Kriterium der Validität verlangt von einem Zielindikator, dass seiner Veränderung eine gleichgerichtete und gleichgewichtige Variation des übergeordneten Indikandums, d. h. hier des gesundheitlichen Wohlbefindens der Betroffenen, entspricht. Dieses Kriterium ist verletzt, wenn trotz der Veränderung eines objektiven Indikators in die positive (negative) Richtung das gesundheitliche Wohlbefinden der Bürger bzw. Patienten konstant bleibt oder gar abnimmt (zunimmt) oder sich eine tatsächliche Veränderung des gesundheitlichen Wohlbefindens nicht in den objektiven Indikatoren niederschlägt.

38. Die Vielschichtigkeit des Zielspektrums von Gesundheit kommt vor allem in der weiten begrifflichen Fassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Ausdruck. Sie versteht unter Gesundheit einen „state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity“. Dieser weite Gesundheitsbegriff, der implizit schon jede physische, psychische und soziale Einschränkung des menschlichen Wohlbefindens als gesundheitliches Defizit einstuft, beschreibt im Sinne einer theoretischen Orientierung ein utopisches Maximum an Gesundheit. Dieser Idealzustand lässt sich schon deshalb niemals realisieren, weil selbst bei einer kerngesunden Frau ganz natürliche Vorgänge, z. B. die Geburt eines Kindes oder Zyklusblutungen, nicht ohne Belastungen und Schmerzen ablaufen. Im Hinblick auf das Leitbild der praktischen Gesundheitspolitik liegt es insofern näher, den Gesundheitsbegriff an eine alters-

und geschlechtsspezifische Norm zu binden und entsprechende Funktionsfähigkeiten und Belastungen bei der Wahl der Messlatte von Gesundheit zu berücksichtigen (SB 1994, S. 36f.).

Obgleich der Gesundheitsbegriff der WHO dazu verleiten kann, utopische Erwartungen an den Gesundheitszustand zu erzeugen und die praktische Gesundheitspolitik instrumental zu überfordern, verdeutlicht er zutreffend, dass der Gesundheitszustand ein integrales Element des menschlichen Wohlbefindens darstellt. Zudem klingt in dieser weiten Definition schon an, dass der Lebensbereich Gesundheit mit anderen Bereichen in vielschichtigen Wechselwirkungen steht. Vom jeweiligen Gesundheitsstatus der Menschen gehen u. a. Effekte auf Familienleben, Ausbildung, Beschäftigung, Arbeitsproduktivität, Lebensstandard, Möglichkeiten sozialer und politischer Betätigung sowie Freizeitaktivitäten aus. Umgekehrt hängt der Gesundheitszustand im Sinne der objektiven Zielindikatoren nicht nur von der Gesundheitsversorgung, sondern auch von „transsektoralen Einflüssen“, z. B. den Umwelt- und Arbeitsbedingungen, den Wohnverhältnissen, der Verkehrssicherheit und dem Lebensstil der Bürger ab (s. a. Abschnitt I-1.4). Diese Wechselwirkungen weisen zum einen auf die Bedeutung hin, die das Gesundheitswesen für andere Lebensbereiche und in diesem Kontext für Beschäftigung, Produktivität und Wachstum einer Volkswirtschaft besitzt. Sie zeigen zum anderen die Grenzen auf, mit denen sich die Gesundheitsversorgung im engeren Sinne, d. h. im Wesentlichen die medizinische Behandlung, die gesetzlichen Präventionsmaßnahmen und die Rehabilitation, bei der Verwirklichung der Gesundheitsziele konfrontiert sehen.

39. Bei den Erwartungen und Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitszustand spielen auch die vorhandenen Ressourcen einer Gesellschaft, das Rechtssystem, der medizinisch-technische Stand, die religiösen Einstellungen, die politischen Ideologien und der Zeitgeist eine Rolle. Nicht jede Gesellschaft bzw. Kultur sprach der Gesundheit einen so hohen Stellenwert wie heute zu und der Krankheit als einem unbedingt zu vermeidenden Zustand jegliche Sinnhaftigkeit ab. So sahen die Hochkulturen Ägyptens und Babyloniens die Krankheit als eine von den Göttern gesandte Bestrafung für Verstöße gegen Regeln im sozialen und religiösen Lebensbereich (Theurl, E. 1996). Auch das Mittelalter billigte der Krankheit teilweise eine sinnvolle Funktion zu, die vornehmlich in der Chance auf eine seelische und religiöse Läuterung bestand. Selbst die psychoanalytische Medizin unserer Tage lässt in der Vorstellungswelt von Patienten solche Elemente erkennen.

Unabhängig von solchen metaphysischen Vorstellungen vom Sinn und Zweck von Krankheiten kann ein einzelnes Krankheitsereignis in intertemporaler Betrachtung die individuelle Wohlfahrt eines Menschen dann erhöhen, wenn er dadurch die sich anschließende Lebenszeit, d. h. die nachfolgenden (nahezu) gesunden Lebensjahre, höher schätzen lernt. Aus der ex ante-Perspektive sieht diese Situation für den potenziellen Patienten freilich anders aus, denn aus dieser Sicht möchte er jegliche Krankheit

vermieden wissen. Insofern tritt in diesem Beispiel kein medizinisches Entscheidungsproblem auf, aber es weist auf die subjektiven Elemente und Bezüge hin, die zwischen der Krankheit und der durch sie verursachten Veränderung des individuellen Wohlbefindens bestehen. Es erscheint auch aus theoretischer Sicht durchaus plausibel, dass für den einen Patienten eine Krankheit, die ein Experte bzw. äußerer Beobachter als relativ geringfügig einstuft, mit einer erheblichen Minderung seines Wohlbefindens einhergeht, während ein anderer Patient eine objektiv schwerwiegendere Erkrankung als weniger wohlfahrtsmindernd empfindet. Da hier der individuelle Umgang mit der jeweiligen Krankheit das subjektiv empfundene Wohlbefinden (mit-)bestimmt, vermag die gesundheitliche Betreuung und Beratung der Patienten selbst bei unveränderten objektiven Indikatoren die krankheitsbedingte Veränderung ihres Wohlbefindens zu beeinflussen. In besonders günstigen Fällen kann die verbesserte Bewältigung der Krankheit (*coping*) Rückwirkungen auf den Gesundheitszustand bzw. die objektiven Indikatoren rückwirken.

40. Bei nahezu allen Umfragen nach den Lebensbereichen, denen für das allgemeine Wohlbefinden die größte Bedeutung zukommt, nimmt die Gesundheit die Spitzenposition ein. So rangiert die Gesundheit auch im (siebten) Wohlfahrtssurvey 1998¹⁵ unter 11 Lebensbereichen noch vor der Familie mit 84 % in West- und 87 % in Ostdeutschland wiederum an erster Stelle¹⁶ (Habich, R. et al. 1999; Habich, R. u. Noll, H.-H. 2000). Bei der Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit und jener in speziellen Lebensbereichen schneidet die Gesundheit auf einer Skala zwischen 0 und 10 mit 7,7 zu 7,4 in West- und 7,3 zu 7,0 in Ostdeutschland allerdings etwas unterdurchschnittlich ab.¹⁷ Insgesamt gesehen zeigt der Wohlfahrtssurvey 1998 im Vergleich zur vorangegangenen Erhebung in 1993 eine Konvergenz des subjektiven Wohlbefindens zwischen Ost- und Westdeutschland, d. h. der Index für die allgemeine Lebenszufriedenheit nahm von 1993 bis 1998 in Westdeutschland um 0,2 Punkte ab und in Ostdeutschland um 0,4 Punkte zu. Im Lebensbereich Ge-

sundheit dagegen stieg die Zufriedenheit in Westdeutschland um 0,1 Punkte, während sie in Ostdeutschland um 0,3 Punkte zurückging.

41. Ein Vergleich der Zufriedenheit mit dem jeweiligen nationalen Gesundheitssystem in den 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (Tabelle 8, S. 43) zeigt zunächst ein deutliches Nord-Süd-Gefälle. Die Spitzenpositionen nehmen Dänemark, Finnland und die Niederlande ein, während Italien, Portugal und Griechenland auf den letzten Plätzen rangieren. Dabei bleibt offen, ob und inwieweit die jeweiligen Äußerungen über die Zufriedenheit mit dem heimischen Gesundheitssystem auf die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung zurückgehen oder in der grundsätzlichen Einstellung zu staatlichen und parafiskalischen Institutionen wurzeln. Deutschland belegt nach dieser Skala einen Platz im vorderen Mittelfeld, denn zumindest fünf Länder schneiden in der Wahrnehmung ihrer Bürger eindeutig besser ab. Österreich liegt nach dem Anteil derer, die sich sehr zufrieden und relativ zufrieden äußern, zwar nur an 9. Stelle, weist aber mit 4,7 % den niedrigsten Anteil an Unzufriedenen auf.

Der Vergleich der Zufriedenheit mit dem heimischen Gesundheitssystem in Tabelle 8 mit dem Benchmarking der objektiven Outcomeindikatoren Lebenserwartung und verlorene Lebensjahre (s. Abschnitt I-1.2.1) lässt kaum Übereinstimmungen, sondern teilweise entgegengesetzte Platzierungen erkennen. Dänemark führt z. B. bei der Zufriedenheit mit dem nationalen Gesundheitssystem die Rangliste an, obwohl es bei den objektiven Outcomeindikatoren mit Abstand am schlechtesten von allen aufgelisteten Ländern abschneidet (Abbildung 3, Abbildung 6, Abbildung 9, Abbildung 10). Die Niederlande, Belgien und Schweden besitzen ebenfalls überdurchschnittliche Zufriedenheitsindizes, obgleich sie nur unterdurchschnittliche Wachstumsraten bei der Lebenserwartung und bei der Reduzierung verloraener Lebensjahre aufweisen. Schließlich findet die niedrige Zufriedenheit der italienischen Bevölkerung mit ihrem Gesundheitswesen in den objektiven Outcomeindikatoren ebenfalls keine Entsprechung. Eine der Ursachen für die offensichtlichen Abweichungen zwischen objektiven Outcomeindikatoren und subjektiven Zufriedenheiten dürfte darin liegen, dass Letztere nicht nur von der faktischen Gesundheitsversorgung, sondern auch von deren Wahrnehmung, von Anforderungen und Erwartungen an das Gesundheitssystem sowie von allgemeinen Einstellungen zum staatlichen und quasistaatlichen Handeln abhängen. Bleibt die Entwicklung der objektiven Indikatoren hinter der Erwartungshaltung bzw. dem Anstieg des Anspruchsniveaus zurück, kann sich die Zufriedenheit der Bürger trotz objektiv verbesserter Gesundheitsversorgung verschlechtern. Unbeschadet dieser Einschränkungen spiegeln repräsentative Befragungsergebnisse die Präferenzen der Bevölkerung besser als objektive Indikatoren wider. Insofern erscheint es sinnvoll bzw. erforderlich, sowohl objektive als auch subjektive Indikatoren der Gesundheitsversorgung zu erfassen, denn Befragungsergebnisse können zumindest eine Kontrollfunktion wahrnehmen, indem sie auf

¹⁵ Der Wohlfahrtssurvey dient in Form einer Repräsentativbefragung der Wohlfahrtsmessung und der Analyse der Lebensqualität, wobei er objektive und subjektive Komponenten enthält. Der (siebte) Wohlfahrtssurvey 1998 besitzt einen Stichprobenumfang von 3 042 Befragten, davon 2 007 in West- und 1 035 in Ostdeutschland. Die früheren Surveys bezogen sich auf die Jahre 1978, 1980, 1984, 1988 und 1993; eine Baseline-Studie in 1990 beschränkte sich auf die neuen Bundesländer.

¹⁶ Dies bedeutet, dass den Lebensbereich „Gesundheit“ in Westdeutschland 84 % der Befragten als „sehr wichtig“, 15 % als „wichtig“ und nur 1 % als „weniger wichtig“ bzw. 0 % als „unwichtig“ einstuften.

¹⁷ Zu diesem Ergebnis gelangt tendenziell auch eine Erhebung im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (Ellert, U. u. Knopf, H. 1999). Im Vergleich mit fünf anderen Lebensbereichen äußern die Frauen in beiden Teilen Deutschlands nach dem Bereich „Finanzen“ sogar die größte Unzufriedenheit mit dem Lebensbereich „Gesundheit“. Im Unterschied zum Wohlfahrtssurvey 1998 nahm allerdings nach dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 die durchschnittliche bzw. mittlere Zufriedenheit mit der Gesundheit von 1991/92 bis 1998 auch in Ostdeutschland zu.

Tabelle 8

**Zufriedenheit mit den nationalen Gesundheitssystemen in den
15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union im Jahre 1993**

Zufriedenheitsgrad Mitgliedstaat	zufrieden (%)			unzufrieden (%)		
	sehr	relativ	sehr und relativ	sehr	relativ	sehr und relativ
Belgien	10,9	59,2	70,1	1,1	7,2	8,3
Dänemark	54,2	35,8	90,0	1,2	4,5	5,7
Deutschland	12,8	53,2	66,0	1,1	9,8	10,9
Finnland	15,1	71,3	86,4	0,7	5,3	6,0
Frankreich	10,0	55,1	65,1	1,8	12,8	14,6
Griechenland	1,5	16,9	18,4	24,2	29,7	53,9
Irland	9,4	40,5	49,9	10,9	18,2	29,1
Italien	0,8	15,5	16,3	25,9	33,5	59,4
Luxemburg	13,6	57,5	71,1	1,4	7,5	8,9
Niederlande	14,2	58,6	72,8	3,8	13,6	17,4
Österreich	17,0	46,3	63,3	0,6	4,1	4,7
Portugal	0,8	19,1	19,9	21,9	37,4	59,3
Schweden	13,1	54,2	67,3	2,8	11,4	14,2
Spanien	3,7	31,9	35,6	8,2	20,4	28,6
Vereingt. Königreich	7,6	40,5	48,1	15,2	25,7	40,9
Durchschnitt	8,8	41,5	50,3	9,5	18,8	28,3

Quelle: Zusammengestellt nach Mossialos, E. (1997), S. 111.

Lücken im objektiven Indikatorensystem aufmerksam machen.

Interessanterweise liegt innerhalb der elf wohlfahrtsrelevanten Lebensbereiche der religiöse Glaube in Westdeutschland mit 17% auf dem vorletzten und in Ostdeutschland mit 7% auf dem letzten Platz. Analog dazu bildet bei der Frage nach der Zufriedenheit in 16 speziellen Lebensbereichen die Kirche in Westdeutschland mit einem Indexwert von 5,3 das Schlusslicht und erreicht in Ostdeutschland mit 5,8 den drittletzten Platz; schlechtere Bewertungen erhalten hier nur noch die Möglichkeiten zur politischen Betätigung (5,5) und die öffentliche Sicherheit (5,1). Die offensichtliche Diskrepanz zwischen der Wertschätzung von Gesundheit einerseits und religiöser Einstellung andererseits zeigt, dass die Gesundheit in entwickelten säkularisierten Gesellschaften heute vielfach einen vergleichsweise hohen Rang einnimmt. Diese Entwicklung erscheint insofern ambivalent, als sie einerseits ein hohes Gesundheitsbewusstsein und -interesse anzeigt, andererseits die Gesundheitsversorgung mit extremen Erwartungen konfrontiert, denen endliche bzw. knappe Ressourcen gegenüberstehen.

1.2.2.2 Gesundheitliche Beeinträchtigung und subjektives Wohlbefinden nach den Wohlfahrtssurveys

42. Es liegt nahe, dass eine chronische Krankheit oder Behinderung die Betroffenen zwingen kann, ihren Beruf zu wechseln oder ihr Leben ganz umzustellen. In diesem Sinne äußerten sich im Wohlfahrtssurvey 1998 10% der Befragten in West- und 13% in Ostdeutschland. Wie Tabelle 9 (s. S. 44) ausweist, steigt diese Quote mit zunehmendem Alter an, d. h. sie beträgt bei den 18- bis 39-jährigen Männern 3% bzw. 12% und bei der Kohorte der 60-jährigen und älteren Männern 18% bzw. 22%. Eine Ausnahme bilden hier lediglich die Frauen in Ostdeutschland, bei denen dieser Anteil ab der Alterskohorte der 40- bis 59-jährigen Frauen nicht mehr zu-, sondern von 14% auf 13% sogar leicht abnimmt.

43. Eine Betrachtung im Zeitablauf zeigt eine deutliche Verbesserung des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes, denn die Quote der Betroffenen ging in Westdeutschland zwischen 1978 und 1998 von 15% auf 10% zurück. An dieser Entwicklung partizipierten die 60-jährigen und älteren Männer überproportional, denn ihr Anteil sank in diesem Zeitraum von 29% auf 18%.

In Ostdeutschland fällt vor allem der starke Rückgang dieser Quote zwischen 1993 und 1998 bei den 60-jährigen und älteren Frauen auf, bei denen sich der Anteil der Betroffenen von 28 % auf 13 % mehr als halbierte. Dabei bleibt offen, ob und inwieweit diese erfreuliche Entwicklung eine Veränderung objektiver Gesundheitsindikatoren widerspiegelt, auf einer verbesserten subjektiven Bewältigung der Krankheit beruht oder in den abnehmenden Friktionen und Unsicherheiten des gesellschaftlichen Transformationsprozesses wurzelt.

44. Infolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden nahmen im Jahre 1998 32 % der Befragten in West- und 35 % in Ostdeutschland Medikamente, d. h. Arzneimittel im engeren Sinne (ohne Vitamintabletten oder Stärkungsmittel), ein. Dabei hängt dieser Anteil sehr stark vom Alter ab und stieg z. B. in Ostdeutschland von 12 % bei den 18- bis 39-jährigen auf 73 % bei den 60-jährigen und älteren Frauen. In Westdeutschland veränderte sich der Anteil der Personen, die regelmäßig Medikamente einnahmen, zwischen 1978 und 1998 von 34 % auf 32 % nur geringfügig, wobei die entsprechenden Quoten bei den Frauen jederzeit in allen Alterskohorten höher lagen. Die Medikamenteneinnahme in Ostdeutschland zeigt geringere geschlechtsspezifische Unterschiede. Zwischen 1993 und 1998 stieg der Anteil in Ostdeutschland von 27 % auf 35 %, wobei die jeweiligen Anteile in den jüngeren Altersgruppen stärker zunahmen, so z. B. von 23 % auf 38 % bei den 40- bis 59-jährigen

Frauen. Auch hier stellt sich die Frage, ob für diesen Anstieg Morbiditätsentwicklungen bzw. objektive Indikatoren oder eine bessere Verfügbarkeit und gestiegene Ansprüche in Verbindung mit einem erhöhten Informationsniveau von Ärzten und Patienten verantwortlich zeichnen.

45. Im Jahre 1998 äußerten sich in Westdeutschland 81 % und in Ostdeutschland 76 % der Befragten zufrieden und nur 10 % bzw. 15 % unzufrieden über ihre Gesundheit (Tabelle 10, S. 45). Trotz dieser prima vista positiven Relationen liegt, wie bereits oben erwähnt, die Zufriedenheit im Lebensbereich Gesundheit mit Indexwerten von 7,4 und 7,1 unter der allgemeinen Lebenszufriedenheit mit Werten von 7,7 und 7,3. Wie Tabelle 10 belegt, nimmt die Zufriedenheit mit der Gesundheit mit zunehmendem Alter durchgängig ab und die Unzufriedenheit jeweils zu. Dabei fällt auf, dass in der Kohorte der 60-jährigen und älteren Frauen in Ostdeutschland 31 %, in Westdeutschland aber nur 19 % ihre Unzufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bekunden. Obwohl die Frauen eine deutlich höhere Lebenserwartung als die Männer besitzen, erklären sich in West- und Ostdeutschland die 60-jährigen und älteren Männer zufriedener mit ihrer Gesundheit als die Frauen dieser Alterskohorte. Die älteren Frauen machen sich auch mit Anteilen von 39 % bzw. 47 % gegenüber 27 % bzw. 28 % bei den Männern mehr Sorgen um ihre Gesundheit, während es bei dieser Frage in den jüngeren Altersgruppen keine auffälligen geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt.

Tabelle 9

Indikatoren gesundheitlicher Beeinträchtigung

	Insgesamt	Männer			Frauen		
		18–39 Jahre	40–59 Jahre	60 Jahre und älter	18–39 Jahre	40–59 Jahre	60 Jahre und älter
Andauernde Krankheit oder Behinderung ^{a)} (%)							
1978	15	7	20	29	7	16	23
1984	13	4	12	25	4	17	25
1988	13	4	14	28	7	13	23
1993 West	11	6	14	20	3	11	20
1993 Ost	11	3	12	28	2	4	28
1998 West	10	3	13	18	5	11	17
1998 Ost	13	12	19	22	5	14	13
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (%)							
1978	34	8	30	65	18	37	73
1984	32	6	25	59	16	33	73
1988	34	9	26	64	18	37	71
1993 West	28	6	25	54	11	30	60
1993 Ost	27	4	23	66	11	23	65
1998 West	32	6	24	59	12	35	73
1998 Ost	35	11	35	60	16	38	65

^{a)} Frage: „Haben Sie irgendeine andauernde Krankheit oder Behinderung, die Sie gezwungen hat, Ihren Beruf zu wechseln oder Ihr Leben ganz umzustellen?“

Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1978, 1984, 1988, 1993, 1998

Quelle: Habich, R. u. Noll, H.-H. (2000), S. 464.

Tabelle 10

Subjektive Gesundheitsindikatoren

	Insgesamt	Männer			Frauen		
		18–39 Jahre	40–59 Jahre	60 Jahre und älter	18–39 Jahre	40–59 Jahre	60 Jahre und älter
Es machen sich große Sorgen um ihre Gesundheit (%)							
1978	21	8	28	32	16	23	30
1984	23	10	25	27	11	27	45
1988	23	13	22	31	13	22	42
1993 West	21	11	25	31	9	20	40
1993 Ost	22	10	25	41	11	20	41
1998 West	21	10	24	27	11	20	39
1998 Ost	29	20	33	28	15	32	47
Eher unzufrieden mit ihrer Gesundheit sind ^{a)} (%)							
1978	12	4	14	16	8	14	20
1984	15	3	15	22	6	16	36
1988	13	5	11	19	6	13	28
1993 West	13	7	17	25	5	10	25
1993 Ost	13	1	13	25	4	14	32
1998 West	10	3	10	14	5	13	19
1998 Ost	15	9	12	19	6	15	31
Eher zufrieden mit ihrer Gesundheit sind ^{a)} (%)							
1978	79	94	78	66	89	75	60
1984	74	91	77	65	89	70	45
1988	78	91	80	66	90	77	55
1993 West	77	92	72	63	91	76	54
1993 Ost	79	94	78	56	90	79	58
1998 West	81	93	82	71	90	77	62
1998 Ost	76	85	71	72	85	76	60
Durchschnittliche Zufriedenheit mit der Gesundheit ^{b)} (%)							
1978	7,3	8,3	6,9	6,4	8,0	7,0	6,1
1984	7,1	8,3	7,0	6,2	8,2	6,8	5,3
1988	7,3	8,2	7,3	6,6	8,2	7,1	5,8
1993 West	7,3	8,2	7,0	6,3	8,4	7,3	5,9
1993 Ost	7,3	8,5	6,9	5,8	8,2	7,0	5,7
1998 West	7,4	8,4	7,2	6,6	8,2	7,1	6,4
1998 Ost	7,1	7,9	6,7	6,5	7,8	7,0	6,0

^{a)} Zufriedenheitsskala von 0 bis 10: „eher Unzufriedene“ = 0 bis 4; „eher Zufriedene“ = 6 bis 10

^{b)} Mittelwert Zufriedenheitsskala von 0 bis 10: „ganz und gar unzufrieden“ = 0; „ganz und gar zufrieden“ = 10.

Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1978, 1984, 1988, 1993, 1998

Quelle: Habich, R. u. Noll, H.-H. (2000), S. 466

46. Die Zufriedenheit mit der Gesundheit hängt erwartungsgemäß in starkem Maße davon ab, ob die jeweils Befragten eine andauernde Krankheit oder Behinderung angeben oder verneinen. In Westdeutschland fühlen sich 45 % und in Ostdeutschland 51 % der Befragten, die solche Handicaps aufweisen, mit ihrer Gesundheit unzufrieden, während diese Quoten bei den übrigen Befragten nur bei 6 % bzw. 9 % liegen. Insgesamt äußern sich die Befragten in Ostdeutschland verglichen mit jenen in Westdeutschland mit und ohne Vorliegen einer andauernden Krankheit oder Behinderung jeweils unzufriedener mit ihrer Gesundheit und machen sich auch zu einem höheren Anteil Sorgen.

1.2.2.3 Die Ergebnisse der Delphi-Umfragen des Fraunhofer-Instituts

47. Die Delphi-Technik stellt ähnlich wie Brainstorming, die Konferenzmethode bzw. Synektik, die morphologische Methode und das *Scenario-Writing* eine heuristische Problemlösungs- und Konsensusbildungsmethode dar. Es handelt sich dabei um strukturierte Expertenbefragungen über die Wahrscheinlichkeit von zukünftigen entscheidungsrelevanten Ereignissen. Sie finden in der Regel Anwendung, wenn in komplexen Entscheidungssituationen keine hinreichenden Informationen und Daten vorliegen, um analytische Entscheidungsverfahren, z. B. Kosten-Nutzen-Analysen, Simulationen oder ökonomische Studien, durchführen.¹⁸ Im Unterschied zu rein intuitiven Entscheidungen erfolgt die Ideensuche bzw. Prognose hier in systematischer und kontrollierter Weise unter Nutzung von Expertenwissen.

Die Delphi-Technik nutzt in anonymer Weise das Wissen von Experten und *Opinion Feedbacks* in diesem Panel.¹⁹ Bei den meisten Anwendungen der Delphi-Technik findet auch eine, von Runde zu Runde fortschreitende, Angleichung der Bewertungen statt, was auch Beobachtungen von Experimenten in der Sozialforschung entspricht. Der Prozess gegenseitiger Beeinflussung erzeugt tendenziell

eine Konvergenz der Beurteilungen. Man kann die Delphi-Technik deshalb als „*cybernetic arbitration*“ bezeichnen, denn „*the process of deliberation is steered, through feedback, by a control group*“ (Quade, E.S. 1968, S. 34).

48. Das Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung (ISI) erstellte bereits 1993 im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie einen „Deutschen Delphi-Bericht zur Entwicklung von Wissenschaft und Technik“. Ähnlich wie dieser erste Delphi-Bericht stützt sich auch die nun vorliegende Umfrage „Delphi '98“ auf eine mittlerweile dreißigjährige Erfahrung mit solchen Studien in Japan. Dort legte das National Institute of Science and Technology Policy, mit dem das ISI zusammenarbeitet, bereits fünf Delphi-Studien vor. Das ISI möchte mithilfe der Delphi-Technik einen Blick in die Zukunft wagen und erkunden, „in welchen Innovationsfeldern ... sich die wirtschaftlich und gesellschaftlich bedeutungsvollste Innovationsdynamik“ abspielt (Fraunhofer-Institut, 1998b, S. 9). Zu den unter diesem Aspekt ausgewählten zwölf zukunftssträchtigen Themenfeldern gehört auch das Gebiet „Gesundheit und Lebensprozesse“.

Zu diesen zwölf Themenfeldern formulierte eine Fachkommission, die aus 100 fachkundigen Personen aus Industrie, Hochschulen und anderen Einrichtungen bestand, in Form von Thesen 1 070 Zukunftsvisionen. Dabei ging es um die Frage bzw. Einschätzung, ob und wann bestimmte, relevante Innovationen in den nächsten 30 Jahren realisierbar erscheinen. Auf das Themengebiet „Gesundheit und Lebensprozesse“ entfielen insgesamt 104 Thesen, wobei die medizinischen Teilgebiete Prävention, Diagnose und Therapie menschlicher Erkrankungen mit 49 Thesen im Mittelpunkt standen. Jeweils 19 Thesen betrafen die molekulare Medizin sowie ausgewählte Bereiche der Biotechnologie und 17 Thesen bezogen sich auf das Gesundheitssystem. Die Fachkommission wandte sich mit ihren 1 070 Thesen in schriftlicher Form an ca. 7 000 Personen bzw. Experten. Als „Experten“ galten sowohl Personen, die auf einem bestimmten Gebiet forschen, als auch solche, „die sich regelmäßig und aus erster Hand darüber informieren“ (Fraunhofer-Institut 1998b, S. 10). Da im Vergleich zu anderen Themenfeldern im Bereich „Gesundheit und Lebensprozesse“ neuen Technologien eine überdurchschnittliche Bedeutung zukommt, wählte man hier als Adressaten der Thesen einen hohen Anteil an Experten aus Hochschulen (ca. 45 %) und eine vergleichsweise geringe Zahl von Experten aus Unternehmen (ca. 26 %) aus. Von den ca. 7 000 Adressaten der Thesen gingen in der ersten Runde 2 453 Antworten und in der zweiten Runde 1 856 Antworten ein. Das Themenfeld „Gesundheit und Lebensprozesse“ verzeichnete dabei mit 255 und 182 Antworten jeweils eine überdurchschnittliche Rücklaufquote. Der Ablauf dieser beiden Runden orientierte sich ansonsten an den Normen der Delphi-Technik: Nach der ersten Runde erhielten die Experten die ausgewerteten Antworten in anonymer Form noch einmal zugesandt, um ihre Ansichten, „unter dem Einfluss der Einschätzungen ihrer Fachkollegen noch einmal (zu) überdenken und ihre Meinung (zu) ändern – oder nicht“ (Fraunhofer-Institut 1998a, S. 4).

¹⁸ Die Delphi-Technik erlebte ihren Höhepunkt Ende der Sechziger- und zu Beginn der Siebzigerjahre und wird heute nur noch sehr selektiv angewandt. Zu Überblicken siehe u. a. die Beiträge in Quade, E.S. u. Boucher, W.J. (1968) sowie Geschka, H. (1978).

¹⁹ Bei offenen Gruppendiskussionen besteht die Gefahr, dass die Panelteilnehmer im Kollektiv risikofreudiger entscheiden, und persönliche Beziehungen zwischen den Experten den Diskussionsverlauf und seine Ergebnisse beeinflussen bzw. verzerren. Um dies zu vermeiden, verzichtet die Delphi-Technik auf eine offene Gruppendiskussion. Die Experten tauschen ihre Ansichten schriftlich aus, wobei keine Transparenz darüber herrscht, von welchem Mitglied der jeweilige Vorschlag stammt. Nachdem jeder Panelteilnehmer nach einer ersten Runde die Ansichten der übrigen Experten einschließlich der Mittelwerte und Streubereiche einer quantitativen Auswertung aller Schätzungen erfahren hat, erhält er seine ursprüngliche Bewertung zur Überprüfung und ggf. Korrektur zurück. Bei idealer Anwendung der Delphi-Technik findet noch eine dritte Runde statt und jene Experten, die mit ihrer Ansicht aus dem Gruppenintervall herausfallen, müssen dies begründen. Die angepassten Ergebnisse gehen dann zusammen mit den Begründungen zu den Abweichungen erneut allen Panelmitgliedern zu, die auf dieser Informationsbasis noch einmal bewerten. Der Median dieser Bewertungen kann schließlich als repräsentativer Wert des Expertenpanels gelten.

49. Die Experten billigen dem Gesundheitswesen für die gesellschaftliche Entwicklung eine „sehr große Bedeutung“ zu, die „in der Prävention und Überwindung von Krankheitszuständen und in der Erhöhung der Lebensqualität“ liegt (Fraunhofer-Institut 1998b, S. 61). In diesem Kontext räumen sie der Erforschung folgender Krankheiten die „höchsten Prioritäten“ ein: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen (z. B. Gicht oder Diabetes), Krebs, degenerative Erkrankungen des Gehirns und des Nervensystems (z. B. Alzheimer, Parkinson) und solche des Bewegungsapparates, Immunerkrankungen sowie „neue“ Infektionskrankheiten (z. B. AIDS, BSE oder Hepatitis C) (Fraunhofer-Institut 1998a, S. 29 und 1998b, S. 61).

Die Experten erwarten in den nächsten 30 Jahren große Fortschritte bzw. Durchbrüche auf folgenden Gebieten (Fraunhofer-Institut 1998b, S. 29f.):

- Anwendung von sich selbstständig bewegenden Mikrogeräten in der klinischen Praxis (z. B. für die Blutdiagnose und Thromboserapie), Jahr 2006 bis 2018;
- Aufklärung der Pathogenese der Alzheimer-Krankheit, Jahr 2006 bis 2013;
- klinischer Einsatz einer AIDS-Therapie mit einem Stopp der Krankheit in einem frühen Stadium und einer Beherrschung der Langzeitfolgen, Jahr 2005 bis 2011;
- wirksame Impfstoffe gegen das HIV, Jahr 2010 bis 2019;
- weite Verbreitung von Vorhersagen des individuellen Erkrankungsrisikos bei genetisch mitbedingten Krankheiten, Jahr 2006 bis 2013;
- Identifizierung von Gengruppen mit Beziehung zu Diabetes, Hypertonie und Atherosklerose und Aufklärung ihrer molekularen Ursachen, Jahr 2008 bis 2014;
- Klärung von Morbus Parkinson und anderer Basalganglienerkrankungen und ihre Therapie, Jahr 2011 bis 2018;
- Entwicklung eines wirksamen Insulinpräparates mit oraler Verabreichung, Jahr 2005 bis 2011;
- Aufklärung der neurochemischen Mechanismen des Alkoholismus und seiner genetischen Komponenten, Jahr 2010 bis 2019.

Wegen der starken Grundlagenorientierung der Thesen im Bereich „Gesundheit und Lebensprozesse“ gehen die Experten hier von einer im Vergleich zum Durchschnitt der Delphi-Befragung späteren Realisierung der angestrebten, relevanten Innovationen aus. Ihrer Meinung nach besitzt Deutschland in diesem Bereich verglichen mit den anderen Themenfeldern auch „eine eher schwache Forschungsposition“ (Fraunhofer-Institut, 1998b, S. 62). Die USA halten in diesem Forschungssegment trotz der traditionellen Stärke der deutschen Pharmaindustrie „unangefochten die Spitzenstellung“. International agierende Firmen tätigen Kooperationen und Investitionen bevorzugt in den USA, wofür neben anderen Gründen, z. B. Markterschließung und Nähe zu Zulassungsbehörden, auch

günstigere Rahmenbedingungen für den Wissenstransfer zwischen Grundlagenforschung und Kliniken verantwortlich zeichnen. Im Sinne einer Stärkung der inländischen Position fordern die Experten zunächst eine strukturelle Reform der deutschen Hochschulkliniken mit dem Ziel, die Bedingungen für die klinische Forschung zu verbessern, und eine Überwindung der „Beharrungskraft der derzeitigen Strukturen“ (Fraunhofer-Institut 1998b, S. 63).

50. Zur Verbesserung des Forschungsstandortes Deutschland im Bereich „Gesundheit und Lebensprozesse“ empfehlen die Experten vor allem eine stärkere internationale Kooperation, einen Ausbau der Infrastruktur und eine Förderung durch Dritte (Fraunhofer-Institut 1998a, S. 29 und 1998b, S. 63f.). Die stärkere internationale Kooperation besitzt zunächst Bedeutung für ressourcenintensive „Großvorhaben“, z. B. die Totalsequenzierung des menschlichen Genoms, die Erschließung der Proteinfunktion aus der Gensequenz und die Etablierung internationaler epidemiologischer Datenbanken. Darüber hinaus erscheint sie förderlich bei der Entwicklung wirksamer AIDS- und Krebstherapien sowie der allgemeinen Generierung von medizinisch relevantem Wissen in Netzwerken. Die Förderung durch Dritte bietet sich insbesondere bei stark grundlagenorientierten Forschungsarbeiten an, die zunächst keine nennenswerte wirtschaftliche Relevanz erkennen lassen. Die Experten befürworten darüber hinaus eine finanzielle Förderung von Entwicklungen mit hoher wirtschaftlicher Bedeutung, wenn diese sich noch in einem relativ frühen Entwicklungsstadium befinden. Andernfalls befürchten sie bei solchen Projekten, z. B. bei Verfahren zum Auffinden neuer Molekülfunktionen, eine zu rasche Kommerzialisierung, die das Potenzial evolutionärer Verfahren nicht voll ausschöpft.

51. Bei einer weiten Verbreitung von Fernoperationssystemen mit virtueller Realität und dem Einsatz von *health-online*-Systemen zur verstärkten Selbsttherapie der Patienten sehen die Experten größere Sicherheitsprobleme und den Qualitätsstandard der deutschen Gesundheitsversorgung gefährdet. Sicherheitsprobleme in Form von unerwünschten Nebenwirkungen vermuten sie beim Einsatz von Strahlungssensibilisatoren für die Krebstherapie, beim breiten klinischen Einsatz der somatischen Gentherapie und bei der Verwendung von künstlichem Blut. Im Hinblick auf die Nutzung gendiagnostischer Verfahren, die eine Bestimmung des individuellen Krankheitsrisikos für eine bestimmte Krankheit erlauben, betonen sie die Bedeutung des Daten- und Versicherungsschutzes sowie das „Recht auf Nicht-Wissen“ (Fraunhofer-Institut 1998b, S. 64). Nach Meinung von 85 % der Experten sollten gesetzliche Regelungen verhindern, dass Personen, bei denen gendiagnostische Verfahren ein erhöhtes individuelles Krankheitsrisiko anzeigen, keine erhöhten Prämien bzw. Beiträge bezahlen müssen. Schließlich lehnen sie mit deutlicher Mehrheit eine Bundeseinheitskrankenkasse mit einem einheitlichen Leistungskatalog ebenso ab wie ein rein marktwirtschaftliches Gesundheitssystem.

1.2.2.4 Erhebungen im Auftrage von Janssen-Cilag GmbH

52. Das Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung (1995) führte zunächst im Auftrag der Firma Janssen-Cilag GmbH eine Delphi-Befragung durch. Die Studie stützte sich auf Aussagen von 300 Experten des Gesundheitswesens und mehr als 1 000 Ärzten, um von dieser Informationsbasis aus eine Bestandsaufnahme des bestehenden und eine Prognose des zukünftigen Gesundheitswesens zu erarbeiten. Die weiteren Initiativen von Janssen-Cilag zielten dann darauf ab, Kenntnisse über die gesundheitlichen Präferenzen, d. h. die Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung zum Gesundheitswesen, zu gewinnen. Dabei interessierten die Meinungen zu den Leistungen des Gesundheitssystems, seinen Finanzierungsregelungen und auch etwaige Reformoptionen. Auftraggeber und Studienleiter versprachen sich von einer solchen Erhebung „einen wichtigen Beitrag zu einer rationalen, die Präferenzen der Bevölkerung berücksichtigenden Diskussion zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen (zu) leisten“ (Wasem, J. 1999, S. 7).

53. Der eigentlichen Erhebung ging eine Bestandsaufnahme der in den Neunzigerjahren durchgeführten Bevölkerungsbefragungen zum Gesundheitswesen voraus (Wasem, J. u. Güther, B. 1998). Die Erfassung und Auswertung der zentralen Ergebnisse dieser Befragungen diente dazu, mögliche Lücken und offene Fragen zu identifizieren, an denen die geplante Erhebung dann ansetzen kann. Die empirische Erhebung erfolgte in drei Stufen: An die Ermittlung der Relevanzstrukturen der Bevölkerung schloss sich eine repräsentative, standardisierte Befragung an. Den Abschluss bildeten Interviews zur weiteren Validierung der Befunde. Die Befragung durch das Emnid Institut GmbH & Co umfasste 2181 Personen über 18 Jahren. Nach einer Stichprobenauswahl mithilfe des Random Route-Verfahrens wurden die Interviews mit der Capi-Methode, d. h. computergestützt *face-to-face*, durchgeführt. Obgleich sie den Anspruch auf Repräsentativität ihrer Ergebnisse erheben, räumen die Autoren der Studie schon vorab ein, dass „die nur begrenzte Durchdringungstiefe komplexer Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems durch die Bevölkerung auch der Interpretation der Befunde bisweilen Grenzen“ setzt (Wasem, J. 1999, S. 7).

54. Nach der Befragung zeigen sich mit dem deutschen Gesundheitswesen 9 % „voll und ganz“ und 65 % „eher“ zufrieden, während sich 3 % „überhaupt nicht“ und 2 % „eher nicht“ zufrieden äußern. Entsprechend stimmen der These, das deutsche Gesundheitswesen biete eine qualitativ hochwertige Versorgung 33 % „voll und ganz“ und 53 % „eher“ zu. Dabei fällt die Zufriedenheit bei den über 60-Jährigen etwas überdurchschnittlich²⁰ und bei den Beziehern hoher Einkommen etwas unterdurchschnittlich

aus. Die Zufriedenheit variiert auch nach dieser Befragung mit dem jeweiligen Gesundheitszustand, aber die chronisch Kranken teilen im Wesentlichen den hohen Zufriedenheitsgrad. Angesichts dieser Einstellungen überrascht es nicht, dass nur 9 % der Befragten eine „völlige Reform des Gesundheitswesens“ fordern, während 37 % für Reformen von „größeren Teilbereichen“ und 41 % für solche von „kleineren Teilbereichen“ plädieren.

55. Unbeschadet der hohen Zustimmung, die das deutsche Gesundheitswesen in dieser Erhebung erfährt, beklagen die Befragten vor allem folgende Mängel:

- Nach mehrheitlicher Meinung findet keine Gleichbehandlung der Patienten statt.
- Die Befragten vertreten mit sehr hoher Mehrheit die Auffassung, dass die Bevölkerung kaum einen Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheidungen besitzt.
- Nur eine Minderheit hält die Patienten ausreichend über ihre Rechte informiert.
- Eine deutliche Mehrheit (87 %) wünscht, dass die Ärzte „bei Behandlungsfehlern stärker zur Rechenschaft gezogen werden“ (Wasem, J. 1999, S. 20).
- Die Patienten sollten sich stärker organisieren und Selbsthilfegruppen eine finanzielle Unterstützung von den Krankenkassen erhalten.²¹ Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand fordern überproportional die Bildung von Patientenorganisationen.
- Nach Auffassung von 79 % bzw. 76 % der Befragten wird im deutschen Gesundheitssystem „viel Geld verschwendet“ und dieses System „von vielen ausgenutzt“. Dabei vermuten die Befragten in der Arzneimittelversorgung größere Wirtschaftlichkeitsreserven als bei den anderen Behandlungsarten.
- In den nächsten fünf Jahren erwarten mehr Befragte eher eine Verschlechterung als eine Verbesserung des Leistungsumfangs und der Versorgungsqualität.

56. Im Hinblick auf den Ordnungsrahmen des deutschen Gesundheitssystems, die Versorgungsstrukturen im Detail und die Finanzierung erscheinen insbesondere noch folgende Befragungsergebnisse von Interesse:

- Die Einheitskasse findet eine klare Ablehnung und das Kassenwahlrecht damit eine breite Zustimmung. Einen Kassenwechsel könnten sich 23 % „auf jeden Fall“ und 39 % „eher“ vorstellen.
- Das Solidarprinzip stößt mit einer Mehrheit von 80 % der Befragten ebenso wie das Sachleistungsprinzip auf eine breite Akzeptanz.
- Mehr als drei Viertel der Befragten lehnen jegliche Einschränkung der freien Arztwahl ab. Dies gilt auch für den Fall, dass damit eine Beitragssatzsenkung einhergeht.

²⁰ Auch nach der NOVITAS-Befragung, die sich allerdings auf die Mitglieder dieser Betriebskrankenkasse beschränkt, sinken die kritischen Urteile zum Versorgungsgeschehen mit dem Alter der Befragten (vgl. Andersen, H. H. u. Schwarze, J. 1999).

²¹ Inzwischen sieht § 20 Abs. 4 SGB V die finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen vor, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Krankheitsbildern zum Ziel gesetzt haben.

- Die Ärzte genießen nach dieser Erhebung in hohem, die Hausärzte in noch höherem Maße das Vertrauen ihrer Patienten.
- Im Falle eines Finanzierungsdefizits der GKV ziehen die Befragten höhere Beiträge Leistungskürzungen eindeutig vor. Im Verhältnis zu den Leistungen halten 9 % der Befragten die Beiträge für „voll und ganz“ und 54 % für „eher“ angemessen.
- Eine knappe Mehrheit spricht sich jeweils für ein System der Beitragsrückerstattung, aber gegen Wahltarife aus.

57. Die Autoren gelangen u. a. zu dem Fazit, dass „bei der weit überwiegenden Zahl der Befunde keine sehr deutlichen Unterschiede zwischen einzelnen, in der Studie unterscheidbaren Bevölkerungsgruppen (zum Beispiel Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsniveaus, Einkommensklassen) bestehen“ (Wasem, J. 1999, S. 74).

Insgesamt gesehen liefert die Studie einen vergleichsweise ausführlichen und detaillierten Einblick in die Einschätzung des deutschen Gesundheitssystems durch seine Bürger. In diesem Kontext verdient auch die Berücksichtigung von Reformoptionen Erwähnung. Wie in allen Befragungen, die sich auf das deutsche Gesundheitswesen beschränken, relativiert sich der konstatierte hohe Zufriedenheitsgrad allerdings, wenn man zum Vergleich andere Lebensbereiche oder ähnliche Befragungen in anderen Ländern heranzieht. Zudem kränken einige Fragen an einer noch zu isolierten Betrachtungsweise. So überraschte es nicht, dass generelle Fragen, z. B. nach dem Ausbau von Zuzahlungen in den einzelnen Leistungsbereichen, nach Beschränkungen der Zugänglichkeit, z. B. durch eine Reduzierung der Arztzahlen oder der Krankenhäuser, nach dem Ausbau von Negativlisten bei Arzneimitteln oder nach der Einführung von Positivlisten für Medikamente bei den Befragten eine breite Ablehnung hervorrufen. Gleiches gilt für die Frage nach der Abschaffung bzw. Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen, die in der gestellten Form ein Verdikt geradezu herausfordert (Wasem, J. 1999). Vor dem Hintergrund zu erwartender Budgetdefizite in der GKV²² bildet für eine Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen die Unterlassung dieser Maßnahme nicht die sachadäquate Alternative. Diese Maßnahme konkurriert dann vielmehr mit einer Beitragssatzerhöhung, einer Einschränkung des Leistungskataloges, einer implizierten Rationierung, einer Anhebung von Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze oder einer Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage.

1.2.2.5 Die Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

58. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiO) wollte mithilfe einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung ermitteln, wie die Mitglieder der GKV „aktuell diskutierte Fragestellungen der Gesundheitspolitik, ins-

besondere auch vor dem Hintergrund der anstehenden Gesundheitsreform, einschätzen und bewerten“ (Zok, K. 1999, S. 7). Erkenntnisziel der Befragung bildete die Akzeptanz der GKV im Lichte der Bewertungskriterien Leistungen, Preise und Service. In diesem Kontext versuchte die Befragung, Kenntnisstände, Zufriedenheiten und Erwartungshaltungen der GKV-Mitglieder zu erfassen. Die Erhebung stützte sich auf mündliche und persönliche Tiefeninterviews von im Einzelnen ca. 45 Minuten im gesamten Bundesgebiet. Aus der Grundgesamtheit aller deutschen Haushalte wurde mittels Quotenverfahren eine repräsentative Stichprobe (1998 n = 3 001 und 1999 n = 3 005) gezogen, die Mitglieder der GKV zwischen 16 und 65 Jahren umfasste.

59. Im Hinblick auf die allgemeine Zufriedenheit der Versicherten sowie den Leistungs- und Finanzierungsrahmen der GKV zeigen die Ergebnisse der Befragung des WiO tendenziell starke Übereinstimmungen mit den Resultaten der jüngsten Erhebung im Auftrag von Janssen-Cilag GmbH. Mit dem Leistungsangebot und dem Service ihrer Krankenkasse erklärten sich ca. 80 % der Mitglieder zufrieden oder sehr zufrieden. Während sich im Durchschnitt nur 3,6 % der Befragten unzufrieden mit dem Leistungskatalog äußerten, lag dieser Anteil bei den Versicherten mit einem schlechten Gesundheitszustand bei 10,4 % und auch bei Personen mit einem monatlichen Haushalts-Nettoeinkommen von über 5 000 DM mit 4,3 % noch überdurchschnittlich hoch. Dem Solidarprinzip stimmten 47,0 % der Befragten zu, 30,4 % urteilten „teils, teils“ und 22,3 % hielten es für nicht mehr zeitgemäß. Dabei überrascht die deutlich höhere Zustimmung zum Solidarprinzip unter Akademikern mit 65,1 %. Der Wettbewerb der Krankenkassen fand bei 72,9 % der Befragten Zustimmung und nur bei 8,9 % Ablehnung. Trotz dieser eindeutig positiven Einstellung zum Wettbewerb führte seine Intensivierung seit dem Gesundheitsstrukturgesetz nach Meinung von 37,5 % der Befragten zu einer schlechteren Behandlung von alten und chronisch kranken Menschen; 29,6 % stimmten dem nicht zu und 32,2 % antworteten „teils, teils“. Auf die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen wollten auch nach dieser Befragung nahezu vier Fünftel nicht verzichten, wobei allerdings gegen diese Frage, die eine isolierte Betrachtungsweise der Finanzierungsprobleme widerspiegelt, die oben aufgeführten Bedenken bestehen.

60. Neben diesen Befragungsergebnissen zu eher ordnungspolitischen bzw. grundsätzlichen Positionen interessieren im Detail u. a. noch folgende Aspekte:

- In einer Reihenfolge von zehn Eigenschaften einer „idealen“ Krankenkasse rangierte eine „großzügige Leistungsgewährung“ an erster Stelle. Die Eigenschaft „preisgünstiger als die Konkurrenz“ nahm dagegen den drittletzten Platz ein.
- Ob der Beitrag ihrer Krankenkasse im Vergleich mit anderen Kassen niedrig, normal oder hoch liegt, vermochten 31,6 % der Befragten nicht zu beantworten; 8,2 % fanden ihn niedrig, 48,6 % normal und 11,6 % hoch.

²² Sofern keine Budgetdefizite drohen, erlaubt eine Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen eine Beitragssatzsenkung.

- Unterstützung von ihrer Krankenkasse erwarteten bei Schadensersatzansprüchen 86,9% der Patienten und bei Problemen mit medizinischen Leistungen 87,2%.
- Die Krankenkassen sollen nach Ansicht der Befragten die Preise der Pharmaindustrie (85,6%), die Behandlungsqualität von Ärzten und Krankenhäusern (73,6%) und die Wirtschaftlichkeit von Ärzten und Krankenhäusern (65,6%) stärker kontrollieren bzw. überprüfen.
- Für die Aufnahme einer Beitragsrückzahlung in die Satzung sprachen sich 61,3% aus und nur 20,9% votierten dagegen.
- Im Unterschied zur Erhebung im Auftrag von Janssen-Cilag GmbH fand ein individuelles Leistungspaket bei den Befragten mit einer Befürwortung von 58,8% und einer Ablehnung von 14,2% eine klare Zustimmung.
- Höhere Beiträge für Versicherte, die ungesund leben oder gefährliche Sportarten ausüben, befürworteten 49,5% der Befragten, 28,6% lehnten dies ab.
- Einem Hausarztmodell der freiwilligen Einschränkung mit Selbstbindung, das einen ermäßigten Beitragssatz aufweist, standen 49,0% der Befragten positiv und 26,7% ablehnend gegenüber.
- Die Möglichkeit der europaweiten Leistungsinspruchnahme befürwortet 48,4% der Befragten, während sich 14,3% dagegen aussprachen.

1.3 Generierung und Umsetzung von Gesundheitszielen

1.3.1 Partizipation bei der Erstellung von Gesundheitszielen

61. Partizipation bei der Erstellung von Gesundheitszielen ist eingebettet in eine Entwicklungsperspektive des Gesundheitssystems, die auf eine grundsätzlich neue, gestaltende Teilhabe von Bürgern, Versicherten und Patienten zielt. Dabei soll der Patient nicht nur Adressat gesundheitlicher Versorgungsleistungen sein, sondern weitmöglichst auch als Akteur im System und als Manager seiner eigenen Gesundheit ernst genommen werden (s. Kapitel I-3). Dieser Prozess der Bürgerorientierung kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden: Aus der Perspektive des Einzelnen im System (patient orientation), aus der Perspektive des consumerism und aus der Perspektive der Partizipation (community participation).

Der erste Blickwinkel, auch *patient orientation* genannt, zielt auf fallübergreifende Charakteristika der Patienten und ihrer Angehörigen als Gruppe. Dazu gehören zum einen Patientenzufriedenheit und Unterschiede in den Präferenzen von Patienten und Leistungserbringern. Zum anderen bezieht sich diese Perspektive auf die Beziehung zwischen Leistungserbringer und Patient. Die Kernfrage lautet dann: Wie lassen sich Organisation und Gestaltung des professionellen Leistungssystems besser auf Bedürf-

nisse und Interessen der Patienten ausrichten (SG 1997, S. 362ff.)?

Der zweite Ansatz, *consumerism*, zielt auf die Steuerungsimpulse der Patienten als „soveräne Nachfrager“, d. h. als Kunden. Zentrale Begriffe sind: Autonomie, Wahlfreiheit, Kompetenz, Transparenz, Information, aber auch Eigenverantwortung und finanzielle Beteiligung. Gegenwärtig lassen sich in Deutschland nur wenige Beispiele für einen so gestalteten eigenverantwortlichen Umgang mit dem Gesundheitssystem finden.

Der hier interessierende dritte Blickwinkel der *community participation* meint die Rolle der Bürger in gesundheitspolitischen Entscheidungen bei der Bewertung der Kriterien Angemessenheit, Qualität der jeweiligen Leistungen und hinsichtlich der Prioritäten und der Bedarfe. Die Umsetzung dieser Teilhabe muss in politischen Organen und repräsentativen Gremien geschehen (Vorbilder: National Health Service NHS, Großbritannien und Skandinavien). An der Notwendigkeit der Beteiligung von Bürgern bei der Erstellung von Gesundheitszielen besteht kaum mehr Zweifel, setzt doch die Erarbeitung dieser Ziele voraus, dass sie allgemein als wichtig und lösungsbedürftig angesehen werden, dass sie realistisch und überprüfbar sind und dass sie das Umfeld berücksichtigen, in dem sie zum Einsatz kommen sollen.²³ Gegenwärtig ungeklärt ist aber, an welcher Gremienarbeit Nutzer²⁴ beteiligt werden und wer die legitime Vertretung ausüben soll. Es besteht ein Entwicklungsdefizit bei Verfahren der Konsensbildung, insbesondere mangelt es an formalen Legitimationsverfahren und handhabbaren Vorgehensweisen für die Auswahl von Patientenvertretern.

62. Grundsätzlich bedarf es eines hohen Grades an Legitimation, um den möglichen Gefahren von fehlgeleiteter Partizipation (z. B. Lobbyismus) zu begegnen. Es scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Diskussion angemessen, die Möglichkeiten der Beteiligung von Nutzern als Vertreter ihrer eigenen Interessen pragmatisch gegen die jeweils konkreten Gefahren abzuwägen und im jeweiligen konkreten Fall die Rolle der Nutzer zu definieren und die Frage nach der adäquaten Legitimation zu beantworten. Zum Beispiel wäre es möglich, zurzeit generell in allen Gremien einen Platz für die Bürgerbeteiligung einzuplanen, die konkrete Besetzung aber entsprechend der Aufgabenstellung des Gremiums vorzunehmen. Die positiven Erfahrungen, die mit diesem Modell bereits gemacht wurden, legen es nahe, eine solche Vorgehensweise weiter zu erproben.

²³ Dies zeigt auch die Auslobung des Gesundheitspreises zu Gesundheitszielen von AOK und Ärztekammer Berlin, in dem Partizipation neben Gemeinsinn als Sparte für einzureichende Projekte gewählt wurde. Insgesamt gingen ca. 130 Wettbewerbsbeiträge ein, von denen mehr als 70 der Kategorie „Gemeinsinn und Partizipation“ zugeordnet werden konnten. Damit hatten nicht nur die Initiatoren des Wettbewerbs Partizipation als wichtige Kategorie bei der Zielbildung definiert, sondern auch die Projekte zeigten einen Schwerpunkt in diesem Bereich.

²⁴ Mit Nutzern werden im Weiteren immer Patienten, Versicherte und Bürger gemeint. Auf die durchaus unterschiedlichen Vorstellungen und Bedürfnisse der drei Gruppen bzw. von Subgruppen derselben wird in Kapitel I-3 ausführlich eingegangen.

Gegenwärtig gibt es in Deutschland zum Einsetzen eines „Patientenparlaments“ der Bürger oder einer Patientenvertretung in den Institutionen des Gesundheitswesens eine kontroverse politische Diskussion. Darüber hinaus ist die bisherige Steuerungskultur der Selbstverwaltung bislang sehr unzugänglich für neue Formen der Nutzer-/Versichertenbeteiligung.

Die Forderung nach einer Beteiligung von Nutzern an Entscheidungsprozessen des Gesundheitssystems – hier speziell bei der Erstellung von Gesundheitszielen – sollte plausibel begründet werden.

63. Gesundheitsziele entstehen durch Bewertungsprozesse. Zum einen werden Entscheidungen bezüglich der Auswahl von Krankheiten und Versorgungsbereichen als relevante Gesundheitsziele für eine Bevölkerungsgruppe und einen festgelegten Zeitraum getroffen. Zum anderen wird innerhalb dieser Gruppe relevanter Gesundheitsziele eine Priorisierung vorgenommen, die immer auch eine Posteriorisierung anderer, ebenso möglicher Gesundheitsziele mit sich bringt. Insofern handelt es sich auch bei der Festlegung von Gesundheitszielen um Ziel- und Normbildungsprozesse, in denen alle Beteiligten partikuläre Wertungen vornehmen, wobei die Wertungen von Nutzern des Gesundheitssystems nicht zwangsläufig mit denen professioneller Akteure übereinstimmen müssen. Hieraus ergibt sich ein Anspruch auf Partizipation, deren Funktion in einem Gutachten zu Patientenrechten nicht nur darin gesehen wird, andere normative Orientierungen zur Geltung zu bringen, sondern auch darin, funktionale Erfordernisse aus Patientensicht zur Sprache zu bringen (Francke, R. u. Hart, D. 1999).

Ein weiteres Argument ergibt sich aus der Doppelrolle, die Nutzer im Gesundheitssystem einnehmen. Einerseits sind sie im Krankheitsfall existenziell auf das System der Gesundheitsversorgung angewiesen und sollten daher ein Mitspracherecht an den entsprechenden Entscheidungen über Leistungsangebote haben. Gleichzeitig sind sie zumindest mittelbar die Finanzierer dieses Systems. Auch hieraus lässt sich ein Partizipationsanspruch ableiten.

Ein drittes Argument bezieht sich auf den Prozess der Zielbildung im Gesundheitswesen. Gesundheitsziele werden in Deutschland nur vereinzelt erstellt. Die Thematisierung der Partizipation einerseits und die konkrete Einbeziehung von Nutzern in die Zielbildung im Gesundheitssystem andererseits stimuliert diesen Entwicklungsprozess, indem beispielsweise ein öffentliches Interesse entsteht, auf das das System reagieren muss. Auch die Nutzer müssen sich auf den jeweiligen Ebenen mit ihrem Partizipationsanspruch auseinander setzen und gemeinsam Realisierungsmöglichkeiten erarbeiten, wodurch wiederum der Prozess der Erstellung von Gesundheitszielen gefördert wird.

64. Die Partizipation von Nutzern ist auf der kollektiven Ebene im Gesundheitssystem die konsequente Weiterentwicklung der Idee einer größeren Patientenkompetenz auf der individuellen Ebene, wie sie in Patientenrechten und Patientenschutz zum Ausdruck kommt. Sie kann als zweiter Schritt nach der Steigerung der individuellen Kompe-

tenz des Nutzers als soziale Verankerung der Patientenrechte verstanden werden (Dekkers, F. 1997). Ähnlich sehen andere „die Ausweitung der Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten der Bürger im Gesundheitswesen“ als einen der drei Zielbereiche bezüglich einer größeren Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, „die für eine Neubesinnung und mögliche Neuorientierung wesentliche Bedeutung haben“ (Badura, B. et al. 1999). Entsprechend hat auch der Rat schon früher (JG 1992, S. 105ff.) auf die fehlende Thematisierung und Verankerung von Patientenrechten auf der individuellen Ebene hingewiesen und in Erweiterung dieser individuellen Patientenrechte die Beteiligung auf der kollektiven Ebene in Form von *community participation* angemahnt (SG 1997, S. 357ff.). In diesem Sinne könnte die Beteiligung von Nutzern grundsätzlich gesamtgesellschaftlich betrachtet zu einer Aktivierung auch bezüglich der individuellen Gesundheitsbelange führen (Iliev, D. u. Vienonen, M. 1998).

Die Frage der Partizipation bei der Erstellung von Gesundheitszielen ist nicht losgelöst zu sehen von der Frage der grundsätzlichen Umsetzung von Gesundheitszielen (siehe Abschnitt I-1.3.2). Deutschland befindet sich in einer Phase der Neuorientierung im Gesundheitswesen, in der die Setzung von Gesundheitszielen als normative Vorgaben aus verschiedenen Gründen an Attraktivität gewinnt (siehe Abschnitt I-1.1), es aber keine Übereinkünfte dahin gehend gibt, wer Gesundheitsziele erstellen soll.

65. Nachfolgend werden exemplarisch verschiedene Instrumente der Beteiligung von Nutzern bei der Erstellung von Gesundheitszielen vorgestellt. Dabei handelt es sich auf der nationalen Ebene um die Gesundheitskonferenz von Nordrhein-Westfalen, in der Selbsthilfverbände vertreten sind. Auf internationaler Ebene soll das niederländische Modell der Partizipation, die englische Initiative *Health for All* sowie die in Oregon durchgeführte Methode der Bürgerbeteiligung dargestellt werden.

Gesundheitskonferenz NRW

66. In Deutschland griff das Land Nordrhein-Westfalen die WHO-Initiative „Gesundheit für Alle“ auf und gründete 1991 eine Landesgesundheitskonferenz. Diese proklamierte 1995 in Anlehnung an die 38 Einzelziele der WHO „zehn vorrangige Gesundheitsziele“ als Grundlage der Gesundheitspolitik des Landes. Eine deutliche Reduzierung der 38 WHO-Ziele wurde für notwendig gehalten, um in einer ersten Stufe eine zielorientierte Gesundheitsprogrammatische überhaupt angehen zu können. Dennoch wurde darauf geachtet, dass die nordrhein-westfälischen Ziele die fünf Hauptabschnitte der WHO-Ziele repräsentieren, nämlich:

- eine bessere Gesundheit,
- gesundheitsfördernde Lebensweise,
- eine gesunde Umwelt,
- bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sowie
- Entwicklungsstrategien.

Das Programm weist eine zeitliche Orientierung bis zum Jahr 2005 auf und verzichtet zumindest vorläufig sowohl auf quantifizierende Zielaussagen als auch auf „eine abschließend festgelegte Auswahl zielassoziierender Indikatoren“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1995, S. 8). Dagegen enthält dieses Programm generelle Lösungsansätze und ausgewählte Aktivitäten des Landes zur Verwirklichung der anvisierten Gesundheitsziele, die auf einer jährlich stattfindenden Gesundheitskonferenz diskutiert und weiterentwickelt werden. Hierbei handelt es sich um einen freiwilligen Zusammenschluss aller am Gesundheitssystem beteiligten Gruppierungen und Verbände auf Landesebene, einschließlich zweier Selbsthilfeverbände. Die Gesundheitskonferenz wird vom Land koordiniert und organisiert und soll dazu beitragen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1995, S. 7):

- Gesundheitspolitik zu strukturieren und die Verzahnung mit anderen Politikfeldern zu gewährleisten,
- Prioritäten bei der Entwicklung langfristiger Perspektiven in der Gesundheitspolitik zu setzen,
- eine verbesserte Effizienzkontrolle eingesetzter Ressourcen zu ermöglichen und
- ein gemeinsames Verständnis der verschiedenen Partner für die Zielrichtung von Gesundheitspolitik als Grundlage für die Zusammenarbeit zu schaffen.

Die Gesundheitskonferenz hat bislang auf verschiedenen Ebenen Einfluss auf die Gesundheitspolitik genommen: Gesetze des nordrhein-westfälischen Landtages (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, Krankenhausgesetz), einvernehmliche Verabredungen zwischen wesentlichen Beteiligten mit gleich lautendem Kabinettsbeschluss (Landesprogramm gegen Sucht) und die Einleitung von Modellprojekten und grundlegenden Weichenstellungen (Bürger- und Patientenorientierung) mit entsprechender Entschließung der Landesgesundheitskonferenz (Sendler, H. 1999).

Das niederländische Modell der Bürgerbeteiligung

67. In den Niederlanden ist „von oben“ eine Dachorganisation der Patientenorganisationen gegründet worden, die mit staatlichen Mitteln unterstützt wird. Diese Dachorganisation („Nationaler Verband der Patienten- und Verbraucherorganisationen“) vertritt 1,7 Millionen Menschen (15 bis 20 % der erwachsenen Bevölkerung) auf der politischen Ebene, um mehr Transparenz herzustellen und sich für Patienteninteressen einzusetzen (Dekkers, F. 1997). Eine solche „Ermüdigung“ von Patienten und Bürgern könnte einen wichtigen Schritt im Hinblick auf eine „dritte Kraft“ im Gesundheitswesen bedeuten. Auch außerhalb der punktuellen Aufmerksamkeit der Medien wird ein kontinuierlicher Resonanzboden für Wünsche, für Wahrnehmungen und für Bewertungen durch die Versicherten und vor allem von und für Patienten geschaffen.

Die englische Health for All-Initiative

68. Hier wurde von der Regierung ein Programm mit Gesundheitszielen für ganz Großbritannien aufgestellt. Das Programm wurde in mehreren Schritten erstellt, wobei immer wieder die Bevölkerung aufgerufen war, schriftliche Rückmeldungen zu geben. Im Falle der *Health for All*-Initiative bekam die Regierung etwa 4 000 Rückmeldungen (s. Abschnitt I-2.1).

Darüber hinaus wurde im Frühjahr 2000 eine Kampagne gestartet, bei der über Supermärkte, Apotheken, Optiker, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte 12 Millionen rückfrankierte Fragebögen verteilt wurden. Die Frage war: Was sind die drei wichtigsten Dinge, von denen Sie glauben, dass er den NHS besser für Sie und ihre Familie machen würde? Von dieser wie von anderen Aktionen (Internet, öffentliche Veranstaltungen, Treffen von Ministerium und Betroffenen-Verbänden sowie anderen Akteuren des Gesundheitswesens) erhofft man sich eine Entscheidungshilfe, wie die dem NHS zugesagte Mittelaufstockung über die nächsten fünf Jahre verwandt werden soll (Anderson, W. u. Florin, D. 2000; Bodenheimer, T. 1997a).

Bürgerbeteiligung in Oregon

69. 1987 wurde in Oregon auf politischer Ebene entschieden, Organtransplantationen aus dem Leistungsspektrum von Medicaid herauszunehmen und mit den eingesparten finanziellen Ressourcen 1 500 sozial schwache Frauen und Kinder medizinisch zu betreuen (vgl. auch SB 1994 Ziffer 387ff.). Um die Entscheidung ex post zu legitimieren bzw. möglicherweise zu revidieren, wurde ein Priorisierungsprozess in Gang gesetzt, in den sowohl Nutzen-Kosten-Analysen als auch die „Bürgermeinung“ als Input einging. Die Bürgermeinung wurde auf folgendem Weg eingeholt: Zum einen wurden über 1 000 Bewohner von Oregon telefonisch gebeten, 26 verschiedene Beeinträchtigungsformen auf einer Skala von 1 bis 100 zu bewerten, um in der Nutzen-Kosten-Analyse den Faktor „Lebensqualität“ mit Inhalt zu füllen. Darüber hinaus wurden 47 öffentliche Veranstaltungen abgehalten, auf der die Teilnehmer neun breit angelegte Behandlungskategorien (z. B. Behandlung von Zuständen, die zum Tode führen und nicht geheilt werden können) die Bewertungen „essenziell“, „sehr wichtig“ und „wichtig“ zuteilten. In anschließenden Diskussionen wurden die Bewertungen, die zu den jeweiligen Kategorisierungen (z. B. Lebensqualität, Prävention, Kosteneffektivität) geführt hatten, diskutiert. Darüber hinaus wurden sieben öffentliche Anhörungen von der zuständigen Kommission (bestehend aus fünf Primärärzten, einer Krankenschwester des öffentlichen Gesundheitsdienstes, einem Sozialarbeiter und vier Nutzern) durchgeführt, in denen singuläre Interessen vertreten werden konnten (Kitzhaber, J. u. Kemmy, A. 1995). Die Kommission erstellte dann auf der Grundlage der verschiedenen Beteiligungsergebnisse eine Prioritätenliste, die per Computer mit den parallel erstellten Nutzen-Kosten-Analysen zu einer Prioritätenliste zusammengeführt wurden. Erst bei diesem Schritt, der sich als wenig hilfreich erwies, da zu wenig präzise Nutzen-Kosten-Analysen zur Verfügung standen, entstand die bekannte

Priorisierungsliste, bei denen Brustkorrekturen über die Behandlung einer offenen Oberschenkelfraktur gestellt wurde. Kritisiert an der Bürgerbefragung wurde, dass von den über 1 000 Beteiligten über zwei Drittel einen College-Abschluss hatten, ebenfalls mehr als zwei Drittel Berufe des Gesundheitswesens ausübten und nur etwa 5 % selbst Medicaid-Versicherte waren. Als positiv wurde die vollständige Transparenz des Vorgehens bewertet (Dixon, J. u. Welch, H. G. 1991).

1.3.2 Funktionen gesundheitspolitischer Ziele und ihre Umsetzung im Kontext europäischer Erfahrungen

1.3.2.1 Funktionen von Gesundheitszielen auf internationaler Ebene

70. Gesundheitswesen sind hochgradig differenzierte, heterogene Gebilde, die in erheblichem Maße divergierende Akteursinteressen hervorbringen. Gesundheitsziele können hier theoretisch eine sinnvolle Funktion als diskursive Klammer haben.

Viele europäische Zielprogramme beabsichtigen diese diskursive Verklammerung zu leisten. Eine zu starke Staatszentrierung von Gesundheitszielinitiativen kann aber eine Diskussion zwischen den relevanten Akteuren eher verhindern. England, Portugal und Italien bieten Beispiele für eine zielorientierte Planung in Ministerien und Verwaltung, die sich weitgehend isoliert vom restlichen Gesundheitswesen vollzieht. Der Versuch, eine Strategie über Gesundheitsziele ohne Einbindung der relevanten Akteure zu formulieren und umzusetzen, birgt ein hohes Risiko, aufgrund von Akzeptanzproblemen zu scheitern. Dies haben Evaluationen aus England deutlich gezeigt (Universities of Leeds and Glamorgan and London School of Hygiene and Tropical Medicine 1998). In Deutschland haben Bundesregierungen jahrelang den WHO-EURO-Zielen in der jeweiligen Fassung zugestimmt, ohne ernsthafte Anstrengungen zum politischen Diskurs oder zur Übernahme und landesspezifischen Modifikation im eigenen Land zu unternehmen.

Allerdings wurde in Deutschland auf der Ebene einzelner Bundesländer ein mehrjähriger Diskurs zu Gesundheitszielen initiiert, so insbesondere in Nordrhein-Westfalen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1995), Berlin (Bergmann, K.E. et al. 1996) und Hamburg (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg 1992). Auch in Sachsen-Anhalt (Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt 1998), Schleswig-Holstein (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein 1997) und Mecklenburg-Vorpommern laufen Versuche, diesen Diskurs in Gang zu setzen. In Deutschland hat als Reaktion auf eine langjährige, als „zielblind“ bezeichnete Kostendämpfungspolitik, seit ungefähr zwei Jahren auch auf Bundesebene eine Intensivierung der Diskussion eingesetzt. Unter positiven Vorzeichen werden Relevanz,

Eignung und Anwendbarkeit von Gesundheitszielen diskutiert.²⁵ Die Bandbreite der in die Diskussion eingebundenen Akteure reicht von Ministerien, Wissenschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Ärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen bis hin zur Pharmaindustrie. Patienten und Konsumenten sind bislang kaum, allenfalls indirekt über von Wissenschaft und Industrie initiierten Umfragestudien zu ihren Präferenzen (z. B. Wasem, J. 1999), einbezogen.

71. Eine weitere Funktion von Gesundheitszielen, die Steigerung der politischen Effizienz im Gesundheitssektor, schließt an die diskursive Verklammerung des Gesundheitswesens an. Sie zielt auf verbesserte politische Steuerung durch Konsensfindung. Gesundheitsziele sollen die Entstehung eines gemeinsamen Werte- und Aktionshorizonts ermöglichen, auf den sich alle Akteure beziehen können. Eine mögliche dritte Funktion, die reale Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse der Gesundheitsversorgung eines Landes, setzt eine empirische Qualitätsanalyse und daraus abgeleitete Ziele voraus. Drei Ansätze sind bedeutsam:

- fachlicher, wissenschaftlich angeleiteter Konsens zu verbesserungsfähigen Qualitätsmängeln,
- Vergleich mit anderen Systemen (externes Benchmarking) und
- Analyse von Nutzerpräferenzen und -bewertungen.

Die Ansätze 1 und 2 sind eher technisch und professionsorientiert, während Ansatz 3 partizipative Elemente einführt.

Die erfolgreiche Verknüpfung der drei genannten Perspektiven kann für alle Gesundheitszielprogramme als zentraler Punkt gelten. Abstrakt formuliert handelt es sich um eine horizontale und vertikale Konsensusfindung. Horizontal soll zwischen der Wissenschaft und den Akteuren in der gesundheitspolitischen Arena ein Konsens hergestellt werden, vor allem hinsichtlich der Prioritäten. Selbst wissenschaftlich fundierte Programme müssen scheitern, wenn sie von den Akteuren nicht gestützt werden. Das gleiche gilt für rein politische Programme, denen die wissenschaftliche Fundierung fehlt und die daher unter Umständen völlig wirkungslos oder sogar kontraproduktiv sind.

Die vertikale Konsensusbildung verklammert die nationalen mit den regionalen Strategien. Sie überwindet den Dualismus von *bottom-up* und *top-down* Strategien. Denn häufig scheitern regionale oder lokale Initiativen an der nationalen Politik, oder nationale Programme werden vor Ort nicht angenommen (Wismar, M. et al. 1998).

72. Es ist bei der Definition von Gesundheitszielen geboten, länder- und bedarfsspezifische Wege einzuschlagen. Die bekannten Gesundheitsziele der WHO weisen aus verständlichen Gründen nur zu einem kleineren Teil

²⁵ Die mittlerweile breite Literatur zu diesem Thema ist dafür ein Indiz. Besonders aufschlussreich dokumentiert ist die gesundheitspolitische Diskussion in der Sonderausgabe 2/99 der „Gesellschaftspolitischen Kommentare“.

Ergebnisorientierung auf, denn sie wurden für eine höchst heterogene Gruppe von Ländern definiert. Daher können sie nur sehr bedingt die Gesundheitsprobleme eines Landes abbilden, geschweige denn die spezifischen, kulturell und systembedingten Nutzererwartungen.

73. Die zahlreichen „Caveats“ bei der Definition und Umsetzung von Gesundheitszielen machen verständlich, dass die direkte Effektivität bisheriger Gesundheitsziele in Europa umstritten ist:

Die Evaluation der „Gesundheit für alle Strategie“ der Niederlande kam 1996 zu dem Ergebnis, dass die 38 WHO-konformen Ziele zu ambitioniert seien und voraussichtlich bis zum Jahr 2000 kein einziges vollständig erreicht werden können. Zehn Ziele werden teilweise erreicht sein, elf Ziele werden nicht erreicht werden und zu 17 Zielen konnten keine Schlussfolgerungen getroffen werden (Water, H.P.A. v.d. u. Herten, L.M. v. 1996). Es war aber nicht möglich darzustellen, wie sich die nationale Gesundheitsentwicklung ohne diese Ziele vollzogen hätte.

Auch das englische Programm *Health of the Nation*, das 1992 anlief, konnte keine überzeugenden Ergebnisse vorweisen. Zwei gründliche Evaluationen des Programms haben de facto belegt, dass das Zielprogramm keine Auswirkungen auf die Versorgungspraxis hatte, weder bei den *Local Authorities* noch bei den gesundheitlich relevanten Institutionen. Interessanterweise zeigte sich aber im Rahmen qualitativer Untersuchungen, dass auf allen Ebenen Gesundheitszielprogramme grundsätzlich positiv bewertet wurden. Ablehnung wurde insbesondere im Zusammenhang mit der fehlenden Relevanz und der mangelnden eigenen Einbindung artikuliert (Universities of Leeds and Glamorgan and London School of Hygiene and Tropical Medicine 1998). Das spricht eher für prozentuale Fehler bei der Definition von Zielen als für prinzipielle Schwächen.

74. Auch das Vordringen von Leitlinien im wissenschaftlichen, aber auch im gesundheitspolitischen Bereich der Gesundheitsversorgung verbessert prinzipiell die Umsetzbarkeit von Gesundheitszielen. Als „Sekundärtechnologien“ versuchen sie, konsensuelle und evidenzgestützte Entscheidungen an die Stelle von zufälligen einzelnen Suchprozessen zu setzen (s. Kapitel II-2.4). So könnte ein Gesundheitsziel, das die Versorgung chronisch Kranker stärker als bisher in den Mittelpunkt rückt, unmittelbar seinen Niederschlag in Leitlinien finden, z. B. durch die Akzentuierung von Patientenschulung, aktivierender Rehabilitation unter Zurückdrängung inadäquater akutkurativer Routinen (Helou, A. u. Schwartz, F.W. 2000).

Ebenso bedeutet das Vordringen des Gedankens einer evidenzbasierten Medizin prinzipiell eine Verbesserung des Kontextes für eine Gesundheitszielorientierung, denn „Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung“ beruht (Hicks, N. 1997) auf dem Grundgedanken, dass Entscheidungen zur Einzelgesundheit und zur Bevölkerungsgesundheit sich mehr als bisher auf relevante und vor allem nachprüfbar empirische Informationen stützen sollen (s. Kapitel II-2.3). Und dieses Prinzip gilt sowohl für den gesundheitlichen Versorgungs-, als auch den politischen Entscheidungsprozess. Eine solche Evidenzbasierung

von Politik ist ohne einen vorgeschalteten Zielfindungsprozess undenkbar.

1.3.2.2 Relevante Aspekte zu Implementation, Evaluation und politischen Kontext

75. Für die Definition von Gesundheitszielen müssen eine Reihe von Fragen frühzeitig geklärt werden. Sie betreffen die Implementation, Evaluation und den politischen Kontext.

Unter Implementationsgesichtspunkten stellt sich die Frage, wie viele Ziele definiert werden sollen. Die „Gesundheit für Alle“ – Strategie der WHO für die Europäische Region sah 38 Ziele vor. Einige Länder bzw. Regionen haben erheblich mehr, andere deutlich weniger Ziele definiert. So hat Andalusien für das Jahr 2001 84 Ziele definiert; die meisten europäischen Programme der Achtziger- und Neunzigerjahre haben sich allerdings auf 10 bis 30 Ziele beschränkt.

Eine große Zielvielfalt mag verführerisch erscheinen, insbesondere im Hinblick auf die Gewinnung von Daten. Es hat sich jedoch bisher nicht gezeigt, dass dies ein effektives Vorgehen ist. Eine sehr große Definitionsvielfalt kann von den eigentlichen Intentionen ablenken. Schließlich ist häufig eine Refokussierung einer pluralistisch desintegrierten Gesundheitspolitik anvisiert. Bei einer unübersichtlichen Fülle von Zielen ist dies nicht gewährleistet. Außerdem drohen sehr umfangreiche Zielprogramme auch akteursseitig auseinander zu fallen. Wenn zu jedem Ziel ein Expertenkreis tagt, besteht die Gefahr der Zerfaserung. Auch die Vorstellung, ausführende Institutionen der Gesundheitsversorgung könnten auf zahlreiche neue Ziele adäquat reagieren, ist wenig plausibel. Die Definition von Zielen auf Bundesebene sollte von daher sehr sparsam vorgehen. Gerade wenn es darum gehen soll, einen Prozess ins Leben zu rufen, der über eine Legislaturperiode hinausreichen muss, um Früchte zu tragen, müssen eher wenige Ziele im Bewusstsein der Akteure nachhaltig verankert sein.

Die politischen Kontextbeziehungen von Gesundheitszielprogrammen sollten schon bei der Definition der Ziele berücksichtigt werden. Dies ist wichtig, um Konfliktlinien, aber auch mögliche Unterstützungspotenziale zu antizipieren.

76. Die Definition von Gesundheitszielen setzt ein gewisses Maß an planerischer Koordinierung voraus. In vielen europäischen Staaten wurden hingegen in den Neunzigerjahren durch Gesundheitsreformen Markt- und Wettbewerbsmechanismen befördert, die z. T. eher dem Gedanken der Überlegenheit zufälliger Suchprozesse (*invisible hand*) anhängen.

Häufig wurde darauf auch hingewiesen, dass Gesundheitsziele sich zwar für staatliche Gesundheitswesen eignen mögen, aber nicht für Sozialversicherungssysteme wie die deutsche GKV mit eher staatsfernen Selbstverwaltungen und stark gegliedertem Kassensystem. Zwar scheint auf den ersten Blick die Implementation eines Zielprogramms in einem staatlichen System einfacher, da

hier eine vergleichsweise ungebrochene Hierarchisierung und Weisungsbefugnis im Gesundheitswesen besteht. Um aber tatsächlich die Unterstützung an der Basis zu sichern, müssen andere Einbindungsmechanismen zum Tragen kommen.

Das neue englische Programm (1999) versucht dies unter anderem durch einen *Contract for Health* zu überwinden. Ob dieses Instrument die gewünschten Ergebnisse erbringt, ist bisher offen. Verträge machen dann einen Sinn, wenn sie bei Nichterfüllung mit Sanktionen belegt werden können. Hier bieten das deutsche und das katalanische System, die mit Verträgen als zentralem Element der Versorgungssteuerung arbeiten, möglicherweise einen Vorteil.

77. Zu klären ist auch, ob die Implementation von Gesundheitszielen neuer Institutionen bedarf. Es hat sich gezeigt, dass Zielprogramme, die nur als politische Dokumente verabschiedet werden, häufig keine Wirkung zeitigen. Die Einführung neuer Institutionen, z. B. der Gesundheitskonferenz und der regionalen „Runden Tische“ in Nordrhein-Westfalen, könnte sich als hilfreich erweisen. Werden Gesundheitsziele auf unterschiedlichen Ebenen definiert, so bedarf es auf diesen (Makro-, Meso- und Mikroebenen) entsprechender Einrichtungen oder Zusammenschlüsse, die koordinierende Funktionen ausüben können. Ein Kernproblem eines solchen *institution building* ist allerdings die Kosten-Ergebnisrelation. Liegt der Zuwachs an institutionellen Implementationskosten unangemessen hoch über dem erwarteten Zuwachs an gesundheitlichem Nutzen, wäre die politische Effizienz fraglich.

78. Fragen bzw. Probleme der Evaluation von Gesundheitszielen sollten schon bei der Definition beachtet werden. Das erste Problem lässt sich als „Evaluationsfalle“ beschreiben: Wurden Gesundheitsziele im vorgegebenen Zeitrahmen nicht erreicht, so werden sie häufig als zu ambitioniert kritisiert. Werden sie hingegen erreicht, so standen sie in Verdacht, nicht anspruchsvoll genug zu sein oder lediglich eine ohnehin stattfindende Entwicklung nachzuzeichnen. Um dieser „Evaluationsfalle“ zu entgehen, müssen die zurechenbaren Effektgrößen der Maßnahmen bekannt sein. Dies setzt jenseits von Diskurs- und Konsensfunktion von Zielen eine angemessene wissenschaftliche Fundierung bei der Definition und Evaluation von Gesundheitszielen voraus. Sonst können Ruf, Akzeptanz und potenzielle Wirksamkeit der Gesundheitsziele schaden nehmen.

1.4 Endogene und exogene Determinanten gesundheitlicher Ergebnisse

1.4.1 Das Spektrum von Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes

79. Ein Ziel von Gesundheitsleistungen bildet die Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes und damit die Erhöhung von Lebenserwartung und -qualität (vgl. Abschnitt I-1.1.2). Zur Erreichung dieses Ziels reicht die Verbesserung der Interaktionen zwischen gesundheitlich gefährdeten bzw. kranken Menschen und der Krankenversorgung in der Regel nicht aus. Zu fragen ist auch nach

jenen Faktoren, die neben bzw. zusätzlich zur Kranken- bzw. Gesundheitsversorgung die Eintrittswahrscheinlichkeit von Gesundheitsbelastungen (Gesundheitsproblemen oder Krankheiten) erhöhen bzw. senken. Aus Sicht der Krankenversorgung (und damit auch aus dem Blickwinkel einer eng verstandenen Gesundheitspolitik) stellen diese Einflussgrößen exogene Faktoren dar.

80. Der Rat hat bereits in früheren Gutachten mehrfach darauf hingewiesen, dass einseitig institutions- und bereichsbezogene Analysen des Gesundheitswesens auch in ihrer Summe keine funktionsübergreifende Betrachtung des Systems der Gesundheitssicherung sowie eine Beurteilung seiner Relevanz für die Gesundheit der Bevölkerung erlauben. Inzwischen bemühen sich neben gesundheitsökonomischen Studien vor allem die Gesundheitssystemforschung, deren Ansätze auf impliziten Annahmen über die Entstehung von Gesundheit und Krankheit basieren und damit zum einen die Zusammenhänge innerhalb des Gesundheitswesens und zum anderen die Verbindungen zu den Systemen seiner Umwelt erschließt, diese Lücke zu füllen (z. B. Schwartz, F.W. u. Busse, R. 1998; Deutsche Forschungsgemeinschaft 1995). So werden unterschiedliche Modelle einer funktionalen Gesundheitssystembetrachtung diskutiert (vgl. z. B. das sozialwissenschaftliche Modell von Weinermann, E.R. 1971 oder die „Patientenflussmodelle“).

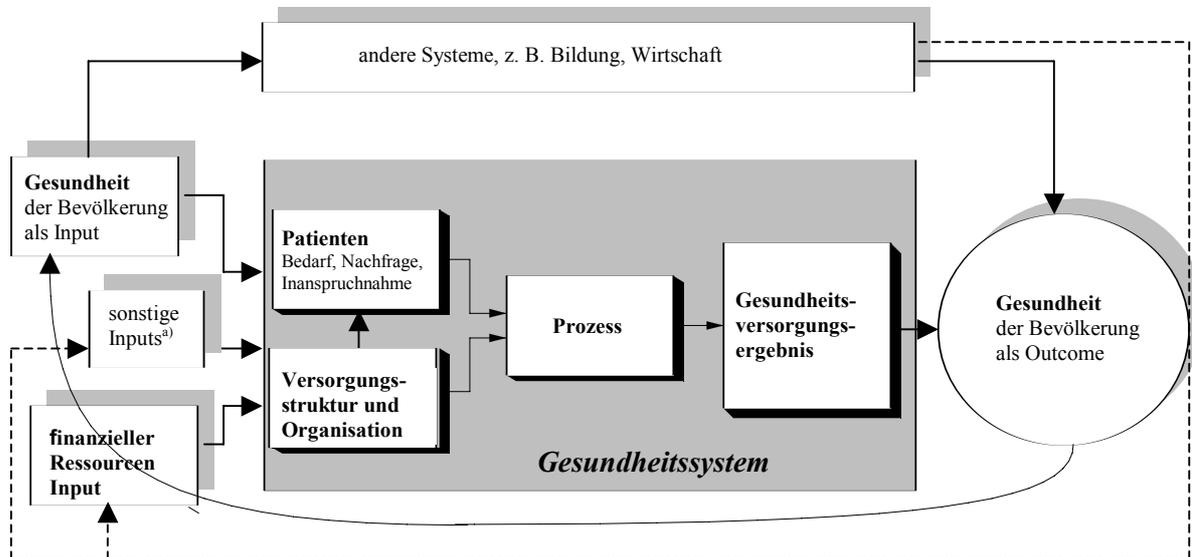
81. Zur Veranschaulichung der Outcomeeffekte, die sich auf Gesundheitseinflüsse außerhalb des medizinischen und pflegerischen Systems oder auf (eigene oder professionelle) Behandlungsprozesse beziehen, erscheint die folgende Abbildung geeignet, die gängige Input-Output-Modelle adaptiert und erweitert (vgl. Abbildung 12, S. 56).

Als „exogener Input“ für das Gesundheitssystem gelten in diesem Schema die Gesundheit der Bevölkerung (risikobezogener Input) und die finanziellen Ressourcen²⁶ (ressourcenbezogener Input). Das Gesundheitssystem transformiert diesen „exogenen Input“ in einen „endogenen Input“ über den Zugang der Patienten zum System in Form von Versorgungsstrukturen bzw. Organisationen. Diese werden mit den eigentlichen präventiven, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen im Sinne eines Prozesses zusammengeführt. Zu den Ergebnissen dieses Prozesses zählen klinische Parameter (z. B. Laborwerte). Sie entsprechen jedoch noch nicht den gesundheitlichen Ergebnissen, die als medizinische Outcomes die Änderung der Lebensqualität und der Lebenserwartung widerspiegeln und die für viele Fragestellungen erst die entscheidenden Bewertungskriterien liefern. Allerdings wirken auf diese Gesundheits-Outcomes nicht allein die Ergebnisse des Gesundheitssystems, sondern auch weitere systemexogene Faktoren (Bildung, Umwelt, etc.) ein. Die gesundheitlichen Ergebnisse wiederum bilden eine Feedback-Schleife zur Gesundheit der Bevölkerung (Busse, R. u. Wismar, M. 1997).

²⁶ Eine Ansiedlung der „finanziellen Ressourcen“ ist auch auf der Output-Seite denkbar. Die Ausgaben werden jedoch – in den meisten Gesundheitssystemen der Welt – zum größten Teil im Voraus festgelegt (Budgetierung), und stellen damit aus gesundheitssystemanalytischer Sicht einen exogenen Input dar (Schwartz, F.W. u. Busse, R. 1998).

Abbildung 12

Das erweiterte Gesundheitssystemmodell



a) z. B. ordnungspolitische Vorgaben, Organisationsrecht, Qualifikation des Personals, Forschungsaufwand etc.

Quelle: Modifiziert nach Busse, R. u. Wismar, M. (1997)

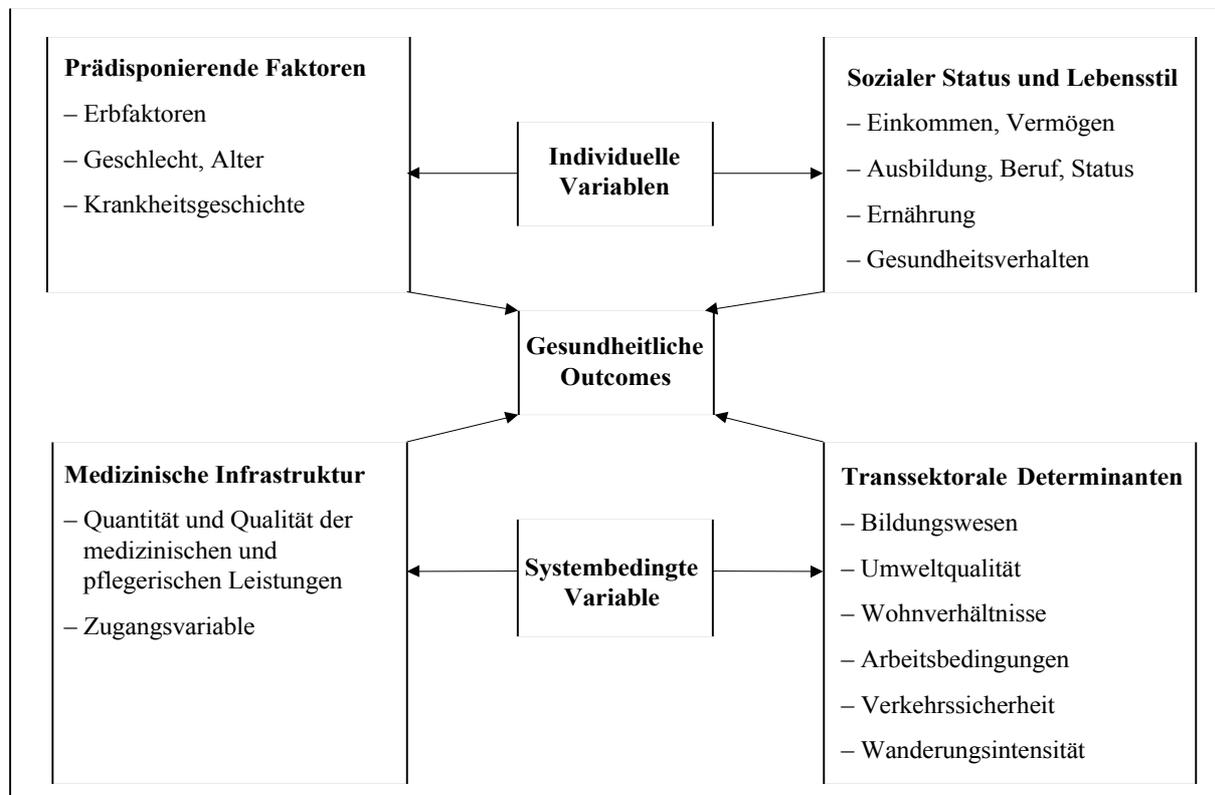
82. Diese Betrachtungsweise verdeutlicht, dass das gesundheitliche Ergebnis für die jeweiligen Zielgruppen der Bevölkerung nicht allein von dem unmittelbaren Prozess der Gesundheitsversorgung, also dem medizinischen Versorgungssystem, abhängt, sondern auch von zahlreichen anderen Einflüssen und zwar sowohl vor Eintritt in das System, als auch nach Durchlaufen des Systems. Sie ermöglicht somit zwei grundsätzlich neue Möglichkeiten der Analyse:

- Die Unterscheidung in endogenen und exogenen erlaubt es, das medizinische Versorgungssystem im engeren Sinne nur als Teil eines übergreifenden Wirkungszusammenhangs zu verstehen und seine Ergebnisse vor diesem Hintergrund zu interpretieren. Das bedeutet z. B., dass gesundheitliche Versorgungsergebnisse durch medizinische Einrichtungen immer auch als mit-determiniert durch nicht allein ärztlich und pflegerisch kontrollierte Maßnahmen gelten können. Aus diesem Grund müssen Optimierungen der Ergebnisse sowohl an endogenen wie an exogenen Inputs ansetzen.
- Noch umfassender lässt sich der Prozess der gesundheitlichen Ergebnisbildung als ein ganzheitlicher Zusammenhang verstehen. In diesem holistischen Sinne besitzen Maßnahmen der Bildung, der Erziehung, der Verteilung des Volkseinkommens, der bevölkerungsbezogenen wie der individuellen Hygiene, der Lebensmittel- und Wasserversorgung sowie Einflüsse aus der

Arbeitswelt, der Wohnwelt, der Freizeit (seien sie nun vorgegeben oder durch individuelles Verhalten unmittelbar gesteuert) eine maßgebliche Wirkung auf gesundheitliche Risiken, Chancen und Erträge bei Individuen wie bei Populationen. Das medizinische und pflegerische Versorgungssystem nimmt dabei nur eine partielle Rolle ein.

