

Umsetzung von Gesundheitszielen

„Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“ (Kästner)

Einleitung

Gesundheitsziele stellen ein über 17 Jahre altes komplementäres Steuerungsinstrument der deutschen Gesundheits- und Sozialpolitik dar. Basierend auf dem WHO-Konzept „Gesundheit für Alle“ streben sie mehr Chancengerechtigkeit, Solidarität zwischen den Generationen, sektorale Verzahnung und Integration, Prävention sowie Bürgerbeteiligung bei der Lösung gesundheits- und sozialpolitischer Fragen an. Weiterhin stehen sie für ein planvolles, zielorientiertes, transparentes und langfristig angelegtes gesundheitspolitisches Handeln. Gesundheitsziele stehen in der Regel unter der Leitung der für Gesundheit zuständigen Behörde und werden in enger Kooperation zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren erarbeitet. Während die Entwicklung von Gesundheitszielen mittlerweile gut systematisiert und etabliert ist, existiert für die Umsetzung von Gesundheitszielen bis heute kein überzeugendes Konzept. Konzeptionell orientiert sich die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen an der Methode der offenen Koordination. Nach der Verabschiedung von Zielen (Stufe 1), werden Indikatoren festgelegt, auf deren Grundlage man die Zielerreichung messen will (Stufe 2). Danach werden Aktionspläne zur Umsetzung der vereinbarten Ziele erarbeitet und implementiert (Stufe 3) und der Erfolg der Umsetzung auf der Basis der in Stufe 2 ausgewählten Indikatoren überprüft (Stufe 4). In der Regel kommt der Prozess bereits ab Stufe 2 ins Stocken.

Der folgende Beitrag möchte auf Probleme und Risiken hinweisen, die sich im Rahmen der Umsetzung von Gesundheitszielen nahezu zwangsläufig ergeben, wenn nicht entsprechende Verantwortlichkeiten festgelegt und Regulierungsmechanismen vereinbart werden. Zur Erläuterung

der Problematik wird zum einen der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Umsetzung des neu entwickelten nationalen Gesundheitsziele „Gesund älter werden“ kommentiert und in den Kontext der knapp 4-jährigen Erfahrungen mit der Umsetzung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern“ gestellt. Zum anderen wird eine Befragung von leitenden Akteuren mit Erfahrungen im Sächsischen Gesundheitszieleprozess zu den Stärken, Schwächen, Risiken und Chancen von Gesundheitszielprozessen vorgestellt.

Sachsen war das erste deutsche Bundesland, welches ein Gesundheitsziel zum Alter(n) entwickelte (Bundesgesundheitsbl 2009; 52:764-774). Wir berichteten bereits 2009 darüber (Ärztblatt Sachsen 2009; 11: 565-67).

Entwicklung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“

Der Ausschuss „gesundheitsziele.de“, das höchste Gremium für die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele, beschloss im Jahre 2008 die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsziels zum Alter(n). Die Anlage des Gesundheitsziels sollte umfassend sein und alle gesundheitspolitisch relevanten Handlungsfelder für ältere Menschen berücksichtigen.

Das Gesundheitsziel wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, bestehend aus 31 Vertretern der Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft, in einem dreijährigen Zeitraum (September 2009 bis März 2012) entwickelt. Als Titel des Ziels wählte man „Gesund älter werden“. Damit wollte man zum Ausdruck bringen, dass „Gesund älter werden“ eine lebenslange Aufgabe und der Gesundheitszustand eines älteren Menschen auch das Ergebnis seiner gesamten Lebensgeschichte darstellt. Gleichwohl einigte man sich aus pragmatischen Überlegungen auf eine Eingrenzung des Gesundheitsziels auf ältere Menschen ab 65 Jahre.

Ausgehend von den Erfahrungen aus der Entwicklung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern“,

Altenberichten der Bundesregierung, einem von der Arbeitsgruppe entwickelten Leitbild zur „Gesundheit im Alter“ sowie drei Handlungsfeldern wurden 13 Ziele, 106 Teilziele sowie 221 Maßnahmenvorschläge zur Zielerreichung formuliert. Von den Maßnahmenvorschlägen wurden 11 prioritäre Interventionen (sogenannte „Startermaßnahmen“) ausgewählt, mit der die Umsetzung des Gesundheitsziels beginnen soll. Die Handlungsfelder, aus denen die Ziele entwickelt wurden, waren „Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten“ (Handlungsfeld 1), „medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung“ (Handlungsfeld 2), sowie „besondere Herausforderungen“ (Handlungsfeld 3). Im Handlungsfeld 3 wurde speziell die Situation älterer Menschen mit Behinderungen, psychischen Erkrankungen, Demenzerkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Weiterhin wurden von der Arbeitsgruppe potenzielle Adressaten für die Umsetzung der Maßnahmenvorschläge benannt. Der Gesamtbericht ist unter www.gesundheitsziele.de abrufbar.

Das Gesundheitsziel wurde Anfang April 2012 vom Bundesgesundheitsministerium der Öffentlichkeit vorgestellt.