83. Die partielle Bedeutung des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems für die Realisierung bzw. Beeinflussung gesundheitlicher Outcomes veranschaulicht auch Abbildung 13, S. 57. Das umfangreiche und komplexe Spektrum von Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes umfasst sowohl individuelle als auch systembedingte Variable. Alle diese Variablen bilden im Hinblick auf die Entwicklung der gesundheitlichen Outcomes, wenn auch jeweils in unterschiedlicher Intensität, Inputfaktoren. Aus der Sicht des Patienten bzw. Bürgers handelt es sich bei der medizinischen Infrastruktur, d. h. dem Gesundheitswesen im engeren Sinne, ebenso wie bei den transsektoralen Determinanten weitgehend um systembedingte Variablen, die außerhalb seiner Person und seiner Einflussmöglichkeiten liegen. Zu der medizinischen Infrastruktur gehören zunächst angebotsseitige Determinanten, z. B. das quantitative Angebot an medizinischen Leistungen, das medizinisch-technische Niveau und die Qualitätssicherung, aber auch Zugangsvariablen, wie der Versicherungsschutz, die Zeit- und Wegekosten der Patienten sowie das Überweisungsverhalten der Ärzte.

Abbildung 13

Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes

Quelle: Eigene Darstellung

84. Die transsektoralen Determinanten, die auf die gesundheitlichen Outcomes einwirken, beinhalten im Wesentlichen jene Variablen, auf die sich auch die Verhältnisprävention konzentriert. Dabei spielt das Bildungswesen sowohl unmittelbar über die Nutzung präventiver und kurativer Gesundheitsleistungen als auch mittelbar, z. B. über die Ernährung sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten, eine wichtige Rolle im Kontext der Beeinflussung gesundheitlicher Outcomes. Empirische Studien belegen einen statistisch gesicherten Zusammenhang zwischen der Ausbildung und dem Gesundheitszustand einschließlich der indirekten Effekte, die in Form von (Nicht-)Rauchen und sportlicher Betätigung von den Lebensstilvariablen ausgehen (Gilleskie, D. B. u. Harrison, A. L. 1998). In einer Untersuchung über die regionalen Disparitäten der Sterblichkeit in Hessen stellen die Bildungsindikatoren den einzigen Variablenkomplex dar, der nicht nur mit den Lebenserwartungen im höheren Alter, sondern auch mit der Lebenserwartung bei der Geburt in einer auffällig engen Beziehung steht (Wittwer-Backofen, U. 1999). Das zunächst überraschende Ergebnis, dass Säuglinge von Müttern über 30 Jahren eine im Durchschnitt geringere Sterblichkeit als solche von Müttern unter 30 Jahren aufweisen (Steinki, P. et al. 1990), lässt sich möglicherweise im Hinblick auf die Inanspruchnahme der angebotenen Vorsorgeuntersuchungen und andere

Präventionsmaßnahmen – zumindest teilweise – ebenfalls mit unterschiedlichen Bildungs- und Informationsniveaus erklären.

85. Über die grundsätzliche Abhängigkeit der gesundheitlichen Outcomes von der Umweltqualität, die auch die Wohnverhältnisse (mit-)beeinflusst, bestehen kaum Meinungsverschiedenheiten (Wille, E. u. Ried, W. 1996). Überhöhte Sterblichkeiten zeigten sich schon 1978 in den dicht besiedelten Montanregionen des Ruhrgebietes und des Saarlandes (Gatzweiler, H. P. u. Stiens, G. 1982). Die Luftverschmutzung besitzt zweifellos einen spürbaren Einfluss auf Krankheiten wie Asthma, chronische Bronchitis und bösartige Neubildungen der Luftröhre (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg 1996). Von einer hohen Bevölkerungsdichte können ambivalente Effekte auf die gesundheitlichen Outcomes ausgehen. Einerseits bilden städtische Ballungsgebiete mit hoher Lärmbelastigung, vielgeschossigen Gebäuden und anonymen Eigentümerstrukturen einen Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten (Schaefer, H. u. Blohmke, M. 1977), andererseits bieten sie eine gute Erreichbarkeit für – auch spezialisierte – medizinische Leistungen. Letztere kommen vor allem älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität zugute. Diese Überlegungen deuten bereits an, dass sich die vielschichtigen

Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes in einem hochkomplexen Beziehungsgeflecht zwar zumeist in ihren Effekten gegenseitig verstärken, zuweilen aber auch (teil-)kompensieren können.

86. Die Effekte, die z. B. von dem Verkehrswesen auf die gesundheitlichen Outcomes ausgehen, stehen zunächst im Rahmen der systembedingten Variablen über die Verkehrserziehung mit dem Bildungswesen und darüber hinaus im Bereich der individuellen Variablen mit dem sozialen Status und dem Lebensstil, d. h. dem individuellen Verkehrsmittel und dem Risikoverhalten, in Beziehung. Innerhalb Europas variierte die Zahl der Verkehrstoten je 100 000 Einwohner im Jahre 1995 z. B. von 5,3 in Schweden und 5,8 im Vereinigten Königreich bis 21,6 in Griechenland und 23,3 in Portugal. Deutschland nahm mit 11,7 eine mittlere Position ein (Bundesministerium für Gesundheit 1999). Dies bedeutet, dass ein Absinken der Verkehrstoten in Deutschland auf das britische Niveau die Mortalität *ceteris paribus* um ca. 4 800 Menschen pro Jahr reduzieren würde.

87. Die Wanderungsintensität innerhalb eines Landes steht in engem Zusammenhang mit dem sozialen Status. Die Mobilität erfordert zunächst eine hinreichende individuelle Flexibilität und auch einen gewissen Fundus an finanziellen und zeitlichen Ressourcen. Zudem verfügen die Ab- und Zuwandernden, die zumeist wirtschaftlich oder landschaftlich attraktive Regionen aufsuchen, in der Regel über einen überdurchschnittlichen Gesundheitszustand. Insofern überrascht es nicht, dass innerhalb eines Bundeslandes Regionen mit positivem Wanderungssaldo eine unterdurchschnittliche Sterblichkeit aufweisen (Neubauer, G. 1988). Die Aussage lässt sich allerdings nicht ohne Prüfung der besonderen Umstände auf Wanderungsbewegungen zwischen einzelnen Nationen übertragen.

88. Zahlreiche Studien belegen die signifikanten Effekte, die vom sozialen Status, d. h. vom Einkommen und Vermögen sowie vom Bildungsgrad und der beruflichen Position, auf die jeweiligen gesundheitlichen Outcomes ausgehen (s. u. a. Hradil, S. 1997): Der soziale Status weist auch hohe Interdependenzen zu anderen Einflussfaktoren auf. Mit dem Einkommen und Vermögen sowie vor allem mit dem Bildungsstand korrespondiert zunächst ein im Hinblick auf die gesundheitlichen Outcomes positives Ernährungs-, Freizeit- und Risikoverhalten. Ferner verbessern die Arbeitszufriedenheit und die soziale Akzeptanz die Voraussetzungen, um gesundheitliche Störgrößen zu bewältigen. Ein hohes Einkommen und Vermögen erzeugt auch eine hohe Umweltelastizität, denn es ermöglicht, Umweltbelastungen durch Umzüge zu entgegen oder sie durch Erholungsurlaube teilweise zu kompensieren.

1.4.2 Einfluss des Gesundheitssystems auf die gesundheitlichen Outcomes

89. Etwa seit Mitte der Siebzigerjahre versuchen gesundheitsökonomische und epidemiologische Studien den Anteil, der bei einer Veränderung der gesundheitli-

chen Outcomes auf das Gesundheitssystem im engeren Sinne entfällt (Abbildung 13), zu erfassen, quantitativ abzuschätzen und zu bewerten. Dabei geht es letztlich auch um die Bewertung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, die bei knappen Ressourcen auch mit anderen steuerbaren Einflussgrößen der gesundheitlichen Outcomes konkurriert. Sofern der Einsatz eines bestimmten Ressourcenfundus in einem anderen Sektor, z. B. im Bildungs- und Verkehrswesen oder im Umweltbereich, stärkere Effekte auf die gesundheitlichen Outcomes verspricht, steht unter gesamtwirtschaftlichen und wohl auch epidemiologischen Aspekten eine Reallokation der knappen Ressourcen zur Diskussion. Zudem können internationale Vergleiche über die jeweiligen Outcomewirkungen der nationalen Gesundheitsversorgung im Sinne eines Benchmarking Defizite offen und damit Reformen nahe legen.

90. Die Abschätzung jener gesundheitlichen Outcomeeffekte, die in dem Beziehungsgeflecht der verschiedenen Einflussgrößen ursächlich das Gesundheitswesen erzeugt, sieht sich allerdings neben der immer noch unzureichenden Datenverfügbarkeit mit erheblichen methodischen Problemen konfrontiert. In Abbildung 13 geht von jedem Determinantenbündel jeweils nur ein Pfeil auf die gesundheitlichen Outcomes aus. Wie jedoch mehrfach erwähnt, existieren nicht nur innerhalb dieser Determinantenbündel, sondern auch zwischen diesen teilweise enge Wechselwirkungen. Zu diesem Problem der Multikollinearität tritt noch jenes der Endogenität, denn die gesundheitlichen Outcomes wirken ihrerseits auf einige ihrer Determinanten zurück. So beeinflusst der soziale Status nicht nur die gesundheitlichen Outcomes, sondern ein guter Gesundheitszustand bietet umgekehrt auch günstigere Voraussetzungen für die Einkommenserzielung und die Wahrnehmung von Bildungschancen (z. B. Kruse, D. L. 1998). Ohne Berücksichtigung dieser Rückwirkungen laufen Untersuchungen Gefahr, die abhängigen Zielvariablen bzw. Differenzen in den medizinischen Outcomes nicht nur durch ihre Determinanten, sondern teilweise durch sich selbst zu erklären.

91. Inzwischen existiert zu den Einflussgrößen der medizinischen Outcomes eine Fülle von gesundheitsökonomischen und epidemiologischen empirischen Untersuchungen (zu Überblicken Busse, R. 1998; Crémieux, P. et al. 1999; Or, Z. 2000), deren Ergebnisse auch im Hinblick auf den ursächlichen Beitrag des Gesundheitssystems teilweise erheblich differieren. Neben der jeweiligen Datenverfügbarkeit und der angewandten analytischen Methode unterscheiden sich diese Studien vor allem in folgenden relevanten Untersuchungselementen:

- Definition und Messung der medizinischen Outcomes: Mortalitätsraten, Lebenserwartung, verlorene Lebensjahre, qualitäts- oder krankheitsbereinigte Lebensjahre;
- Wahl der medizinischen Inputindikatoren: nominelle oder reale Ausgaben; Preisindex des Sozialproduktes oder spezifischer Deflator der Gesundheitsausgaben; unbereinigte Ausgaben oder Ausgaben in Kaufkraftpa-

ritäten; Ausgaben oder physische Inputs wie Zahl der Ärzte, Krankenhäuser, Betten; globale Erfassung der Inputindikatoren oder auch hinsichtlich ihrer Verteilung nach Regionen oder Bevölkerungsgruppen;

- Untersuchungsgebiet: internationale Vergleiche, Länderstudien, regionale Untersuchungen, indikationspezifische Analysen;
- Anzahl und Art der Determinanten: Berücksichtigung einer Einflussgröße, eines Determinantenbündels oder möglichst des gesamten Spektrums der Einflussgrößen;
- analytische Methode: zeitpunktbezogene Querschnittsanalysen, Zeitreihenuntersuchungen, u. U. mit Berücksichtigung von Wirkungslags;
- Art der Messung von Outcomes und ihren Determinanten: Verwendung von nur objektiven Indikatoren oder Ergänzung um subjektive;
- Aggregationsniveau: Untersuchungen auf Mikro-, Meso- oder Makroebene.

92. Bei den ersten gesundheitsökonomischen Studien, die das gesamte Spektrum von Einflussgrößen hinsichtlich ihrer quantitativen Effekte auf die gesundheitlichen Outcomes abzuschätzen versuchten, handelte es sich um latente Strukturmodelle (u. a. Robinson, P. M. u. Ferrara, M. C. 1977; Leu, R. E. 1984; Leu, R. E. u. Doppmann, R. J. 1986; Pohlmeier, W. u. Ulrich, V. 1992). Diese Modelle gehen von der Hypothese aus, dass die Gesundheit eine latente Variable darstellt, die sich zwar nicht direkt beobachten, aber anhand ihrer Ursachen mithilfe von Indikatoren hinreichend umschreiben lässt. Diese Strukturmodelle dienen dazu, den Zusammenhang zwischen der Gesundheit, den Indikatoren der Gesundheit, der Nachfrage nach medizinischen Leistungen und relevanten exogenen Einflussgrößen quantitativ zu erfassen.

Die folgende kursorische Darstellung der analytischen Grundstruktur eines latenten Strukturmodells soll die methodischen und empirischen Probleme verdeutlichen, die eine operationale Umsetzung des komplexen Beziehungsgeflechtes zwischen den Einfluss- und den Zielvariablen der Gesundheit aufwerfen.

In seiner einfachsten Form besteht das latente Strukturmodell aus einem simultanen Gleichungssystem mit (1) Nachfragefunktionen nach Gesundheit, (2) einer Messfunktion für die Dimensionen der Gesundheit und (3) einer Gesundheitsproduktionsfunktion:

$$(1) \quad GN_i = a_{1i} G^* + b_{1i} X_1 + b_{2i} X_2 \quad i = 1, 2 \dots, I.$$

$$(2) \quad GI_j = a_{2j} G^* + c_{2j} X_2 \quad j = 1, 2 \dots, J.$$

$$(3) \quad G^* = d_2 X_2 + d_3 X_3$$

Die Nachfrage nach Gesundheit bzw. nach der medizinischen Leistung i hängt nach Gleichung (1) von der latenten bzw. unbeobachtbaren Variable Gesundheit (G^*) und zwei Vektoren exogener Variablen X_1 und X_2 ab. Dabei beschreibt X_1 den Vektor von Zugangsvariablen der

Nachfrage nach medizinischen Leistungen und X_2 einen Vektor mit prädisponierenden Variablen und Variablen zum sozialen Status. In diesem Kontext umfasst die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ihrerseits mit dem Arzt und den Facharztbesuchen sowie den Krankenhaustagen häufig drei Gleichungen. Die Messfunktion für die Dimension der Gesundheit stellt nach Gleichung (2) jeden Gesundheitsindikator j als Funktion der latenten Variable Gesundheit und eines Vektors von X_2 -Variablen dar. Als Gesundheitsindikatoren dienen je nach Datenverfügbarkeit Morbiditätsindikatoren, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Gesundheitszufriedenheit und der subjektive Gesundheitszustand. Entsprechend der Gesundheitsproduktionsfunktion (3) erscheint die Gesundheit als Funktion von X_2 - und X_3 -Variablen (Lebensstilvariablen und transsektorale Determinanten), die im Unterschied zu den Gesundheitsindikatoren die Ursachen für einen bestimmten Gesundheitszustand bilden.

Das latente Strukturmodell, das Abbildung 14 (S. 60) in seinen Grundzügen veranschaulicht, erlaubt im Hinblick auf die gesundheitlichen Outcomes bzw. die latente Variable Gesundheit die Trennung zwischen direkten und indirekten Effekten. So beeinflussen die Zugangsvariablen X_1 nur die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, nicht aber die Gesundheit selbst. Diese Zugangsvariablen umfassen z. B. die monetären und nichtmonetären Preise der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, deren Verfügbarkeit sowie Umfang und Struktur des Versicherungsschutzes. Von den exogenen Variablen, die der Vektor 2 einschließt, gehen dagegen neben den direkten Effekten auf die Gesundheitsnachfrage, die Gesundheitsindikatoren und die latente Variable Gesundheit auch indirekte Effekte aus, die über die latente Variable Gesundheit auf die Gesundheitsindikatoren erfolgen. Zu diesen exogenen Variablen gehören z. B. Alter, Geschlecht, Einkommen, Ausbildung, Familienstand. Im Unterschied dazu erzeugt die Gruppe von exogenen X_3 -Variablen lediglich einen direkten Effekt auf die latente Variable Gesundheit und wirkt auf die Gesundheitsnachfrage und die Gesundheitsindikatoren nur indirekt ein. Zu dieser Gruppe von Variablen zählen z. B. die Lebensstil-Variablen, die Arbeitsplatz- und Wohnbedingungen sowie die Umweltqualität. Eine Verschlechterung der Umweltqualität beeinträchtigt zwar unmittelbar den Gesundheitszustand, erhöht aber noch nicht direkt, sondern erst über den verschlechterten Gesundheitszustand die Nachfrage nach medizinischen Leistungen.

Die latenten Strukturmodelle dienen dazu, sowohl die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen als auch die Determinanten der latenten Variable Gesundheit und die Einflussgrößen medizinischer Outcomes zu erklären. Die Modellkonstruktion besitzt den Vorzug, die Effekte, die von der Nachfrage nach medizinischen Leistungen auf die Zielgrößen ausgehen, von anderen Variablengruppen zu trennen und ihre jeweiligen Wirkungen miteinander zu vergleichen. Dabei gelangten diese und ähnliche Studien überwiegend zu dem Ergebnis, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bzw. die Gesundheitsausgaben

keinen oder nur einen bescheidenen Einfluss auf die medizinischen Outcomes besitzen (Literaturüberblicke bei Crémieux, P. et al. 1999; Or, Z. 2000). Die OECD (1995, S. 31) zog Mitte der Neunzigerjahre entsprechend das Fazit: „The generally weak association between health spending and available outcome indicators partly reflects well-established evidence that direct health spending does not capture the full array of social, environmental and cultural factors which influence health status“.

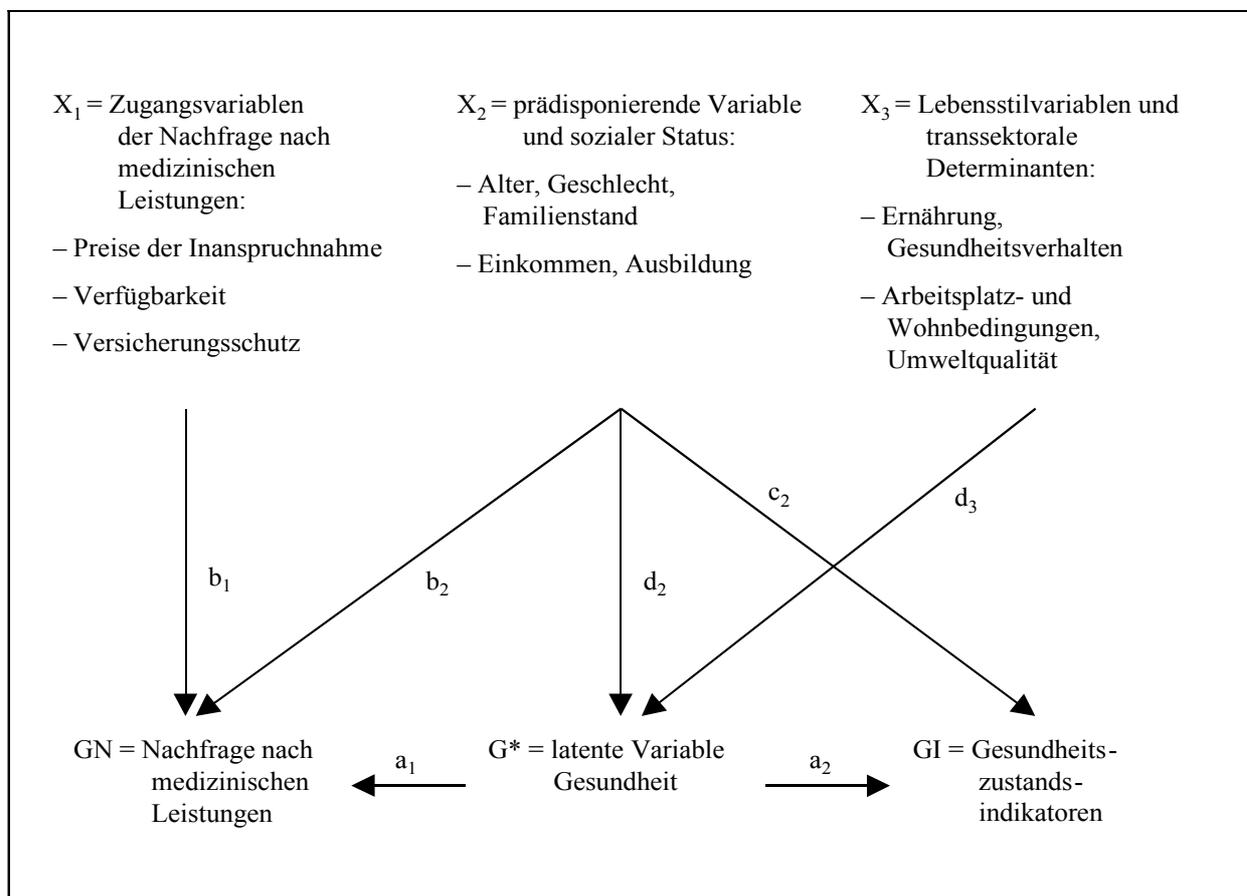
93. Neuere Untersuchungen stellen dagegen einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben und den medizinischen Outcomes fest. Dies gilt z. B. für eine Studie, die anhand von Daten der zehn kanadischen Provinzen für den Zeitraum von 1978 bis 1992 die Lebenserwartung und die geschlechtsspezifischen Säuglingssterblichkeitsraten als Funktion des Gesundheitswesens im engeren Sinne (Gesundheitsausgaben pro Kopf, Anzahl der Ärzte pro Einwohner), sozioökonomischer Variablen (Bevölkerungsdichte, Armutsrate, Anteil der Akademiker) sowie Ernährungs- und Lebensstil-Faktoren modelliert (Crémieux, P. et al. 1999). Obgleich nur

geringe Differenzen in den Gesundheitsausgaben pro Kopf und den gesundheitlichen Outcomes zwischen den Provinzen bestehen, zeigen die Ergebnisse eine starke Beziehung zwischen diesen unabhängigen und abhängigen Variablen (Crémieux, P. et al. 1999, S. 638). Danach führt eine 10-prozentige Reduzierung der Gesundheitsausgaben ceteris paribus zu einer Verkürzung der Lebenserwartung um sechs Monate bei Männern und um drei Monate bei Frauen sowie um eine Erhöhung der Säuglingssterblichkeitsraten um 0,5% bzw. 0,4% bei Jungen bzw. Mädchen.

94. Eine sehr umfangreichen Untersuchung, die auf den OECD *Health Data*, den OECD *National Accounts*, nationalen Surveys und Daten der WHO aufbaut, analysiert in einem Ländervergleich die Einflussfaktoren für die verlorenen Lebensjahre (Or, Z. 2000). Die Studie erstreckt sich auf 21 OECD-Länder und den Zeitraum von 1970 bis 1992 und umfasst damit 483 Beobachtungen. Als verlorene Lebensjahre bzw. *Potential Years of Life Lost* (PYLL) zählen alle Jahre von Verstorbenen bis zu einem Alter von 70 mit Ausnahme von Selbstmorden. Dabei

Abbildung 14

Latentes Strukturmodell der Messung des Gesundheitszustandes



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pohlmeier, W. u. Ulrich, V. (1992), S. 222

geht bei den Frauen, nicht aber bei den Männern ein signifikanter (negativer) Einfluss von Gesundheitsausgaben pro Kopf auf die Zielgröße PYLL aus. Ein wesentlich engerer Zusammenhang besteht für Frauen und Männer zwischen den PYLL und dem jeweiligen Einkommen pro Kopf. Der Autor verweist in diesem Zusammenhang allerdings zurecht auf die hohe Kollinearität zwischen den Pro-Kopf Gesundheitsausgaben und dem Pro-Kopf-Einkommen. Ohne Berücksichtigung der letzteren Einflussgröße gewinnen die Gesundheitsausgaben im Hinblick auf die PYLL für beide Geschlechter an Signifikanz. Die stärksten Effekte auf die Zielgröße verzeichnen die Arbeitsbedingungen und die Bildung, während die Umweltemissionen zwar einen signifikanten, aber nur schwachen Einfluss auf die PYLL ausüben.

Entsprechend dieser Tendenzen weist die Verbesserung des „work status“ den erhöhten Erklärungsteil an der Reduzierung der PYLL auf, allerdings mit Schwankungen von 14,0 % und 14,2 % in den USA und der Schweiz über 23,1 % in Deutschland bis 52,1 % und 63,3 % in Griechenland und Portugal. Der Beitrag, den eine Erhöhung des Einkommens pro Kopf an der Verringerung der PYLL leistet, reicht von 7,1 % und 8,3 % in Neuseeland und der Schweiz über 16,9 % in Deutschland bis 24,9 % und 25 % in Irland und Japan.²⁷ Der Anteil, der bei den PYLL von Frauen auf die Einflussgröße Gesundheitsausgaben entfällt, reicht von 2,6 % und 4,8 % in Neuseeland und Schweden über 13,7 % in Deutschland bis 22,1 % und 26,2 % in Spanien und Portugal. Der Autor zieht daher das Fazit, dass „a significantly positive relation between health expenditure and health“ (Or, Z. 2000, S. 70) besteht, andere Einflussgrößen, wie den Arbeitsbedingungen und die Bildung, aber noch deutlich stärker auf die medizinischen Outcomes einwirken.

95. Zu tendenziell ähnlichen Ergebnissen gelangt auch die epidemiologische Forschung. Den Ausgangspunkt der Diskussion bildeten zumeist die in den Siebzigerjahren publizierten Thesen von Illich, I. (1975); McKeown, T. (1976) sowie McKinley, J. B. u. McKinley, S. M. (1977), die der Medizin nur einen geringen Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit zubilligten. Weitere Stu-

dien (zum Studiendesign siehe Tabelle 11, S. 62) weisen jedoch darauf hin, dass der Effekt der medizinischen Versorgung auf die gesundheitlichen Outcomes zwar begrenzt, aber doch existent und relevant ist. Dabei werden zur Messung der Outcomes Maße der Lebenserwartung, Mortalitätsraten oder die Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre (PYLL) verwendet. Je nach Modellansatz und Berechnungsart beträgt der Anteil des Gesundheitssystems an der Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse etwa 10 % bis 30 %. Bei Frauen liegt der durch das Gesundheitssystem erklärte Anteil an der Veränderung der Lebenserwartung bzw. Mortalität höher, und zwar je nach Ansatz zwischen ca. 20 % und 40 % (Schwartz, F. W. u. Busse, R. 1998; Busse, R. 1998).

96. Die Betrachtungen dieses Kapitels zeigen einerseits die limitierten Wirkungen eines auf professionelle medizinische Dienstleistungen beschränkten Gesundheitswesens i. e. S. auf und andererseits die große Bedeutung darüber hinausgehender Determinanten für die Gesundheit der Bevölkerung. Daraus ergibt sich, dass eine präventive Gesundheitspolitik im Sinne einer intersektoralen ressortübergreifenden Politik gedacht und eingesetzt werden muss.

1.5 Fazit und Empfehlungen

97. Das deutsche Gesundheitswesen leidet an einer mangelnden Orientierung im Hinblick auf explizite gesundheitliche Ziele, was fast zwangsläufig zu einer Überbetonung der Diskussion über die Ausgabenebene führt. Diese einseitige Orientierung an den Ressourcen, die in das Gesundheitswesen fließen, kommt auch darin zum Ausdruck, dass mit der Beitragssatzstabilität ein Inputindikator als Sollvorschrift bzw. Postulat in das Sozialgesetzbuch einging. Infolge dieser einseitigen Betrachtungsweise reduzierten sich die meisten „Gesundheitsreformen“ auf reine Kostendämpfungsmaßnahmen.

Der Dominanz der Ausgabenbetrachtung könnte und sollte mit einer breiten und öffentlichen Zieldiskussion begegnet werden, welche die anzustrebenden Outcomeindikatoren und die daraus abzuleitenden Versorgungsziele thematisiert. Da die Gesundheitspolitik eine explizite Setzung von Schwerpunkten und Prioritäten, die bei knappen Ressourcen immer auch Posterioritäten implizieren, scheute, erfolgte bislang eine weitgehende Fortschreibung der gegebenen und teilweise nicht mehr zeitgemäßen, d. h. ineffizienten und ineffektiven, Strukturen. Die korporative Organisation des deutschen Gesundheitswesens, die gegenüber den alternativen Koordinationsinstrumenten Marktmechanismus sowie staatliche Planung und Administration sicherlich auch komparative Vorzüge besitzt, begünstigt das Status-quo-Denken und damit das Beharrungsvermögen überkommener Strukturen. Ein entscheidender Mangel der einseitigen Ausgabenbetrachtung besteht darin, dass sie keinerlei Schlüsse auf die Effizienz und die Effektivität der Gesundheitsversorgung erlaubt.

²⁷ Neben dem Einkommen pro Kopf könnten auch Unterschiede in der Einkommensverteilung die medizinischen Outcomes beeinflussen. Der Vergleich von Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre innerhalb von 14 OECD-Ländern (siehe Abschnitt I-1.2.1) stützt diese These allerdings nicht. Es nehmen hier sowohl beim Niveau als auch beim Zuwachs der gesundheitlichen Outcomes Länder Spitzenpositionen ein (z. B. Japan, Frankreich, Schweiz), die kaum eine egalitäre Einkommensverteilung aufweisen als Länder, die hier schlechter abschneiden (z. B. Dänemark, Norwegen, Niederlande, Schweden). Die Tatsache, dass bei Across-Countries-Studien die Einkommensverteilung als Einflussgröße der gesundheitlichen Outcomes keine Evidenz besitzt (so auch Or, Z. 2000), schließt signifikante Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren auf nationaler und regionaler Ebene nicht aus. So bestätigen z. B. Ross, N. A. et al. (2000) eine statistisch gesicherte Beziehung zwischen Einkommensverteilung bzw. -ungleichheit und Mortalität für die Vereinigten Staaten, nicht aber für Kanada. Für die Vereinigten Staaten gelangen auch Kaplan, G. A. et al. (1996) und Kawachi, I. u. Kennedy, B. (1997) zu diesem Ergebnis bzw. zu einem positiven Zusammenhang.

Tabelle 11

Studiendesigns zur Effektivitätsbeurteilung auf Systemebene

Inputvariable (Unabhängige Variablen)	Querschnittliche Designs						Longitudinale Designs		
	Cochrane, A. L. et al. 1978 Babazono, A. u. Hillman, A. L. 1994	Charlton, J. R. et al. 1983 Bauer, R.L. u. Charlton, J. R. 1986	national: Carr-Hill, R. A. et al. 1987 international: Mackenbach,	national: Humblet, P. C. et al. 1987; Jouglia, E. et al. 1987; Mackenbach, J.P. et al. 1988a international: Poikolainen, K.	Shieber, G. 1987	Elola, J. et al. 1995	Charlton, J. R. u. Velez, R. 1986; Poikolainen, K. u. Eskola, J. 1986; Mackenbach, J.P. et al.	Bunker, J. P. et al. 1995	Or, Z. 1997
Finanzielle Ressourcen (absolut und/oder relativ)	X		X		X	X			X
Quantifizierbare Struktur- und Prozessvariable (Ärzte, Pflegepersonal, Krankenhausbetten, Verweildauer)	X			X					
Unspezifiziert, d. h. Zuschreibbarkeit zum Gesundheitssystem auf der Outcomeseite als ‚avoidable mortality‘ definiert		X	X	X			X		
Systemorganisation (Sozialversicherung vs. Nationaler Gesundheitsdienst)						X			
Medizinische Technologien								X	
Sonstige unabhängige Variablen	1)	2)	3)	4)	5)	6)			7)

Zusätzlich berücksichtigte unabhängige Variable:

- 1) bei Cochrane, A. L. et al. 1978: Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährung (Kalorien, Eiweiß, Fett, Zucker), Bevölkerungsdichte, BSP, Bildungsniveau; bei Babazono, A. u. Hillman, A. L. 1994: BSP abzüglich Gesundheitsausgaben (= Nicht-Gesundheitsausgaben), Anteil der über 65-Jährigen;
- 2) sozioökonomische Variablen: Anteil von Haushalten ohne Auto, ungelerten Arbeitern, Haushalten zur Miete;
- 3) bei nationalen Studien diverse sozio-ökonomische Variablen;
- 4) bei nationalen Studien diverse sozioökonomische Variablen; bei Poikolainen, K. u. Eskola, J. 1988: Alkohol- und Tabakkonsum, BSP, Militärausgaben;
- 5) BSP;
- 6) BSP, Einkommensverteilung (Gini-Koeffizient);
- 7) Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährung (Butter, Zucker), BSP, Anteil der Angestellten an Arbeitnehmern, NO_x-Emission, „Land“.

Quelle: Busse, R. (1998)

98. Von einer intensiven gesundheitspolitischen Zieldiskussion, die zumindest gleichberechtigt neben die – zweifellos ebenfalls erforderliche – Ausgabenanalyse tritt, verspricht sich der Rat vor allem die Erfüllung folgender Funktionen:

- Schärfung des Zielbewusstseins,
- Ableitung von konkreten Versorgungszielen,
- explizite Setzung von Schwerpunkten und Prioritäten für eine bestimmte Periode,
- Orientierung für gesundheitspolitische Maßnahmen und Programme,
- Grundlagen für eine Erfolgsbewertung,
- Erzielung von Lerneffekten für die künftige Gesundheitspolitik,
- Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung,
- Versachlichung gesundheitspolitischer Kontroversen sowie
- Erhöhung der Transparenz im Gesundheitswesen.

99. Einer umfassenden Beschäftigung mit gesundheitspolitischen Zielen fällt auch die Aufgabe zu, einen konzeptionellen Ansatz für die Formulierung konkreter, indikationsspezifischer Versorgungsziele zu bieten. Die rationale Ableitung von Versorgungszielen setzt allerdings fundierte epidemiologische und gesundheitsökonomische Studien sowie eine intensive Versorgungsforschung voraus. Da Deutschland auf diesem Gebiet international betrachtet erheblichen Nachholbedarf besitzt, hat der Rat bereits in früheren Gutachten (SG 1995, Ziffer 327 bis 342; SG 1997, Ziffer 196 bis 216) bei bestimmten Fragen der klinischen Forschung eine Kooperation zwischen Wissenschaft und Krankenkassen empfohlen. Er wollte eine Mitwirkung der Krankenkassen bei der Auswahl der Themen, bei Beschlüssen über Projekte und vor allem bei der Finanzierung von Vorhaben, die Krankenkassen besonders interessieren, erreichen. Insofern begrüßt der Rat die Einigung der zuständigen Bundesministerien mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen über entsprechende erste Projekte der Versorgungsforschung. Angesichts der immensen anstehenden Aufgaben der Versorgungsforschung reichen die bisher vorgesehenen Förderungsmittel allerdings bei weitem nicht aus, d. h. zur Bewältigung der dringlichsten Aufgaben bedarf es erheblich stärkerer finanzieller Anstrengungen. Schließlich belegen die derzeitigen Erhebungen des Rates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung den augenfälligen Mangel an validen Daten.

100. Es ist bei der Deklaration von Zielen wichtig, dass alle diejenigen, von denen die Realisierung von Maßnahmen, also die konkrete alltägliche Umsetzung, erwartet wird, dazu auch instand gesetzt, d. h. informiert, eingebunden, geschult werden und gegebenenfalls Anreize und finanzielle Spielräume erhalten, ihre Arbeit entsprechend zu verändern. Das ist – zumal bei großen nationalen Zielen – ein sehr komplexes Unterfangen. Ein Ausweg aus diesen Schwierigkeiten kann darin bestehen, sich

zunächst auf wenige, wichtige, hinsichtlich ihrer Dringlichkeit und ihres Nutzens transparente und verständliche Ziele zu konzentrieren und später schrittweise neue Ziele hinzuzufügen.

101. Ob Ziele quantitativ und messbar sein sollen, hängt von ihrer Funktion ab. Steht nur die politische Wahrnehmung von Problemen im Mittelpunkt, ist das Niveau der Definition und die Quantifizierbarkeit und Messbarkeit von Zielen anders zu beurteilen, als wenn präzise Veränderungen in der Versorgung oder Prävention definierter Risiken oder Krankheiten gewünscht werden. Aber die Auswahl weniger, sehr präziser Ziele fragmentiert auch das öffentliche Interesse. Die richtige Balance zwischen allgemeinen, „inspirierenden“ und konkreten Zielen im Sinne von Planvorgaben muss jeweils austariert werden, ebenso zwischen kurz- und langfristigen und eher „optimistisch“ oder negativ formulierten Inhalten von Zielen. Über diese zahlreichen politischen und methodischen Fragen ist innerhalb der europäischen Regionen und Länder, die konkrete Erfahrungen mit dem Aufbau und der Umsetzung von Gesundheitszielen sammeln konnten, mehr Erfahrungsaustausch wünschenswert.

In diese Erfahrungen sollten auch Benchmarking- oder Best-Practice-Ansätze einfließen. Diese können für andere Staaten, Regionen oder Kommunen sehr anregend wirken.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Union (EU), aber ebenso interessierte nationale Regierungen Europas, sollten Netzwerke und – teils mehr politisch orientierte, teils mehr management- oder technisch interessierte – Arbeitsgruppen unterstützen.

102. Der Mangel an Ziel- bzw. Outcome-Orientierung spiegelt sich ebenfalls in der Gesundheitsberichterstattung wider. Verglichen mit den zahlreichen Daten über die monetären und physischen Inputs, die in die gesundheitliche Leistungserstellung eingehen, vernachlässigt die amtliche Statistik immer noch die Outcomeebene. Von einer intensiveren Zielorientierung geht auch eine zusätzliche spezifische Datennachfrage aus, sodass die amtliche Statistik ihre Erhebungen stärker an den gesundheitspolitischen Bedürfnissen ausrichten kann und muss. Darüber hinaus können valide Daten über Outcomeindikatoren als statistische Grundlage für ein Benchmarking zwischen Ländern, Regionen, Geschlechtern, Altersklassen und Bevölkerungsschichten dienen. Ein Benchmarking von Outcomeindikatoren kann vor allem in speziellen Indikationsbereichen im Rahmen vertiefter Versorgungsforschung Hypothesen über die Effizienz und Effektivität der jeweiligen Gesundheitsversorgung liefern. Dabei lassen die Komplexität der gesundheitlichen Leistungserstellung sowie die exogenen Inputs, die als transsektorale Determinanten von außerhalb des Gesundheitswesens – z. B. aus dem Verkehrs- und Bildungswesen, den Arbeits- und Wohnbedingungen – auf die gesundheitlichen Outcomes einwirken, häufig keine deterministischen, sondern nur Tendenzaussagen zu.

103. Ein internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben im Jahre 1997 zeigt, dass Deutschland bei den Pro-

Kopf-Gesundheitsausgaben auf der Grundlage von Kaufkraftparitäten den dritten Platz hinter den USA und der Schweiz innerhalb der OECD-Länder einnimmt. Bei den „Gesundheitsquoten“, d.h. der jeweiligen Relation zwischen den gesamten nationalen Gesundheitsausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt, rangiert Deutschland sogar hinter den USA an zweiter Stelle. Bei einem internationalen Benchmarking von Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre zwischen 14 wirtschaftlich in etwa vergleichbaren Ländern schneidet Deutschland dagegen unterdurchschnittlich ab. Angesichts der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, die in den einzelnen Ländern nach dem Krieg im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und das Niveau der Gesundheitsversorgung herrschten, besitzen die absoluten Größen dieser beiden Outcomeindikatoren für viele Fragestellungen eine geringere Aussagekraft als die entsprechenden Wachstumsraten. Im Hinblick auf die Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre liegt Deutschland im Zeitraum zwischen 1960 und 1996 bzw. 1962 und 1992 jeweils über dem Durchschnitt der 14 aufgelisteten Länder, aber nicht unter den ersten drei.

104. Die Lebenserwartung und die verlorenen Lebensjahre stellen zwar valide und relevante Outcomeindikatoren dar, sie bilden aber nur einen beschränkten Teil des weiten Zielspektrums der Gesundheitsversorgung ab. Sie berücksichtigen z.B. weder Verteilungsaspekte (Ungleichheit von Gesundheitschancen und Versorgungsergebnissen) noch den vielschichtigen Zielbereich der Lebensqualität. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wählt in ihrem World Health Report 2000 zur Beurteilung des gegenwärtigen Leistungsstandes der Gesundheitssysteme ihrer Mitgliedstaaten einen vergleichsweise umfassenden Ansatz. Obgleich sich auch gegen die Konzeption der WHO gewichtige inhaltliche und methodische Einwände vorbringen lassen, gelangt diese Studie im Hinblick auf die untersuchten Zielindikatoren und die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens tendenziell zu ähnlichen Aussagen wie ein einfacher internationaler Vergleich mithilfe der Outcomeindikatoren Lebenserwartung und verlorene Lebensjahre. Vorsichtig formuliert stützen die entsprechenden Ergebnisse in keiner Weise die hierzulande lieb gewonnene These, dass Deutschland über „das beste Gesundheitssystem der Welt“ verfügt. Interessanterweise schneidet das deutsche Gesundheitswesen jeweils bei der Zielerreichung besser ab als bei der Leistungsfähigkeit insgesamt, die die Ressourcenebene bei der Bewertung mit einschließt.

105. Unbeschadet aller inhaltlichen und methodischen Unvollkommenheiten und Unzulänglichkeiten internationaler Vergleiche von Gesundheitssystemen deuten die bisherigen Ergebnisse darauf hin, dass das deutsche Gesundheitswesen bei der Zielerreichung im gehobenen Mittelfeld liegt, dafür jedoch einen unverhältnismäßig hohen Mittelaufwand benötigt. Dies spricht theoretisch für die Existenz eines beachtlichen Rationalisierungspotenzials. Vor diesem Hintergrund gewinnt der gesetzliche Auftrag an den Rat, Über-, Unter- und Fehlversorgung im

deutschen Gesundheitswesen aufzuzeigen, an gesundheitspolitischer Relevanz. Die zu erwartende bzw. fortschreitende Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte dürfte die nationalen Leistungserbringer im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit künftig unter einen verschärften Wettbewerbsdruck setzen. Die Liberalisierung erfordert jedoch keine Harmonisierung der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme und lässt diese auch nicht wünschenswert erscheinen.

106. Die mangelnde Einbindung der Patienten und Versicherten in die prima vista paternalistische gesundheitspolitische Zielbildung stellt einen häufig geäußerten Kritikpunkt am deutschen Gesundheitswesen dar. Auch aus diesem Grunde versuchen in jüngster Zeit mehrere Studien, die Präferenzen bzw. detaillierten Wünsche der Bürger im Hinblick auf das Gesundheitswesen mithilfe von repräsentativen Befragungen zu ermitteln. Diese Umfragen gelangen überwiegend zu dem Ergebnis, dass die Bürger im Hinblick auf die zentralen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, z.B. die solidarische Finanzierung und den vergleichsweise umfassenden Leistungskatalog, eine hohe Zufriedenheit äußern und nur inkrementale Reformschritte wünschen. Die entsprechenden Fragen abstrahieren allerdings häufig von den Opportunitätskosten bestimmter Maßnahmen und/oder Unterlassungen und erlauben kaum Schlüsse über den tatsächlichen Reformbedarf.

Die in diesen Umfragen geäußerte hohe Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen relativiert sich, wenn man sie mit entsprechenden Wertungen anderer Lebensbereiche oder mit den Ergebnissen ähnlicher Umfragen in anderen Ländern vergleicht. Verglichen mit der Zufriedenheit der deutschen Bevölkerung in anderen Lebensbereichen schneidet das Gesundheitswesen nur durchschnittlich ab, und bei internationalen Vergleichen der Zufriedenheit mit dem nationalen Gesundheitssystem liegt Deutschland nur im gehobenen Mittelfeld.

107. Für die konkrete Einbindung der Patienten und Versicherten in die gesundheitspolitische Zielbildung fehlt es an erprobten Partizipationsmodellen und entsprechend an Erkenntnissen, welches Modell auf welcher Ebene geeignet ist. Aus diesem Grund sollte die Beteiligung von Nutzern bei der Erstellung von Gesundheitszielen als Prozess verstanden werden, in dessen Verlauf der Partizipationsbegriff mit all seinen Aspekten erst eröffnend definiert wird, und in dem sich auch das Selbstverständnis von Nutzern im Gesundheitssystem verändern kann. Es ist damit zu rechnen, dass sich aus einer solchen Partizipation (nicht nur bei der Erstellung von Gesundheitszielen) neue Interessenkonstellationen zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems ergeben, was einerseits zu erhöhtem Konfliktpotenzial, andererseits aber auch zu einer Neubestimmung der Rollen der Akteure führen kann.

Der Rat spricht sich dafür aus, grundsätzlich überall dort Nutzern ein Mitspracherecht einzuräumen, wo Gesundheitsziele beschlossen und umgesetzt werden. Hierzu gehören politische Gremien auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene ebenso wie Verbände und andere

Institutionen der Gesundheitsversorgung. Die unterschiedlichen Ansätze einer Vertretung von Nutzerinteressen im Gesundheitssystem mit dem Ziel ihrer gleichberechtigten Beteiligung sollten systematisch geprüft und weiterentwickelt werden.

Darüber hinaus empfiehlt der Rat, die jeweiligen Beteiligungsmodelle flexibel je nach dem Gremium und der Art des Gesundheitsziels auszuwählen. Bei krankheitsbezogenen Gesundheitszielen kann es beispielsweise sinnvoll sein, die Vertretung der Nutzerinteressen durch Selbsthilfverbände zu gewährleisten. Bei Gesundheitskonferenzen auf regionaler Ebene kann ebenso verfahren werden. Darüber hinaus gibt es in manchen Kommunen das System der „sachkundigen Bürger“, die für Ausschüsse benannt werden können und die weniger aus der eigenen Betroffenheit heraus die Interessen von Nutzern vertreten können. Auf Landes- oder Bundesebene sollten eher Versichertenvertreter gewählt werden, um die Interessen der Nutzer repräsentativer einzubringen als Selbsthilfvertreter. Daneben ist auf Landes- und Bundesebene auch an Versichertenbefragungen zu denken, um bürgernahe Priorisierungen vornehmen zu können.

108. Ein zentrales Problem bei der Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen mithilfe von Outcomeindikatoren bildet der empirisch gesicherte Befund, dass auf die gesundheitlichen Outcomes zahlreiche relevante Determinanten einwirken, die außerhalb des Gesundheitswesens im engeren Sinne und damit auch außerhalb der Kompetenzen seiner Entscheidungsträger liegen. Diese exogenen bzw. transsektoralen Einflussgrößen gesundheitlicher Zielindikatoren wurzeln z. B. im Arbeitsmarkt und der Einkommens- und Vermögensverteilung, im Bildungs- und Verkehrswesen, in der Umweltqualität, den Arbeitsbedingungen und den Wohnverhältnissen sowie auch im Lebensstil der Bürger. Der Erklärungsanteil des Gesundheitswesens im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung bzw. Mortalität liegt nach zahlreichen nationalen und auch international vergleichenden Studien zwischen 10% und 40%. Daraus folgt, dass eine effiziente und effektive Einwirkung auf die gesundheitlichen Outcomes im Sinne einer Gesundheitspolitik im weiteren Sinne eine Kooperation mit anderen Politikbereichen bzw. Ministerien erfordert, was z. B. über entsprechende interministerielle Ausschüsse initiiert werden könnte

1.6 Literatur zu Kapitel 1

- Albert, X., Bayo, A., Alfonso, J.L., Cortina, P. and Corella, D. (1996): The effectiveness of health systems in influencing avoidable mortality: a study in Valencia, Spain, 1975-90. *J Epidemiol Community Health*, Vol. 50, S. 320–325.
- Andersen, H.H. und Schwarze, J. (1999): Die NOVITAS-Befragung 1998. *Die BKK*, Bd. 86, Heft 2, S. 87–97.
- Anderson, W. and Florin, D. (2000): Consulting the public about the NHS. *British Medical Journal*, Vol. 320, S. 1553–1554.
- Babazono, A. and Hillman, A.L.: A Comparison of International Health Outcomes and Health Care Spending. *Int J Technology Assessment in Health Care*, Vol. 10, S. 376–381.
- Badura, B., Hart, D. und Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, Baden-Baden.
- Bauer, R.L. und Charlton, J.R. (1986): Area Variation in Mortality from Diseases Amenable to Medical Intervention: The Contribution of Differences in Morbidity. *Int J Epidemiol*, Vol. 15, S.408–412.
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg (1992): Stadtdiagnose. Gesundheitsbericht Hamburg, Hamburg.
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg (1995): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg – Zwischenbilanz 1994, Hamburg.
- Bergmann, K.E., Baier, W.K. und Meinschmidt, G. (1996): Gesundheitsziele für Berlin: wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge, Berlin-New York.
- Bergmann, K.E., Bergmann, R.L. und Schoppa, A. (1999): Gesundheitsziele – Chancen für eine moderne Gesundheitspolitik, Gesundheitswesen, Bd. 61, Sonderheft 1, S. 14–19.
- Bodenheimer, T. (1997a): The Oregon health Plan – Lessons for the Nation. *Health Policy Report*, First of Two Parts, Vol. 337 (9), S. 651–655.
- Bodenheimer, T. (1997b): The Oregon health Plan – Lessons for the Nation. *Health Policy Report*, Second of Two Parts, Vol. 337 (10), S. 700–723.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (Hrsg.) (1993): Deutscher Delphi-Bericht zur Entwicklung von Wissenschaft und Technik, Bayreuth.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1999): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, Baden-Baden.
- Bunker, J.P., Frazier, H.S. und Mosteller, F. (1995): The Role of Medical Care in Determining Health: Creating an Inventory on Benefits, in: Amick, B.J., Levine, S., Tarlov, A.R. and Chapman Walsh, D. (Eds.), *Society and Health*. New-York-Oxford, S. 305–341.
- Busse, R. (1998): Anwendung und Weiterentwicklung von Konzepten und Methoden der Gesundheitssystemforschung im deutschen Kontext. Habilitationsschrift, Hannover.
- Busse, R. und Wismar, M. (1997): Funktionen prioritärer Gesundheitsziele für Gesundheitssysteme. *Arbeit und Sozialpolitik*, Bd. 51, S. 27–36.
- Carr-Hill, R.A., Hardman, G.F. und Russell I.T. (1987): Variation in Avoidable Mortality and Variations in Health Care Resources. *Lancet I*, S. 789–792.
- Charlton, J.R., Hartley, R.M., Silver, R. and Holland, W.W. (1983): Geographical Variation in Mortality from Conditions Amendable to Medical Intervention in England and Wales. *Lancet I*, S. 691–696.
- Charlton, J.R. und Velez, R. (1986): Some International Comparisons of Mortality Amendable to Medical Intervention. *BMJ*, Vol. 292, S. 295–301.
- Cochrane, A.L., St Leger, A.S. and Moore, F. (1978): Health Service „Input“ and Mortality „Output“ in Developed Countries. *J Epidemiol Community Health*, Vol. 32, S. 200–205.
- Crémieux, P., Ouellette, P. and Pilon, C. (1999): Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes. *Health Economics*, Vol. 8, S. 627–639.
- Dekkers, F. (1997): Niederlande (2): Patienten als Partner im Gesundheitswesen, in: Kranich, C. u. Böcken, J. (Hrsg.), *Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa*, Baden-Baden, S. 62–68.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (1995): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. *Denkschrift*. Hrsg. von Schwartz, F.W., Badura, B., Blanke, B., Henke, K.-D., Koch, U. und Müller, R., Weinheim.
- Dinkel, R. (1984): Sterblichkeit in Perioden- und Kohortenbetrachtung, *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, Bd. 10, S. 477–500.
- Dixon, J. and Welch, H.G. (1991): Priority setting: lessons from Oregon. *The Lancet*, Vol. 337, S. 891–894.

- Ellert, U. und Knopf, H. (1999): Zufriedenheit mit Lebensumständen und Gesundheit. Das Gesundheitswesen, Bd. 61, Sonderheft 2, Schwerpunktheft: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, S. 145–150.
- Elola, J., Daponte, A. und Navarro, V. (1995): Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe. *Am J Public Health*, Vol. 85, S. 1397–1401.
- Feichtinger, G. (1973): *Bevölkerungsstatistik*, Berlin, New York.
- Francke, R. und Hart, D. (1999): *Charta der Patientenrechte*, Baden-Baden.
- Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung (1995): *Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens aus der Sicht von Ärzten und Experten. Eine Delphi-Befragung im Auftrag der Firma Janssen GmbH*, Neuss, Karlsruhe.
- Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung (1998a): *Delphi '98. Studie zur globalen Entwicklung von Wissenschaft und Technik, Methoden- und Datenband*, Karlsruhe.
- Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung (1998b): *Delphi '98. Studie zur globalen Entwicklung von Wissenschaft und Technik, Zusammenfassung der Ergebnisse*, Karlsruhe.
- Ganter, M. (1984): *Messprobleme öffentlicher Aktivitäten. Staatsquoten, Preissteigerungen, Outputkonzepte*, Baden-Baden.
- Gatzweiler, H.P. und Stiens, G. (1982): *Regionale Mortalitätsunterschiede in der Bundesrepublik Deutschland – Daten und Hypothesen. Jahrbuch für Regionalwissenschaft*, Bd. 3, S. 36–63.
- Geschka, H. (1978): *Implementierungsprobleme bei der Anwendung von Ideenfindungsmethoden in der Praxis der Unternehmen*, in: Pfohl, H.Ch. und Rürup, B. (Hrsg.), *Anwendungsprobleme moderner Planungs- und Entscheidungstechniken*, Königstein, S. 159–171.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (1999): *Gesundheitsziele als Mittel einer rationalen Steuerung im Gesundheitswesen. Ein Arbeitspapier des GVG-Ausschusses „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“*. Informationsdienst der GVG, ID Nr. 268, Mai 1999, S. 1–7.
- Gesundheitsministerkonferenz (1999): *Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen*, 72. Gesundheitsministerkonferenz am 09./10. Juni 1999 in Trier, Manuskript.
- Gilleskie, D.B. and Harrison, A.L. (1998): *The Effect of Endogenous Health Inputs on the Relationship between Health and Education*. *Economics of Education Review*, Vol. 17, S. 279–297.
- Grobe, T.G., Dörning, H. und Schwartz, F.W. (1999): *GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung, Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit*, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 12, Sankt-Augustin.
- Habich, R., Noll, H.-H. und Zapf, W. (1999): *Subjektives Wohlbefinden in Ostdeutschland nähert sich westdeutschem Niveau – Ergebnisse des Wohlfahrtssurveys 1998*. Informationsdienst Soziale Indikatoren, Ausgabe 22, Juli 1999, S. 1–6.
- Habich, R. und Noll, H.-H. (2000): *Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden im vereinten Deutschland*, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Datenreport 1999*, Bonn.
- Hanika, H. (1998): *Europäische Gesundheitspolitik. Stärkung der Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitswesen durch die Neufassung des Artikels 152 EG-Vertrag*. *Medizinrecht* 1998, Heft 5, S. 193–196.
- Helou, A. und Schwartz, F.W. (2000): *Der Beitrag von Leitlinien zur Versorgung chronisch Kranker*, in: Arnold, M., Litsch, M., Schwartz, F.W. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report '99*, Stuttgart, S. 149–161.
- Hicks, N. (1997): *Evidence-Based Health Care*. *Bandolier*, 39-9
- Hitiris, T. and Posnett, J. (1992): *The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries*. *Journal of Health Economics*, Vol. 11, S. 173–181.
- Horváth, P. (1998): *Controlling*, 7. Auflage, München.
- Horváth, P. und Herter, R.N. (1992): *Benchmarking. Vergleich mit den Besten der Besten*. *Controlling*, Bd. 4, Nr. 1, S. 4–11.
- Hradil, S. (1997): *Lebenssituation, Umwelt und Gesundheit, Materialien zur Bevölkerungswissenschaft*, Heft 88, Wiesbaden.
- Humblet, P.C., Lagasse, R., Moens, G.F., Wollast, E. and van den Voorde, H. (1987): *La Mortalité Évitable en Belgique*. *Soc Sci Med*, Vol. 25, S. 485–493.
- Iliev, D. and Vienonen, M. (1998): *Patients-Rights Development in Europe as at December 1998*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Illich, I. (1975): *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London.
- Jouglà, E., Ducimetiere, P., Bouvier-Colle, M.H. and Hatton, F. (1987): *Relation Entre le Niveau de Développement du Système de Soins et le Niveau de la Mortalité „Évitable“ Selon les Départements Français*. *Rev Epidémiol Santé Publ*, Vol. 35, S. 365–377.
- Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Lynch, J.W., Cohen, R.D. and Balfour, J.L. (1996): *Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways*. *British Medical Journal*, Vol. 312, S. 999–1003.

- Kawachi, I. and Kennedy, B. (1997): The Relationship of Income Inequality to Mortality. Does the Choice of Indicator Matter? *Social Science and Medicine*, Vol 45, S. 1121–1127.
- Kitzhaber, J. and Kemmy, A.M. (1995): On the Oregon trail. *British Medical Bulletin*, Vol. 51, S. 808–818.
- Klausing, M. (1981): Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen Der Beitrag der allgemeinen Systemtheorie für die Methode ihrer Ermittlung und Beurteilung, Karlsruhe.
- Klein, T. (1988): Mortalitätsveränderungen und Sterbeteilverzerrungen. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, Bd. 14, S. 49–67.
- Knopf, H., Ellert, U. und Melchert, H.-U. (1999): Sozialschicht und Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, Bd. 61, 2. Sonderheft, Schwerpunktheft: Bundes-Gesundheits-survey 1998, S. 169–177.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (1998), Entwurf, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuß und den Ausschuß der Regionen über die Entwicklung der Gemeinschaftspolitik im Bereich der öffentlichen Gesundheit, Brüssel, den 14.04.1998.
- Kruse, D.L. (1998): Demography, Income, and Health Care Characteristics, 1993. *Monthly Labor Review*, September 1998, S. 13–22.
- Kunst, A.E., Looman, C.W.N. and Mackenbach, J.P. (1988): Medical Care and Regional Mortality Differences Within Countries of the European Community. *Eur J Population*, S. 233–245.
- Küting, K. und Lorson, P. (1995): Grundlagen des Benchmarking. *Betrieb und Wirtschaft*, Bd. 49, S. 73–79.
- Leu, R.E. (1986): The Public-Private-Mix and International Health Care Costs, in Culyer, A.J. and Jönsson, B. (Eds.), *Public and Private Health Services*. Oxford, S.41–63.
- Leu, R.E. und Doppmann, R.J. (1986): Gesundheitszustandsmessung und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in der Schweiz, in: Willle, E. (Hrsg.): *Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen*, Frankfurt, S. 1–90.
- Mackenbach, J.P. (1991): Health Care Expenditure and Mortality from Amenable Conditions in the European Community. *Health Policy*, Vol. 19, S. 245–255.
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Loomann, C.W. Habbema, J.D. and van der Maas, P.J. (1988a): Regional Differences in Mortality Amenable to Medical Interventions in The Netherlands: A Comparison of 4 Time Periods. *J Epidemiol Community Health*, Vol. 42, S. 325–332.
- Mackenbach, J.P., Loomann, C.W., Kunst, A.E., Habbema, J.D. and van der Maas, P.J. (1988b): Regional Differences in Decline of Mortality from Selected Conditions: The Netherlands, 1969–1984. *Int J Epidemiol*, Vol. 17, S. 821–829.
- McKeown, T. (1976): *The Role of Medicine: Dream, mirage or nemesis?* London.
- McKinley, J.B. and Mc Kinley, S.M. (1977): The Questionable Effect of Medical Measures on the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century, *Milbank Q*, Vol. 55, S. 405–428.
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Bern.
- Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen Anhalt (1998): *Gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt und Ableitung von Gesundheitszielen für das Land. Dokumentation der 1. Landesgesundheitskonferenz vom 26 März 1998*, Magdeburg.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1995): *Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik*, Bielefeld.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (1997): *Zur Gesundheitslage der Kinder in Schleswig-Holstein: Daten, Einschätzungen, Fragen*, Kiel.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (1996): *Gesundheit in Baden-Württemberg – 1. Gesundheitsrahmenbericht*, Stuttgart.
- Mossialos, E. (1997): Citizens' Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union, *Health Economics*, Vol. 6, S. 109–116.
- Neubauer, G. (1988): *Regionale Sterblichkeitsunterschiede in Bayern. Schriften zur Gesundheitsökonomie*, Bd. 3, Bayreuth.
- Neubauer, G. (1989): Gleichheit vor dem Tode – ökonomische Aspekte unterschiedlicher Sterblichkeitsraten in Bayern, in: Gäfgen, G. und Oberender, P. (Hrsg.), *Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen*, Baden-Baden, S. 47–72.
- OECD (1976): *Measuring Social Well-Being. A Progress Report on the Development of Social Indicators*, Paris.
- OECD (1995): *New Directions in Health Care Policy*, *Health Policy Studies*, No. 7, Paris.
- OECD (1999a): *OECD Health-Data 99*, Paris 1999.
- OECD (1999b): *Wahrung des Wohlstands in einer alternierenden Gesellschaft*, Paris.

- Ollenschläger, G. (1999): Probleme der Qualität und Priorisierung. Evidenzbasierte Leitlinien zur Erreichung von Therapiezielen. Gesellschaftspolitische Kommentare, Bd. 40, So.-Nr. 2, S. 23–25.
- Or, Z. (1997): Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries: A Pooled, Timeseries Analysis. OECD Working Party of Social Policy Ad Hoc Meeting of Experts in Health Statistics, Document No. 8, Paris, 3.–5.12.1997.
- Or, Z. (2000): Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries: A Pooled, Cross-Country, Time-Series Analysis. OECD Economic Studies, No. 30, S. 53–77.
- Pohlmeier, W. und Ulrich, V. (1992): Determinanten des Gesundheitszustands. Ein empirischer Ansatz zur Outputmessung im Gesundheitswesen bei partieller Information. Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Bd. 112, S. 219–238.
- Poikolainen, K. and Eskola, J. (1986): The Effect of Health Services on Mortality: Decline in Death Rates from Amenable and Non-Amenable Causes in Finland, 1969–81. *Lancet* I, S. 199–202.
- Poikolainen, K. and Eskola, J. (1988): Health Services Resources and their Relation to Mortality from Causes Amenable to Health Care Intervention: A Cross-National Study. *Int J Epidemiol*, Vol. 17, S. 86–89.
- Poullier, J.P. (1994): Gesundheitssysteme im Vergleich. Fakten und Trends 1960–1991, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Landsberg/Lech.
- Quade, E.S. and Boucher, W.J. (Eds.) (1968): *Systems Analysis and Policy Planning. Applications in Defense*, New York.
- Robinson, P.M. und Ferrara, M.C. (1977): The Estimation of a Model for an Unobservable Variable with Endogenous Causes, in: Aigner, D.J. and Goldberger, A.S. (Eds.), *Latent Variables in Socio-Economic Models*, Amsterdam, S. 131–142.
- Ross, N.A., Wolfson, M.C., Dunn, J.R., Berthelot, J.-M., Kaplan, G.A. and Lynch, J.W. (2000): Relation between Income Inequality and Mortality in Canada and in the United States. Cross Sectional Assessment Using Census Data and Vital Statistics. *British Medical Journal*, Vol. 320, S. 898–902.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987): Jahresgutachten 1987, Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): Jahresgutachten 1992, Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Sondergutachten 1997, Gesundheitswesen in Deutschland, Bd. 2, Baden-Baden.
- Schaefer, H. und Blohmke, M. (1977): *Herzkrank durch psychosozialen Stress*, Heidelberg.
- Schulte, B. (1998): Europäische Gesundheitspolitik nach dem Vertrag von Amsterdam. *Staatswissenschaften und Staatspraxis*, Bd. 9, S. 359–395.
- Schwartz, F.W. und Busse, R. (1998): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen*, München, S. 385–411
- Sen, A. (1998): Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal*, Vol. 108, S. 1–25.
- Sendler, H. (1999): Gesundheitsziele tragfähig verabreden. Gesellschaftspolitische Kommentare, Sondernummer 2, S. 7–9.
- Shieber, G. (1987): *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*. Paris.
- Sommer, B. (1992): Entwicklung der Bevölkerung bis 2030. Ergebnis der siebten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. *Wirtschaft und Statistik*, 4/1992, S. 217–222
- Sommer, B. (1994): Entwicklung der Bevölkerung bis 2040. Ergebnis der achten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. *Wirtschaft und Statistik* 7/1994, S. 497–503.
- Sommer, B. (1998): Die Sterblichkeit in Deutschland im regionalen und europäischen Vergleich. *Wirtschaft und Statistik*, 12/1998, S. 960–970.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1960): *Statistisches Jahrbuch 1960*, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000): *Fachserie 12, Gesundheitswesen, Reihe S. 2, Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1997*, Stuttgart.
- Steinki, P., Pristl, K., Groener, G. (1990): Die Säuglingssterblichkeit in Baden-Württemberg. *Jahrbücher für Statistik und Landeskunde von Baden-Württemberg*, Bd. 34, Stuttgart, S. 5–64.
- Theurl, E. (1996): *Staat und Gesundheitswesen. Analyse historischer Fallbeispiele aus der Sicht der Neuen Institutionellen Ökonomik*, Wien, Köln, Graz.

- Universities of Leeds and Glamorgan and London School of Hygiene and Tropical Medicine (1998): *The Health of the Nation – a policy assessed*. Two reports commissioned for the Department of Health, London.
- Vaupel, J.W. and Yashin, A.I. (1985): *Heterogeneity's Ruses: Some Surprising Effects of Selection on Population Dynamics*. *The American Statistician*, Vol. 39, S. 176–185.
- Wasem, J. (1999): *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie*, Neuss.
- Wasem, J. und Güther, B. (1998): *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Eine Bestandsaufnahme*, Neuss.
- Water, H.P.A. v.d. and Herten, L.M. v. (1996): *Bull's Eye of Achilles' Heel; WHO's European Health for All Targets Evaluated in the Netherlands*, Leiden.
- Weinermann, E.R. (1971): *Research on Comperative Health Service Systems*. *Medical Care*, Vol. 9, S. 272–290.
- WHO (World Health Organization), Regionalbüro für Europa (1998): *Gesundheit 21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5, Kopenhagen.
- WHO (World Health Organization), Regionalbüro für Europa (1999): *Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6, Kopenhagen.
- WHO (World Health Organization) (2000): *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, France.
- Wille, E. (1986): *Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaus*, in Wille, E. (Hrsg.), *Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen*, Frankfurt, S. 91–126.
- Wille, E. (1998): *Mögliche Auswirkungen der Europäischen Währungsunion auf die Sozial-, insbesondere auf die gesetzliche Krankenversicherung*. *Staatswissenschaften und Staatspraxis*, Bd. 9, S. 343–358.
- Wille, E. (1999a): *Rationalisierung und Rationierung aus ökonomischer Sicht*, in: Häfner, H. (Hrsg.), *Gesundheit unser höchstes Gut?*, Berlin, S. 331–343.
- Wille, E. (1999b): *Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung*, in: Wille, E. (Hrsg.), *Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden, S. 95–156.
- Wille, E. und Ried, W. (1996): *Die Umwelt als Determinante des Gesundheitszustands*, in: Eichhorn, P. (Hrsg.): *Ökologie und Marktwirtschaft. Probleme, Ursachen und Lösungen*, Wiesbaden, S. 165–188.
- Winkler, J. und Stolzenberg, H. (1999): *Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Das Gesundheitswesen*, Bd. 61, 2. Sonderheft, Schwerpunktheft: *Bundes-Gesundheitssurvey 1998*, S. 178–183.
- Wismar, M., Busse, R. und Schwartz, F.W. (1998): *Konzeptionelle, methodische und politische Überlegungen zu ergebnisorientierten Gesundheitszielen. Sozialer Fortschritt*, Bd. 47, S. 272–279.
- Wismar, M. und Schwartz, F.W. (1999): *Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument. Verbesserte Allokationseffizienz in der Gesundheitsversorgung? Gesellschaftspolitische Kommentare*, Bd. 40, So-Nr. 2/99, S. 13–17
- Wittwer-Backofen, U. (1999): *Disparitäten der Alterssterblichkeit im regionalen Vergleich – Biologische versus sozioökonomische Determinanten – Regionale Studien für den Raum Hessen, Materialien zur Bevölkerungswissenschaft*, Heft 95, Wiesbaden.
- Zok, K. (1999): *Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung. Einschätzungen und Erwartungen aus Sicht der Versicherten*, WIdO-Materialien 43, Bonn.

2. Optimierung des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention

109. Der Verhütung der Entstehung und des Eintritts von Erkrankungen kommt als Handlungsfeld zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zunehmend größere Bedeutung zu. Chronische Erkrankungen, die heute das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern weitgehend dominieren, sind trotz des in der Vergangenheit erzielten und für die Zukunft zu erwartenden medizinischen Fortschritts in der Mehrzahl der Fälle nicht heilbar im Sinne einer Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustandes. Meist gelingt es der Medizin lediglich, den aktuellen Gesundheitszustand zu halten, den Krankheitsverlauf zu verzögern oder die Krankheitsfolgen zu lindern. Abgesehen von den negativen Folgen für die Betroffenen, die sich in verkürzter Lebensdauer und verminderter Lebensqualität äußern, beansprucht die Versorgung dieser zunehmend größer werdenden Gruppe von chronisch beeinträchtigten Menschen auch erhebliche Ressourcen. Das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen ist aber in hohem Maße abhängig vom persönlichen Verhalten sowie von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt. Zu fragen ist, ob eine stärkere Investition in Krankheitsverhütung nicht nur – durch Verlängerung von Lebensdauer und Verbesserung von Lebensqualität – einen höheren gesundheitlichen Nutzen, sondern auch Einsparungen im Gesundheitssystem bewirken könnte. Zwar hat der Rat in früheren Gutachten (JG 1988, Ziffer 282) davor gewarnt, Investitionen in die Prävention vorrangig als Instrument der Kostendämpfung anzusehen und dafür plädiert, Prävention vor allem im Dienste einer effektiveren Gesundheitsversorgung zu sehen, gleichwohl stellt sich auch unter ökonomischen Gesichtspunkten die Frage nach der besten Nutzung vorhandener Ressourcen.

Dabei liegen wesentliche Ansatzebenen der Krankheitsverhütung außerhalb dessen, was bis heute üblicherweise als Gesundheitspolitik verstanden wird: Ein erheblicher Teil der Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung ist auf soziale und Hygieneeffekte zurückzuführen, u. a. auf das Wohlstandsniveau, die Einkommensverteilung, Bildung, Arbeit, Verkehr sowie die physische und soziale Umwelt (SG 1996, Ziffer 213). Mortalität und Morbidität sind also auch im gesellschaftlichen Sinne plastische Größen, und Präventionspolitik ist mehr als Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wie Abbildung 12 in Abschnitt I-1.4 verdeutlicht, kann auch theoretisch in einem erweiterten Modell des Gesundheitssystems der Gesundheitszustand der Bevölkerung als exogener Input verstanden werden, der sich bei Gesundheitsproblemen bzw. Krankheit im engeren Gesundheitssystem der professionellen Versorgung bei Krankheiten in einen endogenen Input in Form von Patientennachfrage transformiert.

2.1 Prinzipien von Gesundheitsförderung und Prävention

2.1.1 Definitionen

110. Der Rat hat in seinen bisherigen Gutachten im Einklang mit den meisten wissenschaftlichen Definitionen Prävention als Krankheitsverhütung verstanden. Prävention im Sinne einer generellen Vermeidung eines schlechteren Zustandes²⁸ umfasst daher alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern (Schwartz, F.W. u. Walter, U. 1998).

Es lassen sich diesem Verständnis nach drei Ebenen der Prävention unterscheiden:

- Primärprävention bezeichnet die generelle Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen (darunter: Risikofaktoren) bestimmter Erkrankungen oder ihre individuelle Erkennung und Beeinflussung. Sie setzt vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung ein. Gesundheitspolitisches Ziel der Primärprävention ist die Senkung der Inzidenzrate oder der Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum oder einer (Teil-) Population.
- Sekundärprävention bezieht sich demgegenüber auf die Entdeckung eines eindeutigen (auch symptomlosen) Frühstadiums einer Krankheit und deren erfolgreiche Frühtherapie. Gesundheitspolitisches Ziel der Sekundärprävention ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.
- Tertiärprävention kann im weiteren Sinne als die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder zu verzögern, verstanden werden. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich bestimmte Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Tertiärprävention. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist diesem Verständnis nach, die Leistungsfähigkeit soweit als möglich wiederherzustellen bzw. zu erhalten (Schwartz, F.W. u. Walter, U. 1998).

111. Die Komplexität der Ätiologie und der Wirkmechanismen bei der Prävention sowie die Vielfalt der oft unabhängig voneinander entstandenen Organisationen und Interventionen erschweren die Bildung trennscharfer

²⁸ Kuration und Rehabilitation dagegen suchen einen besseren zu erreichen (JG 1988, Ziffer 283).

Kategorien und einer einheitlichen Terminologie. Unstrittig dürfte sein, dass Primärprävention alle Bemühungen zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit sowohl von spezifischen Erkrankungen als auch von Erkrankung überhaupt umfasst (Risikosenkung bis hin zur Risikoeliminierung). Strategien, die diesem Ziel dienen, können sich zwar in manchen Feldern (z. B. Lebensmittelhygiene, technische Risiken) darauf beschränken, tatsächliche oder mögliche Gesundheitsbelastungen zu beeinflussen. Meist wird es hingegen auch darauf ankommen, zugleich die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen der betroffenen Individuen bzw. der Zielgruppen anzustreben: sei es, um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, sei es, um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, sei es, um Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen, zu entwickeln bzw. freizusetzen. Dieser Aspekt – die Stärkung bzw. Vermehrung von Ressourcen – wird als Gesundheitsförderung bezeichnet. Primäre Prävention der heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen zielt deshalb sinnvollerweise sowohl auf die Senkung von Belastungen (z. B. physikalische und chemische Belastungen, Disstress, körperliche und seelische Erschöpfungszustände, schlechte Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel, soziale Isolierung) als auch auf die Vermehrung der Möglichkeiten, solche Gesundheitsbelastungen zu meiden bzw. zu bewältigen oder ihnen Positives entgegenzusetzen (Selbstbewusstsein, Bildung, Einkommen, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung, Transparenz, Partizipation, Verhaltensspielräume). Schlüsselvariable für den Erfolg von präventiven Strategien, die Belastungssenkung und Gesundheitsförderung miteinander kombinieren, sind in der Regel die Mobilisierung und Aktivierung der Zielgruppen (enabling, empowerment). Das zeigt sich vor allem in den diesbezüglich erfolgreichen Kampagnen der Aids-Prävention und Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung: Auf beiden Feldern scheint es exemplarisch gelungen, durch die Unterstützung und Förderung der Bedingungen von Kommunikation und Gruppenzusammenhalt Gesundheitsrisiken (im Verhalten wie auch in der physischen und sozialen Umwelt) sowohl kollektiv zu identifizieren als auch durch die Meidung bzw. Minderung von Belastungen und die Stärkung von Ressourcen zu senken (Rosenbrock, R. 2000). An diese Erfolge versuchen heute zahlreiche Projekte z. B. auf den Gebieten gesunde Ernährung, Umgang mit Genussgiften/Suchtprophylaxe anzuknüpfen. Der Rat definiert somit auch Gesundheitsförderung in erster Linie im Hinblick auf Krankheitsvermeidung bzw. Risikosenkung (SB 1994, Ziffer 220), wobei es sich bei Gesundheitsförderung regelmäßig um unspezifische Maßnahmen handelt.

112. Das Konzept der Gesundheitsförderung als Herangehensweise an die Prävention wird u. a. auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und propagiert (WHO 1986). Auch hier wird bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und

Potenziale angesetzt. Um diese zu entwickeln, sollen – so die WHO –

- die Bedingungen gesundheitsförderlicher Gesamtpolitik geschaffen,
- persönliche Kompetenzen entwickelt,
- gesundheitsförderliche Lebenswelten geschaffen,
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützt und
- Gesundheitsdienste dementsprechend neu organisiert werden.

Diese Bemühungen zielen zum einen auf den einzelnen Menschen (höheres Maß an Selbstbestimmung)²⁹ mit dem Ziel der Kompetenzsteigerung und zum anderen auf alle gesellschaftlichen Ebenen mit dem Ziel größerer Gleichheit in den Chancen der Gesundheits- und Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen. Nach den Vorstellungen der WHO stellen soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit ebenso Grundvoraussetzungen für Gesundheit dar wie Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem und eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen. Entscheidend am Konzept der Gesundheitsförderung der WHO ist, dass es vor allem auf einem salutogenetischen Konzept basiert, das sich mit der Entstehung von Gesundheit beschäftigt. Die herkömmlichen pathogenetisch orientierten Konzepte beschäftigen sich dagegen vorwiegend mit der Entstehung von Krankheit. Tabelle 12 stellt das salutogenetische Modell schematisch überzeichnend dem pathogenetischen gegenüber.

113. Der Gesetzgeber hat in seiner Neuformulierung des § 20 SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 ebenfalls die salutogen orientierte Sichtweise der WHO in Teilen aufgegriffen und Leistungen der Primärprävention als solche definiert, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen (§ 20 Abs. 1 SGB V).

Die Neuformulierung des § 20 dokumentiert den Willen des Gesetzgebers, den Fokus der Primärprävention zu erweitern. Im Mittelpunkt steht die Verbesserung von Gesundheit. In der Begründung zum Gesetz heißt es hierzu: „Das Gesundheitssystem darf nicht nur ein Reparaturbetrieb für bereits entstandene Krankheiten sein. Die Förderung von Gesundheit und die Prävention von Krankheiten müssen integraler Bestandteil werden.“

114. Der Rat begrüßt eine solche Erweiterung um eine gesundheitsorientierte Vorgehensweise, weist jedoch aus-

²⁹ Eine solche Definition ist aus der Perspektive eines Gesundheitsversorgungssystems nicht unproblematisch, da sie – als Bestandteil der Selbstbestimmtheit – auch die Verweigerung gesundheitsförderlichen Verhaltens beinhaltet.

Tabelle 12

Polarisierende Annahmen zum pathogenetischen und salutogenetischen Modell

Annahme in Bezug auf	Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase ^{a)}
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie ^{b)}	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Pathologie der Krankheit, reduktionistisch	Geschichte des Kranken und seines Krank-Seins, ganzheitlich
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren, negative Stressoren	heilsame Ressourcen, Kohärenzsinn ^{c)}
Wirkung von Stressoren	potenziell krankheitsfördernd	krankheits- und gesundheitsfördernd ^{d)}
Intervention	Einsatz wirksamer Heilmittel (<i>magic bullets</i> , Wunderwaffen)	aktive Anpassung, Belastungsreduktion und Ressourcenentwicklung

^{a)} Ungleichgewicht, fehlende Stabilität, Gegenteil von Homöostase

^{b)} Dabei sollte beachtet werden, das auch in pathogenetisch orientierten Modellen im Rahmen eines zeitgemäßen Verständnisses die Dichotomie von Gesundheit und Krankheit zunehmend zugunsten eines Kontinuums infrage gestellt wird.

^{c)} Das Konzept des Kohärenzsinn wurde von Antonovsky, A. (1987) als zentrale Variable seines Modells zur Entstehung von Gesundheit entwickelt. Es beschreibt das Ausmaß, in dem ein Individuum glaubt, sich sinnhaften Anforderungen gegenüber zu sehen, die es als Herausforderung erleben kann und für bewältigbar hält. Das Konzept ist aufgrund seiner Komplexität kaum überprüfbar, weswegen ihm ein eher theoretischer als praktischer Nutzen beigemessen wird.

^{d)} Stress kann dann gesundheitsfördernd wirken, wenn seine Bewältigung nicht als Problem sondern als Herausforderung erlebt wird.

Quelle: Nach Noack, R.H. (1997), S. 95

drücklich darauf hin, dass sich das Salutogenesemodell in seiner heute gebräuchlichsten Fassung von Antonovsky, A. (1987) einer generellen Überprüfung bislang entzieht. Eine Metaanalyse zum Konzept des in diesem Modell zentralen „Kohärenzsinn“ hat ergeben, dass dieses als gedanklich fruchtbar, empirisch allerdings derzeit lediglich für den Bereich psychischer Erkrankungen als belastbar beurteilt wird (Bengel, J. et al. 1998). Die generelle Wirksamkeit von Gesundheitsressourcen sowohl für die Krankheitsverhütung, Krankenbehandlung und Krankheitsbewältigung einschließlich der Rehabilitation ist dagegen vielfach belegt (z. B. Kegeles, S.M. u. Hart, G.J. 1998; Turner, R.J. u. Marino, F. 1994; Choi, K.-H. u. Coates, T.J. 1994; Sochert, R. 1998; Ovretveit, J. 1996b; Badura, B. 1987).

Anstatt sie als Gegensätze zu begreifen, die einander ausschließen, sollten Belastungsminderung und Ressourcenvermehrung als einander ergänzende Herangehensweisen zur Risiko- und damit Inzidenz-Absenkung betrachtet werden. Prävention im Sinne des § 20 SGB V soll demnach nicht nur der gezielten Krankheitsvermeidung, sondern auch der allgemeinen Gesundheitsverbesserung dienen. Bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, -programmen und -maßnahmen sollte immer nach beiden Aspekten gefragt werden: Welche Belastungen können im Hinblick auf Krankheitsvermeidung gesenkt werden und welche Ressourcen können gestärkt werden?

2.1.2 Ökonomische (gesamtwirtschaftliche) Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention

115. Theoretisch (bei nicht saldierter und nicht diskontierter Betrachtung) lassen sich rund 25 bis 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden (Schwartz, F.W. et al. 1999). Die zunehmende Bedeutung von Krankheitsverhütung als Instrument zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung wirft im Zuge der Ressourcenknappheit im Gesundheitssektor auch ökonomische Fragen auf. Das Effizienzpostulat fordert, dass 1) mit gegebenen Mitteln ein größtmöglicher Erfolg erzielt wird oder 2) ein gegebener Erfolg mit den geringst möglichen Mitteln realisiert wird. Es stellt sich also die Frage, ob insgesamt durch Gesundheitsförderung und Prävention die Gesundheit der Bevölkerung gesteigert bzw. konstant gehalten werden kann, ohne dass zusätzliche Mittel bereitgestellt werden müssen. Zur Beantwortung dieser Frage müssen die Kosten und Erträge (Nutzen) einer verstärkten Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Wirkungszusammenhänge mit Verwendungszwecken in anderen konkurrierenden Bereichen des Gesundheitssystems in Beziehung zueinander gesetzt werden.

116. Ein Instrument zur ökonomischen Evaluation ist die Nutzen-Kosten-Analyse. Sie versucht, durch den Ver-

gleich der projektbezogenen Nutzen mit den entsprechenden Opportunitätskosten den gesellschaftlichen Netto-Nutzen eines Projektes abzuschätzen. Entsprechend ihrer gesamtwirtschaftlichen Orientierung strebt sie die Einbeziehung sämtlicher Kosten und Nutzen an, die das zur Diskussion stehende Projekt verursacht.

Zu den Kosten einer Präventionsmaßnahme, die bei der Bewertung dieser Maßnahme berücksichtigt werden müssen, zählen die direkten Kosten des Präventionsprogramms (z. B. Personal- und Materialkosten), die Kosten der Teilnehmer (z. B. Eigenleistungen, Zugangskosten), Folgekosten (z. B. Kosten durch notwendigen Medikamentenkonsum im Gefolge der Präventionsmaßnahme), indirekte Kosten (z. B. Produktionsverluste durch Arbeitsunfähigkeit) und intangible Kosten (z. B. psychische Belastungen durch die Prävention) (Krauth, C. et al. 1998; Seyfarth, L. 1985).

Zur Bewertung der Erträge einer Präventionsmaßnahme müssen direkte Erträge (z. B. die durch die Präventionsmaßnahme ermöglichte gesündere Lebenszeit und die dadurch eingesparten Kosten durch den Verzicht auf die Inanspruchnahme medizinischer Behandlung), indirekte Erträge (z. B. Erträge durch die produktive Nutzung der durch Präventionsmaßnahmen ermöglichten gesünderen Lebenszeit) und intangible Erträge (z. B. vermiedene Ängste und Schmerzen) herangezogen werden (Seyfarth, L. 1985).

Während die Kosten einer Präventionsmaßnahme – abgesehen von den intangiblen Kosten – in der Regel eine Messung in monetären Einheiten erlauben, ist die Erfassung und vor allem monetäre Bewertung der Erträge problematisch. Die Wirksamkeits-Kosten-Analyse umgeht dieses Problem – und damit auch die unter ethischen Gesichtspunkten problematische monetäre Bewertung von gesundheitlichen Outcomes – dadurch, dass sie den Ertrag eines Projektes mithilfe physischer Indikatoren erfasst.

117. Neben der monetären Bewertung ist die Festlegung des zu berücksichtigenden Zeithorizonts bei der Evaluation von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention schwierig. So treten die Erträge meist erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung auf (und werden deshalb eventuell nicht mehr berücksichtigt), während die Kosten größtenteils am Anfang des Projektes anfallen. Da zukünftige Erträge und Kosten in der Regel auf die Gegenwart abdiskontiert werden, ist unter sonst gleichen Bedingungen eine Präventionsmaßnahme umso weniger effizient, je größer die zeitliche Verzögerung zwischen Kosten und Erträgen ist und je höher der Diskontsatz gewählt wird (Seyfarth, L. 1985).

118. Wie oben schon erwähnt, bedeutet „Effizienz“ nicht nur „Netto-Ersparnis“, häufig werden Präventionsmaßnahmen jedoch allein nach diesem Kriterium bewertet. Ob Kosteneinsparungen durch eine Präventionsmaßnahme erzielt werden können, hängt jedoch auch davon ab, ob im kurativen Sektor gleichzeitig gesundheitspolitische Maßnahmen eingeleitet werden, die die im Zuge der Prävention möglichen auftretenden Veränderungen des Verhaltens der Anbieter und Nachfrager kurativer Leis-

tungen (z. B. Steigerung der angebotsinduzierten Nachfrage zur Kompensation des präventionsbedingten Nachfrageausfalls, Steigerung der nicht präventionsbedingt gesenkten Nachfrage) begrenzen (Seyfarth, L. 1985). Präventionsmaßnahmen sollten deshalb nicht allein nach der Netto-Ersparnis beurteilt werden, vielmehr sollten – wie in der kurativen Medizin – Kriterien der Wirksamkeit herangezogen werden, wobei weiterhin eine akzeptable Nutzen-Kosten-Relation gefordert wird (siehe Abschnitt I-2.1.5; vgl. auch SB 1994, Ziffer 226).

2.1.3 Ordnungsgesichtspunkte

119. Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten ordnen. Auch hier gilt wieder wie bei der Unterscheidung in belastungssenkende und ressourcensteigernde Maßnahmen, dass die Kriterien sich nicht ausschließen sondern gegenseitig ergänzen, d. h. als Anregung dienen können, um zu überprüfen, ob alle Aspekte in der jeweiligen Maßnahme berücksichtigt worden sind.

120. Ein traditionelles Ordnungsprinzip ist das der Verhaltens- und Verhältnisprävention (SB 1994, Ziffer 227); inzwischen wird auch von individuums- und kontextbezogener Prävention bzw. Gesundheitsförderung gesprochen. Während sich individuumsbezogene Maßnahmen auf präventiv wirksame Veränderungen beim Einzelnen konzentrieren, z. B. auf die angestrebte Reduktion des Alkoholkonsums durch Stärkung der sozialen Kompetenz in Suchtvorbeugungsmaßnahmen in Schule und Beruf, befassen sich kontextbezogene Maßnahmen und Initiativen mit Veränderungen in der Umwelt, z. B. in Form einer Forderung an den deutschen Werberat, die Werbung für Alkohol weiter einzuschränken oder die vom Rat bereits 1994 geforderte Erhöhung der Steuern auf gesundheitsschädigende Genussmittel wie Alkohol und Tabak, die dann wiederum dem Gesundheitssystem zugute kommen könnten bzw. aus Gründen der gesellschaftlichen Signalwirkung unter Umständen auch sollten (SB 1994, Ziffer 622ff.). Bei der Verhältnisprävention geht es – in unterschiedlichem Mischungsverhältnis – sowohl um die direkte Verminderung von Gesundheitsbelastungen als auch um die Schwächung von Auslösereizen für gesundheitsbelastendes Verhalten sowie um die Stärkung der Anreize bzw. Möglichkeiten, Gesundheitsbelastungen aus der technischen und sozialen Umwelt zu identifizieren bzw. zu senken. Unter anderem der zuletzt genannte Aspekt zeigt, dass eine trennscharfe Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention irreführend sein kann.

121. Als ähnlich unscharf erweist sich häufig die Unterscheidung zwischen spezifischer und unspezifischer Prävention. Dies gilt vor allem bei Gesundheitsbelastungen, die für eine Vielzahl von Erkrankungen mitverantwortlich sind. So sind beispielsweise die möglichen Folgen von Tabakkonsum vielfältig: Lungenkrebs (jeder vierte starke Raucher erkrankt an Lungenkrebs), chronische Bronchitis, Herzinfarkt, Krebs der Mundhöhle, des Kehlkopfes, der Speiseröhre und der Blase, Krankheiten der oberen Luftwege durch Passivrauchen, Schädigung

der Föten, ggf. Missbildungen infolge Rauchens in der Schwangerschaft (SB 1994, Ziffer 644). Es bietet sich daher in diesem Fall an, Maßnahmen der Prävention nicht auf jeweils einzelne Krankheiten zu richten, sondern auf das Rauchverhalten als mitverursachenden Faktor sämtlicher vorgenannten Erkrankungen.

122. Oftmals ist eine Unterscheidung nach Risikogruppen sinnvoll. So ist z. B. das Risiko, an Osteoporose zu erkranken, besonders für Frauen nach der Menopause erhöht, sodass sich hier eine Einengung der Maßnahmen und Programme auf diese spezifische Gruppe anbietet. Zu einer gruppenspezifischen Ordnung von Prävention und Gesundheitsförderung gehört auch die Kategorisierung nach Lebenslagen bzw. sozialer Lage. Ausgehend von dem immer häufiger auch empirisch belegbaren Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit, insbesondere Armut und Gesundheit (Wilkinson, R. 1996; Helmert, U. et al. 1997; Mielck, A. 1994 und 2000) lässt sich hier ein großer Bedarf an gruppenspezifischen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, die sowohl individuums- als auch kontextbezogen angelegt sein sollten, ableiten.

123. Liegt der Schwerpunkt auf kontextbezogenen Maßnahmen, wie sie der WHO-Ansatz der Gesundheitsförderung betont, ist die Einteilung nach Settings hilfreich. Als Setting kann jede bewusst koordinierte soziale Einheit mit relativ klar abgrenzbaren Zugehörigkeiten verstanden werden, die auf relativ kontinuierlicher Basis zur Erreichung eines oder mehrerer Ziele arbeitet (Barie, L. u. Conrad, G. 1999). Settings können neben Betrieb, Schule und Elternhaus auch Freizeiteinrichtungen, z. B. Sportvereine, oder regionale Gegebenheiten, z. B. Stadtteile oder Gemeinden, sein. Ein Charakteristikum des Setting-Ansatzes ist, dass in einem gegebenen sozialen Kontext gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen bzw. Akteure erreicht werden können (z. B. im Setting Schule: Schüler, Lehrer, Eltern, Personal) und darüber hinaus kontext- und individuumsbezogene Maßnahmen sich wechselseitig unterstützend kombiniert werden können.

124. Eine andere Ordnung, die sich mehr an den institutionellen Zuständigkeiten als an Risikogruppen oder Kontexten orientiert, wurde für den Gesundheitsbericht für Deutschland (Statistisches Bundesamt 1998) gewählt. Hier wird nach Gesundheitsschutz, Vorsorge und Früherkennung unterschieden.

Unter Gesundheitsschutz wird vor allem staatliche Daseinsfürsorge mit rechtlich fixierten staatlich-öffentlichen Interventionen verstanden. Dazu gehören die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheitsberichterstattung, Infektionsschutz und allgemeine Hygiene, Güte des Trinkwassers und die Immission relevanter Schadstoffe, Lebensmittelhygiene und -kontrolle, Überwachungen von öffentlichen Einrichtungen und Anlagen, Umwelthygiene, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sowie Stellungnahmen zu öffentlichen Planungsvorhaben aus gesundheitlicher Perspektive) sowie die Aufgaben des betrieblichen Arbeitsschutzes (Leistungen der Arbeitgeber, staatlicher Arbeitsschutzbehörden sowie

Leistungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen).

Unter Gesundheitsvorsorge werden Maßnahmen der Primärprävention auf individueller und gesellschaftlicher Ebene, die den Erhalt von Gesundheit und die Verhütung von Krankheit und Unfällen zum Ziel haben, subsumiert. Dazu gehören u. a. die Vorsorgekuren, die Mutter- und Kind-Kuren, die Schwangerenvorsorge, die Beratungen zum Schwangerschaftsabbruch, die Vorsorgemaßnahmen der Gesundheitsämter im Säuglings- und frühen Kindesalter inklusive Mütter- bzw. Elternberatungen sowie die Reihenuntersuchungen in Kindergärten, Kindertagesstätten und Sonder- bzw. Förderschulen, die Einschulungsuntersuchungen, Impfmaßnahmen sowie die Mundgesundheitsvorsorge im Kindes- und Schulalter.

Von der Gesundheitsvorsorge als Maßnahmen der Primärprävention abgegrenzt werden die Früherkennungsangebote, die sich auf Sekundärprävention beziehen, nämlich Fehlentwicklungen, Krankheiten und Behinderungen in einem frühen Stadium zu erkennen, um so früh wie sinnvoll die notwendigen medizinischen Behandlungen einleiten zu können. Hierzu gehören die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U1 bis U10), die Jugendgesundheitsuntersuchung, die ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen³⁰ sowie die Krebsfrüherkennungsangebote für Männer (äußere Geschlechtsorgane, Prostata, Haut und Darm) und Frauen (Geschlechtsorgane, Brust, Haut, Darm). Dazu gehören ferner auf Bundesebene die Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die als nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit und in dessen Auftrag Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene vorhält. Diese erstrecken sich auf die Themen Drogen, Sucht, Aids, Sexualaufklärung sowie Kindergesundheit (Ernährung, Impfen). Zum einen führt die BZgA eigene Kampagnen zu den oben genannten Themen durch, zum anderen richten sich ihre Angebote an Multiplikatoren. Darüber hinaus betätigt sie sich in der Erstellung und Bereitstellung von Schulmaterialien.

125. Ein Ordnungsprinzip, das sich ebenfalls gut eignet, um relevante Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung bevölkerungsbezogen akteurs- und institutionenübergreifend möglichst vollständig zu identifizieren, ist eine lebensphasenspezifische Strukturierung von Problemlagen, Risiken und Maßnahmen, die sich auf die jeweiligen Altersgruppen (Säuglinge und Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene in der Erwerbsphase, Erwachsene im Ruhestand, Hochbetagte) bezieht. In Abschnitt I-2.2 ist diesem Ordnungs-

³⁰ Diese Untersuchung, die insbesondere auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, von Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen sowie die Identifikation von Risikomeerkmalen für andere Volkskrankheiten abzielt, steht jedem Erwachsenen ab dem 36. Lebensjahr im zweijährigen Abstand zu, wird jedoch nur von rund 20 % der Bevölkerung in Anspruch genommen (Statistisches Bundesamt 1998).

prinzip folgend das lang vernachlässigte Präventionspotenzial in der Gruppe der alten Menschen mit seinen jeweiligen Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben und kindheitsbezogenen Ansätzen gegenüber gestellt.

2.1.4 Zuständigkeit, gesetzliche Regelungen und Maßnahmen

126. Es gibt eine Vielzahl von Institutionen und Verbänden, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Abbildung 15 zeigt das vielfach unterschätzte, breit gefächerte Angebot an solchen Maßnahmen und Programmen getrennt nach Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene (Walter, U. u. Schwartz, F.W. 1998). Die Bandbreite der Institutionen, die Präventionsmaßnahmen auf den unterschiedlichsten Ebenen entwickeln und durchführen, reicht von Selbsthilfegruppen (individuumbezogene, krankheitsspezifische Tertiär- und Sekundärprävention, z. B. Asthaschulungen) bis hin zu Ministerien (kontextbezogene, risikobezogene Primärprävention, z. B. Verbot von Alkoholwerbung). Hier

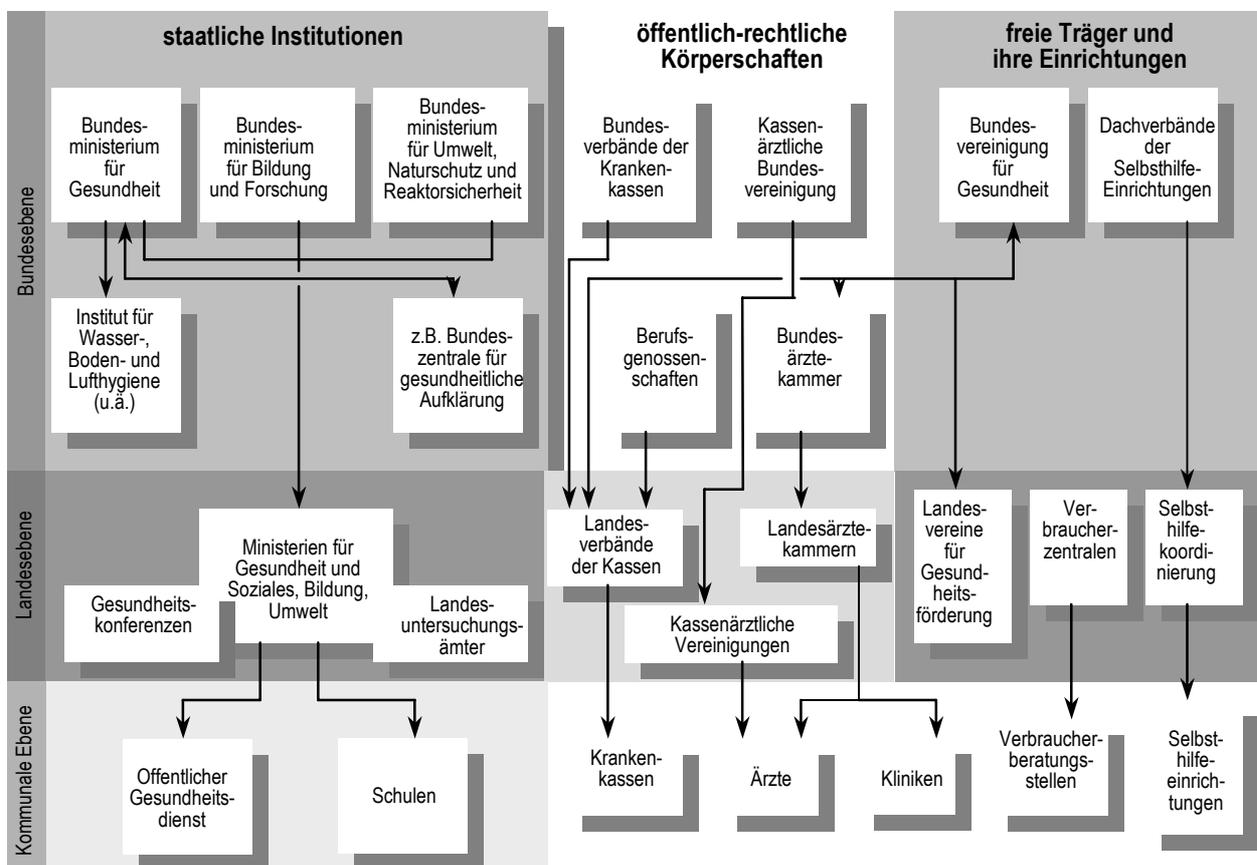
könnte das vorhandene Präventionspotenzial ausgebaut werden durch eine sinnvolle Zuordnung von Präventionsmaßnahmen zu Einrichtungen (z. B. Rauchentwöhnungskurse für Patienten mit Risikokrankheiten direkt in der Klinik) und durch eine bessere Vernetzung, die noch an vielen Stellen fehlt. Auch ein Überblick über die Präventionsangebote einer Region ist oft nicht vorhanden. Der Rat empfiehlt deswegen, Prävention als Thema in sämtliche regionalen und überregionalen Gesundheitsberichte mit aufzunehmen. Dies würde die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten einer Region in angemessener Weise zusammenfassen, die Vernetzung einzelner Angebote erleichtern und nicht zuletzt die Wichtigkeit dieser beiden Themenbereiche betonen.

127. Ebenso breit wie die Palette der Institutionen und Verbände, die Prävention und Gesundheitsförderung betreiben, ist die Liste der Themenfelder, auf die sich Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung beziehen.

Tabelle 13 zeigt die etablierten Themenfelder von Prävention und Gesundheitsförderung mit ihren jeweils konkreten Angeboten. In der Tabelle spiegelt sich genau die

Abbildung 15

Einrichtungen und Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene



Quelle: Modifiziert nach Walter, U. u. Schwartz, F.W. (1998), S. 201

Tabelle 13

Etablierte Themenfelder und Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung³¹

Themenfelder	Angebote
Krankheitsbezogen Früherkennung bei Kindern/Jugendlichen	Neugeborenencreening (in verschiedenen Bundesländern etabliert, z. B. auf Stoffwechseldefekte ³² ; GKV: U1 bis U10, J1)
Früherkennung von Krebserkrankungen	GKV: Früherkennung Männer: äußere Geschlechtsorgane, Prostata, Haut und Darm; Frauen: Geschlechtsorgane, Brust, Haut, Darm
Früherkennung von Schwangerschaftskomplikationen	Vorsorgeuntersuchungen (GKV) und Kurse zur Geburtsvorbereitungskurse
Chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Asthma)	Schulungsmaßnahmen (GKV)
Infektionskrankheiten (z. B. AIDS, Geschlechtskrankheiten, Hepatitis B)	Aufklärungsprogramm (diverse Träger), kostenlose Impfungen (GKV, ÖGD) gegen relevante Erkrankungen, (z. B. Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis etc.)
Karies	Einzel- und Gruppenprophylaxe (GKV)
Bereichsbezogen Ernährung(-szusätze)	Jod (Schilddrüsenerkrankungen), Kalzium, Vitamin D (Wachstumsstörungen, Rachitis), Fluor (Zahnerkrankungen) (diverse freiwillige Träger) Kurse zur Gewichtsreduktion, gesunden Ernährung, Einzelberatung (diverse Träger, auch GKV)
Bewegung	Kurse mit Bewegungsangeboten, Rückenschule, Sportangebote etc. (z. T. GKV)
Stressbewältigung	Kurse zu Stressmanagement und Entspannungsmethoden (z. T. GKV)
Sucht	Suchtvorbeugungsprogramme in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Jugendhilfe (Hauptstelle Fürsorge gegen die Suchtgefahren, BZgA etc.)
Gesundheitsschutz	Infektionsschutz, Hygienekontrollen, Trinkwasserüberprüfungen, Lebensmittelhygiene und Lebensmittelkontrolle, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen, Überwachung öffentlicher Einrichtungen und Anlagen, Umwelthygiene (ÖGD)

³¹ Um die Tabelle nicht unnötig zu verlängern, wurde darauf verzichtet, die Angebote der Information und Aufklärung, die es bei praktisch allen Angeboten gibt, immer wieder aufzulisten. Es gilt wohl inzwischen als Konsens, dass die Informations- und Aufklärungsarbeit im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung am weitesten fortgeschritten ist. Handlungsbedarf besteht daher eher bei der Entwicklung konkreter zielgruppenspezifischer Maßnahmen (inklusive Zugangswegen) bzw. noch dringender bei der Evidenzbasierung sowie der Qualitätssicherung bestehender und neuer Maßnahmen.

³² Diese Programme werden im Allgemeinen auf Länderebene festgelegt und finanziert. Sie umfassen z.B. in Bayern (Stand 2000) Hyperphenylalaninämie, Hypothyreose und weitere seltene Stoffwechseldefekte sowie das adrenogenitale Syndrom (Mitteilung von Prof. Dr. Dr. H.B. Hadorn).

noch Tabelle 13

Etablierte Themenfelder und Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung (Fortsetzung)

Themenfelder	Angebote
Arbeitsschutz	„integrierter Arbeitsschutz“ durch Arbeitgeber (betrieblicher Arbeitsschutz) (ArbSchG) und gesetzliche Unfallversicherung (GUV) (SGB VII), „ergänzende Maßnahmen“ durch GKV (§ 20 SGB V), Reduktion physikalisch-chemischer sowie psychosozialer „arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen“ auf Basis systematischer Gefährdungsanalysen mit transparenten und partizipativen Verfahren
Unfälle Unfälle in Schule und Beruf	Überprüfung der Produktsicherheit, Kontrolle der betrieblichen Unfallverhütungsmaßnahmen, Information und Kurse zur Sicherheit am Arbeitsplatz (Arbeitsschutz), Sicherheitsmaßnahmen in der Schule (GUV, Arbeitgeber)
Unfälle im Verkehr	(straßen-) bauliche Veränderungen, Schulungsmaßnahmen, Informationen (verschiedene Träger)

Quelle: Schwartz, F.W. u. Walter, U. (1998), eigene Darstellung

Problematik wider, die auch die Vernetzung der unterschiedlichen Präventionsanbieter erschwert: Aufgrund jeweils unterschiedlicher Entstehungsgeschichten (Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sind in so unterschiedlichen Kontexten wie z. B. dem gesetzlichen Gesundheits- oder Unfallschutz, im Rahmen der medizinischen Versorgung durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe, durch Krankenkassen und im Bereich der Betroffenen-Verbände entstanden) haben sich ganz unterschiedliche Kategorisierungssysteme ergeben, die sich teilweise überschneiden, teilweise aber auch nicht miteinander kompatibel sind. In der Tabelle wurde versucht, diesem Problem durch entsprechende Überschriften zu begegnen.

Sämtliche dargestellten Angebote können nicht nur den oben genannten Ordnungskriterien zugeordnet werden (z. B. als Individual- oder Gruppenmaßnahme, verhältnisbezogene Aktivitäten etc.), sondern auch auf Altersgruppen (lebensphasenspezifischer Zugang) oder auf ihren jeweiligen Kontext bzw. ein Setting (z. B. Schule, Betrieb, Familie etc.) bezogen werden. So ergibt sich eine große Bandbreite von Handlungsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung, die ebenfalls für eine Aufnahme des Themas in die Gesundheitsberichterstattung spricht (Statistisches Bundesamt 2000).

128. Auch der Gesetzgeber betont präventive und gesundheitsfördernde Aspekte der Gesundheitsversorgung in vielfältiger Weise im Rahmen seiner Gesetzeswerke. So wird in § 1 SGB V unter den Aufgaben der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Verbesserung der Gesundheit gleichberechtigt neben die Erhaltung und Wiederherstellung gestellt. Der dritte Abschnitt des SGB V (§§ 20 bis 26) regelt die Leistungen zur Verhütung von Krankheiten. Dazu gehören die Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe (§ 20), die Verhütung von Zahnkrankungen als Gruppen- und Individualprophylaxe

(§§ 21, 22), medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23) und die medizinische Vorsorge für Mütter (§ 24). Der vierte Abschnitt des SGB V (§§ 25, 26) regelt die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten.

129. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang sicherlich die Neuformulierung des § 20 im Rahmen der Gesundheitsreform 2000. Den Krankenkassen wird aufgegeben, Leistungen zur primären Prävention in ihre Satzung aufzunehmen. Gleichzeitig sollen sie „gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen“ der primären Prävention beschließen, „insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik“ (§ 20 Abs. 1 SGB V). Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können jetzt von den Krankenkassen durchgeführt werden (§ 20 Abs. 2 SGB V), wobei auch für diesen Bereich prioritäre Handlungsfelder identifiziert werden sollen. Für beide Bereiche sollen im Jahr 2000 bis zu DM 5 pro Versicherten ausgegeben werden; dieser Betrag steigt in den Folgejahren analog zur Veränderung des Durchschnittsentgeltes der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr (§ 20 Abs. 3 SGB V).

Für den Bereich der primären Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im Juni 2000 „gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien“ verabschiedet. Für die individuelle Primärprävention sind die Handlungsfelder „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Stressreduktion/Entspannung“ und „Genuss- und Suchtmittelkonsum“ und für die betriebliche Gesundheitsförderung die Handlungsfelder „Arbeitsbedingte körperliche Belastungen“, „Betriebsverpflegung“, „psychosozialer Stress“ und „Genuss- und Suchtmittelkonsum“ als vorrangig festgelegt. In der betrieblichen Gesundheitsförde-

zung erlaubt die Neufassung des § 20 Abs. 2 SGB V die Fortführung der bewährten Interventionen der Gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der durch die neue Gesetzgebung (ArbSchG, SGB VII) veränderten Aufgabenteilung zwischen Arbeitgebern/betrieblicher Arbeitsschutz, gesetzlicher Unfallversicherung (GUV) und staatlichen Arbeitsschutzbehörden. Für jedes Handlungsfeld gibt es Angaben zum Bedarf, zur Wirksamkeit, zu den Zielgruppen, den Zielen der Maßnahme, dem Inhalt, der Methodik und der Anbieterqualifikation. Parallel zu dem im Rahmen der genannten Handlungsfelder gewählten individuellen Zugang soll im Rahmen eines Setting-Ansatzes kassenartenübergreifend Primärprävention in der Schule in Modellen finanziert werden. Alle Maßnahmen sollen dokumentiert und erfolgskontrolliert werden, um so einen permanenten Optimierungsprozess in Gang zu setzen. Die Instrumente hierfür sollen einheitlich von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entwickelt, im Rahmen eines Stufenprozesses implementiert sowie jährlich kassenartspezifisch ausgewertet werden. Zur Diskussion der Ergebnisse und zur Anpassung des Leitfadens an neue Erkenntnisse wird eine „Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ eingerichtet werden, in der auch der Sachverständigenrat vertreten sein wird.

Der Rat begrüßt die Bereitschaft der Krankenkassen, zusätzlich zum individuumsbezogenen Ansatz Primärprävention kassenartenübergreifend im Rahmen eines Setting-Ansatzes zu fördern und zu finanzieren, auch wenn dies zunächst nur in Modellprojekten vorgesehen ist. Auch die Dokumentations- und Evaluationspflicht sowie die Berufung eines Beratergremiums, das die Qualität der Maßnahmen sichern und eine Fortentwicklung des Leitfadens ermöglichen soll, ist begrüßenswert. Der Rat vermisst jedoch bisher eine konkrete Umsetzung der im Gesetz geforderten „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“. Es wird zu den Aufgaben der beratenden Kommission gehören müssen, anhand der vorgelegten Dokumentationen und Evaluationen zu prüfen, inwieweit die durchgeführten Maßnahmen den Forderungen des § 20 SGB V gerecht werden und den Leitfaden entsprechend anzupassen.

130. Die Angebote der Krankenkassen zur Primärprävention nach § 20 SGB V werden ergänzt um individuumsbezogene Leistungen der Sekundärprävention, die in Arztpraxen angeboten werden (§§ 21ff. SGB V). Es fehlen z. T. noch aussagekräftige Untersuchungen zur gesundheitlichen Wirksamkeit dieser umfangreichen Programme, anhand derer Fragen ihres Ausbaus bzw. ihrer Reduktion bzw. ihrer besseren Fokussierung entschieden werden können. Zu diesem Zweck empfiehlt der Rat erneut, die AWMF aufzufordern, über ihre Mitgliedsgesellschaften Priorisierungslisten nach den weiter unten aufgelisteten Kriterien zu erstellen, um diesen wichtigen Teil des Leistungsangebots der medizinischen Versorgung sachgerecht zu gestalten (SB 1994, Ziffer 237).

131. Neu gefasst wurde ebenfalls für die Krankenkassen die Verpflichtung, Selbsthilfegruppen, -organisationen

und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten zum Ziel gesetzt haben, mit DM 1 pro Versicherten und Jahr zu fördern (§ 20 Abs. 4 SGB V). Zu diesem Zweck sollen ebenfalls gemeinsame und einheitliche Förderrichtlinien sowie ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei denen Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist, aufgestellt werden. Die von den Krankenkassen im Frühjahr 2000 vorgelegten Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe legen fest, dass nur Maßnahmen und Aktivitäten, die der Sekundär- bzw. Tertiärprävention dienen, gefördert werden sollen. Primärprävention ist ausdrücklich ausgeschlossen, da diese in § 20 Abs. 1 SGB V eigenständig abgehandelt wird. Die Förderung erfolgt auf Antrag projektbezogen oder als pauschaler Zuschuss und soll sich auf Information, Aufklärung und Beratung sowie im Rahmen von Selbsthilfearbeit auf sinnvolle Qualifizierungsmaßnahmen oder auf Öffentlichkeitsarbeit bzw. Durchführung von Veranstaltungen oder Aktionen beziehen. Folgende Krankheitsgruppen wurden von den Kassen als förderungswürdig bezeichnet:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten des Skeletts, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes
- Tumorerkrankungen
- Allergische und asthmatische Erkrankungen
- Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Harntraktes
- Lebererkrankungen
- Hauterkrankungen
- Suchterkrankungen
- Krankheiten des Nervensystems
- Hirnbeschädigungen
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
- Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte
- Krankheiten der Sinnesorgane/Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen
- Infektiöse Krankheiten
- Psychische Verhaltensstörungen/Psychische Erkrankungen
- Angeborene Fehlbildungen/Deformitäten und Behinderungen
- Chronische Schmerzen
- Organtransplantationen

Aus Gründen der Gleichbehandlung aller Erkrankungen, in deren Folge sich Selbsthilfeinitiativen gebildet haben bzw. noch gegründet werden, wurde bei der Erstellung der Liste darauf geachtet, diese möglichst umfassend

anzulegen. An dieser Umfänglichkeit kann kritisiert werden, dass sie eher die finanzielle Unterstützung nach dem Gießkannenprinzip bevorzugt und unter Budgetbedingungen möglicherweise zur einer eher ineffektiven, weil unzureichenden Förderung aller Selbsthilfeinitiativen führt.

132. Die Neuformulierung des § 20 SGB V ergänzt mit ihren Bestimmungen andere Gesetzestexte. Subsumiert man die Aufnahme primärpräventiver Leistungen in die Satzung der Krankenkassen unter der Überschrift Gesundheitsschutz, ergänzen sie die Bestimmungen der Neufassung des „Gesetzes zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften“ (Infektionsschutzgesetz), in dem ebenfalls bezogen auf Seuchen der Prävention ein größerer Stellenwert als bisher eingeräumt wird (§§ 16 bis 23 SeuchRNeuG).

Mit der Unterstützung von Selbsthilfevereinigungen, die sekundär- und tertiärpräventive Angebote zur Verfügung stellen und nunmehr Mittel von den Krankenkassen erhalten (§ 20 Abs. 4 SGB V), werden auch die Leistungen der Rentenversicherungsträger im Rahmen der Rehabilitation, wie sie in §§ 9 bis 32 SGB VI festgelegt sind, ergänzt, und mit der Erweiterung des Handlungsspielraumes in Bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung können die Krankenkassen finanziell und interventiv in einem Feld aktiv werden, das ansonsten im Arbeitsschutzgesetz (1996) und im ebenfalls 1996 novellierten SGB VII (gesetzliche Unfallversicherung) geregelt ist.

133. Aus den dargestellten Aktivitäten und Zuständigkeiten ergibt sich, dass Prävention nicht nur eine dem manifesten Krankheitsgeschehen vorgeschaltete und der GKV zugeordnete Phase bezeichnet und dass sich der Interventionsaspekt „Gesundheitsförderung“ nicht auf die Prävention beschränken lässt. Vielmehr sind beide funktional in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu verorten. Auch in der Sozialen Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI) wird der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege betont, obwohl dieses Postulat – der Rat bedauert dies nachdrücklich – bislang praktisch kaum umgesetzt wird.

134. Es wird deutlich, dass gerade im stark gegliederten deutschen System Fragen der Zuständigkeit sowohl finanzieller als auch fachlicher Art nicht eindeutig festgelegt sind, sondern bei jeder Maßnahme der Prävention oder der Gesundheitsförderung geklärt werden müssen. Damit stellt die Prävention hohe Anforderungen an die Fähigkeit zur Kooperation bei den unterschiedlichsten Akteuren von Selbsthilfegruppen über Krankenkassen und andere Versicherungsträger bis zu Ärztenverbänden und anderen Leistungserbringern im Gesundheitsversorgungssystem, und die Gefahr ist groß, dass die unterschiedliche Zuständigkeit genutzt wird, um Verantwortung abzugeben oder um durch einseitiges Reklamieren einer Zuständigkeit eine Politik der Abgrenzung von anderen Akteuren zu betreiben, die sich auf die eigentlichen Ziele gelungener Prävention und Gesundheitsförderung kontraproduktiv auswirken kann. Um solche Prozesse zu unterlaufen, könnte es sinnvoll sein, einerseits den Beitrag der einzelnen Akteure im Rahmen von Prävention

und Gesundheitsförderung deutlicher herauszuarbeiten und gleichzeitig ihre Zusammenarbeit in Arbeitsgruppen (z. B. regionale oder ortsnahe Präventionskonferenzen) zu institutionalisieren. Dies sollte jedoch themenbezogen erfolgen, da je nach Thema auch unterschiedliche Akteure auf unterschiedlichen Ebenen einzubeziehen und unterschiedliche Umsetzungsstrategien zu entwickeln sind.

135. Als ein gelungenes Beispiel solcher gebündelter präventiver Aktivitäten gilt das Nordkarelien-Projekt. Anfang der Siebzigerjahre war die Mortalitätsrate kardiovaskulärer Erkrankungen bei finnischen Männern mittleren Alters die höchste der Welt (Ovcarov, V. u. Bystrova, V. 1978). Aus diesem Grund wurde mit Unterstützung der WHO zunächst für Nordkarelien eine Public Health Strategie erarbeitet, um die durch eine Bestandsaufnahme ermittelten Haupt-Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (erhöhter Cholesterinspiegel, Bluthochdruck und Rauchen)³³ zu senken. Auf kommunaler Ebene waren Gesundheitsdienste, Gesundheitsversorgung, Verbände und Vereine, z. B. ein mächtiger Hausfrauenverband, die lokale Presse, Betriebe und die lokale Politik, deren Ziele auf die Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren abgestimmt wurden, beteiligt. Auf nationaler Ebene wurden Experten-Leitlinien herausgegeben und Programme finanziert, eine Beteiligung der Industrie gefördert, und auf das Ziel abgestimmte Gesetze wurden verabschiedet (z. B. Antirauchergesetze). Den einzelnen Risikofaktoren widmeten sich Detailprogramme:

- In Programmen gegen das Tabak-Rauchen wurden ständig Informationen über Gesundheitsfragen in Radio, Zeitungen, Broschüren und Plakaten an die Öffentlichkeit gegeben. In Fürsorgestellen für Mutter und Kind, im Gesundheitsdienst der Schulen und des Militärs wurde gezielt Beratung für Hochrisikogruppen durchgeführt. Auf den Dörfern wurden dazu themenspezifische Gruppen organisiert, und Ausbildung und Information zu einer Gesundheitserziehung gegen das Tabak-Rauchen wurden regelmäßig von verschiedenen gesellschaftlich relevanten Initiativen durchgeführt. Zusätzlich wurde per Gesetz das Rauchen in der überwiegenden Zahl der öffentlichen Gebäude verboten.
- Im Rahmen des Detailprogramms „Hochdruck“ wurden Screening-Untersuchungen durch den Gesundheitsdienst durchgeführt, um Risikogruppen von Hypertonikern zu identifizieren. Diese wurden registriert und systematisch von Fachpersonal überprüft, darunter einmal jährlich von einem Arzt, der die Befundformulare des Registers ergänzte. Zusätzlich wurde von speziell ausgebildeten Krankenschwestern Unterricht in Gesundheitsfragen und zu Bluthochdruck sowie anderen Risikofaktoren erteilt. Bei Versäumen der Kontrolluntersuchung wurde der Patient kontaktiert, um ihn zu erinnern (Puska, P. 1976).

³³ Stress, Bewegungsmangel und Übergewicht konnten zu diesem Zeitpunkt für Nordkarelien nicht als relevante Risikofaktoren identifiziert werden.

136. Das Projekt begann 1972 und wurde wegen seines Erfolges, der bis heute anhält, 1977 auf ganz Finnland ausgedehnt. So ging die altersadjustierte Mortalitätsrate bei kardiovaskulären Erkrankungen bis 1995 um 61 % zurück (in Nordkarelien sogar um 68 %). Ähnlich hohe Reduktionsraten zeigten sich für koronare Herzerkrankungen allein und für Krebs. Aber auch die Anzahl der Todesfälle durch Unfälle und aufgrund von Gewalt konnten verringert werden. Die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt stieg im selben Zeitraum (1971 bis 1995) für Männer von 66,4 auf 72,8 Jahre und für Frauen von 74,6 auf 80,2 Jahre (Puska, P. et al. 1998). Dies zeigt sich auch in Abschnitt I-1.2.1 in Abbildung 6, in der Finnland mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate der Lebenserwartung von 0,327 bei Frauen zwischen 1960 und 1996 den zweiten Platz belegt.

Statistische Analysen zeigten, dass drei Viertel der Reduktion der kardiovaskulären Mortalitätsraten mithilfe der beeinflussten Risikofaktoren (Cholesterinspiegel, Blutdruck und Rauchen) erklärt werden konnten, wobei dem Cholesterin der größte Vorhersagewert zukam. Ein wichtiger Faktor war hierbei die Ernährung: So verminderte sich zwischen 1970 und 1990 der Verzehr von gesättigten Fettsäuren (hauptsächlich aufgenommen über Milch) um ein Drittel, während der Gebrauch pflanzlicher Öle, z. B. beim Kochen, anstieg. Dies wurde nicht zuletzt auf die Entwicklung einer neuen Rapsorte zurückgeführt, die in Finnland angebaut werden konnte und nachweislich den Cholesterolspiegel senkt (Puska, P. 1999). Die Quote von 90 % aller Finnen, die 1972 ihre Brote mit Butter bestrichen, reduzierte sich bis 1992 auf 10 %. Die meisten Finnen trinken heute fettarme oder Magermilch, der Verzehr von Gemüse stieg von jährlich 20 kg auf 50 kg. Wichtig war z. B. bei der Umstellung von Butter auf Margarine als Streichfett, dass die gesündere Alternative für die Einwohner verfügbar und ohne zusätzliche Kosten zu erwerben war, um die Schwelle möglichst niedrig zu halten (Vartiainen, E. et al. 1994). So wurden Strategien der Gesundheitserziehung mit unterstützender Gesetzgebung und einer Veränderung der Versorgungsinfrastruktur vereinigt, worauf wesentlich der Erfolg des Projektes zurückgeführt wird.

137. Der Ansatz des Nordkarelien/Finnland-Projektes ist von der WHO aufgegriffen worden und wird in verschiedenen anderen Ländern (z. B. das „Heartbeat Wales Programm“, Tudor-Smith, C. et al. 1998) im Rahmen von CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Initiatives) eingesetzt (WHO 1997a), wobei die nationalen Gegebenheiten immer eine Anpassung erfordern. Das seinerzeit eher autoritative Vorgehen des Nordkarelien-Projektes beim Detailprogramm „Hochdruck“ mit Screening, Registrierung und Kontrolluntersuchungen dürfte aus heutiger Sicht nicht in jedem Land die Methode der Wahl sein.

138. Ein anderes eher appellatives Vorgehen bei der Bündelung präventiver Maßnahmen wurde in Großbritannien mit einem Green Paper gewählt, das 1999 überarbeitet als White Paper unter der Überschrift „Saving Lives: Our Healthier Nation“ vom Gesundheitsminister mit Unterstützung des Premierministers und zahlreicher wei-

terer Ressortminister dem Parlament und der Öffentlichkeit präsentiert wurde. Die Kampagne widmet sich als Initiative zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der englischen Bevölkerung zwei Schlüsselzielen:

- Lebensverlängerung und Steigerung der Lebensqualität (Verhinderung des Ausbruchs von Krankheiten bzw. im Falle einer chronischen Beeinträchtigung Erreichung eines größtmöglichen Ausmaßes an Lebensqualität).
- Verbesserung des Gesundheitszustandes von sozial Benachteiligten und Verringerung der Kluft zwischen Arm und Reich im Gesundheitsbereich.

Unterhalb dieser Schlüsselziele gibt es eine Vielzahl von konkreten Gesundheitszielen, die auch noch Raum für lokale Besonderheiten (z. B. hohe Inzidenz bei spezifischen Erkrankungen) lassen, indem staatliche Mittel für solche Projekte zur Verfügung gestellt werden.

Kennzeichnend für die Initiative ist ein hochgradig appellativer Charakter: Möglichkeiten und Verantwortung werden auf allen Ebenen betont, und Regierung, Regionen, Distrikte, Länder, Kommunen, Verbände und Organisationen, Familien, Schulen und der Einzelne werden einbezogen. Es wird der Versuch unternommen, Gesundheit positiver zu definieren. Jeder trage Verantwortung, allerdings nicht im Sinne von Schuldzuweisungen, sondern im Sinne von Möglichkeiten und Potenzialen der Veränderung des Gesundheitszustandes sowohl des Einzelnen als auch der Bevölkerung.

139. Die Initiative „Our Healthier Nation“ setzt weniger auf normative Maßnahmen und mehr auf Kooperation zwischen den verschiedenen Agenturen, daher der moralische Appell, gemeinsam an der Zielerreichung zu arbeiten. Wichtig ist, dass ausdrücklich nicht nur Agenturen des Gesundheitswesens, sondern auch solche aus Politik und Verwaltung einbezogen werden. Soweit Akteure der Politik aus der staatlichen Verwaltung angesprochen sind, enthält das Programm durchaus (einforderbare) Elemente der Selbstverpflichtung. Tabelle 14 (siehe Seite 82) zeigt am Beispiel Krebs, wie auf den verschiedenen Ebenen zusammengearbeitet werden kann, um eines der konkreten Gesundheitsziele, eine 20-prozentige Reduktion der Krebsmortalitätsrate bei unter 75-Jährigen im Jahr 2010, zu erreichen.

Die aufgelisteten Aktivitäten sind ein gutes Beispiel dafür, wie eine nationale Gesundheitszieldebatte bzw. die daraus folgende Zielfestlegung – hier die 20-prozentige Krebsmortalitätsreduktion – genutzt werden kann, um in der Umsetzung zersplitterte Aktivitäten zielgerichtet zu bündeln. Dieses Vorgehen könnte auch angesichts der zersplitterten deutschen Präventionsakteure für die Bundesrepublik Anwendung finden.

2.1.5 Priorisierung

140. Die Vielzahl möglicher Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Begrenzung der

Tabelle 14

Krebsbekämpfung im Rahmen der Initiative „Saving Lives: Our Healthier Nation“ in Großbritannien

Individuelle Aktivitäten	Lokale Aktivitäten	Nationale Aktivitäten
<ul style="list-style-type: none"> – mit dem Rauchen aufhören – andere unterstützen (z. B. beim Tabakentwöhnen) – Dritte vor Tabakrauch schützen – sich selbst und Kinder vor Sonnenbränden schützen – täglich mehr Gemüse und Obst essen – moderaten Alkoholkonsum praktizieren – <i>safer sex</i> praktizieren – Vorsorgeuntersuchungen nutzen – Selbstmanagement praktizieren 	<ul style="list-style-type: none"> – den vermehrten Konsum von Obst und Gemüse ermöglichen – lokale Nahrungskooperativen unterstützen – Radon-Exposition in Privathaushalten reduzieren – Raucherentwöhnungs-Ambulanzen zur Verfügung stellen, Nichtraucherzonen schaffen und Rauchextrahierer aufstellen – gesunde Arbeitsplätze und Schulen entwickeln – klare und verständliche Informationen zur Verfügung stellen und zur Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen ermuntern 	<ul style="list-style-type: none"> – Tabaksteuer erhöhen und Tabakwerbung verbieten – Erhältlichkeit von Obst und Gemüse unterstützen – Richtlinien zur Asbest-Exposition durchsetzen und Nichtraucherzonen unterstützen – Gesundheitsinformationen vorhalten – Kampagnen zur Gesundheits-erziehung finanzieren – ein Patienten-Experten-Programm für chronische Erkrankungen einführen – Screening-Standards durchsetzen – für die Implementation der Expertenmeinung in der Organisation der Krebsbehandlung sorgen – sicherstellen, dass alle Patienten mit Krebsverdacht innerhalb von zwei Wochen nach Besuch ihres Hausarztes einem Spezialisten vorgestellt werden

Quelle: www.official-documents.co.uk (Stand: Sommer 1999)

zur Verfügung stehenden Mittel lassen eine Priorisierung von Maßnahmen nötig erscheinen. Der Rat hat bereits in vergangenen Gutachten Kriterien vorgestellt, die für eine Priorisierung im Bereich der Prävention herangezogen werden sollten (SB 1994, Ziffer 235, SG 1995, Ziffer 138). Hiernach sollen folgende Voraussetzungen bei Maßnahmen oder Programmen erfüllt sein, damit sie der gesamten Bevölkerung oder einer Risikogruppe empfohlen werden können.

1. Die zu vermeidende Gesundheitsstörung soll in einer auf die Bevölkerungsgruppe(n) und die Fragestellung bezogenen angemessenen Häufigkeit vorliegen.
2. Sie soll medizinisch relevant sein.
3. Sie soll auch volkswirtschaftlich bedeutsam sein.

Zur näheren Bestimmung von 1. bis 3. empfiehlt der Rat folgende Kriterien: die Prävalenz, die Krankheits-schwere sowie die direkten und indirekten Kosten einer Gesundheitsstörung bzw. einer zu prävenierenden Erkrankung.

4. Die Präventionsmaßnahme soll der zu vermeidenden Krankheit wirksam und ohne unververtretbare bzw. unerwünschte Risiken vorbeugen.
5. Die Aufwendungen für die vorgesehene Maßnahme sollen angemessen sein (akzeptable Nutzen-Kosten-Relation).

141. Der Rat weist darauf hin, dass diese Priorisierungskriterien kompatibel sind mit den Definitionen, die der Rat nunmehr generell (im Hinblick auf § 142 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 22. Dezember 1999) zur Bestimmung einer bedarfsgerechten Versorgung anwendet.

Maßnahmen oder Leistungen der Prävention müssen demnach generell

- einem objektiv feststellbaren Bedarf entsprechen,
- zu seiner Beeinflussung geeignet sein und dabei zugleich einen positiven medizinischen Nettonutzen aufweisen (der gesundheitliche Nutzen, z. B. Lebenserwartung oder Lebensqualität, übersteigt den möglichen Schaden im Sinne von unerwünschten Risiken/unerwünschten Wirkungen),
- fachgerecht erbracht werden, d. h. derart, dass nicht durch Defizite der Qualität ihrer Erbringung vermeidbare Schäden verursacht werden oder möglicher Nutzen nicht ausgeschöpft wird (s. Abschnitt I-2.4),
- ferner nach dem (grundsätzlich auch für Leistungen nach § 20 SGB V) geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches (§ 12 SGB V) nicht nur bedarfsgerecht im oben genannten Sinne sein, sondern auch in effizienter Form erbracht werden.

142. Da gesundheitsförderliche Maßnahmen, soweit sie nicht Teil bzw. Aspekt von definierten Präventionsvorhaben sind, meist eher unspezifisch der Verbesserung eines allgemeinen, als nicht krankheitsbezogen definierten Gesundheitszustandes dienen sollen, bedarf es analoger Kriterien für eine angemessene Priorisierung. Diese sollten mindestens auf logisch plausiblen Überlegungen und empirisch tragfähigen Zusammenhangsanalysen und Schätzungen beruhen (vgl. Abschnitt I-2.4.1).

143. Auch die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer schlägt in ihrer Stellungnahme zu „Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung“ vor, eine Priorisierung in abgegrenzten Bereichen der medizinischen Versorgung, z. B. der Primärprävention, exemplarisch vorzunehmen (Zentrale Ethikkommission 2000).

144. In Tabelle 15 (s. S. 84) soll anhand eines etablierten krankheitsbezogenen Handlungsfeldes der Prävention (Jodprophylaxe) beispielhaft dargestellt werden, wie sich die fünf genannten Kategorien einer Priorisierung mit Inhalt füllen lassen, um so eine sachliche Auseinandersetzung um Prioritäten in der präventiven Gesundheitsversorgung in Gang zu setzen.

2.2 Präventive Potenziale: Lebensphasenspezifischer Zugang

2.2.1 Kindesalter

2.2.1.1 Impfprävention

145. Impfprävention im Kindesalter gehört zu den wichtigsten und effektivsten Strategien zur Verhütung von Infektionskrankheiten, die sich ohne solche Präventionsmaßnahmen ungehindert ausbreiten und zu schwerwie-

genden Epidemien führen können³⁴. Empfehlungen dazu werden in Deutschland von der STIKO (Ständige Impfkommission) vorgelegt (Robert Koch Institut 2000a). Für endemische Infektionskrankheiten sind auf Dauer und bevölkerungsbezogene Vollständigkeit angelegte Impfstrategien bei Kindern bis heute die wichtigste Präventionsmaßnahme („Impfkalender der Kinder und Jugendlichen“).

146. Bei allen Erkrankungen handelt es sich um übertragbare Infektionskrankheiten mit z. T. schwerem, letalem Verlauf bzw. schweren Komplikationen. In Tabelle 16 (s. S. 85) sind die zu erwartenden Häufigkeiten der Erkrankungen ohne Impfungen in der Bezugsbevölkerung dargestellt und diesen die Inzidenzen der Jahre 1991 bis 1999, d. h. unter laufenden Impfmaßnahmen mit den jeweiligen beobachteten Ober- und Untergrenzen, gegenübergestellt. Dies illustriert – trotz bekannter Defizite bei der Meldedisziplin aufgetretener Fälle – die Verbesserung nach Einführung der Impfung. Auch zeigt sich, dass es noch weiteren Handlungsbedarf gibt, um die Durchimpfungsrate bei einzelnen Erkrankungen zu steigern. So zeigt sich z. B. bei Pertussis in den östlichen Bundesländern ein stetiger Anstieg der Inzidenzen in den letzten zehn Jahren von 1 auf bis zu 8,6 Fällen auf 100 000 im Jahr 1997. Hier hat es nach der Wiedervereinigung einen Rückgang gegeben, der zu einem sichtbaren Anstieg der Inzidenzen geführt hat. Im Westen ist die Erkrankungsrate noch höher und ebenfalls gestiegen, nachdem 1974 die Impfempfehlung auf Risikogruppen beschränkt wurde. Seit 1991 gilt sie wieder uneingeschränkt, was allerdings erst 1995, seit kombinierte Impfstoffe mit azellulärer Pertussis-Komponente zur Verfügung stehen, zu einem Rückgang der Neuerkrankungsrate geführt hat. Bei einigen meldepflichtigen Erkrankungen muss zusätzlich von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden, die auf eine mangelnde Meldedisziplin zurückgeführt wird. So werden bei Hepatitis B zwar etwa 6 000 Fälle pro Jahr gemeldet, aktuelle Schätzungen gehen jedoch von einer bis zu zehnfach höheren Dunkelziffer aus (Robert Koch Institut 2000b).

Tabelle 16 zeigt in der dritten Spalte Schutzwirkung und Schutzdauer der einzelnen Impfungen bei vollständiger Grundimmunisierung. Nur bei Masern und Mumps kann von einer lebenslangen Schutzdauer ausgegangen werden, bei allen anderen Impfungen müssen Auffrischungen vorgenommen werden, wenn der Impfschutz weiter bestehen soll. Es leitet sich also auch ein Handlungsbedarf für das Erwachsenenalter ab, regelmäßig Überprüfungen bzw. Auffrischungen der Impfungen vorzunehmen, dem derzeit in Deutschland nur unvollständig nachgekommen wird.

³⁴ Bei Erwachsenen treten zu den Wiederholungs-Impfungen gegen endemische Infektionskrankheiten anlassbezogene Impfungen z. B. gegen Influenza-Infektionen oder Pneumokokken optional hinzu. Auch die zunehmenden Reiseaktivitäten in tropische Länder aus privaten und beruflichen Gründen führen überwiegend im Erwachsenenalter zu neuen epidemiologischen Risiken. Wichtige präventive Informationsfunktionen können hier neue Formen der Bevölkerungsüberwachung, z. B. durch das TropNet Europ (European Network on Imported Infectious Disease Surveillance 2000) übernehmen.

Tabelle 15

Beispiel für die Anwendung der Priorisierungskriterien**Jodprophylaxe**

Angemessene Häufigkeit der zu verhindernden Gesundheitsstörung: In Deutschland, das zu den Jodmangelgebieten zählt, zeigen mindestens 40 % der Bevölkerung eine mittels Ultraschall nachweisbare Schilddrüsenvergrößerung.

Medizinische Relevanz: Etwa 90.000 Bundesbürger müssen sich pro Jahr einer Schilddrüsenoperation unterziehen und benötigen danach in der Regel eine lebenslange medikamentöse Therapie.

Volkswirtschaftliche Relevanz: Die geschätzten Kosten belaufen sich auf jährlich 2 Milliarden DM.

Nachgewiesene Wirkung: Das Jod-Monitoring von 1996 (Manz, F. 1998) konnte nachweisen, dass sich durch Präventionsmaßnahmen (Aufklärung, Verwendung von Jodsalz im Haushalt und bei industriell hergestellten Lebensmitteln) die Jodversorgung bei Erwachsenen von 1975 bis 1996 von 30 bis 70 Mikrogramm pro Tag auf 111 bis 126 Mikrogramm pro Tag verbessert hat (von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung werden 200 Mikrogramm pro Tag empfohlen, von der WHO 150). Die Wirksamkeit ist auch erkennbar an der Abnahme der Neugeborenen Struma von z. B. 6 % (Ulm, Jena) auf z. B. 0,1 % durch Gabe von Jodid-Tabletten an alle Schwangeren.

Angemessenheit der Aufwendungen: Die Kosten für die Jodierung des Speisesalzes sind gering, und es ist daher nicht mit einer nennenswerten Auswirkung auf das Preisniveau zu rechnen.

Risiko der Präventionsmaßnahme: Es sind keine Risiken (Überdosis, Auslösung allergischer Reaktionen u. Ä.) bekannt.

Kommentar: Die tägliche Jodaufnahme bei der Bevölkerung der Bundesrepublik beträgt immer noch etwa nur zwei Drittel des empfohlenen Richtwertes, so dass weitere Maßnahmen zur Verstärkung der Benutzung von Jodsalz notwendig erscheinen. Dies gilt sowohl für Privathaushalte (und hier besonders bei Schwangeren und Stillenden), in denen die freiwillige Benutzung von jodiertem Speisesalz auf einen Bevölkerungsanteil von 90 % angehoben werden sollte, als auch für die industrielle Fertigung von Lebensmitteln³⁵ (z. B. bei der Brotherstellung oder in der Fleischverarbeitung). Auch sollte auf Empfehlung des Arbeitskreises Jodmangel neben dem in Deutschland zugelassenen Jodat auch Jodid zugelassen werden, um durch die Beseitigung des bestehenden Exporthindernisses für mit Jodid hergestellte Lebensmittel die weitere Verbreitung der Jodprophylaxe zu betreiben. Es empfiehlt sich darüber hinaus, das Jod-Monitoring von 1996 zu wiederholen, um zu überprüfen, inwieweit weiterer Handlungsbedarf besteht. Dieser ergibt sich daraus, dass möglicherweise zukünftig noch andere Quellen für die Jodversorgung zur Verfügung stehen, wenn der europäische Markt zu einer vermehrten Einfuhr im Ausland erzeugter Produkte der Nahrungsmittelindustrie führt. Auf Nahrungsergänzungsmittel und sogenannte *fortified food* ist besonders zu achten.

³⁵ Hier gilt es, mehr Hersteller von Fertignahrungsmitteln, vor allem Bäcker und Schlachter, dazu zu bringen, ausschließlich jodiertes Speisesalz zu benutzen. Momentan liegt die Quote derer, die bereits jetzt ihren Produkten jodiertes Speisesalz zuführen, bei 40 %.

Quelle: www.official-documents.co.uk (Stand: Sommer 1999)

147. Tabelle 17 (s. S. 86) zeigt Daten zu Nutzen-Kosten-Relationen für Impfungen. Die Nutzen-Kosten-Relationen fassen die Daten verschiedener Länder zusammen. Sie weisen z. T. eine erhebliche Streuung auf, was an unterschiedlichen Berechnungsverfahren, aber auch an unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten liegen kann. Eine exakte ökonomische Bewertung der Impfprävention in Deutschland lassen diese Daten nicht zu. Die dargestellten Relationen lassen, ausgenommen Tetanus, Polio, Haemophilus influenzae Typ B und Hepatitis B, für alle untersuchten Länder Quotienten erkennen, die auch aus ökonomischer Sicht für breite Impfstrategien sprechen.

Die jeweiligen Risiken der Impfung sind in der letzten Spalte der Tabelle 17 aufgeführt, wobei unter „häufiger“ eine Prävalenz von ein Prozent oder mehr und unter „selten“ eine Prävalenz von weniger als einem Prozent zu

verstehen ist. Diese Risiken werden, z. T. seit Jahrzehnten, zu Kampagnen gegen die Impfprogramme als solche genutzt. Sie führen, in Verbindung mit einem nachlassenden Gefahrenbewusstsein in der Bevölkerung gegenüber den bei uns seltenen gewordenen Zielkrankheiten, dazu, dass die bevölkerungsweite Impfbereitschaft nachgelassen hat.

148. Die folgende Tabelle 18 (s. S. 87) fasst die derzeit für Deutschland angenommenen Durchimpfungsraten zusammen.

Insgesamt wird von der STIKO (Ständige Impfkommision) bemängelt, dass die Impfquoten in Deutschland deutlich unter denen anderer europäischer Staaten liegen und nicht die empfohlenen WHO-Quoten (z. B. für Masern: 95 %) erfüllen (Robert Koch Institut 2000b). Dies könnte zu einem Wiederaufleben von Epidemien durch eingeschleppte Erreger, z. B. bei Diphtherie, führen. Das

Tabelle 16

Häufigkeit, medizinische Relevanz und nachgewiesene Wirkung ausgewählter Impfungen im Kindesalter

Krankheiten	Häufigkeit der zu ver- hindernden Gesund- heitsstörung (vor Ein- führung der Impfung, bezogen auf die Gesamt- bevölkerung)	Medizinische Relevanz (niedrigste und höchste Inzidenzrate 1991 bis 1999 bei meldepflichtigen Krankheiten, sonst Schätzungen sowie mögliche Komplikationen und Verlauf ohne Impfung)	Nachgewiesene Wirkung der Präventionsmaßnahme	
			Schutzwirkung ^{b)}	Schutz- dauer ^{b)}
Diphtherie	10 bis über 300 pro 100 000	gemeldet: 1 bis 9 Fälle z. T. lebensgefährliche Komplikationen	> 90 %	= 10 Jahre
Tetanus	1 bis 5 pro 100 000	gemeldet: 7 bis 17 Fälle z. T. letaler Verlauf	ca. 100 %	= 10 Jahre
Poliomyelitis	2 bis 20 pro 100 000	gemeldet: ./. ^{a)} bis 3 Fälle z. T. letaler Verlauf und schwere Residual- schäden	ca. 100 %	= 10 Jahre
Pertussis	60 bis 130 pro 100 000	gemeldet: 8,6 Fälle pro 100 000 geschätzt: bis zu 50 Fälle pro 100 000 z. T. schwere, letale Komplikationen	> 80 %	2 – 5 Jahre
Haemophi- lus influen- zae Typ B	mehr als 20 pro 100 000 (1 500 bis 2 000 Fälle, in- vasive Hib-Infektionen mit Krankenhausbehand- lung)	geschätzt: bis zu 2 Fälle pro 100 000 z. T. schwerer Verlauf bei Kleinkindern	> 90 % ^{c)}	unklar, (Ri- sikoalter bis zum 6. Le- bensjahr) ^{e)}
Hepatitis B	nicht bekannt	gemeldet: 4 500 bis 6 200 Fälle z. T. letaler Verlauf	> 95 % ^{d)}	= 10 Jahre ^{f)}
Masern	generelle Durchseuchung	geschätzt: 10 bis 20 Fälle pro 100 000 schlechte Prognose bei Komplikationen im Kleinkindalter	98 - 100 %	lebenslang ^{e)}
Mumps	generelle Durchseuchung	geschätzt: 5 Fälle pro 100 000 z. T. schwere Komplikationen	ca. 98 %	lebenslang ^{e)}
Röteln	generelle Durchseuchung, Embryopathie: 150 bis 400 gemeldete Fälle, 1 Fall pro 1 000 bis 5 000 Lebendgeburten (ge- schätzt)	geschätzt: 5 Fälle pro 100 000 Rötelnembryopathie: gemeldet: 1 bis 7 Fälle geschätzt: 100 bis 150 Fälle z. T. schwere Komplikationen (Rötelnembry- opathie bei Erkrankung in der Schwanger- schaft)	> 90 %	unklar, (8 – 16 Jahre)

a) kein Zahlenwert vorhanden (bedeutet nicht zwangsläufig eine Inzidenz von 0)

b) nach vollständiger Grundimmunisierung

c) gegen invasive Infektionen (Meningitis, Sepsis, Pneumonie)

d) Bei Anti-HBs >10 IU/L: 100 %

e) Nonresponder (z. B. bei Masern 1 bis 5 %) möglich, daher generell zweite Impfung vor Schuleintritt empfohlen.

f) bei Anti HBs nach Grundimmunisierung von = 100 IU/L (auch bei späterem Titerabfall)

g) Auffrischungen nach dem 6. Lebensjahr nur bei besonderen Risiken (z. B. anatomische oder funktionelle Asplenie) empfohlen

Quelle: Zur Verfügung gestellt von Prof. Dr. T. Löscher, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Medizinischen Klinik Innenstadt, Klinikum der Universität München (2000), eigene Darstellung

Tabelle 17

Volkswirtschaftliche Relevanz und Risiken ausgewählter Impfungen im Kindesalter

Krankheiten	Volkswirtschaftliche Relevanz und Angemessenheit der Aufwendungen	Risiko der Präventionsmaßnahme
Diphtherie	keine Angaben DTP ^{a)} : NKR ^{b)} = 6,2 (direkte Kosten, USA) NKR = 30,1 (Gesamtkosten, USA)	häufiger: allergische Reaktionen selten: Petechien, Mono- und Polyneuritiden
Tetanus	NKR = 1,0 bis 9,0 (verschiedene Länder) USA: 2 US \$ pro Impfung vs. =150.000 US \$ pro Fall	häufiger: allergische Reaktionen selten: Petechien, Mono- und Polyneuritiden;
Poliomyelitis	NKR = 1,1 bis 10,0 (verschiedene Länder)	IPV ^{c)} : keine OPV ^{d)} (seit 1998 nicht mehr empfohlen): VAPP ^{e)} : 1: 1 bis 6 Mill.
Pertussis	NKR = 2,6 bis 11,1 (USA)	selten: Hypotonie und Krampfanfälle (seltener bei azellulärem als bei Ganzzell-Impfstoff) fraglich: Enzephalopathie
Haemophilus influenzae Typ B	NKR = 0,3 bis 5,1 (verschiedene Länder)	selten: allergische Reaktionen
Hepatitis B	NKR = 1,0 bis 2,0 (je nach Impfstrategie, BRD) NKR = < 1,0 bis > 50,0 (verschiedene Länder,	häufiger: allergische Reaktionen selten: Mono/Polyneuritiden (kein gesicherter Zusammenhang mit Auslösung einer Ed ^{f)})
Masern	NKR = 3,5 bis 10,3 (verschiedene Länder) (Masern/Mumps/Röteln: NKR = 5,0 bis 11,0 (verschiedene Länder))	Impfmasern, allergische Reaktionen selten: Krämpfe, Thrombopenie fraglich: Enzephalopathie (< 1: 1 Mill.)
Mumps	NKR = 7,4 (Meldedaten) (USA) bis 39 (Inzidenzschätzung) (USA) NKR = 0,2 (Rekruten) (USA)	Impfmumps, Parotitis, allergische Reaktionen selten: benigne Meningitis (1: 1 Mill.), kein Zusammenhang mit Diabetes mellitus
Röteln	NKR = 3,3 bis 8,0 (generelle Impfung; 10,3 bis 27,0 (nur Mädchen, verschiedene Länder)	Impfröteln, Arthriden selten: Thrombopenie

a) DTP: Diphtherie/Tetanus/Pertussis

b) NKR: Nutzen-Kosten-Relation; NKR>1 = Einsparung, NKR<1 = nicht kostensenkend (jedoch Verhinderung von Mortalität, Morbidität und Behinderung möglich)

c) IPV: Parenteraler Totimpfstoff (nach Salk)

d) OPV: Orale Lebendvakzine (nach Sabin)

e) VAPP = Vakzine-assoziierte paralytische Poliomyelitis

f) ED: Encephalomyelitis disseminata

Quelle: Zur Verfügung gestellt von Prof. Dr. T. Löscher, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Medizinischen Klinik Innenstadt, Klinikum der Universität München (2000)

Robert Koch Institut hat daher ein „10-Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland“ entwickelt, in dem politische, organisatorische sowie Ausbildungs- und massenmediale Maßnahmen gefordert werden (www.rki.de).

149. Bei diesen und anderen Empfehlungen wird allerdings aus Sicht des Rates zu wenig der Umstand berücksichtigt, dass die Impf-Beteiligung in Abhängigkeit von der sozialen Lage der Eltern und der Schulbildung der Kinder stark variiert. So betrug der Anteil der Kinder mit vollständigem Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Masern und Mumps in einer schulärztlichen Befragung 1989/1990 in Hamburg bei Schülern in Haupt- und

Realschulen 20 %, in Gymnasien 50 % (jeweils in der 8. Klasse) (Glaser-Möller, N. et al. 1992). Etwas weniger große, aber immer noch deutliche Unterschiede ergab eine Befragung von 8 204 Schulanfängern in München im Jahre 1994, wie Tabelle 19 zeigt.

Programme zur Verbesserung der Durchimpfungsraten sollten in Zukunft verstärkt Faktoren der sozialen Lage berücksichtigen und dabei speziell subjektiv und objektiv wirksame Hindernisse der Inanspruchnahme gezielt zu vermindern versuchen.

Erfolgreiche hohe Durchimpfungsquoten verlangen ein anhaltendes öffentliches, ärztliches und elterliches Interesse auf dem Boden einer angemessenen Kosten-Risiko-Kommunikation in Deutschland.

Tabelle 18

Durchimpfungsrate bei Impfungen im Kindesalter in Deutschland

Krankheiten	Durchimpfungsrate BRD
Diphtherie	Kinder (3 bis 12 Jahre): 95 % Erwachsene: < 50 % Erwachsene über 40 Jahre: < 30 %
Tetanus	Kinder: > 95 % Erwachsene: ca. 70 % Frauen über 60 Jahre: < 50 %
Poliomyelitis	Einschulung: 95 %
Pertussis	Einschulung: 45 %
Haemophilus influenzae Typ B	Einschulung: 75 %
Hepatitis B	Einschulung: 10 %
Masern	Einschulung: 85 bis 90 %
Mumps	Einschulung: 87 %
Röteln	Einschulung 75 %

Quelle: Nach Daten von Prof. Dr. T. Löscher, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Medizinischen Klinik Innenstadt, Klinikum der Universität München (2000)

2.2.1.2 Hörscreening

150. In Deutschland wird derzeit im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U3-U6 (-U8) im Alter von 2 bis 12 (bis 48) Lebensmonaten ein kinderärztliches Hörscreening (in der Regel eine verhaltensaudiometrische Untersuchung) vorgenommen. Studien zeigen, dass die derzeitige Ver-

fahrensweise unbefriedigend ist, da sie die Gefahr in sich birgt, eine falsche Sicherheit zu suggerieren. So wird beispielsweise kritisiert, dass sie Hörstörungen zu spät identifiziere.³⁶ Bezüglich der Früherkennung von Schallempfindungsschwerhörigkeiten wird darüber hinaus kritisiert, dass die Prädiktion des Screenings unzureichend sei und zu einer unnötigen Belastung hörgesunder Kinder führe (Bode, C.P. et al. 1994). Seit Instrumente zur Verfügung stehen (Ableitung transients evozierter otoakustischer Emissionen und Ableitung akustisch evozierter Hirnstammpotenziale), die bereits bei Neugeborenen eingesetzt werden können, haben eine Reihe von angloamerikanischen Studien gezeigt, dass zumindest bei Kindern mit einer moderaten bis schweren Hörstörung ein Potenzial für eine erfolgreichere Sprachaneignung besteht, wenn die Hörstörung frühzeitig behandelt wird. Es zeigten sich auch bessere kurz- und mittelfristige Ergebnisse in der Kommunikation, wenn frühzeitiger interveniert wurde (Davis, A. et al. 1997). Inzwischen wird auch in Deutschland vermehrt gefordert, ein neonatales Hörscreening flächendeckend einzuführen (Henke, K.-D. u. Huber, M. 1999), zumal 85 % aller permanenten Hörstörungen im Kindesalter bereits zum Zeitpunkt der Geburt bestehen (Sheldon, T. et al. 1998).

Abbildung 16 (s. S. 88) gibt einen Überblick über die wichtigsten Versorgungs- und Unterstützungsleistungen im Rahmen der Entwicklung eines Neugeborenen zum Erwachsenen. Insbesondere Zeitpunkt und Wirksamkeit der Interventions-Ereignisse unterhalb des horizontalen Pfeils lassen sich durch ein frühzeitiges Hörscreening erkennen.

151. Für Deutschland wird geschätzt, dass ein bis drei Kinder pro 1 000 Neugeborene eine Hörstörung aufweisen (Gortner, L. 2000). Ähnliche Zahlen werden für Großbritannien angegeben: ein hörgeschädigtes Kind auf 800 Geburten (Steel, K.P. 2000) bis ein hörgeschädigtes Kind auf 1 000 Geburten (Abbasi, K. 1997; Davis, A. et al. 1997). Tabelle 20 (s. S. 88) gibt Prävalenzraten für Nordamerika bzw. die USA an.

³⁶ Als Risikofaktoren konnten (1) Aufenthalt in einer Neugeborenen-Intensivstation von mehr als 48 Stunden, (2) Fälle von Taubheit im Kindesalter in der Familie und (3) kranio-faziale Missbildungen identifiziert werden (Davis, A. u. Wood, S. 1992; Davis, A.C. 1995; Shiu, J. et al. 1996; Sutton, G. u. Rowe, S. 1997; Fortnum, H. et al. 1997).

Tabelle 19

Haushalts-Einkommen und Impfschutz bei Schulanfängern

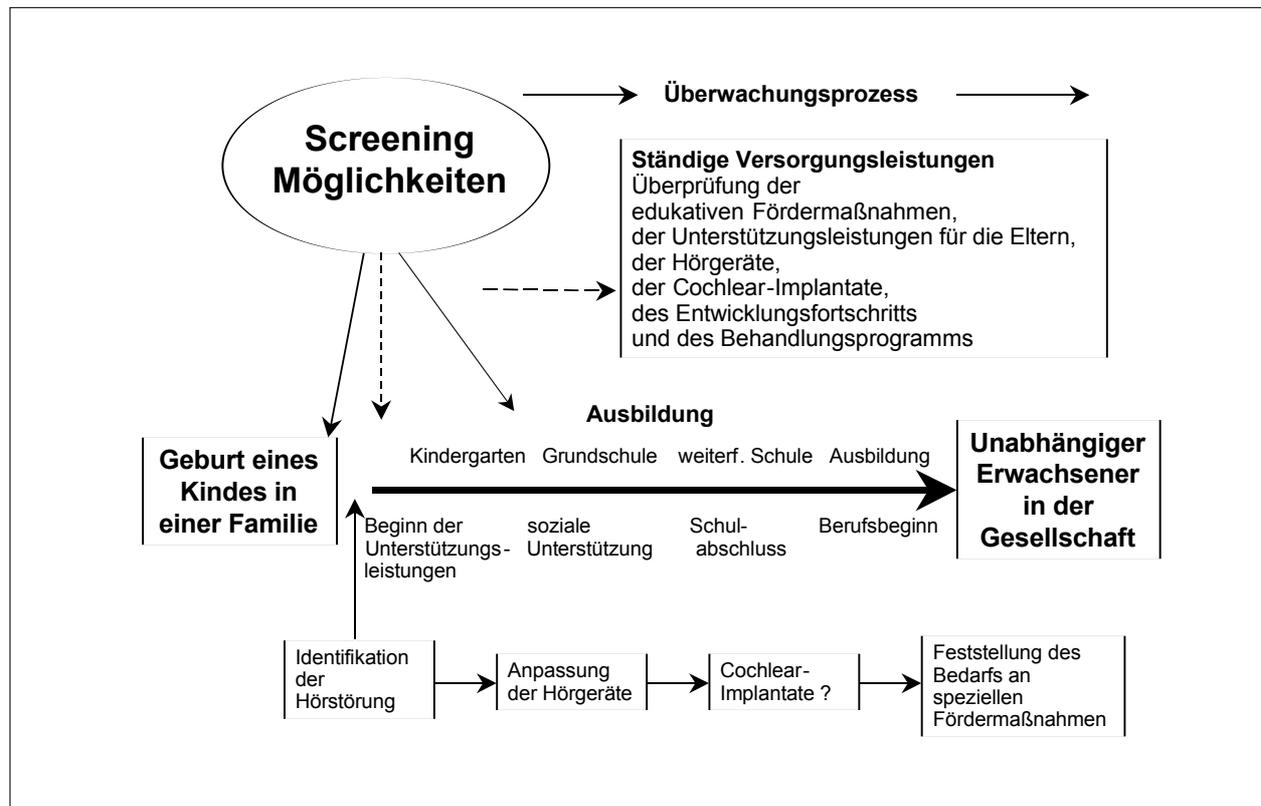
	Monatliches Haushalts-Nettoeinkommen	
	unter 3 000 DM	über 3 000 DM
Anzahl der Schulanfänger	1 316 (100 %)	4 530 (100 %)
davon ohne Impfschutz gegen Masern	22,3 %	15,6 %
davon ohne Impfschutz gegen Mumps	24,6 %	17,7 %
davon ohne Impfschutz gegen Röteln	35,8 %	34,7 %

Datenbasis: Befragung/Untersuchung von 8 204 Schulanfängern in München 1994

Quelle: Markuzzi, A. et al. (1997)

Abbildung 16

Schema des Entwicklungsverlaufs bei Hörstörungen von der Geburt bis ins Erwachsenenalter



Quelle: Modifiziert nach Davis, A. et al. (1997)

Tabelle 20

Prävalenz von Hörstörungen in Nordamerika bzw. den USA

Gruppe	Alter (in Jahren)	Prävalenzrate (%)
Permanente kindliche Hörbeeinträchtigung (hearing impairment) (Nordamerika)	0 – 19	0,2
Persistierende Otitis media mit Erguss und Hörverlust (Nordamerika)	0 – 19	1,1
Hörbeeinträchtigung (USA)	10 – 24	2,6
Schwierigkeit, Sprache in lauter Umgebung zu verstehen (Nordamerika)	0 – 19	3,5

Quelle: Ruben, R.J. (2000)

Nach Angaben des deutschen Zentralregisters für kindliche Hörstörungen kommt es im frühen Kindesalter schon nach wenigen Monaten akustischer Stimulusreduktion zu irreversiblen Hörstörungen (Gross, M. et al. 1999). Es konnte in Deprivationsstudien gezeigt werden, dass ohne neural weitergeleitete Stimuli in den ersten drei bis fünf Lebensjahren die Synapsensprossung und die Ausreifung des auditorischen Kortex nicht stattfinden (Ruben, R.J. u. Rapin, I. 1980; Périer, O. et al. 1984; Matschke, R.G. et al. 1991; Huchton, D.M. et al. 1997; Keilmann, A. u. Herdegen, T. 1997). Dabei scheint es unerheblich zu sein, welcher Hörstörungstyp dieser Deprivation zugrunde liegt (Gravel, J.S. et al. 1996; Downs, M.P. 1985). Hinzu kommen die Defizite in der Sprachentwicklung sowie die kognitiven, intellektuellen, emotionalen und psychosozialen Störungen, die sich aus unidentifizierten und unbehandelten Hörstörungen ergeben (Shehata-Dieler, W.E. et al. 2000).

152. Die volkswirtschaftliche und soziale Relevanz von Störungen der Kommunikationsfähigkeit, zu denen Hörstörungen (aber auch Sehbeeinträchtigungen) gezählt werden, nimmt in dem Maße zu, in dem in den Industrienationen Berufe, die ohne Kommunikationsfähigkeiten nicht auszuüben sind, Berufe, die rein auf körperlicher Arbeit beruhen, ablösen. In einer amerikanischen Studie wurde festgestellt, dass Hörgeschädigte nur etwa 40 bis 45 % des Einkommens der nicht hörgeschädigten Bevölkerung erzielen. Auch ist (in den USA) die Quote der Nicht-Beschäftigten mit 47,6 % bei Gehörlosen und 35,6 % bei Hörgeschädigten wesentlich höher als die entsprechende Quote in der nicht beeinträchtigten Normalbevölkerung (25,2 %). Es wird ein starker Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und Hörbeeinträchtigung vermutet, bei der soziale Benachteiligung sowohl als Ursache als auch als Folge von (nicht ausreichend behandelten) Hörstörungen betrachtet wird (Ruben, R.J. 2000).

153. Nachgewiesene Wirkung der Präventionsmaßnahme: In einer Übersichtsarbeit zu Hörscreenings wurden folgende sechs Ergebnisse zu der Wirksamkeit neonataler Hörscreenings (Ableitung transients evozierter otoakustischer Emissionen (TEOAE) und akustisch evozierte Hirnstammpotenziale (ABR)) festgestellt (Davis, A. et al. 1997):

1. Eine hohe Abdeckungsquote bei einem flächendeckenden Screeningangebot ist möglich (90 % und mehr).
2. Alle genannten Methoden des neonatalen Hörscreenings zeigen nach einer Einführungsphase eine Spezifität von über 90 %.
3. Belege für Sensitivitätsquoten sind seltener, die Schätzungen reichen jedoch von 80 bis 100 %. Die Sensitivität des Programms (Fälle, die nicht aufgedeckt wurden und/oder die erst später entstehen oder später progredient wurden) wird auf nahe 80 % geschätzt.
4. Zwei große englische Kohortenstudien identifizierten 1 bis 1,5 Hörstörungen auf 1 000 Neugeborene und schätzen den Zusatznutzen eines bisherigen konven-

tionellen, später einsetzenden Health Visitor Distraction-Tests erheblich geringer ein. Dieser Test, der Geräusche bei ca. acht Monaten alten Kindern verwendet, entspricht in etwa dem in Deutschland derzeit bei den Kinder-Vorsorge-Untersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung („gelbes Heft“) üblichen Verfahren.

5. Lediglich bei Risikopopulationen³⁷ angewandt, erreicht das neonatale Hörscreening 60 % aller Fälle von Hörstörungen, wobei die reale Quote wegen der erwarteten Implementationsprobleme bei Risikokindern auf lediglich 45 bis 50 % geschätzt wird.
6. Es konnte nachgewiesen werden, dass mit neonatalem Screening Hörstörungen tatsächlich frühzeitiger identifiziert werden können (der altersbezogene Median liegt bei zwei Monaten). Allerdings ist das Ausmaß, in dem eine frühzeitige Entdeckung einer Hörstörung zur Verhinderung von Entwicklungsverzögerungen genutzt werden kann, abhängig von Aspekten der weiteren Behandlung (z. B. Verzögerung durch langwierige Klärung der Kostenübernahme).

154. Die Aufwendungen belaufen sich einer derzeit in Niedersachsen durchgeführten Machbarkeits-Studie (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit) zufolge für ein neonatales Screening in geburtshilflichen Kliniken mit otoakustisch evozierten Potenzialen auf etwa voraussichtlich DM 15 pro Kind. Bei einer Inzidenzrate von zwei auf 1 000 Neugeborene bedeutet dies im Mittel etwa DM 12 750³⁸, die für die richtige Identifikation eines hörgeschädigten Neugeborenen – ohne sonstige Kosten für Abklärungs- und Behandlungsmaßnahmen – aufgewandt werden müssten.

Es sind keine Risiken des neonatalen Hörscreenings bekannt (Henke, K.D. u. Huber, M. 1999), sofern nicht sekundäre Risiken durch unsachgemäße Testanwendung und unangemessene Elternaufklärung und vermeidbare Fehler in der weiteren Abklärungs- und Behandlungskette entstehen.

155. Angesichts der unbefriedigenden Situation des gegenwärtigen Hörscreenings und der günstig erscheinenden wissenschaftlichen Bewertung neuer frühdiagnostischer Technologien empfiehlt der Rat eine Klärung der angemessenen Implementations- und Qualitätssicherungsverfahren, die insbesondere auch die spezialisierte Abklärungs- und Versorgungskette nach Entdeckung hörgeschädigter Neugeborener umfassen sollte. Er weist allerdings auch daraufhin, dass bei einer solchen Entscheidung die Gesamtqualität der Versorgungskette von der Erstentdeckung bis zur (protrahierten) Behandlung zu betrachten und gegenüber den heutigen Verhältnissen zu optimieren ist.

³⁷ Als Risikofaktoren konnten (1) Aufenthalt in einer Neugeborenen-Intensivstation von mehr als 48 Stunden, (2) Fälle von Taubheit im Kindesalter in der Familie und (3) kranio-faziale Missbildungen identifiziert werden (Davis, A. u. Wood, S. 1992; Davis, A. C. 1995; Shiu, J. et al. 1996; Sutton, G. u. Rowe, S. 1997; Fortnum, H. et al. 1997).

³⁸ Hierin eingeschlossen sind die Kosten zur Abklärung der durch das Screening produzierten falsch-positiven Fälle (DM 160 pro Fall).

2.2.1.3 Mundgesundheits

156. Die kinderzahnärztliche Betreuung in Deutschland wurde 1919 von Kantorowicz in Bonn begründet. Zahnärztliche Untersuchung, Behandlung und Nachkontrolle der Schulkinder war hauptamtlich angestellten Schulzahnärzten übertragen. Im Vergleich zu den beiden anderen in Deutschland herangebildeten Systemen, die sich nur auf die Vor- und Nachsorgeuntersuchung (Frankfurter System) oder gar nur Reihenuntersuchungen (Mannheimer System) stützten, und die Therapie ausklammerten, erwies sich das Bonner System mit der Einheit von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention anhand des Indikators „Sanierungsgrad“ als das effektivste und kostengünstigste System der Schulzahnpflege (Künzel, W. 1997).

Während nach dem Krieg in der DDR im Prinzip das Bonner System mit der Einheit von primärer, sekundärer und tertiärer Prophylaxe etabliert wurde, verblieben in der Bundesrepublik bis 1989 nur wenige Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Hauptarbeitsgebiet war die Reihenuntersuchung nach dem Mannheimer System. In den Achtzigerjahren lag die Bundesrepublik bei den Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung international auf dem Spitzenplatz. Die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen lag auf den unteren Rängen (JG 1987, Ziffer 341ff.). Der international anerkannte Indikator für die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen, die Anzahl der kariösen, behandelten oder fehlenden Zähne (DMFT: Decayed-Missing-Filled-Teeth) bei Zwölfjährigen, wies mit 3,3 DMFT in der DDR ein günstigeres Resultat auf als in der alten Bundesrepublik (4,1 DMFT) (JG 1991, Ziffer 752).

157. Die gesetzliche Verankerung „gruppenprophylaktischer Maßnahmen“ (§ 21 SGB V 1989) war ein Meilenstein für Prävention in der Kinder- und Jugendzahnpflege in Deutschland. Die Politik hatte gelernt, dass der Kariesrückgang in anderen Industrienationen nur zu einem geringen Teil auf zahnärztliche Therapie zurückzuführen ist (Arnljot, A.A. et al. 1985; Nadanovsky, P. u. Sheiham, A. 1995), sondern vor allem auf den Gebrauch der seit den Siebzigerjahren verfügbaren fluoridierten Zahnpasta sowie auf Wasser- bzw. Salzfluoridierung (Burt, B.A. u. Eklund, A.S. 1997) und auf gruppenprophylaktische Maßnahmen.

Ende der Neunzigerjahre liegt der Marktanteil der fluoridierten Zahnpasta in Deutschland bei ca. 95 % (Künzel, W. 1997); das seit 1992 in Deutschland zugelassene fluoridierte Haushaltssalz erreicht einen Marktanteil von ca. 40 % (Priehn-Küpper, S. 2000). Seit 1993 sind für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko spezifische Programme vorgesehen; Individualprophylaxe und Fissurenversiegelung wurden in den Sachleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Approbierte Zahnärzte dürfen Tätigkeiten an qualifiziertes Prophylaxe-Personal delegieren. Im Januar 2000 wurde die Gruppenprophylaxe auf „besondere Risikogruppen über das 12. Lebensjahr hinaus“ ausgedehnt (§ 21 SGB V).

Die von den gesetzlichen Krankenkassen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Zahnärzteschaft seit 1989 gegründeten Landesarbeitsgemeinschaften führen einen bunten Kanon unterschiedlicher Maßnahmen zu „Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene“ durch. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) ist für die Dokumentation und Erfolgskontrolle der gruppenprophylaktischen Maßnahmen zuständig.

Die gruppenprophylaktische Betreuung der 1,8 Millionen Kindergarten- und 4,2 Millionen Schulkinder wurde im Jahr 1998/99 von 474 Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, 1 010 Prophylaxefachkräften und 10 639 niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt (DAJ 2000).

158. Trotz schleppender und unvollständiger Ein- und Durchführung der vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen (JG 1992, Ziffer 207) zeichnet sich zum Ende der Neunzigerjahre mit 1,7 DMFT bei 12-Jährigen ein deutlicher Kariesrückgang in der bleibenden Dentition jetzt auch in Deutschland ab (Schiffner, U. u. Reich, E. 1999; Pieper, K. 1997). Im Milchgebiss zeigt die Kariesprävalenz einen nur moderaten Rückgang (Saekel, R. 1999) oder wird als stabil angesehen (Künzel, W. 1997).

159. Mit dem Rückgang der Kariesprävalenz wird die Konzentration der Karies auf eine relativ kleine Zielgruppe innerhalb der Altersstichproben sichtbar (Künzel, W. 1997). Speziell für die Zwei- bis Sechsjährigen gibt es soziale Unterschiede (Watt, R. u. Sheiham, A. 1999) in der sich nur mäßig (Saekel, R. 1999) reduzierenden Kariesprävalenz im Milchgebiss. Doch auch in dieser Altersgruppe hat sich der Anteil der Kinder mit überdurchschnittlich hohem Kariesbefall reduziert. Hier hat kürzlich die Industrie in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern eine positive Entscheidung für Eltern und Kleinkinder getroffen: Der Fluoridgehalt in Kinderzahnpasta wurde von 250 auf 500 ppm verdoppelt, um die Routine des Zähneputzens für alle effektiver und dennoch nicht aufwendiger und teurer zu machen (Hellwig, E. et al. 1999). Der Rat empfiehlt eine schnelle Anpassung der Empfehlungen zur Fluoridgabe an den aktuellen Kenntnisstand.

160. Von dem stärkeren Anstieg der Zahngesundheit scheinen auch die eher benachteiligten Schulkinder zu profitieren. Gleichwohl zeigt eine Erhebung von 1997 (vgl. Tabelle 21) einen deutlichen sozialen Gradienten der Mundgesundheits bei 12-Jährigen. Dennoch scheint es nicht notwendig, die Gruppe der „Kariesrisikokinder“ einzeln zu identifizieren und einer speziellen, unter Umständen *blaming-the-victim*-Betreuung zuzuführen. Es ist sinnvoller, in allen Städten und Gemeinden ein Profil der Kariesprävalenz der verschiedenen Schulen zu erstellen und spezifische Maßnahmen (wie z. B. die zweimal jährliche Applikation von Fluoridlack, der eine 30-prozentige Hemmung der Kariesinzidenz bewirkt (Helfenstein, U. u. Steiner, M. 1994)), auf die „bedürftigen“ Schulen zu konzentrieren.

161. Insgesamt scheint die Vorgehensweise zur Förderung der Mundgesundheit in den Neunzigerjahren in Deutschland durchaus erfolgreich zu sein. Es liegen jedoch keine ausreichenden Studien zu der Frage vor, welche Faktoren für den Rückgang der Kariesprävalenz wie viel Verantwortung tragen: Gruppenprophylaxe, Individualprophylaxe, Fissurenversiegelung, fluoridiertes Haushaltssalz. Der Rat empfiehlt die Durchführung angemessener Evaluationsstudien.

In einer multiplen Regressionsanalyse konnte lediglich gezeigt werden, dass die Ausgaben für Gruppenprophylaxe und Fissurenversiegelung die Variation der oralen Gesundheit in den Bundesländern zu 50 % erklären, während die anderen Ausgaben für die Individualprophylaxe keine Rolle zu spielen scheinen (Neumann, T. u. Sackel, R. 1997). Obwohl die Maßnahmen „einheitlich“ durchgeführt werden sollen, gibt es in den Bundesländern eine Ausgabenpanne zwischen DM 3 und DM 11 für die Gruppenprophylaxe je Kind und Jahr. Der Rat empfiehlt, dass die Bundesländer bzw. die Landesarbeitsgemeinschaften die Gründe für diese Ungleichheit eruieren und

gegebenenfalls auf eine gleichmäßige flächendeckende gruppenprophylaktische Versorgung hinwirken.

Meta-Analysen zur Effektivität von Mundgesundheitsförderung (Brown, L. 1994; Schou, L. u. Locker, D. 1994; Sprod, A. et al. 1996; Kay, E. u. Locker, D. 1996 und 1997) zeigen, dass schulische Zahngesundheitsförderung keinen messbaren Einfluss auf die Effektivität des Zähneputzens anhand des Indikators „Zahnbelag“ hat. Dies bedeutet nicht, dass schulische Gesundheitsförderung keine Wirkung hat. Die Entwicklung persönlicher Fertigkeiten bei der Zahnpflege (Watt, R. u. Sheiham, A. 1999) hat ein hohes präventives Potenzial, denn auch für die orale Gesundheit gilt das präventive Paradox: So wirkt sich eine dreiprozentige Reduktion des Zahnbelages auf den Indikator Zahnlosigkeit genauso aus wie 160 Arbeitstage konventioneller Zahnbehandlung bei 1 000 Patienten (Sheiham, A. u. Smales, F.C. 1979).

Fortgeschrittene pädagogische Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Schule zielen darauf ab, den Kindern Spaß an der Hygiene zu vermitteln (van Os-Fingberg, S. u. Paul, K.-H. 1998).

Tabelle 21

Mundgesundheit der Kinder und Schulbildung ihrer Eltern^{a)}

Indikatoren der Mundgesundheit	Schulbildung der Eltern ^{b)}		
	niedrig (n = 405)	mittel (n = 349)	hoch (n = 247)
Plaque in großer Menge vorhanden (% der Jugendlichen)	2,9	2,8	1,9
Starkes Zahnfleischbluten ^{c)} (% der Jugendlichen)	9,2	6,1	3,2
ohne Karies und ohne Füllung (% der Jugendlichen)	44,7	34,4	50,2
gefüllte Zahnflächen (mittlere FS-Werte ^{d)})	1,9	2,3	1,6
Mittlere DMFS-Werte ^{e)}	2,6	2,9	2,0
Mittlere DMFT-Werte ^{f)}	1,6	2,0	1,4

^{a)} Datenbasis: 1.214 Jugendliche (Alter: 12 Jahre; deutsche Staatsangehörigkeit); Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III) 1997

^{b)} niedrig: Hauptschulabschluss, Abschluss der 8. Klasse oder kein Schulabschluss
mittel: Mittlere Reife oder Abschluss der 10. Klasse (POS)
hoch: Fachhochschulreife oder Abitur

^{c)} Schulbildung niedrig: n = 400, mittel: n = 348, hoch: n = 246

^{d)} filled surfaces

^{e)} decayed, missing, filled surfaces

^{f)} decayed, missing, filled teeth

Quelle: Zusammengestellt aus Schiffner, U. u. Reich, E. (1999).

Auch die Elternarbeit ist unter Berücksichtigung der zusätzlich zur Gruppenprophylaxe derzeit durchgeführten 16 756 Einzel- und 380 Gruppenberatungen zu gering. Eine bedarfsgerechte Intensivierung der Elternarbeit nach sozial definierten Zielgruppen wäre wünschenswert (vgl. Tabelle 21).

162. Zusätzlich zur Gesundheitserziehung müssen jedoch auch die „Umweltfaktoren“ mit kurz- und langfristigen Zielsetzungen angepasst werden (Watt, R. u. Sheiham, A. 1999): Förderung des fluoridierten Salzes, der fluoridierten Zahnpasta und auch kindgerechter Zahnbürsten, eine Förderung gesunder Nahrungsmittel, sowie eine stärkere Beeinflussung von Werbung und Distribution der Tabak- und Süßwaren.

163. International wird gefordert, die Mundgesundheitsförderung in die allgemeine Gesundheitsförderung zu integrieren (Grabauskas, V.J. 1987). Denn direkte Ursachen für orale Erkrankungen sind mangelnde Mundhygiene, Fehlernährung, Rauchen und Stress. Diese Faktoren sind ebenfalls verantwortlich für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs. Deshalb soll Gesundheitsförderung alle Lebensbedingungen, die die chronischen Zivilisationskrankheiten fördern, verändern.

2.2.2 Alter

164. Seit Jahrzehnten liegt der Fokus der Gesundheitsförderung/Prävention vorwiegend auf der Gruppe der Kinder und Jugendlichen, den Schwangeren und dem werdenden Kind, allenfalls noch auf den mittleren Altersgruppen. Höhere Altersgruppen, erst recht die alten Alten und die Hochbetagten, waren nicht Zielgruppe der Gesundheitsförderung und Prävention. Die weitgehende Beschränkung präventiver Maßnahmen auf das jüngere Alter wurde vor allem von dem Dogma der morphologischen und physiologischen Unveränderlichkeit von Einbußen im Alter geleitet. Das vorherrschende defizitorientierte Modell unterstellte dabei fehlende Entwicklungs- und Veränderungsmöglichkeiten (Kruse, A. 1992). Neuere Erkenntnisse der Medizin, der Sportwissenschaft, der Neuropsychologie und weiterer Disziplinen weisen jedoch auf beachtliche Präventions- und Rehabilitationspotenziale im höheren Alter hin. Noch zaghaft werden diese möglichen zu mobilisierenden Ressourcen selbst durch die bisherigen Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland betrachtet und ihre Umsetzung durch entsprechende Maßnahmen angedacht. Dabei wird von international maßgeblichen Präventionsforschern gerade die Prävention weit verbreiteter (chronischer) Beeinträchtigungen im Alter und damit die Kompression der Morbidität als der zentrale Ansatzpunkt für die zukünftige Gesundheit, Unabhängigkeit und Mobilität angesehen (Fries, J.F. 1997). Die WHO bezeichnet in ihrem Weltgesundheitsbericht diese Aufgabe als eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts (WHO 1998).

2.2.2.1 Ziele und Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

165. Prävention und Gesundheitsförderung wurden von der WHO erstmals in der Deklaration von Alma Ata (WHO 1978) als zentraler Teil der Gesundheitsversorgung festgeschrieben, wobei das Konzept der Gesundheitsförderung einige Jahre später mit der Ottawa-Charta (WHO 1986) eine Ausdifferenzierung erfuhr. Gesundheitsförderung setzt danach „bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an (salutogenetischer Ansatz). Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch auf die Lebensverhältnisse abzielen – der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jeden Einzelnen und ganzer Bevölkerungen beeinflussen“ (Brößkamp-Stone, U. et al. 1998, S. 141). In der Ottawa-Charta wurden explizit die chronisch Kranken als eine Zielgruppe für die Gesundheitsförderung genannt. Zehn Jahre später erfolgte in der Deklaration von Jakarta (WHO 1997b) eine Anpassung an die neueren Entwicklungen. So wurde u. a. die Bedeutung der Gesundheitsförderung für die ältere Bevölkerung deutlich hervorgehoben.

Für die (klinische) Prävention definierte der U.S. Preventive Services Task Force 1996 erstmals (evidenzbasierte) Empfehlungen für ältere Patienten.

166. Anders als die Gesundheitsförderung versucht die Prävention eine gesundheitliche Beeinträchtigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Je nach Stand des (Krankheits-)Verlaufs zielt sie dabei auf die Vermeidung exogener Schädigungen oder die Verhinderung bzw. Verringerung eines personengebundenen Risikos (Primärprävention), auf die Verhinderung des Fortschreitens eines Krankheitsfrühstadiums (Sekundärprävention) oder auf die Vermeidung bzw. Milderung von Folgeschäden einschließlich Pflege (Tertiärprävention) (Schwartz, F. W. u. Walter, U. 1998).

Prävention für Ältere sollte sich allerdings ebenso wie die Gesundheitsförderung nicht allein auf die Verhütung von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Alternsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness berücksichtigen (Kalache, A. 1996). Insofern kommt der Gesunderhaltung im Alter eine wichtige Bedeutung zu. An Bedeutung gewinnt in dieser Lebensphase ebenfalls die Kompensation altersbedingter Beeinträchtigungen. Ihre vermehrte professionelle und gesellschaftliche Wahrnehmung und Akzeptanz könnte das Altersbild positiv beeinflussen und eine Prävention fördern (SG 1996). Sofern die Kompensationen krankheitsbedingt sind, fallen sie in den Bereich der Rehabilitation. In diesem Zusammenhang muss auch der gerontologische Begriff der Optimierung erwähnt werden, der Interventionen beschreibt, mit denen der jeweils bestmögliche Zustand erreicht werden soll (Neumann, E.M. 1997).

167. Präventionsmaßnahmen können sich sowohl auf die Veränderung des individuellen Verhaltens (Verhaltensprävention) als auch auf eine Modifikation der Verhältnisse, d. h. z. B. der sozialen und technischen Umwelt beziehen. Im Optimalfall wirken beide Faktoren zusammen. So sind bei einer (primärpräventiven) Sturzprophylaxe sowohl ein individuelles Koordinationstraining sowie eine Überprüfung der Medikation durch den Arzt (beides verhaltenspräventive Maßnahmen) neben einer Anpassung der Wohnung (Wohnumwelt) im Sinne einer Vermeidung bzw. Reduktion von Stolperfallen sinnvoll (Campbell, J. 1996). Verhaltensprävention für Ältere kann sich auf altengerechte Straßenverkehrsmaßnahmen ebenso beziehen wie auf eine stimulierende und zugleich funktionell unterstützende Gestaltung eines Pflegeheimes (Wojnar, J. 1993; Heeg, S. 1994).

168. Ziel der Prävention (und Gesundheitsförderung) ist im Hinblick auf die Bevölkerung die Verringerung von Krankheit (Kompression von Morbidität), Behinderung (Erhöhung der behinderungsfreien Lebensjahre) und vorzeitigem Tod. Dies bedeutet zugleich einen möglichst langen Erhalt der Selbstständigkeit im Alter. Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist ebenfalls das Ziel der Vermeidung unnötiger Behandlungs- und Folgekosten zu nennen. Präventive Maßnahmen sollten dabei immer so ausgerichtet sein, dass nicht nur ein langfristiger Effekt eintritt, sondern möglichst unmittelbar eine spürbare Verbesserung für den Betroffenen selbst erfahrbar wird. Dies kann eine (individuelle) Verbesserung der Lebensqualität auch und insbesondere bei bereits bestehenden (chronischen) Krankheiten und in Pflegesituationen sein und – im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung – eine erhöhte Patientenzufriedenheit (Schwartz, F.W. u. Walter, U. 1998).

169. Prinzipiell besteht auch bei über 64-Jährigen eine Vielfalt von Handlungsfeldern, die sowohl einer primären als auch sekundären sowie tertiären Prävention und Gesundheitsförderung zugänglich sind. Einige ähneln – wenn auch mit etwas anderer Akzentuierung – denen jüngerer Altersgruppen. Hier sind beispielhaft die Unfallverhütung, das Ernährungsverhalten, die Mundprophylaxe und Impfungen gegen Grippe, aber auch die Bewältigung von schwerwiegenden Lebensereignissen zu nennen. Andere treten erst im höheren Alter in den Vordergrund. Hierzu zählen der Erhalt der körperlichen und geistigen Beweglichkeit, die Betreuung und das eigene Management bei chronischen Krankheiten sowie eine angemessene Medikation. Besondere Beachtung erfordert auch der Übergang von der Arbeitswelt in den „Ruhestand“.

170. Vorliegende Präventionsprogramme für Ältere wurden vor allem in Nordamerika und Westeuropa entwickelt, wobei der Schwerpunkt eindeutig auf dem Bereich Wohnen liegt (Kalache, A. 1996). Interventionen zur Förderung und Erhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit spielen seit den Siebzigerjahren eine bedeutende Rolle (Wahl, H.W. u. Tesch-Römer, C. 1998). Wenig berücksichtigt wurden bislang Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege (Brieskorn-

Zinke, M. 1995) und innerhalb der Teilpopulation der institutionalisierten Älteren.

171. Auf bestehende Präventionspotenziale einzelner Maßnahmen in den Handlungsfeldern geht das nachfolgende Kapitel ein. Sie sind unter bevölkerungsbezogener Perspektive ein bedeutendes Auswahlkriterium bei der Priorisierung präventiver Maßnahmen. Dabei wird einerseits die Häufigkeit der zu prävenierenden Gesundheitsstörung bzw. Behinderung in der Zielpopulation betrachtet. Zum anderen muss ein gesundheitlicher Gewinn bzw. ein in anderen Dimensionen definierter Nutzen möglich sein. Selbstverständlich sollten keine unbeabsichtigten Folgewirkungen auftreten und die Maßnahmen in dem gegebenen Rahmen realisierbar sein (Schwartz, F. W. u. Walter, U. 1998).

172. Auch und gerade in der älteren Bevölkerung ist bei der gegebenen sehr hohen Heterogenität die Identifizierung spezifischer Teilpopulationen z. B. mit definierten Krankheiten oder erhöhten Risiken erforderlich, für die eine Präventionsmaßnahme konzipiert und gezielt offeriert werden soll. Der Einbezug der gesamten älteren Bevölkerung ist nur dann sinnvoll, wenn es sich um allgemeine Maßnahmen wie z. B. im Straßenverkehr handelt.

173. Besondere Aufmerksamkeit erfordert deshalb die Ermittlung und Ausgestaltung erfolgreicher Zugangswege für vulnerable Zielgruppen. Zahlreiche Erfahrungen zeigen, dass über die bisherigen, meist unspezifischen Zugangswege (und Maßnahmen) häufig nur Mittelständler mit bereits akzeptablem Gesundheitsverhalten und -wissen gewonnen werden können (Schneider, H.D. 1993; Kirschner, W. et al. 1995). Ältere mit hohen Risiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen dagegen, die zu meist gleichzeitig eine geringere Bildung aufweisen, bedürfen differenzierter Zugangswege.

Ein potenziell bedeutender Zugangsweg stellen die (Haus-)Ärzte als zurzeit wichtigste professionelle Ansprechpartner der Älteren im Gesundheitswesen dar. Mithilfe eines *assessment* könnten über sie relevante Risikofaktoren abgeklärt, Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen entdeckt, ein spezifischer Interventionsbedarf definiert und gezielte Maßnahmen empfohlen werden (Junius, U. et al. 1994). Sinnvoll ist ein Risiko-Score für die Allgemeinarztpraxis, wie er z. B. zur Identifikation von Personen mit erhöhtem Schlaganfall-Risiko entwickelt wurde (Coppola, W.G. et al. 1995). Entsprechende Testverfahren liegen z. B. mit dem *testing-the-limit*-Ansatz auch für den kognitiv-psychischen Bereich vor. Noch stehen allerdings Informationsdefizite und Skepsis der Ärzte einem verstärkten präventiven Engagement entgegen.

Positive Erfahrungen wurden in Dänemark mit 1996 eingeführten Hausbesuchen des Hausarztes bzw. einer/eines präventiv geschulten Gemeindegemeinschaftsmitgliedern gemacht (Jensen, G.R. 1997). Nach ersten Auswertungen scheint die Morbidität bei den Älteren sowie die Anzahl und Dauer der Pflegeheimbesuche durch die aufsuchende Beratung und anschließenden Interventionen gesunken zu sein.

Neben professioneller Identifikation ist auch der Einsatz standardisierter Selbsteinschätzungsbögen möglich, wie es z. B. im Rahmen des Kassenprojektes „gesund alt werden“ zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie zur Sturzgefährdung erfolgt ist (Walter, U. et al. 1996). Dabei werden die Älteren über die Ermittlung eines individuellen *scores* über ihr Risiko informiert und gezielt auf Interventionsmöglichkeiten und Ansprechpartner hingewiesen. Derartige Kurzfragebögen könnten sowohl durch die Krankenkassen verschickt bzw. in ihren Mitgliedszeitschriften abgedruckt, als auch z. B. von Apotheken und Kirchen angeboten oder in Arztpraxen ausgelegt werden.

Eine Identifikation über Routinedaten der Sozialversicherung wäre z. B. zur präventiven Intervention von Angststörungen, Neurosen und somatoformen Störungen mit noch nicht etablierter psychischer Diagnose sowie bei Personen mit schwereren Frakturen durch eine Analyse der Krankenhausaufenthalte möglich. Auch Patienten mit potenzieller Medikamentenabhängigkeit könnten über die Routinedaten erfasst werden, ebenso Versicherte mit medikamentös behandeltem Diabetes und Fettstoffwechselstörungen, Frakturen etc. (Schwartz, F.W. et al. 1998).

174. Generell ist eine umfassende und konsumentengerechte Information der Älteren sowohl zu altersbedingten Veränderungen, Gesundheitsrisiken, Krankheitsbildern bzw. Gesundheitsstörungen und Möglichkeiten ihrer Vorbeugung, Kompensation im Alltag und Therapie als ein erster Schritt für die Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich (Walter, U. u. Schwartz, F.W. 1995). Informationen über Ereignisse im Alter können bereits ihre Voraussehbarkeit und damit ihre Bewältigung fördern (Schneider, H.D. 1993). Eine adressatengerechte Aufbereitung derartiger Informationen, sowie die Konzeption von Interventionen, erfordert Kenntnis und Verständnis des Wahrnehmungsfeldes der Adressaten. Es empfiehlt sich deshalb, die Älteren soweit möglich bereits bei der Planung und zur Überprüfung der Akzeptanz mit einzubeziehen (Lehr, U. 1991; Schwartz, F.W. u. Walter, U. 1998). Die Inanspruchnahme der Interventionen kann durch eine gezielte Information und bedarfsorientierte Selektion der Betroffenen, wie z. B. durch die zuvor beschriebenen Zugangswege, verbessert werden, ebenso durch den Einbezug der unmittelbaren Bezugspersonen. Für Erwachsene weisen Ergebnisse einer Evaluation präventiver Kassenangebote auf eine höhere Inanspruchnahme und Akzeptanz durch vulnerable Gruppen hin (Walter, U. et al. 2000a).

175. Selbst wenn eine Prävention auch noch im höheren Alter sinnvoll ist, darf doch nicht außer Acht gelassen werden, dass sich Gesundheitsrisiken im Laufe des Lebens akkumulieren können. In diesem Sinne wurde das Programm *Health of the Elderly* der WHO Europa 1995 hin zu einem integrierten weltweiten Programm *Ageing and Health* neu orientiert, das sowohl das ältere Alter als auch den Alterungsprozess selbst in den Blickpunkt nimmt. Die WHO-Expert Community on Aging and Health identifizierte dabei die Gesundheitsförderung als

einen Schlüsselbereich für ein gesundes Altern.³⁹ Zurzeit wird eine weltweite Strategie *Healthy aging* entwickelt, die u. a. die Programm-Komponenten Stärkung der Informationsbasis, Forschung, Training und Entwicklungsstrategien enthalten soll (Hermanova, H. 2000).

2.2.2.2 Präventionspotenziale

176. Das folgende Kapitel widmet sich Potenzialen der Prävention. Dabei werden einige weit verbreitete Gesundheitsstörungen bzw. Krankheiten im Alter betrachtet und die ihnen zugrunde liegenden relevanten Risikofaktoren. Anschließend wird der Fokus exemplarisch auf den Interventionsbereich Bewegung gelegt. Betrachtungen zum „erfolgreichen Altern“ runden das Kapitel ab.

Informationen zu den Risikofaktoren und der bevölkerungsbezogenen Häufigkeit (Prävalenz) der Erkrankung bzw. Gesundheitsstörung stammen vor allem aus epidemiologischen Studien. Darüber hinaus werden Interventionsstudien an kleineren Teilpopulationen herangezogen. Allerdings liegen für Ältere, insbesondere Hochbetagte, oft nur wenige Studien vor, sodass teilweise auf Daten für das mittlere Erwachsenenalter zurückgegriffen werden muss.

2.2.2.2.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

177. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in Deutschland mit insgesamt 46 % aller Todesursachen der Männer und 53 % aller Todesursachen der Frauen die häufigste Todesursache (auch im höheren Alter) dar. Die Zahl der durch vorzeitige Mortalität verlorenen Lebensjahre ist in dieser Krankheitsgruppe weitaus am größten. 1994 betrug der Verlust an Lebensjahren durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der gesamten Bevölkerung Deutschlands fast 5,5 Millionen Jahre und damit 22 % an verlorenen Lebensjahren insgesamt (Statistisches Bundesamt 1999). Auch hinsichtlich der Krankheitskosten nehmen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland eine Spitzenstellung ein; nach Neubildungen und psychiatrischen Krankheiten entfallen auf sie die meisten stationären Listen (Henke, K. D. et al. 1997; Schwartz, F. W. u. Walter, U. 1998; Statistisches Bundesamt 1999).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen fassen eine Vielzahl von Krankheitsbildern zusammen, von denen Hypertonie, Arteriosklerose, Myokardinfarkt und Apoplex näher betrachtet werden sollen. Diesem Kapitel sind ebenfalls die wesentlichen Risikofaktoren Serum-Cholesterin, Rauchen und Übergewicht zugeordnet. Der Risikofaktor erhöhter Blutdruck wird unter Hypertonie mit erfasst. Eine Darstellung über Varizen rundet dieses Kapitel ab.

Über die Hälfte der 70- bis 84-Jährigen weist mindestens vier kardiovaskuläre Risikofaktoren auf, wobei multiple Risikofaktoren signifikant länger bei Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftreten. Aufgrund des Anstiegs

³⁹ Daneben wurden noch sechs weitere Schlüsselbereiche benannt: Lebensverlaufs- und Kohortenperspektive, Kultur, Geschlecht, Intergenerationen-Perspektive und Ethik.

kardiovaskulärer Risikofaktoren nach der Menopause bei Frauen liegen bei den Älteren keine Geschlechtsunterschiede vor. Hochbetagte stellen eine vor allem durch kardiovaskuläre Mortalität selektierte Gruppe dar, die deutlich weniger kardiovaskuläre Risikofaktoren aufweist als die Jüngeren (Steinhagen-Thiessen, E. u. Borchelt, M. 1996, siehe Tabelle 22). Mit zunehmendem Alter ändert sich jedoch auch die Bedeutung der Risikofaktoren. Über 65 Jahre sind das Rauchen und die Hyperlipoproteinämie für die Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung nicht mehr von so großer Bedeutung wie bei Jüngeren, anders verhält es sich mit der Hypertonie und dem Diabetes mellitus. So muss die primäre Prävention von chronischen kardiovaskulären Erkrankungen in höherem Alter eine korrekte Diagnose und Therapie der Hypertonie und des Diabetes mellitus umfassen (Donat, K. 1996).

Hypertonie

178. Nach epidemiologischen Feldstudien beträgt die Prävalenz der manifesten Hypertonie in Deutschland in

der Altersgruppe der 25- bis 69-Jährigen 19 % bis 27 % (Männer) bzw. 15 % bis 24 % (Frauen) (Keil, U. 1997). Für die 70-jährigen und älteren Männer wird eine Populationsprävalenz von ca. 40 % geschätzt, bei den Frauen steigt der Anteil der Hypertonie von 43 % bei den 70 bis 84-Jährigen, auf über 57 % bei den 85-Jährigen und Älteren (Steinhagen-Thiessen, E. u. Borchelt, M. 1996). Mit zunehmendem Alter nimmt die Prävalenz der isoliert systolischen Hypertonie, bedingt durch eine steigende Gefäßverhärtung, zu. Gleichzeitig mit dem Anstieg des systolischen Blutdruckes kommt es zu einem Anstieg der Blutdruckamplitude (systolischer Blutdruck – diastolischer Blutdruck), die zunehmend als ein Prediktor für die koronare Herzkrankheit, kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall und die terminale Niereninsuffizienz an Bedeutung gewinnt. Eine erhöhte Blutdruckamplitude stellt einen wichtigeren Risikofaktor dar als der systolische oder der diastolische Blutdruck alleine (Domanski, M.J. et al. 1999).

Da mit Hypertonie zunächst keine unmittelbaren spürbaren Folgen verbunden sind, ist ihre Kenntnis bei den

Tabelle 22

Kardiovaskuläre Risikofaktoren nach Alter und Geschlecht mit Schätzung der Populationsprävalenzen
(Angaben in Prozent)

	Altersgruppe				
	70 – 84 Jahre		85 + Jahre		Gesamt (gewichtet)
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Cholesterin >250 mg/dl	25,6	41,9	11,6	33,3	36,9
LDL-Cholesterin ^{a)} > 155 mg/dl	40,3	48,1	16,3	37,2	44,7
HDL-Cholesterin ^{a)} < 35 mg/dl (m)/< 42 mg/dl (w)	10,1	12,4	10,1	23,3	13,8
Cholesterin/HDL > 5	42,6	31,0	22,5	28,7	33,4
Lipoprotein (a) > 15 mg/dl	27,4	21,3	17,9	19,3	22,0
Apo E 2-2/4-4 ^{b)}	2,4	4,1	0,8	–	2,9
Triglyceride > 200 mg/dl	24,8	26,4	16,3	26,4	26,5
Body-Mass-Index > 28 kg/m ²	31,8	26,4	15,5	16,3	25,6
Diabetes mellitus	14,7	20,2	20,2	15,5	18,5
Hypertonie	39,5	43,4	38,8	57,4	45,6
Raucher	23,3	12,4	17,8	4,7	14,1
Bewegungsmangel	50,4	50,4	68,2	77,5	55,1
Positive Familienanamnese	47,3	49,6	21,7	33,3	45,9
Vier und mehr Risikofaktoren	54,3	51,9	32,6	45,7	51,6

^{a)} LDL/HDL: Low/High Density Lipoprotein; m: männlich, w: weiblich

^{b)} Apolipoprotein-E-Genotyp 2-2 oder 4-4

Quelle: Mayer, K.U. u. Baltés, P.B. (1996)

Betroffenen trotz einer deutlichen Zunahme seit den Siebzigerjahren mit 64 bis 84 % vergleichsweise gering (Keil, U. 1997).

Die unzureichende Behandlung des Bluthochdrucks bei älteren Patienten ist jedoch auch auf den Wissensstand der behandelnden Ärzte zurückzuführen. Bevor die Datenlage das Gegenteil bewies, bestand weitläufig die Meinung, dass ein Anstieg des Blutdrucks mit zunehmendem Alter unvermeidbar und harmlos sei. Der isolierten systolischen Hypertonie wurde keine Bedeutung beigemessen, ebenso wurde angenommen, dass eine antihypertensive Therapie von älteren Patienten nicht toleriert werde (Dickerson, J.E. u. Brown, M.J. 1995).

179. Die Behandlung der Hypertonie bei älteren Patienten kann das Risiko eines Schlaganfalls, einer kardiovaskulären Erkrankung, einer Herzinsuffizienz oder eines tödlichen Ereignisses deutlich senken (SHEP 1991; Dahlöf, B. et al. 1991). So reduzierte sich bei behandelten Hypertonikern die Inzidenz der Herzinsuffizienz um 50 % (Staessen, J.A. et al. 1998).

In der Bluthochdrucktherapie älterer Patienten sollte die nicht medikamentöse Therapie einen ebenso hohen Stellenwert einnehmen wie bei jüngeren Patienten (Applegate, W.B. et al. 1992).

Durch verschiedene verhaltensmedizinische Maßnahmen kann ein erhöhter Blutdruck auch ohne medikamentöse Behandlung effektiv gesenkt werden. Als wirksam hat sich insbesondere eine Ernährungsweise mit reichlichem Verzehr von Obst, Gemüse und fettarmen Milchprodukten sowie eine eingeschränkte Aufnahme von gesättigten (tierischen) Fetten und Gesamtfett sowie Cholesterin erwiesen. Mit solch einer Ernährung, reich an Ballaststoffen, Kalium, Calcium und Magnesium, aber nur einem mäßig hohen Proteinanteil, konnte bei Hypertonikern mit einem Blutdruck von <160 / 80–95 mmHg eine ausgeprägte Blutdrucksenkung erzielt werden (systolisch 11,4 / diastolisch 5,5 mmHg). Selbst bei Personen mit normalem Blutdruck wurde eine Reduktion erreicht (systolisch 3,5 / diastolisch 2,1 mmHg) (Appel, L.J. et al. 1997; Schmidt, T. 1998). Nach Appel, L.J. et al. (1997) könnte durch eine derartige Intervention zur Blutdruckreduktion bevölkerungsweltweit die Inzidenz koronarer Herzerkrankungen um 15 % und die der Schlaganfälle um 27 % reduziert werden.

Auch eine Gewichtsreduktion bei Übergewicht durch eine Modifikation der Ernährungsweise und eine Verringerung des Salzverzehrs führt zu signifikanten Blutdrucksenkungen (The Trials of the Hypertension Prevention Collaborative Research Group 1992). Eine Reduktion des Hypertonus durch Gewichtsabnahme und salzarme Kost vermindert die kardiovaskuläre Mortalität um 2 bis 3 % pro gesenktem mmHg, was den Effekten einer medikamentösen Therapie entspricht (SG 1996, Ziffer 141 und Tabelle 31).

Eine weitere Möglichkeit, den Blutdruck zu senken, liegt in einer Steigerung der körperlichen Aktivität. So kann ein moderat-intensives, tägliches ca. 30 bis 45minütiges Walking (forciertes Gehen) helfen, den diastolischen und systolischen Blutdruck zu reduzieren (Hakim, A.A. et al.

1998; U.S. Department of Health and Human Services 1996; Duncan, J.J. et al. 1991; Kingwell, B.A. u. Jennings, G.L. 1993). Ein sportlicher Lebensstil kann die kardiovaskuläre Mortalität um bis zur Hälfte verringern (SG 1996, Ziffer 141 und Tabelle 31).

Bezüglich Stressmanagementprogramme haben wissenschaftliche Studien keine eindeutigen Ergebnisse hinsichtlich einer Blutdrucksenkung erbracht; in den Metaanalysen der methodisch adäquaten Studien wird die Wirksamkeit eher skeptisch beurteilt. Eine neuere, methodisch als gut beurteilte Studie weist bei über 55-Jährigen amerikanischen Farbigen lediglich für transzendente Meditation (im Vergleich zu Progressiver Muskelentspannung) einen signifikanten blutdrucksenkenden Effekt aus (Alexander, C.N. et al. 1996). Vergleichbare Blutdrucksenkungen durch eine medikamentöse Behandlung zeigen eine Reduktion der kardiovaskulären Mortalität um 22 % und der Schlaganfallmortalität um 33 % (Schwartz, F.W. et al. 1999).

Für Versicherte mit hochnormalem und leicht erhöhtem (Stadium I) Blutdruck, die in Deutschland an einem intensiven Präventionsprogramm einer Krankenkasse mit Modifikation des Ernährungs- und des Bewegungsverhaltens sowie Entspannungsübungen (Yoga) teilnahmen, deuten sich Verbesserungen der Blutparameter an (Walter, U. et al. 2000a).

180. Diese Möglichkeiten der Prävention fanden auch Eingang in die Empfehlungen des sechsten Report des Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure des amerikanischen National Institute of Health (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 1997). Sie betonen die Bedeutung einer Modifikation bzw. Optimierung der Lebensweise, die allen Behandlungsbedürftigen ohne zusätzliche medikamentöse Blutdrucksenkung als alleinige Interventionsmaßnahme bis zum Bereich des hochnormalen Blutdrucks (130-139/85-89 mmHg) empfohlen wird. Auch bei einem Blutdruck im Stadium I (140-159/90-99 mmHg) wird sie zumindest bis zu einem Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten als alleinige Behandlungsmaßnahme als sinnvoll erachtet, sofern keine klinisch manifesten kardiovaskulären Erkrankungen, keine sekundären blutdruckbedingten Organmanifestationen und kein Diabetes mellitus vorliegen.

Die Senkung des Blutdrucks bei Älteren scheint einen größeren absoluten Nutzen zu haben als bei jüngeren, da das absolute Risiko, an einem kardiovaskulären Ereignis zu erkranken, bei Älteren höher ist (Lever, A.F. u. Ramsay, L.E. 1995). In welcher Weise bzw. Kombination Hochbetagte am besten behandelt werden können, kann vor Abschluss der noch laufenden internationalen Studien allerdings noch nicht endgültig beantwortet werden (Starr, J.M. u. Bulpitt, C.J. 1996).

Zur Identifikation von 65-jährigen und älteren Personen mit erhöhtem Blutdruck empfiehlt der U.S. Preventive Services Task Force (1996) den Ärzten ein regelmäßiges Blutdruckscreening sowie eine anschließende Beratung zur Ernährung und körperlichen Bewegung. Bei der Dia-

gnosestellung Hypertonie muss beachtet werden, dass bei älteren Patienten gelegentlich eine Pseudohypertonie auftreten kann, die auf einer Verhärtung der Gefäße beruht (Messerli, F.H. 1986); des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass bei älteren Patienten häufiger eine Weißkittel-Hypertonie vorliegt als bei jüngeren Patienten (Wiinberg, N. et al. 1995).

Atherosklerose

181. Die Diagnose einer arteriosklerotischen Erkrankung liegt nach der – allerdings kleinen – Stichprobe⁴⁰ der Berliner Altersstudie bei drei Viertel der über 70-Jährigen vor. Vorherrschend ist die koronare Herzkrankheit (44 % aller Studienteilnehmer), gefolgt von der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (39 %) und cerebrovaskulären Krankheiten (38 %), wobei eine multiple Arteriosklerose-Manifestation verbreitet ist. 14 % von ihnen erlitten bereits einen Herzinfarkt und 11 % einen Schlaganfall. Angina pectoris wurde bei 49 % diagnostiziert (Nieczej, R. et al. 1994).

Die Ergebnisse des San Francisco Lifestyle Heart Trial (Ornish, D. et al 1990; Ornish, D. 1992) zeigen bei – allerdings bei wenigen – älteren Patienten mit fortgeschrittener Koronarsklerose, dass eine umfassende Veränderung der Lebens- und Ernährungsweise den progredienten Verlauf der Arterioskleroseentwicklung mit bereits erfolgter Verengung der Herzkranzgefäße aufhalten und vielleicht sogar teilweise rückgängig machen kann. In dem vierjährigen Beobachtungszeitraum ernährten sich die Teilnehmer fast fettfrei vegetarisch, führten ein mindestens dreimal wöchentliches, 30-minütiges, der individuellen Leistungsfähigkeit angepasstes körperliches Training durch und wendeten ein Stressmanagement (Yoga) an. Begleitend erfolgte eine psychologische und soziale Unterstützung.

Eine über 30 Jahre geführte Kohortenstudie unter Beteiligung verschiedener europäischer Länder weist darauf hin, dass regelmäßige Bewegung bei 69- bis 90-jährigen Männern den Ruheherzschlag erniedrigt und zu einem erhöhten (schützenden) HDL-Spiegel führt. Personen, die einen Herzinfarkt erlitten, sind körperlich weniger aktiv. Ob dies Ursache ist oder auf die eingeschränkte Möglichkeit der Ausübung hinweist, bleibt dahingestellt (Bijnen, F.C.H. et al. 1996).

Myokardinfarkt

182. Über 40 % der Herzinfarkte führen innerhalb eines Jahres nach der Attacke zum Tod (Marmot, M. 1996). Hingewiesen werden muss auf die große Bedeutung sozioökonomischer Faktoren, die das Auftreten eines Myokardinfarktes beeinflussen.

Relevante Risikofaktoren sind daneben Diabetes mellitus Typ II, Bewegungsmangel, Übergewicht, Zigarettenkonsum, Hypertonie und Hypercholesterinämie. Inwieweit Passivrauchen das Herzinfarkt-Risiko erhöht, ist noch

nicht abschließend geklärt (Schwartz, F.W. et al. 1999). Differenzen zwischen einem geringen und hohen Risiko nehmen mit dem Alter zu (Marmot, M. 1996).

Wenn über geeignete Interventionsmaßnahmen der Risikofaktor Diabetes auf Null reduziert würde, könnten maximal 5 bis 10 % (insbesondere bei Frauen) der Herzinfarkte verhindert werden. Eine entsprechende Reduktion der Hypercholesterinämie würde (je nach Definition) zu einer Verringerung der Herzinfarkte um 20 bis 40 % führen (Schwartz, F.W. et al. 1999).

Das Risiko für Typ-II-Diabetiker, an einem Herzinfarkt zu versterben, ist etwa 2 bis 3 mal höher, als für Personen ohne Diabetes mellitus. Zudem scheint das LDL-Cholesterin bei Typ-II-Diabetikern eine höhere Atherogenität zu besitzen als bei nicht an Diabetes leidenden Personen. (Taskinen, M.R. 1999). Etwa 80 % aller Patienten mit Diabetes mellitus Typ II versterben an kardiovaskulären Komplikationen (O'Keefe, J.H. et al. 1999).

Fünf beeinflussbare Risikofaktoren sind hauptsächlich verantwortlich für das gesteigerte Risiko von Patienten mit Diabetes mellitus Typ II, an Komplikationen durch eine Koronararteriosklerose zu erkranken: LDL, HDL, Bluthochdruck, Hyperglykämie und Rauchen (Turner, R.C. et al. 1998).

Laut der 4S- und der CARE-Studie ist das Risiko für einen koronaren Event bei unbehandelten diabetischen Patienten ca. 1,5 bis 1,7 mal so hoch gegenüber einem unbehandelten nicht diabetischen Patienten. Ebenso wurde dort herausgefunden, dass bei Typ-II-Diabetikern eine Cholesterinsenkende Therapie die kardiale Event-Rate um 22 % bis 50 % (durch Statin-Behandlung) senken kann (Kreisberg, R.A. 1998).

183. Nach Daten der bevölkerungsbezogenen Framingham-Studie vermindert jede einprozentige Senkung des Serum-Cholesterins in der Bevölkerung die Inzidenz der koronaren Herzerkrankungen um 2 % (Castelli, W.P. et al. 1989) bis 3 % (Sleight, P. 1991). Dieser Effekt wird allerdings möglicherweise unterschätzt. Neuere Untersuchungen gehen davon aus, dass über eine Senkung des Gesamtcholesterins um durchschnittlich 0,6 mmol/l, das wären 10 %, eine Reduktion der Mortalität an ischämischen Herzkrankheiten um 24 bis 27 % (Law, M.R. et al. 1994a) und der Inzidenz der koronaren Herzerkrankungen um 38 % (Law, M.R. et al. 1994b) erreicht werden kann. Nach Analyse der einschlägigen randomisierten Studien erreicht dieser Effekt seine maximale Stärke bereits nach fünf Jahren und wirkt sich am stärksten in jüngeren Altersgruppen aus (Schwartz, F.W. et al. 1999, s. auch Tabelle 23, S. 98).

Eine mindestens fünfjährige Blutdrucksenkung um diastolisch 5 bis 6 mm Hg führt zu einem Rückgang an koronarer Herzkrankheit um 20 bis 25 % (Sleight, P. 1991). Über eine den Blutdruck reduzierende Ernährungsänderung kann mit einem Rückgang der Inzidenz der koronaren Herzkrankheit um 15 % gerechnet werden (Appel, L.J. et al. 1997). Mittels Techniken zum Stressmanagement (Schneider, R.H. et al. 1995) ließe sich die Herzinfarkt-Mortalität um ca. 22 % verringern.

⁴⁰ 336 Personen im Alter von 70 bis 103 Jahren

Eine über fünfjährige Interventionsmaßnahme zur Ernährung und Rauchen bei Hochrisikopatienten zeigte eine 47-prozentige Reduktion der Inzidenz der koronaren Herzerkrankungen, die im Wesentlichen auf einer Abnahme der Serum-Cholesterinwerte um 10 % basiert (Holme, I. et al. 1985). Eine entsprechende bevölkerungsbezogene Risikoreduktion würde sehr wahrscheinlich geringer ausfallen.

Im Rahmen des betriebsbezogenen randomisierten und kontrollierten WHO European Collaborative Trial in the Multifactorial Prevention of Coronary Heart Disease wurden über fünf bis sechs Jahre cholesterinreduzierte Ernährung, Nichtrauchen, Gewichtskontrolle, körperliche Bewegung und Blutdruckkontrolle propagiert. Für Belgien konnte in der Interventionsgruppe eine Reduktion der tödlichen Herzinfarkte um 21 %, der nicht tödlichen Infarkte um 26 % erreicht werden, was ca. 25 % der gesamten Herzinfarkte entspricht (Kornitzer, M. et al. 1983). Die gleiche Intervention zeigte in Großbritannien keinen Effekt bezüglich dieser „harten“ kardiovaskulären Endpunkte (Rose, G. et al. 1983), wohl aber eine Reduktion der neu aufgetretenen Angina pectoris um 36 % (Schwartz, F.W. et al. 1999).

Auch in Deutschland konnte inzwischen nachgewiesen werden, dass Interventionsmaßnahmen mit dem Ziel

komplexer Lebensstiländerungen im Rahmen der stationären und ambulanten Rehabilitation von Herzinfarktpatienten durchführbar und hinsichtlich der erwünschten Risikofaktoränderungen erfolgreich sind (Scherwitz, L.W. et al. 1995).

Diese Studien belegen die große Bedeutung einer präventiven Beeinflussung der Lebensweise. Zur Reduktion der koronaren Herzkrankheiten sind darüber hinaus politisch strukturelle Maßnahmen erforderlich, die einem zu großen sozioökonomischen Gefälle innerhalb der Gesellschaft als einem „eigenständigen Risikofaktor“ entgegensteuern (Marmot, M. 1996).

Die Waist-Hip-Ratio und nicht die körperliche Aktivität korreliert mit der Höhe des HDL-Cholesterins (Mansfield, E. et al. 1999). Aber: Moderate körperliche Betätigung war ausreichend zur positiven Beeinflussung des HDL-Spiegels, starke körperliche Betätigung schien keinen zusätzlichen Nutzen zu haben (Spate-Douglas, T. u. Keyser, R.E. 1999). Viele Studien sagen aus, dass körperliche Aktivität einen positiven Effekt auf verschiedene Risikofaktoren hat. So z. B. auf einen geringeren Ruheblutdruck, weniger abdominales Fett, ein verbessertes Lipoproteinmuster, einen günstigeren Glucose-Stoffwechsel und auf eine geringere Erkrankungs- und Sterberate bzgl. koronarer Herzkrankheit. Lediglich eine zu

Tabelle 23

Über Interventionsmaßnahmen erreichbare Risikofaktor-Modifikation und verhinderbare Krankheitslast an Herzinfarkten bzw. ischämischen Herzkrankheiten

Risikofaktor	erreichte Modifikation	verhinderte Krankheitslast	Quelle
Herzinfarkt:			
Cholesterin	– 10 %	24 – 27 % ^{a)}	Law, M.R. et al. 1994a
Stressmanagement		22 % ^{a)}	Schneider, R.H. et al. 1995
Cholesterin, Rauchen, Gewichtskontrolle, Bewegung, Blutdruck		25 % ^{b)}	Kornitzer, M. et al. 1983
Ischämische Herzkrankheiten:			
Cholesterin	– 10 %	38 % ^{c)}	Law, M.R. et al. 1994b
Blutdruck	– 5,5 mm Hg syst., – 3 mm Hg diast.	15 % ^{c)}	Appel, L. J. et al. 1997
	5 – 6 mm Hg diast.	20 – 25 % ^{c)}	Sleight, P. 1991

^{a)} Reduktion der Mortalität an Herzinfarkten

^{b)} Reduktion der Herzinfarktinzidenz

^{c)} Reduktion der Inzidenz koronarer Herzerkrankungen

Quelle: Schwartz, F.W. et al. (1999), S. 110

starke körperliche Aktivität älterer Menschen geht mit einem erhöhten Unfallrisiko und einer gesteigerten Rate für den plötzlichen Herztod einher (Pescatello, L.S. 1999).

Apoplex

184. Der Schlaganfall (Apoplex) steigt im höheren Alter, insbesondere ab dem 65. Lebensjahr stark an. Nicht tödliche Verläufe verursachen oft bleibende, teilweise gravierende motorische Beeinträchtigungen (Ebrahim, S. 1996).

Zu den Risikofaktoren für Schlaganfall zählen u. a. Hypertonie, Übergewicht bzw. Adipositas, Nikotinkonsum, erhöhtes Serum-Cholesterin, Bewegungsmangel und Diabetes mellitus (Schwartz, F.W. et al. 1998).

Auf Grundlage publizierter Studien zu den Risikofaktoren für Schlaganfall, dem relativen Risiko und der Prävalenz in der Bevölkerung berechneten Schwartz et al. (1999) das bevölkerungsbezogene relative attributable Risiko. Dies gibt den prozentualen Anteil der Krankheitslast in der Bevölkerung an, die diesem Risikofaktor zugeschrieben werden kann und damit zumindest theoretisch verhinderbar ist. Danach könnten durch eine vollständige Verringerung der Hypertonie 40 % aller Schlaganfälle vermieden werden. Entsprechend würden sich über den Risikofaktor Rauchen die Schlaganfälle um 15 %, über Diabetes um 10 bis 20 % und über Adipositas um 20 % reduzieren.

Der Primärprävention kommt bei der Vermeidung des Schlaganfalls eine führende Rolle zu. Entsprechend den

beschriebenen Risikofaktoren sind lebensweisenorientierte Interventionen sinnvoll.

Cholesterin

185. Über Medikamente kann bei Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko eine Senkung des Serum-Cholesterins um durchschnittlich 1,2 mmol/l oder 20 % erreicht werden. Um einen Effekt in dieser Größenordnung über Ernährungsumstellungen zu erlangen, müsste die Fettaufnahme von derzeit etwa 42 % auf 27 % der Energiezufuhr gesenkt werden (Schwartz, F.W. et al. 1999).

Eine Cholesterin-Senkung um 10 % oder 6 mmol/l ist bereits mit moderaten Verhaltensänderungen erreichbar und dürfte daher auf größere Akzeptanz stoßen als ein sehr rigides Interventionsprogramm. Dazu bedürfte es einer Reduktion des Fettverzehr auf 35 % der Gesamtenergieaufnahme bzw. einer Verringerung der gesättigten Fette von 20 % auf 13 % (Schwartz, F.W. et al. 1999).

Eine Senkung des Cholesterins um realistische 10 % ist nach Law et al. (1994b) mit einer Reduktion der Inzidenz von koronaren Herzkrankheiten um 38 % verbunden. Darüber hinaus könnte die Herzinfarkt mortalität um 24 bis 27 % reduziert werden.

Der Zusammenhang zwischen dem Cholesterin-Spiegel sowie der koronaren Herzkrankheit ist stärker als prospektive Studien dies implizieren. Das Mortalitätsrisiko

Tabelle 24

Über Interventionsmaßnahmen erreichbare Risikofaktor-Modifikation und verhinderbare Krankheitslast an Schlaganfall

Risikofaktor	erreichte Modifikation	verhinderte Krankheitslast	Quelle
Blutdruck (medikamentös)	– 10 – 12 mm Hg syst., – 5 – 6 mm Hg diast.	38 %	Sleight, P. 1991; MacMahon, S. u. Rodgers, A. 1994
Blutdruck (Essverhalten)	– 5,5 mm Hg syst., – 3 mm Hg diast.	27 %	Appel, L.J. et al. 1997
Stressmanagement	– 10,7 mm Hg syst., – 6,4 mm Hg	33 % ^{a)}	Schneider, R.H. et al. 1995
Rauchen	- 23 %	2,5 %	Wolf, P.A. et al. 1988; AHCP (1996)
Cholesterin, Rauchen, Diabetes	– 5 % Cholesterin – 18 % Raucher	71 % ^{b)}	Agewall, S. et al. 1994

^{a)} Reduktion der Schlaganfall-Mortalität

^{b)} An Hochrisikopatienten nachgewiesener nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragbarer Effekt

Quelle: Schwartz, F.W. et al. (1999), S. 104

sinkt durch eine Reduktion des Serum-Cholesterins um 0,6 mmol/dl effektiv um 24 % bzw. 27 %, wenn zwei Störfaktoren bei der Berechnung herausgerechnet werden, einerseits der *regression dilution bias*, andererseits der *surrogate dilution bias*, gegenüber 17 %, wenn diese Störfaktoren nicht beachtet werden (Studie an 21 515 Personen, Law, M.R. et al. 1994a).

Die Risikoreduktion für die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit durch eine Senkung des Serum-Cholesterins um 10 % beträgt im Lebensalter von 40 Jahren: 54 %, 50 Jahren: 39 %, 60 Jahren: 27 %, 70 Jahren: 20 %, 80 Jahren: 19 %. Der volle Effekt einer Risikoreduktion durch Cholesterin-Senkung ist nach fünf Jahren Behandlungszeit erreicht (Meta-Analyse: Law, M. R. et al. 1994a).

Rauchen

186. Ein hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen birgt das Rauchverhalten. So sterben Personen über 40 Jahre, die täglich Zigaretten rauchen, an ischämischen Herzkrankheiten im Durchschnitt fünf Jahre eher als Nichtraucher (Hirayama, T. 1990). Eine gesunde Lebensweise mit täglichem Gemüseverzehr, Nichtrauchen und Verzicht auf täglichem Fleischverzehr und Alkoholkonsum ist gegenüber der „entgegengesetzten“ Lebensweise (seltener Gemüseverzehr, täglicher Fleischverzehr, Alkoholkonsum, Rauchen) mit einer Verringerung der Mortalität infolge Herzerkrankungen um 54 % verbunden (SG 1996, Ziffer 141).

Eine Reduktion der Raucherprävalenz in der Bevölkerung würde zudem auch die Inzidenz von Krebserkrankungen verringern. Die WHO (WHO o. J.) weist darauf hin, dass die Aufgabe des Rauchens im Alter von 50 Jahren das Mortalitätsrisiko innerhalb der nächsten 15 Jahre um 50 % senkt.

Nach Meta-Analysen sind realistischerweise bei Raucherentwöhnungsprogrammen Erfolgsquoten von höchstens 23 % zu erwarten, und zwar im Wesentlichen durch langfristige Programme (mehr als acht Wochen) oder durch stationäre Interventionsmaßnahmen. Bei dieser Erfolgsquote von Raucherentwöhnungsprogrammen ließen sich z. B. 2,5 % der apoplektischen Insulte verhindern (Schwartz, F. W. et al. 1999).

Übergewicht, Adipositas

187. Übergewicht und Adipositas sind ein bedeutender Risikofaktor für zahlreiche bevölkerungsrelevante Erkrankungen wie koronare Herzkrankungen, Hypercholesterinämie, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ II, Gallensteinleiden, degenerative Gelenkerkrankungen, Brust- und Darmkrebs sowie psychische und soziale Probleme (CRD Report 10, 1997).

Ein erhöhtes Risiko weisen Kinder von übergewichtigen Eltern sowie Angehörige der unteren sozialen Schichten auf. Auch einschneidende Lebensereignisse wie Berentung, Menopause und Tod nahestehender Angehöriger stellen ein erhöhtes Risiko dar. Für beide Geschlechter

zeigt sich eine ausgeprägte Altersabhängigkeit der Übergewichtsprävalenz (CRD Report 10, 1997). In den vergangenen Jahren konnte auch für Deutschland eine Zunahme der Prävalenz verzeichnet werden (Grobe, T. 1994). Sie liegt bei den 25- bis 69-Jährigen 1990/92 bei 18 % (Männer) bzw. 21 % (Frauen) (gesamtes Bundesgebiet) (Schwartz, F.W. et al. 1999). Während 32 % (Männer) bis 26 % (Frauen) der 70- bis 84-Jährigen einen BMI von über 28 kg/m² aufweisen, nimmt der Anteil der Übergewichtigen mit 16 % bei den Hochbetagten deutlich ab (Steinhagen-Thiessen, E. u. Borchelt, M. 1996).

Theoretisch wären durch eine vollständige Elimination von Übergewicht bzw. Adipositas in der Bevölkerung 20 % der Schlaganfälle vermeidbar. In der Praxis zeigen die zahlreich vorliegenden Studien zu verhaltensbezogenen Interventionen als auch zu medikamentösen Behandlungsansätzen zwar in der Regel kurz- und mittelfristig eine Gewichtsabnahme, die allerdings langfristig meist nicht bestehen. Dennoch wirken sich generell die Maßnahmen positiv auf das Risikofaktorenprofil der Teilnehmer aus (Köpfle, M. u. Zielke, M. 1991; Schwartz, F.W. et al. 1999).

Varicosis

188. Bislang zu wenig Beachtung finden die Varikosis und ihre Folgeerscheinungen, wie z. B. Unterschenkelgeschwüre (Ulcus cruris) und Lungenembolie. Sie kann ab dem vierten Lebensjahrzehnt als Volkskrankheit bezeichnet werden. Dabei sind vor allem Frauen mehr und früher betroffen. Die Angaben zur Prävalenz schwanken: Während nach älteren Daten ein Drittel der über 65-jährigen Frauen und knapp ein Viertel der über 65-jährigen Männer eine relevante bzw. krankhafte Krampfaderbildung aufweisen (JG 1987), liegt die Diagnose-Prävalenz in der Berliner Altersstudie für die 70-Jährigen und Älteren bei 72 % (Steinhagen-Thiessen, E. u. Borchelt, M. 1996). Risikofaktoren für Krampfadern sind vor allem eine sitzende (und stehende) Lebensweise und Geburten (Komsuoglu, B. et al. 1994).

Sinnvoll ist es, die bislang unausgeschöpften Möglichkeiten der Prävention von Varikosis verstärkt zu nutzen. Als Maßnahmen kommen für Ältere vor allem das Tragen (alltagsgeeigneter) Stützstrümpfe, die Förderung der Kontraktion durch Wechselduschen und eine regelmäßige (nächtliche) Hochlagerung der Beine in Betracht. Eine präventive operative Varizenkorrektur ist eher kritisch zu beurteilen (Bitzer, E.M. et al. 1998).

2.2.2.2 Diabetes mellitus Typ II

189. Die Prävalenz von Diabetes schwankt international zwischen unter 1 % bis über 10 % der jeweiligen Bevölkerung. In Deutschland beträgt sie etwa 5 %. Nach AOK-Versichertendaten des Jahres 1988 unter Berücksichtigung der bundesrepublikanischen Altersstruktur ist bis zum 39. Lebensjahr mit einer Prävalenz von unter 1 % auszugehen, die bis zum 8. Lebensjahrzehnt auf über 20 % ansteigt (Ferber, L. von u. Ihle, P. 1994).

Diabetes mellitus Typ II ist außer durch genetische Disposition erheblich durch Lebensstilfaktoren wie Ernährungsgewohnheiten und Übergewicht determiniert. Allein 48 % der bevölkerungsbezogenen Diabetesprävalenz sind nach einer Modellrechnung auf Grundlage der Daten des Gesundheitssurveys Ost-West auf Übergewicht und Adipositas zurückzuführen (Schwartz, F. W. et al. 1999).

Trotz der damit theoretisch bestehenden großen Beeinflussungspotenziale führen verhaltensorientierte Interventionsmaßnahmen in der Praxis bislang meist zu einer mäßigen bis keiner Reduktion der Diabetesprävalenz. Allerdings konnten durch eine Modifikation des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens übergewichtige insulinpflichtige Typ-II-Diabetiker auf orale Antidiabetika umgestellt (Lucas, C. P. et al. 1987) und wesentliche kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Übergewicht, Hypertonie, Hypercholesterinämie und Bewegungsmangel verringert werden (Glasgow, R. E. et al. 1991; Lavie, C. J. u. Milani, R. V. 1997).

2.2.2.2.3 Erkrankungen der Atemwege

190. Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen sind die zahlenmäßig bedeutendsten Atemwegserkrankungen, von denen die chronische Bronchitis bei den Älteren am häufigsten auftritt. Ihre Prävalenz beträgt bei den 65- bis 74-jährigen Männern 13 % und bei den über 75-jährigen 23 %. Chronische Bronchitis kommt damit – vor allem aufgrund des Rauchens – bei den Männern vier- bzw. fünfmal so häufig vor wie bei den älteren Frauen (Steering Committee on Future Health Scenarios 1994). 60 % aller Asthmabezogenen Todesfälle ereignen sich bei den über 65-Jährigen (Jack, C.I.A. u. Lye, M. 1996).

Bei den 65- bis 75-jährigen Männern sind die mit Abstand meisten Todesfälle an Malignomen auf den Lungenkrebs, die häufigste tödliche Krebserkrankung, zurückzuführen (Statistisches Bundesamt 1995). Bei den Frauen dieser Altersgruppe stellt der Lungenkrebs nach dem Brustkrebs und dem Dickdarmkrebs die dritthäufigste Todesursache unter den bösartigen Krankheiten dar. In beiden Geschlechtern nimmt in der höchsten Altersstufe die Häufigkeit des Lungenkrebses relativ ab.

Zu den gravierendsten Risikofaktoren für chronische Atemwegserkrankungen gehören vor allem Rauchen, aber auch Luftverschmutzung in Räumen und im Freien, möglicherweise pulmonale Infekte besonders im Kindesalter, Atopie und andere hereditäre Faktoren (Bailey, W.C. et al. 1992; Edelmann, N.H. et al. 1992). Darüber hinaus spielen psychische Belastungen eine Rolle.

Rauchen ist auch für Lungenkrebs der wichtigste Risikofaktor: Das relative Risiko von Rauchern, an Lungenkrebs zu erkranken, ist im Vergleich zu Nichtrauchern auf etwa das 13fache erhöht. Weitere, teilweise multiplikativ wirkende Risiken liegen in beruflichen und umweltbedingten Expositionen, beispielsweise mit Asbest.

Angesichts der großen und – insbesondere bei den Frauen – zunehmenden Bedeutung obstruktiver Atemwegser-

krankungen wie auch des Lungenkrebses ist eine präventive Risikoelimination bzw. -verringern vor allem durch die Einstellung des Rauchens, aber auch eine Schadstoffreduktion der Innenraumlufte und Außenluft (z. B. Dieselabgase) sowie eine Stärkung der körpereigenen Abwehr möglich. Studien zeigen, dass eine, wenn auch kurze Intervention z. B. im klinischen Setting durchaus die Aufgabe des Rauchens unterstützen kann (U.S. Preventive Services Task Force 1996). Nikotin-Produkte wie z. B. Kaugummis können dabei helfen, die Abhängigkeit von Zigaretten zu durchbrechen (Silagy, C. et al. 1994). Der U.S. Preventive Services Task Force (1996) empfiehlt eine ärztliche Raucher-Entwöhnungs-Beratung auch bei 65-Jährigen und älteren.

2.2.2.2.4 Osteoporose und Stürze

191. Dem Beziehungsdreieck – dem durch Stürze ausgelösten Frakturen besonders frakturer osteoporotischer Knochen – kommt mit zunehmendem Alter besonders bei Frauen eine hohe Bedeutung zu. Ihm liegt jeweils ein Bündel von – prävenierbaren – Risikofaktoren zugrunde.

Osteoporose

192. Nach dem 40. Lebensjahr beginnt ein sukzessiver Knochenabbau. Erst ein pathologisch erheblich vermehrter Knochensubstanzrückgang rechtfertigt allerdings Osteoporose als Krankheitsbegriff. Die Osteoporoseprävalenz zeigt eine deutliche Altersabhängigkeit: Während 3,9 % der 50- bis 59-jährigen (weißen) Frauen in den USA osteoporotische Hüftknochen haben, steigt ihr Anteil auf 24,5 % bei den 70- bis 79-Jährigen und auf 47,5 % bei den über 79-Jährigen (Caldwell, J. R. 1996). Mit abnehmender Knochendichte nimmt dabei im Sinne einer Dosis-Antwort-Beziehung das Frakturrisiko zu (Cummings, S. R. et al. 1995). Entsprechend folgt – trotz weiterer Risikofaktoren – die Inzidenz u. a. der Hüftfrakturen denen der Osteoporose (Frauen, 40 bis 49 Jahre: 0,03, 50 bis 59 Jahre: 0,3, 70 bis 79 Jahre: 3,1 und 80 bis 89 Jahre 8,6 je 1000 Einwohner) (Haviko, T. et al. 1996). Das Risiko für 50-jährige Frauen, eine Hüftfraktur zu bekommen, beträgt nach amerikanischen und britischen Daten 18 % bzw. 14 % (Männer: 6 % bzw. 3 %) (Cooper, C. 1997). Bislang liegen aufgrund des sehr heterogenen Verlaufs allerdings keine Studien vor, die das spätere Frakturrisiko auf Basis der perimenopausalen Knochendichte bestimmen können (Cummings, S. R. et al. 1990).

Risikofaktoren für Osteoporose sind u. a. geringes Gewicht, Bewegungsmangel, eine (insbesondere früh einsetzende) Menopause, eine vorausgehende längerfristige Therapie mit Glukocorticosteroiden (>3 Monate) sowie Chemotherapeutika, endokrine Störungen, wie z. B. Nebenschilddrüsenüberfunktion, Rauchen, starker Alkoholkonsum und Fehlernährung (vor allem eine längerfristige Ernährung mit niedrigem Calciumgehalt und unzureichender Vitamin D-Versorgung) sowie eine familiäre Vorbelastung (Scientific Advisory Board 1996). Die meisten

Untersuchungen zeigen keinen Unterschied in der Knochendichte zwischen Vegetarierinnen und Nicht-Vegetarierinnen (Feskanich, D. et al. 1996).

Es gibt mehrere Studien, die einen positiven Einfluss modifizierter Verhaltensweisen auf die Knochendichte zeigen. Allerdings liegen aufgrund der langen Zeit zwischen der Menopause und auftretenden Frakturen nur wenige prospektive Studien vor, die den Einfluss entsprechender Interventionen auf Frakturen nachweisen (U.S. Preventive Services Task Force 1996). Daten zur Abschätzung der vermeidbaren bevölkerungsbezogenen Krankheitslast liegen nicht vor.

Eine Osteoporoseprävention sollte zunächst an den Lebensweisenfaktoren ansetzen, die einen Abbau der Knochensubstanz vermeidet bzw. die Knochenformation stimuliert. Hierzu zählt z. B. eine ausreichende Calciumzufuhr. Vom National Research Council (1980) werden mindestens 800 mg für Frauen täglich empfohlen – eine Menge, die vielfach unterschritten wird. Eine Meta-Analyse zahlreicher Studien zur Osteoporoseprävention hält bei postmenopausalen Frauen sogar einen täglichen Bedarf an Calcium von 1500 mg für wahrscheinlich (Heaney, R. P. 1991). Der Calciumbedarf kann sowohl über Milchprodukte als auch über Gemüse, wie z. B. Grünkohl und Spargel, gedeckt werden. Der Verzehr calciumreicher Gemüse ist in Japan der wirksamste Faktor, der das Risiko für einen Oberschenkelhalsbruch verringert (Schmidt, T. et al. 1996). Auch bei hochbetagten Frauen (Durchschnittsalter 84 Jahre) führte eine Calcium- und Vitamin D-Zufuhr zu einer Reduktion der Hüftfrakturen (Chapuy, M. C. et al. 1994).

Bewegung ist für den Erhalt der Knochensubstanz ebenso bedeutsam wie für die Prävention von Osteoarthritis (Fries, J.F. 1996). Bewegung interveniert in den Teufelskreis der Osteoarthritisentwicklung, die zu Schmerzen, Muskelrückbildung, Gelenkinstabilität und damit zu einer Verschlechterung führt (White, J.A. et al. 1993).

Der U.S. Preventive Services Task Force (1996) empfiehlt den Ärzten, ihre Patientinnen über Möglichkeiten der Prävention von Osteoporose durch Ernährung (Calcium- und Vitamin D-Aufnahme), regelmäßige Bewegung und Aufgabe des Rauchens aufzuklären.

Eine Osteoporoseprophylaxe durch eine Östrogen-therapie bei postmenopausalen Frauen kann in der Gesamtbevölkerung zu einer erheblichen Reduktion der osteoporosebedingten Frakturen sowie einer Verringerung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität führen (Raum, E. 1999). Dennoch bleiben trotz aufgezeigter Nettoeffekte mehrerer Studien offene Fragen vor allem über die angemessene Dauer der Behandlung und Nutzen und Risiken bei älteren Frauen. Den vermutlich größten Nutzen haben Frauen mit hohem Risiko für Osteoporose und Frakturen ohne vorliegende Kontraindikationen wie z. B. Lebererkrankungen und Thrombembolien (U.S. Preventive Services Task Force 1996). Aufgrund der unbekannt-ten Balance zwischen Nutzen und Risiken einer Östrogen-therapie fordert der U.S. Preventive Services Task Force (1996) von den Ärzten, ihre Patientinnen vollstän-

dig in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Grundlage hierfür bildet eine umfassende Beratung über die individuellen Krankheitsrisiken, die möglichen Vor- und Nachteile einer Hormonsubstitution, Abklärung der Kontraindikationen sowie die Präferenzen der betroffenen Frauen. Eine derart verbesserte Information und Einbindung der Frauen könnte auch die z. z. geringe *compliance* von 30 % (Raum, E. 1999) verbessern.

Stürze

193. Stürze sind Hauptursachen für Verletzungen und nicht krankheitsbezogenen Tod im Alter.⁴¹ Sie stellen in 40 % der Fälle eine wesentliche Ursache für den Eintritt in ein Heim dar (Luukinen, H. et al. 1996).

Während bei 70- bis 74-Jährigen der Anteil an Stürzen pro 100 Personenjahre 47,4 beträgt, steigt er bei den 80- bis 84-Jährigen auf 94,1 und bei den über 90-Jährigen auf 152,2 an (Campbell, A. J. et al. 1990). 80 % der Stürze ereignen sich während der Hauptaktivitätszeiten am Tag, wobei die meisten Älteren im eigenen Wohnraum und Garten stürzen (Campbell, A. J. et al. 1990). Während der Wintermonate und an kälteren Tagen erhöht sich die Zahl der Stürze und der Frakturen. Dieses wird nicht (allein) auf Witterungsumstände zurückgeführt, sondern auch durch höhere Aktivitätslevel (z. B. Weihnachten), saisonbedingte Ernährungszustände (geringerer Vitamin D-Haushalt im Winter) und neuromuskuläre Inkoordination infolge leichter Unterkühlung erklärt (Evans, J. G. 1996).

Motorische Koordinationsschwierigkeiten, eine gestörte Sinnesfunktion, insbesondere des Sehens und Gleichgewichtsstörungen, eingeschränkte Reaktionsfähigkeit z. B. infolge von Medikamenten und Herz-Kreislaufstörungen stellen wesentliche Risikofaktoren dar (Fries, J. F. 1996). Gebrechliche Ältere mit multiplen physiologischen Defiziten weisen somit ein höheres Sturzrisiko auf. Psychologische Folgen von Stürzen sind häufig ein vermindertes Selbstvertrauen, Unsicherheit und daraus resultierende abnehmende Mobilität, die wiederum das Sturzrisiko erhöht. Zu den Risikofaktoren, die Verletzungen nach einem Sturz zur Folge haben, gehören Osteoporose, Synkopen, eingeschränkte kognitive Funktion, Einnahme von Diuretika und Vasodilatoren sowie der Fall auf hartem Boden (Nevitt, M. C. u. Cummings, S. R. 1993). Zu den umweltbedingten Risikofaktoren zählen ferner glatte und rutschige Böden, Treppen, schlechte Beleuchtung, unerwartete Objekte sowie unangemessenes Schuhwerk (Campbell, A. J. et al. 1990; Tinetti, M. E. et al. 1988).

Zu einer Sturzprophylaxe im Alter können sowohl eine Unterstützung endogener Faktoren (z. B. Bewegung, Auf-

⁴¹ Häusliche Unfälle als Todesursache erhöhen sich je 100 000 Einwohner in Deutschland von 10,1 bei den 65 bis 75-Jährigen über 56,4 bei den 75 – 85-Jährigen auf 244,1 bei den über 85-Jährigen (Der Bundesminister für Gesundheit 1995). Bei verzögerter Todesfolge unterschätzt die Statistik die wirkliche Zahl der Unfalldoten. Die angegebenen Daten stellen somit nur eine untere Grenze dar.

decken von Einschränkungen der Sinnesorgane und ihre Kompensation) als auch die Verminderung exogener Einflüsse (z. B. Überprüfung der Medikamente, Beseitigung von Stolperfallen) beitragen. So kann nach einer Meta-Analyse ein Training zur Verbesserung der Koordination und Bewegungssicherheit das Sturzrisiko um 10 % verringern (Province, M. A. et al. 1995). Eine Wohnraumanpassung umfasst u. a. das Anbringen von Haltegriffen und Treppenstufenmarkierungen, eine ausreichende Beleuchtung, die Identifikation und Behebung von Hindernissen, wie z. B. herumliegende Kabel. Derartige Wohnraumanpassungen können die Selbstständigkeit unterstützen und ein längeres Verbleiben in der eigenen Wohnung ermöglichen (Schmitt, E. et al. 1994).

Eine externe Maßnahme stellt auch das Tragen eines Hüftgelenksschutzes dar. In einer dänischen Studie konnte durch diese Maßnahme bei Altenheimbewohnern die Häufigkeit von Hüftgelenksfrakturen um 50 bis 100 % verringert werden (Lauritzen, J. B. et al. 1993). Inwieweit derartige Maßnahmen außerhalb von Studiensettings effektiv sind und ggf. längerfristig etabliert werden können, kann zurzeit nicht beantwortet werden. Eine Studie des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health untersucht zurzeit, inwieweit die *compliance* durch Schulungen erhöht werden kann (Warnke, A. et al. 1999).

Sturzprophylaxe wurde von dem U.S. Preventive Services Task Force (1996) als eine präventive Aufgabe des Arztes bei der Zielgruppe der 65-Jährigen und älteren Patienten aufgenommen.

2.2.2.2.5 Infektionskrankheiten

194. Eine amerikanische zweijährige prospektive Studie bei über 65-Jährigen zeigt, dass Infektionskrankheiten bei 69 % pro Jahr auftreten. Über die Hälfte sind Infektionen der Atemwege mit einem deutlichen Gipfel in den Wintermonaten. Saisonale Inzidenzgipfel überlagern sich dabei mit saisonalen Gipfeln der „natürlichen Mortalität“ in der alten Bevölkerung (JG 1987). Infektionen wie Influenza und Pneumonie sind bei den Älteren oft besonders schwerwiegend (Ruben, F.L. et al. 1995). Zwei Drittel (1983) aller Sterbefälle an infektiösen und parasitären Erkrankungen (ohne Influenza) entfallen auf über 65-Jährige (Gsell, O. 1986).

Der Einfluss der Infektionskrankheiten auf die Todesfälle im Alter wird im allgemeinen eher unterschätzt, da häufig Folgeerkrankungen, wie z. B. Herz- und Lungenkrankheiten, als Todesursache ausgewiesen werden. Für jeden registrierten Todesfall durch Influenza können deshalb beispielsweise 2,6 weitere, mit ihr zusammenhängende angenommen werden (Steering Committee on Future Health Scenarios 1994). Das Ausmaß grippebedingter Todesfälle wird meist geschätzt, z. T. auf Basis regionaler Angaben bei auffallenden Epidemien. So starben über 2/3 der über 65-jährigen Erkrankten in England und Wales in den Wintern 1968 bis 1975 (Falck, I. 1983). In Deutschland war eine erhöhte Sterblichkeit infolge einer Influenza-Epidemie bei den Älteren im Winter 1995/96 zu verzeichnen (Robert Koch Institut 1996).

Eine physiologisch abnehmende Immunabwehr stellen für Ältere u. a. neben Herz- und Lungenerkrankungen sowie Alkoholismus Risikofaktoren für eine Pneumonierkrankung dar (Koivula, I. et al. 1994).

Eine amerikanische Konsensempfehlung zur Pneumokokkenimpfung ist zur Zeit mangels deutscher Daten allerdings nicht ohne weiteres übertragbar. Anders stellt sich die Situation bei der Influenza dar: Hier können (epidemieabhängig) Impfungen empfohlen werden.

2.2.2.2.6 Harninkontinenz

195. Harninkontinenz stellt insbesondere für ältere Frauen ein Problem mit hohem subjektivem Leidensdruck dar. Je nach Definition beträgt die Prävalenz bei über 60-Jährigen 16 % bis knapp 40 % (Niederstadt, C. u. Fischer, C. G. 1996). Kontinenz geht als ein wesentlicher Faktor in die Bewertung der Pflegebedürftigkeit ein und stellt auch einen der häufigsten Auslöser für eine Heimunterbringung dar.

Risikofaktoren der Harninkontinenz sind ein schlechter Trainingszustand der Beckenbodenmuskulatur sowie falsche Miktionsgewohnheiten. Frühzeitige präventive Maßnahmen, wie z. B. ein Training der Beckenbodenmuskulatur, können einer durch altersbezogene Veränderungen des unteren Urogenitaltraktes begünstigten Harninkontinenz entgegenwirken (Niederstadt, C. u. Fischer, C. G. 1996). Derartige Trainingsansätze sind in Deutschland noch wenig bekannt und entwickelt.

2.2.2.2.7 Psychische Erkrankungen

Demenz

196. Demenz ist eine der bedeutendsten Ursachen für den Verlust von Selbstständigkeit und Pflegebedürftigkeit im Alter (Cooper, B. et al. 1992). Dabei lassen sich folgende Formen unterscheiden: senile (primäre) Demenz des Alzheimer-Typus (50 bis 60 % der Demenzkranken), vaskuläre, d. h. auf eine Erkrankung der Hirngefäße zurückgehende Demenz (20 %) und auf beide oder weitere Ursachen zurückzuführende sekundäre Demenz (20 bis 30 %) (Häfner, H. 1991).

Nach einer Untersuchung der Mannheimer Bevölkerung (Cooper, B. u. Bickel, H. 1989) weisen etwa 3 % der 65 bis 69-Jährigen eine schwere Demenz⁴² auf. Die Krankheitslast erhöht sich bei den über 85-Jährigen auf 14 %. Dies entspricht der Tendenz verschiedener Feldstudien, die ab dem 60. Lebensjahr durchschnittlich alle fünf Lebensjahre eine Verdopplung der Prävalenz von Demenzerkrankungen zeigen. Für die 90 bis 94-Jährigen bedeutet dies eine Prävalenz von ca. 30 %, wie sie auch bei den

⁴² Der Mannheimer Studie liegt eine Viererklassifikation zugrunde. Danach erfordert eine schwere Demenz eine Überweisung zum Psychiater oder zu einer Facheinrichtung.

Berliner Hochbetagten auftritt⁴³ (Helmchen, H. et al. 1996).

Demenz tritt signifikant häufiger bei seh- oder hörbehinderten immobilen, inkontinenten und multimorbiden Älteren auf⁴⁴ (Borchelt, M. et al. 1996). Dies unterstreicht die Betrachtung einiger somatischer Erkrankungen als Risikofaktoren. Ob ein höheres Bildungsniveau die Manifestationswelle ändert oder auch den Krankheitsprozess selbst beeinflusst, ist zurzeit noch ungeklärt (Helmchen, H. et al. 1996).

Im Vergleich zur altersgleichen Allgemeinbevölkerung ist das Mortalitätsrisiko von Demenzkranken 2,5 mal so hoch (Werner, B. 1995). Möglicherweise erklärt dies die zwar häufig extrapolierte, aber in der Berliner Altersstudie für über 94-Jährige nicht belegte exponentielle Altersabhängigkeit. Zusammen mit den sich andeutenden rückläufigen Tendenzen in Längsschnittstudien spricht dies eher gegen das Zukunftsszenario einer langlebigen und weithin dementen Bevölkerung von Hochbetagten (SG 1996, Ziffer 187).

Zudem scheinen auch für Demenz, die möglicherweise durch eine unzureichende geistige Stimulation gefördert wird, Präventionspotenziale zu bestehen. Für den Erhalt und die Förderung der kognitiven Funktion ist neben dem Gedächtnistraining vor allem auch die körperliche Aktivität und Gesundheit bedeutend (Emery, C. F. et al. 1995). So konnten durch eine Kombination aus einem einjährigen Gedächtnis- und Bewegungstraining signifikante Verbesserungen der kognitiven Leistung erreicht und auch Symptome der Demenz reduziert werden. Ein derartiges Kombinationstraining könnte die Möglichkeit, an Demenz zu erkranken, um fünf Jahre hinauszögern (Oswald, W. D. et al. 1996).

Depression

197. Neben der Demenz tritt die Depression, die ebenfalls oft mit der Manifestation chronischer Krankheiten und Behinderungen verbunden ist, häufig im Alter auf. Angaben zur Prävalenz schwanken zwischen 1,7 und 16 %, wobei keine eindeutigen Hinweise auf einen Anstieg depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter vorliegen (Häfner, H. 1991; Kanowski, S. 1994). Allerdings wird in mehreren epidemiologischen Studien eine Zunahme depressiver Erkrankungen in der Bevölkerung in den vergangenen zwei Jahrzehnten beobachtet (Wittchen, H. U. 1993).

Von Bedeutung ist die subdiagnostische Symptomatik im höheren Alter, die in der Berliner Altersstudie mit 33 % um ein Viertel höher lag als die Diagnoseprävalenz (24 %) (Helmchen, H. et al. 1996). Diese Abschwächung der depressiven Episode zur subsyndromalen Depression wird als durchaus behandlungswürdig angesehen (Ernst, C. 1997).

⁴³ Wird leichte Demenz eingeschlossen, erhöht sich die Prävalenz in dieser Altersgruppe auf 40 %.

⁴⁴ Signifikant seltener wurde Demenz in der Berliner Altersstudie bei multimedikamentös behandelten Personen diagnostiziert.

Risikofaktoren sind vor allem Faktoren wie vorausgehende Episoden einer schweren Depression, depressive Episoden bei Verwandten ersten Grades, weibliches Geschlecht, mittleres Alter, negative soziale und ökonomische Umstände, wie z. B. Arbeitslosigkeit, Scheidung bzw. Trennung, schlechte Wohnbedingungen und niedrige soziale Schicht, Suchterkrankungen, wie z. B. Alkoholismus und/oder Drogenmissbrauch, und frühere Selbstmordversuche (Freemantle, N. et al. 1993; AHCPR 1993). Für Hochbetagte konnte auch das Apolipoprotein E ϵ Genotyp als ein Risikofaktor identifiziert werden (Reischies, F. M. et al. 1997).

Aufgrund der kaum prävenierbaren Risikofaktoren kann das Auftreten einer Depression zwar nicht verhindert, aber mittels verhaltenstherapeutischer Maßnahmen die Krankheitslast vermindert und die häufigen Rückfälle sowie chronischen Verläufe vermieden bzw. verringert werden (Schwartz, F. W. et al. 1999).

2.2.2.3 Interventionsbereiche

198. Zu wichtigen Interventionsbereichen zählt das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, der mentale Bereich sowie das Wohnumfeld. Bei der Darstellung der einzelnen Krankheitsfelder und ihres Präventionspotenzials wurden diese Interventionsbereiche mehrfach angesprochen. Im Folgenden wird der Bereich der körperlichen Aktivität nochmals explizit betrachtet, dem unter den Risikofaktoren ein besonders großes Potenzial zur Senkung der Morbidität zugeschrieben wird (Fries, J. F. 1996)⁴⁵.

Die überwiegend sitzende Lebensweise, beginnend häufig mit dem Berufsleben, führt langfristig zu einem Verlust insbesondere an kardiovaskulärer Fitness; es besteht eine bedeutende Kluft zwischen der durch die Lebensweise erworbenen und der im dem jeweiligen Alter tatsächlich möglichen körperlichen Leistungsfähigkeit.

Bis zum Alter von 70 Jahren kann durch Ausdauertraining die maximale Sauerstoffaufnahme um 10 bis 20 % verbessert werden (Young, A. 1986). Aber auch bei 80-Jährigen kann die kardiovaskuläre Funktion optimiert bzw. durch ein Ausdauertraining aufrecht erhalten werden (American College of Sports Medicine 1998).

Randomisierte kontrollierte Studien von gesunden (Skellton, D. A. et al. 1995), aber auch gebrechlichen (Fiatarone, M. A. et al. 1994) 72- bis 98-Jährigen zeigen verbesserte funktionelle Fähigkeiten durch ein muskuläres Krafttraining.

Die nach den auf Basis einer Bewertung der relevanten Literatur zur körperlichen Aktivität entwickelten Empfehlungen des Center for Disease Control and Prevention und des American College of Sports Medicine (Pate R. R. et al. 1995) zeigen, dass es keineswegs notwendig ist, ein extremes sportliches Training auszuüben.

Schon eine 30-minütige körperliche Bewegung gemäßiger Intensität an den meisten, vorzugsweise allen Tagen

⁴⁵ Zum Altern und Sport s. a. Huber, G. 1997.

der Woche beugt danach chronischen Erkrankungen wesentlich vor. Auch können die Tätigkeiten im Laufe des Tages akkumuliert werden. Tätigkeiten geringerer Intensität müssen entsprechend länger oder häufiger ausgeführt werden.

Für Ältere, die sich nicht nur mit zunehmendem Alter weniger bewegen, sondern auch formalisierte Übungsprogramme eher ablehnen, scheinen die Beibehaltung oder Aktivierung von favorisierten Alltagsbewegungen wie forciertes Gehen und Gartenarbeit – verbunden mit einer gezielten Unterstützung – zur Förderung ihrer physiologischen und psychologischen Konstitution geradezu ideal zu sein (Dishman, R.K. 1994).

So weist auch Walking (forciertes Gehen) eine wesentlich bessere Compliance auf als z. B. Joggen. Gleichwohl konnten Effekte bezüglich der Senkung der Herzfrequenz als Indikator für die kardiovaskuläre Fitness, des Laktatpiegels, der Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit (VO₂max), des Anstiegs der HDL-Cholesterinkonzentration, der HDL-C Ratio, der Reduktion der Triglyzeride und der Steigerung des Selbstbewusstseins nachgewiesen werden (Walter, U. et al. 2000a). Die Größe der Effekte durch das Walking ist dabei im Wesentlichen abhängig vom Ausgangslevel. Wird das Training abgebrochen oder beendet, verschwinden sie wieder (Hardman, A.E. u. Hudson, A. 1994). Die Aufrechterhaltung von Effekten erfordert über die Intervention hinaus eine regelmäßige, möglichst sogar tägliche Langzeitaktivität.

2.2.2.4 Erfolgreiches Altern

199. Die vorangehenden Ausführungen zeigen, dass ein beachtliches Präventionspotenzial im Hinblick auf ein gesundes Altern auch bei den über 60-Jährigen und höheren Altersgruppen besteht. Dieses bezieht sich vor allem auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Osteoporose und Stürze, wobei eine geeignete Ernährungsweise und hinreichende körperliche Bewegung im Vordergrund steht. Aber auch für physiologische Alterungsprozesse, die eine hohe Plastizität (Trainierbarkeit, Beeinflussbarkeit) aufweisen, besteht die Möglichkeit, den Alterungsprozess durch entsprechende Verhaltens- und Lebensweisen hinauszuschieben. So können selbst im höheren Alter kognitive Leistungen durch Übung, Ausdifferenzierung bestehender und dem Erwerb neuer Strategien verbessert werden (Baltes, M. 1996). Auch die körperliche Leistungsfähigkeit und Koordination lässt sich z. B. durch entsprechende Mobilitätsübungen trainieren. Angemessene Interventionen können Ältere dabei zu früheren Funktionsleveln (nahezu) zurückbringen. Das Sozialverhalten und die soziale Kompetenz der Älteren kann z. B. durch Maßnahmen zur Förderung des Kontrollenerlebens und der Selbstsicherheit optimiert werden (Wahl, H. W. u. Tesch-Römer, C. 1998).

Neben der bereits aufgeführten Risikofaktoren- und Interventionsforschung, die vor allem Präventionspotenziale aufzeigt, hilft die Forschung zum erfolgreichen Altern ebenfalls, angemessene Ziele und Interventionsbe-

reiche für Ältere zu identifizieren. Der Blick auf erfolgreiches Altern (*successful aging*, Rowe, J. W. u. Kahn, R. L. 1987) – je nach Akzentsetzung auch unter den Begriffen produktives Altern (Montada, L. u. Baltes, M. 1996), stabiles Altern (*robust aging*, Garfein, A. J. u. Herzog, A. R. 1995) oder gesundes Altern (*aging well, healthy aging*) beschrieben – wurde besonders in dem letzten Jahrzehnt eingenommen. Es zeichnet sich durch eine erfolgreiche Adaptation der spezifischen Verluste und Veränderungen aus und schließt auch Wachstum und Entwicklung im hohen Alter ein. Erfolg impliziert, Ziele zu haben und trotz schwindender Reserven und steigender Vulnerabilitäten nach diesen zu streben (Baltes, P. B. 1996).

200. Ausgehend von der gesundheitlichen Heterogenität im Alter rückte die Forschung von der alleinigen dichotomisierenden Betrachtung zwischen behinderten und nicht behinderten Älteren ab. Vielmehr wird die Frage gestellt, inwiefern sich erfolgreich Alternende von nicht erfolgreich Alternenden unterscheiden. Damit wird – ähnlich wie bei der Ergänzung der risikofaktorenorientierten Forschung und Prävention durch salutogenetische Fragestellungen – der Fokus von der pathologischen und Defizit-Orientierung weg und hin zu einer ressourcenorientierten Betrachtung gelenkt. Alter wird nicht mehr ausschließlich als eine Phase abnehmender Gesundheit und einschränkender Ressourcen gesehen.

Mit dem Fokus auf das erfolgreiche Altern wurden die zuvor oft isoliert untersuchten Dimensionen um ihre gleichzeitige Betrachtung erweitert. Gesundheitsstatus, funktionaler, emotionaler, kognitiver Status, soziale Kontakte, produktives Engagement sowie biografische Erfahrungen und Ereignisse fließen (in unterschiedlichem Maße) in Untersuchungen zum erfolgreichen Altern ein. Allerdings konzentrieren sich die meisten Studien immer noch überwiegend auf die körperliche Gesundheit. Wenig ist über die mentale und soziale Gesundheit bekannt. Nur wenige Studien liegen zu Hochbetagten vor (Garfein, A. J. u. Herzog, A. R. 1995).

Forschungen zum erfolgreichen Altern erfolgten vor allem durch das MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging (z. B. Berkman, L. F. et al. 1993; Unger, J. B. et al. 1999; Glass, T. A. et al. 1995; Rowe, J. W. u. Kahn, R. L. 1997). Daneben liegen u. a. Ergebnisse der Alameda County Study (Guralnik, J. M. u. Kaplan, G. A. 1989, Strawbridge, W. J. et al. 1996), der Manitoba Longitudinal Study on Aging (Roos, N. P. et al. 1993) und des Nationalen amerikanischen Haushaltssurveys (Garfein, A. J. u. Herzog, A. R. 1995) vor. In Europa trägt vor allem das European Network on Longitudinal Studies on Individual Development zur Erfassung des erfolgreichen Alterns bei (Baltes, P. B. u. Baltes, M. 1993).

Auch große deutsche Studien wie die Bonner Längsschnittstudie des Alterns (BLSA), die Interdisziplinäre Langzeit-Studie des Erwachsenenalters über die Bedingungen zufriedenen und gesunden Alterns (ILSE) und die Berliner Altersstudie (BASE) tragen wesentlich zum Verständnis erfolgreichen Alterns bei (Rudinger, G. u. Kleimemas, U. 1999).

201. Noch sind die verwendeten Untersuchungsinstrumente allerdings sehr heterogen. Es besteht kein Konsens über spezifische Indikatoren und den erforderlichen Level und ihre relationale Bedeutung. Dies ist nicht verwunderlich, da eine allgemeingültige Definition von erfolgreichem Altern bislang fehlt und auch schwer zu erreichen ist.

Erfolgreiches Altern schließt nach Rowe, J. W. und Kahn, R. L. (1997) drei Komponenten ein: eine geringe Wahrscheinlichkeit für Krankheiten und Behinderungen, eine hohe kognitive und physische funktionale Fähigkeit und aktives Engagement mit Leben.

In der Berliner Altersstudie werden besonders subjektives Wohlbefinden, positive Gefühle und Abwesenheit von Einsamkeitserleben als bedeutende Outcome-Maße für erfolgreiches Altern identifiziert (Freund, A. M. u. Baltes, P. B. 1998).

Das aktive Engagement, das eine besonders wichtige Komponente für erfolgreiches Altern zu sein scheint, umfasst sowohl zwischenmenschliche Beziehungen (Informationsaustausch, Kontakte etc.) als auch produktive bezahlte oder unbezahlte Aktivität. Teil des sozialen Netzwerkes zu sein ist besonders bei Männern eine signifikante Determinante für Langlebigkeit (Rowe, J. W. u. Kahn, R. L. 1997). Isolation ist dagegen ein Risikofaktor für die Gesundheit. Auch angemessene soziale Unterstützung kann gesundheitsförderlich sein. Prädiktoren für produktive Aktivitäten sind vor allem funktionale Fähigkeiten, Bildung und eine hohe eigene Selbstwirksamkeitseinschätzung.

Der größte Prädiktor für eine Aufrechterhaltung der kognitiven Funktion ist der Bildungsstand. Auch unermüdete physische Aktivität um Haushalt und Garten fördert die zentralnervöse Funktion und wirkt sich entsprechend positiv aus. Auch hier ist die Selbstwirksamkeitseinschätzung ein wichtiger Faktor.

Die körperliche Performance (Bewegung, Gleichgewicht, Gang) im höheren Alter wird besonders durch soziodemographische Variablen und Charakteristika des Gesundheitsstatus beeinflusst. Die emotionale Unterstützung durch Familie und Freunde ist für die Beibehaltung der körperlichen Aktivitäten besonders wichtig (Rowe, J. W. u. Kahn, R. L. 1997; Unger, J. B. et al. 1999).

Ergebnisse der Baltimore Longitudinal Study of Aging und andere Studien (Garfein, A. J. u. Herzog, A. R. 1995) zeigen, dass die Einschränkung des Sehvermögens mit die damit häufig verbundenen gravierenden Einschränkungen der Unabhängigkeit erfolgreiches Altern wesentlich behindert. Ebenfalls beeinträchtigen Hörprobleme ein erfolgreiches Altern (Strawbridge, W. J. et al. 1996). Diese Ergebnisse zeigen sich auch in der Berliner Altersstudie (Mayer, K. U. u. Baltes, P. B. 1996).

Auch bei den erfolgreich Alternenden sind keineswegs alle Bereiche gleichmäßig ausgeprägt. Garfein, A. J. und Herzog, A. R. (1995) konnten zeigen, dass der Anteil der erfolgreich Alternenden in den voneinander weitgehend unabhängigen Bereichen produktives Involviertsein (39 %),

affektiver Status (28 %), funktionaler Status (12 %) und kognitiver Status (10 %) unterschiedlich ist. 38 % altern nach keiner dieser Kategorie erfolgreich, 68 % mindestens in einer Kategorie, wobei die Mehrzahl (41 %) nur eine erfolgreiche Kategorie aufweist. Lediglich 4,5 % weisen in mindestens drei Kategorien positive Werte auf⁴⁶.

Nach einer Betrachtung der psychologischen Dimensionen wie soziale Eingebundenheit und geistige Leistungsfähigkeit altern ein Drittel der West-Berliner (in dieser Dimension) erfolgreich, wobei der Anteil in der Gruppe der Hochbetagten deutlich geringer ist als bei den 70- bis 84-Jährigen (Smith, J. u. Baltes, P. B. 1996).

Insgesamt zeigt sich ein großer Einfluss soziodemographischer Faktoren sowie des verfügbaren Einkommens auf ein erfolgreiches Altern. Wesentlich sind auch die Effekte des sozialen Netzwerkes auf das gesundheitliche Outcome (Unger, J. B. et al. 1999).

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit der Kenntnis für Bedingungen der Gesundheit seitens der Versorgungsfachkräfte hin, ebenso auf die erforderliche Einbindung der Älteren in das kommunale Leben (Strawbridge, W. J. et al. 1996). Die Prozesse der Selektion, Kompensation und Optimierung können die Älteren befähigen, sich um eine Zielerreichung für ein erfolgreiches Altern zu bemühen (Baltes, P. B. 1996).

2.3 Prävention und Gesundheitsförderung in der Krankenversorgung

2.3.1 Primärärztliche Versorgung⁴⁷

2.3.1.1 Einleitung

202. Tätigkeiten mit präventiver Zielrichtung sollten in der ambulanten Praxis wie auch in anderen Versorgungsbereichen einen breiten Raum einnehmen. Die Chancen der Prävention sind in der Hausarztpraxis relativ günstig. Hier besteht die Möglichkeit, Erstmanifestationen von Gesundheitsproblemen zu erfassen und durch die Übernahme einer langfristigen, kontinuierlichen Betreuung eine präventive Orientierung der Gesamtversorgung vorzunehmen bzw. zu steuern. Dies wird dadurch erleichtert, dass der Hausarzt die Lebensverhältnisse und das Gesundheitsverhalten des Patienten kennt und durch die langzeitige Versorgung oft mit unmittelbarem Zugang zur Lebenswelt des Patienten Veränderungen im Gesund-

⁴⁶ Diese kleine Anzahl telefoniert häufiger, hat häufiger Besuch von Freunden und Verwandten, bewertet ihre Gesundheit und ihr Sehen besser und weist in den vergangenen drei Jahren weniger einschneidende Lebensereignisse auf.

⁴⁷ Es wird bewusst von „primärärztlicher“ bzw. „primärmedizinischer“ Versorgung gesprochen, um die Versorgungsebene von hausärztlich tätigen Allgemeinärzten, praktischen Ärzten und Internisten zu bezeichnen. Zugleich bleibt die Kompatibilität mit dem internationalen Sprachgebrauch gewahrt.

heitsstatus, aber auch im Gesundheitsverhalten des Patienten, relativ gut überblickt. Somit kann er zum einen auch die Umsetzung präventiver Strategien unter den konkreten Lebensbedingungen fördern, zum anderen kann er deren mittel- und langfristige Akzeptanz und die Erfolge beim Patienten relativ gut einschätzen (Starfield, B. 1998). Die präventive Orientierung der verschiedenen hausärztlichen Funktionen wird in einem späteren Band dieses Ratsgutachtens anhand der Entwicklung von Gesundheitsproblemen gemäß der ICDH-Klassifikation dargestellt.

Präventive bzw. gesundheitsfördernde Tätigkeiten in der Hausarztpraxis umfassen die Gesundheitsberatung, diagnostische Tätigkeiten, pharmakologische und andere körperbezogene, übende oder gesprächsbezogene spezifische Interventionen, z. B. Schulungen, sowie koordinierende bzw. vermittelnde Tätigkeiten. Die Zielrichtung der Tätigkeiten betrifft die Primär-, und Sekundär- ebenso wie die Tertiärprävention (s. Abschnitt II-2.1). Sie richtet sich sowohl auf die Förderung von Ressourcen, als auch auf die Reduzierung bzw. Vermeidung von Belastungen.

Es entspricht zudem aktuellen Bestrebungen in der internationalen Allgemeinmedizin, den Hausarzt verstärkt auch in den Schutz seiner Patienten vor vermeidbaren, durch Maßnahmen der Gesundheitsversorgung bedingten Schädigungen einzubinden (Starfield, B. 1998; Mennerat, F. 1996). Hierzu zählen personen- und systembezogene Maßnahmen zur Vermeidung von Behandlungsfehlern, unerwünschten pharmakologischen Wirkungen und von unterlassener bzw. verzögerter Behandlung sowie im weiteren Sinne auch die Vermeidung inadäquater Verängstigung von Patienten, einer Medikalisierung von Gesundheitsproblemen bzw. des *labelling* von Patienten durch die hausärztliche Tätigkeit und durch andere Leistungserbringer (Fischer, G. C. 1996) (siehe Abschnitt II-3.3).

2.3.1.2 Qualitätsmängel

203. Die Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis sind in allen Bereichen noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Dabei werden für einzelne präventive Leistungen große Versorgungsvariationen zwischen verschiedenen Praxen beobachtet. Der Anteil der berechtigten Patienten, der tatsächlich die jeweilige Leistung erhält, variiert unter den Praxen zwischen 34 und 96 % der Patienten einer Praxis (McColl, A. et al. 2000). Das Maß, zu dem diese evidenzbasierte Indikatoren der Prozessqualität in der britischen Regelversorgung erfüllt werden, wird auf lediglich 20 % (der Praxis-Patienten mit Herzinsuffizienz, die Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmer nehmen) bis 50 % (der Praxis-Patienten mit hohem Risiko für ischämische Herz- oder Zerebralerkrankungen, die Aspirin nehmen) geschätzt (McColl, A. et al. 1998).

204. Für deutsche Verhältnisse gibt es einzelne Studien, die auf ähnliche Qualitätsdefizite in ambulanten Praxen hinweisen. Nur die Hälfte der ambulanten Blutdruckpatienten erhält z. B. eine pharmakologische Therapie; bei der

Hälfte der pharmakologisch therapierten Patienten liegt der Blutdruck über 160/95 mmHg (Wanek, V. u. Schneider, H. 1999). Betrachtet man die Ergebnisse der Deutschen Herz-Kreislauf-Studie über Qualitätsdefizite in der Behandlung des Bluthochdrucks unter dem Gesichtspunkt der heute gültigen Norm- bzw. Therapiezielwerte des Blutdrucks von 140/90 mmHg, dann würden der Anteil der diagnostizierten und unzureichend therapierten Patienten noch wesentlich höher zu beziffern sein (Lauterbach, K. W. u. Ever, T. 2000) (vgl. Abschnitt II-3.2.1).

Auch bei der Früherkennung und -behandlung von diabetesbedingten Komplikationen sind – gemessen an den Minimalanforderungen der Europäischen IDDM und NIDDM Policy Group – eindeutige Versorgungsdefizite in deutschen ambulanten Praxen dokumentiert worden (Ferber, L. von et al. 1996). Zudem liegen speziell für die hausärztliche Versorgung Hinweise darüber vor, dass z. B. pharmakologische Interventionen mit präventiver Zielrichtung im Herz-Kreislauf-Bereich nicht durchweg den Empfehlungen entsprechen (Fischer, G. C. et al. 2000).

205. Die verschiedenen Früherkennungsprogramme der deutschen gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 25 und § 26 SGB V erreichten 1997 bis zu 94,6 % der Kinder, 51,1 % der berechtigten Frauen und lediglich 17,2 % der berechtigten Männer. Insgesamt hat die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen seit 1990 zugenommen, bei Männern jedoch in geringerem Maß als bei Frauen und Kindern (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999).

Die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen geht bei Frauen ab dem Alter von ca. 55 Jahren zurück, obwohl das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter steigt (Kahl, H. et al. 1999). Dies ist darauf zurückgeführt worden, dass diese Patientengruppe nach der Menopause nicht mehr regelmäßig eine gynäkologische Praxis aufsucht (Junge, B. et al. 1992). Hausärzte achten häufig nicht genügend darauf, diese Patientengruppe zur Krebsvorsorge zu überweisen, obwohl bekannt ist, dass sie die Inanspruchnahme z. B. von Brustuntersuchungen und Mammographien positiv beeinflussen können. Mit einer gezielten Einladung kann die Teilnehmerate an Präventionsprogrammen, z. B. gesetzliche Früherkennung bzw. Mammographie, erhöht werden (Summerton, G. 2000; Austoker, J. 1995; Starfield, B. 1998).

Zudem werden soziale Unterschiede bei den Teilnehmeraten der gesetzlichen Vorsorge verzeichnet (Mielck, A. u. Brenner, W. 1993). Bei Befragten des Gesundheitssurveys aus unteren Sozialschichten wurde 1997 im Vergleich zu höheren Sozialschichten eine geringere Inanspruchnahme der gesetzlichen Krebsvorsorge beobachtet (Kahl, H. et al. 1999). An gesundheitsfördernden Maßnahmen nahmen 1997 nur 7,1 % des befragten Personenkreises aus der Unterschicht im Vergleich zu 11,2 % der Befragten aus der Mittelschicht oder zu 12,6 % aus der Oberschicht teil. Der Anteil der Teilnehmer lag unabhängig von der Schicht bei Frauen etwa doppelt so hoch wie unter Männern (Kahl, H. et al. 1999). Es gibt zudem Hinweise, dass bei Patienten mit niedrigerer Schichtzu-

gehörigkeit in deutschen (und britischen) Praxen seltener der Blutdruck gemessen wird und seltener Gesundheitsberatung bzw. verhaltensbezogene Interventionen durchgeführt werden (Donner-Banzhoff, N. et al. 1998).

Das „inverse Versorgungsgesetz“, dem gemäß besonders Bedürftige quantitativ und qualitativ die schlechtere Versorgung erhalten, wird in zahlreichen, vor allem internationalen Studien u. a. für Präventionsleistungen dokumentiert (Hart, J. 1971; Mielck, A. u. Brenner, W. 1993; Webb, E. 1998; Shaw, M. et al. 2000). Es lässt sich jedoch nicht regelhaft in den vorhandenen deutschen Studien erkennen, beispielsweise nahmen Angehörige niedrigerer sozialer Schichten 1997 häufiger an dem gesetzlichen „Gesundheits-Check-up“ teil und gaben häufiger an, anschließend beraten worden zu sein (Kahl, H. et al. 1999).

206. Die Prävention jenseits der gesetzlichen Vorsorgeprogramme findet nur unsystematisch statt. Es fehlt z. B. der systematische Zugang zu und der qualifizierte Umgang mit den spezifischen Gesundheitsrisiken bei älteren Menschen, die Anfang der Neunzigerjahre durchschnittlich 40 bis 50 % der Patienten in hausärztlichen Praxen (Schach, E. et al. 1989) darstellten, und die zu den bedeutsamsten Zielgruppen für Präventionsansätze in der Hausarztpraxis gehören (s. Abschnitt I-2.2.2).

Auch in der Früherkennung von Krebserkrankungen außerhalb der gesetzlichen Vorsorgeregelungen weisen Hausärzte nach vorliegenden Studien geringere Erkennungsraten und längere Zeiten bis zur Diagnosestellung auf als ambulant tätige Fachärzte des betreffenden Fachgebiets (Weingart, S. et al. 2000). Für deutsche Praxen wurde dies beispielsweise bei der Früherkennung von Melanomen beobachtet (Jage, G. et al. 1998). Bei der Früherkennung von Kopf- und Halstumoren hingegen zeigten Hausärzte und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte ähnliche Resultate (Koscielny, S. et al. 1999).

207. Als besonders verbesserungsfähig muss darüber hinaus die Gesundheitsberatung über präventive Möglichkeiten und Lebensstilveränderungen angesehen werden. Bluthochdruckpatienten werden häufig nicht über diese Diagnose aufgeklärt und nicht näher über ihre Erkrankung informiert; nur wenige berichten, über erforderliche Lebensstilveränderungen, z. B. Gewichtsreduktion, beraten worden zu sein (Wanek, V. et al. 1999; Donner-Banzhoff, N. et al. 1998). Auch bei der Beratung von Diabetikern sind deutliche Mängel und Missstände beschrieben worden (Ferber, L. von et al. 1996).

Insgesamt gibt es viele Hinweise, dass die Kompetenz von Ärzten in der Gesundheitsberatung mit präventiver und gesundheitsfördernder Intention verbesserungsbedürftig ist. Hierzu fehlen zurzeit sowohl geeignete Angebote der Fort-, Weiter- und Ausbildung, als auch Forschungs- und Entwicklungsarbeiten, die auf eine hilfreiche Beratungs- bzw. Gesprächsform des Hausarztes gerichtet sind, beim jeweiligen Patienten ansetzen und vor allem partizipative Elemente enthalten (Helmich, P. 1997).

Insbesondere sind die Möglichkeiten, die Gesundheitsberatung durch geeignete schriftliche Informationsmateria-

lien zu unterstützen, in der hausärztlichen Praxis noch nicht ausgeschöpft (Merten, A. 2000). Auch die Vermittlung lokaler Angebote der professionellen oder laiengestützten Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. nach einer Rehabilitations-Maßnahme, sollte verstärkt Bestandteil der hausärztlichen Betreuung werden.

208. Kaum abzuschätzen sind bisher indirekte Qualitätseinbußen der Versorgung, die sich daraus ergeben, dass bei starker Betonung einer Versorgungsrichtung zwangsläufig andere Bereiche relativ und absolut zurückgedrängt werden. Dieses Problem stellt sich in der Hausarztpraxis angesichts der Fülle der hier zu beachtenden Aspekte, die unter grundsätzlich begrenzten Arbeitskapazitäten zu erbringen sind, in besonderem Maße.

2.3.1.3 Hindernisse zur Ausschöpfung von präventiven Potenzialen

209. Die Hindernisse und Qualitätsdefizite bei der Ausschöpfung von präventiven Potenzialen liegen zum einen begründet in der vorhandenen Evidenz über die Wirksamkeit von Präventivmaßnahmen selbst; zudem sind Barrieren auf ärztlicher Seite, auf Seite der Patienten und durch Rahmenbedingungen zu konstatieren.

210. Ärztlicherseits stehen einem verstärkten präventiven Engagement primär Informationsdefizite und eine skeptische Haltung gegenüber der Wirksamkeit und Machbarkeit von Prävention entgegen. Hausärzte empfinden es als Schwierigkeit, dass sie mit schnelllebigen oftmals bald wieder überholten wissenschaftlichen Erkenntnissen konfrontiert sind, z. B. mit sich ändernden Ziel- und Normwerten der Cholesterin- und Blutzuckerbestimmung, wechselnden Ansichten über Osteoporose und die Infragestellung ganzer Präventionsprogramme. Der Hausarztsektor war in der Vergangenheit ein vielfältiges Experimentierfeld für präventive Modelle, z. B. für industriegesponsorte Schulungsprogramme oder für die Erprobung von vornehmlich in anderen theoretischen oder fachspezifischen Bereichen entwickelten Konzepten von teilweise fraglicher langfristiger Effektivität und mangelhafter Berücksichtigung hausärztlicher Versorgungsmodalitäten (Irvine, L. et al. 1999). Dies behindert letztlich das Vertrauen von Hausärzten in die Wirksamkeit vieler Präventionsansätze.

Der Rat sieht mit Sorge, dass Kinderärzte die Eltern teilweise nicht genügend von der Impfung ihrer Kinder gegen Kinderkrankheiten zu überzeugen vermögen bzw. versuchen und eine Gefährdung von Kindern durch die Erkrankungen und ihre Komplikationen riskieren in der Intention, teilweise nicht näher belegte Risiken zu vermeiden (s. Abschnitt I-2.2.1.1).

Teilweise bezieht sich die ärztliche Skepsis auch auf die Praktikabilität der Prävention auf bestimmte Patientengruppen, wie beispielsweise in der negativ besetzten Haltung des „Ageismus“ gegenüber aktiver Prävention bei älteren Patienten. Diese Haltung kann jedoch in den vorhandenen deutschen Studien nicht regelhaft beobachtet werden (Brendebach, C. u. Piontkowski, U. 1997).

211. Ein weiteres Hindernis ist, dass die vorhandene Evidenz zur Wirksamkeit und Vorgehensweise bei präventiven Maßnahmen im deutschen Sprachraum nicht gut genug verfügbar und den Hausärzten zugänglich ist. Aus den USA und aus Kanada liegen dazu bereits einige sehr viel versprechende Leitlinien (ÄZQ 2000) vor. Es fehlen jedoch Leitlinien zur Prävention, die an die deutsche Versorgungssituation angepasst sind, und Präventionsprogramme, die insbesondere an dem in der Hausarztpraxis bereits vorhandenen Wissen über den Patienten ansetzen und die gewachsenen Versorgungsstrukturen nutzen (Helou, A. u. Ollenschläger, G. 1998).

Viele Ärzte schätzen ihre Kompetenz zur präventiven Gesundheitsberatung als eher gering ein und wünschen vermehrt Fort- und Weiterbildungsangebote (Ollenschläger, G. u. Engelbrecht, J. 1994). Ärzte hingegen, die in der Aus- und Weiterbildung mit theoretischen und praktischen Aspekten der Prävention befasst waren, die sich aktiv um Prävention im Rahmen der Fortbildung bemühen oder die ihren Lebensstil an gesundheitsförderlichen Maßstäben ausrichten, schätzen ihre präventive Kompetenz höher ein und führen in Studien tatsächlich mehr angemessene Präventionsleistungen durch als Ärzte, die diese Faktoren nicht aufweisen (Übersicht bei Cantillon, P. u. Jones, R. 1999, Starfield, B. 1998; Rosser, W. u. Shafir, M. 1998).

212. Auch wenn Ärzte entsprechend informiert und motiviert sind, ist die regelmäßige Umsetzung von Präventionsleistungen im Praxisalltag noch nicht selbstverständlich (Hutchinson, B. et al. 1998). Entsprechende Ansätze zur systematisierten Vorgehensweise bei präventiven Tätigkeiten, z. B. mit Hilfe von Risikoprofilen, Erinnerungstütschen oder speziellen Präventions-Dokumentationsbögen (Griffin, S. u. Kinmouth, A.L. 2000, Baker, S. et al. 2000; Lowensteyn, I. et al. 1998; NHS-Center for Reviews and Dissemination 1999; AHCPR 1998), werden in Deutschland noch kaum genutzt, obwohl ihr Beitrag zur Erhöhung erwünschter präventiver Tätigkeiten im hausärztlichen Umfeld belegt werden konnte.

213. Auch auf Seite der Patienten haben Informationsdefizite und eine skeptische Haltung gegenüber der Wirksamkeit und Praktikabilität eine wichtige Bedeutung als Barriere für ein verstärktes gesundheitsförderliches Engagement (Wanek, V. 1999a; Warschburger, P. 1998). Daneben spielen aber auch krankheitsbezogene Faktoren (z. B. Mobilität, Leidensdruck, Krankheitsdynamik), umfeldbezogene Faktoren (z. B. soziale Unterstützung), arztbezogene Faktoren (z. B. Einstellung oder Strategien zur Motivierung von Patienten) und insbesondere Faktoren der Maßnahme selbst (z. B. Aufwand, Einnahmedauer, unerwünschte Wirkungen, Zahl einzunehmender Medikamente insgesamt) eine wichtige Rolle für die Entscheidung von Patienten, eine präventive Maßnahme zu beginnen und diese – im Sinne der *compliance* bzw. Konkordanz – längerfristig fortzuführen (Übersicht bei Warschburger, P. 1998; Meichenbaum, D. u. Turk, D. 1994; Marinker, M. 1997). Insbesondere bei einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen wirken sich Zu-

zahlungen negativ auf die Bereitschaft und Entscheidung zur Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsprogrammen aus (Kahl, H. et al. 1999).

Es ist in diesem Zusammenhang festzustellen, dass die vorhandenen Erkenntnisse über Möglichkeiten zur Motivation von Patienten und zur langfristigen Verbesserung der Konkordanz (Haynes, H. et al. 1998; Petermann, F. u. Mühlig, S. 1998) in der hausärztlichen Langzeitbetreuung noch nicht ausreichend genutzt werden.

214. Auch die finanziellen Rahmenbedingungen sind bisher nicht ausreichend auf eine optimale präventive Versorgung ausgerichtet. Innerhalb der ärztlichen Gesamtvergütung erhalten die für Prävention und Gesundheitsförderung dringend notwendigen Gesprächs- und Schulungsleistungen immer noch zu wenig Gewicht im Vergleich zu anderen Leistungen. Für eine Diskussion der Grenzen und Möglichkeiten von lebensstil- oder risikobezogenen Bonus-Malus-Regelungen für gesetzlich Versicherte wird auf das Ratsgutachten 1994 verwiesen (SB 1994, Ziffer 85).

2.3.1.4 Ansätze zur Verbesserung der präventiven Versorgung

215. Die Qualität der ärztlichen Primärversorgung wird international bereits jetzt stark daran gemessen, wie sie ihre Aufgaben in der Prävention erfüllt (McCull, A. et al. 2000; Starfield, B. 1998). International sind inzwischen evidenzbasierte Verfahrenshinweise und Qualitätsindikatoren auch für die Primärversorgung entwickelt und evaluiert worden, die zur Orientierung und Umsetzung in der alltäglichen Praxis, zur Fortbildung, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung und zur Diskussion in der Fachwelt und Öffentlichkeit genutzt und weiterentwickelt werden können und müssen (vgl. Abschnitte II-3.2, II-3.6).

216. Interventionen zur verhaltensbezogenen Prävention (Schwartz, F. W. et al. 1999) bergen neben den pharmakologischen Präventionsmethoden ein erhebliches präventives Potenzial, das in der hausärztlichen Praxis in Deutschland noch sehr viel stärker ausgebaut werden muss. Die inzwischen ausführliche, teils auch vergleichende (z. B. Woolf, S. 1999) Evidenz über die Wirksamkeit verschiedenster Vorgehensweisen sollte dazu ebenso genutzt werden wie Erfahrungen zur Umsetzung von Präventionsleistungen im Praxisalltag (z. B. AHCPR 1998, NHS Center for Reviews and Dissemination 1999).

217. Bedingt durch die Multimorbidität älterer hausärztlicher Patienten (Schach, E. et al. 1989) bleiben bei einer problemorientierten, jedoch unsystematischen Diagnostik und Therapie während Routineanlässen viele Gesundheitsprobleme älterer Patienten unentdeckt bzw. werden ungenügend behandelt (Fischer, G. C. et al. 1997).

Geriatrisches Assessment und Screening stellen Antworten auf diese Bedingungen dar (vgl. Abschnitt I-2.2.1). Ziel des hausärztlichen geriatrischen Screenings ist nicht eine umfassende Quantifizierung von Funktionsein-

bußen, wie es bei einem geriatrischen Assessment in Fachkliniken für Rehabilitation bei bestimmten Patienten angebracht ist, sondern eine Erfassung von in der ambulanten Praxis häufigen, relevanten, und gut behandelbaren Gesundheitsstörungen (STEP-group 1998). Hierzu gehören insbesondere soziale, psychische, sensorische und lokomotorische Störungen, die durch die derzeit verfügbaren, auf kardiovaskuläre oder maligne Erkrankungen abzielende Vorsorgeuntersuchungen nicht erfasst werden.

Während meta-analytisch die Wirksamkeit von geriatrischen Vorsorgeuntersuchungen in Verbindung mit präventiven Hausbesuchen, die einmal pro Quartal stattfanden, als nachgewiesen gilt (Stuck, A. et al. 1993), haben sich die einzelnen, randomisierten Assessment-Studien unzureichend der Frage gewidmet, welche Screening-Methoden explizit eingesetzt werden sollen und wie solche Programme am besten in der Routineversorgung implementiert werden.

218. Im Rahmen eines europäischen Forschungsprojekts wurde erstmals ein evidenzbasiertes Untersuchungsprogramm zusammengestellt (STEP-group 1998) (s. Tabelle 25). Neben typischen, primärpräventiven Feldern (z. B. Impfungen) gehört die bessere Beachtung bereits bekannter Erkrankungen in das Programm (Sekundär- und Tertiärprävention bei Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall). Wegen der hohen Rezidivquote kann mit einer Optimierung der Behandlung sehr viel erreicht werden. Eine geeignete geriatrische Vorsorgeuntersuchung verbindet daher Aspekte der Früherkennung mit den Charakteristiken des Qualitätsmanagements.

Dieses sollte in Form von präventiven Hausbesuchen von den Praxen an die Älteren herangetragen werden. Die große Zahl der aufgedeckten Befunde erfordert eine Beurteilung der individuellen Relevanz durch hausärztlichen Sachverstand, der sich auf die langjährige Kenntnis des Patienten stützen kann (Sandholzer, H. 2000).

Die Einbindung hausärztlichen Sachverstandes bei der Formulierung von Leitlinien für ein hausärztliches geriatrisches Screening z. B. durch geriatrischklinische Fachgruppen ist zwingend erforderlich, um einen Abgleich zwischen evidenzbasierter Medizin und Praxistauglichkeit in deutschen Versorgungsstrukturen sicherzustellen.

219. In mehrjährigen Modellprojekten mit Begleitforschung sollte geklärt werden, bei welchen Zeitintervallen die günstigste Relation zwischen Aufwand und erzielten Effekten vorliegt, welche Tiefe der Diagnostik für bestimmte Risikogruppen angemessen ist, und wie die geriatrische Prävention am besten in die deutsche Hausarztpraxis integriert werden kann.

Spezielles Augenmerk sollte dabei auf die Gruppe der chronisch Kranken mit wöchentlichem oder täglichem Hilfsbedarf (Pflegestufe I nach SGB XI) gelegt werden. Bei diesen Patienten handelt es sich nach Verlaufsstudien um besonders vulnerable Ältere (Sandholzer, H. 2000). Zudem zeigten neuere, randomisierte kontrollierte Stu-

dien, dass präventive Hausbesuche besonders bei Patientengruppen mit mittleren Beeinträchtigungsgraden wirksam sind (Bernabei, R. et al. 1998; Stuck, A. E. et al. 2000).

Das hausärztliche Screening muss demnach nicht in aller Breite und Tiefe bei jedem Patienten angewandt werden: Mittels eines einfachen hausärztlichen Index zur Bestimmung des Beeinträchtigungsgrads kann eine Vorauslese (*targeting*) für ein auf Risikogruppen maßgeschneidertes Programm vorgenommen werden (Sandholzer, H. 2000, DEGAM 2000).

Inwieweit eine Einbeziehung von nicht ärztlichen mit dem Hausarzt kooperierenden Berufsgruppen zu einer besseren Ausschöpfung präventiver Möglichkeiten führt, wurde in Deutschland noch kaum untersucht. Zugehende Hausbesuche durch entsprechend geschulte Schwestern führten in der Schweiz, den USA und in Dänemark zu einer Reduktion und Verzögerung von Pflegebedarf (Stuck, A.E. et al. 2000), sodass entsprechende Ansätze auch in Deutschland zu überprüfen und zu diskutieren wären.

Bei der Finanzierung solcher Programme sollten die Träger der Pflegeversicherung eingebunden werden. Erstens ist im SGB XI der Anspruch auf Prävention vor Pflege verankert. Zudem würden die Pflegekassen direkt von der Einführung geriatrischer Vorsorgeprogramme durch einen geringeren Anfall von Pflegeleistungen profitieren (Stuck, A. E. et al. 2000). Zweitens können für niedergelassene Ärzte Budgetvorgaben der Krankenversicherung stärkstes Hindernis für nachgeordnete geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen sein.

2.3.2 Setting Krankenhaus

2.3.2.1 Gesundheitsförderung und Qualitätsverbesserung im Krankenhaus

220. Initiiert durch ein internationales WHO-Projekt hat sich in Deutschland wie in vielen anderen Ländern ein Netzwerk von „gesundheitsfördernden Krankenhäusern“ gebildet (Trojan, A. u. Nickel, S. 1999). Insbesondere in diesen, aber auch in einigen anderen Krankenhäusern, hat sich „Gesundheitsförderung“ (als Haupt-)Element eines neuen Leitbildes für das Krankenhaus entwickelt. Dabei besteht eine enge Wechselbeziehung zwischen allgemeinen Maßnahmen der Qualitätsverbesserung bzw. Organisationsentwicklung im Krankenhaus einerseits und den Aktivitäten der Gesundheitsförderung andererseits (Opolzer, A. 1998).

Grob vereinfacht kann man zwei unterschiedlich weite Verwendungsweisen des Konzepts Gesundheitsförderung unterscheiden:

- Gesundheitsförderung als Universal-Konzept: Hierbei steht der Begriff als Symbol für den Willen eines Krankenhauses zur Innovation und Qualitätsverbesserung auf allen Ebenen (medizinisch, pflegerisch, adminis-

Tabelle 25

Bestandteile evidenzbasierter Vorsorgeuntersuchungen für ältere Allgemeinpraxispatienten^{a)}

Problem	1992 BRD Qualitäts- zirkel	1994 Canada CTF	1996 USA US PTF	1997 BRD Ages- Studie	1997 GKV Reha- Leit-linie	1998 EG STEP	2000 DEGAM (a)	2000 DEGAM (b)
Impfungen	–	+	+	+		+	+	
Alltagsaktivitäten, Funktionsstatus	+	+	+	+	+	+	+	
Oraler Status		+	+	+		+	+	
Medikation		+	+	+	+	+	+	
Stürze	+	+	(+)	+	+	+		+
Blutdruck, Puls	+	+	+	+		+	+	
Blutzucker						+		+
Krebsvorsorge	–	(+)	+			(+)		+
Ernährungszustand	+		+	+		+	+	
Sehvermögen	+	+	+	+	+	+	+	
Hörvermögen	+	+	+	+		+	+	
Depression				+	+	+		+
Inkontinenz	+			+		+		+
Gehfähigkeit	+			+		+	+	
Wohnen	+			+	+	+	+	
Angehörige	+			+	+	+	+	
Schmerzen	+			+	+		+	
Demenz	+			+	+	+		+
Behandlungs- anamnese	+				+		+	
Krankenhaus- aufenthalt	+			+	+	–		+

a) Aufgeführt sind die drei wichtigsten internationalen Empfehlungen (USPTF, CTF, STEP), wegen der besonderen Abhängigkeit von der Versorgungsstruktur auch drei deutsche Leitlinien (GKV (1997): Leitlinien der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation; DEGAM (2000) Leitlinienentwurf: a) Kernprogramm für alle Ältere b) Risikomodule für Zielgruppen).

Quelle: Eigene Darstellung

trativ, ökonomisch). Die Motive für solche weit reichenden Selbstveränderungsabsichten sind teilweise idealistischer Natur, größtenteils aber bedingt durch gesetzgeberische und ökonomische (Wettbewerbs-) Zwänge in der heutigen Krankenhauslandschaft. Die Qualität der Gesundheitsförderung in diesem weit verstandenen Sinne zu verbessern, heißt ganz generell im Krankenhaus eine Struktur und Kultur der Qualitätsverbesserung aufzubauen und kontinuierlich weiter zu entwickeln. Zum weitesten Begriffsverständnis von Gesundheitsförderung, nämlich im Sinne der Erzielung von Gesundheitsgewinnen bei Kranken und Gesunden, lassen sich dann viele Qualitätsverbesserungsmaßnahmen eines Krankenhauses gleichzeitig auch als Verbesserung der Gesundheitsförderung auffassen.

- Gesundheitsförderung als Ergänzungskonzept: Bei dieser engeren Verwendung des Begriffes steht Gesundheitsförderung für eine Erweiterung der traditionellen Aufgaben und Handlungsroutinen eines mehr oder weniger eng medizinisch verstandenen Modells der Krankenversorgung. Diese Erweiterung des engen Aufgabenfeldes der Krankenversorgung betrifft einerseits die stärkere Akzentuierung der psychosozialen Dimension der medizinischen Versorgung und andererseits die Erweiterung des Leistungsspektrums um gesundheitsfördernde Angebote und Aktivitäten für Patienten, aber auch für Mitarbeiter. Teilweise handelt es sich bei diesen ergänzenden Aktivitäten um schon lange (z. B. unter dem Schlagwort „Humanisierung des Krankenhauses“) eingeforderte Qualitätsverbesserungen der stationären Krankenversorgung. Andererseits liegen diesen ergänzenden Ansätzen jedoch auch empirische Ergebnisse der Gesundheitsforschung (z. B. Bedeutung sozialer Unterstützung und Netzwerke, Vermittlung gesundheitsrelevanter Kompetenzen) zugrunde. Qualitätsmanagement solcher zusätzlichen oder neu konzipierten gesundheitsfördernden Angebote ist meist nicht spezifisch für das Setting Krankenhaus, sondern folgt den Qualitätssicherungsprinzipien, die auch bei Angeboten und Aktivitäten anderer Träger (z. B. der Krankenkassen oder Erwachsenenbildungseinrichtungen) zugrunde liegen.

221. Das Verhältnis zwischen allgemeiner Qualitätsverbesserung im Krankenhaus und Gesundheitsförderung ist sehr eng. Vereinfachend könnte man sagen, dass mit dem Leitwert Gesundheitsförderung eine andere Perspektive bzw. Fokussierung oder neue Prioritäten in die allgemeinen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen eines Krankenhauses eingeführt werden. Die enge Wechselbeziehung drückt sich schon dadurch aus, dass in einigen Krankenhäusern betont wird: „Wir wollen Gesundheitsförderung durch Qualitätsverbesserung und Organisationsentwicklung erreichen.“ In anderen wird dieses Verhältnis umgedreht formuliert: „Wir wollen Qualitätsverbesserung unserer Arbeit durch den neuen Leitwert Gesundheitsförderung erreichen.“

2.3.2.2 Ziele und Adressaten der Gesundheitsförderung im Krankenhaus

222. Schlagwortartig lassen sich die Ziele der Gesundheitsförderung im Krankenhaus in der Hierarchie ihrer Wichtigkeit folgendermaßen charakterisieren:

- Patientenorientierung,
- Mitarbeiterorientierung,
- Qualitätsorientierung,
- Umfeldorientierung (Orientierung auf potenzielle, Kunden und andere Anbieter).

Dementsprechend wurden in einer Zwischenbilanz des Europäischen Projekts gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Lobnig, H. u. Stidl, T. 1999) gezählt:

- 245 (70 %) patientenorientierte Programme, wie z. B. Prävention spezieller Krankheiten, Qualitätssicherung der medizinischen Dienstleistungen und der Rauch- und Ernährungsprogramme, Beratung bei spezifischen Risiken, allgemeine Gesundheitsberatung, Stressmanagement, Einbeziehung freiwilliger Laienhelfer und anderes mehr;
- 230 (66 %) personalorientierte Programme, darunter z. B. komplexe Projekte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Anti-Rauch- und Ernährungsprogramme für Mitarbeiter, Verbesserungen der interprofessionellen Kommunikation, Umgang mit Narkosegasen, psychosoziale Arbeitsbedingungen, Gesundheitstraining, Stressmanagement;
- 148 (43 %) umfeldorientierte Programme, wie z. B. Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Primärversorgung und sozialen Diensten, Verbesserung des Zugangs zu den Krankenhausleistungen, Angebote der Gesundheitserziehung bzw. -beratung für Anwohner im Umfeld des Krankenhauses, Schaffung kommunaler Allianzen für Gesundheit und anderes mehr;
- 147 (42 %) organisationsorientierte Programme, wie z. B. Maßnahmen der Organisationsentwicklung und des Qualitätsmanagements, Verbesserung der Krankenhaushygiene, Management von Krankenhausabfällen und anderer Subprojekte der Organisationsentwicklung und Qualitätsverbesserung.

Aus dieser Aufstellung wird schon deutlich, dass Gesundheitsförderung im Krankenhaus in der Regel nicht einem alle Akteure und Adressaten umfassenden „Masterplan“ für das gesamte Krankenhaus und sein Umfeld folgt, sondern sich in einzelnen Projekten konkretisiert, die nach Quantität und Qualität recht unterschiedlich sein können. Für solche Projekte sind die wichtigsten Instrumente betriebliche Gesundheitsberichte, die neben Arbeitsunfähigkeitsstatistiken auch Patienten- und Mitarbeiterbefragungen enthalten können, sowie externe Beratung für die Organisationsentwicklung und das Qualitätsmanagement eines Krankenhauses. Dieses sind die am häufigsten genutzten Basisinstrumente der Situationsbeschreibung und Evaluation von angestrebten Veränderungen

(Qualitätszielen). Projekte, die nur von einer idealistischen Zielvorstellung getragen werden und die Komplexität des Settings nicht angemessen berücksichtigen, sind in der Regel zum Scheitern verurteilt.

223. Um die Qualität der Gesundheitsförderung im Krankenhaus zu verbessern, ist also vor allem sicherzustellen, dass

- Gesundheitsförderung im umfassenden Sinne der angesprochenen vier Zielorientierungen tatsächlich betrieben wird bzw. dass es in allen vier Zielbereichen Projekte, die in ein umfassendes Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden sein sollten, gibt und,
- dass die Instrumente der Diagnose vorrangiger Qualitätsprobleme und der Evaluation von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zumindest sporadisch oder am besten kontinuierlich genutzt werden.

2.3.2.3 Qualitätsziele und Verbesserungsmaßnahmen

224. Die Qualitätsziele und -instrumente lassen sich grob nach den genannten Zielorientierungen und den darauf gerichteten Maßnahmen, Programmen und Projekten charakterisieren.

Patientenorientierung: Hier lassen sich Gesundheitsgewinne erzielen durch höhere Qualität der Krankenversorgung sowie durch ergänzende Angebote zur Kompetenzsteigerung durch ergänzende Patientenberatungen und Angebote für die bessere Krankheitsbewältigung oder Vermeidung von Krankheitsrisiken.

In der Krankenbehandlung selbst ist ein wichtiges Ziel die aktive Mitarbeit und Konkordanz von Patienten. Dieses lässt sich durch bessere und intensivere Kommunikation mit dem Patienten erreichen, außerdem durch stärkere Berücksichtigung der psychosozialen Dimensionen einzelner Krankheiten und Patienten. Hierzu sind vor allem entsprechende Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für das Personal, z. B. der innerbetrieblichen Fortbildung, nötig. Für die Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung im engeren Sinne kommen auch Benchmarking-Verfahren im Sinne der externen Qualitätssicherung in Frage. Ergänzende Programme für Patienten können sich beispielsweise auf gesündere Ernährung, Tabakentwöhnung, den Umgang mit Stress und ähnliche Themen der Gesundheitserziehung richten. Hierfür gelten die in diesem Bereich üblichen Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie vor allem eine geprüfte oder zertifizierte Qualität der Programme und Kursleiter, die Erreichung der relevanten (d. h. der bedürftigsten) Zielgruppen und eine Überprüfung der Ergebnisse solcher Angebote. Zu den Zielen der Patientenorientierung gehört auch die Stärkung von Kompetenzen für die Selbst- und Mitbestimmung des Patienten im Behandlungsverlauf sowie eine angemessene Entlassungsvorbereitung, die den Patienten befähigt, nach der Entlassung die für ihn richtigen Hilfen in Anspruch zu nehmen und selber kompetent seine Krankheit oder Krankheitsfolgen zu „managen“.

Neben der Sicherung der medizinischen Qualität stellt die „Patientenzufriedenheit“ ein wichtiges Ziel der Patientenorientierung in der Gesundheitsförderung dar. Diese kann durch verschiedenartige Formen der Einzel- oder Gruppenbefragung von Patienten erhoben werden. Dabei sollte es jedoch nicht nur um die „Hotelqualitäten“ und die Zufriedenheit mit den Prozessen im Krankenhaus gehen, sondern auch um die Evaluation des Behandlungserfolges aus Patientensicht. Gerade für diesen letztgenannten Punkt sind Befragungen (diagnosespezifisch, unter Berücksichtigung von sozialer Ungleichheit) im größeren Abstand nach der Patientenbehandlung von großem Nutzen. Entsprechende Studien des Erfolgs von Operationen aus Patientensicht haben gezeigt (Bitzer, E. M. et al. 1998), dass Unzufriedenheit mit dem Behandlungserfolg häufiger vorkommt, als es sich aus Daten über Komplikationsraten der medizinischen Qualitätssicherung ablesen lässt.

225. Mitarbeiterorientierung: In diesem Bereich geht es um die Vermeidung von Gesundheitsverlusten, d. h. um Prävention, bei den im Prinzip gesunden Mitarbeitern des Krankenhauses. Analog der Befragungen bei Patienten können auch hier Ansatzmöglichkeiten für Verbesserungen durch Mitarbeiterbefragungen entdeckt und erhoben werden. Neben der Arbeitszufriedenheit gibt es jedoch auch weitere, mit relativ harten Daten messbare Qualitätsziele, wie die Verringerung der Fluktuation des Personals und die Verringerung von Krankenständen und Fehlzeiten im Betrieb. Ein wesentliches Instrument zur Kontrolle dieser Ziele ist eine betriebliche Gesundheitsberichterstattung. Weitere Ziele sind die Verbesserung des Bewältigungsverhaltens der Mitarbeiter in Belastungs- und Konfliktsituationen sowie die messbare Reduktion von physischen und psychomentalen Arbeitsbelastungen und die Steigerung von Ressourcen. Hierzu gehören kontinuierliche Verbesserungen der Strukturen und Funktionen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Betrieb. Instrumente der Qualitätssicherung in diesem Bereich sind identisch mit denen des Setting-Betriebs im Allgemeinen, d. h. mit solchen Instrumenten wie Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel, professionelles Personalmanagement sowie die schon erwähnten Elemente betriebliche Gesundheitsberichterstattung und Mitarbeiterbefragungen.

226. Organisationsentwicklungsorientierung: Organisationsentwicklung hat die „lernende Organisation“ zum Ziel, d. h. eine Organisation, die ständig ihre Qualität verbessert. Im gesundheitsfördernden Krankenhaus erfolgt die Organisationsentwicklung mit einem spezifischen Akzent auf Patienten- und Mitarbeiterorientierung. Um aus sich selbst heraus ständig die Qualität allgemein und im Sinne der Gesundheitsförderung zu verbessern, sind in der heutigen Situation die meisten Krankenhäuser auf eine Starthilfe durch externe Beratungsinstitutionen angewiesen. Hierbei entscheidet die Philosophie der jeweiligen Unternehmensberatung allerdings, ob lediglich die kurzfristige Orientierung auf Kostenminimierung Vorrang bekommt oder ob tatsächlich die Gesundheitsförderung von Patienten und Mitarbeitern im Vordergrund steht. Organisationsentwicklung ist wesentlich von dem Ziel der Qualitätsverbesserung getrieben; dies bedeutet häufig, dass vor allem die Qualität des ökonomischen

Erfolgs verbessert werden soll. Die Festlegung von Behandlungs- und Pflegestandards durch die Professionen des Krankenhauses kann negativen Effekten einer kurzzeitig fiskalisch orientierten Organisationsentwicklung entgegen steuern; das gleiche gilt für Patienten- und Mitarbeiterbefragungen. Hierfür ist der Aufbau einer Qualitätsmanagement-Struktur und -Kultur nötig, die Qualitäten der Patientenorientierung und des Personalmanagements zu den „vornehmsten“ Wettbewerbsdimensionen für die wirtschaftliche Selbstbehauptung eines Krankenhauses erhebt.

227. Umfeldorientierung: Während im Projekt der gesundheitsfördernden Krankenhäuser bei dieser Forderung zumeist von dem Leitbild eines Bezirks- oder Stadtteil-Krankenhauses, jedenfalls eines Krankenhauses, das seine Patienten überwiegend aus dem unmittelbaren geographischen Umfeld bezieht, ausgegangen wird, stehen im Überlebenskampf der Krankenhäuser in gut versorgten Gebieten andere Aspekte im Vordergrund. Es geht um qualitative Verbesserungen der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und anderen ambulant tätigen Berufsgruppen (die auch als Einweiser in Frage kommen) oder sogar um die Integration eines Krankenhauses in ein „Versorgungsnetz“. Dabei spielen auch Aspekte der Patientenorientierung eine Rolle, stehen jedoch meistens nicht im Vordergrund. Qualitätssicherung in diesem Bereich sollte vor allem darauf abzielen, den Patienten eine lückenlose „Versorgungskette“ im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes und nachher zu garantieren. Weitergehende Vorstellungen beziehen sich auf die Ausdehnung des Leistungsspektrums von Krankenhäusern. Gelegentlich wird als Zielvorstellung auch der Aufbau des Krankenhauses zu einem „Gesundheitszentrum“ als perspektivisches Ziel genannt. Dieses hätte natürlich eine besondere Relevanz für die Einwohner einer Region. Mit dem Titel wird offenbar auch angesprochen, dass Leistungen für Gesunde, d. h. vorbeugende Leistungen angeboten werden sollen. Hauptkriterium für diese Entwicklungen sollte sein, ob hiermit wirklich Patienteninteressen (oder Anwohnerinteressen) entsprochen wird. Auch hier wären Patienten- bzw. Anwohnerbefragungen ein geeignetes Instrument, um dies festzustellen. Insgesamt lassen sich jedoch für diesen neu entstehenden Bereich noch keine definitiven Ziele und Kriterien für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung angeben.

2.3.2.4 Zwischenbilanz

228. Gesundheitsförderung im Krankenhaus hat viele Facetten, Adressaten und Ebenen. Zentrales Qualitätskriterium dabei muss sein, dass die Gesundheit (und nicht nur das Freisein von Krankheit) zum Leitwert aller Aktivitäten im Rahmen der Patientenbetreuung, des Personalmanagements, der Organisationsentwicklung sowie der stärkeren Orientierung des Krankenhauses nach außen auf Kooperationspartner und potenzielle Patienten wird. Für die Steuerung der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung gilt dabei sowohl für die Leitbildentwicklung wie auch für einzelne Programme und Projekte die Handlungslogik des Qualitätsverbesserungszyklus: Situa-

tionsbeschreibung mit Identifizierung von Stärken und Schwächen, Entwicklung prioritärer Programme und Projekte, Umsetzung und Evaluation. Dabei ist insbesondere die Institutionalisierung kontinuierlicher Evaluationen der Kern des Qualitätsmanagements.

Mit kontinuierlichen Patienten- und Mitarbeiterbefragungen wird die Grenze zwischen interventiver und bewertender Evaluation aufgehoben. Die feste Etablierung solcher Befragungen in verschiedenen Abständen (möglicherweise mit unterschiedlichen Schwerpunkten) ist letztlich identisch mit der Etablierung eines kontinuierlichen Prozesses des Qualitätsmanagements und der Qualitätsverbesserung.

Allerdings gilt natürlich auch für das Setting „gesundheitsförderndes Krankenhaus“, dass etablierte Strukturen und ausreichende Ressourcen für die Umsetzung der Gesundheitsförderung und ihre kontinuierliche Evaluation im Krankenhaus bereitgehalten werden müssen. Evaluation ist eine notwendige Voraussetzung für nachhaltiges Qualitätsmanagement, aber keinesfalls ausreichend: Die Evaluation von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen von Programmen und Projekten kann die notwendige Diagnose für Qualitätsmängel und Entwicklungspotenziale darstellen. Dies bleibt allerdings eine praktisch folgenlose Leistung, sofern Evaluation nicht eingebettet ist in eine Qualitätskultur und -struktur, die über genügend Ressourcen verfügt, um die Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen im Krankenhaus auch tatsächlich zu sichern.

2.4 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention

229. Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Primärprävention wird in Deutschland und auch international erst seit ca. zehn Jahren breit diskutiert. Die wachsenden Forderungen nach dem Ausbau eines Qualitätsmanagements in der kurativen und rehabilitativen Medizin sowie der Druck zur optimalen Ressourcennutzung angesichts der Kostendämpfung im Gesundheitswesen haben diese Debatte gefördert. Eng damit verbunden ist die Suche nach geeigneten Parametern zur Evaluation, die sowohl eine wesentliche Methode, als auch Voraussetzung eines laufenden Qualitätsmanagements darstellen.

230. In der Vergangenheit konzentrierten sich die Bemühungen vor allem auf die Entwicklung und die Implementation der Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen selbst, auf die Umsetzung des Setting-Ansatzes⁴⁸ der Weltgesundheitsorganisation sowie den Aufbau von Kooperationen. Wurden Evaluationen vorgenommen, fokussierten sie häufig lediglich auf die Zahl der erreichten Personen, möglicherweise ihre Zufriedenheit mit dem Angebot und organisatorische Aspekte. Weitere Fragen nach dem Nutzen der Initiativen, ob die erhofften

⁴⁸ Die Strategie, ein Setting als Ort und Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung zu wählen, wird seit Mitte der Achtzigerjahre verfolgt.

gesundheitlichen Verbesserungen eingetreten waren und ob die anvisierte Zielgruppe tatsächlich erreicht wurde, wurden vielfach vorausgesetzt und nicht weiter hinterfragt. Auch die Nutzen-Kosten-Relationen wurde bislang nur selten betrachtet.

231. Eine Übernahme von bereits seit längerem in der medizinischen Versorgung angewandten Methoden des Qualitätsmanagements in die Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt bis heute erst ansatzweise und vereinzelt. Der Anstoß zur Etablierung eines Qualitätsmanagements kommt dabei häufig von außen, z. B. durch den Förderer von (modellhaften) Maßnahmen oder durch erhöhten Wettbewerbsdruck um Ressourcen und die damit verbundene Notwendigkeit einer professionellen Präsentation von Angeboten und Ergebnissen. Interne Auslöser, wie z. B. eigene Unzufriedenheit mit den oft anzutreffenden rudimentären Dokumentationsverfahren oder der Ungewissheit gesundheitlicher Wirkungen, sind eher selten.

Auch wenn heute viele Grundzüge des Qualitätsmanagements Praktikern des primären Präventionsbereichs und der Gesundheitsförderung vertraut erscheinen mögen, so besteht noch ein großer Informationsbedarf bezüglich der Umsetzung eines systematischen Qualitätsmanagements sowie der damit verbundenen Auswahl geeigneter Methoden und Instrumente. Vielfach besteht auch Unsicherheit hinsichtlich der Wahl adäquater Maßnahmenziele, der Auswahl der Zielgruppen und der Auswahl geeigneter Ergebnis-, Prozess- oder Strukturparameter, die den oft vielschichtig und langfristig verlaufenden Gesundheits-, Verhaltens- oder Settingänderungen Rechnung tragen.

2.4.1 Aktuelle Ansätze

232. Bis heute gibt es noch kein einheitliches Konzept zum Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Für die Sekundärprävention, auf die nachfolgend nicht näher eingegangen wird, existieren bereits abgestimmte Qualitätsanforderungen, insbesondere zu den Instrumenten der Nutzenmessung und zu Zeitpunkt und Frequenz eines Screenings (Schwartz, F.W. und Walter, U. 1998). In der klinischen Prävention liegen (in Kanada und in den USA) zielgruppenorientierte Empfehlungen zur Durchführung präventiver Maßnahmen vor (U.S. Preventive Services Task Force 1996).

233. Für die betriebliche Gesundheitsförderung wurde 1997 ein EU-weiter Konsens bezüglich der erforderlichen Bedingungen und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung hergestellt. 1999 wurden in Anlehnung an das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) Qualitätskriterien entwickelt (European Network for Workplace Health Promotion 1997; BKK Bundesverband 1999; Simon, W. 2000). Um Schwachstellen in Strukturen und Prozessen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland identifizieren zu können, wurde ein Leitfaden für das Qualitätsmanagement von Gesundheitsförderung im betrieblichen Alltag konzipiert (Badura, B. et al. 1999).

234. Auch im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung sowie in der Primärprävention sind auf verschiedenen Ebenen Bemühungen zu verzeichnen, den Prozess zur Entwicklung und Abstimmung eines Qualitätsmanagements voranzubringen (vgl. auch Schwerpunktthema „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung“ 1993; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1993; Altgeld, T. et al. 1997 und 2000; Ruckstuhl, B. et al. 1997). Ein Handbuch zur Qualitätsentwicklung für Projekte und freie Träger für soziale Dienste liegt bereits in der zweiten Auflage von der Berliner Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationsstelle SEKIS (1999) vor (vgl. auch Stötzner, K. 2000).

235. Für den Bereich des Freizeitsports ließ der Deutsche Sportbund gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein, ihre Qualitätsorientierung sowie Ansatzpunkte für ein Qualitätsmanagement analysieren (Bös, K. et al. 1998). Ziel ist dabei u. a. eine stärkere Vernetzung mit Einrichtungen im Gesundheitswesen (Deutscher Sportbund 1999; Siebert, T. 2000). Auch für die Ernährungsberatung und entsprechende Gruppenberatungsprogramme gibt es inzwischen Veröffentlichungen zum Qualitätsmanagement (z. B. Günther, U. 1997).

236. Insgesamt ist eine vermehrte öffentliche Diskussion zu verzeichnen, die dazu beiträgt, die Bedeutung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention in die Praxis zu bringen. Dieser Prozess wird durch die Einrichtung von Qualitätszirkeln für Koordinatoren und Mitarbeiter zur Reflexion der Alltagsarbeit und selbstorganisierter Optimierung der Qualität in der Planung und Umsetzung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert (vgl. auch Bahrs, O. 2000). Wesentlich für die Beurteilung von Maßnahmen und für ein angemessenes Qualitätsmanagement ist auch die Transparenz und die Dissemination von Angeboten und (Forschungs-)Ergebnissen zur Wirksamkeit von Interventionen (Speller, V. et al. 1997a; AOK-Bundesverband et al. 1999).

2.4.2 Stand der deutschen Gesetzgebung

237. Die Überlegungen zur Qualitätssicherung gingen in dem Referentenentwurf des § 20 SGB V (vom 25. Mai 1999) zur GKV-Gesundheitsreform 2000 durch deren explizite Nennung und eine zusätzlich geforderte Evaluation wesentlich weiter als in der letztlich (am 22. Dezember 1999) vom Gesetzgeber verabschiedeten Fassung. Entsprechend wurden die damit verbundenen Diskussionen geführt. So wurde zum Zwecke der Fachaufsicht sowie der wissenschaftlichen Überprüfung (Sicherung der Transparenz) die Hinterlegung der Ergebnisse des laufenden Qualitätsmanagements oder der Evaluationsverfahren bei einer geeigneten öffentlichen Stelle, z. B. bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, gefordert (Schwartz, F.W. 1999). Auch die Notwendigkeit einer Qualitätssicherung hinsichtlich Struktur, Prozess und Ergebnis und ihre Rückkopplung an die Wissenschaft und Praxis wurde betont (Rosenbrock, R. 1999a) mit dem Ziel „nach-

weisgestützter Verfahren und Interventionen“ im Sinne einer *evidence based health promotion*. In einem 1999 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen durchgeführten Workshop wurde die Einrichtung eines unabhängigen Expertenausschusses „Prävention“ zur Beurteilung der Angebote favorisiert (AOK Bundesverband et al. 1999).

238. Auch wenn Qualitätssicherung und Evaluation in der vom Gesetzgeber verabschiedeten Fassung des § 20 SGB V nicht mehr explizit genannt werden und somit das Gesetz hinter dem Referentenentwurf zurückbleibt, sind dennoch mit der Festlegung gemeinsamer Kriterien durch die Spitzenverbände Ansätze eines Qualitätsmanagements im Bereich der Primärprävention erstmalig für die soziale Krankenversicherung (GKV) in Deutschland gesetzlich verankert (vgl. auch Hart, D. u. Francke, R. 2000).

Die Begrenzung des vorgesehenen Budgets auf DM 5 pro Versichertem im Kalenderjahr zwingt – auch wenn dieser Betrag in den Folgejahren analog zur Veränderung des Durchschnittsentgeltes der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr steigen wird – zu effektivem und effizientem Einsatz der Mittel. Zudem gilt auch für Leistungen des § 20 SGB V, dass sie nach dem geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches (§ 12 SGB V) ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen, d. h. sie sollen nicht nur bedarfsgerecht (im Sinne eines objektiv feststellbaren Bedarfs) sein, sondern auch in effizienter Form, d. h. mit akzeptabler Nutzen-Kosten-Relation erbracht werden. Darüber hinaus gilt auch für den § 20 SGB V die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach § 135a SGB V.

2.4.3 Begriffe und Ansätze des Qualitätsmanagements

239. Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention kann sich entsprechend der verschiedenen Ansätze auf drei Referenzsysteme beziehen: auf ein Setting (z. B. gesundheitsfördernde Schule), auf ein Interventionsprogramm oder auf eine Organisation (Grossmann, R. und Scala, K. 2000; Ruckstuhl, B. et al. 1998).

Der Qualitätsbegriff wird gegenwärtig häufig operationalisiert durch die Einteilung in die Teilkomponenten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian, A. 1966), die sich u. a. auf die Qualität der vorliegenden Rahmenbedingungen, die Qualität der Durchführung einer Maßnahme und die Qualität des Nutzens und die Nutzen-Kosten-Relation beziehen. Diese Begrifflichkeit wird sowohl beschreibend-analytisch für Untersuchungen der Versorgungsqualität als auch normativ als Ansatz- und Zielpunkte von qualitätsfördernden Maßnahmen verwendet (Ruckstuhl, B. et al. 2000; Trojan, A. 2000).

Qualitätsmanagement soll dazu dienen, Systeme, Organisationen, Prozesse und Abläufe so zu optimieren, dass die Basis für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung ermöglicht und das Hauptziel erreicht wird: die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisqualität.

Eine Prozessbewertung kann insbesondere helfen, hemmende und fördernde Aspekte in der Akzeptanz und in der Umsetzung zu identifizieren. Die Ergebnisse der Prozessevaluation zusammen mit kurz- und langfristigen gesundheitlichen und ökonomischen Ergebnisindikatoren erweitern das Verständnis von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Ihre Veröffentlichung ermöglicht auch angemessene Programmentscheidungen für Dritte.

Partizipative und multi-strategische Ansätze wie die der Gesundheitsförderung erfordern ohnehin häufig eine besondere Betrachtung des Prozesses. Bislang wurde dieser, insbesondere Fragen zu Kooperationsstrukturen, Akteurskonstellationen, zur Bürgerbeteiligung und Netzwerkförderung allerdings erst ansatzweise untersucht. Instrumente hierzu liegen kaum vor (Lauterbach, K.W. u. Trojan, A. 1999).

240. Generell liegen für ein Qualitätsmanagement zahlreiche Methoden und Instrumente vor, die vor allem im industriellen Bereich und in der klinischen Medizin eingesetzt werden (siehe Abschnitt II-2.2; Perleth, M. u. Schwartz, F.W. 2000; Perleth, M. 1998; Selbmann, H.K. 2000).

Der bloße Einsatz derartiger „tools“ führt allerdings nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Qualität. Um die für ein Qualitätsmanagement notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen sinnvoll und zielgerichtet zu nutzen, ist sowohl bei der Einführung eines Qualitätsmanagements als auch bei dem Einsatz einzelner Instrumente in den meist sehr komplexen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen eine Konzentration auf die laufende Sicherung und Verbesserung der wichtigsten Programmparameter notwendig. Diese sollten durch vorausgegangene eigene Studien, Studien Dritter oder durch eigene modellhafte Evaluationen hinsichtlich ihrer Relevanz und Wirkungen vorab gesichert sein. Sie haben sich an gesetzlichen Verpflichtungen, am gesellschaftlichen Auftrag, an fachlich-wissenschaftlichen Standards sowie an institutionellen und unternehmerischen Zielen auszurichten. Teilweise werden relevante Programmparameter erst aufgrund einer begleitenden Evaluation während der Feldphase deutlich, wenn Zielerreichung, Schwachstellen und nicht-intendierte Nebeneffekte gemessen werden. Für eine wiederholte Durchführung der Maßnahmen müssen die Programmparameter entsprechend angepasst und in ein geändertes Qualitätsmanagement eingefügt werden.

241. Neben der Auswahl geeigneter Instrumente ist eine ausreichende Struktur- bzw. Organisationsqualität von entscheidender Bedeutung für das Gelingen einer Präventionsmaßnahme. Diese betrifft die organisatorischen und institutionellen Rahmenbedingungen, wie z. B. die Verankerung des Projektes, die Trägerschaft, die Vertragsbedingungen und die Organisation. Mit Projektbeginn muss in der Regel auch eine Projektorganisation neu aufgebaut werden. Sie umfasst sowohl die Projektleitung und -mitarbeiter als auch begleitende Gremien wie Beirat oder Arbeitsgruppen. Um die Rahmenbedingungen für das Projekt nutzen zu können, sollten vorab wichtige Strukturfragen geklärt werden (Ruckstuhl, B. et al. 2000):

- Welche Qualitäten hat die Organisation?
- Welche Kompetenzen kann sie zur Verfügung stellen?
- Welches Image hat sie nach außen?
- Verfügt die Organisation über genügend finanzielle Ressourcen?
- Ermöglicht und fördert sie die Weiterbildung der Mitarbeiter?
- Hat die Organisation einen hohen Reflexionsgrad bezüglich der Arbeitsleistungen, und leistet sie ein Projektcoaching?
- Sind die Projekte in ein Gesamtcontrolling eingebettet?
- Hat die Institution eine gut ausgestattete Infrastruktur und gute Supportdienste?

242. Verlaufs- oder Prozessqualität betreffen sämtliche erforderlichen Abläufe zur Umsetzung eines Projektes. Da die Realität in der Planung nicht vollständig vorweggenommen werden kann, erfordert die aktuelle Situation in der Praxis jeweils aufgaben- und problemorientierte Entscheidungen, um das Ziel optimal zu erreichen. Um Aussagen über mögliche fördernde und hemmende Faktoren bei der Umsetzung treffen zu können, ist eine Beobachtung des Projektverlaufs erforderlich. Allerdings müssen bei der Dokumentation Prioritäten gesetzt werden (siehe Abschnitt I-2.4.6). Nicht jede Information ist relevant, aber wenn Informationen für die Rückkopplung gesammelt werden, dann ist es wichtig zu wissen, wozu sie dienen sollen und wie die Information für die Rückkopplung verwendet werden kann. Für die Steuerung eines Projektes sind Zielsetzung, Planung, Dokumentation und Rückkopplungsschleifen Voraussetzung aber auch zugleich Instrumente (siehe Abbildung 17, S. 118).

2.4.4 Definition von Zielen bzw. Nutzenerwartungen, Zielgruppen und zielgruppenspezifischen Zugangswegen

243. Qualitätsmanagement beginnt bereits bei der Festlegung von Zielen, der Auswahl der Zielgruppen, Zugangswegen und Interventionsverfahren (siehe Abbildung 17). Eine wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung der Qualität ist die möglichst genaue und theoretisch fundierte Festlegung des Zieles, das der Maßnahme, der Auswahl der Zielgruppen, ihrer Zugangswegen und der einzubeziehenden Kooperationspartner zugrunde liegt. Diese Phase des Qualitätsmanagements wird auch als konzeptionelle, initiale Planungs- oder Assessmentqualität bezeichnet. Ihr sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da sie die Umsetzungsqualität der Maßnahme in die Praxis, ihre Durchführung und damit auch die Qualität der Ergebnisse entscheidend bestimmt.

244. Oberstes Ziel in Gesundheitsförderung und Prävention ist die Verhinderung bzw. Verminderung von Gesundheitsproblemen in der Zielpopulation. Die bei zahlreichen Maßnahmen der Prävention und der Gesund-

heitsförderung langfristig angestrebten objektiven gesundheitlichen Erträge können in den meist kurzzeitig angelegten Messperioden von zwei bis maximal fünf Jahren in der Regel allerdings nicht erhoben werden. Es müssen deshalb „intermediäre“ Outcome-Parameter (siehe Tabelle 26, S. 119) identifiziert und eingesetzt werden, die möglichst zuverlässig eine Abschätzung der weiteren gesundheitlichen Entwicklung der Teilnehmer erlauben.

Um für Bevölkerungsgruppen optimale Ergebnisse zu erzielen, sollten die präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Maßnahmen möglichst eng an spezifischen Zielgruppen ausgerichtet sein. Dies erfordert zunächst die (professionelle) Ermittlung des objektiven und subjektiven Bedarfs. Die Kenntnis der Lebensbedingungen, der subjektiven Erwartungen, Bedürfnisse, Ressourcen und Gewohnheiten der Zielgruppe ist vor allem für die Ansprache und Motivation der Zielpersonen sowie für die didaktische und organisatorische Ausgestaltung der Maßnahme erforderlich.

Diese Zielgruppenorientierung und die Professionalität ihrer Ausführung spiegelt sich auch in der von den Zielpersonen subjektiv wahrgenommenen Angebotsqualität wider (Ovretveit, J. 1996a). Die stärker auch von der Bundesregierung forcierte Patienten- bzw. Kundenorientierung im Gesundheitswesen erfordert eine verbesserte Transparenz und Verständlichkeit der Angebote und der dargebotenen Informationen (Dierks, M. L. et al. 2000). Wird dieser wichtige Teil von einem Qualitätsmanagement ernst genommen, leistet er – im Sinne der Ziele der Ottawa-Charta der WHO (1986) – auch einen Beitrag zu einer besseren Befähigung der Bürger, ihre eigene Lebenssituation und Gesundheit aktiv zu verbessern (*empowerment*).

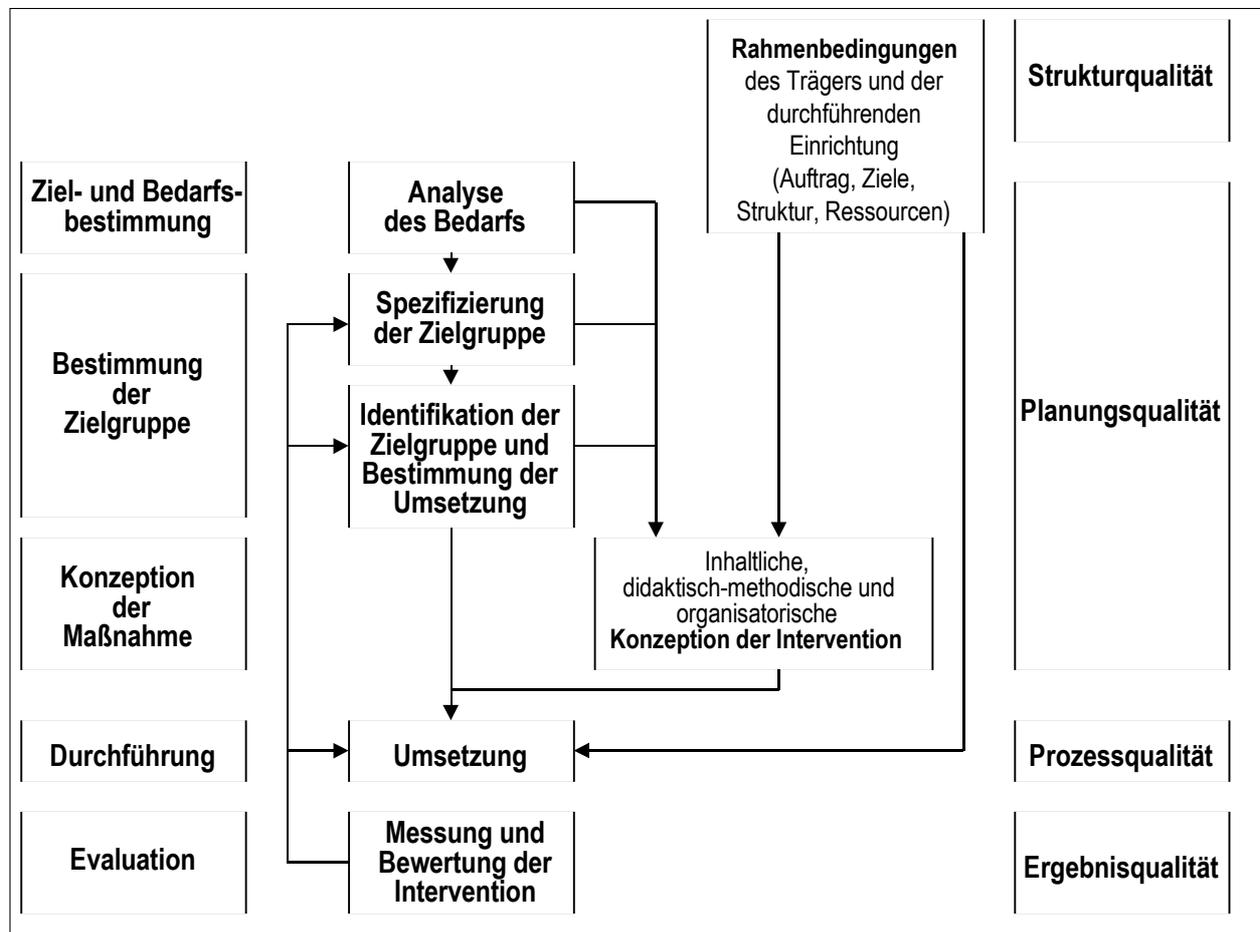
Neben dem subjektiven Bedarf der Zielpersonen bzw. der Zielgruppen muss selbstverständlich auch der objektive Bedarf bestimmt werden, nämlich das Ausmaß und das Reduktionspotenzial der Krankheitslast und Belastungen sowie das Ausmaß der Ressourcen in der Zielgruppe. Daraus sind die spezifischen Interventionsziele für die Zielgruppe zu entwickeln. Hieran knüpfen in der Regel auch die wesentlichen Qualitätserwartungen der Kooperationspartner sowie die der Förderer bzw. Träger (*stakeholder-Perspektive*) an (Christiansen, G. 1999).

245. Die Auswahl der Zielgruppe kann z. B. nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Altersgruppen mit erhöhten Risiken (z. B. Säuglinge, Kinder, Jugendliche, Ältere, Hochbetagte)
- Bevölkerungsgruppen in risikoe erhöhten Lebensphasen (z. B. Schwangere, Personen im Übergang zum „Ruhestand“, Personen nach Trennung bzw. Tod eines Partners, pflegende Angehörige)
- Vulnerable und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (z. B. Arbeitslose, Obdachlose, Immigranten)
- Bevölkerungsgruppen mit spezifisch erhöhten Krankheitsrisiken (z. B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose)

Abbildung 17

Phasen präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen und Ansätze für ein Qualitätsmanagement



Quelle: Walter, U. et al. (2000b)

246. Geeignete Settings bzw. Interventionsorte für die Zielgruppe müssen für die Interventionen festgelegt sowie adäquate Identifikationsstrategien und Zugangswege gewählt werden. Mögliche Interventionssettings sind:

- Alltagsbezogene Institutionen, z. B. Schule, Betrieb, Altenheim
- Lebensräume, z. B. Region, Stadtteil
- Lebensgemeinschaften, z. B. Nachbarschaft, Kirchengemeinde
- Kurzfristig in Anspruch genommene Einrichtungen, z. B. Erholungsheim, Krankenhaus
- Punktuell wahrgenommene Einrichtungen des Gesundheitswesens, z. B. Arztpraxis, Apotheke, ambulante Pflege
- Verbände, z. B. Krankenkassen
- Subkulturen und Milieus

Zielgruppen können auch aufgrund gemeinsamer Settings und/oder besonders leichter Zugangswege festgelegt werden.

247. Die über ein Setting definierte Zielgruppe ist oft noch zu unspezifisch für eine zielgerichtete Intervention, sodass weitere Instrumente für eine nachfolgende Selektion und Identifikation der definierten Zielgruppe erforderlich sind. Hierzu eignen sich z. B.:

- Selbsteinschätzungsfragebogen
- Telefonische und Vor-Ort-Befragung z. B. durch professionelle Berater
- Assessment z. B. durch Gesundheitsberater, Arzt oder Pflegekraft
- Versorgungsbezogene Routinedaten und soziodemographische Stammdaten der Sozialversicherung

Je unspezifischer die Zugangswege sind, desto eher ist der nachfolgende Einsatz der genannten Instrumente zur

Tabelle 26

**Nutzen-Dimensionen und Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung
bei nicht übertragbaren Krankheiten**

Dimensionen	Zielparameter
I: Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> – Langfristige Parameter: Inzidenzabsenkung vermeidbarer Krankheits- oder Sterbeereignisse, z. B. Mortalität, Morbidität, Behinderungen, Beeinträchtigungen – Einschätzung der subjektiven Gesundheit, Lebensqualität, Funktionalität, z. B. über „SF 36“, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens – Intermediäre physiologische und funktionale Parameter, z. B. Blutdruck, Herzfrequenz, Blutwerte, <i>Body-Mass-Index</i>, Hautbild, Funktionsfähigkeit – Intermediäre Verhaltensparameter, z. B. Ernährungsmuster, Bewegungsmuster, rückschonende Arbeitsweise, Stressbewältigung, Suchtverhalten
II: Kompetenz/ <i>empowerment</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Erwerb und Aufrechterhaltung von sozialer Unterstützung – Wissen – Einstellung – Wahrgenommene Kontrolle (<i>perceived/actual control</i>) – Selbstwert/Selbstbewusstsein – Selbstwirksamkeit – Kompetenzgesteuerte, nachhaltige Verhaltensänderung – Partizipation, z. B. bei Umfeldgestaltung
III: Umfeld (physikalische und soziale Umwelt)	<ul style="list-style-type: none"> – Setting, z. B. Arbeitsplatzorganisation, Wohnbedingungen, Schule – Physikalische Umwelt, z. B. Wohnbedingungen, Lärm, Schadstoffbelastung – soziales Netz, soziale Unterstützung – Politik, z. B. öffentliche Bewusstseinsbildung – Gesetzliche Grundlagen
IV: Kosten	<ul style="list-style-type: none"> – Programmkosten, Teilnehmerkosten – <i>Return on investment</i> (z. B. durch Verringerung der AU-Zeiten, des Medikamentenkonsums, der Krankenhausaufenthalte)
V: Zugangswege	<ul style="list-style-type: none"> – Akzeptanz bei spezifischen Zielgruppen – Wirksamkeit spezifischer Zugangswege (Erreichbarkeit)
VI: Struktur- bildung (<i>capacity building</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Befähigung von Professionellen und Institutionen – Institutionalisierung der Interventionen – Ressourcennutzung, z. B. Kooperationen, Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren, Netzwerke – Diffusion von Programmen
VII: Service/ Marketing	<ul style="list-style-type: none"> – Zufriedenheit der Zielgruppe – Bekanntheitsgrad

Quelle: Walter, U. et al. (2000b)

weiteren Eingrenzung der Zielgruppe erforderlich. Während sich Routinedaten am besten zur Identifikation von Personen mit Krankheitsvorerfahrungen, d. h. zur Sekundär- und Tertiärprävention eignen, lassen sich die soziodemographischen Stammdaten z. B. zur Selektion von Berufsgruppen und zur Identifikation besonderer Belastungssituationen wie Übergang in den „Ruhestand“, Pflege von Angehörigen und Tod des Ehepartners⁴⁹ nutzen.

248. Bei der Wahl der Zugangswege sind besondere Sorgfalt, aber auch Kreativität und Einfühlungsvermögen nötig, um vor allem die Personen zu erreichen, die eher schlechtere Gesundheitschancen haben und präventive bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen bislang kaum in Anspruch genommen haben. Als Wege zur ersten Information und Kontaktaufnahme kommen u. a. folgende Zugänge in Betracht:

- Schriftliche Information, Anschreiben
- Telefonische Kontaktaufnahme
- Aufsuchende Beratung
- Information über Medien, Plakate etc.

Als Mittler können dabei sowohl (geschulte) professionelle Personen als auch kompetente Laien eingesetzt werden. Letztere können, vor allem wenn sie der Zielgruppe angehören, einen besonders effektiven und empathischen Zugang haben. Die personelle Ansprache kann damit erfolgen über:

- Professionen im Setting, z. B. Arzt, Apotheker, Psychologe, Pflegekraft, Fußpfleger, Lehrer, Meister, Kosmetiker
- Mitglieder der *peer group*
- geschulte Laien

2.4.5 Auswahl von Interventionen

249. Die Vielzahl möglicher Interventionen der Prävention und der Gesundheitsförderung sowie die Begrenzung der zur Verfügung stehenden Mittel machen eine Priorisierung bei der Auswahl von Maßnahmen in der Regel sinnvoll oder notwendig. Der gesellschaftliche Auftrag des Trägers bzw. der durchzuführenden Einrichtung und ihre damit verbundene institutionelle Zielsetzung bestimmen dabei Ziele, Settings und/oder die erste Auswahl der Zielgruppe präventiver und gesundheitsfördernder Intervention mit. Die Auswahl der zu vermeidenden Gesundheitsstörung und die Spezifizierung der Zielgruppe sollten sich am Bedarf orientieren (vgl. Abschnitt I-2.1.5; Bröckamp-Stone, U. et al. 1998; Schwartz, F.W. und Walter, U. 1998; Kirschner, W. et al. 1995; Field, M.J. 1995).

Aus der so identifizierten Gesundheitsstörung sollten die spezifischen Zielgruppen ableitbar sein und möglichst ge-

nau definiert werden. Alternativ können nach dem Ziel der Gesundheitsförderung – gleiche Gesundheitschancen und soziale Gerechtigkeit – Zielgruppen auf Basis soziodemographischer Merkmale der Benachteiligung identifiziert werden.

Es ist davon auszugehen, dass sowohl die konkreten Feinziele von Interventionen als auch die einzuschlagenden Zugangswege und insbesondere auch die anzuwendenden Methoden nur in Abhängigkeit von der Zielgruppe bestimmt und gezielt angewandt werden können.

250. Durchgearbeitete und evidenzbasierte Empfehlungen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention (auf der Basis von Studien im Sinne von Evidence based Medicine) liegen derzeit lediglich für die „klinische Prävention“⁵⁰ (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination 1999; U.S. Preventive Services Task Force 1996) und für die Jodprophylaxe (Scriba, P.C. u. Gärtner, R. 2000; Manz, F. 1996) vor. Einschränkend gilt hier, dass eine analoge Übertragung der Kriterien von *Evidence based Medicine* auf die Primärprävention und Gesundheitsförderung zu einer Bevorzugung besser untersuchter, in der Regel weniger komplexer Interventionen führen kann (Rosenbrock, R. 1999b). Allerdings bedeutet die Auswertung vorhandener Studien nach der besten verfügbaren Evidenz nicht zwangsläufig, dass ein Verfahren, zu dem nur wenige und methodisch nicht einwandfreie Studien vorliegen, nicht weiter berücksichtigt wird, sondern dass man sich der bestehenden Schwächen und Wissenslücken bewusst wird (Lauterbach, K.W. 1999). Umso wichtiger wird bei Unsicherheit eine mehrmalige ergebnisorientierte Evaluation eigener Maßnahmen und Programme sowie ein nachdrücklich ergebnisorientiertes ständiges Qualitätsmanagement sein.

Gerade weil für einige wichtige konzeptionelle Teile heutiger Ansätze der Gesundheitsförderung bislang nur beschränkte Ergebnisse einer empirischen Überprüfung vorliegen (wie z. B. für den Ansatz der Salutogenese; Bengel, J. et al. 1998), werden heute auch für diese Angebote wirkungsorientierte und überprüfbare Ziele gefordert (Trojan, A. 2000; Ruckstuhl, B. et al. 2000). Für die gesamte Gesundheitsförderung wird derzeit intensiv nach geeigneten Indikatoren gesucht, die die Ergebnisse adäquat abbilden und sich auch für eine Evidenzbasierung eignen (Leger, L.S. 1999; Rada, J. et al. 1999; Speller, V. et al. 1997b).

2.4.6 Auswahl von Ergebnisparametern im Qualitätsmanagement von Gesundheitsförderung und Prävention

251. Die Verbesserung der Gesundheit der ausgewählten Bevölkerungsgruppe nimmt langfristig zweifellos den wichtigsten Rang unter den möglichen Nutzend-

⁴⁹ Eine indirekte Identifikation über Angehörige ist allerdings nur möglich, wenn beide Personen bei der gleichen Krankenkasse versichert sind.

⁵⁰ Hierzu zählen gezielte Präventionsmaßnahmen, die von Ärzten und/oder fachlichem Praxispersonal in klinischen Settings, insbesondere Praxen, durchgeführt werden.

mensionen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dar. Diese und weitere Dimensionen mit daraus abgeleiteten Zielparametern zeigt Tabelle 26, S. 119. Die Dimensionen sind dabei annähernd in absteigender Entfernung von dem eigentlichen Ziel einer Verbesserung der Gesundheit von oben nach unten geordnet. Effekte in den Dimensionen V bis VII können als unter Umständen notwendig, nicht aber als hinreichend für die Erreichung der eigentlichen Wirkungsziele von Gesundheitsförderung und Prävention (Dimensionen I bis III) angesehen werden⁵¹.

252. Die Verbesserung der Gesundheit als angestrebtes Ziel sollte langfristig in einer objektiv feststellbaren geringeren Krankheitslast und verminderten Mortalität erkennbar werden. Diese Zielparameter eignen sich jedoch nicht, um kurz- bis mittelfristig die Ergebnisse einer Intervention beurteilen zu können. Hierzu eignen sich intermediäre Outcome-Parameter, die einerseits durch die Maßnahme selbst beeinflusst werden und andererseits das gesundheitliche Ergebnis hinreichend sicher beeinflussen. Dies können z. B. physiologische, biochemische oder funktionale Parameter wie Blutdruck, Blutwerte und Hautbild sein. Allerdings können diese objektiven Parameter zum Teil ohne ärztliche bzw. pflegerische Mitwirkung nicht gemessen werden. Alternativ bzw. ergänzend bieten sich subjektive Parameter an. Dabei hat sich die Erhebung der so genannten gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den letzten 20 Jahren bei der Bewertung gesundheitlicher Versorgung fest etabliert. Sie ist ein psychologisches Konstrukt, mit dem – entsprechend der komplexen WHO-Definition von Gesundheit – das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die Funktionsfähigkeit erhoben werden können (Bullinger, M. 1996). Aber auch Verhaltensmuster, die z. B. durch Protokolle oder Beobachtungen ermittelt werden, liefern Aussagen zur Gesundheitsorientierung und zum Risikoverhalten.

253. Die zweite Dimension der Tabelle 26 bezieht sich insbesondere auf Ressourcensteigerung im Sinne des WHO-Verständnisses von Prävention und Gesundheitsförderung. Die Kompetenzentwicklung und der Partizipationsgrad der Zielpersonen werden meist über Änderungen von Wissen, Einstellung und Verhalten gemessen. Als wichtiges Konzept ist das der Selbstwirksamkeit zu nennen, d. h. die (Selbst-)Einschätzung eigener Fähigkeiten, ein angestrebtes Verhalten tatsächlich zu verwirklichen (Fuchs, R. u. Schwarzer, R. 1994).

254. Auch die verhältnispräventive Beeinflussung der physikalischen und sozialen Umwelt sowie des politisch-gesellschaftlichen Umfeldes kann ein primäres oder in-

termediäres Ziel der Gesundheitsförderung sein. Während sich gesundheitliche Expositionen oder gesundheitsfreundlichere Entwicklungsstrukturen z. B. am Arbeitsplatz quantitativ bzw. qualitativ noch erfassen lassen, kann die Beeinflussung sozialer Umwelten im Großen, z. B. der Politik und deren Niederschlag in staatlichen Regelungen oder bei Tarifverträgen, oft nur schwer erhoben werden. Geeignete Instrumente liegen hierfür zurzeit nicht vor.

255. Ein mögliches Nutzenziel stellt auch die in der vierten Ziel-Nutzen-Dimension aufgezeigte Realisation von Einsparungen von Versorgungs- und/oder Krankheitsfolgekosten dar, d. h. ein „return on investment over cost“. Hierbei (über)kompensieren die durch die Intervention eingesparten Kosten und Folgekosten, z. B. durch die Verringerung des Medikamentenkonsums, eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte (ohne Verschiebung auf den ambulanten Sektor), eine Verringerung der Arbeitsunfähigkeits(AU)-Zeiten, aber auch eine Senkung der Heimeinweisungen, die Kosten der Maßnahme (Kosten-Nutzen-Analyse). Ein wichtiges Problem der Praxis liegt darin, dass solche Kostenreduktionen nicht immer (voll) jenen Institutionen zugute kommen, die Träger und Finanziere von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind. Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen gelten in der Literatur zudem als effizient, wenn ein wichtiges gesundheitliches Ergebnis, wie z. B. gewonnene Lebensjahre, zu relativ geringen Kosten ermöglicht wird (Kosten-Wirksamkeits-Analyse) (Gold, M. et al. 1996; Greiner, W. 1998; Tolley, G. et al. 1994). Kosten sind dabei umfassend definiert (Gorsky, R. D. u. Teutsch, S. 1995; Luce, B. R. et al. 1996; zu den zu betrachtenden Kostenbestandteilen vgl. auch Abschnitt I-2.1.2).

256. Eine bislang eher vernachlässigte fünfte Bewertungsdimension für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Beurteilung der Zugangswege. Zwar wurden in der Vergangenheit verschiedene Strategien zur Erreichung der Zielgruppe ausprobiert, eine zusammenfassende systematische Beurteilung über deren Wirksamkeit bei spezifischen Zielgruppen liegt jedoch nicht vor. Zur besseren Ausschöpfung und adäquaten Wahl der Zugangswege sind sowohl die Kenntnis möglicher Barrieren und Ablehnungsgründe aufseiten der Zielgruppe als auch Hemmnisse und Optimierungspotenziale in der Durchführung wichtig.

257. Ein bedeutender indirekter Ergebnisparameter insbesondere für die programm- oder professionsgetragene Gesundheitsförderung ist die sechste Nutzen-Dimension in Tabelle 26, die „Strukturbildung“. Als Schätzer für die Dauerhaftigkeit angestoßener Entwicklungen gilt das so genannte *capacity building*. Dieser relativ neue – in der Literatur noch unterschiedlich weit gefasste – Indikator bezieht sich im Wesentlichen auf die Bereitschaft und Befähigung, geeignete Strukturen zu entwickeln, um eine spezifische Maßnahme erfolgreich anzubieten und aufrechtzuerhalten bis hin zur Nutzung und Mobilisierung geeigneter Ressourcen und Kooperationsstrukturen und

⁵¹ Bei der Primärprävention der Krankenkassen sind für die Beurteilung ihrer Wirksamkeit insbesondere die Dimensionen I (Gesundheit), II (Kompetenz/*empowerment*) und IV (Kosten) wichtig. Die Berücksichtigung der Dimension der Kosten ist nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) erforderlich.

der Entwicklung adäquater Strategien zur Umsetzung und Implementierung von Maßnahmen (Hawe, P. et al. 1998; Hawe; P. et al. 1997).

Capacity building kann auf fünf Ebenen erfolgen:

- des einzelnen Professionellen,
- des Mitarbeiterteams,
- der Einzelorganisation,
- verschiedener Organisationen und
- der administrativen Gemeinde oder ideellen Gemeinschaft.

Capacity building ist für Förderer und Zielpersonen in der Regel unsichtbar und wird häufig selbst von Mitarbeitern nicht als explizites Projektziel auf dem Wege zur Erreichung der übergeordneten Gesundheitsziele wahrgenommen. Damit entzieht es sich häufig auch einem Qualitätsmanagement. Mit der ausdrücklichen Erwähnung in der Jakarta-Deklaration der WHO zur Entwicklung von Gesundheitsförderung (WHO 1997b) und ebenso als wichtiges Prinzip in der Evaluation von Gesundheitsförderung (WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation 1998) wurde dem *capacity building* ein wichtiger Stellenwert eingeräumt.

258. Einer der häufigsten Indikatoren für den Service- und Marketingeffekt von Programmen (Dimension VII in Tabelle 26) bildet die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Infrastruktur, mit der Durchführung des Programms und mit der persönlichen Betreuung. Die subjektiv wahrgenommene Qualität der angebotenen Maßnahme kann sich darüber hinaus auf die Zufriedenheit mit dem Inhalt der präventiven bzw. der gesundheitsfördernden Maßnahme, aber auch auf die persönlich erfahrene, daraus resultierende Lebensqualität beziehen. Ähnlich wie bei medizinischen Maßnahmen (Dörning, H. et al. 1996) kann die Zufriedenheit der Betroffenen als eine Mischung aus Interventions-Erwartung und wahrgenommenem Interventions-Ergebnis angesehen werden. Für das Gesundheitswesen werden Erfahrungen und Urteile der Patienten bzw. Nutzer heute als ein wichtiger Faktor für ein funktionierendes Qualitätsmanagement betrachtet (Bitzer, E. et al. 2000).

Auch in der Prävention und Gesundheitsförderung können, ähnlich wie in der Therapie, Inhalte und Anforderungen von Maßnahmen zu Konflikten bei den Betroffenen führen, die sich bei einer nur kurzfristigen Betrachtung der Zufriedenheit vorübergehend negativ auswirken können (Kahn, B. u. Goodstedt, M. 1999). Insofern stellen Zufriedenheitsmessungen mit nur einem Item nicht immer einen adäquaten Parameter dar und sollten keinesfalls als einziges Kriterium herangezogen werden.

Die Analyse der erhobenen Ergebnisparameter sollte zu einer Reflexion des Konzeptes und der Durchführung der Intervention führen und zur Optimierung der Intervention beitragen. Die Qualität der so modifizierten Maßnahme sowie ihre Ergebnisse sind im Sinne eines kontinuierli-

chen Verbesserungsprozesses in einer späteren Durchführungsphase erneut zu überprüfen und anzupassen. Ein kontinuierliches Qualitätsmanagement ist allerdings in Gesundheitsförderung und Prävention nur zielführend, wenn es von den Mitarbeitern und Teilnehmern nicht als Kontrolle, sondern als Unterstützung zur Erreichung ihrer vorab definierten Ziele und als Instrument zur Optimierung der eigenen Arbeit gesehen wird.

2.4.7 Umsetzung in der GKV ab dem Jahr 2000

259. Auch wenn das Gesetz im § 20 SGB V Qualitätssicherung nicht explizit vorsieht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen sich in ihren gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V freiwillig zur Dokumentation und Erfolgskontrolle verpflichtet. Qualitätssicherung wird grundsätzlich als logische Konsequenz bezeichnet, die sich aus dem ethischen, gesellschaftlichen und gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung ergibt. Sie soll eine wissenschaftliche Voruntersuchung, eine Ist-Analyse, eine Zielbestimmung, Interventionsstrategien, angemessene Evaluationsmethoden und eine Gesamtbewertung der Ergebnisse im gesundheitspolitischen Kontext umfassen.

Um dieser freiwilligen Selbstverpflichtung gerecht zu werden, sollen Dokumentation und Erfolgskontrolle im Rahmen eines Stufenprozesses, der mit Minimalanforderungen beginnt, implementiert werden. Die Dokumentationen, für die die Spitzenverbände ein einheitliches Instrument zur Verfügung stellen wollen, sollen jährlich kassenartspezifisch ausgewertet, die Auswertungen in der Beratenden Kommission (siehe Abschnitt I-2.1.4) diskutiert werden.

Der Rat begrüßt die freiwillige Selbstverpflichtung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Dokumentation und Erfolgskontrolle ihrer Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Wie die Ausführungen in diesem Textabschnitt jedoch zeigen, ist Qualitätssicherung weit mehr als Dokumentation und Erfolgskontrolle. So ist z. B. unklar, ob und wenn ja, wie eine zeitnahe Rückkopplung der Ergebnisse im Hinblick auf eine Qualitätsverbesserung erfolgen soll. Hinzu kommt, dass die Instrumente hierfür bislang noch nicht zur Diskussion gestellt wurden. Die Instrumente sollten so gewählt werden, dass sie nicht nur die Beurteilung der wichtigsten Parameter der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erlauben (vgl. Tabelle 26), sondern gleichzeitig zum Aufbau einer Präventionsberichterstattung verwendet werden können. Der Rat versteht daher die Ausführungen der Spitzenverbände als einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer angemessenen Qualitätssicherung, die sich durch die Umsetzung sowie eine adäquate Weiterentwicklung beweisen muss.

2.5 Fazit und Empfehlungen

260. Konzepte, Programme und Aktivitäten zur Verhütung der Entstehung und des Eintritts von Erkrankungen

verwenden heute mit unterschiedlichen Inhalten und oft nicht trennscharf Stichworte wie Gesundheitsschutz, Vorsorge, Prävention, Gesundheitsförderung. Im Einklang mit den meisten wissenschaftlichen Definitionen versteht der Rat unter Prävention generell Maßnahmen zur Vermeidung eines schlechteren Zustandes, während Kuration und Rehabilitation einen besseren Zustand zu erreichen suchen. Demnach bezeichnet Primärprävention die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Das Ziel ist die Verminderung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten. Sekundärprävention bezieht sich demgegenüber auf die Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen (auch symptomlosen) Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühtherapie. In jüngster Zeit wird unter Sekundärprävention auch die Verhinderung des Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses verstanden (z. B. eines zweiten Myokardinfarkts nach überstandenen Erstinfarkt). Unter Tertiärprävention kann sowohl die wirksame Verhütung bzw. Verzögerung der Verschlimmerung einer manifesten Erkrankung (weites Konzept) als auch die Verhinderung bzw. Milderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen verstanden werden (engeres Konzept).

261. Strategien, die diesen Zielen dienen, können sich zwar in manchen Feldern darauf beschränken, tatsächliche oder mögliche Gesundheitsbelastungen (z. B. biologische, physikalische oder chemische Belastungen, Distress, körperliche und seelische Erschöpfungszustände, schlechte Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel, soziale Isolierung) zu beeinflussen. Meist wird es jedoch auch darauf ankommen, zugleich die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen (z. B. Selbstbewusstsein, Information, Bildung, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung) der betroffenen Individuen bzw. der Zielgruppen anzustreben; sei es, um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, sei es, um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, sei es, um Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen, zu entwickeln bzw. freizusetzen. Dieser Aspekt – die Stärkung bzw. Vermehrung von Ressourcen – entspricht dem Ansatz der Gesundheitsförderung. Der Aspekt „Gesundheitsförderung“ als Ressourcensteigerung lässt sich nicht auf die Prävention beschränken, sondern ist vielmehr funktional in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu verorten.

262. Die individuelle Kompetenzsteigerung der Gesundheitsförderung entspricht in Teil-Elementen dem weitergehenden (zusätzlich einen „Kohärenzsinn“ postulierenden) „Salutogenese“-Konzept von Antonovsky, A. (1987). Der Rat hält dieses Modell für theoretisch anregend, aber in der Praxis noch nicht belastbar. Auch in der Theorie stellen ein zeitgemäß modernisiertes „pathogenetisches“ und ein „salutogenetisches“ Modell keine einander ausschließenden Gegensätze dar.

263. Prävention der heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen zielt sinnvollerweise sowohl auf die Senkung und Vermeidung als auch auf die verbesserte Bewältigung von Gesundheitsbelastungen. Bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, -programmen und -maßnahmen sollte immer nach beiden Aspekten gefragt werden: Welche Belastungen können im Hinblick auf Krankheitsvermeidung gesenkt werden und welche gesundheitlichen Ressourcen können gestärkt werden? Prävention – darauf weist der Rat wiederholt hin (JG 1988, SG 1995 und 1996) – kommt zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung eine hohe und zunehmende Bedeutung zu. Eine Schwerpunktbildung auf Prävention entspräche auch dem Geist des Sozialgesetzbuches, das in § 1 SGB V unter den Aufgaben der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Verbesserung der Gesundheit gleichberechtigt neben die Erhaltung und Wiederherstellung derselben gestellt hat.

264. Chronische Erkrankungen, die heute das Krankheits- und Sterbe geschehen in industrialisierten Ländern weitgehend dominieren, sind trotz des in der Vergangenheit erzielten und für die Zukunft zu erwartenden medizinischen Fortschritts in der Mehrzahl der Fälle nicht heilbar im Sinne einer Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustandes. Das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen ist aber in hohem Maße abhängig vom persönlichen Verhalten sowie von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt. Gesundheitliche Belastungen und gesundheitsdienliche Ressourcen sind auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland sozial ungleich verteilt, Gesundheitsrisiken und Gesundheitserwartungen weisen in der Regel erhebliche inverse Gradienten entlang der sozialen Schichtung der Gesellschaft auf (vgl. auch SG 1996 Ziffer 111 und Abb. 13). Dies wird erstmals durch den neu gefassten § 20 Abs. 1 SGB V (1999) aufgegriffen.

265. Investitionen in Krankheitsverhütung könnten nicht nur – durch Verlängerung von Lebensdauer und Verbesserung von Lebensqualität – einen höheren gesundheitlichen Nutzen, sondern auch Einsparungen im Gesundheitssystem bewirken. Theoretisch (bei nicht saldierter und nicht diskontierter Betrachtung) lassen sich rund 25 bis 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden. Allerdings liegt zu vielen, namentlich bevölkerungsweiten Interventionen keine ausreichende Bewertung der ökonomischen Effizienz vor, teils mangels Studien, teils wegen der Schwierigkeit, (intangibile) Kosten und Erträge zu bewerten. Zudem werden die heute verwendeten Berechnungsmethoden vielfach nicht der Komplexität der multifaktoriellen Verursachung einer oder mehrerer miteinander verbundener Zielkrankheiten sowie der multiplen Wirkungen präventiver Anstrengungen gerecht.

266. Kosten-Nutzen-Analysen können und sollen aber auch lediglich eines von mehreren Entscheidungskriterien ergeben. Sozialpolitische Kriterien (z. B. die Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen) sowie im öffentlichen Diskurs über Gesundheitsziele

erarbeitete Prioritäten treten gleichberechtigt hinzu (vgl. Kapitel I-1). Die breite öffentliche Debatte, die in den vergangenen Jahren in Großbritannien zum Gesundheitsprogramm „Saving Lives: Our Healthier Nation“ geführt wurde, hat gezeigt, welche Vielzahl und Differenziertheit an konkreten Vorstellungen und Projekten ein solcher öffentlicher politischer Diskurs zu mobilisieren vermag.

267. Für den wissenschaftlichen Input in eine solche Zieldebatte zur Ermittlung von gesundheitspolitischen Prioritäten in der Prävention (und damit immer auch Posterioritäten) empfiehlt der Rat grundsätzlich die gleichen Kriterien wie für die Bestimmung einer bedarfsgerechten Versorgung: Danach sollte das zu prävenierende Gesundheitsproblem – bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder definierte Teilpopulation(en) –

- eine angemessene Häufigkeit aufweisen (Inzidenz/ Prävalenz),
- von medizinischer Relevanz sein (Krankheitsschwere),
- volkswirtschaftliche Relevanz aufweisen (direkte und indirekte Kosten).
- Die Prävention sollte wirksam sein und keine unverträglichen unerwünschten Wirkungen entfalten sowie fachgerecht erbracht werden können und
- eine akzeptable Wirksamkeits-Kosten-Relation aufweisen.

268. Diese Kriterien sind bereits heute auf eine ganze Reihe wohl etablierter Präventionsansätze, wie z. B. die Jodprophylaxe, anwendbar und dokumentieren deren gesundheitlichen Erfolg sowie den Bedarf an weiterem Ausbau. Der Rat verkennt andererseits nicht, dass die Erarbeitung realitätsgerechter Modelle und eindeutiger Ergebnisse für besonders wichtig erscheinende Präventionsprojekte noch häufig an der Komplexität der Ätiologie, der Interventionen und der Wirkungen scheitert. Dieses methodisch begründete Phänomen darf weder zur Resignation, noch zu einer gesundheitspolitischen Bevorzugung solcher Gesundheitsstörungen oder Präventionsstrategien führen, für die sich entsprechende Modelle leicht aufstellen und Ergebnisse gut rechnen lassen.

269. Es gibt heute in Deutschland eine Vielzahl von oft öffentlich wenig wahrgenommenen Institutionen, Verbänden und sonstigen Anbietern auf den unterschiedlichsten Ebenen, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Die Bandbreite der Institutionen reicht von Selbsthilfegruppen mit Aufgaben der zielgruppenbezogenen, krankheitsspezifischen Primärprävention (z. B. Aids-Hilfen) oder der Tertiärprävention (z. B. Asthmaschulungen), engagierten Arztpraxen, Apotheken, einzelnen klinischen Angeboten, Schulen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Überwachung), privaten Akteuren (z. B. Arbeitgeber mit der Pflicht zur Durchführung eines integrierten Arbeitsschutzes) bis hin zu Ministerien und

nachgeordneten Behörden (Seuchenprophylaxe, Lebensmittelhygiene, Aufklärungskampagnen). Generell ist derzeit in der öffentlichen Debatte ein Übergewicht von individuen- gegenüber kontextbezogenen Maßnahmen zu konstatieren. Hier könnte das vorhandene Präventionspotenzial ausgebaut werden durch eine sinnvolle Zuordnung von Präventionsmaßnahmen zu Einrichtungen (z. B. Rauchentwöhnungskurse für Patienten mit Risikokrankheiten direkt in der Klinik) und durch eine bessere Vernetzung, die an vielen Stellen fehlt. Die in Deutschland etablierten Themenfelder und Verfahren für Prävention weisen zahlreiche unbesetzte Felder, aber auch Überschneidungen auf. Ein Überblick über die Präventionsangebote einer Region ist oft nicht vorhanden, aber wünschenswert.

Der Rat empfiehlt, Prävention als Thema in die regionalen und überregionalen Gesundheitsberichte mit aufzunehmen. Der Rat plädiert ebenso für die Bildung themen- bzw. zielgruppenspezifischer sowie ggf. institutionen- und hierarchienübergreifender Koalitionen.

270. Die gewachsenen Ordnungsgesichtspunkte (z. B. Verhaltens- und Verhältnisprävention; individuen- und kontextbezogene Prävention; spezifische und unspezifische Prävention; medizinische und nicht medizinische Prävention; Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge) eignen sich aus Sicht des Rates sämtlich nicht für trennscharfe, in der Praxis unter Umständen hermetische Abgrenzungen.

271. Als fruchtbar erweist sich demgegenüber der Ordnungsgesichtspunkt der Zielgruppe. Zielgruppen können territorial (z. B. Einwohner einer administrativen Gemeinde bzw. einer Region), sozial (z. B. Menschen in ähnlicher sozialer Lage oder mit ähnlichem Lebensstil), nach Altersgruppen (z. B. Lebensphase Alter, vgl. Ziffern 32 bis 34), nach gemeinsamen Risikomerkmale, nach Risikostufe oder kontextbezogen („Setting“) definiert sein. Eine konsequente Zielgruppenorientierung der Prävention führt zu genauerer Beschäftigung mit den – objektiven wie subjektiven – Belastungen und Ressourcen, den durch diese mitbestimmten Bedingungen gesunden Lebens sowie zu klarerer Zugangs- und Interventionsplanung.

Kontextbezogene Maßnahmen werden auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert. „Settings“ können neben Betrieb, Schule und Elternhaus auch Freizeiteinrichtungen, z. B. Sportvereine, aber auch z. B. Stadtteile oder Gemeinden sein. Ein Charakteristikum des Setting-Ansatzes ist, dass in einem gegebenen sozialen Kontext gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen bzw. Akteure erreicht werden können (z. B. im Setting Schule: Schüler, Lehrer, Eltern, Personal) und darüber hinaus kontext- und individuumbezogene Maßnahmen sich wechselseitig unterstützend kombiniert werden können. Der Rat empfiehlt, sich in Zukunft noch stärker auf Interventionen nach dem Setting-Ansatz (vor allem Betrieb, Schule) zu orientieren.

272. Prävention ist eine politische Querschnittsaufgabe, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen der Gesundheitssicherung und erst recht über das gewachsene System der Krankenversicherung und -versorgung hinausweist. Wesentliche Ansatzebenen der Krankheitsverhütung liegen außerhalb dessen, was bis heute üblicherweise als Gesundheitspolitik verstanden wird: Ein erheblicher Teil der Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung ist auf soziale, wissens- und bildungsabhängige und auf Hygieneeffekte zurückzuführen, auf das Wohlstandsniveau, die Einkommensverteilung, die Verfügbarkeit von Arbeit sowie die Arbeitsbedingungen, Erholungsmöglichkeiten, Verkehr, physische und technische Umwelt. Mortalität und Morbidität sind also auch im gesellschaftlichen Sinne beeinflussbare Größen. Welche Teilrolle die gesetzliche Krankenversicherung in der Präventionspolitik dabei übernehmen kann und soll, ist kaum wissenschaftlich, sondern eher politisch zu bestimmen.

273. Mit der Neufassung des § 20 SGB V hat der Gesetzgeber im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 hier einen neuen Anlauf genommen, den der Rat ausdrücklich begrüßt. Den Krankenkassen wird aufgegeben, Leistungen zur primären Prävention in ihre Satzung aufzunehmen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen leisten sollen. Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können sie – in Arbeitsteilung mit den Arbeitgebern und den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung – durchführen. Ferner sollen sie zu diesen Aufgaben „gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen“ der primären Prävention beschließen, „insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik“ (§ 20 Abs. 1 SGB V). Für beide Bereiche sollen im Jahr 2000 bis zu DM 5 pro Versicherten ausgegeben werden. Dieser – aus Sicht des Rates zu niedrige – Betrag steigt in den Folgejahren analog zur Veränderung des Durchschnittsentgeltes der Gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr (§ 20 Abs. 3 SGB V). Schließlich werden die gesetzlichen Krankenkassen auch verpflichtet, Selbsthilfvereinigungen, deren Beitrag vor allem zur Tertiärprävention unter besonderer Akzentuierung der Betroffenenkompetenz und damit zur Gesundheitsförderung mittlerweile unstrittig ist, mit DM 1 pro Versicherten und Jahr zu fördern (§ 20 Abs. 3 SGB V).

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben im Juni 2000 „gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien“ verabschiedet. Der Rat begrüßt die darin zum Ausdruck kommende Bereitschaft der Krankenkassen, zusätzlich zum individuumbezogenen Ansatz Primärprävention kassenartenübergreifend im Rahmen von Setting-Ansätzen zu fördern und zu finanzieren, auch wenn dies zunächst nur in Modellprojekten vorgesehen ist. Dies gilt auch für die Dokumentations- und Evaluationspflicht sowie die Berufung eines externen Beratergremiums unter Einbeziehung des Rates und der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Sicherung von Qualität, Transparenz und angemessener Weiterentwicklung des Leitfadens. Der Rat vermisst jedoch bisher angemessene Vorstellungen über eine konkrete Umsetzung der im Gesetz geforderten „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“. Es wird zu den Aufgaben der beratenden Kommission gehören, Leitfaden und Verfahren entsprechend anzupassen.

274. Der Rat warnt ausdrücklich davor, die anliegenden großen Aufgaben der Forschung, Entwicklung und Umsetzung der Prävention in Deutschland mit der Delegation eines Teilbereichs an die gesetzlichen Krankenkassen, zudem in einem sehr engen Ressourcenrahmen, für politisch gelöst zu halten. Er plädiert nachdrücklich dafür, Felder, Formen und Akteure der Prävention zum Bestandteil des notwendigen gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozesses über Gesundheitsziele zu machen, um auf diese Weise auch eine breitere Öffentlichkeit mit der begrenzten Bedeutung der rein kurativen Medizin für die Gesundheit und den Potenzialen und Verantwortlichkeiten von Prävention vertraut zu machen.

275. Der Rat hat sich exemplarisch mit Herausforderungen der Prävention bei einem lebensphasenspezifischen Zugang (vgl. auch SG 1995), und zwar mit ausgewählten Problemen der Gesundheit von Kindern und älteren Menschen, befasst.

276. Für die Gesundheit von Kindern sieht der Rat wachsende Risiken u. a. in der zunehmenden Impfmüdigkeit (der Eltern und Erzieher), die bei wichtigen und durch Impfung verlässlich zu prävenierenden Infektionskrankheiten zu deutlichen Unterschreitungen der international als notwendig angesehenen Durchimpfungsraten führt. Nach wie vor haben Kinder aus sozial schwächeren Familien auch einen erheblich geringeren Impfschutz. Der Rat empfiehlt deshalb, neben den etablierten Wegen der Information und Aufklärung auch zusätzliche aktive Wege und Methoden der Motivation zum Impfen zu prüfen und anzuwenden.

277. Kindliche Hörstörungen, die zu ca. 85 % angeboren sind, können durch neuere technische Früherkennungsmethoden offenbar früher und sicherer erkannt werden als im etablierten Ansatz (Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V). Der Rat empfiehlt eine Überprüfung der neuen Screening-Methoden im Rahmen der Neonatal-Untersuchungen. Die Entscheidung über den Einsatz sollte letztlich davon abhängen, welcher zusätzliche Gesundheitsgewinn infolge eines solchen Screenings durch früher und gezielter einsetzende Behandlung und Unterstützung von Kindern und Eltern zu erzielen ist.

278. Die gesetzliche Verankerung „gruppenprophylaktischer Maßnahmen“ (§ 21 SGB V 1989) war ein Meilenstein für die Prävention in der Kinder- und Jugendzahnpflege in Deutschland. Damit wurde die Konsequenz aus der Erkenntnis gezogen, dass der Kariesrückgang in

anderen Industrienationen nur zu einem geringen Teil auf zahnärztliche Therapie zurückzuführen ist, sondern vor allem auf den Gebrauch der seit den Siebzigerjahren verfügbaren fluoridierten Zahnpasta sowie auf Wasser- bzw. Salzfluoridierung und auf gruppenprophylaktische Maßnahmen. Seit 1993 sind für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko spezifische Programme vorgesehen. Im Januar 2000 wurde die Gruppenprophylaxe auf „besondere Risikogruppen über das 12. Lebensjahr hinaus“ ausgedehnt (§ 21 SGB V).

Die von den gesetzlichen Krankenkassen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Zahnärzteschaft seit 1989 gegründeten Landesarbeitsgemeinschaften führen einen bunten Kanon unterschiedlicher Maßnahmen zu „Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene“ durch.

Trotz schleppender und unvollständiger Ein- und Durchführung der vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen (JG 1992, Ziffer 207) zeichnet sich zum Ende der Neunzigerjahre mit 1,7 kariösen, behandelten oder fehlenden Zähnen (DMFT: *decayed missing filled teeth*) bei zwölfjährigen Kindern ein deutlicher Kariesrückgang in der bleibenden Dentition jetzt auch in Deutschland ab.

Mit dem Rückgang der Kariesprävalenz wird die Konzentration der Karies auf eine relativ kleine Zielgruppe innerhalb der Altersstichproben sichtbar. Von der Verbesserung der Zahngesundheit scheinen auch die eher benachteiligten Schulkinder zu profitieren. Gleichwohl zeigt eine Erhebung von 1997 einen deutlichen sozialen Gradienten der Mundgesundheit bei 12-Jährigen. Dennoch scheint es nicht notwendig, die Gruppe der „Kariesrisikokinder“ einzeln zu identifizieren und einer speziellen, unter Umständen *blaming-the-victim*-Betreuung zuzuführen. Es ist sinnvoller, in allen Städten und Gemeinden ein Profil der Kariesprävalenz der verschiedenen Schulen zu erstellen und spezifische Maßnahmen (wie z. B. die zweimal jährliche Applikation von Fluoridlack, der eine 30-prozentige Hemmung der Kariesinzidenz bewirkt), auf die „bedürftigen“ Schulen zu konzentrieren.

Insgesamt scheint die Vorgehensweise zur Förderung der Mundgesundheit in den Neunzigerjahren in Deutschland durchaus erfolgreich zu sein. Es liegen jedoch keine ausreichenden Studien vor, welche Faktoren am Rückgang der Kariesprävalenz welchen Anteil haben: Gruppenprophylaxe, Individualprophylaxe, Fissurenversiegelung, fluoridiertes Haushaltssalz. Der Rat empfiehlt daher die Durchführung angemessener Evaluationsstudien.

Obwohl die Maßnahmen „einheitlich“ durchgeführt werden sollen, gibt es in den Bundesländern eine Ausgaben-spanne zwischen DM 3 und DM 11 für die Gruppenprophylaxe je Kind und Jahr. Der Rat empfiehlt, dass die Bundesländer bzw. die Landesarbeitsgemeinschaften die Gründe für diese Ungleichheit eruieren und gegebenenfalls auf eine gleichmäßige flächendeckende gruppenprophylaktische Versorgung hinwirken.

International wird gefordert, die Mundgesundheitsförderung in die allgemeine Gesundheitsförderung zu integrieren. Denn direkte Ursachen für orale Erkrankungen sind mangelnde Mundhygiene, Fehlernährung, Rauchen und Stress. Diese Faktoren zeichnen ebenfalls verantwortlich für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs. Deshalb soll Gesundheitsförderung alle Lebensbedingungen, die die chronischen Zivilisationskrankheiten fördern, verändern. Fortgeschrittene pädagogische Ansätze zur Gesundheitserziehung in der Schule zielen darauf ab, den Kindern Spaß an der Hygiene zu vermitteln. Zusätzlich zur Gesundheitserziehung müssen jedoch auch die „Umweltfaktoren“ mit kurz- und langfristigen Zielsetzungen angepasst werden: Förderung des fluoridierten Salzes, der fluoridierten Zahnpasta und auch kindgerechter Zahnbürsten, eine Förderung gesunder Nahrungsmittel sowie eine stärkere Beeinflussung von Werbung und Distribution der Tabak- und Süßwaren.

279. Die hohen präventiven Potenziale bei älteren Menschen werden traditionell erheblich unterschätzt. Der Rat hat darauf bereits in seinem Sondergutachten 1996 hingewiesen. Er sieht hier insbesondere Aufgaben der Kassen im Rahmen des § 20 SGB V, aber auch der ärztlichen Praxen und Kliniken (im Sinne einer *clinical preventive medicine*). Der Rat weist darauf hin, dass nahezu alle epidemiologisch wichtigen Erkrankungen im Alter: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Atemwegserkrankungen, Osteoporose und Stürze, Infektionskrankheiten, Inkontinenz sowie bestimmte psychische Erkrankungsformen auch im fortgeschrittenen Erwachsenenalter große präventive Potenziale aufweisen. Diese präventiven Potenziale ließen sich erfolgversprechend durch Veränderungen der Lebensweise, vor allem im Hinblick auf Bewegungsverhalten, Ernährung und das Lebensumfeld sowie durch eine moderne funktionale Durchdringung ärztlicher Versorgung mit Elementen der klinischen Präventionsmedizin ausschöpfen.

280. Um diese Potenziale zu realisieren, sollten sich Maßnahmen und Strategien nicht allein auf die Verhütung von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Alterungsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration berücksichtigen.

Gesellschaftliches und professionelles Leitbild sollte die Ermöglichung „erfolgreichen Alterns“ sein. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sollten unter Betonung des Aspekts der Gesundheitsförderung hemmende Bedingungen hierfür wo möglich beseitigen und fördernde Bedingungen stärken. Weil auch im Alter Gesundheitschancen sozial ungleich verteilt sind, erfordert die Ermittlung und Ausgestaltung von Zugangswegen und Interventionstypen speziell für vulnerable Zielgruppen besondere Aufmerksamkeit.

Bestehende Zugangswege über den Hausarzt und ihre Optimierung, standardisierte Selbsteinschätzung, Routine-

daten der Sozialversicherung sowie nutzergerechte Information sollten unter diesem Aspekt überprüft und ggf. vernetzt bzw. ergänzt werden.

281. Bei der Maßnahmenplanung ist zu berücksichtigen, dass für die heute vorherrschenden Formen der Information, Aufklärung und Verhaltensbeeinflussung der gesundheitliche Nutzen vor allem bei gesundheitlich weniger belasteten Menschen aus den sozialen Mittelschichten belegt ist.

Der Rat sieht Forschungs- und Entwicklungsbedarf im Hinblick auf Methoden und Formen, wie solche Veränderungen der Lebensweise unter Alltagsbedingungen bewerkstelligt werden können. Ausgehend von erfolgreichen Modellen müsste geprüft werden, welche von älteren Menschen genutzten Settings und welche Gesellschaftsformen älterer Menschen für die Initiierung und Beförderung solcher Entwicklungen genutzt werden können. Dabei sind insbesondere auch die nach Bildungsgrad, Berufsbiografie und sozialer Schicht unterschiedlichen Kommunikations- und Lebensstile zu berücksichtigen, ebenso A-priori-Häufigkeiten von Symptomen und Krankheiten, ihre Stadien und Komplikationen.

282. Nach Auffassung des Rates besteht auch für die etablierten Institutionen der Krankenversorgung erheblicher Handlungsbedarf im Hinblick auf mehr Prävention und Gesundheitsförderung. Im vorliegenden Gutachten hat sich der Rat unter diesem Gesichtspunkt beispielhaft mit der primärärztlichen Versorgung und mit dem Krankenhaus beschäftigt.

Obwohl die „klinische Prävention“ im Rahmen der hausärztlichen Versorgung einen relativ breiten Raum einnehmen sollte, fehlt bei den Primärärzten eine durchgängige präventive Denk- und Handlungsorientierung, die besonders die in der Hausarztpraxis gegebenen Chancen der langzeitigen Betreuungsperspektive nutzt.

283. Die Qualität der ärztlichen Primärversorgung wird jedoch in Zukunft in hohem Maße an ihren Leistungen in der Prävention gemessen werden müssen. Hierzu sind z. T. weitere Forschungs- und Entwicklungsarbeiten erforderlich, die z. B. auf wirksame präventive Beratungs- bzw. Gesprächsformen des Hausarztes gerichtet sind, beim jeweiligen Patienten ansetzen, partizipative Elemente enthalten und die aus unterschiedlichen Lebenslagen und Bildungsvoraussetzungen sowie aus geschlechtsspezifischen Eigenheiten resultierende Unterschiede von Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten berücksichtigen.

Ebenso sollte in der hausärztlichen Gesundheitsberatung die Ausgabe von didaktisch geeigneten und evidenzbasierten schriftlichen Informationsmaterialien im Rahmen von hausärztlichen Konsultationen gefördert werden (siehe auch Kapitel II-3). Präventive Aspekte sollten auch in der hausärztlichen Dokumentation angemessen berücksichtigt werden, um die Effektivität präventiver Maßnahmen vor allem im langzeitigen Verlauf zu bewerten.

Zur Systematisierung präventiver Leistungen trägt das geriatrische Assessment bei. Ein hausärztliches, assessmentgestütztes Vorsorgeprogramm für ältere Patienten, das an den Versorgungsbesonderheiten der Primärmedizin ansetzt, stellt einen potenziell wichtigen Schritt zur Qualitätssteigerung von Prävention in der Hausarztpraxis dar. Vorliegende Vorarbeiten sollten zur Einführung als potenzielle Regelleistung überprüft, angepasst und ggf. implementiert werden.

Auch Einbestellungsmodelle sowie aufsuchende Betreuung, vor allem durch Hausbesuche, sollten bei eindeutig wirksamen Präventionsmaßnahmen für umschriebene Zielgruppen erwogen werden.

284. Zur Implementierung von präventiven Maßnahmen in der Praxis sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die genügend Anreize für präventives Arbeiten darstellen. Der Rat begrüßt in diesem Zusammenhang, dass die Maßnahmen der gesetzlichen Vorsorge und Früherkennung außerhalb der ambulanten Budgets vergütet werden. Zukünftig gilt es, auch (standardisierte) präventive Gesprächsleistungen und besonders qualifizierte präventive Interventionen angemessen zu vergüten. Dieses Anliegen sollte bei der Neugestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Hausärzte wie Fachärzte Berücksichtigung finden.

285. Neue Wege sind ferner darin zu beschreiten, die Ärzte in Aus-, Weiter-, Fortbildung und Praxis mit Grundlagen, Ansätzen und Verfahren einer patientenzentrierten und evidenzbasierten, problem- und zielgruppengenaue Präventionsmedizin (*clinical preventive medicine*) vertraut zu machen, qualitätsgesicherte präventive Ansätze zu verwirklichen und die Krankenkassen, Fakultäten und ärztlichen Körperschaften für eine zeitgemäße, praktische und wissenschaftliche Fortentwicklung präventiver Methoden und Praxis zu gewinnen (vgl. Abschnitt II-1.1).

286. Initiiert durch ein internationales Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich auch in Deutschland ein Netzwerk von „gesundheitsfördernden Krankenhäusern“ gebildet. Grundannahme dieser Aktivitäten ist die enge Wechselbeziehung zwischen qualitätsorientierter Organisationsentwicklung einerseits und Gesundheitsförderung andererseits. Teilweise wird Gesundheitsförderung dabei als Universal-Konzept zur Qualitätsverbesserung auf allen Ebenen (medizinisch, pflegerisch, organisatorisch, administrativ, ökonomisch) verstanden, teilweise wird Gesundheitsförderung vor allem als Ergänzung bzw. Erweiterung der Krankenversorgung durch eine stärkere Berücksichtigung psychosozialer Dimensionen und die Bereitstellung zusätzlicher Leistungsangebote interpretiert. Die Programme stützen sich auf Forschungsbefunde zu den Bedingungen der subjektiven Krankheitsbewältigung (*coping*), zur Bedeutung sozialer Unterstützung, zu den Bedingungen optimaler Kommunikation und Interaktion zwischen Patienten und Ärzten bzw. Pflegekräften sowie auf Erfahrungen mit Konzepten der „lernenden Organisation“ im Rahmen der Organisationsentwicklung. Eine stringente, vergleich-

chende Evaluation der erzielten Ergebnisse steht allerdings noch aus.

Da berufliche Arbeit im Krankenhaus mit hohen Gesundheitsrisiken für die Beschäftigten verbunden ist, hält der Rat die angemessene, evaluationsgestützte Weiterentwicklung dieser Modelle der Gesundheitsförderung im Krankenhaus, in Anlehnung an Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung, für notwendig. Da die Interaktion mit den Patienten und deren Lage einen zentralen Aspekt dieser Projekte ausmachen, sollen Gesundheitsgewinne sowohl bei den Beschäftigten wie bei den Patienten erzielt werden. Dies, ebenso wie Fragen der Verbesserung der Mitarbeiter-Motivation, der Zufriedenheit, sinkender Fluktuation eine aktivere Mitarbeit und Konkordanz der Patienten auf Basis verbesserter Kompetenzen, sollten Zielgrößen der Evaluation sein.

Der Rat hält unter diesen Voraussetzungen den Einstieg in eine systematische Gesundheitsförderung im Krankenhaus grundsätzlich für einen wichtigen Ansatz sowohl für die Patienten als auch für die im Krankenhaus Beschäftigten.

287. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung beginnen bei der Festlegung von Zielen, der Zielgruppen, Zugangswege sowie Interventions- und Evaluationsverfahren. Eine wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung der Qualität ist die genaue, theoretisch fundierte Festlegung des Zieles, welches der Maßnahme, der Auswahl der Zielgruppen, ihrer Zugangswege und der einzubeziehenden Kooperationspartner zugrunde liegt. Dieser Phase der konzeptionellen, initialen Planungs- oder Assessmentqualität sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da sie die Umsetzungsqualität der Maßnahme in die Praxis, ihre Durchführung und damit auch die Qualität der Ergebnisse entscheidend bestimmt.

288. Oberstes Ziel in Gesundheitsförderung und Prävention ist die langfristige Verbesserung der Gesundheit der Zielpopulation. Die angestrebten gesundheitlichen Erträge können in den heute meist kurzzeitig angelegten Messperioden von zwei bis maximal fünf Jahren allerdings oft nicht erhoben werden. Es müssen deshalb „intermediäre“ Outcome-Parameter identifiziert und eingesetzt werden, die möglichst zuverlässig eine Abschätzung der weiteren gesundheitlichen Entwicklung der Teilnehmer erlauben. Dabei sind weitere, intervenierende Faktoren zu beachten.

289. Die Maßnahmen sollten möglichst eng an spezifischen Zielgruppen ausgerichtet sein. Die Kenntnis von Erwartungen, Bedürfnissen, Gewohnheiten und Kontext der Zielgruppe ist für die Ansprache und Motivation der Zielpersonen sowie für die didaktische und organisatorische Ausgestaltung der Maßnahme und langfristige Stabilisierung von Effekten notwendig.

Für die Zielgruppen müssen geeignete Settings bzw. Interventionsorte für die Interventionen festgelegt sowie adäquate Identifikationsstrategien und Zugangswege gewählt werden.

290. Die allein über ein Setting definierten Zielgruppen sind oft noch zu unspezifisch für eine zielgerichtete Intervention, sodass weitere Instrumente für eine nachfolgende Präzisierung und Identifikation der definierten Zielgruppe erforderlich sind. Hierzu sind (evaluierte) Selbsteinschätzungsfragebogen, telefonische Befragung, Assessment (z. B. durch Gesundheitsberater, Ärzte oder Pflegekräfte) und versorgungsbezogene Routinedaten der Krankenkassen geeignet.

291. Die Vielzahl möglicher Interventionen der Prävention und der Gesundheitsförderung sowie die Begrenzung der zur Verfügung stehenden Mittel machen eine Priorisierung bei der Auswahl von Maßnahmen in der Regel notwendig (siehe Ziffer 267).

292. Durchgearbeitete und evidenzbasierte Empfehlungen (auf der Basis von Studien im Sinne von *Evidence based Medicine*) liegen derzeit in der Prävention und Gesundheitsförderung lediglich für die „klinische Prävention“ vor. Der Rat weist darauf hin, dass eine Anwendung der Kriterien von Evidence based Medicine auf die Primärprävention und Gesundheitsförderung zu einer Bevorzugung besser untersuchter, in der Regel weniger komplexer Interventionen führen kann. Allerdings bedeutet die Auswertung vorhandener Studien nach der besten verfügbaren Evidenz nicht, dass ein Verfahren, zu dem erst wenige und/oder methodisch nicht einwandfreie Studien vorliegen, nicht weiter berücksichtigt wird, sondern dass man sich der bestehenden Schwächen und Wissenslücken bewusst wird. Umso wichtiger wird bei Unsicherheit eine mehrmalige ergebnisorientierte Evaluation in diesem Sinne „innovativer“ Maßnahmen und Programme sowie ein nachdrücklich ergebnisorientiertes ständiges Qualitätsmanagement sein.

Gerade weil für einige wichtige konzeptionelle Teile heutiger Ansätze der Gesundheitsförderung bislang nur beschränkte Ergebnisse einer empirischen Überprüfung vorliegen (wie z. B. für den Ansatz der Salutogenese), werden heute auch für diese Angebote wirkungsorientierte und überprüfbare Ziele gefordert.

293. Bei der Auswahl geeigneter Ergebnisparameter hat die Verbesserung der Gesundheit der ausgewählten Bevölkerungsgruppe den wichtigsten Rang unter den möglichen Nutzendimensionen. Nachgeordnete, wenngleich durchaus wichtige und oft sogar unerlässliche Dimensionen sind: Kompetenzentwicklung, die „Strukturbildung“, die Beeinflussung des sozialen und physischen Umfeldes, Kosten und Marketingeffekte.

294. Auf die Zielgruppen abgestimmte Ziele, Zugangswege und Interventionstypen, Verantwortlichkeiten, Rollen und Zeitplanung sollten mit Repräsentanten der Zielgruppen festgelegt werden. Der gesamte Prozess sollte, zumindest in seinen zentralen Parametern, nachvollziehbar dokumentiert werden, um Vergleiche, Transparenz und Adjustierung der Zielgruppen zu ermöglichen. Bei Zugangswegen und Interventionstypen wäre die

Verknüpfung mit übergeordneten, z. B. nationalen Zielsystemen (vgl. Kapitel I-1) sinnvoll.

295. Insgesamt sieht der Rat Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung in den nächsten Jahren vor der schwierigen Herausforde-

rung der Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Verfahren, die einerseits die Qualität von Interventionen immer besser in Richtung auf das Ziel der Evidenzbasierung abbilden und beeinflussen, ohne andererseits zur Fessel der notwendigen kreativen Weiterentwicklung von populations- und setting-bezogenen Interventionen zu werden.

2.6 Literatur zu Kapitel 2

- Abbasi, K. (1997): Neonatal screening recommended for hearing impairment. *British Medical Journal*, Vol. 315, S. 1327–1332.
- Agewall, S., Wikstrand, J., Samuelsson, O., Persson, B., Andersson, O.K. and Fagerberg, B. (1994): The efficacy of multiple risk factor intervention in treated hypertensive men during long-term follow-up. *Risk Factor Intervention Study Group, J Intern Med*, S. 651–659.
- AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) (1993): *Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis and Treatment (Volume 1)*, Clinical Practice Guideline No. 5, Rockville/MD.
- AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) (1996): *Smoking Cessation*. Clinical Guideline No. 18, Rockville/MD.
- AHCPR (Agency for Health care Policy and research) (1998): *Putting prevention into practice*. www.ahrq.gov/ppip.
- Alexander, C.N., Schneider, R.H., Staggers, F., Sheppard, W., Clayborne, B.M., Rainforth, M., Salerno, J., Kondwani, K., Smith, S., Walton, K.G. and Egan, B. (1996): Trial of Stress Reduction for Hypertension in Older African Americans. II. Sex and Risk Subgroup Analysis. *Hypertension*, Vol. 28 (2), S. 228–237.
- Altgeld, T., Bunzendahl, I., Keine, H. und Prümel-Philippsen, U. (2000): *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. Leitfaden zur Umsetzung. Basiskonzept der Landesvereinigungen für Gesundheit e.V. Bonn, 2. aktualisierte Neuauflage*.
- Altgeld, T., Bunzendahl, I., Prümel-Philippsen, U. und Schumacher, M. (1997). *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen – Leitlinien und Leitfragen*. Bundesvereinigung für Gesundheit. Bonn.
- American College of Sports Medicine (ASCM) (1998): *Exercise and Physical Activity for Older Adults*. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Vol. 30 (6).
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, San Francisco.
- AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (Hrsg.) (1999): *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n. F.)*. Workshop der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen am 24. Juni 1999 in Köln. Tagungsdokumentation. Bergisch-Gladbach.
- Appel, L.J., Moore, T.J., Obarzanek, E., Vollmer, W.M., Svetkey, L.P., Sacks, F.M., Bray, G.A., Vogt, T.M., Cutler, J.A., Windhauser, M.M., Lin, P.-H. and Karanja, N. for the DASH Collaborative Research Group (1997): A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure. *N Engl J Med*, Vol. 336, S. 1117–1124.
- Applegate, W.B., Miller, S.T.; Elam, J.T.; Cushman, W.C.; el Derwi, D.; Brewer, A. and Graney, M.J. (1992): Non-pharmacologic intervention to reduce blood pressure in older patients with mild hypertension. *Arch Intern Med*, Vol. 152, S. 1162–1166.
- Arnlijot, A.A., Barmes, D.E., Cohell, L.K., Hunter, P.B.V. and Ship I.I. (1985): *Oral health care systems. An international collaborative study*. London.
- Austoker, J. (1995): *Cancer prevention in primary care*. London.
- ÄZQ (Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung) (2000): *Links zu internationalen Leitlinien*, www.leitlinien.de.
- Badura, B. (1987): *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie*, Berlin.
- Badura, B., Ritter, W. und Scherf, M. (1999): *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin.
- Bahrs, O. (2000): *Qualitätszirkel*, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention*, Köln (im Druck).
- Bailey, W.C., Clark, N.M. Gotsch, A.R. Lemen, R.J., O'Connor, G.T. and Rosenstock, I.M. (1992): *Asthma Prevention*. *Chest*, Vol. 102 (Supplement 3): S. 216S–231.
- Baker, S., Priest, P. and Jackson, R. (2000): Using thresholds based on risk of cardiovascular disease to target treatment for hypertension: modelling events averted and number treated, *BMJ*, Vol. 320, S. 680–685.
- Baltes, M. (1996): *Successful ageing*, in: Ebrahim S. and Kalache, A. (Eds.), *Epidemiology in Old Age*, London, S.162–168.
- Baltes, P.B. (1996): *Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor*, in: Baltes, M. und Montada, L. (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter*, Frankfurt/Main, S. 29–68.
- Baltes, P.B. und Baltes M. (1993): *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences (European Network on Longitudinal Studies on Individual Development, Vol. 4)*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Barie, L. und Conrad, G. (1999): *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung*, Gamburg.
- Bengel, J., Strittmatter, R. und Willmann, H. (1998): *Was erhält Menschen gesund?*, Bundeszentrale für gesund-

heitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6, Köln.

Berkman, L.F., Seeman, T.E., Albert, M., Blazer, D., Kahn, R., Mohs, R., Finch, C., Schneider, E., Cotman, C., Mc Clearn, G. et al (1993): High, usual and impaired functioning community-dwelling older men and women: findings from the Mac Arthur Foundation Research Network on Successful Aging. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 46(10), S. 1129–1140.

Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G. et al. (1998): Randomised trial of impact model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*, Vol. 316, 1348–1351.

Bijnen, F.C.H., Feskens, E.J.M., Caspersen, C. J., Giampaoli, S., Nissinen, A.M., Menotti, A., Mosterd, W.L. and Kromhout, D. (1996): Physical Activity and Cardiovascular Risk Factors among Elderly Men in Finland, Italy, and The Netherlands. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 143, S. 553–561.

Bitzer, E.M., Dörning, H. und Schwartz, F.W. unter Mitarbeit von Müller, H. (1998): Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Hannover.

Bitzer, E.M., Dörning, H. und Schwartz, F.W. (2000): Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leisten- und Hüftgelenksoperationen, St. Augustin.

BKK Bundesverband, Europäisches Informationszentrum (Hrsg.) (1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung, Essen.

Bode, C.P., Kries, R., Kühn, A., Ganzer, U., Lamprecht, A. und Schmidt, E. (1994): Ist ein populationsbezogenes Hörscreening bei der Früherkennungsuntersuchung U5 durch den Kinderarzt realistisch? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Bd. 142, S. 897–900.

Borchelt, M., Gilberg, R., Horgas, A.L. und Geiselmann, B. (1996): Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter, in: Mayer, K.U. und Baltes, P.B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*, Berlin, S. 449–474.

Bös, K., Brehm, W., Opper, E. und Saam, J. (1998): Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement, Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbundes. Frankfurt/M.

Brendebach, C. und Piontkowski, U. (1997): Alte Patientinnen in der Hausarztpraxis: Ein Beitrag zur gerontologischen Einstellungsforschung. *Z Gerontol Geriatr*, Bd. 30, S. 368–374.

Brieskorn-Zinke, M. (1995): Die Integration der Gesundheitsförderung ins Pflegeleitbild. *Pflegezeitschrift*, Bd. 5, S. 359–362.

Bröckamp-Stone, U., Kickbusch, I. und Walter, U. (1998): Gesundheitsförderung, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München et al., S.141–150.

Brown, L. (1994): Research in dental health education and health promotion: a review of the literature. *Health Education Quarterly*, Vol. 21, S. 83–102.

Bullinger, M. (1996): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36. *Health Survey. Rehabilitation*, Bd. 35, XVII-XXX.

Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (2000): Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, Bd. 6, S. 415.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1993): Qualitätsraster Adipositas, Eine Anleitung zur Beurteilung von Maßnahmen gegen Übergewicht. Köln.

Burt, B.A. and Eklund, A.S. (1997): Community based strategies for preventing dental caries. In: Pine, C.M. (ed.), *Community Oral Health*, Oxford, S. 112–125.

Caldwell, J.R. (1996): Epidemiologic and Economic Considerations of Osteoporosis. *J Florida M A Oct 96*, Vol. 83 (8), S. 548–551.

Campbell, A.J., Borrie, M.J., Spears, G.F.S., Jackson, S.L., Brown, J.S. and Fitzgerald, J.L. (1990): Circumstances and Consequences of Falls experienced by a Community Population 70 Years and over during a Prospective Study. *Age Ageing*, Vol. 19, S. 136–141.

Campbell, J. (1996): Falls, in: Ebrahim, S. and Kalache, A. (Eds.), *Epidemiology in Old Age*, London, S. 361–368.

Campbell, N.C., Thain, J., Deans, H.G., Ritchie, L.D. and Rawles, J.M. (1998): Secondary prevention in coronary heart disease: baseline survey of provision in general practice. *BMJ*, Vol. 316, S. 1430–1434.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1999): *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, Ottawa.

Cantillon, P. and Jones, R. (1999): Does continuing medical education in general practice make a difference?, *BMJ*, Vol. 318, S. 1276–1279.

Castelli, W.P., Wilson, P.W., Levy, D. and Anderson, K. (1989): Cardiovascular Risk Factors in the Elderly. *Am J Cardiol*, Vol. 63, S. 12H–19H.

Chapuy, M.C., Arlot, M.E., Delmas, P.D. and Meunier, P.J. (1994): Effect of Calcium and Cholecalciferol Treatment for Three Years on Hip Fractures in Elderly Women. *BMJ*, Vol. 308, S. 1081–1082.

Choi, K.-H. and Coates, T. J. (1994): Prevention of HIV Infection. *AIDS*, Vol. 8, S. 1371–1389.

- Christiansen, G. (1999): Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Eine Expertise im Auftrag der Europäischen Kommission, GD Gesundheit und Verbraucherschutz. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Köln.
- Cooper, B. und Bickel, H. (1989): Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in der Altenbevölkerung. Ergebnisse einer populationsbezogenen Längsschnittstudie in Mannheim. *Nervenarzt*, Bd. 60, S. 472–482.
- Cooper, B., Bickel, H. und Schäufele, M. (1992): Demenzerkrankungen und leichte kognitive Beeinträchtigungen bei älteren Patienten in der Allgemeinpraxis. *Nervenarzt*, Bd. 63, S. 551–560.
- Cooper, C. (1997): The Crippling Consequences of Fractures and Their Impact on Quality of Life. *Am J Med*, Vol. 103 (2A), S. 12S–19S.
- Coppola, W.G., Whincup, P.H., Papacosta, O., Walker, M. and Ebrahim, S. (1995): Scoring system to identify men at high risk of stroke: a strategy for general practice. *Br J Gen Pract*, Vol. 45, S. 185–189.
- CRD Report 10 (1997): Obesity Prevention and Treatment. York.
- Cummings, S.R., Browner, W.S. and Ettinger, B. (1990): Should Prescription of Postmenopausal Hormone Therapy be based on the Results of Bone Densitometry? *Ann Intern Med*, Vol. 113, S. 565–567.
- Cummings, S.R., Nevitt, M.C., Browner, W.S., Stone, K., Fox, K.M., Ensrud, K.E., Cauley, J., Black, D. and Vogt, T.M. (1995): Risk Factors for Hip Fracture in White Women. *N Engl J Med*, Vol. 332 (12), S. 767–773.
- Dahlöf, B., Lindholm, L.H., Hansson, L., Schersten, B., Ekbom, T. and Wester, P.O. (1991): Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet*, Vol. 338, S. 1281–1285.
- DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V.) (2000): Jahresauswertung 1998/99, Bonn.
- Davis, A. and Wood, S. (1992): The epidemiology of childhood hearing impairment, factors relevant to planning of services. *Br J Audiol*, Vol. 26, S. 77–90.
- Davis, A., Bamford, J., Wilson, I., Ramkalawan, T., Forshaw, M. and Wright, S. (1997): A critical review of the role of neonatal hearing screening in the detection of congenital hearing impairment. *Health Technology Assessment*, Vol. 1, Nr. 10.
- Davis, A.C. (1995): Current thoughts on hearing screening, in: Spencer N. (Ed), *Recent advances in community paediatrics*, Edinburgh.
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2000): *Geriatrisches Assessment (Entwurf einer Leitlinie)*. Düsseldorf, Hannover.
- Der Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.) (1995): *Daten des Gesundheitswesens. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 51*. Baden-Baden.
- Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1999): *DSB-Expertise, Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein, Analysen zum Qualitätsmanagement – Kurzfassung*. Frankfurt am Main.
- Dickerson, J.E. and Brown, M.J. (1995): Influence of Age on General Practitioners' Definition and Treatment of Hypertension. *BMJ*, Vol. 310, S. 574.
- Dierks, M.L., Schwartz, F.W. und Walter, U. (2000): Konsumentenrolle und Konsumenteninformation aus Sicht der Public-Health-Forschung. *Psychomed*, Bd. 12, S. 77–82.
- Dishman, R.K. (1994): Motivating Older Adults to Exercise. *South Med J*, Vol. 87, S. S79–S82.
- Domanski, M.J., Davis, B.R., Pfeffer, M.A., Kastantin, M. and Mitchell, G.F. (1999): Isolated Systolic Hypertension: Prognostic Information provided by Pulse Pressure. *Hypertension*, Vol. 34(3), S. 375–380.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, S. 166–203.
- Donat K. (1996): Prevention of Cardiovascular Diseases in the Elderly – What is still Useful? *Z Gerontol Geriatr*, Vol. 29(4), S. 280–294.
- Donner-Banzhoff, N., Kreienbrock, L. et al. (1998): Family practitioners' remuneration and patterns of care – does social class matter? *Soz Präventivmed*, Vol. 43, S. 73–79.
- Dörning, H., Bitzer, E.M. und Schwartz, F.W. (1996): Patientenzufriedenheit als Health Care Outcome – das Beispiel der operativen Korrektur der Nasenscheidewand. *Gesundheitswesen*, Bd. 58, S. 510–518.
- Downs, M.P. (1985): Effects of mild hearing loss on auditory processing. *Otolaryngol Clin of North Am*, Vol. 18 (2), S. 337–344.
- Duncan, J.J., Gordon, N.F. and Scott, C.B. (1991): Women Walking for Health and Fitness. How Much is Enough? *JAMA*, Vol. 226, S. 3295–3299.
- Ebrahim, S. (1996): Principles of epidemiology in old age, in: Ebrahim, S. and Kalache, A. (Eds.), *Epidemiology in Old Age*. London, S. 12–21
- Edelman, N.H., Kaplan, R.M. Buist, A.S., Cohen, A.B. Hoffman, L.A., Kleinhenz, M.E., Snider, G.L. and Speizer, F.E. (1992): Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Chest*, Vol. 102 (Supplement 3), S. 243S–256S.
- Emery, C.F., Huppert, F.A. and Schein, R.L. (1995): Relationships Among Age, Exercise, Health, and Cognitive Function in a British Sample. *Gerontologist*, Vol. 35 (3), S. 378–385.

- Ernst, C. (1997): Epidemiologie depressiver Störungen im Alter, in: Radebold, H., Hirsch, R.D., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B. und Wächtler, C. (Hrsg.), *Depression im Alter*. Darmstadt, S. 2–11.
- European Network for Workplace Health Promotion (1997): Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, November 1997.
- European Network on Imported Infectious Disease Surveillance (2000): Workshop TropNet Europ 30th June – 1st July, München.
- Evans, J.G. (1996): Proximal femoral fracture, in: Ebrahim S, Kalache A. (eds.), *Epidemiology in Old Age*, London, BMJ Publishing Group, S. 300–309.
- Falck, I. (1983): Infektionskrankheiten, in: Platt, D. (Hrsg.), *Handbuch der Gerontologie*. Bd 1 Innere Medizin, Stuttgart et al., S. 423–448.
- Ferber, L. von und Ihle, P. (1994): Krankheitsbezogene Auswertungen – Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial. Nutzerprävalenz, Verordnungsmuster,ungsverläufe, Abhängigkeit, in: Ferber, L. von (Hrsg.), *Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung*, Köln et al.
- Ferber, L. von, Koster, I. und Hauner, H. (1996): Die direkten Kosten der ambulanten Behandlung des Diabetes mellitus. Vergleich der beobachteten Kosten mit den Aufwendungen bei Einhaltung des Behandlungsstandards. *Med. Klein.*, Bd. 91, S. 802–808.
- Feskanich, D., Willett, W.C., Stampfer, M.J. and Colditz, G.A. (1996): Protein Consumption and Bone Fractures in Women. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 143, S. 472–479.
- Fiatorone, M.A., O'Neill, E.F., Ryan, N.D., Clements, K.M., Solares, G.R., Nelson, M.E., Roberts, S.B., Kehayias, J.J., Lipsitz, L.A. and Evans, W.J. (1994): Exercise Training and Nutritional Supplementation for Physical Frailty in very Elderly People. *N Engl J Med*, Vol. 330 (25), S. 1769–1775.
- Field, M.J. (1995): *Setting Priorities for Clinical Practice Guidelines*, Washington.
- Fischer, G.C. (1996): Schutz vor medizinischer Überversorgung, *ZFA*, Bd. 72, S.1012–1015.
- Fischer G.C., Sandholzer, H. et al. (1997): Ambulantes geriatrisches/gerontologisches Screening in der Primärversorgung. Norddeutscher Forschungsverbund Public Health Hannover.
- Fischer, G.C. et al. (2000): Die Qualität der hausärztlichen Arzneimittelverordnungen für ältere Patienten. Unveröffentlichte Ergebnisse eines aktuellen Forschungsprojektes, Medizinische Hochschule Hannover.
- Fortnum, H., Davis, A., Butler A. and Stevens, A. (1997): Health service implications of changes in aetiology and referral patterns of hearing impaired children in Trent 1985–1993, Report to Trent Health, Nottingham/Sheffield.
- Freemantle, N., Gill, P., Godfrey, C. et al (1993): Brief Interventions and Alcohol Use. *Effective Health Care Bulletin* Vol. 2, No. 7.
- Freund, A.M. and Baltes, P.B. (1998): Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Correlations with Subjective Indicators of Successful Aging. *Psychology and Aging*, Vol. 13 (4), S. 531–543.
- Fries, J.F. (1983): The Compression of Morbidity. *Milbank Quarterly*, Vol. 61, S. 397–419.
- Fries, J.F. (1996): Prevention of Osteoporotic Fractures: Possibilities, the Role of Exercise, and Limitations. *Scand J Rheumatol*, Vol. 25 (Suppl 103), S. 6–10.
- Fries, J.F. (1997): Editorial: Can Preventive Gerontology Be on the Way? *American Journal of Public Health*, Vol. 87 (10), S. 1592–1593.
- Fuchs, R. und Schwarzer, R. (1994): Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, Bd. 15, S. 141–154.
- Garfein, A.J. and Herzog, A.R. (1995): Robust Aging Among the Young-Old, Old-Old, and Oldest-Old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Vol. 50B, 2, S. S77–S87.
- Glaser-Möller, N., Jürgens, R. und Thiele, W. (1992): Gesundheit und soziale Lage in Hamburg. Neue Ansätze zur Aufarbeitung eines weiterhin aktuellen Themas, in: Süß, W. und Trojan, A. (Hrsg.), *Armut in Hamburg. Soziale und gesundheitliche Risiken*. Hamburg, S. 156–173.
- Glasgow, R.E., Toobert, D.J. and Hampson, S.E. (1991): Effects of a brief office-based intervention to facilitate diabetes dietary self-management. *Diabetes Care*, Vol. 19, S. 835–842.
- Glass, T.A., Seeman, T.E., Herzog, A.R., Kahn, R. and Berkman, L.F. (1995): Change in productive activity in late adulthood: MacArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology B Psychol Sci Sci Mar*; Vol. 50(2), S. 65–76.
- Gold, M., Russel, L., Siegel, J. u. Weinstein (1996) (Eds.): *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York et al.
- Gordon, E.; Shaw, M. et al. (2000): *Inequalities in health: The evidence*. London.
- Gorsky, R.D. and Teutsch, S.M. (1995): Assessing the Effectiveness of Disease and Injury Prevention Programs: Costs and Consequences. *MMWR*, Vol. 44, S. 1–10.
- Gortner, L. (2000): Frühkindliche Hörstörungen: Epidemiologische Gesichtspunkte zu Prävalenz und Ätiologie, Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde Bd. 21, S. 407–409.

- Grabauskas, V.J. (1987): Integrated programme for community health in non-communicable diseases (interhealth): In: Liparski, E. (ed.), *The prevention of non-communicable diseases: experiences and prospects*, Kopenhagen, S. 285–310.
- Gravel, J.S., Wallace, I.F. and Ruben, R.J. (1996): Auditory consequences of early mild hearing loss associated with otitis media. *Acta Otolaryngol* (Stockh), Vol. 116, S. 219–221.
- Greiner, W. (1998): Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen, in: Schöffski, O., Glaser, P. u. Graf von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen. Grundlagen und Standortbestimmung*. Berlin, S. 55–67.
- Griffin, S. and Kinmouth, A.L. (2000): Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes, in: *Cochrane Library, Issue 1*, Oxford: Update Software.
- Grobe, T. (1994): Adipositas- und übergewichtsassoziierte Hypertonie-Prävalenz in der Bundesrepublik Deutschland (alte Bundesländer). Magisterarbeit Medizinische Hochschule Hannover.
- Gross, M., Finckh-Krämer, U. und Spormann-Lagodzinkis, M.-E. (1999): Deutsches Zentralregister für kindliche Hörstörungen. *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 95, S. B-32-B-37.
- Grossmann, R. u. Scala, K. (2000): Welche Qualität braucht Gesundheitsförderung zur Entwicklung von Settings?, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention*, Köln (im Druck).
- Gsell, O. (1986): Infektionskrankheiten in der Geriatrie, in: Martin E, Junod J-P (Hrsg), *Lehrbuch der Geriatrie*. 2. Aufl., Bern et al.
- Günther, U. (1997): Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung, Überlegungen anhand einer Evaluationsstudie, Frankfurt.
- Guralnik, J.M. and Kaplan, G.A. (1989): Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, Vol. 79(6), S. 703–708.
- Häfner, H. (1991): Epidemiologische Untersuchungen zu Angst und Depression, in: Häfner, H. (Hrsg.), *Psychiatrie: Ein Lesebuch für Fortgeschrittene*, Stuttgart, S. 45–62.
- Hakim, A.A., Petrovich, H., Burchfield, C.M., Ross, G.W., Rodriguez, B.L., White, L.R., Yano, K., Curb, J.D. and Abbott, R.D. (1998): Effects of walking on mortality among nonsmoking retired men. *N Engl. J Med*, Vol. 338(2), S. 94–99.
- Hardman, A.E and Hudson, A. (1994): Brisk walking and serum lipid and lipoprotein variables in previously sedentary women: effect of 12 weeks of regular brisk walking followed by 12 weeks of detraining. *British Journal of Sports Medicine*, Vol. 28(4), S. 261–266.
- Hart, D. u. Francke, R. (2000): Rechtliche Aspekte des Qualitätsmanagements, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention*, Köln (im Druck).
- Hart, J. (1971). The inverse care law. *Lancet*; i: 405–412
- Haviko, T., Maasalu, K. and Seeder, J. (1996): The Incidence of Osteoporotic Fractures at the University Hospital of Tartu, Estonia. *Scand J Rheumatol*, Vol. 25 (Suppl 103), S. 13–15.
- Hawe, P., King, L., Noort, M., Gifford, S.M. and Llyod, B. (1998): Working Invisibly: Health Workers talk about Capacity-Building in Health Promotion. *Health Promotion International*, Vol. 13(4), S. 285–295.
- Hawe, P., Noort, M., King, L. and Jordaens, C. (1997): Multiplying Health Gains: the Critical Role of Capacity-Building within Health Promotion Programs. *Health Policy*, Vol. 39, S. 29–42.
- Haynes, R., McKibbin, K. et al. (1998). Interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. In: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Updated Software (updated quarterly).
- Heaney, R.P. (1991): Effect of Calcium on Skeletal Development, Bone Loss and Risk of Fractures. *American Journal of Medicine*, Vol. 91 (Suppl. 5B), S. 23–28.
- Heeg, S. (1994): Betreutes Wohnen. Möglichkeiten, Grenzen und bauliche Anforderungen – Überlegungen aus der Sicht einer Architektin mit ökophsiologischer Orientierung. *Z Gerontol*, Bd. 27, S. 366–380.
- Helpfenstein, U. and Steiner, M. (1994): Fluoride varnishes (duraphat): a meta-analysis and a note concerning the carries preventive effect of Duraphat. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Vol. 22, S. 1–7.
- Hellwig, E., Hetzer, G., Koch, M.J., König, K.G., van Loeren, C., Menghini, G., Nell, A., Pieper, K., Reich, E., Schiffner, U. und Zimmer, S. (1999): Konsens zur Verwendung von Kinderzahnpasten zur Kariesprophylaxe. *Oralprophylaxe Sonderheft*.
- Helmchen, H., Baltés, M.M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M. und Wilms, H.-U. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter, in: Mayer, K.U. und Baltés, P.B. (Hrsg.), *Berliner Altersstudie*, Berlin, S. 185–219.
- Helmert, U., Mielck, A. and Shea, S. (1997): Poverty and Health in West Germany, *Zeitschrift für Sozial- und räventivmedizin*, Bd. 42, S. 276–285.
- Helou, A. und Ollenschläger, G. (1998): Ziele, Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsbewertung von Leitlinien: ein Hintergrundbericht zum Nutzermanual der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“. *Zeit-*

- schrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ), Bd. 92, S. 361–365.
- Henke, K.-D. und Huber, M. (1999): Neonatales Hörscreening – gesundheitspolitische Konsequenzen. Gesundheitswesen, Bd. 61, S. 86–92.
- Henke, K.D., Martin, K. und Behrens, C. (1997): Direkte und indirekte Kosten von Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland 1980 und 1990. Zf Gesundheitswiss, Bd. 5 (2), S. 123–145.
- Hermanova, H. (2000): Healthy Aging in WHO Programs in Aging and Health in the Nineties, in: Walter, U. und Altgeld, t. (Hrsg.): Altern im ländlichen Raum. Frankfurt, New York, S. 15–17.
- Hirayama, T. (1990): Life style and mortality – a large scale Censusbased cohort study in Japan. Contributions to Epidemiology and Biostatistics, Vol. 6, Basel.
- Holme, I., Hjermmann, I., Helgeland, A. and Leren, P. (1985): The Oslo Study: diet and antismoking advice. Additional results from a 5-year primary preventive trial in middle-aged men. Prev Med, Vol. 14, S. 279–292.
- Huber, G. (ed.) (1997): Healthy Aging. Activity and Sports. Fourth International Congress Physical Activity, Aging and Sports. Heidelberg, Germany, August 27 – 31, 1996, Proceedings. Gamburg, Health Promotion Publications.
- Huchton, D.M., Pongstaporn, T., Niparko, J.K. and Ryugo, D.K. (1997): Ultrastructural changes in primary endings of deaf white cats. Otolaryngol Head Neck Surg, Vol. 116, S. 286–293.
- Hutchinson, B., Woodward, C.A., Norman G.R., Abelson, J., Brown, J.A. (1998). Provision of preventive care to unannounced standardized patients. CMAJ, Vol. 158, S. 185–193.
- Irvine, L., Crombie, I.K. et al (1999): Advising parents of asthmatic children on passive smoking: randomised controlled trial. BMJ, Vol. 318, S. 1456–1459.
- Jack, C.I.A. and Lye, M. (1996): Asthma in the Elderly Patient. Gerontology, Vol. 42, S. 61–68.
- Jackson, R. (2000). Guidelines on preventing cardiovascular disease in clinical practice. BMJ, Vol. 320, S. 659–661.
- Jage, G., Kuhne, K. und Gollnick, H. (1998). Erhebungen zur „prätherapeutischen Phase“ des malignen Melanoms der Haut in den Jahren 1988–1990 sowie 1993–1995. Hautarzt, Bd. 49, S. 844–849
- Jensen, G. R. (1997): Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker. En vurdering af kontrollerede interventionsstudier. Ugeskrift for Læger, Vol. 159, S. 6358–6361.
- Joint Committee on Infant Hearing (1994): Joint Committee on Infant Hearing position statement. ASHA, Vol. 36, S. 38–41.
- Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (1997): The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Archives of Internal Medicine, Vol. 157, S. 2413–2446.
- Junge, B., Arab-Kohlmeier, L. et al. (1992): Krebsfrüherkennung wird zu wenig genutzt. Z Allg Med, Bd. 68, S. 811–816.
- Junius, U., Fischer, G. und Niederstadt, C. (1994): Ambulantes geriatrisches Screening – eine Übersicht, Teil II: Evaluation der Effektivität und aktuelle Empfehlungen zum Screeninginsatz. Z Gerontol, Bd. 27, S. 233–239.
- Kahl, H., Hölling, H. und Kamtsiuris, P. (1999): Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Gesundheitswesen, Bd. 61, Sonderheft 2, S. S163–S168.
- Kahn, B. and Goodstedt, M. (1999): Continuous Quality Improvement and Health Promotion: Can CQI lead to Better Outcomes? Health Promotion International, Vol. 14(1), S. 83–91.
- Kalache, A. (1996): Health promotion, in: Ebrahim, S. and Kalache, A. (Eds.), Epidemiology in Old Age, London, S. 153–161.
- Kanowski, S. (1994): Age-Dependent Epidemiology of Depression. Gerontology, Vol. 40 (suppl 1), S. 1–4.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (1999): Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn.
- Kay, E. and Locker, D. (1996): Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. Community Dentistry and Oral Epidemiology, Vol. 24, S. 231–235.
- Kay, E. and Locker, D. (1997): Effectiveness of oral health promotion. Health Education Authority, London.
- Kegeles, S.M. and Hart, G.J. (1998): Recent HIV-Prevention for Gay Men: Individual, Small-Group and Community-based Studies. AIDS, Vol. 12, Suppl. A, S. 209–215.
- Keil, U (1997). Prävention der klassischen Risikofaktoren. Arzneimittel-Forschung. Drug Research, Vol. 40, S. 2–7.
- Keilmann, A. and Herdegen, T. (1997): The cFos transcription factor in the auditory pathway of the juvenile rat, effects of acoustic deprivation and repetitive stimulation. Brain Res, Vol. 753, S. 291–298.
- Kerek-Bodden, H., Koch, H. et al. (2000): Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenkollektivs. Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Z ärztl Fortbild Qual sich, Bd. 94, S. 21–30.

- Ketola, E., Sipilä, R., Mäkelä, M., Klockars, M. (2000). Quality improvement programme for cardiovascular disease risk factor recording in primary care. *Quality in Health Care*, Vol. 9, S. 175–180.
- Kingwell, B.A. and Jennings, G.L. (1993): Effects of Walking and other Exercise Programms upon Blood Pressure in Normal Subjects. *Med J Aust*, Vol. 158 (4), S. 234–238.
- Kirschner, W., Radoschewski, M. und Kirschner, R. (1995): § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, Sankt Augustin.
- Koivula, I., Sten, M. and Mäkelä, P.H. (1994): Risk Factors for Pneumonia in the Elderly. *The American Journal of Medicine*, Vol. 96, S. 313–320.
- Komsuoglu, B., Gödeli, Ö., Kulan, K., Cetinarlan, B. and Komsuoglu, S.S. (1994): Prevalence and Risk Factors of Varicose Veins in an Elderly Population. *Gerontology*, Vol. 40, S. 25–31.
- Köpfler, M. und Zielke, M. (1991): Evaluation stationärer Adipositasbehandlungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, Bd. 4, S. 40–53.
- Kornitzer, M., De Backer, G., Dramaix, M., Kittel, F., Thilly, C., Graffar, M. and Vuylsteek, K. (1983): Belgian Heart Disease Prevention Project: Incidence and Mortality Results. *Lancet*, 1, S. 1066–1070.
- Koscielny, S., Wagner, C. und Beleites, E. (1999): Untersuchungen zum Intervall zwischen Erstsymptom und Behandlungsbeginn bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren. *HNO*, Bd. 47, S. 551–555.
- Krauth, C., Walter, U. und Schwartz, F.W. (1998): Kosten-Wirksamkeit verhaltensbezogener Präventionsprogramme: Methodische Aspekte und empirische Belege. Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Diskussionspapier Nr. 12, Hannover.
- Kreisberg, R.A. (1998): Diabetic dyslipidemia. *Am J Cardiol*, Vol. 82 (12A), S. 67U–73U, discussion S. 85U–86U.
- Kruse, A. (1992): Das Rehabilitationspotential älterer Menschen. *Z Gerontol*, Bd. 25, S. 231–237.
- Künzel, W. (1997): Caries decline in Deutschland. Eine Studie zur Entwicklung der Mundgesundheit. Heidelberg.
- Lauritzen, J.B., Petersen, M.M. u. Lund, B. (1993): Effect of External Hip Protectors on Hip Fractures. *Lancet*, Vol. 341, S. 11–13.
- Lauterbach K.W. (1999). Verfahren zur Aufnahme von Maßnahmen in den Katalog von präventivmedizinischen Leistungen der Krankenkassen. In: AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verband der Angestellten-Krankenkassen V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n.F.). Workshop der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen am 24. Juni 1999 in Köln. Tagungsdokumentation. Bergisch-Gladbach, S. 16–32.
- Lauterbach, K.W. und Ever, T. (2000): Kenntnis, Behandlung und Kontrolle des systolischen Blutdrucks in der DHP-Studie. Stellungnahme zur Anhörung im parlamentarischen Ausschuss für Gesundheit zum Arznei- und Heilmittelbudget, 27.9.2000. www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg.
- Lauterbach, K.W. und Trojan, A. (1999): Qualitätssicherung und Evaluation in Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe. Antragsskizze für einen Public Health Forschungsschwerpunkt bei der DGPH.
- Lavie, C.J. and Milani, R.V. (1997): Effects of Cardiac Rehabilitation, Exercise Training, and Weight Reduction on Exercise Capacity, Coronary Risk Factors, Behavioral Characteristics, and Quality of Life in Obese Coronary Patients. *Am J Cardiol*, Vol. 79, S. 397–401.
- Law, M.R., Wald, N.J., Wu, T., Hackshaw, A. and Bailey, A. (1994a): Systematic underestimation of association between serum cholesterol concentration and ischaemic heart disease in observational studies: data from the BUPA study. *BMJ*, Vol. 308, S. 363–366.
- Law, M.R., Wald, N.J. and Thompson, S.G. (1994b): By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? *BMJ*, Vol. 308, S. 367–372.
- Leger, L.S. (1999): Health Promotion Indicators, Coming out of the Maze with a Purpose. *Health Promotion International*, Vol. 14(3), S. 193–195.
- Lehr, U. (1991): Altern – ein Gewinn?, in: Schultz, H.J. (Hrsg.), *Die neuen Alten. Erfahrungen aus dem Unruhestand*, 5. Aufl., Stuttgart, S. 31–43.
- Lever, A.F. and Ramsay, L.E. (1995): Treatment of Hypertension in the Elderly. *Journal of Hypertension*, Vol. 13, S. 571–579.
- Liedekerken B., Hoogendam, A. et al. (1997): Prolonged cough and lung cancer: the need for more general practice research to inform clinical decision making. *Br J Gen Pract*, Vol. 47, S. 505–506.
- Lobnig, H. u. Stidl, T. (1999): What are Health Promoting Hospitals doing? First Results of the HPH Database 1998, in: Berger, A., Krajic, K. u. Paul, R. (eds.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*, Gamburg, S. 261–264.
- Lowensteyn, I., Joseph, L. and Levinton, C. (1998): Can computerized risk profiles help patients improve their coronary risk = The results of the Coronary Health Assessment Study (CHAS). *Prev Med*, Vol. 27, S. 730–737.

- Lucas, C.P., Patton, S., Stepke, T., Kinhal, V., Darga, L.L., Carroll-Michals, L., Spafford, T.R. and Kasim, S. (1987): Achieving Therapeutic Goals in Insulin-using Diabetic Patients with Non-Insulin-dependent Diabetes Mellitus. A Weight Reduction-Exercise-Oral Agent Approach. *Am J Med*, Vol. 83, S. 3–9.
- Luce, B.R., Manning, W.G., Siegel, J.E. and Lipscomb, J. (1996): Estimating Costs in Cost-Effectiveness Analysis, in: Gold, M.R., Siegel, J.E., Russell, L.B. and Weinstein, M.C. (Eds.), *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*, New York et al.
- Luukinen, H., Koski, K., Kivela, S.L. and Laippala, P. (1996): Social Status, Life Changes, Housing Conditions, Health, Functional Abilities and Life-Style as Risk Factors for Recurrent Falls among Home-Dwelling Elderly. *Public Health*, Vol. 110, S. 115–118.
- Mansfield, E., McPherson, R. and Koski, K.G. (1999): Diet and Waist-Hip Ratio: Important Predictors of Lipoprotein Levels in Sedentary and Active Young Men with no Evidence of Cardiovascular Disease. *J Am Diet Assoc*, Vol. 99 (11), S. 1373–1379.
- Manz, F. (1996): Jod-Monitoring. Repräsentative Studie zur Erfassung des Jodversorgungszustandes der Bevölkerung Deutschlands. Abschlussbericht des Forschungsvorhabens „Jod-Monitoring“ des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 110 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.
- Marinker, M. (1997): From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking, Vol. 314, S. 747–748.
- Markuzzi, A., Schlipkötter, U., Weitkunat, R. und Meyer, G. (1997): Masern-, Mumps- und Rötelnimpfstatus bei Münchener Schulanfängern. *Soz.-Präventivmed*, Bd. 42, S. 133–143.
- Marmot, M. (1996): Ischaemic Heart Disease, in: Ebrahim, S. and Kalache, A. (Eds.), *Epidemiology in Old Age*, London, S. 253–261.
- Matschke, R.G., Stenzel, C. und Plath, P. (1991): Anatomische und elektrophysiologische Befunde der Hörbahnreifung des Menschen. *Arch Otorhinolaryngol*, Suppl II, S. 147–149.
- Mayer, K.U. und Baltes, P.B. (Hrsg.) (1996): *Die Berliner Altersstudie*, Berlin.
- MacMahon, S. and Rodgers, A. (1994): Blood pressure, antihypertensive treatment and stroke risk. *J Hypertens Suppl*, Vol. 12, S. S5–S14.
- McCull, A., Roderick, P. et al. (1998). Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ*, Vol. 317, S. 1354–1360.
- McCull, A., Roderick, P. et al. (2000): Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators. *Qual Health Care*, Vol. 9, S. 90–97.
- Meichenbaum, D. und Turk, D. (1994): *Therapiemotivation des Patienten*. Bern, Göttingen.
- Mennerat, F. (1996): Quartary prevention in primary care. WONCA Congress, Hong Kong, July 1996.
- Merten, A. (2000): Gesundheitsratgeber. Nutzen für die ärztliche Praxis, *Dt. Ärzteblatt*, Bd. 97, S. C-863–865.
- Messerli, F.H. (1986): Osler's Maneuver, Pseudohypertension, and True Hypertension in the Elderly. *Am J Med*, Vol. 810, S. 906–910.
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Bern.
- Mielck, A. (Hrsg.) (1994): *Krankheit und soziale Ungleichheit*, Opladen.
- Mielck, A. und Brenner, W. (1993): Soziale Ungleichheit der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen in Westdeutschland und in Großbritannien. In: Mielck, A. (Hrsg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit: Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland*. Opladen, S. 299–318.
- Montada L. und Baltes, M. (Hrsg.) (1996): *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt et al.
- Nadanovsky, P. and Sheiham, A. (1995): The relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12 year-old children in 18 industrialised countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Vol. 23, S. 231–239.
- Neumann, E.M. (1997): *Selbständigkeit im Alter – ein Trainingsprogramm für Pflegende*, 2. Aufl., Bern et al.
- Neumann, T. und Saekel, R. (1997): Ursachen verbesserter Zahngesundheit in Deutschland. *Die Krankenversicherung*, Bd. 49(8), S. 213–222..
- Nevitt, M.C. and Cummings, S.R. (1993): Type of fall and risk of hip and wrist fractures: the study of osteoporotic fractures. The Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 41(11), S. 1226–34.
- NHS Center for reviews and dissemination (1999): *Getting evidence into practice, Effective health care*, Vol. 5, No. 1, York.
- Nieczaj, R., Borchelt, M., Eckardt, H., Taupitz, M., Fischer, J. und Steinhagen-Thiessen, E. (1994): Arteriosklerotische Erkrankungen und Risikofaktoren im hohen Alter. Vorläufige Ergebnisse der Berliner Altersstudie (BASE). *Geriatrische Forschung*, Bd. 4/3, S. 109–116.
- Niederstadt, C. und Fischer, C.G. (1996): *Inkontinenz und Reizblase. Ratgeber zur Vorbeugung und Behandlung der Blasenschwäche*, Waierbrunn.

- NIH (National Institute of Health) (1993): Early identification of hearing impairment in infants and young children. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health.
- Nikolaus, T. (1992): Das geriatrische Assessment. Bisherige Erkenntnisse und zukünftige Forschung. *Geriatr Forsch*, Bd. 2, S. 133–143.
- Noack, R.H. (1997): Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin?, in: Bartsch, H.H. u. Bengel, J. (Hrsg.), *Salutogenese in der Onkologie*, Basel, S. 88–105.
- O’Keefe, J.H. Jr., Miles, J.M., Harris, W.H., Moe, R.M. and McCallister, B.D. (1999): Improving the Adverse Cardiovascular Prognosis of Type 2 Diabetes. *Mayo Clinic Proceedings*, Vol. 74, S.171–180.
- Ollenschläger, G. und Engelbrecht, J. (1994): Gesundheitsförderung und Prävention in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung. *Prävention*, Bd. 17, S. 24–27.
- Oppolzer, A. (1998): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Zum Zusammenhang von New Public Health und New Public Management, in: Mattfeldt, H., Oppolzer, A. u. Reifner, U. (Hrsg.): *Ökonomie und Sozialstaat*, Opladen, S. 91–112.
- Ornish, D. (1992): *Revolution in der Herztherapie*, Stuttgart.
- Ornish, D., Brown, S., Scherwitz, L., Billings, J., Armstrong, W., Ports, T., McLanahan, S., Kirkeeide, R., Brand, R. and Gould, K. (1990): Can Lifestyle Changes Reverse Coronary Heart Disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*, Vol. 336, S. 129–133.
- Oswald, W.D., Rupprecht, R., Gunzelmann, T. and Tritt, K. (1996): The SIMA-Project: Effects of 1 Year Cognitive and Psychomotor Training on Cognitive Abilities of the Elderly. *Behav Brain Res*, Vol. 78 (1), S. 67–72.
- Ovcarov, V. and Bystrova, V. (1978): Present trends in mortality in the age group 35 – 64 in selected developed countries between 1950 and 1973. *World Health Statistics Quarterly*, Vol. 31, S. 208–346.
- Ovretveit, J. (1996a). Quality in Health Promotion. *Health Promotion International*, 11(1), S. 55–62.
- Ovretveit, J. (1996b): Informed Choice? Health Service Quality and Outcome Information for Patients. *Health Policy*, 37. Jg., S. 75–90.
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C. and Buchner, D. (1995): Physical Activity and Public Health. A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, Vol. 273, S. 402–407.
- Périer O., Alegria, J., Buyse, M., d’Alimonte, G., Gilson, D. and Serniclaes, W. (1984): Consequences of auditory deprivation in animals and humans. *Acta Otolaryngol (Stockh)*, Suppl. 411, S. 60–70.
- Perleth, M. (1998). Anwendung von Methoden des Qualitätsmanagements auf Präventionsmaßnahmen. Magisterarbeit. Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health). Medizinische Hochschule Hannover.
- Perleth, M. und Schwartz, F.W. (2000): Methoden des Qualitätsmanagements, in: Eichborn, O., Seelos, H.J. und von der Schulenburg, J.M. (Hrsg.), München, S. 321–327.
- Pescatello, L.S. (1999): Physical Activity, Cardiometabolic Health and Older Adults: Recent Findings. *Sports Med*, Vol. 28 (5), S. 315–23.
- Petermann, F. und Mühlig, S. (1998): Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. In: Petermann, F. (Hrsg.), *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen, S. 73–102.
- Pieper, K. (1997): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn.
- Priehn-Küpper, S. (2000): Fluoride – die (derzeit) allgemeine Verunsicherung. *Zahnärztliche Mitteilungen*, Bd. 90, S. 2550–2551
- Province, M.A., Hadley, E.C., Hornbrook, M.C., Lipsitz, L.A., Miller, J.P., Mulrow, C.D., Ory, M.G., Sattin, R.W., Tinetti, M.E. and Wolf, S.L. (1995): The Effects of Exercise on Falls in Elderly Patients: A Pre-Planned Meta-Analysis of the FICSIT Trials. *JAMA*, Vol. 273, S. 1341–1347.
- Puska, P. (1976): Hohes Risiko für das Herz. *Weltgesundheits* 1976, 10. Jg. S. 12–15.
- Puska, P. (1999): The North Karelia Project: From community intervention to national activity in lowering levels and CHD risk. *European Heart Journal Supplements* 1, S. 9–13.
- Puska, P., Vartiainen, E., Tuomilehto, J., Salomaa, V. and Nissinen, A. (1998): Changes in premature deaths in Finland: successful longterm prevention of cardiovascular diseases. *Bulletin of the World Health Organization* Vol. 76 (4), S. 419–425.
- Rada, J., Ratima, M. and Howden-Chapman, P. (1999): Evidence-Based Purchasing of Health Promotion: Methodology for Reviewing Evidence. *Health Promotion International*, Vol. 14(2), S. 177–187.
- Raum, E. (1999): Wie beeinflusst die postmenopausale Hormonsubstitution langfristige Folgeerscheinungen der Menopause? Epidemiologische Evidenz und deren gesundheitsökonomische Implikation. Magisterarbeit. Medizinische Hochschule Hannover.
- Reischies, F.M., Geiselman, B., Gessner, R., Kanowski, S., Wagner, M., Wernicke, F. and Helmchen, H. (1997): Dementia in the Very Elderly. Results of the Berlin Aging Study. *Nervenarzt*, Bd. 68 (9), S. 719–729.

- Robert Koch Institut (Hrsg.) (1996): Die Influenza-Epidemie in der Saison 1995/96. Abschließende Einschätzung. *Epidemiologisches Bulletin* 17, S. 116–117.
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2000a): Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Januar 2000. *Epidemiologisches Bulletin* 2, S. 9–19.
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2000b): Pertussis. Zur Situation in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* 17, S. 135–139.
- Roos, N.P., Havens, B. and Black, C. (1993): Living Longer But Doing Worse: Assessing Health Status In Elderly Persons At Two Points In Time In Manitoba, Canada, 1971 and 1983. *Soc Sci Med*, Vol. 36, S. 273–282.
- Rose, G., Tunstall Pedoe, H.D., and Heller, R.F. (1983): UK Heart Disease Prevention Project: Incidence and Mortality Results. *Lancet*, 1, S. 1062–1066.
- Rosenbrock, R. (1999a). Prävention und Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung*. Gesundheitspolitische Perspektiven, Hannover, S. 15–21.
- Rosenbrock R (1999b). Qualitätssicherung für Leistungen der primären Prävention durch die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des § 20 SGB V n.F., in: AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n.F.)*. Workshop der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen am 24. Juni 1999 in Köln. Tagungsdokumentation. Bergisch-Gladbach, S. 6–15.
- Rosenbrock, R. (2000): Krankheit vermeiden, Gesundheit fördern – Die Public Health Perspektive, in: *psychomed, Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, Bd. 12, Heft 2, S. 99–107.
- Rosser, W. and Shafir, M. (1998). *Evidence-based family medicine*. Hamilton, Ontario.
- Rowe, J.W. and Kahn, R.L. (1987): Human Aging: Usual and Successful. *Science*, Vol. 237, S. 143–149.
- Rowe, J.W. and Kahn, R.L. (1997): Successful Aging. *Gerontol*, Vol. 37. S. 433–440.
- Ruben, F.L., Dearwater, S.R., Norden, C.W., Kuller, L.H., Gartner, K., Shalley, A., Warshafsky, G., Kelsey, S.F., O'Donnell, C., Means, E., Amoroso, W. and Bochicchio, G. (1995): Clinical Infections in the Noninstitutionalized Geriatric Age Group: Methods Utilized and Incidence of Infections. The Pittsburgh Good Health Study. *Am J Epidemiol*, Vol. 141, S. 145–157.
- Ruben, R.J. (2000): Redefining the Survival of the Fittest: Communication Disorders in the 21st Century. *The Laryngoscope*, Vol. 110, S. 241–245.
- Ruben, R.J. and Rapin, I. (1980): Plasticity of the developing auditory system. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, Vol. 89, S. 303–311.
- Ruckstuhl, B., Kolip, P. und Gutswiller, F. (2000): Diskussion konzeptioneller, prozessualer und ergebnisorientierter Qualitätsparameter in der Prävention, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention*, Köln (im Druck).
- Ruckstuhl, B., Somaini, B. und Twisselmann, W. (1997): Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten, Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Zürich.
- Ruckstuhl, B., Studer, H. und Somaini, B., (1998): Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung. *Sozial- und Präventivmedizin*, Bd. 43, S. 221–228.
- Rudinger, G. and Kleinemas, U. (1999): Aging in Europe, in: Schroots, J.F., Fernández-Ballesteros, R. and Rudinger, G. (Eds.), *IOS Press, Amsterdam*, S. 49–63.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987): Jahresgutachten 1987, Medizinische und ökonomische Orientierung. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1988): Jahresgutachten 1988, Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991): Jahresgutachten 1991, Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): Jahresgutachten 1992, Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Bd. 1, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Sondergutachten 1995, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung, Bd. 2, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): Sondergutachten 1996, Gesundheitswesen in Deutschland, Bd. 1, Baden-Baden.
- Saekel, R. (1999): Die Mundgesundheit der Deutschen. *Die BKK* 11/99. S. 502–511.

- Sandholzer H. (1993): Der Aufbau eines primärärztlichen Qualitäts- und Forschungszirkels. *Z Allg Med*; Bd. 69, S. 81–86.
- Sandholzer H. (2000). Ambulante geriatrische Versorgung: Bestandsaufnahme, Interventionsmöglichkeiten und Perspektiven für eine verbesserte hausärztliche Langzeitbetreuung. Habilitationsschrift, Medizinische Hochschule Hannover.
- Schach, E.; Schwartz, F.W. und Kerek-Bodden, H.E. (1989): Die EvAS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. *Wissenschaftliche Reihe*, Bd. 39, Köln, S. 270–278.
- Scherwitz, L.W., Brusis, O.A., Kesten, D., Safian, P.A., Hasper, E., Berg, A. und Siegrist, J. (1995): Lebensstiländerungen bei Herzinfarktpatienten im Rahmen der stationären und ambulanten Rehabilitation – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Z Kardiol*, Vol. 84, S. 216–221.
- Schiffner, U. und Reich, E. (1999): Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei Jugendlichen (12 Jahre), in: Michaelis, W. und Reich, E., Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997; IDZ Materialenreihe Bd. 21, Köln, S. 201–244.
- Schmidt, T. (1998): Präventive Strategien in der Ernährungsmedizin, in: Müller, M.J. (Hrsg.), Ernährungsmedizinische Praxis. Methoden Prävention Behandlung. Berlin et al., S.203–252.
- Schmidt, T., Schwartz, F.W. und Walter, U. (1996): Physiologische Potenziale der Langlebigkeit und Gesundheit im evolutionsbiologischen und kulturellen Kontext – Grundvoraussetzungen für ein produktives Leben, in: Baltes, M. und Montada, L. (Hrsg), Produktives Leben im Alter. Frankfurt, S. 68–130.
- Schmidt-Bodenstein, S. (1997): Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V. Kritische Analyse der Untersuchungsergebnisse 1994. Ersatzkasse, Bd. 1, S. 6–11.
- Schmitt, E., Kruse, A. und Olbrich, E. (1994): Formen der Selbständigkeit und Wohnumwelt – ein empirischer Beitrag aus der Studie „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter“. *Z Gerontol*, Bd. 27, S. 390–398.
- Schneider, H.D. (1993): Wie könnte die Altersvorbereitung zu einem Werkzeug der Prävention werden? *Z Gerontol*, Bd. 26, S. 419–428.
- Schneider, R.H., Staggers, F., Alexander, C.N., Sheppard, W., Rainforth, M., Kondwani K., Smith, S. and King, C.G. (1995): Randomized controlled Trial of Stress Reduction for Hypertension in Older African Americans. *Hypertension*, Vol. 26, S. 820–827.
- Schou, L. and Locker, D. (1994): Oral health: a review of the effectiveness of health education and health promotion. *International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)*, Amsterdam.
- Schwartz, F.W. (1999): Strukturelle Einbettung und Qualität von Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung: GKV-konforme Ansätze und Strategien. in: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.), Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven. Hannover, S. 7–14.
- Schwartz, F.W. und Walter, U. unter Mitarbeit von Robra, B.P. und Schmidt, T. (1998): Prävention, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München et al., S. 151–170.
- Schwartz, F.W., Bitzer, E.M., Dörning, H., Grobe, T.G., Krauth, C., Schlaud, M., Schmidt, T. und Zielke, M. (1999): Gutachten. Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland – Krankheitskostenlast und Reproduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. Lengerich.
- Schwerpunktheft „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung“ (1993). *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, Bd. 16, 1. Quartal.
- Scientific Advisory Board (1996): Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis. *Can Med Assoc J*, Vol. 155 (8), S. 1113–1133.
- Scriba, P.C. u. Gärtner, R. (2000): Risiken der Jodprophylaxe?. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Bd. 125, S. 671–675.
- Selbmann, H.K. (2000): Die sozialmedizinischen Komponenten des Qualitätsmanagements und was die Sozialmedizin aus dem Qualitätsmanagement lernen kann. *Gesundheitswesen*, Bd. 62(3), S. 123–126.
- Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle SEKIS (1999). Schritte auf dem Weg zur Qualität. Leitfaden zur Qualitätsentwicklung für Projekte und kleine freie Träger, 2. Aufl., Berlin.
- Seyfarth, L. (1985): Zu Kosten und Erträgen der gesundheitspolitischen Forderung einer verstärkten Prävention chronischer Krankheiten, in: Oberender, P. (Hrsg.), *Gesundheitswesen im Wandel: Beiträge zu einer gesundheitspolitischen Neuorientierung*, Spardorf, S. 83–97.
- Shaw, M., Dorling, D. et al. (2000): *The Widening Gap: Health inequalities and policy in Britain*. London.
- Shehata-Dieler, W.E., Dieler, R., Keim, R., Finkenzeller, P., Dietl, J. und Helms, J. (2000): Universelle Hörscreening-Untersuchungen bei Neugeborenen mit dem BERA-phon. (Universal hearing screening of newborn infants with the BERA-phon). *Laryngo-Rhino-Otologie*, Vol. 79 S. 69–76.
- Sheiham, A. and Smales, F.C. (1979): Some results from a computer model for predicting longterm effects of peri-

- odontal therapy on tooth loss in large populations. *Journal of Periodontal Research*, Vol. 14, S. 248–249.
- Sheldon, T., Wilson, P., Boutle, M.T. and Sharp, F. (1998): Preschool hearing, speech, language and vision screening. *Effective Health Care*, Vol. 4, S. 1–12.
- SHEP Cooperative Research Group (1991): Prevention of Stroke by Antihypertensive Drug Treatment in Older Persons with Isolated Systolic Hypertension: Final Results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA*, Vol. 265, S. 3255–3264.
- Shiu, J., Purvis, M. and Sutton, G. (1996): Detection of childhood hearing impairment in the Oxford Region, Report of the Regional audit project, Oxford.
- Siebert, T. (2000): Qualitätssiegel Gesundheitssport, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention, Köln (im Druck).
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G. and Lodge, M. (1994): Meta-Analysis on Efficacy of Nicotine Replacement Therapies in Smoking Cessation. *Lancet*, Vol. 343, S. 139–142.
- Simon, W. (2000): Die Qual der Wahl – Das „richtige“ Qualitätsmanagement für das Gesundheitswesen. Begriffsklärung und Vergleichsmöglichkeiten, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention, Köln (im Druck).
- Skelton, D.A., Young, A., Greg, C.A. and Malbut, K.E. (1995): Effects of Resistance Training on Strength, Power, and Selected Functional Abilities of Women aged 75 and over. *J Am geriatr Soc*, Vol. 43, S. 1–7.
- Sleight, P. (1991): Cardiovascular Risk Factors and the Effects of Intervention. *Am Heart J*, Vol. 121, S. 990–995.
- Smith, J. und Baltes, P.B. (1996): Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter, in: Mayer, K.U. und Baltes, B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin, S. 221–250.
- Sochert, R. (1998): Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. Bremerhaven.
- Spate-Douglas, T. und Keyser, R.E. (1999): Exercise Intensity: Its Effect on the High-Density Lipoprotein Profile. *Arch Med Rehabil*, Vol. 80 (6), S. 691–695.
- Speller, V., Evans, D. and Head, M.J. (1997a): Developing Quality Assurance Standards for Health Promotion Practice in the UK. *Health Promotion International*, Vol. 12 (3), S. 215–224.
- Speller, V., Learmonth, A. and Harrison, D. (1997b): The Search for Evidence of Effective Health Promotion. *BMJ*, Vol. 315, S. 361–363.
- Sprod, A., Anderson, R. and Treasure, L. (1996): Effective oral health promotion. Health Promotion Wales, Cardiff.
- Staessen, J.A., Fagard, R., Thijs, L., Celis, H., Birkenhager, W.H., Bullpitt, C.J., de Leeuw, P.W., Fletcher, A.E. Babarskiene, M.R., Forette, F., Kocemba, J., Laks, T. Leonetti, G. Nachev, C., Petrie, J.C., Tuomilehto, J., Vanhanen, H., Webster, J. Yodfat, Y. and Zanchetti, A. (1998) Subgroup and Per-Protocol Analysis of the Randomized European Trial on Isolated Systolic Hypertension in the Elderly. *Arch Intern Med*, Vol. 158, S. 1681–1691.
- Starfield, B. (1998): Primary care. Balancing health needs, services and technology. New York, Oxford.
- Starr, J.M. and Bulpitt, C.J. (1996): Hypertension, in: Ebrahim, S. and Kalache, A. (Eds.), *Epidemiology in Old Age*, London, S. 245–252.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1995): Statistisches Jahrbuch 1995 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1999): Kosten nach Krankheitsarten, Kurzfassung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000): Indikatorengrundsatzpapier, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Wiesbaden.
- Steel, K.P. (2000): Science, medicine, and the future, New interventions in hearing impairment. *British Medical Journal*, Vol. 320, S. 622–625.
- Steering Committee on Future Health Scenarios (Hrsg.) (1994): *The Elderly in 2005: Health and Care*. Updated scenarios on health and aging 1990–2005. Dordrecht et al.
- Steinhagen-Thiessen, E. und Borchelt, M. (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter, in: Mayer, K.U. und Baltes, P.B. (Hrsg.) (1996): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin, S. 151–183.
- STEP-group (ed.): Standardized Assessment for Elderly People in Primary Care in Europe. Final Report (No. SOC 95 200 544 05 F03). Luxemburg: EC 1998; S. 205–222.
- Stötzner, K. (2000): Entwicklung eines Qualitätsmanagementkonzepts für kleine freie Träger am Beispiel der Berliner Selbsthilfekontaktstellen und von Frauenprojekten, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention, Köln (im Druck).
- Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J. and Kaplan, D.A. (1996): Successful aging: predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology* 15; 144(2), S. 135–141.
- Stuck, A., Siu, A. et al. (1993): Comprehensive geriatric assessment. Ametaanalysis of controlled trials. *Lancet*, Vol. 342, S. 1032–1036.

- Stuck, A.E., Minder, C.E., Peter-Wuest, K. et al. (2000). A randomized trial of inhome visits for disability prevention in communitydwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med*; Vol. 160, S. 977–986.
- Summerton, N. (2000). General practitioners and cancer. *BMJ*, Vol. 320, S. 1090–1091.
- Sutton, G. and Rowe, S. (1997): Risk factors for childhood deafness in the Oxford Region. *Br J Audiol*, Vol. 31, S. 39–54.
- Taskinen, M.R. (1999): Strategies for the Management of Diabetic Dyslipidaemia. *Drugs*, Vol. 58 Suppl 1, S. 47–51, discussion S. 75–82.
- The Trials of the Hypertension Prevention Collaborative Research Group, THOP (1992): The Effects of Nonpharmacologic Interventions on Blood Pressure of Persons with High Normal Levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention, Phase I. *JAMA*, Vol. 267 (9), S. 1213–1220.
- Tinetti, M.E., Speechley, M. and Ginter, S.F. (1988): Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, Dec 29, 319(26): S. 1701–1707.
- Tolley, G., Kenkel, D. u. Fabian, R. (Eds.) (1994): *Valuing Health for Policy. An Economic Approach*, Chicago et al.
- Trojan, A. (2000): Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention*, Köln (im Druck).
- Trojan, A. und Nickel, S. (1999): Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Darstellung des europäischen WHO-Projektes und Ergebnisse der Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation patientenorientierter Qualität im Krankenhaus, in: Röhrle, B. u. Sommer, G. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. Tübingen, S. 315–344.
- Tudor-Smith, C., Nutbeam, D. and Catford, J. (1998): Effects of the Heartbeat Wales programme over five years on behavioural risks for cardiovascular disease: quasiexperimental comparison of results from Wals and a matched reference area. *British Medical Journal*, Vol. 316, S. 818–822.
- Turner, R.C. Millns, H., Neil, H.A.W., Stratton, I.M., Manley, S.E., Matthews, D.R. and Holman, R.R. (1998): Risk Factors for Coronary Artery Disease in Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study. *BMJ*, Vol. 316 (7134), S. 823–828.
- Turner, R.J. and Marino, F. (1994): Social Support and Social Structure: A descriptive Epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, S. 193–212.
- U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health (1996): A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta GA.
- U.S. Preventive Services Task Force (1996): *Guide to Clinical Preventive Services*, 2. Aufl., Alexandria.
- Unger, J.B., McAvay, G, Bruce, M.L., Berkman, L., Seeman, T. (1999): Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, Vol. 54, S. 5
- van Os-Fingberg, S. und Paul, K.-H. (1998): *Rund um den Mund. Unterrichtskonzepte und kreative Spielmodule zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für Kinder von 3 bis 12 Jahren*. Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) e.V., Berlin.
- Vartiainen, E., Puska, P., Pekkanen, J., Toumilehto, J. and Jousilahti, P. (1994): Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *British Medical Journal*, Vol. 309, S. 23–27.
- Wahl, H.W. und Tesch-Römer, C. (1998): Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. *Z Gerontol Geriat*, Bd. 31, S. 76–88.
- Walter, U. und Schwartz, F.W. (1995): Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen für die Zielgruppe „ältere Menschen“. *Z ärztl Fortbild*, Bd. 89, S. 839–846.
- Walter, U., Reichle, C., Schneider, K. und Schwartz, F.W. (1996): Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte. Ein modulares Konzept für Versicherte der Krankenkassen: das Präventionsprogramm „gesund alt werden“. *Z ärztl Fortbild*, Bd. 90, S. 545–551.
- Walter, U. und Schwartz, F.W. (1998): Prävention: Institutionen und Strukturen, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München et al., S. 200–212.
- Walter, U., Schwartz, F.W. und Seidler, A. (1999): Alter und Krankheit aus sozialmedizinischer Sicht, in: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H. und Schmitz-Scherzer R (Hrsg.), *Soziale Gerontologie, Ein Handbuch für Lehre und Praxis*, Weinheim, S. 230–255.
- Walter, U., Buser, K., Dierks, M.L., Dörning, H., Fröhlich, B., Grobe, T., Heide, J., Hoopmann, M., Krauth, C., Liecker B., Lorenz C., Reichle, C., Reinhardt R., Schmidt, T., Weber, J., Weidemann, F. und Schwartz, F.W. (2000a): *Evaluation präventiver Maßnahmen. Abschlussbericht. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover*.
- Walter, U., Schwartz, F.W. u. Hoepner-Stamos, F. (2000b): Zielorientiertes Qualitätsmanagement in der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Bundeszen-

trale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention, Köln (im Druck).

Wanek, V., Born, J. et al. (1999a): Einstellungen und Gesundheitsstatus als Bestimmungsfaktoren einer Beteiligung an Maßnahmen verhaltensorientierter Gesundheitsförderung. *Gesundheitswesen*, Bd. 61, S. 346–342.

Wanek, V. und Schneider, H. (1999b): Entwicklung des Informations-, Beratungs- und Behandlungsstatus von Patienten mit Bluthochdruck von 1984–1991 in Westdeutschland. *Gesundheitswesen*, Bd. 61, S. 385–392.

Warnke, A., Meyer, G. und Mühlhauser, I. (1999): Prävention von Hüftgelenksfrakturen durch externen Hüftschutz. *Public Health Forum*, Bd. 25, S. 17.

Warschburger, P. (1998): Lebensqualität und Compliance – Die Sichtweise des Patienten, in: Petermann, F. (Hrsg.), *Compliance und Selbstmanagement*, Göttingen, S. 103–138.

Watt, R. and Sheiham, A. (1999): Inequalities in oral health: A review of the evidence and recommendations for action. *British dental journal*, Vol. 187, S. 6–12.

Webb, E. (1998). Children and the inverse care law. *BMJ*, Vol. 316, S. 1588–1591.

Weingart, S., Wilson, R. et al. (2000): Epidemiology of medical error. *BMJ*, Vol. 320, S. 774–777.

Werner, B. (1995): Zur Epidemiologie der Demenz im 20. Jahrhundert. Ein Übersichtsbericht. Teil 2: Epidemiologie der Demenz. Der Prozess der Spezialisierung nach 1945. *Z. f. Gesundheitswiss.*, Bd. 3, S. 156–185.

White, J.A., Wright, V. and Hudson, A.M. (1993): Relationships between Habitual Physical Activity and Osteoarthritis in Ageing Women. *Public Health*, Vol. 107, S. 459–470.

WHO (World Health Organization) (1978): Declaration of Alma-Ata. International conference on Primary Health Care, Alma-Ata, <http://www.who.int/hpr/docs/almaata.html>.

WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, (<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>).

WHO (World Health Organization) (1997a): CINDI. Countrywide Integrated Noncommunicable diseases In-

itiatives. Protocol and Guidelines for Monitoring and Evaluation; Process of Policy Development and Implementation, Copenhagen.

WHO (World Health Organization) (1997b): The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, Genf.

WHO (World Health Organization) (1998): The World Health Report 1998. Life in the 21st century. A vision for all. Report of the Director-General. Genf.

WHO (World Health Organization) (o.J.): Ageing & Tobacco Use – The Facts. Genf.

WHO (World Health Organization) European Working Group on Health Promotion Evaluation (1998): Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers, Brighton 1 to 3 April 1998.

Wiinberg, N., Hoegholm, A., Christensen, H.R., Bang, L.E., Mikkelsen, K.L., Nielsen, P.E., Svendsen, T.L., Kampmann, J.P., Madsen, N.H. and Bentzon, M.W. (1995): 24-h Ambulatory Blood Pressure in 352 Normal Danish Subjects, related to Age and Gender. *Am J Hypertens*, Vol. 8, S. 978–986.

Wilkinson, R. (1996): *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, London, New York.

Wittchen, H.U. (1993): Wie häufig sind depressive Erkrankungen?, in: Hautzinger, M. (Hrsg.), *Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Baltmannsweiler, S. 10–24.

Wojnar, J. (1993): Prävention im Wohn- und Pflegeheim. *Z Gerontol*, Bd. 26, S. 459–465.

Wolf, P.A., D'Agostino, R.B., Kannel, W.B, Bonita, R., Belanger, A.J. (1988). Cigarette smoking as a risk factor for stroke. The Framingham Study, *JAMA*, Vol. 259, S. 1025–1029.

Woolf, St. (1999): The need for perspective in evidence-based medicine. *JAMA*, Vol. 282, S. 2358–2365.

Young, A. (1986): Exercise Physiology in Geriatric Practice. *Acta Med Scand suppl*, Vol. 711, S. 227–232.

Zentrale Ethikkommission (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?. *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 97 (15), C786–C792.

3. Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation

296. Die Rolle der Patienten wandelt sich. Waren sie in der Vergangenheit vor allem diejenigen, die sich auf die Qualität, die Fürsorge und die Bedarfsgerechtigkeit der Entscheidungen anderer verlassen wollten oder mussten, könnten sie zukünftig eine Rolle als eigenständige, so genannte „dritte Kraft“ im Gesundheitswesen übernehmen. Diese Entwicklung hat unterschiedliche Quellen. Angefangen von der zunehmenden Forderung der Betroffenen nach mehr Beteiligung bis hin zu der neuen Position des Patienten in einem „Markt Gesundheitswesen“ als zahlender und damit umworbener Kunde (Schwartz, F.W. et al. 1998a). Ein weiterer Grund ist der Reformstau im deutschen Gesundheitswesen, bei dem sich trotz eines im internationalen Vergleich sehr hohen Ausgabenniveaus gerade für eine Reihe von chronisch Kranken Behandlungslücken ergeben, während in anderen Bereichen eher Ressourcenverschwendung stattfindet. Hier tritt die deutsche Reformdebatte auf der Stelle, und vor allem sind Patienten selbst mit ihren Bedürfnissen und Bewertungen bislang viel zu wenig einbezogen. So bestehen übrigens nicht nur im deutschen Gesundheitswesen durchaus Besorgnisse, dass neue Mittel für das Gesundheitswesen eher in Bereiche vorhandener Verschwendung investiert werden als in den Ausbau und die Qualität noch defizitärer Dienstleistungen. Dennoch wird die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion derzeit dominiert von Finanzierungsfragen und Verbändeinteressen. Die Eigenständigkeit von Patienten wird vor allem dort propagiert, wo es um die finanzielle Selbstbeteiligung geht.

Die Forderung nach Partizipation an individuellen und allgemeinen Entscheidungen im Gesundheitswesen und nach Einbeziehung der Nutzer in den Prozess der Gesundheitserhaltung bzw. Gesundheitswiederherstellung (Letzteres bezieht sich nur auf die eigene Krankheit, erforderlich ist aber doch auch die allgemeine Partizipation) stellt eine gesellschaftliche Bewegung dar, die von einem neuen Selbstbewusstsein der Patienten getragen wird (Uppenkamp, R. 1999). So werden fehlende Mitbestimmung in der Gesundheitspolitik und in der Selbstverwaltung, unzureichend durchgesetzte Patientenrechte, große Defizite an Informationen und Aufklärung, Intransparenz des Leistungsangebots, der Strukturen und Abläufe und schließlich unmündige Patienten statt Partner im Behandlungsprozess beklagt (Bahlo, E. u. Kern, M. 1999a).

Eine stärkere Orientierung des Gesundheitswesens an dessen Nutzern und ihrer Rolle als Subjekt verbindet sich darüber hinaus mit den Anforderungen, den Bürger in die Lage zu versetzen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens sinnvoll zu nutzen, selbst zum Erfolg der Behandlung beizutragen und dadurch die Leistungsfähigkeit des Systems zu verbessern. Die Instrumente zur Erreichung der genannten Ziele, die Erhöhung der Nutzerkompetenz und Möglichkeiten der Partizipation sollen im Folgenden diskutiert werden.

297. Kompetenzsteigerung und Beteiligung des Nutzers, wie sie heute – auch international – diskutiert und für die Zukunft projiziert werden, stellen ein umfassendes Konzept dar. Neben defensiven (Schutzbereich klassischer Patientenrechte) und klientenorientierten (Patientenbedürfnisse) Elementen stellen auch salutogenetische Momente, die die Mündigkeit der Nutzer fördern, Impulse dar, die einerseits die Organisationsentwicklung stimulieren und andererseits Aspekte der gesellschaftspolitischen Verantwortlichkeit (*accountability*) beinhalten.

Die Steigerung der Kompetenz der Nutzer kann auch im Hinblick auf die weitere Einführung von Wettbewerbselementen in das Gesundheitssystem, wie zum Beispiel die im Gesundheitsreformgesetz 2000 ermöglichte integrierte Versorgung, von Interesse sein. Ohne einen Nutzer in der Rolle des „informierten Konsumenten“ ist ein funktionierender Markt im Gesundheitswesen kaum denkbar.

298. In diesem Kapitel geht es um die Bedeutung der Nutzerkompetenz und -partizipation sowohl für die Steuerung des Nutzerverhaltens hinsichtlich der Entwicklung des Versorgungsbedarfs, als auch für die Angemessenheit der Versorgung in Bezug auf diesen Bedarf. Die daraus abgeleiteten Empfehlungen beziehen sich entsprechend auf die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Erhöhung der Nutzerkompetenz erreicht werden kann, sodass für den Einzelnen eine Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung und für das System mögliche Kosteneinsparungen sichtbar werden.

Der Rat erkennt in Kompetenz und Partizipation Schlüsselqualitäten des Nutzers für eine optimale Beanspruchung des Gesundheitssystems und zur Steuerung der Versorgung.

299. Die Autonomie des Nutzers und seine weitreichenden Möglichkeiten zur Mitgestaltung bzw. Mitbestimmung schließen gleichzeitig die Bereitschaft ein, in erhöhtem Maße Verantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit und dem gesamten System zu tragen. Es ist aber ebenso davon auszugehen, dass rationales Handeln im Bereich Gesundheit nur eingeschränkt möglich ist. Im Gegensatz zu anderen *empowerment*-Bewegungen handelt es sich im Gesundheitswesen primär um Kranke, d. h. abhängige Menschen, die angewiesen sind auf Hilfe, auf persönliche Fürsorge, auch auf Schutz vor Überforderung durch zusätzlich aufgebürdete Lasten, wie sie sich z. B. aus dem Anspruch ergeben können, eigene Entscheidungen für oder gegen medizinische Interventionen treffen zu müssen.

300. In Abbildung 18 (s. S. 146) wird das Beziehungsgeflecht zwischen Kompetenz, Partizipation, Nutzerverhalten sowie Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung schematisch dargestellt. Im oberen Teil der Abbildung werden die Faktoren aufgezeigt, die das Nutzerverhalten

beeinflussen. Im unteren Teil wird dargestellt, wie sich das Nutzerverhalten auf Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem auswirken kann.

Faktoren, die das Nutzerverhalten beeinflussen, sind Kompetenz, Partizipation sowie finanzielle Anreize und Sanktionen. In diesem Kapitel liegt der Schwerpunkt auf Kompetenz (Abschnitt I-3.2.1) und Partizipation (Abschnitt I-3.2.4). Kompetenz verstanden als Autonomie und Verantwortlichkeit sowie Partizipation verstanden als Mitbestimmung und Bereitschaft zur Mitentscheidung beeinflussen direkt oder vermittelt über subjektive Bedürfnisse das Nutzerverhalten. Kompetenz und Partizipation beeinflussen sich in diesem Prozess wechselseitig.

Kompetenz und Partizipation werden durch personale Faktoren, Umweltbedingungen, edukative Faktoren sowie rechtliche Strukturen beeinflusst. Personale Faktoren beschreiben die beim Nutzer vorhandenen Ressourcen für Kompetenz und Partizipation. Dazu gehören Gesundheitskonzepte, Motivation und Erfahrungen. Umweltbedingungen lassen sich in eine räumliche, eine soziale und eine institutionelle Ebene unterteilen, wobei die institutionelle Ebene auch Strukturen umfasst, innerhalb derer Partizipation realisiert werden kann (Mikro-, Meso- und Makroebene, vgl. Abschnitt I-3.2.4). Rechtliche Bedingungen regeln Interaktionen im System. Für Kompetenz und Partizipation entscheidend sind hierbei die Rechte des Patienten. Eine weitere wesentliche Voraussetzung für den Aufbau von Kompetenz sind Informationen, Beratung, Schulung und Prävention bzw. Gesundheitsförderung. Diese sind in der Abbildung als edukative Faktoren zusammengefasst.

Zu den Einflussfaktoren des Nutzerverhaltens gehören auch finanzielle Anreize und Sanktionen. Diese Einflussfaktoren werden eingehender in Band III des Ratgutachtens 2000/2001 behandelt.

Das Nutzerverhalten kann durch Veränderung der Inanspruchnahme und über die Beeinflussung des Verhaltens der Leistungserbringer bzw. -träger auf Qualität und Wirtschaftlichkeit einwirken. Die Inanspruchnahme kann sich quantitativ (z. B. Anzahl und Dauer) oder qualitativ (z. B. Hausarztmodell, Schnittstellenproblematik) verändern. Darüber hinaus wirkt sich das Nutzerverhalten über die Interaktion mit den Leistungserbringern auf das jeweils konkrete Leistungsangebot (z. B. Versorgungsziele, Art und Umfang und Qualität) aus. Im Rahmen von Partizipation kann das Nutzerverhalten auch Leistungsstrukturen, Leistungsinhalte sowie den Leistungsumfang aufseiten der Kostenträger mitbestimmen. (siehe Abb. 18)

3.1 Der Nutzer

301. Nutzer des gesundheitlichen Versorgungssystems lassen sich je nach gewählter Perspektive auf verschiedene Weisen gruppieren.

Eine Möglichkeit ist die Unterscheidung aufgrund der verschiedenen Interessenlagen in Bürger, Versicherte und Patienten. Während Patienten sich aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung besonders für konkrete An-

gebote des Versorgungssystems interessieren, die aus ihrer Sicht effektiv und bedarfsgerecht sind, ist bei Versicherten ein überwiegend finanzielles Interesse an geringen Beitragszahlungen für einen möglichst umfassenden Versicherungsschutz zu finden. Darüber hinaus interessieren sich Versicherte mehr als Patienten für die Dienstleistungsqualität der Krankenkassenverwaltung, z. B. im Zusammenhang mit der Kassenwahlfreiheit. Bürger hingegen haben „ein relativ abstraktes Interesse an der Sicherstellung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen. Ihr Interesse ist noch nicht durch eine Erkrankung oder Behinderung konkretisiert“ (Badura, B. et al. 1999, S. 15).

302. In einer systemorientierten Sichtweise, die stark auf die ökonomischen Aspekte der Gesundheitsversorgung rekurriert, lassen sich unter der Überschrift Kunde vier Rollen bzw. Funktionen unterscheiden:

- als Bürger in einem politisch verfassten Gemeinwesen, in dem das Gesundheitswesen politischen oder parastaatlichen Regulationen unterliegt,
- als Konsument in demselben Gesundheitswesen, das zunehmend als Markt verstanden werden will bzw. soll,
- als im engeren Sinne Kunde in einem vielfältig gegliederten Dienstleistungssektor „Gesundheitswesen“, der sich in einer Transformation von ausschließlich personalgeprägter Dienstleistung zu auch teilweise technischer Dienstleistung mit wachsenden informationellen Anteilen befindet, und
- als Patient, in der klassischen Definition des Hilfesuchenden, aber ebenfalls in der Transformation zwischen dem durch Leid und Schmerz Unterworfenen bis hin zu dem Ko-Experten im chronischen „Kranksein“ (Schwartz, F. W. 1999 S. 334).

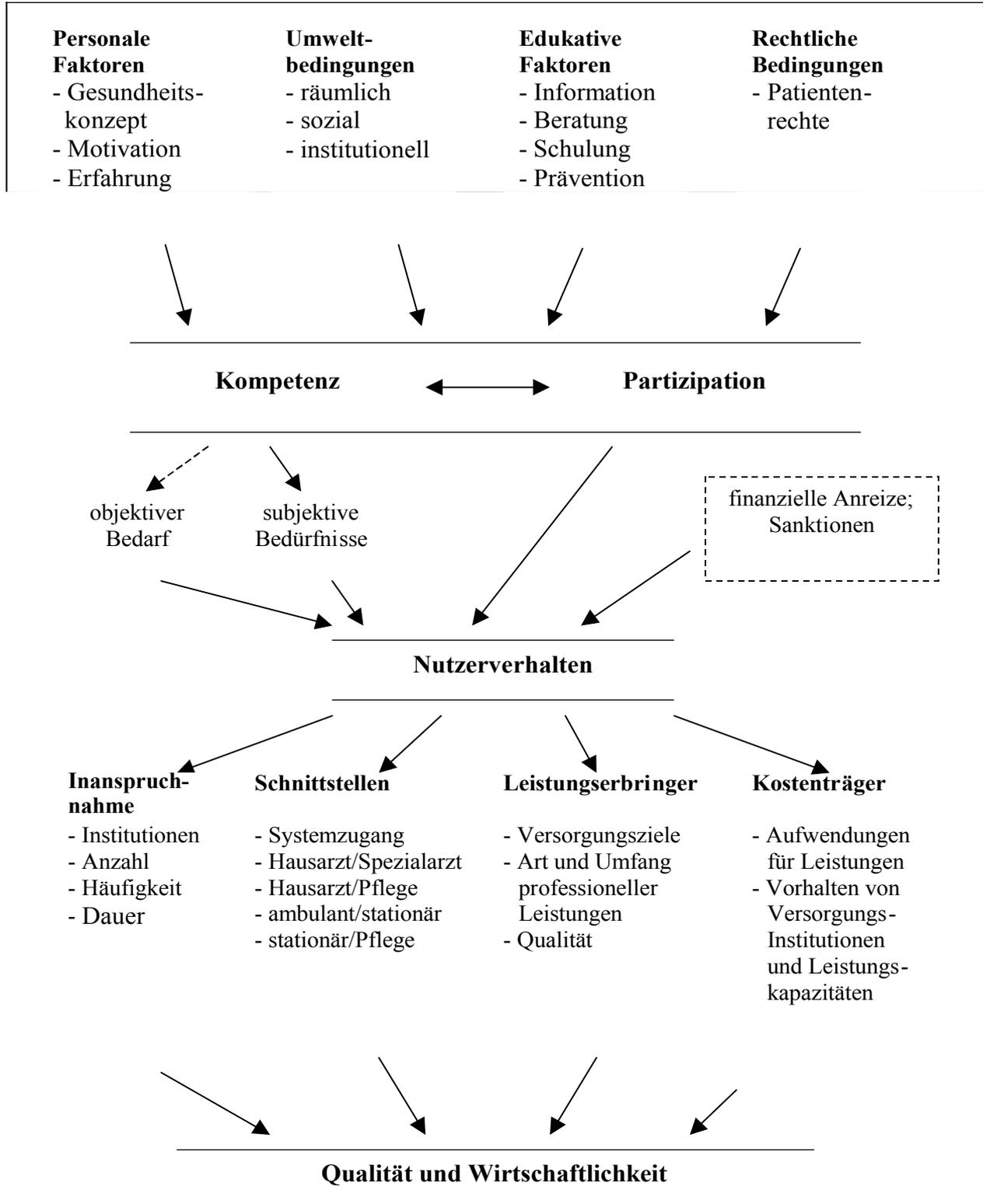
303. Es lässt sich erkennen, dass je nach gewählter Begrifflichkeit zur Beschreibung des Nutzers ein Bezugsrahmen und mit ihm verbundene Zuschreibungen assoziiert werden. Besonders deutlich wird dies bei der Begrifflichkeit des Kunden, die mit zunehmender Ökonomisierung des Gesundheitsversorgungssystems immer häufiger anzutreffen ist.

In der ökonomischen Diskussion werden folgende Eigenschaften mit dem Kundenbegriff verbunden (Klie, T. 1999):

- Ein Kunde besitzt die Kompetenz, sich auf einem Markt zu bewegen;
- er ist aktiver Nachfrager von Angeboten;
- er hat die Möglichkeit, zwischen Angeboten wählen zu können;
- er entrichtet einen bestimmten Preis für nachgefragte Dienstleistungen;
- er nimmt Einfluss auf Inhalt und Qualität des Angebots durch seine Wahl;
- er wird umworben („König Kunde“).

Abbildung 18

Beziehungen zwischen Kompetenz, Partizipation, Nutzerverhalten, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung



Quelle: Eigene Darstellung

Betrachtet man den Nutzer als Kunden, lassen sich moderne Management-Konzepte auf das Gesundheitssystem übertragen. Der Rat hat 1997 die Ziele einer solchen Kundenorientierung (*consumerism*), bei der die Angebote des Versorgungssystems idealtypisch zeitnah und an die Bedürfnisse der Kunden angepasst zur Verfügung gestellt werden, herausgestellt: Den Kunden soll Leistungstransparenz gesichert werden, die ihnen auf Grundlage einer sach- und interessengerechten Information die Abwägung von Kosten und Nutzen im Sinne einer ökonomisch rationalen Entscheidung erlaubt. Der Übergang zu einem solchen „kundenorientierten“ System, das die Wahl zwischen qualitativ unterschiedlichen Anbietern zur Grundlage hat, wird als Lernprozess aller beteiligten Gruppen beschrieben (SG 1997, Ziffer 606), wobei die daraus entstehende Konkurrenz bei den Anbietern von (Versicherungs-)Leistungen zu Effizienz- und Wirtschaftlichkeitssteigerungen führen kann. Insofern haben die gesundheitspolitischen Forderungen nach mehr Kundenorientierung und einer größeren Autonomie die Position des Nutzers gestärkt und zu vermehrten Aktivitäten im Bereich Patienteninformation und Patientenschutz geführt.

304. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass eine solche Verwendung des Kundenbegriffes im Gesundheitsversorgungssystem auch neue Probleme aufwirft. Mehr Autonomie bedeutet auch mehr Verantwortung, welcher der Einzelne nicht immer gewachsen ist: „Der Patient als Kunde darf sich nicht nur frei, autonom und selbstbestimmt für das beste Angebot entscheiden, er muss es auch!“ (Schnell, M. 1999, S. 66). Wenn ihm die hierfür benötigten Informationen nicht in angemessener Form zur Verfügung gestellt werden oder er sie nicht nutzen kann, wird Kundenorientierung zur Phrase im Wettbewerb um knappe Ressourcen und Autonomie zur Belastung für einen auch potenziell kranken Menschen.

Dies lässt sich gut am Beispiel psychisch veränderter alter Menschen, die in Heimen leben, verdeutlichen. Bezogen auf diese Nutzergruppe erweist sich der Kundenbegriff als Fiktion, da sie ihn nicht mehr mit Inhalt füllen können. Bezogen auf das Idealkonstrukt Kunde sind solche Menschen „geschäftsunfähig ohne Entscheidungsfreiheit für einen Kaufvertrag der Pflegedienstleistung“ (Grond, E. 1997, S. 40).

Derzeitig stößt die Verwirklichung der Kundenrolle im oben genannten Sinne noch an vielfältige Grenzen im Gesundheitssystem. Beispielsweise konfrontieren Institutionen Patienten immer noch in unangemessener Weise mit Zwängen und Strukturen, die die Freiheiten der Einzelnen beschneiden, u. a. feste Tagesabläufe und Besucherzeiten. Darüber hinaus erwarten Professionelle häufig, dass Patienten sich fügen, damit der Arbeitsablauf reibungslos funktioniert. Die Autonomie besonders pflegebedürftiger Menschen wird damit nicht gefördert.

305. Je weiter sich der Nutzer auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Krankheit oder Pflegebedürftigkeit bewegt, desto eher tritt die Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen in den Hintergrund und wird überlagert durch Unsicherheit, Ängste und durch den Wunsch nach Hilfe, Fürsorge und Betreu-

ung. Diese asymmetrische Situation wird dadurch verstärkt, dass die Anbieter von Gütern im Gesundheitswesen im Allgemeinen bessere Informationen über die Eigenschaften der Güter haben als die Nachfrager. Dies ist charakteristisch für alle so genannten Erfahrungsgüter, d. h. Güter, deren Qualitäten erst bei längerfristiger Nutzung erkannt werden können. So fehlen dem Patienten in der Regel individuelle Vergleichsmöglichkeiten, insbesondere bei chirurgischen Eingriffen oder Notfällen, da er sich verständlicherweise nicht aus reinen Vergleichsgründen Wiederholungseingriffen unterziehen kann. Aber auch bei undramatischen Verläufen kann die Unterscheidung von schlechter und guter Qualität, allein aufgrund uninformativer Spontanbeobachtungen, für den einzelnen Konsumenten schwierig bis unmöglich werden. Letztlich würde eine Qualitätserkenntnis für den Patienten als Konsumenten in vielen Fällen zu spät kommen, da die bereits vollzogene Behandlung und ihre Folgen ja von ihm nicht folgenlos aufgekündigt oder abgelegt werden können wie eine materielle Ware (Schwartz, F.W. 1999b).

Wird der Kundenbegriff also auf Gruppen übertragen, die der besonderen Aufmerksamkeit hinsichtlich medizinischer oder pflegerischer Versorgung bedürfen, besteht die Gefahr einer relativen Benachteiligung dieser Gruppen (Deppe, H.-U. 1997; Kühn, H. 1997). Gerade diese Nutzergruppen benötigen Schutz, etwa durch Anwälte, die ihre Interessen z. B. bei Einstufungen in die Pflegeversicherung vertreten.

Es bedarf Instanzen wie Verbraucherzentralen oder Ombudspersonen als Anlaufstellen z. B. für Schwerkranke, Pflegebedürftige und ihre Angehörige (Grond, E. 1997). Eine eindeutige Kundenorientierung bestünde neben der rechtlichen Seite darin, breitgefächerte, kostengünstige Angebote anzubieten, aus denen gewählt werden könnte. Nicht zuletzt heißt Nutzerorientierung im Gesundheitswesen, Kundenwünsche als bedeutsam anzusehen, weil Qualität auch das ist, was der Kunde für sich persönlich als gut erachtet.

Dabei sollte allerdings nicht verkannt werden, dass Kranksein auch dazu legitimiert, die Verantwortung für sich selbst an Experten im Gesundheitswesen abzugeben und sich darauf zu konzentrieren, deren Anweisungen zu folgen (Parsons, T. 1951).

306. Organisationen, deren Aufgabe darin besteht, Menschen zu heilen, zu betreuen, zu begleiten und zu pflegen, haben in ihrer Eigenschaft als Produktionsbetriebe und Anbieter von Serviceleistungen wirtschaftliche Ziele, die den eigentlichen Aufgaben entgegenstehen können. Die Übernahme des Kundenbegriffs aus dem ökonomischen Bereich schafft daher bei unreflektierter Verwendung einen Zielkonflikt zwischen der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bzw. der Erschließung neuer Finanzierungsquellen und der Begleitung und Heilung von Menschen (Erben, M. 1997).

307. Der Rat hat sich als Folge der bereits genannten Überlegungen in diesem Teil des Gutachtens für den neutralen Begriff des Nutzers als übergeordnete Kategorie entschieden. Dieser subsumiert alle genannten Begriffe

wie Bürger, Versicherter, Patient, Kunde und Konsument, sodass die Vielfalt der Sichtweisen erhalten bleibt.

Nutzer ist also jeder, der Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem hat, ungeachtet dessen, ob dieser Zugang aktuell genutzt wird oder nur fakultativ besteht.

Im Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem sind zwei Interaktionen des Nutzers von herausragender Bedeutung: Die Interaktion mit den Kostenträgern und die Interaktion mit den Leistungserbringern.

3.1.1 Nutzer und Kostenträger

308. In Deutschland sind etwa 87 % der Bevölkerung über die Gesetzliche Krankenversicherung versichert. Weitere 8,8 % sind privatversichert (Stand: Juli 1999). Bei den verbleibenden 4,4 % ist davon auszugehen, dass die Mehrheit zumindest teilweise durch Leistungen der Sozialhilfe, der Beihilfe oder anderer Versorgungsleistungen des Staates abgesichert ist (Statistisches Bundesamt 1999). Während die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Solidargemeinschaft die Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, wobei der Versicherte mitverantwortlich für seine Gesundheit ist, hat die private Krankenversicherung (PKV) lediglich die Aufgabe, das Krankheitsrisiko finanziell abzusichern. Je nach Versicherungsart sind dort die Leistungen definiert, die vom Nutzer zulasten seiner Versicherung in Anspruch genommen werden können.

309. Bei der GKV gibt es darüber hinaus im Rahmen der Selbstverwaltung das Mitbestimmungsrecht der Versicherten im Verwaltungsrat, welcher den hauptamtlichen Vorstand wählt und darüber hinaus eine übergeordnete Aufsichtsfunktion ausübt. Der Verwaltungsrat ist bei den Ersatzkassen nur mit Versichertenvertretern besetzt, bei den anderen Kassen gibt es bis auf wenige Ausnahmen eine paritätische Besetzung aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern. Auf diese Weise soll eine Beteiligung der Nutzer am Geschehen ihrer jeweiligen Versicherung sichergestellt werden (Rzesnik, N. 1998). Die niedrige Wahlbeteiligung an den Sozialwahlen (im Durchschnitt aller Kassen weniger als 50 % bei der letzten Wahl im September 1999) lässt allerdings auf ein geringes Interesse der Mitglieder schließen, sich auf diese Art zu beteiligen, sodass gefragt werden muss, ob die Einrichtung eines Verwaltungsrates mit Versichertenvertretern, die über Listen gewählt werden, eine geeignete Maßnahme ist, Nutzerinteressen stärker in der GKV zu berücksichtigen. Das mangelnde Nutzerinteresse an den Sozialwahlen und der damit verbundenen Entscheidungsebene darf aber nicht verwechselt werden mit generellem Desinteresse an der Krankenversicherung. Vielmehr scheint es so zu sein, dass Nutzer sich durchaus für die Aufgaben und Leistungen innerhalb der GKV interessieren. Dieses Interesse ist sicherlich aus der seit dem 1. Januar 1996 bestehenden Kassenwahlfreiheit zu erklären, die zu verstärktem Wettbewerb unter den Kassen und damit zu einer Stärkung der Position des Nutzers geführt hat. Gleichzeitig dürften aber

auch die für alle – auch für die Versicherten – spürbar knapper werdenden Ressourcen dazu beitragen, dass Nutzer sich mehr für das Geschehen in der Krankenversicherung interessieren. Hierbei zeigt die Umfrage von J. Wasem und B. Güther (1998), dass das Interesse der Nutzer durchaus über Partikularinteressen hinausgeht: So hielten nur 12 % der Befragten Überlegungen zur Einführung einer Einheitskasse für „auf jeden Fall wünschenswert“, während gleichzeitig 36 % diese Idee entschieden ablehnen („auf keinen Fall wünschenswert“). Vor die Wahl gestellt, ob sie zur Reduktion des Finanzdefizits des Gesundheitswesens eher auf Leistungen verzichten oder höhere Beiträge zu zahlen bereit wären, gaben 41 % die Bereitschaft an, höhere Beiträge zu zahlen, während nur 22 % lieber auf Leistungen verzichten würden (27 % konnten sich nicht entscheiden und 11 % machten keine Angaben zu dieser Frage). Auch halten 63 % der Befragten die Höhe der Beiträge, die sie an ihre Krankenkasse zahlen im Vergleich zu den Leistungen, die sie erhalten für „eher angemessen“ oder „voll und ganz angemessen“. Diese Befunde sprechen insgesamt für eine grundsätzliche Zustimmung der Nutzer zum gegliederten System der Krankenkassen und dem Solidarprinzip. Bezogen auf die Optimierung des Nutzerverhalten sollen hier als viel versprechende Ansatzpunkte eine Erhöhung der Kompetenz beim Nutzer, eine Stärkung seiner partizipativen Möglichkeiten sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen unter dem Stichwort Patientenrechte (Abschnitt I-3.3) diskutiert werden.

310. Während sich die Studie von Wasem mit eher allgemein gehaltenen Fragen zum System der Krankenversicherung an die volljährige Bevölkerung (Wahlbevölkerung in Privathaushalten der Bundesrepublik Deutschland) richtete, wurden in einer Versichertenbefragung gezielt Mitglieder der Krankenversicherungen (allerdings ohne die Mitglieder über 65 Jahren) befragt (Zok, K. 1999). Diesen wurden Fragen zu ihrer Zufriedenheit und ihren Anforderungen an die Krankenversicherung vorgelegt. Im Ergebnis zeigte sich, dass eine überwältigende Mehrheit der Befragten sowohl mit dem Leistungsangebot (81 %) als auch mit dem Service ihrer Krankenkasse (81,1 %) „zufrieden“ bzw. „sehr zufrieden“ sind. Neben Fragen, die sich auf die Zufriedenheit mit ihrer aktuellen Versicherung bezogen, wurde ebenfalls nach der Wichtigkeit bestimmter Eigenschaften für eine „ideale“ Krankenkasse gefragt. Hier zeigte sich, dass eine „großzügige Leistungsgewährung“ am höchsten bewertet wurde (Durchschnitt 4,6 auf einer Skala von 1 bis 5). Dahinter folgten gleichauf die Eigenschaften „unbürokratische, schnelle Hilfe“, „kompetente Beratung“ und „umfassender Service“ mit Durchschnittswerten von jeweils 4,5. Mit durchschnittlichen 4,4 Punkten wurde die Wichtigkeit von „Kundenorientierung“ und „Kulanz“ bewertet gefolgt von „persönlicher Ansprechpartner“ mit 4,0 Punkten. Auffällig war, dass die Eigenschaft „preisgünstiger als Konkurrenz“ mit 3,9 Punkten in der Rangreihe an drittletzter Stelle lag, noch weniger wichtig war den Befragten lediglich ein „24-Stunden-Service“ mit 3,0 Punkten und „Service und Beratung via Internet“ mit 2,3 Punkten. Die Befragung zeigt, dass neben den traditionellen

Aufgaben der Krankenkassen wie Leistungsgewährung und „schnelle Hilfe“ zunehmend nutzerorientierte Ansprüche gestellt werden. Dies zeigt sich auch in den Fragen zu einem stärkeren Engagement der Krankenkassen in verschiedenen Bereichen: Auch hier wird einerseits die Kontrollfunktion der Krankenkassen betont: Der Aussage, dass die Krankenkassen stärker als bisher die Preise der Pharma-Industrie kontrollieren sollen, stimmen 66,3 % „voll und ganz“ zu. Auch sollen sie stärker als bisher die Behandlungsqualität von Ärzten und Krankenhäusern überprüfen (43,6 % stimmen dieser Aussage „voll und ganz“ zu) und kontrollieren, ob Ärzte und Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten (volle Zustimmung bei 37,1 %). Gleichzeitig sprechen sich aber auch große Teile der Versicherten dafür aus, dass ihre Krankenkassen stärker als bisher informieren sollen, welchen Nutzen neue Behandlungsmethoden haben (40,8 % stimmen dem „voll und ganz“ zu), ob Medikamente einen nachweisbaren Nutzen haben (43,3 %) und dass sie stärker als bisher Versicherte über eine gesunde Lebensweise aufklären sollen (volle Zustimmung bei 29,6 %). Auch für ein stärkeres Engagement im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention sprechen sich die Befragten aus und demonstrieren so in ihren Ansprüchen ein großes Interesse an einem Ausbau der Aufgaben der Krankenkassen in Richtung auf mehr Nutzerorientierung.

3.1.2 Nutzer und Leistungserbringer

311. Der andere Interaktionspartner, dem der Nutzer sich im Gesundheitsversorgungssystem gegenüber sieht, ist der Professionelle. Dazu gehören neben Ärzten, Zahnärzten und Psychologen auch Pflegekräfte, Apotheker und andere Erbringer von Maßnahmen, die durch das System zur Verfügung gestellt werden.

Ein wichtiger Parameter in diesen Beziehungen zu Professionellen ist das Maß an Selbstbestimmtheit, über das ein Nutzer verfügt. Empirisch konnten in einer Studie drei Ebenen der Selbstbestimmung identifiziert werden (Altmann, B. u. Münch, K. 1997): Auf der ersten Ebene zählten die Befragten schon das Äußern von Wünschen zum selbstbestimmten Handeln, auf der zweiten Ebene wurde Wert darauf gelegt, Entscheidungen zu treffen, und der Dialogcharakter der Patienten-Arztbeziehung betont. Mit diesem Ergebnis korrespondieren die Bedürfnisse, die in der Studie von Wasem ermittelt werden konnten. Mehr als 80 % der Befragten wünschen sich, dass die Ärzte „mehr mit ihren Patienten reden und weniger Medikamente verordnen“ (Wasem, J. 1999). Patienten – so eine weitere Studie – haben den Wunsch, genau informiert zu werden: über den Tagesablauf, über diagnostische und therapeutische Verfahren; über Möglichkeiten der Hilfe; sie haben das Bedürfnis, über ihre Ängste und Sorgen zu sprechen (Selbmann, H. K. u. Straub, C. 1997). Auf einer dritten Ebene verstehen Patienten unter Selbstbestimmung Wahlmöglichkeiten innerhalb der Gesundheitseinrichtungen und zwischen den Institutionen. Die Befragten äußern dabei, dass sie mit ihren Vorstellungen von Selbstbestimmung relativ schnell an institutionelle Grenzen stoßen (Altmann, B. u. Münch, K. 1997).

Die Problematik der Selbstbestimmung im medizinischen Versorgungssystem muss immer im Zusammenhang mit der asymmetrischen Beziehung gesehen werden, die zwischen dem Nutzer und dem Professionellen, meist einem Arzt, besteht. Sie ergibt sich aus dem Gefälle an Wissen zwischen dem Professionellen und dem Nutzer. Der Nutzer tritt dem Professionellen als Hilfesuchender gegenüber. Dieser wiederum handelt vielfach routiniert, d. h. entsprechend den jeweiligen Versorgungsanforderungen stehen die medizinisch fassbaren Merkmale für ihn mehr oder weniger im Zentrum, gegenüber individuellen Begleitumständen der Erkrankung, die sich auf die Psyche oder das soziale Umfeld beziehen können. Hier zeigt die Bevölkerungsstudie von Wasem zum einen, dass aus der Sicht einer überwältigenden Mehrzahl der Befragten sowohl die Ärzteschaft allgemein als auch ihr persönlicher Hausarzt das volle Vertrauen genießen. Gleichwohl sprechen sie sich aber auch für eine starke Beachtung der individuellen Befindlichkeit und der jeweiligen Beziehung zwischen Arzt und Patient aus: Bei der Erstellung einer Rangfolge für wichtige Erwartungen an den Arzt rangierte „gutes Einfühlungsvermögen“ auf Platz zwei hinter einer „fachlich guten Ausbildung“. Diese wurden mit deutlichem Abstand gefolgt von Items wie „Ausstattung mit modernsten Geräten“, „fachlich gut ausgebildetes Personal“ oder „kurze Wartezeiten“ (Wasem, J. 1999).

312. Einer amerikanischen Untersuchung zufolge überlassen gut 50 % der chronisch kranken Patienten Therapieentscheidungen lieber ihren ärztlichen Behandlern. Einer deutschen Untersuchung zufolge liegt der Wunsch der Patienten als autonomer Partner behandelt zu werden an fünfter Stelle ihrer Bedürfnisse in der ambulanten Versorgung (Dierks, M.L. et al. 1994).

Auch die Tatsache, dass ärztliches Handeln deutliche Eingriffe in die Biografie des Nutzers erlaubt, trägt zur Asymmetrie der Beziehung bei. Ärzte müssen die Notwendigkeit der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln bescheinigen, Rehabilitationsmaßnahmen verschreiben und Gutachten erstellen, die über Erwerbsunfähigkeit entscheiden können. Auch „Zwangsweisungen in die Psychiatrie“ werden z. B. von Ärzten in Zusammenarbeit mit den Rechtsbehörden vorgenommen (vgl. Betreuungsrecht, § 1902 BGB).

313. Der Rat hat in seinem Jahresgutachten 1992 bereits darauf hingewiesen, dass an die Stelle eines benevolenten Paternalismus als zeitgemäße Form der Arzt-Patient-Beziehung ein Partnerschaftsmodell treten muss. Darin gibt der Arzt vermöge seines medizinischen Wissens den Rahmen vor, innerhalb dessen der Patient mithilfe des Arztes seine Entscheidung trifft (JG 1992, Ziffer 363).

Die Formulierung macht deutlich, dass es nicht um eine Nivellierung des Wissensunterschiedes gehen kann, denn dieser ermöglicht ja erst die Heilung, Befindlichkeitsverbesserung oder Linderung der Beschwerden. Vielmehr geht es um den Umgang mit diesem Wissensunterschied nicht nur in der je spezifischen Situation, sondern im gesamten System der Gesundheitsversorgung. Bezogen auf die Optimierung des Nutzerverhalten sollen hier im Folgenden als viel versprechende Ansatzpunkte eine Er-

höhung der Kompetenz beim Nutzer, eine Stärkung seiner partizipativen Möglichkeiten sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen unter dem Stichwort Patientenrechte diskutiert werden.

3.2 Möglichkeiten der Erhöhung von Kompetenz und Partizipation beim Nutzer

3.2.1 Kompetenz

314. Ziel der Darstellung ist es, die Möglichkeiten der Erhöhung von Nutzerkompetenz aufzuzeigen, und abzuleiten, wie das Nutzerverhalten im Gesundheitssystem zu optimieren ist.

Kennzeichen und Zielsetzungen eines optimierten Nutzerverhaltens lassen sich wie folgt beschreiben:

- Kompetente Nutzer nehmen das Gesundheitswesen in angemessener Weise, z. B. nachdem Eigenhilfe sachgerecht ausgeschöpft wurde, in Anspruch.
- Sie verfügen im Falle eigener, insbesondere chronischer Krankheit, über ausreichende Kompetenz, um so weit als möglich eigenständig mit ihrer Krankheit und der erforderlichen Behandlung im Sinne eines eigenen *case-management* umzugehen.
- Kompetente Nutzer verhalten sich hinsichtlich der einvernehmlich mit dem Arzt festgesetzten Verfahrenswege kooperativ, sodass ein Fehleinsatz medizinischer Ressourcen durch schlechte Compliance vermieden wird.
- Sie zeigen Verantwortungsbewusstsein gegenüber der Solidargemeinschaft.
- Kompetente Nutzer entwickeln ein besseres Verständnis dafür, dass medizinische bzw. professionelle Entscheidungen bezüglich Gesundheit grundsätzlich nicht frei von Ermessensspielräumen sein können, und dass Spielräume im Rahmen des medizinischen Fortschritts sowie Kompetenzen und Erfahrungen des einzelnen Arztes im Einzelfall zu voneinander abweichenden Urteilen führen können, ohne dass darin ein Qualitätsmangel zu sehen ist (kein Mensch-Maschinen-Modell).
- Insgesamt entsteht bei kompetenten Nutzern eine „Entbindung“ vom Gesundheitswesen im Sinne minimierter Kontaktraten und -dauer bei gleich bleibendem oder verbessertem Versorgungsergebnis hinsichtlich Morbidität, Mortalität, Lebensqualität und Kosten.

315. Kompetenz bedeutet allgemein Sachverstand. Nutzerkompetenz besteht so verstanden in der Ausübung des eigenen Sachverstandes im Gesundheitssystem, bedeutet die Fähigkeit, Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen zum Ausdruck zu bringen, sich zu informieren, zu wählen, entscheiden, also urteilen zu können, mitzubestimmen, zu steuern und zu kontrollieren (Bahlo, E. u. Kern, M. 1999b). Aus verhaltenswissenschaftlicher Perspektive lässt sich Kompetenz als Verhältnis zwischen den Anforderungen

an eine Person und deren Ressourcen zu ihrer Bewältigung definieren und bezieht sich dabei stets auf die Realisierung von Aufgaben. Kruse stellt in diesem Kontext eine Reihe von Aspekten der Kompetenz dar, die wie folgt auf die Kompetenz im Umgang mit Gesundheit und Krankheit übertragen werden (Kruse, A. 1987).

Kompetenz bedeutet, Funktionen, die der Alltag von einem fordert, selbstständig ausüben und ein in diesem Sinne unabhängiges und verantwortliches Leben führen zu können. Projiziert auf Nutzerkompetenz heißt dies:

- Gewährleistung der Alltagsbewältigung und Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, auch bei körperlichen Einschränkungen, die durch eine Krankheit verursacht werden.
- Erfahrung und Wissen aktivieren und auch auf neue Situationen hin anwenden: Erfahrung und Wissen aus Selbstbehandlung und vorausgegangenen Behandlungen im Gesundheitssystem kann im Bedarfsfall aktiviert und auf neue Krankheitssituationen angewendet werden.
- Sich auch in neuen Situationen zurechtzufinden und orientieren, neu hinzulernen: Die Bedingungen im Gesundheitswesen, Behandlungsmethoden und -möglichkeiten verändern sich ständig. Der Nutzer muss sich informieren, Notwendigkeit von Behandlung erkennen und entsprechend handeln.
- Kognitive Funktionen und Fähigkeiten aufrechterhalten und weiterentwickeln sowie nach neuen Aufgaben suchen, die anregend wirken: Sich mit Inhalten von gesundheitsrelevanten Erkenntnissen zu befassen, bedarf kognitiver Fähigkeiten, deren Aufrechterhaltung, insbesondere beim älteren Menschen, mit zunehmendem Alter bedeutsam wird.
- Fähigkeit, sich in sozialen Situationen zurechtzufinden und neue soziale Kontakte zu schließen: Als Beispiel wäre hier die Teilnahme an und der Kontakt mit Selbsthilfegruppen zu nennen.
- Ein positives Selbstbild aufbauen oder wiedergewinnen, das von der Überzeugung bestimmt ist, wichtige Funktionen zu beherrschen und sein Leben weitgehend selbst gestalten zu können: Dieser Aspekt kann für die Anwendung von Krankheitsbewältigungsstrategien auf der Basis der Kontrollüberzeugung stehen.
- Ziele, Ideale und Werte definieren und verwirklichen, die als sinnvoll und verpflichtend für das eigene Leben empfunden werden: Gesundheit ist zu einem Grundwert unserer Gesellschaft geworden, und Gesundheitserhaltung entwickelt sich zu einem Ideal. Sich einem gesunden Leben zu widmen, kann somit zu einem individuellen Lebensziel werden.
- Eine realistische Zukunfts- und Lebensperspektive entwickeln, die einerseits um die Begrenzungen weiß, andererseits aber auch den Versuch unternimmt, den Blick auf neue Ziele zu richten: Dieser Aspekt beinhaltet auch einen „kompetenten“ Umgang mit Sterblichkeit und Tod.

Kruse entwickelt somit eine Beschreibung von Kompetenz, die Aspekte eines selbstständigen, selbstverantwortlichen und eines persönlich zufriedenen stellenden Lebens enthält. Diese können gleichermaßen auf gesunde wie kranke, junge und alte sowie behinderte Menschen übertragen werden. In seiner Definition wird ausdrücklich die Umwelt einbezogen. Dahinter steht die Erkenntnis, dass die Auseinandersetzung des Menschen mit Anforderungen seiner Umwelt Fähigkeiten und Fertigkeiten ausbildet, erhält und erweitert (Kruse, A. 1996).

3.2.1.1 Faktoren, die die Nutzerkompetenz beeinflussen

3.2.1.1.1 Personale Faktoren

316. Das Gesundheitskonzept des Menschen, als wichtigste personale Einflussgröße, steuert das Verhalten des Nutzers im Umgang mit Gesundheit und das Erkennen von Krankheitssymptomen. Des Weiteren entscheidet es darüber, ob und wann der Betroffene professionelle Hilfe beansprucht und welche Art von Hilfe. Es werden vier Dimensionen eines subjektiven Konzeptes von Gesundheit beschrieben:

- Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit,
- Gesundheit als Reservoir an Stärke und Energie,
- Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit und
- Gesundheit als Gleichgewicht oder Wohlbefinden (körperlich, psychisch).

Subjektive Gesundheitskonzepte sind in Abhängigkeit von Arbeitsbedingungen und Lebensverhältnissen zu sehen und werden vom Leben in verschiedenen Kulturen geprägt, d. h. Berufe und soziale Schichten üben einen wichtigen Einfluss auf subjektive Konzepte von Gesundheit aus. Weitere Faktoren stellen das Geschlecht und Alter dar. Das Thema Gesundheit spielt im Lebenslauf von Frauen und Männern eine unterschiedliche Rolle. Frauen scheinen die psychische Dimension stärker zu betonen und soziale Beziehungen mehr in die Überlegungen zur Gesundheit einzubeziehen. Somit ist die subjektive Konstruktion von Gesundheit als Ergebnis eines Sozialisationsprozesses zu sehen. Die empirischen Belege sprechen für komplexe Gesundheitskonzepte ab dem mittleren Alter, die sowohl psychische Aspekte als auch körperliches Wohlbefinden in den Mittelpunkt rücken. Für den älteren Menschen steht die eigene Leistungsfähigkeit, vor allem bei Männern, aber auch die psychische Dimension im Vordergrund. (Faltermaier, T. 1994).

317. Auch Überlegungen zur Krankheit prägen das Gesundheitskonzept oder bilden die Grundlage für ein Gesundheitsverständnis. Eine Forschungsgruppe um den amerikanischen Gesundheitspsychologen Leventhal entwickelte ein Modell mit vier Attributen der kognitiven Repräsentation von Krankheit (Faltermaier, T. 1994, S. 90ff.):

- Identität: die Verknüpfung von körperlichen Symptomen mit dem Etikett einer Krankheit;
- Kausalität: Annahme über die Gründe für die Entstehung der Krankheit;
- Zeitverlauf: Erwartungen über den zeitlichen Verlauf und die Dauer der Krankheit;
- Konsequenzen: Erwartungen über die unmittelbaren und langfristigen Folgen der Krankheit.

Die Ausprägung dieser verschiedenen Komponenten beeinflusst das Handeln im Krankheitsfall. Das jeweilige Konzept von Gesundheit und Krankheit ist somit ein entscheidender Faktor beim Zugang zum professionellen Gesundheitssystem. Es wirkt sich aber ebenso auf die Interaktionen im System aus. Unter anderem sind Wirkungen auf die Kooperationsbereitschaft des Kranken, sein Vertrauen sowie auf die Einstellung zur medizinischen Behandlung, den Umgang mit den behandelnden und damit auf die Compliance zu erwarten.

Als problematisch erweist sich, dass häufig die subjektiven Theorien des Patienten den wissenschaftlichen Theorien des Arztes gegenüber stehen. Eine problemlose Anpassung der Lientheorien an die professionellen ist illusorisch. Vielmehr ist ihre mangelnde Einbeziehung wohl häufig ein Grund für das beklagte Non-Compliance-Verhalten (Faltermaier, T. 1994). Die Anpassung bzw. Berücksichtigung des Gesundheitskonzeptes des Nutzers stellt daher eine wichtige, von den Professionellen zu leistende Anforderung dar, die innerhalb der kommunikativen Komponente Anwendung finden muss (vgl. Interaktion im System).

318. Auch die Krankheitsbewältigung wird von personalen Faktoren beeinflusst. Bei einer Erkrankung, insbesondere einer chronischen Erkrankung ist die Gewissheit über das Vorhandensein bestimmter Ressourcen ein zentraler Faktor. Von verschiedenen personalen Ressourcen wurden bisher am häufigsten die positive Erwartungshaltung als Einflussfaktor auf die Krankheitsbewältigung untersucht. Zur positiven Erwartungshaltung zählt die interne Kontrollüberzeugung. Bemühungen um Gesundheit bedürfen der Grundüberzeugung, dass Krankheit veränderbar ist, bzw. dass die Situation sich positiv beeinflussen lässt.

Diese entscheidende Überzeugung, Kontrolle zu besitzen, kann die Bereitschaft zur Prophylaxe und Behandlung erhöhen. Demgegenüber führt eine zu starke Kontrollüberzeugung dazu, dass Möglichkeiten zur Beschwerdereduzierung erprobt werden und kein Arzt aufgesucht wird (Arnold, K. 1992). Krankheiten, die durch den Betroffenen kontrolliert werden können, fordern ein problemorientiertes *coping* heraus. Diese Form der Krankheitsbewältigung kann dagegen dysfunktional sein, wenn eine Kontrolle durch das Verhalten des Patienten nicht möglich ist; bieten sich vielmehr emotionszentrierte Formen der Bewältigung an (Schröder, K. 1997). Die interne Kontrollüberzeugung und eine effektive Bewältigungsstrategie zählen als entscheidende Einflussfaktoren für das Nutzerverhalten bei der gemeinsamen Entwicklung von

Behandlungsstrategien, die auch unter motivationalen Gesichtspunkten betrachtet werden kann.

Maßgeblich für den personalen Faktor Motivation ist, ob eine Situation genügend Anreize enthält, um das Bedürfnis nach Erbringung effektiver Leistungen zu wecken, und ob der Anreiz so lange bestehen bleibt, dass Handlungen nicht nur initiiert, sondern auch realisiert werden. Dies bezieht sich nicht nur auf konkrete Erkrankungen, sondern auch auf die generelle Einstellung zu Gesundheit. Die Erhaltung der Gesundheit wird von vielen Menschen als eines der wichtigsten Lebensziele genannt, was als starker Anreiz zu interpretieren ist. Es gibt aber auch Motive, die diesem Anreiz entgegenwirken. Eine nicht vollständige Ausnutzung der Kompetenzmöglichkeiten lässt sich in diesem Zusammenhang darauf zurückführen, dass der Mensch seine Bemühungen um Lösungen der Situation aufgibt, sobald Schwierigkeiten auftreten. In der Motivationspsychologie wird daher differenziert zwischen motivationaler Bewusstseinslage (Der Patient traut sich die Bewältigung von Problemen nicht zu) und volitionalen Bewusstseinslagen (Schwierigkeiten bei der Lösung werden auf eigene Defizite zurückgeführt und Versuche aufgegeben) (Kruse, A. 1996).

319. Die Erfahrung als weiterer personaler Faktor der Kompetenz bildet die Grundlage für Gesundheitsselbsthilfe, die sowohl quantitativ als auch qualitativ einen erheblichen Teil der Gesundheitsversorgung abdeckt und nicht durch das professionelle System ersetzt werden könnte. Sowohl das Krankheitsverhalten (*illness behaviour*) als auch das Gesundheitsverhalten (*health behaviour*), als präventives Bemühen von Menschen im Alltag, spielt sich in weiten Teilen außerhalb der Reichweite des professionellen System ab. 92 % der Bevölkerung geben individuelle oder soziale Selbsthilfemaßnahmen bei gesundheitlichen Problemen an. Erfahrung erwächst dabei ohne bewusste Eigentätigkeit aus der unmittelbaren Beziehung zwischen Mensch und Umwelt. Professionelles Wissen bringt die Inhalte der Erfahrung in eine logische Beziehung. So sind empirische Kenntnisse ein Verbindungsglied zwischen dem theoretischen Wissen und der Praxis.

320. Der Umgang mit Beschwerden oder die Selbstbehandlung bilden einen wichtigen Bestandteil des Gesundheitshandelns von Nutzern. Einfluss auf das Ausmaß der Selbstbehandlung haben neben Persönlichkeitsunterschieden im Umgang mit Beschwerden und kulturellen Interpretations- und Handlungsmustern die sozialen Unterstützungssysteme. Größere Haushaltsgemeinschaften mit mehr gemeinsamen Aktivitäten und intensive Interaktion im Haushalt sowie das Vorhandensein gesundheitsbezogener Kenntnisse, z. B. durch ein Mitglied des Verwandtschaftsnetzwerkes mit Fachausbildung im Gesundheitsbereich, fördern das Potenzial der Gesundheitsselbsthilfe. Ebenso spielen das Alter und Geschlecht eine Rolle. Jüngere Menschen kommunizieren weniger über ihr gesundheitliches Befinden. Mit dem Alter nimmt die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit zu. Ebenso verweisen Studien auf eine größere Gesundheitsaufmerksamkeit der Frauen gegenüber den Männern. Mit dem Al-

ter nimmt die Inanspruchnahme eines Experten bei Alltagsbeschwerden, insbesondere bei Frauen und Nichterwerbstätigen zu. Frauen können bei eigenen gesundheitlichen Problemen weniger mit Hilfeleistungen und Unterstützung in der Familie rechnen und suchen daher außerhalb Hilfe (Faltermaier, T. 1994).

3.2.1.1.2 Umweltbedingungen

321. Die Erweiterung der Kompetenz im individuellen Bereich kann nicht ohne die Wechselbeziehung mit der Umwelt (äußere Ressourcen) gesehen werden. Unter äußeren Ressourcen versteht man situative Bedingungen, die den Rahmen bilden für die Entfaltung individueller Ressourcen. Die Bedeutung von drei Umweltbereichen für den Aufbau und die Erhaltung von Fähigkeiten und Fertigkeiten und die Verbesserung der Kompetenz ist belegt. Dazu gehören erstens die räumliche Umwelt, also das Lebensumfeld des Nutzers wie die Wohnung, und zweitens die soziale Umwelt (Familie, Freunde, Vereine). Den dritten Umweltbereich bildet die institutionelle Umwelt aus der Sicht des Nutzers. Das sind zum einen ambulante und stationäre Einrichtungen, Krankenkassen usw., zudem rechnet man zur institutionellen Umwelt auch alle politischen Entscheidungsgremien und Gesetze, die das Leben unterschiedlicher Nutzergruppen betreffen (Kruse, A. 1996).

Wenn eingeschränkte räumliche Umweltbedingungen in der Wohnqualität und in der Einrichtung der Wohnung bestehen, lassen unter Umständen, wie z. B. bei Hochaltrigkeit, bereits geringfügige Kompetenzdefizite im Krankheitsfall eine selbstständige Lebensführung nicht mehr zu. Die Möglichkeiten der autonomen Lebensführung unterliegen damit erheblich der Beeinflussung durch Veränderungen im Lebensumfeld, was für behinderte chronisch erkrankte Menschen besonders bedeutsam erscheint. Diese haben vielfach durch ihre eingeschränkte Selbstständigkeit eine extrem hohe Bindung an die eigene Wohnung. Verbesserungen der räumlichen Umwelt, wie z. B. Aufzüge, Haltevorrichtungen, rutschfeste Materialien oder ein Hausnotrufsystem, können Menschen mit körperlichen Einschränkungen ein sicheres Leben in der Wohnung erlauben. Im Sinne einer menschengerechten Umweltgestaltung dient die Technik der Kompensation bestehender Einschränkungen und führt somit zur Verbesserung der Kompetenz (Arnold, K. 1992; Brandenburg, H. u. Schmitt, E. 1996).

322. Durch ein funktionierendes soziales Umfeld können angemessene Kompetenzen aufgebaut oder wiederhergestellt werden, um sich mit verschiedenen Handlungsanforderungen in einer neuen Lebenssituation wie Erkrankung und Behinderung auseinanderzusetzen. Daher kommt dem sozialen Netzwerk des Nutzers eine wichtige Bedeutung zu. Dieser Rückhalt der sozialen Umwelt zeigt verschiedene Wirkungen auf das Verhalten des Nutzers im Gesundheitswesen.

Studien, die den Zusammenhang zwischen sozialer Integration und spezifischen Gesundheitsverhaltensweisen erforschten, zeigen eine präventive Wirkung gegenüber

Erkrankungen, indem protektive Gesundheitsverhaltensweisen begünstigt werden (Siegrist, K. 1986). Der Nutzer orientiert sich am positiven Modellverhalten oder an gesundheitsfördernden Instruktionen und an Ratschlägen der Personen im Netzwerk.

In der Situation einer besonders belastenden kritischen Lebensphase bietet das Netzwerk eine stützende Funktion, die eine Anpassung und Bewältigung von Krisen erleichtert. Diese als „Puffermodell“ bezeichnete Wirkung dämpft oder eliminiert mögliche schädliche Auswirkungen der Krise.

Mehrere Studien zeigen einen offensichtlichen Einfluss des Netzwerkes auf den Genesungsprozess. Eine quantitativ und qualitativ (z. B. Gefühl von Zugehörigkeit und Intimität) ausreichende Unterstützung spielt eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von schweren, insbesondere chronischen Erkrankungen und deren Begleitumständen. Reaktionen des Netzwerkes beeinflussen maßgeblich eine Wiedereingliederung des Kranken in den Alltag sowie deren Bewältigung und Überwindung der Krankheit (Leppin, A. u. Schwarzer, R. 1997).

Die Unterstützung kann sich dabei auf verschiedene Dimensionen beziehen, die von House 1981 als Charakteristika sozialen Rückhalts definiert wurden (Siegrist J. 1988, S. 109):

- Emotionaler Rückhalt (Wertschätzung, Zuneigung, Vertrauen, Interesse, Zuwendung)
- Rückhalt durch Anerkennung (Bestätigung, Feedback, positiver sozialer Vergleich)
- Rückhalt durch Information (Rat, Vorschläge, Handlungsanweisungen, geteiltes Wissen)
- Instrumentaler Rückhalt (Hilfe durch zeitliche Präsenz, (Mit-)Arbeit, finanzielle Mittel).

323. Die wichtigste Primär- bzw. Bezugsgruppe im Krankheitsfall ist die Familie des Nutzers. Insbesondere der weibliche Teil der Familie leistet eine umfangreiche Gesundheitsarbeit.

Es werden drei Aspekte der Gesundheitsarbeit von Frauen in der Familie unterschieden (Graham, H. 1985). Frauen sind „*providers of health*“ (Versorgen, Bereitstellen), „*negotiators of health*“ (Weitergabe von Wissen) und „*mediators of health*“ (Vermitteln zwischen). Wichtig im Hinblick auf das Nutzerverhalten ist die Rolle der Frauen als „*mediators of health*“. Sie stellen die Verbindung zum professionellen Gesundheitssystem her und vermitteln den Kontakt der Familienmitglieder zu medizinischen und sozialen Experten. Frauen handeln somit als „*gate-keeper*“ zwischen Familie und professionellem System, „verbinden das informelle Gesundheitssystem der Laien mit den formalen Institutionen“ (Faltermaier, T. 1994).

324. Neben der Familie haben insbesondere seit den Siebzigerjahren gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen an Bedeutung gewonnen. Sie bestehen aus gleichberechtigten Mitgliedern, die sich zur regelmäßigen Teilnahme verpflichten, ohne finanziellen

Forderungen nachkommen zu müssen. Die Teilnehmer der autonomen Gruppe können einander als Modell dienen und gemeinsame Probleme Außenstehenden nahe bringen. Selbsthilfegruppen geben psychosoziale Unterstützung, insbesondere da, wo andere Netzwerke (z. B. Familien) überfordert sind. Sie können zudem den Einstieg ins System professioneller Hilfe erleichtern, was insbesondere dann von Bedeutung ist, wenn die Vielfalt der Hilfsmöglichkeiten für den Einzelnen immer undurchschaubarer werden. Selbsthilfegruppen bieten auch Chancen für den Kontakte zwischen Laien und Professionellen und steuern damit das Nutzerverhalten im und beim Zugang ins Gesundheitssystem (Buser, K. u. Kaul-Hecker, U. 1996).

325. Der positive Effekt der sozialen Umwelt auf den Nutzer steht in enger Beziehung zu den personalen Faktoren. So scheinen die subjektive Wahrnehmung (z. B. Erfahrung von Anerkennung, Zuwendung oder Hilfe) und das Gefühl der Akzeptanz durch andere (*sense of acceptance*), Einfluss auf die Wirkung des sozialen Netzwerkes zu nehmen. Umgekehrt wirken personale Faktoren auf das Netzwerk. Beispielsweise verringert eine schwache soziale Kompetenz mit gering ausgeprägtem Selbstwertgefühl die Wahrscheinlichkeit, ein soziales Netz zu mobilisieren (Leppin, A. u. Schwarzer, R. 1997).

Hinweise zeigen sich ebenfalls dafür, dass in unteren sozioökonomischen Statuslagen (Siegrist, J. 1988, 111):

- Netzwerke häufig kleiner, störanfälliger, weniger stabil und durch geringere Reziprozität gekennzeichnet sind,
- soziale Ressourcen innerhalb der Netzwerke in geringem Maße ausgebildet sind (dies gilt z. B. für instrumentelle Ressourcen wie verfügbare Zeit, Geld etc.) und
- Kompetenzen der Nutzung von Ressourcen durch Betroffene begrenzt sind (Initiativbereitschaft, Fähigkeit produktiver Nutzung dargebotener Informationen und Hilfen etc.).

Für diese Nutzergruppen sollte das Ziel besonders die Stärkung des sozialen Netzwerkes sein, um die eigene Nutzerkompetenz zu erhöhen.

3.2.1.1.3 Edukative, kommunikative und informative Faktoren

326. Moderne Gesundheitsedukation wird von der Prämisse getragen, dass Menschen prinzipiell in der Lage sind, ihre gesundheitlichen Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen. Wenn Betroffene und Angehörige die Überzeugung haben, dass die Erhaltung der Gesundheit im eigenen Wirksamkeitsbereich liegt, zeigt sich dies in gesteigerter Informiertheit und Orientierung über Behandlungsmethoden, Finanzierungsmöglichkeiten, Maßnahmen bei Behandlungsfehlern und über ihre Rechte als Patient. Der kompetente Nutzer wird zum Akteur im Bereich Gesundheit und Krankheit im Rahmen seiner jeweiligen Lebensbezüge. Er verharrt weniger lange in der at-

tributierten „gelernten Hilflosigkeit“ und legt seine klassische Patientenrolle ab. Patienteninitiativen, gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen sind Kennzeichen einer kommunikativen Kompetenz im Bereich der Gesundheit und Krankheit. Die Stärkung der Nutzer im Gesundheitswesen durch Information, Beratung, Erfahrungsaustausch und Hilfe zur Selbsthilfe muss ein grundsätzliches Ziel sein (Bexfield, H. 1995).

327. Auf der Mikroebene der Kompetenzsteigerung gibt es die edukative Komponente. Schulungskonzepte liegen heute für viele chronische Krankheiten vor und sollen dem Patienten ein eigenes Management seiner Krankheit ermöglichen. Abgesehen von dem Erlernen bestimmter Techniken ist auch die Vermittlung einer einvernehmlich festgelegten Steuerung der Inanspruchnahmen des Versorgungssystems ausbaubedürftig. Der Patient lernt, welche Erscheinungen für seinen Krankheitsverlauf relevant sind, was er jeweils selbst tun kann und wann ärztliche Hilfe erforderlich ist. Wie das Beispiel holländischer Allgemeinärzte oder auch mehrjährige Kampagnen bei deutschen Krankenkassen (GEK Versicherteninitiative zur Nasenspülung) zeigen, lässt sich die Inanspruchnahme z. B. bei Erkältungskrankheiten durch solche edukatorischen Maßnahmen deutlich reduzieren.

328. Die kommunikative Komponente stellt eine unabdingbare Voraussetzung von Partizipation und Kompetenzsteigerung auf der Ebene Patienten-Arzt dar. Einige der häufigsten Gründe für das Aufsuchen von Patienteninitiativen sind Kommunikationsstörungen zwischen Patient und Arzt. Patienten fühlen sich häufig nicht ernstgenommen und ungenügend aufgeklärt, was das Vertrauensverhältnis stört. Nicht als mündiger Patient wahrgenommen zu werden, trifft in noch viel häufigerem Maße alte und behinderte Menschen, denen aufgrund körperlicher Einschränkungen Kompetenz abgesprochen wird und die als hilfsbedürftig, unselbstständig und defizitär wahrgenommen werden. Andererseits erfordert dieses Ziel auch verbesserte Kommunikation zwischen verschiedenen Leistungserbringern.

Eine kompetenzsteigernde Information muss alle vier wesentlichen Bereiche eines Patientenanliegens, Appell, Sachgehalt, Beziehung und Information berücksichtigen, um den wirklichen Informationsbedarf des Patienten abzudecken. Dazu ist es erforderlich, die Vorstellungen, die der Patient selbst hat (vgl. *health-belief*-Modell), insbesondere seine Deutungen des Geschehens, z. B. Ängste, die Einschätzung von Schweregrad und Prognose, zu kennen. Um Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Menschen im Sinne einer Optimierung des Nutzerverhaltens zu nehmen, müssen Persönlichkeitsmerkmale, psychosoziale Lebenssituation und die kognitive Bewertung des eigenen Gesundheits- oder Risikoverhaltens einbezogen werden. Dadurch wird eine differenzierte Bewertung möglich, wie die Beratung zu gestalten ist, ohne möglicherweise hilfreiche biografiebezogene Deutungen des Patienten zu zerstören. Diese Erfordernisse setzen beim

Arzt kommunikative Kompetenz als einen anspruchsvollen Teil der ärztlichen Qualifikation voraus, die allerdings zum Teil unzureichend vorhanden ist.

329. Die informative Komponente umfasst alle Maßnahmen, um dem Nutzer das erforderliche Wissen zum Verstehen seiner gesundheitlichen Situation zu vermitteln.

Deutschland befindet sich im Aufbruch zur Informationsgesellschaft. Dieser Wandel in der Gesellschaft ist mit der Erfindung des Buchdrucks vergleichbar, denn dem Menschen werden nicht mehr nur vorselektierte Informationsbruchstücke angeboten, wie dies heute bei den Massenmedien Fernsehen und Presse größtenteils der Fall ist oder vor Erfindung des Buchdrucks durch Staat und Kirche geschah. Er ist vielmehr Teil eines Informationsnetzwerkes, in dem er seine eigenen Vorstellungen nahezu unbeschränkt artikulieren kann. Zudem wird die oft bedrohliche politische Macht über Informationen stark beschnitten, denn in Zukunft stehen Informationen und Meinungen aus fast unendlichen Datenquellen zur Verfügung.

Mit dieser beispiellosen Vermehrung der Information geht die Gefahr einher, dass die Qualität der Informationen im Durchschnitt sinkt und der Nutzen jeder zusätzlichen Information gering ist. Das Problem, sich Informationen beschaffen zu können, wird zunehmend verdrängt durch das Problem, die Qualität von Informationen richtig einschätzen zu können.

Übertragen auf die Medizin bedeutet dieser Wandel für den Patienten, dass er durch den Einsatz der neuen Technologien die Möglichkeit hat, zeitnah umfangreiche Informationen über seine Erkrankungen und deren Behandlung oder über die Prävention ihn bedrohender Krankheiten zu beziehen, die ihn zumindest teilweise unabhängig von dem bisherigen Informationsmonopol des Arztes oder einer aufwendigen Literaturrecherche in Experten- und Laienliteratur (wenn diese für ihn überhaupt möglich ist) machen.

330. Für die Medizin wird sich eine Dreiteilung des Informationsinteresses ergeben. Diese beruht auf den traditionellen Aufgaben:

1. Forschung und Lehre,
2. Patientenversorgung
3. sowie Versicherten- und Patienteninformation.

Teleteaching über das Internet wird in naher Zukunft zum festen Bestandteil ärztlicher Weiter- und Fortbildung gehören. Leicht verständliche Informationen über Krankheiten, Diagnostik, Therapiemöglichkeiten und Prävention könnten die Patientensouveränität im Arzt-Patient-Verhältnis deutlich stärken.

Die Schwierigkeit von Patienten, die Eigenschaften von gesundheitlichen Versorgungsgütern oder Einrichtungen, über deren Nutzung sie entscheiden oder mitentscheiden sollen, zu beurteilen, gründet auf der Tatsache, dass ihnen objektive Datenquellen kaum verfügbar sind.

Werbung spricht vorzugsweise nicht rationale Elemente an, und die notwendige vollständige Information für eine optimale Kaufentscheidung ist häufig nicht oder nur unvollständig öffentlich verfügbar. Gesundheitliche Informationsangebote in Print- oder TV-Medien sind sichere Publikumsmagneten, doch ist ihre inhaltliche Qualität häufig nicht nachvollziehbar.

Das gilt auch für das Medium Internet. Dem American-Internet-User-Survey vom Juli 1999 zufolge suchen 36 % aller erwachsenen US-Online-Nutzer (rund 42 % der weiblichen Nutzer) Informationen aus dem Gesundheits- und Medizinsektor. Deutschen Daten zufolge sind über 25 % der ca. 11 Mio. (1999) erwachsenen Internetnutzer hochgradig an Gesundheitsinformationen interessiert, wengleich die Quote gezielter Nutzer zurzeit noch sehr viel niedriger liegen dürfte (Schwartz, F. W. 1999a).

331. Andererseits sind qualitätsgesicherte Angebote, sei es in Printmedien oder in Internetquellen, bislang noch sehr klein, jedenfalls wachsen sie sehr viel langsamer als die gewerblich bzw. anbietergesteuerten Informationen in diesem Bereich. Der wissenschaftliche Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland hat die Bundesregierung daher Anfang 1999 gebeten, für eine Verbesserung öffentlich verfügbarer qualitätsgesicherter Informationen Sorge zu tragen.

Die Angebote, die den Patienten in seiner Rolle als kompetenten Partner in seinem Behandlungsverhältnis stärken sollen, müssen daher durch unabhängige Institutionen auf der Basis qualitätsgesicherter Inhalte zur Verfügung gestellt werden.

332. Auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion hat in mehreren Gutachten, zuletzt vor drei Jahren (SG 1997), darauf hingewiesen, dass Transparenz im Gesundheitswesen für den Versicherten und den Patienten als den beiden zentralen Rollen, in denen Verbraucher dort in Erscheinung treten, nachhaltig verbessert werden muss, wenn die politisch immer wieder angemahnte stärkere Eigenverantwortung von Patienten und Versicherten mehr sein soll als finanzielle Selbstbeteiligung ohne Mitentscheidung.

Die Bundesregierung hat erstmals Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung gesetzlich verankert (§ 65b SGB V), wengleich zunächst nur im Rahmen von Modellvorhaben. Erstmals hat der Gesetzgeber überdies (§ 137b SGB V) in übergeordneten Angelegenheiten der Qualitätssicherung des Gesundheitswesens den Weg dafür frei gemacht, auch Vertreter von Patienten hinzuzuziehen. Der Patientengruppe fällt damit die Möglichkeit zu, aktiv an der Gestaltung des Gesundheitssystems teilzunehmen.

3.2.1.2 Informationsquellen

3.2.1.2.1 Informationen durch Ärzte

333. Patienten und Versicherte begegnen heute einer unübersichtlichen Fülle überwiegend gut zugänglicher ge-

sundheitsbezogener Informationen, die es ihnen durchaus ermöglichen, sich umfassend zu informieren. In der Regel handelt es sich dabei um Sachverhalte, die der Nutzer, vor allem dann, wenn er bereits erkrankt ist, nicht ohne weitere Informationen für seine eigene spezifische Situation nutzen kann. Hier ist der Nutzer meist auf ärztlichen Rat angewiesen. Der Nutzer bringt heute überwiegend 1. bereits Informationen mit, er verbindet diese 2. mit seinen eigenen Erfahrungen zu bestimmten eigenen Vorstellungen, häufig kausalen Deutungen des Geschehens und hat 3. eigene Präferenzen, z. B. hinsichtlich der Behandlungsziele oder der Therapieform. Eine der wesentlichen Aufgaben der Information auf Mikroebene besteht somit darin, die beim Patienten bereits vorhandenen Informationen zu erfassen und so zu modifizieren bzw. zu erweitern, dass eine Vermehrung von Kompetenz erfolgt, die Partizipation am Gesundheitsverlauf und den darauf bezogenen professionellen Entscheidungen ermöglicht.

334. Nach wie vor ist die weitaus wichtigste Informationsquelle zum Thema Gesundheit aus der Sicht der Nutzer des Systems der Arzt, zu dem Patienten in der Regel großes Vertrauen haben (Infas 1998). Vor allem ältere Menschen wenden sich in gesundheitlichen Fragen an ihre Ärzte – mehr als 75 % der über 55-Jährigen holen sich hier Rat. Ein Drittel dieser Altersgruppe bezieht ihre Informationen über die Apotheke und/oder Zeitschriften (Wasem, J. u. Güther, B. 1998, S. 27). In einigen Gesundheitsbereichen – insbesondere der Medikation – ist der Arzt für viele Patienten die einzige Informationsquelle (Makoul, G. et al. 1995). Ähnliches gilt auch für die Prävention. Der Arzt ist die Instanz, dessen Intervention und Beratung von den Patienten am ehesten erwartet und akzeptiert wird und dadurch den größten Erfolg verspricht (Dierks, M. L. u. Bitzer, E. M. 1994a). Bedenkt man zudem, dass Ärzte im sozialen Ansehen der Berufe bei der Bevölkerung mit Abstand an erster Stelle stehen, kommt diesen zweifellos eine besondere Verantwortung bei der gesundheitlichen Information der Patienten zu.

Hierzu sind Anforderungen an die ärztliche Information zu stellen, die den jeweiligen individuellen Kontextbedingungen des Patienten angepasst sein müssen: Verständlichkeit dürfte dabei eines der größten praktischen Probleme sein, da sich vor allem bei Ärzten erhebliche Mängel hinsichtlich einer für den jeweiligen Patienten verständlichen Darstellung des medizinischen Sachverhaltes finden. Information stößt auch grundsätzlich an Grenzen. In einer Studie zeigte sich, dass nur 50 % der in der Sprechstunde erhaltenen Informationen sinngemäß von den Patienten wiedergegeben werden konnte (Roter, D. u. Russel, N. 1994). Zudem zeigte eine Repräsentativbefragung des Infas-Instituts, dass für gut ein Viertel der Befragten die Informationen des Arztes nicht hinreichend verständlich sind (Infas 1998). Selbst bei guter Verständlichkeit des Sachverhaltes kann nicht davon ausgegangen werden, dass Arzt und Patient identische Vorstellungen haben, da dem Patienten der gesamte medizinische Hintergrund mit seinen relativierenden Bedingungen fehlt. Zur Frage, welchen Kriterien Informationen genügen müssen, um Patienten in ihren Entscheidungen leiten zu können, besteht Forschungsbedarf.

335. Allerdings nimmt die Information bei den Ärzten einen geringeren Stellenwert ein, als von den Patienten gewünscht wird (Laine, C. et al. 1996). So wurden bei mehr als 60 % der Interaktionen, die im Rahmen einer Studie zur Medikation analysiert wurden, weder vom Arzt noch vom Patienten Nebenwirkungen, Vorsichtsmaßnahmen und Risiken erwähnt (Makoul, G. et al. 1995), auch ein Hinweis darauf, dass Patienten die Zeitknappheit des Arztes verinnerlicht haben und aus Rücksicht auf den Arzt keine „unnötigen“ Fragen stellen wollen (Buckland, S. 1994; Dierks, M. L. et al. 1994). Sogar nach eigener Einschätzung nehmen nur knapp 30 % der Ärzte den Wunsch der Patienten nach Informationen adäquat wahr (Baum, E. et al. 1996).

336. Dabei können umfassende und angemessene Informationen nicht nur einen positiven Effekt auf die Zufriedenheit der Patienten, sondern auch auf den Gesundheitszustand haben. So konnte nachgewiesen werden, dass z. B. bei chronischen Schmerzpatienten, bei Diabetikern, Rheumatikern und Patienten mit chronischen psychischen Problemen sowie bei Patienten, die an den Folgen einer schweren Kopfverletzungen leiden, durch eine verbesserte Informations- und Entscheidungsbeteiligung auch bessere gesundheitliche Ergebnisse realisiert wurden (Segal, L. 1998).⁵² Selbst wenn im Einzelnen unklar ist, welcher medizinische Nutzen sich wirklich für den Patienten aus der erweiterten Information ergibt, entspricht es der Erfahrung, dass der Strukturgewinn, den der Patient erfährt, indem er seine Krankheit besser einordnen und deuten kann, sich gesundheitsförderlich auswirkt.

Die Information sollte dergestalt nutzerorientiert sein, dass die Bedeutung einer Maßnahme in der spezifischen Konstellation, z. B. bei Multimorbidität, ohnehin schlechter Gesamtprognose, lebensbestimmender chronischer Grundkrankheit u. Ä. deutlich wird. Neben den spezifischen Nebenwirkungen sollten auch die sozialen Folgen wie Zeit- und Kraftaufwand, ggf. Kosten und Schmerzen und Beschwerden, aber auch konkrete Gewinne, z. B. bzgl. Alltagskompetenzen, mit dem Patienten erarbeitet werden.

Besondere Bedeutung für die Entscheidungspartizipation kommt einer Information über die Wahrscheinlichkeiten für das Eintreffen des Ziels der Maßnahme zu. Es kann vermutet werden, dass sich viel mehr Patienten als bisher gegen z. B. präventiv orientierte Maßnahmen entscheiden, wenn sie das Verhältnis von erfolgreich Behandelten zu Behandelten („*number needed to treat*“) überblicken.

337. Patienteninformation als Weg zu mehr Patientenkompetenz stößt an grundsätzliche Grenzen. So ist es illusionär anzunehmen, der Arzt könne seinen Patienten wirklich „objektiv“ informieren. Seine eigene Überzeugung und im Regelfall bereits vorab getroffene Entscheidung über den „besten“ Weg werden zwangsläufig die Art der Beratung beeinflussen. Konflikte sind dort denkbar, wo teurere Alternativen, z. B. Medikamente, die zu einer

Überschreitung des Budgets beitragen können, eher dem Wunsch des Patienten als dem des Arztes entsprechen.

Eine sachgerechte Information setzt schließlich voraus, dass der beratende Arzt stets den aktuellen Wissensstand, der vielfach z. B. beim Hausarzt über den eigenen Fachbereich hinausgehen muss, verfügbar hat, ein zumindest vorübergehend ungelöstes Problem.

Vor allem von primärärztlicher Seite wird betont (Richards, T. 1999), dass Information, indem sie unweigerlich die Unsicherheiten und die mangelhafte Vorausschbarkeit im Einzelfall offen legt, auch mehr zu Angst und Irritation des Patienten beitragen kann. Auch geht die patientenbezogene Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen nicht nur von deren spezifischer Wirkung aus, sondern beruht auf irrationalen Komponenten („Placebo-Phänomen“), unter denen Vertrauen in Arzt und Medizinsystem einen hohen Rang einnehmen. Es ist nicht auszuschließen, dass ein im Sinne von „*informed consent*“ veränderter Beratungsstil vom Patienten als weniger empathiegeleitet (distanziert und „kühler“) erlebt wird und damit an therapeutischer Kraft verliert.

338. Die Informationsbedürfnisse von Patienten sind individuell unterschiedlich, teils differierend nach Erkrankungsform, teils auch innerhalb ähnlicher Krankheitsbilder (Haase, I. et al. 1995). In der Literatur werden vereinfachend zwei „Grundtypen“ bei Patienten unterschieden (Armstrong, D. 1991): Diejenigen, die ständig nach mehr Information über ihre Probleme verlangen („*monitors*“) und diejenigen, die Informationen vermeiden, vor allem bei möglichen negativen Prognosen („*blunters*“). Das kann dazu führen, dass Patienten (der ersten Gruppe: „*monitors*“) sich über mangelnde Information beklagen, obwohl sie viel besser informiert sind als der Durchschnitt, während Patienten der zweiten Gruppe mit ihrem schlechten Informationsstand, jedenfalls vordergründig, zufrieden sind. Auch bevorzugt das einheitliche Konzept von informationshungrigen, kompetenten oder kompetenzbereiten Patienten tendenziell Patienten mit höherem Bildungsstand und unter Umständen solche mit geringem Angstlevel.

Der Arzt muss dem im Rahmen einer Vertrauen aufbauenden und verstehenden Arzt-Patienten-Beziehung angemessen Rechnung zu tragen versuchen. Gelegentlich werden ärztlicherseits auch Gefahren einer „zu großen“ Befassung ausgiebig informierter Patienten mit ihrer eigenen Gesundheit (Gerhardt, U. 1993) und eine Begünstigung psychosomatischer Fixierungsprozesse gesehen. Auch dies kann nur in der individuellen Arzt-Patienten-Situation abgewogen und einer individuellen Lösung zugeführt werden.

339. Keines dieser Argumente kann als generelles Argument gegen den Grundsatz der vollen, entscheidungskompetenten Patienteninformation gewertet werden. Einem Verzicht auf Patienteninformation zur Sicherung einer „Magie des Heilens“ oder zum Schutze vor psychischen Erschütterungen sind außerordentlich enge Grenzen durch die Rechtsprechung gesetzt (vgl. auch Richtlinien über die Aufklärung der Bundesärztekammer). Der

⁵² Allerdings muss auch unterschieden werden zwischen den Patienten, die sich subjektiv gut informiert fühlen und denen, die tatsächlich optimale Informationen erhalten haben (Buckland, S. 1994).

Rat selbst verfolgt das Konzept einer größtmöglichen Transparenz für den Patienten. Im Zusammenhang mit der geforderten Lotsenfunktion des Hausarztes spielt Information und Beratung des Patienten ebenso die Vermittlung von Schulung und eigenständigem Krankheitsmanagement bei chronisch Kranken im primärärztlichen Sektor eine wichtige Rolle.

3.2.1.2.2 Informationsvermittlung in Beratungsstellen und ähnlichen Einrichtungen

340. Persönliche Beratungen werden in Deutschland von unabhängigen Patienten-, Informations- und Beschwerdestellen angeboten, aber auch von Informationszentren der Gesundheitsbehörden, Verbraucherzentralen, Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen. Daneben hat sich im „dritten Sektor“, der Selbsthilfebewegung, durch die Initiative von Betroffenen ein differenziertes (und durchaus nicht immer systemkonformes) Expertenwissen entwickelt, das – in der Regel bezogen auf ein Krankheitsbild – an Interessierte und Betroffene weitergegeben wird (Trojan, A. 1986). Kritisch merkt Kranich dazu an, dass es zwar in Deutschland bereits viele Institutionen gäbe, die sich um die Belange von Patienten kümmern, diese seien aber ohne Unterstützung durch die Gesundheitspolitik entstanden, rein „naturwüchsig“, vielfach auf ehrenamtlicher Grundlage und nicht immer unparteiisch. „Was nach viel aussieht, ist in Wirklichkeit wenig“ (Kranich, C. 1997, S. 100).

341. Auf diese Situation hat inzwischen die Gesundheitspolitik reagiert: In § 65 b SGBV „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung“ werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen verpflichtet, die Einrichtung von neutralen und unabhängigen Einrichtungen, die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung für Versicherte zur Verfügung stellen sollen, mit jährlich 10 Millionen DM zu fördern.

Es wäre wünschenswert, wenn der Gesetzgeber über die bereits vorgesehene Geldzuwendung an gesundheitliche Verbraucher- und Patientenberatungsstellen hinaus in geeigneter Weise dafür Sorge tragen würde, dass diesen Stellen Qualitätsdaten des Gesundheitswesens, die durch §§ 135 ff. SGB V des GKV-Reformgesetzes neu geregelt werden und in die vor allem auch Verfahren der externen und vergleichenden Qualitätsbeurteilung einfließen werden, zur Verfügung gestellt werden (Abschnitt II-3.6).

342. Neben der persönlichen Beratung im face-to-face-Gespräch hat sich in den letzten Jahren ein weiterer Beratungsservice etabliert – telefonische Hotlines, bei denen Patienten oder Interessierte zu spezifischen Themen Informationen abrufen können. In der Regel sind diese Hotlines als Ergänzung zur individuellen ärztlichen Beratung konzipiert (Manfredi, C. et al. 1993) und bieten Entscheidungshilfen bzw. geben Materialien oder Adressen weiter. Bekannt in Deutschland ist beispielsweise der Krebsinformationsdienst (KID) in Heidelberg, der nach eigenen Angaben mit 20 Beraterinnen und Beratern aus den Bereichen Medizin, Biologie, Psychologie und Dokumenta-

tion täglich von 8.00 bis 20.00 Uhr Patienten bei Fragen zu Krebs berät (Stamatiadis-Smidt, H. 1998). Dabei kann offensichtlich der tatsächliche Informationsbedarf zum Thema Krebs nicht hinreichend abgedeckt werden.

Viele stationäre Einrichtungen bieten inzwischen zu körperlichen und psychischen Erkrankungen Informations-Hotlines an. Auch bei Krankenkassen können sich Mitglieder zu bestimmten Themen über E-Mail oder Telefon beraten lassen. In der Regel werden solche Beratungsangebote über reguläre Telefonnummern und entsprechende Tarife abgewickelt, sodass die Kosten für ein Gespräch für jeden Ratsuchenden erschwinglich bleiben. Anders sieht es mit Beratungsangeboten über 0190-Nummern aus. Bei derartigen Hotlines zu Ärzten, Psychologen und Heilpraktikern, aber auch zu Rechtsanwälten, Steuerberatern und Tierärzten, fällt eine beträchtliche Telefongebühr an. Eine systematische Analyse der Qualität der Informationen und des Nutzens, den die Befragten durch die telefonisch abgefragten Entscheidungshilfen haben, steht noch aus.

3.2.1.2.3 Information durch Broschüren, Bücher und andere Printmedien

343. Persönliche Beratungsgespräche durch Ärzte und Mitarbeiter anderer Professionen werden häufig ergänzt durch schriftliche Informationsmaterialien, die die Berater entweder selbst erstellen, in vielen Fällen jedoch auch von der Pharmaindustrie beziehen (Linden, M. et al. 1999). Natürlich werden auch unabhängig von persönlichen Kontakten über die unterschiedlichsten Institutionen und zu vielfältigen gesundheitlichen Themen – von Gesundheitsförderung und Prävention über Diagnostik und Therapie bis hin zur Rehabilitation – schriftliche Informationsmaterialien erstellt, die dann über entsprechende Verteiler – Schulen, Betriebe, Arztpraxen, Apotheken, Krankenkassen etc. – die Zielgruppe erreichen.

344. Zunächst fällt bei der empirischen Analyse von Broschüren, Merkblättern und anderen Materialien auf, dass die vorherrschende Informationshaltung noch ganz von einer paternalistischen Sichtweise geprägt ist, der zufolge Patienten nicht mit „schlechten Neuigkeiten“ umgehen können und deshalb hinsichtlich medizinischer Unsicherheiten unwissend „wie Kinder“ gehalten werden müssen (Coulter, A. 1998, S. 225ff.).

In einem Programm über Brustkrebs-Screening in Australien wurden beispielsweise 58 Informationsbroschüren analysiert. Nur eine der Broschüren thematisierte überhaupt das Risiko, an Brustkrebs zu sterben. Die anderen befassten sich lediglich mit der Häufigkeit von Brustkrebserkrankungen, und behaupteten, dass das Mammographie-Screening diese Inzidenz absenken würde. Dies ist objektiv falsch, denn das Mammographie-Screening als Früherkennungsverfahren erhöht kollektiv und individuell die Wahrscheinlichkeit, Brustkrebs zu entdecken. Auch Aussagen zur Sensitivität und zur Spezifität, und damit zum Risiko falschnegativer oder falschpositiver Fälle, blieben völlig unklar (Slaytor, E.K. und Ward, I.E. 1998, S. 263f.).

Für Asthma, mittlerweile eine epidemiologisch bedeutsame Volkskrankheit, ergab die Analyse von Informationsangeboten aus 70 englischen Allgemeinpraxen mit rund 170 verschiedenen Broschüren, dass sich für die Hälfte von ihnen die gültigen Behandlungsrichtlinien der British Thoracic Society überhaupt nicht anwenden ließen, von dem Rest waren immerhin 30 % fehlerhaft. Eine Analyse der Verständlichkeit der Texte zeigte, dass nur 3 % der Broschüren geeignet waren, auch noch von den 22 % der arbeitenden Bevölkerung verstanden zu werden, die einen geringen Bildungslevel haben (Smith, H. et al. 1998, S. 264f). Auch Broschüren für ältere Patienten mit Diabetes stimmten zu mehr als 70 % nicht mit medizinischen Richtlinien überein und waren schwer verständlich geschrieben (Pettersson, T. et al. 1994, S. 111ff.). An entsprechenden Studien in Deutschland zur Qualität hiesiger Patienteninformationen fehlt es bisher weitgehend.

345. Ein Blick auf den Buchmarkt für Patienten- oder Konsumenteninformationen zeigt eine Fülle von Publikationen in unterschiedlichen Preislagen, über deren Qualität der Konsument selbst wenig Aussagen machen kann. So gab es unter dem Stichwort „Gesundheit“ 1999 mehr als 1 700 aktuell lieferbare deutschsprachige Bücher, unter dem Stichwort Krankheit ca. 700. Eine gezielte Suche mit unterschiedlichen Schlagworten (z. B. Schmerzen ca. 80 Bücher, Rückenschmerzen ca. 40, Rheuma ca. 100, Wechseljahre ca. 40, Osteoporose 44, psychische Erkrankungen ca. 170) zeigt immer noch so viele Titel, dass dem Konsumenten die Auswahl nicht leicht fallen dürfte.

346. Dieses ungeordnete, qualitativ höchst unterschiedliche Informationsangebot wird ergänzt durch eine Fülle von gesundheitsbezogenen Themen in Zeitschriften und Journalen, deren Reichweite abhängig von der Betroffenheit und damit der Aufmerksamkeit des Lesers ist. So hatten selbst von den Frauen, die sich kurz vor einer intensiven regionalen Diskussion in Presse, Funk und Fernsehen über die Qualität der Früherkennungsmammographie einer solchen unterzogen hatten, lediglich 45 % überhaupt eine Erinnerung an diese Debatte. Interessanterweise bleiben im Gegensatz zu der kritischen Haltung der Medien die „positiven“ Argumente bei den Frauen eher im Gedächtnis (Dierks, M.L. u. Bitzer, E.M. 1994b, S. 180ff.). Offensichtlich ist nicht zuletzt die Konfrontation mit Erkrankungen prominenter Personen ein Anlass für Menschen, ihr eigenes präventives Verhalten zu verändern. Die Berichterstattung über die Brustkrebskrankung einer Präsidentengattin in den USA beispielsweise führte kurzfristig zu einem deutlichen Anstieg der Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen (Lane, D. et al. 1989, S. 1151f.).

3.2.1.2.4 Informationen über das Internet

347. Das Internet als junges Medium der Informationsvermittlung für Patienten bietet einen weltweiten Zugang zu Informationen. Die Expansion ist enorm (Coulter, A. 1998, S. 225f.), beispielsweise werden in das Internetverzeichnis von Yahoo, einer der größten Suchmaschinen,

täglich bis zu 60 neue für gesundheitliche Themen relevante Adressen aufgenommen (Sabbatini, R. 1999). Die Websites machen es „absurd einfach“, Informationen zu disseminieren (Wyatt, I.C. 1997, S. 1879ff.), und bieten für die Gesundheitskommunikation vielfältige Möglichkeiten einer globalen, kostengünstigen Verbreitung ihrer Botschaften (Mittmann, R. a. Cain, M. 1999). Diese können zudem ständig aktualisiert werden und ermöglichen interessante Formen des Lernens. Eine weitere Möglichkeit eröffnet sich durch die persönliche Anfrage über E-Mail an Dienstleister (Ärzte, Berater). Diskussionsforen zu gesundheitlichen Themen bieten die Gelegenheit zu einem nationalen und internationalen Austausch von Erfahrungen und Wissen. Erste Studien über die Nutzer dieses neuen Mediums liegen vor. So ließen sich über eine E-Mail-Adresse einer deutschen Universitätsklinik vor allem Patienten beraten, die eine chronische Krankheit hatten und eine Zweitmeinung einholen wollten (Eysenbach, G. u. Diepgen, T.L. 1999, S. 151ff.).

348. Die Vielfalt an Angeboten im Netz vermittelt einerseits eine Fülle von Einsichten, erlaubt es dem Nutzer allerdings nicht zweifelsfrei, zwischen soliden wissenschaftlichen Einsichten und freien Einfällen zu unterscheiden. Viel von dem offerierten Material ist inakkurat oder missverständlich (Bader, A. u. Braude, R.M. 1998, S. 408ff.). Eine Qualitätsanalyse (McClung, J. et al. 1998) zu internetbasierten Laieninformationen für ein wichtiges pädiatrisches Thema (akute kindliche Gastroenteritis) zeigte, dass nicht einmal die formale Qualität der Informationsquelle, z. B. akademisches medizinisches Zentrum, eine Garantie für die inhaltliche Korrektheit ist: Nur 20 % der Informationen entsprachen den aktuellen wissenschaftlichen Richtlinien der American Academy of Pediatrics. Auch zeigt sich, dass die Verständlichkeit der Texte, wie bereits bei den Untersuchungen zu Broschüren und anderen schriftlichen Materialien deutlich wurde, einen hohen Bildungsstand voraussetzt.

Konsequenterweise gibt es bereits Vorschläge für einen internationalen Kodex zur Qualitätssicherung von Informationen im Internet und eine übernationale Vereinigung zu ihrer Durchsetzung in Genf: Klarheit, Verständlichkeit, Nachprüfbarkeit, Interessenunabhängigkeit und Aktualität sind die zentralen Forderungen (Health on the Net Foundation 1999), deren Einhaltung durch ein Qualitätssiegel der Vereinigung attestiert wird (Abschnitt I-3.2.3).

3.2.2 Transparenz von Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Qualitätsvergleichen

349. Die Stärkung der Position der Nutzer des Systems setzt neben den vorangehend dargestellten Maßnahmen wie z. B. der Institutionalisierung von Interessenvertretungen etc. vor allem eine umfassende, verständliche und für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen gut erreichbare Information voraus. Dies schließt die Transparenz der Qualität der Leistungen des Gesundheitswesens ein. So wünschen sich laut einer Umfrage der Zeitschrift Focus mehr als zwei Drittel der Bürger Informationen

darüber, wie viele Fälle ein Arzt beispielsweise operiert hat und welche Komplikationsraten bei ihm zu erwarten sind (Focus 1997). Erste Ansätze, z. B. die Veröffentlichung vergleichender Untersuchungen der Krankenhausqualität treffen auf hohes Interesse bei den Nutzern. Sie sollten durch Entwicklung und Einsatz angemessener Verfahren und Indikatoren weiter forciert werden.

Untersuchungen zu der Frage, wie die Qualität medizinischer Dienstleistungen adäquat erfasst, aufbereitet und den Nutzern dargestellt werden kann, sind wichtige Aufgaben der Qualitäts- und Public-Health-Forschung.

350. Bisherige Projekte der externvergleichenden Qualitätssicherung in der deutschen Gesundheitsversorgung finden sich vor allem in den Bereichen Herzchirurgie, Peri- und Neonatologie, Allgemein- und Unfallchirurgie (Abschnitt II-3.1). Sie sind bisher nicht darauf angelegt, dass ihre Daten über eine Fachöffentlichkeit oder sogar nur die unmittelbar Beteiligten hinaus einer breiten Öffentlichkeit einschließlich der Nutzer, d. h. den potenziellen Patienten, sowie den zuweisenden Ärzten bekannt werden. Dies würde eine veränderte Auswahl der verwendeten Indikatoren und eine Lesehilfe voraussetzen, ebenso klare Konventionen zu den Bezugsgrößen (Einzel- oder Gruppen-, Arzt-, Abteilungs- oder Klinik-Bezug, Klärung der Zeitperiode).

Die Aufgabe ist dennoch so wichtig, dass nach Ansicht des Rates mit der Publikation geeigneter Qualitätsindikatoren in relevanten Indikationsgebieten begonnen werden sollte, um über einen zunächst überschaubaren, iterativen Prozess das Ziel einer qualitätsorientierten Transparenz für Ärzte wie Patienten zu erreichen (Abschnitt II-3.6).

Es wäre ferner wünschenswert, wenn Qualitätsdaten, die durch §§ 135 ff. SGB V neu geregelt werden und in die vor allem auch Verfahren der externen und vergleichenden Qualitätsbeurteilung einfließen werden, der Öffentlichkeit in geeigneter Form zur Verfügung gestellt werden, z. B. sollten auch Patientenberatungsstellen, die gemäß § 65b SGB V modellhaft unterstützt werden, in geeigneter Weise einbezogen werden.

Zweifellos werden viele dieser Daten nicht ohne Interpretationshilfe lesbar sein. Bei manchen Verfahren wird es auch schutzwürdige Belange der Leistungserbringer selber, d. h. der Ärzte und Krankenhäuser, zu beachten geben, z. B. Schutz vor voreiligen Anschuldigungen und allgemeingültige datenrechtliche Bestimmungen. Dennoch sollte in einem langfristigen Abstimmungsverfahren der Informationskreis zwischen den Einrichtungen und zentralen Ergebnissen von Qualitätssicherung sowie der Arbeit von Patienteninformationsstellen allmählich geschlossen werden, um zu einer offeneren qualitätsorientierten Informationskultur im Gesundheitswesen zu kommen.

351. Ebenso sollten auch in Zukunft unabhängige und nicht profitorientierte Einrichtungen der Qualitätsbewertung, wie z. B. die Stiftung Warentest, dazu ermuntert und in die Lage versetzt werden, die Bewertung von Produkten und Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie die

wiederholte Qualitätsbewertung von Krankenhäusern großer Regionen Deutschlands, fortführen zu können. Diese „Krankenhaustests“ haben grundsätzlich gezeigt, dass auch hochkomplexe Dienstleistungen des Gesundheitssektors einer Testbewertung zugänglich sind. Ferner haben die publizierten Tests zu Änderungen bei einigen der getesteten Häuser Anlass gegeben, wie dies gleichermaßen in den Vorjahren in gewerblichen Wirtschaftssektoren als Reaktion auf publizierte Tests zu diesen Einrichtungen (Schwartz, F. W. 1999) zu beobachten war.

352. In diesem Zusammenhang sind auch die systematisch erhobenen Erfahrungen von Patienten und Versicherten als wertvolle Ressource zu sehen. Untersuchungen zu Behandlungsergebnissen, Komplikationen und zur Patientenzufriedenheit sowie eine vergleichende Veröffentlichung der Ergebnisse tragen zur Transparenz und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen bei. So konnten durch systematische Befragungen von GKV-Versicherten (GEK-Patienteninformationsdienst 1999) nach elektiven Operationseingriffen Qualitätsdefizite in der Versorgung aufgezeigt werden, deren Diskussion in der medizinischen Fachöffentlichkeit wiederum zu konkreten Verbesserungen, unter anderem im Bereich der HNO-Versorgung und der Kniegelenkerkrankungen, geführt haben (Bitzer, E.M. et al. 1997).

Dieser Informationszugang über die Nutzer selber überwindet auch eine wichtige Informationslücke der bisherigen Qualitäts- und Qualitätsmanagement-Programme. Allen bisher etablierten Programmen ist gemein, dass sie nur die Qualität einer Versorgungseinrichtung in einer ausschnittshaften Behandlungsperiode beurteilen, nicht jedoch die Qualität der medizinischen Versorgung über einen kompletten Krankheitsverlauf. So lassen sich zwar Aussagen über den Zustand zum Zeitpunkt der Überführung in die nächste Versorgungseinrichtung machen, der weitere Verlauf, z. B. in einer Einrichtung zur rehabilitativen Anschlussbehandlung bzw. in der poststationären ambulanten Betreuung wird jedoch nicht erfasst. Für zuweisende Ärzte, Kostenträger wie Patienten sind daher Aussagen über die Qualität von „Versorgungsketten“ bisher nahezu unmöglich (Abschnitt II-3.6).

353. Die Daten solcher Versorgungsketten, die einer verlaufsbezogenen Qualitätssicherung zugrunde liegen sollten, entstehen jedoch an den verschiedensten Orten. Sie werden aber in der Regel nicht zusammengeführt. Die Dokumentation und Auswertung einer solchen Datenmenge ist nur durch den Einsatz der neuen Informationstechnologien möglich. Ebenso sind ohne den Einsatz einer multimedialen, elektronischen Patientenakte und ohne Standards in der Dokumentation Qualitätssicherungsprojekte diesen Umfangs nicht realisierbar.

Die Defizite, wie der hohe Zeitaufwand, Fehler bei der (doppelten) Dokumentation oder hohe Kosten, die die bislang etablierten papiergestützten Qualitätssicherungsprogrammen zwangsläufig begleiten, könnten über integrierte Kontrollfunktionen minimiert werden. Verfahren einer dokumentierenden Telemedizin können daher zu einer zukünftigen Qualitätssicherung einen wesentlichen Beitrag leisten (Lauterbach, K.W. u. Lindlar, M. 1999).

354. Mittelfristig bedarf es auch im europäischen Rahmen standardisierter Sätze von Qualitätsindikatoren. Darauf basierende Qualitätsvergleiche könnten Kunden, Patienten wie Kostenträger und den Leistungserbringer selbst über die Position der bzw. seiner Klinik(en)/Praxis(en) im internationalen Qualitätsvergleich informieren. Kompetenzzentren für spezielle Erkrankungen könnten sich auf der Grundlage dieser Informationen schneller durchsetzen. Dem Kunden würden überregionale Wahlmöglichkeiten in Europa eröffnet. Qualitätstransparenz könnte zudem den Versorgungsstandort Deutschland im internationalen Vergleich in vielen Versorgungsfeldern stärken, in anderen Nachholbedarf aufzeigen.

355. Aus den Kreisen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, die organisatorisch weitgehend eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, kommt die interessante Anregung, die Beschwerden von Patienten, die jährlich durch diese Dienste gesammelt werden, in geeigneter Weise auszuwerten und insbesondere zu prüfen, ob überzufällig häufig bestimmte Beschwerden ganz bestimmte Einrichtungen betreffen. Von einem nachgehenden Qualitätsaudit solcher Einrichtungen bis hin zu geeigneten, gebotene Schutz und Sorgfaltsbelange beobachtenden Teilveröffentlichungen solcher Beschwerdelisten, sind verschiedene Möglichkeiten denkbar.

356. Mehr Transparenz und Information für die Kunden ist auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen selbst zu fordern. Die durch Integrationsverträge gemäß § 140 SGB V ermöglichte vertragliche Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung schafft neue Wahlmöglichkeiten für Konsumenten hinsichtlich unterschiedlicher versorgungsbezogener Versicherungsprodukte auf dem Gesundheitsmarkt mit heterogenen Leistungs- und Qualitätspaketen und mit möglicherweise vorab definierten Versorgungspfaden. Wenn zukünftig die Kassen von den „Integrationsverträgen“ tatsächlich nennenswerten Gebrauch machen sollten, wird sich auch hier ein relevantes Informationsproblem für die Nutzer stellen.

Der theoretisch gut begründeten erweiterten Wahlmöglichkeit für Patienten stehen bisher auffallend wenig Überlegungen gegenüber, wie die neuen Modelle ihre angestrebten qualitativ verbesserten Leistungen objektiv und verständlich darstellen sollen (Abschnitt II-3.6). Ohne eine nachhaltige Verbesserung der Informationsvermittlung bedeutet eine Ausweitung von Versorgungsvarianten jedoch keine reale Verbesserung der Wahlmöglichkeiten für Patienten.

Diese die Qualität solcher „Versorgungspfade“ und „-ketten“ berührende Leistungstransparenz für die Kunden hat im Zuge der Entwicklung selektiver Verträge zwischen Leistungsfinanzierern und Leistungserbringern bzw. ihren Organisationen im Rahmen von Managed Care in den USA zur Entwicklung und Anwendung einheitlicher Qualitätsstandards nach außen geführt. Zukünftig tritt zu dem Markt neuer Gesundheitstechnologien und zu der hohen Vielfalt professioneller und institutioneller Leistungsanbieter auch in Deutschland voraussichtlich eine

komplexe Vielfalt unterschiedlicher Versorgungsmodelle hinzu.

3.2.3 Qualitätssicherung für Patienteninformationen

357. Wenn im Gesundheitswesen „Wissen Macht ist, dann sind viele Konsumenten in unserem marktorientierten Gesundheitswesen in Schwierigkeiten“ – so das Ergebnis einer Studie zum Informationsbedarf von Konsumenten in den USA (Isaacs, S.L. 1996, S. 31ff.). Die Situation in Deutschland stellt sich nicht anders dar. Für die Information von Versicherten und Patienten sind sehr unterschiedliche Institutionen verantwortlich. Vielfältige Medien – von allgemein informierender Art bis hin zu individuellen Beratungen – können genutzt werden. Dabei haben diese Medien unterschiedlich hohen Stellenwert bei den Nutzern, unterschiedliche Reichweite, unterschiedliche Qualität und auch unterschiedliche Effekte. Eine systematische Analyse der Qualität und der Effekte steht noch aus.

Die Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) in den USA hat 1997 einen ausführlichen Report zum Thema „*Consumer Health Informatics and Patient Decision Making*“ herausgegeben. „*Health informatic tools*“, also Medien, die den Informationsstand der Nutzer verbessern und sie über medizinische Entscheidungen, Behandlungsalternativen und Nutzen und Risiken von Verfahren aufklären, sollen Patienten in die Lage versetzen, in einem mit den Professionellen im Gesundheitswesen gleichberechtigten Entscheidungsprozess die für sie beste Therapie unter Berücksichtigung der individuellen Interessen und Lebensqualität auszuwählen. Dazu gehören Broschüren, Videos, Kassetten und Internetinformationen (AHCPR 1997).

Die Ergebnisse, die angesichts der Entwicklungen in diesem Feld sicherlich nur als Versuch einer gründlichen Momentaufnahme zu werten sind, lassen sich so zusammenfassen (AHCPR 1997): Die Forschung über Qualität und Effekte von „*health informatic tools*“ für Konsumenten oder Patienten steckt erst in den Anfängen. Probleme bestehen in der Klärung des operationalen Kontextes, in dem solche Informationen angeboten und verwertet werden, Probleme bestehen darüber hinaus im Mangel an Klarheit über die anzuwendenden Messinstrumente.

358. Das gilt in noch stärkerem Maße für die Situation in Deutschland. Neutrale aufklärende Informationen, z. B. zu Möglichkeiten und Effektivität präventiver Maßnahmen, Vor- und Nachteilen therapeutischer Behandlungsmethoden sowie Entscheidungshilfen für operative Eingriffe, liegen zur Zeit für Patienten kaum vor. Eine solche Informationsgenerierung erscheint angesichts der oben genannten Kritikpunkte an der Informationsvermittlung als Optimum. Sie sollte nicht nur die Ergebnisse vorliegender Studien im Hinblick auf die Wirksamkeit der untersuchten Verfahren betrachten, sondern zugleich die Qualität der Studien selbst berücksichtigen (US Preventive Services Task Force 1999).

Zunehmende Akzeptanz finden in diesem Zusammenhang „evidenzbasierte Leitlinien“, die dem Anspruch auf neutrale, qualitätsgesicherte Information gerecht werden wollen. Sie vermitteln in der Expertenversion dem wissenschaftlich engagierten Mediziner, in der Praktikerversion dem behandelnden Arzt und in Form von Patientenversionen dem Patienten aktuelle Empfehlungen zu Prävention, Diagnostik und Therapie.

Die Zielgruppe der Patienten wird in patientenorientierten Leitlinien für Praktiker berücksichtigt. Sie enthalten für die wichtigsten Empfehlungen Angaben, wie die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten bei der Befolgung des vorgeschlagenen Vorgehens zu berücksichtigen sind.

359. Die Verbreitungsstrategie sollte zwei Wege beschreiten. Erstens über die Massenmedien und zweitens über den Individualweg:

Massenmedien sind Instrumente zur Verbreitung von Informationen in kurzer Zeit in maximaler Ausbreitung in nahezu alle Bereiche einer Gesellschaft, von Experten bis hin zu Laien. Zur Verfügung stehen hier Rundfunk und Fernsehen ebenso wie Tageszeitungen und Zeitschriften (Laienpresse). In Zeiten der multimedialen Gesellschaft bietet sich vor allem das Internet mit seinen frei zugänglichen Bereichen an. Dabei ist sogar die Möglichkeit der Interaktion gegeben.

Individualwege sind Instrumente zum Ansprechen gezielter Gruppen oder Populationen. In Frage kommen die multimedialen Informationsträger wie CD-ROM, mithilfe derer man sich Leitlinien, den Zielgruppen angepasst, interaktiv bedienen kann.

360. In einem deutschen Ansatz wird von einer Universität in Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse ein webbasiertes System zur Patienteninformation entwickelt. Bewertungsgrundlage von Inhalten sind Empfehlungen, die im Rahmen eines formellen Health Technology Assessments in Zusammenarbeit mehrerer Universitäten erarbeitet wurden (Schwartz, F. W. et al. 1998b). Die Reports werden auf der Basis aller derzeit verfügbaren internationalen wissenschaftlichen Studien erarbeitet und informieren über den gesamten Diagnose- oder Behandlungsablauf, Vor- und Nachteile, Risiken und Nebenwirkungen eines Verfahrens und geben abschließend Auskunft darüber, wann und für welche Zielgruppe ein Einsatz nach aktuellem wissenschaftlichen Stand sinnvoll ist. Die Patienten können sich über Internet z. B. über die Früherkennungsmammographie, Magnetresonanztomographie, Osteodensitometrie, Rückenschulen, Früherkennung von Prostatakrebs informieren (<http://www.therapie.net/>), darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, über E-Mail oder einen telefonischen Beratungsdienst individuelle Fragen zu klären.

Die Aufbereitung der Informationen erfolgt unter Berücksichtigung der folgenden Richtlinien für Konsumenteninformationen: Klare Zielsetzung, ausgewogene Information einschließlich der Vor- und Nachteile eines Verfahrens, Thematisierung von Unsicherheiten, Be-

schreibung des Verfahrens, Auswirkung des Verfahrens auf die Lebensqualität, Hinweis auf andere (ergänzende) oder ersetzende Verfahren, Hinweis auf Zusatzinformationen, Angaben aller Quellen inklusive Erscheinungsdatum (Charnock, D. 1998). Die Effekte auf die Nutzer müssen allerdings noch analysiert werden.

361. Generell scheint jedoch in der deutschen Public-Health-Forschung die Bedeutung dieses Themas noch nicht hinreichend klar zu sein. Einigkeit besteht immerhin hinsichtlich des konzeptionellen Rahmens für Forschungsfragen, die sich beziehen sollten auf die Akzeptanz und die Nutzung von Informationsinstrumenten durch Konsumenten und Patienten, auf die Auswirkungen unterschiedlicher Formen des Informationsangebots auf den Wissensstand, das Entscheidungsverhalten, die Arzt-Patienten-Beziehung, die Wahl der Behandlungen, das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand und die Kosten. Dahinter verbergen sich eine ganze Reihe von Zusatzfragen wie Stil und Attraktivität der Präsentation, Lesbarkeit, Verständlichkeit, Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Informationen, das Problem ihrer kontinuierlichen Aktualisierung und die Fragen der Angabe von Referenzen zu Informationsquellen, der Plausibilität der zugrunde liegenden Beweisführung, der Glaubwürdigkeit von Autoren und Herausgebern und nicht zuletzt der finanziellen Sponsoren (Coulter, A. 1998).

Ein Sonderproblem ist, wie marginale oder „*vulnerable*“ Gruppen der Gesellschaft, die Armen, die Alten, diejenigen mit kulturellen oder sprachlichen Schwierigkeiten, „*hard-to-reach audiences*“ (Freimuth, V. S. u. Mettger, L. W. 1990, S. 232ff.), angemessene Informationen bekommen können. Hierfür wird es erforderlich sein, spezielle Strategien der Informationsvermittlung zu generieren und zielgruppenspezifische Informationskanäle zu nutzen.

3.2.4 Partizipation

362. Der Beteiligung von Bürgern, Versicherten und Patienten kann sowohl für die Bedarfswahrnehmung und Inanspruchnahme als auch für Inhalte und Umfang der Gesundheitsversorgung selbst erhebliche Bedeutung zukommen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen einer Partizipation auf der Mikroebene, die unmittelbar den einzelnen Bürger, Versicherten oder Patienten betrifft, einer Partizipation auf der Makroebene im gesellschaftlichen Bereich, sowie einer Partizipation in Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens selbst (Mesoebene). Auf gesellschaftlicher Ebene wird sich die Partizipation vorrangig bei der Bildung von Gesundheitszielen (Abschnitt I-1.3.1) und bei Entscheidungen bezüglich der Ressourcenverwendung insbesondere unter Rationalisierungsaspekten auswirken. Innerhalb des Gesundheitswesens kann die Partizipation alle Bereiche und Institutionen des Gesundheitswesens einschließlich Körperschaften, Selbstverwaltungsorganen, Krankenkassen etc. bis hin zu Fragen der medizinischen Forschung und Qualitätsförderung betreffen.

363. Die verstärkte Beteiligung von Bürgern, Nutzern und Patienten an Entscheidungen über und im Gesundheitssystem kann zudem die Patientenorientierung des Systems, in der neben der Wahrung von Patientenrechten die Wahrnehmung und Berücksichtigung von Nutzerinteressen im Gesundheitswesen von Bedeutung ist, fördern. Die Bürgerbeteiligung an Gestaltungsentscheidungen im Gesundheitswesen wird – national und international – verstärkt als Weg diskutiert, um

- Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem zu korrigieren, insbesondere solche, die aus der bisherigen Anbieterdominanz bzw. der „professionellen Dominanz“ des ärztlichen Berufsstandes resultierten,
- Organisationen und Einrichtungen im Gesundheitswesen Entwicklungspfade zu einer stärkeren Berücksichtigung von Gesundheitsbedürfnissen, Präferenzen und Qualitätsmaßstäben der Bevölkerung aufzuzeigen,
- die Akzeptanz von Gesundheitszielsetzungen und Gestaltungsentscheidungen in der Bevölkerung zu erhöhen.

364. Der aktuelle Leistungsbedarf und das aktuelle Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdienstleistungen kann hierbei nicht getrennt vom vorhandenen Leistungsangebot und Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen gesehen werden. Versorgungsstrukturen und Leistungsangebote bestimmen vielmehr die Nutzerrollen, Patientenpräferenzen und Nachfrageformen wesentlich mit. Bürgerbeteiligung bei der Formulierung von Gesundheitszielen kann hier neue Handlungsstrategien und Handlungsspielräume gerade bei Gesundheitsproblemen eröffnen, die das Gesundheitswesen bisher nur unzureichend bearbeiten kann. Gleichzeitig verspricht man sich von mehr Partizipation eine Aktivierung der Bürger für ihre gesundheitlichen Belange. Partizipation ist in dieser Hinsicht als Prozess zu sehen, in dem durch die Nutzung von Partizipationschancen zugleich neue Kompetenzen zur Mitentscheidung erworben werden. Das Gelingen von Partizipation wird sich entsprechend auch an der Frage bewerten lassen, ob hieraus veränderte Strukturen und Erwartungen resultieren, die einen optimierten Systemzugang und ein verbessertes Nutzerverhalten innerhalb des Systems ermöglichen.

In zahlreichen Einrichtungen und Entscheidungsbereichen des deutschen Gesundheitswesens besteht immer noch ein erhebliches Defizit an Responsivität und Kooperationsbereitschaft von Leistungserbringern im Gesundheitswesen gegenüber Nutzern, Patientenbedürfnissen und -präferenzen und auch Selbsthilfepotenzialen. Zahlreiche Versorgungsverläufe sind aufgrund der Eigenlogik der einzelnen Leistungserbringer fragmentiert und behindern nicht nur das case management des Patientenproblems, sondern führen auch dazu, dass sich die Patienten bzw. Nutzer im System nicht aufgehoben fühlen oder ihnen sogar der maßgebliche Ansprechpartner und „Lotse“ durch das System fehlt.

Beispielhaft können drei Problemfokusse beschrieben werden, die von den Betroffenen häufig hervorgehoben

werden und in denen durch Partizipation der Betroffenen bzw. der Bürger wesentliche Veränderungen erzielt werden sollten:

- Orientierungsprobleme der Patienten in der stationären Versorgung,
- Koordinationsprobleme und Abstimmungsmängel zwischen verschiedenen Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich bei schweren Erkrankungen (z. B. Tumorerleiden),
- das „case management“ bei der Betreuung chronisch Kranker, hierbei insbesondere die Kooperation unterschiedlicher Versorgungsträger bei der Bestimmung des Hilfebedarfs und die Einbeziehung von Selbsthilfeeinrichtungen.

365. Vor diesem Hintergrund kommt daher nicht nur der Partizipation auf der Makroebene globaler gesellschaftlicher Entscheidungen in gesundheitsbezogenen Fragen Bedeutung zu, sondern bewirkt gerade die Gestaltung von Partizipationschancen auf der Mikroebene (also bei der konkreten Interaktion mit den Leistungserbringern des Systems) und der Mesoebene (also in Organisationen der Leistungserbringung und Leistungsteuerung) eine wachsende Patientenorientierung sowie auch eine steigende Vertrautheit der Nutzer mit dem System. Für den britischen Gesundheitsdienst, der aus strukturell teilweise spezifischen Gründen Phänomene der Patientenferne aufweist, ist ein Strategiepapier veröffentlicht worden (Department of Health UK 1999), das sich in vielen Punkten mit dem vorliegenden Gutachten deckt. Insbesondere werden dort ebenfalls Partizipationsmöglichkeiten in der gemeindenahen Versorgung aufgewiesen. Es wird besonders darauf verwiesen, dass sich durch Partizipation auf dieser Ebene bedürfnisgerechte und damit effektivere Versorgungsformen entwickeln lassen.

In einem Papier des niederländischen Gesundheitsministeriums wird noch weitergehend darauf abgehoben, dass der informierte und an den konkreten Entscheidungen beteiligte Nutzer bzw. Patient sogar oft angemessenere und möglicherweise kostengünstigere Nutzungsweisen wählt:

„It is also stressed that „well-informed patients usually prefer more simple forms of care to more complex forms ... Patients are evidently happier when they can make considered and informed decisions, and such decisions often prove to be cheaper.“ Involving patients in decision making about their care is thus an additional means of ensuring the most appropriate use of health services.“ (Dutch Ministry of Health, zit. nach Ham, C. u. Locock, L. 1998, S. 4)

366. Partizipation an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen muss auf unterschiedlichen Entscheidungsebenen und in unterschiedlichen Organisations- und Partizipationskontexten gestaltet werden. (Für einen umfassenden Überblick aus englischer Sicht vgl. auch Hogg, C. 1999). Ebenen, Entscheidungskontexte/Institutionen sowie Partizipationskontexte und Akteure sind in Tabelle 27 (s. S. 163) dargestellt.

Tabelle 27

**Ebenen der Partizipation, Entscheidungskontexte/Institutionen
sowie Partizipationskontexte und Akteure**

Partizipationsebene	Institutionen/Entscheidungskontexte	Partizipationskontext/ Akteure
Mikroebene	Arzt-Patientbeziehung	Kommunikations- und Beziehungsgestaltung, informed consent,
	Therapieentscheidung	Berücksichtigung von Patientenpräferenzen
	einzelne Leistungserbringer/ Einzeleinrichtungen (im unmittelbaren Patientenkontakt)	Zugänglichkeit, Patientenbewertung, Patientenfürsprecher,
	Versorgungsverläufe / Patientenkarrieren	Selbsthilfegruppen, Beteiligung von Angehörigen
	Konfliktfälle / Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen	Bürgerbeteiligung in Schlichtungsstellen, Patientenberatung
Mesoebene	Organisationen der Leistungserbringung (Krankenhäuser etc.)	Haus-/Heimbeiräte, patientenorientierte Organisationsrollen
	lokale Kooperationsformen, Netze, Kommunen	Patientenvertreter in Lenkungsgruppen
	Verbände / Kammern	Kooptation, reguläre Patientenvertreter in entspr. Gremien
	Krankenkassen	Intensivierung der Versichertenbeteiligung an der Selbstverwaltung, Zusammenarbeit mit Verbraucher-/Selbsthilfeorganisationen
	regionale Kooperationsformen	regionale Vertreter
Makroebene	Spitzenverbände	Zusammenarbeit mit Patienten-/ und Verbraucherverbänden
	Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf nationaler Ebene	z. B. Entsendung sachverständiger Bürger, „neutrale Personen“
	politische Entscheidungsgremien der Gesundheitspolitik	Anhörung, sachliche Beteiligung von Patienten-/ Nutzerinteressen
	Übernationale Ebene: – Europäische Union – Weltorganisationen	politische Initiativen, u. a. zur Harmonisierung von Patientenrechten

Quelle: Eigene Darstellung

Die Partizipation der Nutzer in diesen Kontexten ließen sich ferner nach den Zeitdimensionen, in denen eine Wirkung erwartet wird, unterscheiden (siehe Tabelle 28). Partizipation ist grundsätzlich als Prozess zu sehen, in dem die Beteiligten Kompetenzen zur sachgerechten Mitentscheidung sowie zur eigenen Zielformulierung zum Teil erst erwerben. Auch das Problem, dass es für zahlreiche Partizipationskontexte an erfahrenen und legitimierten Patienten-/Betroffenenvertretern fehlt, oder dass andere Personen oder Organisationen eine Advokatenfunktion für die eigentlich zu Beteiligten einnehmen, kann sich erst im Prozess der Beteiligung sowie durch eine eigenständige Organisationsentwicklung von Patienteninteressen lösen.

Voraussetzungen für Patientenautonomie in der Inanspruchnahme von Leistungen des Systems, sowie der Selbstverantwortung in der Entscheidung über die eige-

nen gesundheitlichen Belange sind dabei insbesondere die sukzessive Verbesserung der Informationsgrundlage, die konsequente Schaffung von Transparenz über Leistungsangebote und Leistungserbringung und die Eröffnung von Lernchancen.

367. Nach einer Einteilung von Hart, D. u. Francke, R. (2000) kann Bürgerbeteiligung in Medizin und Gesundheitssystem nach folgenden vier Modellen unterschiedlicher Beteiligungsstärke erfolgen. Wie Tabelle 29 zeigt, stellt die Verfahrensbeteiligung das schwächste Beteiligungsmodell dar, das Anhörung und Stellungnahmen einbezieht. Bei der Beratungsbeteiligung ist eine unmittelbare kommunikative und argumentative Beteiligung gegeben. Das stärkste Beteiligungsmodell wird durch die Entscheidungsbeteiligung repräsentiert, die auf einem unmittelbaren Einfluss über Stimmrecht bei dem Entscheidungsverfahren beruht.

Tabelle 28

Zeithorizonte und erwartete Wirkungen von Partizipation

Zeithorizont für die Partizipation	erwartete Wirkungen
kurzfristig	Information, Artikulation und Wahrnehmung von Patientenbedürfnissen, Einleitung von Kommunikationsprozessen,
mittelfristig	Transparenz der Leistungsangebote, partnerschaftliche Bedarfsabschätzung, patientenorientierte Gestaltungsentscheidungen , Eröffnung von Lernchancen, verstärkte Motivation der Betroffenen zur Kooperation, Entwicklung bedürfnisgerechter Koordinationsangebote, Entwicklung von Agenden der Umsetzung von Gesundheitszielen in den einzelnen Einrichtungen, z. B. des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, Modelle partnerschaftlicher Konfliktlösung.
langfristig	Entwicklung vollgültiger Partizipationsrollen, Teilnahme von Patientenvertretern an Organisationsentwicklung und Gestaltungsentscheidungen, weiterreichende gesundheitspolitische Strategien, Systementwicklung

Quelle: Eigene Darstellung

Die Beteiligung von Nutzern über Umfragen stößt schon jetzt auf reges Interesse und könnte auch durch öffentliche Institutionen vermehrt genutzt werden, um Vorstellungen und Präferenzen von Bürgern, Versicherten und Patienten zu erfassen.

Die Arbeitsgruppe Hart, D. und Francke, R. (2000) plädiert zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht für eine flächendeckende Einführung einer „dritten Bank“ im rechtlichen Sinne in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, da die rechtlichen Voraussetzungen für das Modell der Entscheidungsbeteiligung zurzeit noch klärungsbedürftig sind. Es wird aber dafür plädiert, die Möglichkeiten der Verfahrens- und Beratungsbeteiligung durch Modellversuche in Gang zu setzen und abzusichern.

Die Arbeitsgruppe weist anhand bisheriger Erfahrungen mit ausländischen Partizipationsmodellen daraufhin, dass Bürgerbeteiligung ein erfahrungsgeliteter Prozess ist und nicht von einem abgeschlossenen Theoriekonzept her verstanden werden kann. Insbesondere läßt sich an Bei-

spielen in den Niederlanden zeigen, dass die Entwicklung über einzelne Modellprojekte zu flächendeckenden Lösungen führen kann.

368. Als Sach- und Entscheidungsdimensionen der Partizipationen können insbesondere folgende genannt werden: zunächst das Problem einer bedürfnisgerechten und die Menschenwürde wahrennden konkreten Erbringung medizinischer Dienstleistungen, weiter die Normsetzung über Angemessenheit und Qualität des Leistungsangebots („governance“) und schließlich die Organisation und Zugänglichkeit dieser Leistungen. Partizipationsbedarf der Nutzer und Betroffenen besteht in besonderem Maße dann, wenn die Leistungsträger aus der passiven Rolle des „Zahlers“ in die aktive Rolle des „Einkäufers“ (*purchase*) hineinwachsen, welcher über die Quantität und inhaltliche Qualität der zur Verfügung gestellten Leistungen (mit-)entscheidet.

Wie bereits oben erläutert, treten die Bürgerinnen und Bürger in die unterschiedlichen Partizipationskontexten aus unterschiedlichen Rollen heraus ein: als unmittelbar

Tabelle 29

Modelle der Beteiligung und Beteiligungsumfang sowie Funktionen und praktische Beispiele

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

Quelle: modifiziert nach Hart, D. u. Francke, R. (2000)

Betroffene, als Patienten, als Interessenten an bestimmten Gesundheitsdienstleistungen oder Versorgungsformen (als chronisch Kranke, Vertreter von Selbsthilfeeinrichtungen, Kunden, kritische „consumer“ etc), als Versicherte (mit der Doppelrolle des Beitragszahlers und Interessenten an Versicherungsleistungen) sowie als Bürger im eigentlichen Sinne. Dies bestimmt die Interessenperspektive und Wahrnehmung mit und kann sie limitieren.

Es kann jedoch angenommen werden, dass im Prozess der Partizipation derartige Limitierungen zum Teil auch überschritten werden können, insbesondere dann, wenn sich aus der Interessenwahrnehmung auch für das System neue Problemlösungen ergeben. So ist anzunehmen, dass eine „consumeristische“ Interessenvertretung im Falle des Gelingens die begrenzte Interessenwahrnehmung eines bloß interessierten „Kunden“ überschreiten kann und veränderte bzw. weitergehende Gestaltungs- und Qualitätsziele in den Anbieterorganisationen mit trägt.

369. Prinzipiell ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass bei der Eröffnung von Partizipationsmöglichkeiten der Nutzer anfänglich Patienteninteressen für die Interessen von Leistungsanbietern (Ärzte, Krankenhäuser, pharmazeutische Unternehmen etc.) vereinnahmt werden. So kann ein Anbieter einer in ihrer Wirksamkeit umstrittenen Therapie oder einer im Bereich von Überversorgung unwirtschaftlichen Leistung Patienten mobilisieren, die gerade auf diese Therapie oder Leistung – möglicherweise unrealistische – Hoffnungen setzen. Ein weiteres Problem besteht in einer möglicherweise anfänglich sich entwickelnden Ungleichheit aufgrund einer unterschiedlichen Organisationsfähigkeit von Patienten, die von differenten Krankheiten betroffen sind oder unterschiedliche Bedürfnisse und Interessen vertreten. Im Zeitverlauf ist jedoch davon auszugehen, dass sich eine einseitige Vereinnahmung gerade durch die Diversität der Rollen als Patient, Konsument und Nutzer und die Steigerung der Kompetenz auflösen wird, und dass durch die Zunahme der Transparenz im Gesundheitswesen und durch eine breitere öffentliche Diskussion über Prioritäten und Leistungserwartungen einer möglichen Ungleichheit entgegengesteuert wird. So zeigt eine englische Studie beispielhaft (Dolan, P. et al. 1999), dass von schwerwiegender Behinderung unbetroffene Bürger oft prima facie dem möglicherweise sehr hohen Versorgungsbedarf von Behinderten oder Schwerkranken zu wenig Beachtung oder Priorität beimessen. Im Verlauf des Deliberationsprozesses, in der näheren Auseinandersetzung mit dem Problem, die in der Studie als Fokusgruppen-Diskussion gestaltet wurde, ergab sich jedoch eine deutliche Korrektur im Sinne der gleichrangigen Berücksichtigung quantitativ und qualitativ unterschiedlicher Bedürfnisse.

370. Neben der Einbeziehung der unterschiedlichen Nutzergruppen und -rollen in Entscheidungsprozesse über Gesundheitsziele sollte der Beteiligung der nicht ärztlichen Professionen und Leistungserbringer, insbesondere auch der Pflegekräfte, im Gesundheitswesen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, die häufig durch besondere Sachkunde und Erfahrung in den lebensweltlichen Aspekten von Gesundheit geprägt sein kann. Gerade

bei zielformulierenden Entscheidungsprozessen im deutschen Gesundheitswesen hat traditionell eine hohe Dominanz der ärztlichen Profession vorgeherrscht und die Auswahl von Gesundheitszielen wesentlich geprägt. Auf der wichtigen Ebene der gemeindenahen Gesundheitsversorgung und -förderung kommt hier erschwerend das Fehlen einer nicht ärztlichen Gesundheitsprofession („community nurse“) hinzu.

Durch die konkrete rechtliche Ausgestaltung von Partizipationsrollen und -befugnissen kann jeweils eine „Feinsteuerung“ der Teilnahmeprozesse gewährleistet werden und insbesondere das Risiko gemindert werden, dass gesundheitsbezogene Entscheidung durch nicht sachgerechte Entscheidungseinflüsse belastet werden.

3.2.4.1 Partizipation auf der Mikroebene

371. Partizipationskontexte als Voraussetzungen einer partnerschaftlichen Gestaltung des Prozesses gesundheitlicher Leistungserbringung befinden sich bereits auf der Mikroebene. Charakterisierend für die Zuordnung zur Mikroebene ist, dass jeweils die Partizipation in konkreten Interaktionen des Nutzers mit Leistungserbringern im Mittelpunkt steht. In der breiten Öffentlichkeit werden zahlreiche Kommunikationshindernisse bzw. -mängel im Kontakt mit den Einrichtungen der gesundheitlichen Leistungserbringung beklagt. Durch entsprechende Anstrengungen in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung ist zu gewährleisten, dass bereits in der unmittelbaren Arzt-Patient-Interaktion Leitbilder einer partnerschaftlichen Beziehung verwirklicht werden, sodass insbesondere Patienten ausreichende Information, Transparenz über unterschiedliche Entscheidungsoptionen und deren Konsequenzen erhalten und dass der Arzt die Bedürfnisse und Präferenzen des Patienten angemessen wahrnimmt. Auch in der Konzeption einer *evidence-based medicine* wird inzwischen hervorgehoben, dass neben der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und dem klinischen Urteil des Arztes die Präferenzen des Patienten in eine sachgerechte und optimale Behandlungsentscheidung eingehen müssen.

Die partnerschaftliche Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung und das Bestreben, zu einem informed consent des Patienten zu kommen, bedeutet die Voraussetzung dafür, dass ein gesundheitlicher Kompetenzerwerb und die Motivation des Patienten zu gesundheitlicher Selbstverantwortung gefördert werden. Sie ist ferner Voraussetzung für die Möglichkeit, dass Integrationschancen in der Krankheitsbewältigung, in der sachgerechten Nutzung unterschiedlicher Leistungsangebote und Hilfsquellen und in der Bewältigung psychischer und sozialer Beeinträchtigung gewahrt werden können. Die Partizipation des Patienten an der Entscheidungsfindung – soweit ihm dies möglich und zumutbar ist – kann somit wesentlich zu einem angemesseneren und mündigeren Nutzerverhalten im System beitragen.

372. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat in ihrer Erklärung zu einer einheitlichen Qualitätsstrategie im deutschen Gesundheitswesen vom 9. Juni 1999 zudem

auf weitere Ziele der Patientenorientierung hingewiesen, die die Leistungserbringer und Einrichtungen des Gesundheitswesens bereits in kurzer Frist verwirklichen sollen, und die ebenfalls partizipationsrelevant sind. Diese betreffen insbesondere die Erfassung von Patientenbedürfnissen in Patientenbefragungen durch alle Einrichtungen, die Entwicklung von Einrichtungen zur neutralen Patienteninformation, und die Überprüfung, ob die bisherigen Regelungen und Entschlüsse zum Patientenschutz in der praktischen Umsetzung ausreichend sind.

373. Kommunikationsdefizite, das Fehlen von Ansprechpartnern und Interessenvertretern für Patienten werden vor allem bei den hochorganisierten Leistungserbringern in der stationären Versorgung, insbesondere den Großkrankenhäusern, beklagt. Da eine unmittelbare Nutzer- oder Betroffenenvertretung insbesondere in der Akutmedizin nicht denkbar erscheint, müssen hier unabhängige Patientenfürsprecher oder -ansprechpartner flächendeckend eingeführt bzw. unterstützt werden, die auch im Konfliktfall die Interessen der Patienten vertreten und mediatisieren können. Eine Partizipationsstrategie in diesem Bereich reicht über die Mikroebene hinaus in die Mesoebene, weil sie durch die Gestaltung von Organisationsrollen abgesichert werden sollte.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass in großen Organisationen Außenstehende nicht ausreichen, um die Patientenorientierung in die jeweiligen Alltagsroutinen, Entscheidungsprozesse und Ansätze des Qualitätsmanagements einzubringen. Im Englischen beschreibt man u. a. „*health service ombudsmen*“, „*local consumer watchdogs*“ und „*external visiting bodies*“ als unterschiedliche Rollen zur Wahrnehmung von Patienteninteressen. (Whitty, P. 1998). Entsprechend solcher Rollenvorstellungen können unterschiedliche, in die jeweiligen Organisationen integrierte Funktionen geschaffen werden. Längerfristig sollten derartige Einrichtungen Organisationsrollen ausbilden, die innerhalb der Organisation für diese Zielsetzung verantwortlich sind, analog z. B. den Arbeitsdirektoren in großen Wirtschaftsunternehmen im Hinblick auf die Wahrnehmung von Belegschaftsinteressen.

374. In arbeitsteilig zwischen verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen erbrachten Versorgungsprozessen, wie sie z. B. bei schweren oder chronischen Erkrankungen notwendig sind, ergeben sich bis heute gravierende Koordinationsmängel bzw. Verantwortungslücken z. B. bei der sachgerechten Patienteninformation und orientierenden Aufklärung. Eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme der Patienten an den hier erforderlichen Entscheidungsprozessen liegt in der Stärkung der Rolle des Hausarztes als Berater und „Lotse im System“. Das hausärztliche Beratungs- und Betreuungsverhältnis erscheint als geeignete Interaktionsebene, auf der durch Information, Klärung von Patientenpräferenzen usw. eine Orientierung erfolgen kann. Längerfristig ist auch die Erfahrung von Selbsthilfegruppen stärker in das System einzubinden.

Von einer flächendeckenden Verfügbarkeit von unabhängigen Patientenberatungsstellen ist man in Deutschland noch weit entfernt. Es gibt zwar eine ganze Reihe unter-

schiedlicher Beratungsangebote bzw. Modelle (zum Überblick s. Kranich, C. 1997), jedoch noch kein einheitliches Institutionalisierungskonzept.

375. Dringend erforderlich ist die Partizipation von Patientenvertretern im Konfliktfall. Die außergerichtliche Konfliktlösung liegt in der Hand von Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen, in denen Patientenvertreter oder sachkundige Bürger nicht vertreten sind. Angesichts einer zu beobachtenden Steigerung der Zahl solcher Konfliktfälle ist hier eine Lösung dringend erforderlich. Soweit die Befürchtung besteht, dass es durch eine solche Vertretung zu einer sachfremden oder nicht ausreichend kompetenten Einflussnahme auf die Entscheidung im Einzelfall kommt, kann die Idee einer Mandatsspaltung (d. h., dass das „Stimmrecht“ der Patientenvertreter auf prozedurale Fragen begrenzt wäre und Fragen medizinischer Beurteilung nicht beinhaltet, Badura, B. et al. 1999) erwogen werden. Unberührt von diesen Überlegungen werden derzeit Diskussionen über eine grundsätzliche Umgestaltung des Haftungsrechts geführt.

Im Gegensatz zur Partizipation auf kollektiver, d. h. überindividueller abstrakter Ebene, für die die rechtlichen Voraussetzungen teilweise noch zu präzisieren sind, ist die Beteiligung auf individueller Ebene, besonders in der Arzt-Patienten-Interaktion, rechtlich gut abgesichert (Hart, D. u. Francke, R. 2000). Die ständige Rechtsprechung basiert heute auf Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz (Recht auf körperliche Unversehrtheit). Ein ärztlicher Eingriff ist grundsätzlich nur dann rechtmäßig, wenn der Patient über den Eingriff aufgeklärt worden ist, nach erfolgter Aufklärung in den Eingriff eingewilligt hat und der Eingriff fachgerecht durchgeführt worden ist.

3.2.4.2 Partizipation auf der Mesoebene

376. Ein relativ großer Anteil der Entscheidungen über die konkrete Verfügbarkeit, Effektivität und Qualität gesundheitlicher Leistungen, die auch für die Nutzer in Gestalt von Zufriedenheit und konkretem Erfolg unmittelbar spürbar werden, werden in Einrichtungen und Organisationen auf der mittleren gesellschaftlichen Ebene gefällt. Zwar ist das Gesundheitswesen in Deutschland traditionell von korporatistischen Strukturen geprägt, in denen wichtige Rahmenentscheidungen zwischen Politik und Verbänden auf hoher Ebene getroffen werden. Dies schränkt den Entscheidungsspielraum lokaler und regionaler Akteure entsprechend ein. Dennoch bestehen auch auf der mittleren gesellschaftlichen Ebene zahlreiche Gestaltungsmöglichkeiten, die insbesondere über die bedarfs- und bedürfnisgerechte Leistungsbereitstellung, über die konkrete Gestaltung gesundheitlicher Angebote und Hilfsquellen, sowie über Qualität und Verlässlichkeit der Leistungen entscheiden.

Entscheidungen über die Organisation der stationären Versorgung finden in der Regel in eng abgeschlossenen Verhandlungen zwischen Krankenhausträgern, der Politik und teilweise den Krankenkassen statt. Gleichzeitig finden diese Entscheidungen zum Teil große öffentliche Aufmerksamkeit (z. B. bei Krankenhausschließungen). Insbe-

sondere wenn zukünftig die Organisation der Krankenhausfinanzierung geändert werden sollte, ergeben sich jedoch Entscheidungsspielräume, in die sachkundige Bürger und lokale Akteure des Gesundheitswesens einbezogen werden sollten.

377. Eine Zielvorstellung, die in anderen Ländern teilweise bereits durch partizipative Entscheidungsstrukturen realisiert wurde, ist hier z. B. die Sicherung eines wohnortnahen und bedürfnisgerechten Leistungsangebots durch die intensivere Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung. Derartige Strukturveränderungen sind in besonderem Maße auf das Engagement und die Akzeptanz im lokalen Umfeld angewiesen und erfordern insofern eine breite Beteiligung. Unabhängige Bürger-, Nutzer- oder Patientenvertreter in Entscheidungsgremien der Krankenhausträger könnten sich ferner dafür einsetzen, Qualitätsentwicklung und Patientenorientierung in der Krankenhausorganisation umzusetzen.

Über die Integriertheit des gesundheitlichen Dienstleistungsangebots entscheidet die gemeindenahere Verfügbarkeit und Vernetzung. Partizipative Strukturen auf lokaler Ebene bieten sich insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung von Konzepten der integrierten Versorgung an. Durch breite öffentliche Beteiligung können Versorgungsdefizite und Koordinationsmängel durch flexible gemeindenahere Lösungen behoben werden, die nicht nur zwischen der stationären und ambulanten Versorgung, sondern z. B. auch zwischen medizinischer Behandlung und Pflege oder zwischen medizinischer und sozialer Betreuung (gerade für benachteiligte Gruppen) auftreten. Soweit Modelle der integrierten Versorgung zudem Züge von Managed Care entwickeln, sollte ebenfalls eine Nutzerbeteiligung bei der Entscheidung über Umfang und konkrete Gestaltung der bereitgestellten Leistungen erfolgen. Dies könnte insbesondere durch den Umstand unterstützt werden, dass auf lokaler Ebene die Beziehung zwischen Leistungen und Kosten in manchen Punkten konkreter erfassbar ist als auf höheren Entscheidungsebenen.

In den Bereich lokaler Partizipation würde auch gehören, gesundheitsrelevante Entscheidungen von Kommunen und Kreisen bürgernäher und offener zu gestalten, z. B. indem in die Entscheidungsgremien und Ausschüsse sachkundige und auf lokaler Ebene in gesundheitlichen Fragen aktive Bürger verstärkt beratend beigezogen werden.

378. Juristisch und ordnungspolitisch problematisch sind die Beteiligungsmöglichkeiten in den berufsständischen Kammern und den Körperschaften der vertragsärztlichen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Kammern haben primär einen berufsrechtlichen Auftrag. Relativ unbestritten dürfte jedoch sein, dass inzwischen einzelne Aufgabenbereiche und Aufträge hinzugekommen sind, in denen auch öffentliche Interessen berührt und eine Bürgerbeteiligung sinnvoll sind. Dies wird z. B. im Zusammenhang mit Ethikkommissionen, Schlichtungsstellen etc. diskutiert.

379. Die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung sind mit einer Selbstverwaltung ausgestattet. Im Regelfall ist bis heute jedoch das Kandidatenspektrum und die Be-

teiligung bei Sozialwahlen noch so gering, dass Präferenzen der Versicherten nicht in ausreichendem Maße im Wahlergebnis zum Ausdruck gebracht werden können. In dem Maße, in dem die Kassen über die Rolle des Kostenträgers hinaus auch inhaltliche Gestaltungskompetenzen im Gesundheitssystem erhalten, ist eine breitere angelegte Partizipation unbedingt erforderlich. In der Rolle des Versicherten liegen allerdings erhebliche Interessenkonflikte begründet.

380. Für regionale Kooperationsformen aller Beteiligten im Gesundheitswesen, z. B. regionale Gesundheitskonferenzen, liegen bisher nur vereinzelte Erfahrungen, etwa in Nordrhein-Westfalen, vor, sodass die mögliche Bedeutung schwer abschätzbar ist. Fraglich erscheint insbesondere die Größe der Entscheidungsspielräume, die in vielen Problemfeldern durch nationale oder Spitzenverbandliche Entscheidungen weitgehend vordefiniert sind. Regionale Gesundheitskonferenzen können aber z. B. sinnvoll sein, wenn komplexe Strukturveränderungen in der Versorgung mit zahlreichen Beteiligten beabsichtigt sind (z. B. Psychiatriereform). Regionale Vernetzung wird außerdem in spezifischen Versorgungsbereichen angestrebt (z. B. in regionalen Rheumazentren).

3.2.4.3 Partizipation auf der Makroebene

381. Zahlreiche weitreichende Entscheidungen werden im deutschen Gesundheitswesen auf der Ebene der Spitzenverbände bzw. von Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung getroffen. Bei bestimmten Problemen mit hoher Konfliktintensität findet dabei oft sogar eine Problemverlagerung von anderen Entscheidungsebenen auf derartige korporative Gremien statt. So ist z. B. die sachliche Gestaltungskompetenz des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen für Leistungsangebote und die konkrete Form der Leistungserbringung in den letzten Jahren (durch zusätzliche Aufträge des Gesetzgebers) beständig gestiegen, zuletzt mit den Regelungen des GKV-Reformgesetzes 2000. In dem Maße wie ein solches Gremium Entscheidungen von möglicherweise für den Bürger als Patienten weit tragender Bedeutung fällt und nicht nur interne Modalitäten der Ausfüllung von Versichereransprüchen durch die Erbringung von Sachleistungen des Gesundheitswesens regelt, wächst der Legitimationsbedarf dieser Entscheidungen. Der Bürger ist dann nicht mehr nur als Versicherter betroffen (und durch die Kassen auch vertreten), sondern ebenso als Patient oder Interessent an Gesundheitsdienstleistungen, möglicherweise auch als Bürger, der ein Interesse an der Gestaltung des sozialen Sicherungssystems, der Gerechtigkeit im Gesundheitssystem usw. haben kann. Eine Partizipation in derartigen Gremien ist daher unbedingt wünschenswert. Eine Zwischenlösung, solange entsprechend legitimierte und kompetente Bürgervertreter noch nicht benannt werden können, könnte z. B. darin bestehen, dass in diese Gremien neutrale sachkundige Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, wie in anderen Ländern z. B. ehemalige (Sozial-)Richter oder Geistliche, aufgenommen werden, die ggf. von vorhandenen Patientenorganisationen, Selbsthilfeorganisationen etc. benannt werden.

382. Im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung steht dem Bundesminister für Gesundheit ein Beanstandungsrecht zu. Dieses kann die Gewähr dafür bieten, dass unsachgemäße Entscheidungsfolgen verhindert werden können.

383. Bis heute fehlen Spitzenverbände der Patienten weitgehend (bzw. sind von fraglicher Legitimiertheit aufgrund einer geringen organisatorischen Basis oder ungeklärten Interessenverflechtungen, vgl. Kranich, C. 1997). Dies stellt eine wichtige Lücke für Partizipation auf der Makroebene dar. In anderen Ländern, z. B. Großbritannien ist die Organisation hier weiter fortgeschritten.

Wie diese Lücke in Deutschland geschlossen werden wird, ist derzeit noch unklar. Zwar sind verschiedene Organisationsprozesse, z. B. in der Selbsthilfebewegung, aber auch bei den Verbraucherverbänden, teilweise auch zwischen beiden, erkennbar. Weniger wahrscheinlich erscheint, dass Spitzenverbände, z. B. der Kassen oder der Anbieter Patienten- und Konsumenteninteressen gezielter inkludieren.

Denkbar wäre aber auch, dass die Politik, und hier insbesondere die Parteien ihr Organisationspotenzial in gesundheitspolitischen Themen erweitern und „sachverständige Bürger“ eines neuen Typs neben den „Gesundheitspolitikern“ des traditionellen Typs, die im Kontext der Körperschaften der allgemeinen Volksvertretung operieren, hervorbringen. Die Entwicklung von Partizipationsmöglichkeiten kann dabei für politische Parteien die Herausforderung darstellen, im Rahmen ihrer Funktion der Förderung der öffentlichen Meinungsbildung die bisher weitgehend unbeachtet gebliebenen Interessen und Anliegen von Bürgern als Patienten und Nutzer von Gesundheitsleistungen stärker aufzugreifen und politisch zu organisieren, und im Rahmen ihrer Funktion bei der Auslese politischen Führungspersonals kompetente und nicht durch professionelle oder verbandliche Loyalitäten gebundene Bürgervertreter hervorzubringen. Voraussetzung hierfür wäre, dass die Parteien nicht wie bisher dazu tendieren, gesundheitspolitische Fragen und Konflikte zu „Expertenfragen“ zu verengen und zu „entpolitisieren“, die nur gelegentlich als Wahlkampfthema breiter aufgegriffen werden.

Ähnliches gilt für die Partizipation auf der Ebene der Länder- und Bundespolitik bzw. der demokratischen Körperschaften. Volksvertreter sind prinzipiell legitimiert, die Interessen der Nutzer im Gesundheitswesen zu vertreten. Dennoch wäre es wünschenswert, das Themenspektrum in gesundheitspolitischen Sach- und Gestaltungsentscheidungen zu öffnen, indem z. B. bei Anhörungen oder in Fachgremien Patienteninteressen und -voten gezielter zu Wort kommen. Es ist anzunehmen, dass die Gesundheitspolitik dadurch auch an Gestaltungsspielräumen gewinnen würde („*third party*“), die sonst durch die Einwirkung der Verbände tendenziell verengt werden.

384. Von wachsender Bedeutung sind übernationale Entscheidungsebenen, insbesondere im Zusammenhang mit dem europäischen Einigungsprozess und der Globalisierung medizinischer Leistungsanbieter. Es wäre ge-

nauer zu prüfen, ob das Europäische Parlament durch entsprechende Initiativen oder die Kommission durch Richtlinien z. B. zu einer stärkeren partizipativen Gestaltung des Gesundheitswesens sowie zu einer Verbesserung des Patientenschutzes in den Mitgliedstaaten beitragen kann.

Von der WHO sind bereits in der Vergangenheit Impulse für die Gestaltung insbesondere der Primärversorgung und für die Förderung der Partizipation ausgegangen (z. B. Ottawa-Charta). Zwar verfügen derartige Organisationen nicht über die Möglichkeit, bindende Entscheidungen zu treffen, jedoch bieten sie eine Grundlage für das koordinierte Vorgehen in unterschiedlichen Ländern und Gesundheitssystemen.

3.3 Patientenrechte

385. Patientenrechte bilden den Rechtsraum, in dem Patienten mit Professionellen des Gesundheitssystems interagieren. Dies kann zum einen im Rahmen persönlicher Beziehungen, z. B. im Krankheitsfall, geschehen. Zum anderen gehört dazu aber auch die Teilhabe von Patienten bei der Gestaltung des Gesundheitssystems, z. B. in Form von Partizipation bei der Erstellung von Gesundheitszielen (Abschnitt I-1.3.1).

Zwischen Patientenkompetenz, Partizipation und Patientenrechten besteht ein wechselseitiger Zusammenhang: Einerseits kann davon ausgegangen werden, dass kompetente Patienten ihre Rechte nutzen, andererseits stärkt die konkrete Formulierung, Veröffentlichung und Umsetzung von Patientenrechten die Position des Patienten gegenüber den Professionellen des Systems. Ein zusätzlicher Effekt ergibt sich durch die öffentliche Diskussion, die in der Regel der Formulierung von Patientenrechten vorausgeht, da diese die Kompetenz im Umgang mit dem System ebenfalls erhöht.

Um diesen Prozess einer öffentlichen Diskussion auch international zu befördern, legt die WHO einen jährlichen Bericht zum Stand der Entwicklung von Patientenrechten in Europa vor (Iliev, D. u. Vienonen, M. 1997 und 1998).

3.3.1 Patientenrechte in Deutschland

386. Nach dem neuesten Bericht der WHO gehört Deutschland zu den Ländern, in denen Patientenrechte in verschiedene andere Gesetzestexte integriert sind. Sie leiten sich grundsätzlich ab aus dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz (GG)), aus dem die Gewährleistung von Sicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung folgt. Aus Art. 1 Abs. 1 GG zur Würde des Menschen in Verbindung mit dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ergibt sich das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung im Rahmen der Gesundheitssicherung (Welge, B. u. Lindemann, M. 1997). Darunter fällt auch das Recht auf Information durch den Behandler (Stegers, C.M. 1997).

387. Auch im ersten Sozialgesetzbuch ist in § 1 aufgeführt, dass das SGB u. a. dazu beitragen soll, ein men-

schenwürdiges Dasein zu sichern und gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit zu schaffen. §§ 13 u. 14 SGB I überträgt den Leistungsträgern die Pflicht, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach dem SGB aufzuklären und zu beraten. § 17 gibt den Leistungsträgern auf, dafür zu sorgen, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Leistungen nach dem SGB in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell erhält.

Konkret findet sich im SGB V das Recht auf freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 Satz 1) sowie der Anspruch auf eine Versorgung, die ausreichend und zweckmäßig sein sowie wirtschaftlich erbracht werden muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf (§ 70 Abs. 1 Satz 2).

388. Auch Pflichten der Versicherten sind im SGB V aufgeführt: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden“ (§ 1 Satz 2 SGB V). Gemeinsam mit Krankenkassen und Leistungserbringern haben sie darauf zu achten, „dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden“ (§ 2 Abs. 4 SGB V).

389. Viele Ansprüche aufseiten der Versicherten ergeben sich implizit aus den Pflichten der Krankenkassen und Leistungserbringer, so z. B. in § 1 Satz 1 SGB V: „Die Krankenversicherungen als Solidargemeinschaft haben die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ oder in § 76 Abs. 4 „Die Übernahme der Behandlung verpflichtet die in Absatz 1 genannten Personen oder Einrichtungen dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts.“ Dies bezieht sich auf die §§ 611 ff. BGB (dienstvertragliche Vorschriften), nach denen in der Regel der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient zu beurteilen ist. Allerdings ist der Arzt nicht für den Erfolg der Behandlung verantwortlich sondern nur für eine sorgfältige Behandlung, die dem Stand der Wissenschaft entspricht. (Berner, B. 1999). Strafrechtlich gesehen stellt jeder körperliche Eingriff im rechtlichen Sinne eine Körperverletzung dar, wenn keine begründete Indikation, keine sachgerechte, sorgfältige, schonende Ausführung des Eingriffs, keine umfassende sachgemäße Aufklärung sowie keine Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt (Marx, H. 1999).

Darüber hinaus wird aufgrund eines fehlenden eigenen Gesetzeswerkes die Ausstattung und Fortschreibung der Patientenrechte in Deutschland durch die Rechtsprechung („Richterrecht“) bestimmt (Gruhl, M. et al. 2000).

390. Der Sachverständigenrat hat bereits in seinem Jahresgutachten 1992 gefordert, dass die bereits bestehenden Rechte der Patienten in einer Patientenrechts-Charta, die

dem Versicherten und Patienten zugänglich sein muss, sichergestellt werden. Er unterscheidet folgende Rechte:

- Recht auf gleichen Zugang aller Patienten zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Recht auf Beachtung der Würde des Einzelnen,
- Recht auf Vertraulichkeit (Datenschutz, Schweigepflicht) und Wahrung der Privatsphäre,
- Recht auf Selbstbestimmung,
- Recht auf Information und
- Recht auf Unterstützung bei der Inanspruchnahme der Patientenrechte.

391. Inzwischen ist es Teil der Koalitionsvereinbarungen der derzeit amtierenden Regierung, sich diesem Thema zu widmen. In einem ersten Schritt wurde 1999 im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz ein Dokument „Patientenrechte in Deutschland“ erstellt und in der (Fach-)Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt.⁵³ Patientenrechte werden hier in vier Kategorien behandelt: Rechte auf sorgfältige Information, Rechte in der Behandlung, Recht auf selbstbestimmtes Sterben und Rechte im Schadensfall. Das Papier wurde im Bemühen um Konsens erstellt, was inhaltlich an verschiedenen Stellen durchscheit: So ist beispielsweise mehrfach vom Recht des Arztes die Rede, die Behandlung abzubrechen. Es ist zu fragen, ob solche Aussagen in ein Dokument über Patientenrechte gehören. Die Frage der institutionellen Partizipation von Patienten wird gar nicht angesprochen. Im Absatz über das Recht auf selbstbestimmtes Sterben wird dem „entscheidungsfähigen“ Patienten das Recht zuerkannt, den Behandlungsabbruch bzw. das Unterlassen weiterer lebensverlängernder Maßnahmen „zu verlangen“. Es bleibt allerdings unklar, inwieweit ein solches „Verlangen“ auch bindende Wirkung für den Arzt hat, da kein Arzt gezwungen werden darf, gegen seine Überzeugung zu handeln. Für den Fall, dass keine Entscheidungsfähigkeit mehr vorliegt, wird auf Patientenverfügungen verwiesen, die der Arzt „für die Erforschung des mutmaßlichen Willens des Patienten heranzieht“. Auch diese Formulierung befördert eher wieder ein paternalistisches Verhältnis zwischen Arzt und Patient, indem dem Arzt eine größere Kompetenz bezüglich des Willens des Patienten zugesprochen wird als diesem selbst. Es ist in diesem Zusammenhang grundsätzlich zu fragen, ob ein Dokument zu Patientenrechten konsenspflichtig bzw. konsensfähig ist.

⁵³ Das Dokument ist in einem gemeinsamen Beratungsprozess durch den AOK-Bundesverband, den Arbeitskreis Gesundheit und Soziales der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder, die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, die Bundesärztekammer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnen-Stellen, das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Deutschen Pflegerat, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Notgemeinschaft Medizinischgeschädigte e.V., den Verband der Deutschen Angestellten Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. sowie die beteiligten Länder erstellt worden.

392. Die Gesundheitsministerkonferenz hat jetzt zum einen ein neues Gutachten zu Patientenrechten in Auftrag gegeben, in dem besonders ein internationaler Vergleich vorgenommen werden soll. Darüber hinaus hat sie eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Bundes, der Länder, der Ärzte, der Kassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen eingerichtet, die sich näher mit dem Thema befassen soll. Diese Arbeitsgruppe hat kürzlich einen Bericht vorgelegt, in dem neben der Ist-Stands-Analyse die Defizite bezüglich der Patientenrechte in Deutschland herausgearbeitet werden. Zur Vertiefung einzelner Themenbereiche sind drei Untergruppen zur Verbesserung der Transparenz, der institutionellen Verbesserung der Patientenbeteiligung und zum Haftungskomplex gebildet worden. Die Verbesserungsvorschläge der einzelnen Interessenverbände sollen erfasst und bewertet werden. Entsprechend ist noch offen, ob die Arbeitsgruppe sich am Ende für die Verfassung eines Patientengesetzes ausspricht oder nicht. Die Alternative bestünde in der Erstellung einer Patientencharta, die allerdings keine gesetzlich bindende Wirkung hat.⁵⁴

3.3.2 Internationale Modelle und Erfahrungen

In dem bereits erwähnten Bericht der WHO zum Stand der Entwicklungen von Patientenrechten werden ausgewählte europäische Mitgliedstaaten einer der folgenden fünf Kategorien zugeordnet:

- Länder mit einem Patientengesetz, das bereits in Kraft getreten ist,
- Länder mit einem Patientengesetz, das erst noch vom Parlament ratifiziert werden muss,
- Länder, in denen ein Patientengesetz vorbereitet wird,
- Länder mit einer Charta der Patientenrechte und
- Länder, in denen Patientenrechte in verschiedene andere Gesetzestexte integriert sind.

Die Tabelle 30 gibt einen Überblick über den derzeitigen Stand der Entwicklung in Europa, wobei die Kategorien zwei (Patientengesetz muss noch ratifiziert werden) und drei (Gesetz wird vorbereitet) zusammengefasst wurden.

Tabelle 30

Patientenrechte in Europa (Stand Oktober 1998)

Gesetz in Kraft	Gesetz in Vorbereitung	Patientenrechte inkorporiert in verschiedene Rechtshandlungen	Patientencharta
Dänemark (seit 1998) Finnland (seit 1992) Griechenland (seit 1997) Island (seit 1997) Israel (seit 1996) Litauen (seit 1996) Niederlande (seit 1995)	Estland Georgien Norwegen Russische Föderation Türkei Weißrussland	Bulgarien Deutschland Frankreich ^{a)} Österreich Polen Schweden Slowakei ^{a)} Slowenien Spanien Tschechien ^{a)} Ungarn Usbekistan	Frankreich Irland Portugal Slowakei ^{b)} Schweden ^{b)} Tschechien ^{b)} Vereinigtes Königreich

^{a)} Länder haben zusätzlich eine Patientencharta.

^{b)} Patientencharta existiert, aber nicht auf nationaler Ebene.

Quelle: Iliev, D. u. Vienonen, M. (1999)

⁵⁴ Der deutsche Juristentag 2000 hat sich beispielsweise in Bezug auf Patientenverfügungen und Fragen bezüglich der Entscheidung über Gesundheitsmaßnahmen bzw. der Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen für eine gesetzliche Regelung ausgesprochen.

Wie Tabelle 30 zu entnehmen ist, sind in vielen europäischen Ländern Prozesse in Gang gekommen, innerhalber die Problematik der Patientenrechte zu lösen versucht wird. Die Jahresangaben in der ersten Spalte zeigen auch, dass diese Bewegungen noch relativ jung sind: In Finnland mit seinem 1992 verabschiedeten und 1993 in Kraft getretenen Patientengesetz gibt es bereits erste Erfahrungen mit dem Gesetz. 1996 wurde vom Ministerium für Soziales und Gesundheit ein Bericht in Auftrag gegeben, der zu dem Schluss kam, dass das Gesetz einen generell positiven Einfluss auf das System gezeigt habe, indem es zu einer größeren Bewusstheit unter Patienten bezüglich ihrer Rechte bei Nutzung des Systems geführt habe. Dies habe sich wiederum auf die Haltung der Professionellen des Gesundheitssystems positiv ausgewirkt. Bei jüngeren Generationen von Professionellen zeige sich bereits eine größere Bereitschaft, das Verhalten Patienten gegenüber zu verändern. Kritisiert wurde, dass die Problematik des *informed consent* zu vage abgehandelt worden sei. Bedarf, sich weiter damit auseinander zu setzen, gebe es ebenfalls bezüglich des Zugangs zu Informationen sowie der Selbstbestimmtheit im Behandlungsprozess (Lahti, R. 1998).

Ombudsmänner

393. Ein weiterer interessanter Aspekt im finnischen System der Patientenrechte ist die Ernennung von Patienten-Ombudsmännern in jeder Einrichtung des Gesundheitswesens. Die Ombudsmänner sollen Patienten bei Beschwerden zur Verfügung stehen, jedoch nicht die Funktion von Anwälten übernehmen. Als Schwachpunkt dieser Regelung wird allerdings kritisiert, dass die Ombudsmänner gleichzeitig Angestellte der Einrichtung sind, der gegenüber sie die Rechte der Patienten vertreten sollen. Dies schwäche ihre Position erheblich (Iliev, D. und Vienonen, M. 1998).⁵⁵⁾

Die Wiener Patientenanzwaltschaft

394. Aufgrund eines Wiener Landesgesetzes existiert in der Stadt Wien seit 1992 die Wiener Patientenanzwaltschaft für Patienten, Ärzte und andere Gesundheitsdienste als unabhängige und weisungsfreie Einrichtung. Aufgrund des gesetzlichen Auftrages gehört zu ihren Tätigkeiten nicht nur die Bearbeitung von Beschwerden oder die Erteilung von Auskünften, sondern auch die Prüfung von Anregungen, die Aufklärung von Mängeln oder Missständen sowie die Abgabe von Empfehlungen zur Abstellung derselben. Die Zuständigkeit umfasst Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Rettungs- und andere Dienste im Gesundheitsbereich sowie die gesamte ambulante Versorgung (z. B. durch Ärzte, Zahnärzte, Hebammen, Psychotherapeuten).

⁵⁵⁾ In einem Hamburger Krankenhaus sind jetzt erstmals zwei Sozialarbeiterinnen hauptamtlich als Vertrauensleute für die Vermittlung zwischen Patienten und Ärzten eingestellt worden. Sie sollen zum einen die Patienten beraten und zum anderen für Beschwerden zur Verfügung stehen.

Bedingt durch das bewusst breit angelegte Betätigungsfeld arbeitet die Wiener Patientenanzwaltschaft mit den verschiedensten Akteuren des Gesundheitswesens zusammen, so z. B. mit Sozialversicherungsträgern, mit privaten Krankenversicherungen, mit den Standesvertretern der verschiedenen Berufsgruppen, mit der Pharmaindustrie und sämtlichen Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich. Die Finanzierung erfolgt durch das Land Wien, die Inanspruchnahme ist kostenlos, allerdings übt die Wiener Patientenanzwaltschaft nicht die Funktion eines Rechtsanwaltes aus, kann also niemanden vor Gericht oder bei Behörden vertreten (Pickl, V. 1997).

Verschuldensunabhängige Haftung

395. Sowohl in Finnland als auch in Schweden gibt es das Prinzip der verschuldensunabhängigen Haftung, in Schweden existiert bereits seit 20 Jahren ein freiwilliges Versicherungssystem, bei dem Patienten unabhängig vom Schuldnachweis Entschädigungsleistungen beanspruchen können. Seit 1997 müssen jetzt alle Anbieter von Gesundheitsleistungen eine Pflichtversicherung abschließen, die eintritt bei:

- körperlichen und psychischen Schädigungen durch medizinische Untersuchung, Versorgung und Behandlung,
- fehlerhafter Diagnose,
- Fehlern, die durch medizinische Apparate oder unsachgemäße Bedienung hervorgerufen wurden,
- Infektionsübertragungen,
- falscher Verwendung pharmazeutischer Produkte und
- Unfällen während der Behandlung und des Transportes.

Die langjährigen Erfahrungen zeigen, dass eine solche Haftungsregelung nicht zu einem Anstieg der geltend gemachten Ansprüche führt, zumal sie nicht den Arzt vollständig aus der persönlichen Haftung entlässt. Das Modell arbeitet sehr erfolgreich und hat es den betroffenen Patienten wesentlich erleichtert, finanzielle Entschädigung zu erlangen (Rynning, E. 1997). Hinzu kommt, dass eine solche Regelung die Arzt-Patient-Beziehung insofern entlastet, als die Frage der Haftung in einem klar umgrenzten Bereich ausgeklammert wird.

Auf europäischer Ebene beschäftigt sich derzeit der Ausschuss „Systeme der gesundheitlichen Versorgung, der sozialen Sicherheit, der Gesundheitsökonomie und der pharmazeutischen Industrie“ (zugehörig zum ständigen Ausschuss der europäischen Ärzte) damit, ein Konzept für einen Richtlinienvorschlag zur Weiterentwicklung der Haftung bei medizinischen Behandlungsschäden zu erarbeiten. Auch hier wird für Europa über verschuldensunabhängige Haftungsregelungen diskutiert.

Dachverband der Patientenorganisationen

396. In den Niederlanden wurde ein Nationaler Verband der Patienten- und Verbraucherorganisationen gegründet. Der Verband hat die Aufgabe, die verschiedenen

Gesichtspunkte der Patienten-, Bürger-, Verbraucher- und Nutzer-Rolle transparent zu machen und die jeweiligen Interessen zu vertreten und wird aus Geldern des Gesundheitsministeriums unterstützt (Dekkers, F. 1997). Das Modell wird intern insofern kritisiert, als die finanzielle Unterstützung nicht so groß ist, dass dadurch wirklich eine starke und handlungsfähige Interessenvertretung auf nationaler Ebene aufgebaut werden kann. Hinzu kommt, dass es durch die staatliche Unterstützung eine Bewegung von oben (*top down*) ist, bei der vielfach unklar bleiben muss, inwiefern sie auch „von unten“ getragen wird.

Rechte von Kindern und Jugendlichen

397. Das isländische Patientenrecht regelt besonders die Rechte von Kindern und Jugendlichen. Hier müssen die Informationen bei unter 16-Jährigen an die Eltern gegeben werden, wenngleich auch jüngere Kinder ihrem Alter und Entwicklungsstand entsprechend aufzuklären sind. Kinder ab 12 Jahren müssen bei der Entscheidung über die Behandlung einbezogen werden. Das Gesetz legt ebenfalls fest, dass Kindern unnötige Tests und Prozeduren erspart bleiben sollen und erlaubt Eltern und anderen nahen Verwandten ausdrücklich die Anwesenheit. Heftig umstritten sind in diesem Zusammenhang derzeit Pläne der niederländischen Regierung, Kindern über 12 Jahren auch ohne Zustimmung der Eltern das Recht auf Sterbehilfe zuzuerkennen. Niederländische Ärzte sehen hierin eine Überfrachtung der sowieso nicht unproblematischen Situation terminaler Erkrankungen im Kindes und Jugendalter.

Ebenfalls mit den Rechten von Kindern bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung beschäftigt sich der Weltärztebund, ein Zusammenschluss von 72 nationalen Ärzteorganisationen. Dieser hat auf seiner 50. Generalversammlung im Oktober 1998 eine Deklaration zu den Rechten des Kindes auf gesundheitliche Versorgung verabschiedet. Hierin wird festgestellt, dass auch Kinder keine Objekte medizinischen Handelns sein dürften, sondern dass ihre Wünsche und ihr Willen entsprechend dem Alter und Reifegrad berücksichtigt werden sollten. Ausdrücklich wird das Recht auf Vertraulichkeit betont, wonach die während einer Konsultation oder Beratung erhaltenen Informationen (außer in begründeten Ausnahmen) nicht ohne Zustimmung des Kindes an die Eltern oder gesetzlichen Vertreter weitergegeben werden dürfen (BÄK).

Bioethik-Konvention

398. Die vom Europarat verfasste und bereits von mehr als der Hälfte der 41 Mitgliedsstaaten unterzeichnete Bioethik-Konvention befasst sich mit dem Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin. Sie verbietet jede Form der Diskriminierung von Menschen aufgrund ihrer genetischen Erbanlagen und erlaubt Gentests nur zu medizinischen Zwecken. Medizinische Eingriffe in das menschliche Erbgut dürfen von Ärzten nur dann vorgenommen werden, wenn es diagnostische, therapeutische oder vorbeugende Gründe dafür gibt. Ebenso verbietet die Konvention die Züchtung von menschlichen Embryonen

nur zu Forschungszwecken, die Organentnahme bei nicht einwilligungsfähigen Personen (z. B. Kindern oder Behinderten) sowie den Organhandel. Aufgrund eines 1998 unterzeichneten ersten Zusatzprotokolls ist außerdem das Klonen von Menschen verboten.

Die Bioethik-Konvention ist von der Bundesrepublik Deutschland auf Druck von Ärzte- und Patientenverbänden bisher nicht unterzeichnet worden, da in einem umstrittenen Artikel (17) Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen, die für die Betroffenen nicht von unmittelbarem Nutzen sind, in Ausnahmefällen zugelassen werden. Vor dem Hintergrund der deutschen Geschichte wird ein strikteres Verbot einer Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen gefordert.

Rechtsschutz für nicht entscheidungsfähige Erwachsene

399. Im Februar 1999 hat der Europarat Empfehlungen zu den „Grundbezügen bezüglich des Rechtsschutzes für Erwachsene, die nicht entscheidungsfähig sind“ herausgegeben. Diese gliedern sich in Teil I „Anwendungsbereich“, Teil II „Leitsätze“, Teil III „Verfahrensgrundsätze“, Teil IV „Rolle der Vertreter“ und Teil V „Interventionen im Gesundheitsbereich“. Insgesamt enthalten die Empfehlungen 28 Grundsätze, die sich zum Beispiel mit der Achtung der Menschenrechte (Grundsatz 1), der höchstmöglichen Bewahrung der Entscheidungsfähigkeit (Grundsatz 3), dem Vorrang der Interessen und des Wohls der betroffenen Person (Grundsatz 8), der Achtung der Wünsche und Gefühle der betroffenen Person (Grundsatz 9), der Einleitung und Durchführung von Verfahren (Grundsätze 11 bis 17), der Kontrolle der von Rechts wegen übertragenen Befugnisse (Grundsatz 18) und der Einwilligung zu Gesundheitsmaßnahmen (Grundsatz 22 und 23) befassen.

An den Empfehlungen wird besonders von Behindertenverbänden kritisiert, sie seien zu „weich“ bzw. zu „vage“ formuliert. Dies unterscheidet sie von der wesentlich prägnanteren Fassung des Gesetzes über die Betreuung volljähriger Personen (z. B. §§ 1896 ff. BGB). Andererseits wird aber auch gelobt, dass sie Hinweise und Anregungen enthielten, die für die rechtspolitische Diskussion in Deutschland von Bedeutung seien, so z. B. in der Frage der Vertretung und Unterstützung der nicht entscheidungsfähigen Erwachsenen, die durch zu schaffende oder zu unterstützende Organe und Vereine gewährleistet werden könnte. Dies könne die Aufforderung darstellen, in Deutschland ein flächendeckendes Netz von Betreuungsvereinen zu schaffen, um die zum Teil wieder zunehmende Zahl von Mehrfachbetreuungen durch Rechtsanwälte wieder abzubauen.

Von der WHO sind bereits in der Vergangenheit Impulse für die Gestaltung insbesondere der Primärversorgung und für die Förderung der Partizipation ausgegangen (z. B. Ottawa-Charta). Zwar verfügen derartige Organisationen nicht über die Möglichkeit, bindende Entscheidungen zu treffen, jedoch bieten sie eine Grundlage für das koordinierte Vorgehen in unterschiedlichen Ländern und Gesundheitssystemen.

3.4 Zusammenfassung und Empfehlungen

400. Nutzer des gesundheitlichen Versorgungssystems lassen sich entsprechend der gewählten Perspektive unterschiedlich gruppieren. „Bürger“, „Versicherte“ und „Patienten“ repräsentieren eine Unterscheidung nach Interessenlagen, die Begriffe „Kunde“ und „Konsument“ orientieren sich eher an ökonomischen Aspekten der Gesundheitsversorgung.

401. Der Rat erkennt in Kompetenz und Partizipation die Schlüsselqualitäten des Nutzers, die einen wesentlichen Einfluss auf Prozess und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben. Daraus folgt, dass zum einen vorhandene Kompetenzen besser genutzt werden müssen, und dass zum anderen das Nutzerverhalten durch einen Ausbau der Kompetenzen und durch mehr Partizipation zu verbessern ist.

402. Die Rolle der Patienten ist im Wandel begriffen. Waren sie in der Vergangenheit vor allem diejenigen, die sich auf die Fürsorge, die Bedarfsgerechtigkeit und die Qualität der Entscheidungen anderer verlassen wollten oder mussten, könnten sie zukünftig eine Rolle als eigenständige „dritte Kraft“ im Gesundheitswesen übernehmen. Hiervon geht ein wachsender Einfluss auf die Zielorientierung, die Prozesse und die Strukturen des Versorgungssystems aus. Bei der zukünftigen Bewertung eines Gesundheitswesens wird die Frage, inwieweit eine aktive mitgestaltende Rolle von Bürgern, Versicherten und Patienten verwirklicht ist, an Bedeutung gewinnen. Bislang ist die Stärkung der Rolle des Konsumenten im Gesundheitswesen zwar rhetorisch vorgetragen, aber kaum angemessen entwickelt worden.

403. Der Nutzer kann nur bedingt in der Rolle eines Kunden gesehen werden kann, der eigenverantwortlich Entscheidungen trifft und Wahlmöglichkeiten nutzt. Je weiter sich der Nutzer auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Krankheit oder Pflegebedürftigkeit bewegt, desto eher tritt die Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen in den Hintergrund und wird überlagert durch Unsicherheit, Ängste sowie dem Wunsch und Bedarf nach Hilfe, Fürsorge und Betreuung.

404. Die Steigerung der Nutzerkompetenz hat bei den umweltbedingten Voraussetzungen anzusetzen, wie z. B. bei der sozialen und institutionellen Unterstützung (z. B. Selbsthilfegruppen), ebenso bei edukativen Faktoren und rechtlichen Rahmenbedingungen.

Auf allen Ebenen des Gesundheitssystems ist eine der zentralen Voraussetzungen von Partizipation und Nutzerkompetenz die Weitergabe bzw. der Erhalt von Information. Sie ist derzeit sowohl in Bezug auf Medizin und Gesundheitswesen insgesamt, als auch in der unmittelbaren Begegnung zwischen Nutzer und dem Leistungserbringer (insbesondere Patient und Arzt) unzureichend. Dies gilt trotz des straf- und zivilrechtlich gegebenen Aufklärungsbots. Die Kommunikation ist noch häufig geprägt von dem traditionellen Muster einer paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung. Eine fundierte, im wirklichen Sinne

aufklärende Information, die Vor- und Nachteile eines Verfahrens, aber auch von Versorgungsstrukturen und alternativen Modellen thematisiert und dem Nutzer der Dienstleistung Entscheidungsgrundlagen bietet, ist aber Voraussetzung für mehr Autonomie der Patienten und partnerschaftliche Entscheidungen von Ärzten und Patienten.

405. Angesichts der gegenwärtigen Defizite empfiehlt der Rat:

- Eine obligatorische Einbeziehung des Patienten in alle ärztlichen, ihn betreffenden Entscheidungen. Dabei sind Vor- und Nachteile und der konkrete Nutzen geplanter, aber auch erwägenswerter alternativer Maßnahmen so zu verdeutlichen, dass ihm eine eigenständige Entscheidung für oder auch gegen anstehende medizinische Interventionen möglich ist, es sei denn er wünscht dies nicht oder ist zu einer Mitwirkung an der Entscheidung nicht in der Lage.
- Eine generelle Auflage, wonach alle patientenbezogenen Dokumentationen, die für den Besitz des Nutzers gedacht sind, wie z. B. Impfpässe, Mütterpass, Dokumente, Beipackzettel, Vorsorgebücher usw. so abgefasst werden, dass sie für den Laien verständlich sind. Dies gilt für alle professionellen Gesundheitsdienstleister (Ärzte, Pflegeorganisationen, Kassen).
- Ausbau und Optimierung der vorhandenen Ansätze der Krankenkassen zur Versicherteninformation, Aufklärung, Beratung und Schulung. Dazu sollten die Kassen alle Möglichkeiten moderner Kommunikation nutzen und zielgruppenorientierte Informationen weitergeben. Zielgruppenorientiert bedeutet in diesem Zusammenhang, die Informationsweitergabe jeweils angemessen für Nutzergruppen mit unterschiedlichem kulturellen und sozioökonomischem Hintergrund, Sprache, Alter sowie Geschlecht zu gestalten. Gleichsinnig gelten diese Anforderungen für die gesundheitliche Beratung durch Verbraucherorganisationen (vgl. § 65 SGB V) und vergleichbare Einrichtungen (z. B. „Hotlines“).

406. Zur Entlastung des Gesundheitswesens und zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse ist hinsichtlich der Nutzerkompetenz zu fordern, dass bei allen chronischen Krankheiten Schulungskonzepte (vgl. § 43 SGB V) mit dem Ziel der Übernahme von Selbstverantwortung und eigenem Krankheitsmanagement durch den Patienten sowie Konzepte zur Schulung Angehöriger einzusetzen und zugleich als fester Bestandteil in den Versorgungsprozess zu integrieren sind.

407. Neben einer verbesserten Information sieht der Rat in einer erheblich erweiterten, neu zu konzipierenden Partizipation das zweite wesentliche Element der Optimierung des Nutzerverhaltens. Die Verbesserung der Partizipation des Nutzers ist ein kontinuierlicher Prozess. Dies setzt voraus, dass Partizipation jenseits einer Theorie-debatte konkret umgesetzt wird, wozu der Rat nachdrücklich auffordert. Der Rat sieht vordringlichen Entwicklungs- und Umsetzungsbedarf bei Modellen der Verfahrensbeteiligung, d. h. dem Recht auf Anhörung und

Stellungnahmen, sowie bei Modellen der Beratungsbeteiligung. Dazu sollten entsprechende Modellvorhaben gefördert werden, die einer sorgfältigen Evaluation bedürften. Für eine Entscheidungsbeteiligung im Sinne eines Stimmrechts sind die rechtlichen Voraussetzungen, Kompetenzen und Aufgaben vielfach noch zu klären.

Der Rat empfiehlt bei der Partizipationsdebatte bewährte ausländische Modelle und Erfahrungen auf ihre Übertragbarkeit hin zu überprüfen und einer breiten Diskussion zugänglich zu machen.

408. Gerade die neuen Möglichkeiten der Gestaltung von Verträgen der so genannten integrierten (gelenkten) Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V oder die Gestaltung von Modellversuchen nach §§ 63 ff. SGB V – und hier nicht zuletzt bei krankheits- oder problemgruppenbezogenen Projekten – bieten die Chance, eine direkte Beteiligung von Nutzern zu realisieren. Dies sollte nach Ansicht des Rates aufgrund der unter Umständen erheblichen Bedeutung für Änderungen der regionalen Versorgungsformen und Strukturen für die Bürger besonders auf regionaler und lokaler Ebene genutzt werden.

409. Staat und parastaatliche Institutionen sollten eine größere Bereitschaft zeigen, dem Nutzer mehr direkte Mitspracherechte einzuräumen. Dazu gehört eine angemessene Beteiligung von Betroffenen in wichtigen Beratungsgremien, z. B. den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen oder sonstigen geeigneten Gremien der Sozialversicherung (z. B. der Qualitätssicherung oder bei der Aufstellung von Hilfsmittellisten) einschließlich der Medizinischen Dienste (z. B. bei Verfahren der Pflegeeinstufung).

410. Auch in anderen Institutionen des Gesundheitssystems (Krankenhäuser, Altenheime etc.) sind die Strukturen der Partizipation von Nutzern noch rudimentär. Der Rat empfiehlt, aus den Erfahrungen mit Heimbeiräten in den Alters- und Pflegeheimen oder mit Patientenvertretern in den Krankenhäusern Konsequenzen für den Aufbau von Strukturen der Teilhabe und Mitsprache von Laien in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu ziehen.

411. An abschätzbaren Folgen und Chancen einer Kompetenzerhöhung und eines Partizipationsfortschritts, die noch einmal deren systemprägende Wirkungen hervorheben, könnten sich ergeben:

- Das System wird insgesamt transparenter.
- Es wird die Chance für eine Öffnung des Systems und seiner Dienstleistungen geschaffen in Richtung auf eine gesellschaftliche Diskussion über Ziele und Möglichkeiten, die über die traditionelle Expertendiskussion hinausgeht.
- In der Bevölkerung entsteht ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein, das sich in erhöhter Eigenverantwortung,

in einem verbesserten Gesundheitsverhalten und einem adäquateren Nutzerverhalten zeigt.

- Es könnte zu einer erwünschten (oder unerwünschten) Verlagerung von Gesundheitsleistungen in den Selbstbehandlungsbereich kommen (z. B. familiäre Leistung bei Pflege, Selbstbehandlung bei leichten Erkrankungen).
- Der Bedarf an Reformen im Gesundheitswesen wird schneller erkennbar, und Reformen können sich – mehr als bisher von der Patientensicht ausgehend – „von unten nach oben“ entwickeln.
- Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung werden stimuliert und verbessern sich in Richtung auf von Nutzern mitdefinierte Qualitätsziele der medizinischen Versorgung.
- Eine Nutzerorientierung seitens der Leistungserbringer erzwingt eine stärkere Individualisierung der Behandlung und eröffnet damit Spielräume für eine flexiblere, an Patientenprioritäten orientierte Ausschöpfung medizinischer Möglichkeiten. Dies kann sich letztendlich auch in einer Verbesserung der Versorgungsqualität und einer Kostenoptimierung ausdrücken.
- Die Einbeziehung des Patienten bzw. die Delegation medizinischer Entscheidungen letztlich an den Patienten selbst erzwingt in einem bisher nicht gekannten Ausmaß eine kritische Reflexion medizinischer Behandlungskonzepte seitens der Leistungserbringer. Sie müssen stets in ausreichendem Maße einschlägige, aktualisierte Informationen zu jeweiligen Gesundheitsproblemen vorhalten können.
- Patienten sind besser vor Fehlbehandlung, bedingt durch Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem (z. B. konkurrenzbedingte Überversorgung oder budgetbedingte Unterversorgung), geschützt.

412. Um die derzeitig komplexe rechtliche Situation für die Patienten in einfacher Weise identifizierbar zu machen, empfiehlt der Rat, die bislang in unterschiedlichen Gesetzestexten verstreute Patientenrechte in einem Patientenrechte-Gesetz zusammenzufassen. Dabei sollte die Rechtsangleichung an europäisches Recht berücksichtigt werden. In diesem Gesetz sollten auch die Aspekte, in denen eine besondere Bedarfslage entstanden ist, z. B. bezüglich der Patiententestamente und -verfügungen, geregelt werden.

Auch eine Zusammenfassung und Fortentwicklung des Haftungsrechtes sollte erfolgen. Dabei sollte auch geprüft werden, ob eine verschuldensunabhängige, d. h. schadensorientierte Versicherung mit einer verschuldensunabhängigen Haftung nach skandinavischem Vorbild in Deutschland eingeführt werden sollte.

3.5 Literatur zu Kapitel 3

- AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) (1997): Consumer health informatics and patient decision making, AHCPR Publications No. 98-N001.
- Altmann, B. und Münch, K. (1997): Meinen Körper kenne ich selbst am besten. Eine Studie zur Selbstbestimmung in Pflegesituationen aus Sicht von Patienten. Diplomarbeit an der Humboldt-Universität zu Berlin, Medizinische Fakultät Charité, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- Armstrong, D. (1991): What do patients want? Someone who will hear their questions., Vol. 303, S. 251–262.
- Arnold, K. (1992): Gesundheitserleben und Verhalten älterer Menschen, in: Kaiser, Heinz Jürgen. (Hrsg.): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt, 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, S. 117–138.
- Bader S.A. and Braude, R.M. (1998): Patient informatics: Creating new partnerships in medical decision making. Acad Med, Vol. 73, S. 408–411.
- Badura, B., Hart, D. und Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, Baden-Baden.
- Bahlo, E. und Kern, M. (1999a): Patientenorientierung 2000 – Ein Zustandsbild, Perspectives on Managed Care. Impulse für das Gesundheits- und Sozialwesen, Bd. 2 (1), S. 7–10.
- Bahlo, E. und Kern, M. (1999b): Was muss geschehen? Forderungen und Maßnahmen zu mehr Patientenorientierung, Perspectives on Managed Care. Impulse für das Gesundheits- und Sozialwesen, Bd. 2 (1), S. 26–30.
- Baum, E., Donner-Banzhoff, N., Spangenberg, E. und Platt, B. (1996): Erwartungen der Patienten und ärztliches Handeln in Allgemeinarztpraxen, in: Lang, E. und Arnold, K. (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Bd. 8 Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Stuttgart, S.137–150.
- Berner, B. (1999): Rechtsfrieden durch gütliche Einigung sichern. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 96, S. A 2134–2137.
- Bexfield, H. (1995): Gesundheitsförderung und Patientenpartizipation, in: Damkowski, W., Görres, S., Luckey, K. (Hrsg.). Patienten im Gesundheitssystem – Patientenunterstützung und -beratung. Augsburg, S. 217–226.
- Bitzer E.M., Dörning H., Busse R. and Schwartz F.W. (1997): Hospital outcomes research in germany. Results from a retrospektive survey among sickness fundbeneficiaries, Medical Care, Vol. 35, S.112–122.
- Brandenburg, H. und Schmitt, E. (1996): Soziale Integration bei unterschiedlichen Formen der Selbständigkeit im Alter, in: Farny, D. (Hrsg.): Lebenssituation älterer Menschen: Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht, Berlin, S.125–160.
- Buckland, S. (1994): Unmet needs for health information: a literature review. In: Health Libraries Review, Vol. 11, S.82–96.
- Bundesregierung (1999): Arbeitsentwurf GKV-Gesundheitsreform 2000, 30.4.1999.
- Buser, K. und Kaul-Hecker, U. (1996): Medizinische Psychologie – Medizinische Soziologie, Ein Kompendium zum Gegenstandskatalog der ärztlichen Vorprüfung. 4. Aufl., Stuttgart, Jena, New York.
- Charnock, D. (1998): The DISCERN Handbook. Quality criteria for consumer health information on treatment choices. University of Oxford and The British Library, Oxford.
- Coulter, A. (1998): Evidence based patient information. Editorial. In: British Medical Journal, Vol. 317, S.225–226.
- Dekkers, F. (1997): Niederlande (2): Patienten als Partner im Gesundheitswesen, in: Kranich, C. und Böcken, J. (Hrsg.), Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa, Baden-Baden, S. 62–68.
- Department of Health, UK (1999): Patients and public involvement in the new NHS. Onlinepaper: URL: www.doh.gov.uk/, Stand 12.12.1999.
- Deppe, H.-U. (1997): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ökonomische Grenzen und ethische Fragen. In: Hans-Ulrich Deppe: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Bd. 48, 1, S. 11–16.
- Dierks, M.L. und Bitzer, E.M. (1994): Akzeptanz der Mammographie, in: Frischbier, H.J., Hoeffken, W. und Robra, B.P. (Hrsg.): Mammographie in der Krebsfrüherkennung. Qualitätssicherung und Akzeptanz. Ergebnisse der Deutschen Mammographie-Studie, Stuttgart, S. 180–183.
- Dierks, M.L. und Bitzer, E.M. (1994a): Akzeptanz der Mammographie – der Einfluss von Massenmedien, in: Frischbier, H.J., Hoeffken, W. und Robra, B.P. (Hrsg.): Mammographie in der Krebsfrüherkennung. Qualitätssicherung und Akzeptanz. Ergebnisse der Deutschen Mammographie-Studie, Stuttgart, S. 180–183.
- Dierks, M.L., Bitzer, E.M., Haase, I. und Schwartz, F.W. (1994): Focus-group-discussions – Eine Methode zur Erhebung von Patientenbedürfnissen in der hausärztlichen Versorgung aus der Perspektive der Patienten. Zeitschrift Allgemeinmedizin, Bd. 70, S. 623–628.
- Dolan, P., Cookson, R. and Ferguson, B. (1999): Effect of discussion and deliberation on the public's view of priority setting in health care: focus group study, BMJ, Vol. 318, S. 916–919.
- Erben, M. (1997): Kunden sterben nicht, Altenpflege, Bd. 22, S. 42–43.
- Eysenbach, G. und Diepgen, T.L (1999): Patients looking for information on the Internet and seeking teledvice: motivation, expectations and misconceptions as expressed in e-mails sent to physicians. Archives of Dermatology, Vol. 135, S. 151–156.

- Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, Weinheim.
- Focus (1997), Bd. 39, S. 200.
- Freimuth, V.S. and Mettger, W. (1990): Is there a hard-to-reach audience? Public Health Report, Vol. 105, S. 232–238.
- GEK-Patienteninformationsdienst (1999): In: Gesundheit konkret, 2, 159, S. 15–25.
- Gerhardt, U. (1993): Gesundheit – ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 93–206.
- Graham, H. (1985): Providers, negotiators and mediators: Women as the hidden cares. In E. Lewin & V. Oleson (Hrsg.), Women Health and healling. New York, zit. n. Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, Weinheim.
- Grond, E. (1997): Kunden zweiter Klasse, Altenpflege, Bd. 22, S. 40–41.
- Gruhl, M., Kranich, C. und Ruprecht, T. (2000): Wer gibt dem Patienten Recht? Gesundheit und Gesellschaft, Bd. 6 (2), S. 22–26.
- Haase, I., Dierks, M.-L., und Schwartz, F.W. (Hrsg.) (1995): Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen, Sankt Augustin.
- Ham, C. and Locock, L. (1998): International Approaches to Priority Setting in Health Care. An Annotated Listing of Official and Semi-Official Publications, with a Selection of Key Academic References. Health Services Management Centre, Birmingham, S. 4.
- Hart, D. und Francke, R. (2000): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Unterlagen zur Tagung „Bürgerbeteiligung im Medizin- und Gesundheitssystem“ am 11./12. September in Bonn (Publikation in Vorbereitung).
- Francke, R. und Hart, D. (1999): Charta der Patientenrechte, Baden-Baden.
- Health on the Net Foundation (1999): <http://www.hon.ch/home.html>.
- Hogg, C. (1999): Patients, Power, and Politics. From Patients to Citizens, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Iliev, D. and Vienonen, M. (1997): Patients-Rights Development in Europe as at December 1997. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Iliev, D. u. Vienonen, M. (1998): Patients-Rights Development in Europe as at December 1998. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Infas (1998): Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung im Auftrag der AOK – Die Gesundheitskasse Hessen.
- Isaacs, P. and Stephen, L. (1994): Consumers' information needs: Results of a national survey. Health Aff Millwood, Vol. 15, S. 31–41.
- Klie, T. (1999): Kundenorientierung älterer Menschen in sozialen Diensten. Paradigmenwechsel: Patient, Klient, Kunde, Bürger. Soziale Arbeit, Bd. 1, S. 8–13.
- Kranich, Christoph (1997): Deutschland: Institutionen der Patientenunterstützung, in: Kranich, C. und Böcken, J. (Hrsg.): Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Baden-Baden, S. 95–104.
- Kranich, C. und Böcken, J. (Hrsg.) (1997): Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Anregungen und Ideen für Deutschland, Baden-Baden.
- Kruse, A. (1987): Familiäre Hilfeleistung – eine kritische Analyse des Begriffes der Pflegebedürftigkeit, Z Gerontologie, Bd. 20, S. 283–291, zit. n. Wilbers, J. (1990): Politische Aspekte des Alterns, in: Schmitz-Scherzer, R., Kruse A. und Olbrich E. (Hrsg.) Altern ein lebenslanger Prozess der sozialen Interaktion, Festschrift zum 60. Geburtstag von Frau Prof. Ursula Maria Lehr, Darmstadt, S. 397–404.
- Kruse, A. (1996): Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz, in: Baltes, M.; Montada, L. (Hrsg.): Produktives Alter, Frankfurt/Main, New York, S. 290–322.
- Kühn, H. (1997): Gesundheitswesen im Wandel – eine sozialwissenschaftliche Sichtweise, Das Gesundheitswesen. Sozialmedizin, Gesundheits-System, Education, Öffentlicher Gesundheitsdienst. Medizinischer Dienst, Bd. 59, S. 213–216.
- Lahti, R. (1998): Finnland: Perspektiven der Patientenrechtspolitik, in: Kranich, C. und Böcken, J. (Hrsg.), Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa, Baden-Baden, S. 21–30.
- Laine, C., Davidoff, F., Lewis, C.E., Nelson, E., Kessler, R.C. and Delbanco, T.L. (1996): Important elements of outpatient care: A comparison of „patients“ and „physicians“ opinions, Annals of Internal Medicine, Vol. 125, S. 640–645.
- Lane, D., Polednak, A. and Burg, M.A. (1989): The impact of media coverage of Nancy Reagan's experience on breast cancer screening, American Journal of Public Health, Vol. 79, S. 1151–1152.
- Lauterbach, K., Lindlar, M. und Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.) (1999): Informationstechnologien im Gesundheitswesen – Telemedizin in Deutschland – Gutachten. Reihe „Medien- und Technologiepolitik“, Bonn.

- Leppin, A. und Schwarzer R. (1997): Sozialer Rückhalt, Krankheits- und Gesundheitsverhalten, in: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch, 2. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, S. 349–373.
- Linden, M., Gothe, H. and Ryser, M. (1999): „Was man schwarz auf weiß besitzt ...“, Deutsches Ärzteblatt, Bd. 96, Heft 14, S. C-638–639.
- Makoul, G., Arntson, P. and Schofield, T. (1995): Health promotion in primary care: Physicianpatient communication and decision making about prescription medications, *Social Science and Medicine*, Vol. 41, S. 1241–1254.
- Manfredi, C., Czaja, R., Buis, M. and Derk, D. (1993): Patient use of treatmentrelated information received from the cancer information service, *Cancer*, Vol. 71, S. 1327–1337.
- Marx, H. (1999): Worauf Ärzte achten müssen, Deutsches Ärzteblatt, Bd. 96, S. A-1825–1826.
- McClung, J., Murray, R.D. and Heitlinger, L.A (1998): The Internet as a source for current patient information, *Pediatrics*, Vol. 101, S. E2.
- Mittmann, R. and Cain, M. (1999): The future of the internet in health care. Institute for the Future. www.Iftf.org.
- Parsons, T. (1951): *The Social System*, New York.
- Petterson, T., Dornan, T.L., Albert, T. and Lee, P. (1994): Are information leaflets given to elderly people with diabetes easy to read? *Diabetic Medicine*, Vol. 11, S. 111–113.
- Pickl, V. (1997): Österreich: Patientenschutz durch den Staat, in: Kranich, C. und Böcken, J. (Hrsg.): *Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa*, Baden-Baden, S. 48–54.
- Richards, T. (1999): „Patients“ priorities. *BMJ*, Vol. 318, S. 277.
- Roter, D. and Russel, N. (1994): Validity of physician self-report in tracking patient education objectives. *Health Education Quarterly*, Vol. 21, S. 27–38.
- Rynning, E. (1997): Schweden: Gesundheitsversorgung und Patientenrecht, in: Kranich, C. und Böcken, J. (Hrsg.), *Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa*, Baden-Baden, S. 31–39.
- Rzesnik, N. (1998): Sozialversicherungswahlen 1999, *Blickpunkt*, Bd. 3, S. 101–107.
- Sabbatini, R.M.E. (1999): Searching for medical information on the internet. <http://www.epub.org.br/intermedic>
- Schnell, M.W. (1999): Der Patient als Kunde? Genealogische Bemerkungen zu einem ethisch-ökonomischen Zwitter, in: Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung e.V. (Hrsg.): *Pflege und Gesellschaft*, Bd. 4, Heft 3, S. 65–68.
- Schröder, K. (1997): Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung, in: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch*, 2. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, S. 319–348.
- Schwartz, F.W. (1999a): Der „kundige Kunde“ sein Informationsbedarf, seine Informationsdefizite, *Die BKK*, Bd. 7, S. 334–338.
- Schwartz, F.W. (1999b): Patienten- und Konsumsouveränität: Ein neues Leitbild?!, Referat, Berlin.
- Schwartz, F.W., Kickbusch, I. und Wismar, M. (1998a): Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*, München, Wien, Baltimore, S. 172–188.
- Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.) (1998b): *Das Public Health Buch*, München, Wien, Baltimore.
- Schwartz, F.W., Köbberling, J., Raspe, H. und von der Schulenburg, M.J. (Hrsg.) (1998c): Bestandsaufnahme, Bewertung und Vorbereitung der Implementation einer Datensammlung „Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien“ in der Bundesrepublik. Health technology assessment. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- Segal, L. (1998): The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy*, Vol. 44, S. 31–44.
- Selbmann, H.K. und Straub, C. (1997): Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus. Pilotstudie zum Instrument der Patientenbefragung. Ein Projekt der Robert Bosch Stiftung, November 1997, S. 1–95.
- Siegrist, K. (1986): Sozialer Rückhalt und kardiovaskuläres Risiko, München.
- Siegrist, J. (1988): *Medizinische Soziologie*, 4. Aufl., München, Wien, Baltimore.
- Slaytor, E.K. and Ward, J.E (1998): How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets, *BMJ*, Vol. 317, S. 263–264.
- Smith, H., Gooding, S., Brown, R. and Frew, A. (1998): Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practice for patients with asthma. *BMJ*, Vol. 317, S. 264–265.
- Stamatiadis-Smidt, H. (1998): *Krebsforschung heute*. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1999): *Statistisches Jahrbuch 1999 für die Bundesrepublik Deutschland*, Stuttgart.

Stegers, C.M. (1997): Deutschland (1): Patientenrechte, in: Kranich, C. und Böcken, J. (Hrsg.), Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa, Baden-Baden, S. 78–94.

Trojan, A. (1986): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt am Main.

Uppenkamp, R. (1999): Vom passiven Patienten zum aktiven Kunden, Perspectives on Managed Care. Impulse für das Gesundheits- und Sozialwesen, Bd. 2 (1), S. 14–16.

US Preventive Service Task Force (1999): Guide to Clinical Preventive Services,
<http://text.nlm.nih.gov/frs/tocview>

Wasem, J. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Janssen-Cilag GmbH (Hrsg.): Delphi, Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens, Neuss.

Wasem, J. und Güther, B. (1998): Das Gesundheitssystem in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Delphi Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens, Neuss.

Welge, B. und Lindemann, M. (1997): Patientenrechte in Europa, in: Kranich, C. und Böcken, J. (Hrsg.), Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa, Baden-Baden, S. 104–110.

Whitty, P. (1998): The National Health Service in England considers on the Government's plan to improve quality of health care. QualHealthCare, Vol. 7, S. 227.

Wyatt, J. C. (1997): Commentary: measuring quality and impact of the world wide web. BMJ, Vol. 314, S. 1879–1881

Zok, K. (1999): Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.): WidO-Materialien, Bd. 43, Bonn.

Anhang

Anhang 1: Auftrag zu einem Sondergutachten

Die Bundesministerin für Gesundheit beauftragt den Sachverständigenrat mit der Erstellung eines Sondergutachtens zu folgender Fragestellung:

Welche Möglichkeiten sieht der Sachverständigenrat, die Leistungssteuerung im Gesundheitswesen insbesondere unter den Aspekten der Qualitätssicherung und neuer Vergütungsformen zu verbessern, wenn die gegebenen einnahmeseitigen Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung im Kern erhalten bleiben?

Insbesondere sollen bei der Beantwortung dieser Frage

- die Rolle von Gesundheitszielen,
- die Rolle qualitäts- und leistungsorientierter Anreiz-/Vergütungsstrukturen,
- die Rolle der Stärkung von Prävention/Gesundheitsförderung und Versicherten-/Patientenkompetenz im Versorgungssystem und
- die Rolle des Hausarztes mit Blick auf eine bessere Verzahnung insbesondere der Leistungsbereiche ambulante-stationäre-rehabilitative und pflegerische Versorgung

diskutiert werden.

Ich bitte Sie, dieses Gutachten bis Mitte des Jahres 2000 vorzulegen.

Für die Dauer des Sondergutachtens wird der Sachverständigenrat von der Verpflichtung zur Vorlage der Jahresgutachten (gemäß Errichtungserlass vom 12. November 1992, zuletzt geändert am 2. Januar 1997, § 2 Abs. 1) entbunden.

Bonn, den 20. Mai 1999

Die Bundesministerin für Gesundheit

gez. Andrea Fischer

Anhang 2: Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)

Fünftes Sozialgesetzbuch
Fünftes Kapitel
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 142

Unterstützung der Konzertierten Aktion; Sachverständigenrat

- (1) Der Bundesminister für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.
- (2) Der Bundesminister für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.

Anhang 3: Überleitung von Teilen des Sondergutachtens in den gesetzlichen Auftrag

Der Rat soll aufgrund der Novellierung von § 142 SGB V in der Fassung vom 15. Dezember 1999 zukünftig zweijährlich, und zwar erstmals bereits zum 15. April 2001, mir ein Gutachten vorlegen, in dem er im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung im Gesundheitswesen Bereiche von Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten hat.

In meinem Schreiben an den Vorsitzenden des Rates vom 20. Mai 1999 bat ich den Rat um ein Sondergutachten zur verbesserten Leistungssteuerung im Gesundheitswesen, insbesondere im Hinblick auf eine verbesserte Qualitätssicherung und neuer Vergütungsformen. Unter Berücksichtigung der Rolle von Gesundheitszielen, qualitäts- bzw. leistungsorientierter Vergütung, Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und der Kompetenz von Versicherten und Patienten sowie der Rolle des Hausarztes, letzterer insbesondere im ambulant-stationär-rehabilitativen und pflegerischen Leistungsbereich. Dieses Gutachten sollte Mitte des Jahres 2000 vorgelegt werden.

Mit Blick auf die mit der Neufassung von § 142 SGB V sehr kurz bemessene Frist zur erstmaligen Abgabe des nunmehr neu vorgesehenen Regelgutachtens zur bedarfsgerechten Versorgung und angesichts der besonderen Bedeutung dieses Gutachtens, das über mich auch dem Deutschen Bundestag zugeleitet werden soll, entbinde ich den Rat von dem Wortlaut und der Frist meines Auftrages vom 20. Mai 1999.

Nach Rücksprache mit dem Vorsitzenden des Rates gehe ich davon aus, dass die bereits im Rat erarbeiteten Gutachtenteile für das damit in der vorgesehenen Form entfallende Sondergutachten 2000 sich weitgehend nahtlos in das nunmehr nach § 142 SGB V vorgesehene erstmalige Regelgutachten neuer Art mit Abgabefrist April 2001 integrieren lassen. Ich bitte daher den Rat zu prüfen, inwieweit die bereits erarbeiteten Gutachtenteile des Sondergutachtens 2000 sich in den neuen Gutachtenauftrag integrieren lassen, auch soweit möglich unter Einschluss der in meinem Gutachtenauftrag vom 20. Mai 1999 angesprochenen Einzelfragen.

Bonn, den 8. Februar 2000

Die Bundesministerin für Gesundheit

gez. Andrea Fischer

**Anhang 4: Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion
im Gesundheitswesen**

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
(Vorsitzender)

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Abt. Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Standort Wolfsburg, Fachbereich Gesundheitswesen
Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel

Prof. Dr. Dr. med. Karl W. Lauterbach
Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie
Universität Köln

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität München