Der GMK-Beschluss der Länder zur Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“

Ende Juni 2012 würdigte die 85. Gesundheitsministerkonferenz der Länder das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ einstimmig mit einem Beschluss zu deren Umsetzung (http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_85&id=85_09.01). Darin bitten die Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit das selbstverwaltete Gesundheitswesen und die kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften, das Gesundheitsziel verstärkt in ihre konzeptionellen Überlegungen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung älterer Menschen einzubeziehen und als Handlungsgrundlage für ihre Maßnahmen

zu machen. Weiterhin sehen sie in dem umfassend beschriebenen Gesundheitskonzept eine wichtige Grundlage für ihre eigenen Zielprozesse und prioritären politischen Handlungsfelder.

Kommentar des GMK-Beschlusses

Kenner von Gesundheitszielen wissen, dass die Umsetzung von Gesundheitszielen eine wesentlich größere Herausforderung darstellt als ihre Entwicklung. Nach den Erfahrungen aus dem sächsischen Gesundheitsziel „Aktives Altern“ lässt sich die Umsetzung und Finanzierung von Gesundheitszielen, wenn überhaupt, nur sehr bedingt an das selbstverwaltete Gesundheitswesen oder die kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften „delegieren“, wie es der GMK-Beschluss nahelegt. Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Viele Zielstellungen, insbesondere jene, die das Alter(n) betreffen, sind komplex und sektorenübergreifend und somit nur bedingt passfähig mit den spezifischen Aufgabebereichen einzelner Selbstverwaltungsorgane. Wenn die Umsetzung eines komplexen Gesundheitsziels überhaupt ermöglicht werden soll, bedarf es als Mindestvoraussetzung einer staatlichen Steuerung bzw. Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessensvertretern. Davon ist aber im GMK-Beschluss keine Rede. Dass Gesundheitsziele per definitionem eigentlich „actions of government“ sind (Bundesgesundheitsbl. 2003; 46:105-108), wurde bei der Beschlussfassung schlichtweg übersehen.

In Sachsen wurden unmittelbar nach Verabschiedung des Gesundheitsziels „Aktives Altern“ sieben Arbeitsgruppen zur Implementierung prioritärer Ziele gebildet. Diese Arbeitsgruppen haben vor allem die Aufgabe, Fördermittel zur Umsetzung der Ziele zu akquirieren und den Umsetzungsprozess zu begleiten. Sie sind mit Akteuren der Praxis, Selbstverwaltung, der Privat- und Sozialwirtschaft sowie der Wissenschaft besetzt. Eine vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz finanzierte Koordinierungsstelle unter-

stützt sie in ihrer Arbeit. Der gesamte Umsetzungsprozess wird von einem Steuerungsgremium begleitet. Die letztendliche Verantwortung liegt beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. In knapp vier Jahren konnten Finanzmittel für die Umsetzung von vier Zielen eingeworben werden. Inhaltlich beziehen die Ziele auf die Förderung der subjektiven Gesundheit und Arbeitsfähigkeit älterer erwerbstätiger Menschen in Sachsen, die Verhinderung von Frakturen und Stürze im Alter, die Weiterentwicklung der Pflegehilfeausbildung in Sachsen sowie die Implementierung einer akademisch-ausgerichteten dualen Pflegeausbildung in Sachsen. Für die Umsetzung eines weiteren Ziels zur Förderung der Vereinbarkeit zwischen Beruf und Pflege von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen in Sachsen ist die Finanzierung nahezu sichergestellt. Alle eingeworbenen Finanzmittel stammen aus regionalen, nationalen oder europäischen öffentlichen Fördertöpfen. Eine Mischfinanzierung unter Beteiligung oder eine alleinige Finanzierung durch die Selbstverwaltungsorgane konnte bis heute in keinem Fall erreicht werden. In diesem Kontext erscheint der GMK-Beschluss zum nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wie ein frommer Wunsch. Das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wird sich voraussichtlich nicht ohne direkte staatliche Beteiligung und/oder Steuerung des Bundes und der Länder umsetzen lassen.

Auch wenn in Sachen Gesundheitsziele in Sachsen „nicht alles Gold ist, was glänzt“, erscheint der hier eingeschlagene Weg doch ein langfristig praktikabler Weg zu sein. Als Hauptprobleme der Umsetzungsphase des Gesundheitsziels „Aktives Altern“ stellten sich insbesondere heraus, dass das Gesundheitszielkonzept nur bedingt passfähig mit den Inhalten externer Ausschreibungen war/ist, „interne Fördermittel“ nur in einem begrenzten Umfang zur Verfügung standen/stehen, bereits verabschiedete Ziele politisch wieder in Frage gestellt wurden (zum Bei-

spiel akademische Pflegeausbildung) oder bestimmte Ziele nicht die entsprechende Resonanz bei potenziellen Umsetzern fanden (zum Beispiel Ziele zur Förderung der intergenerationalen Zusammenarbeit in Organisationen). Mittlerweile wurden vonseiten des leitenden Ministeriums Anstrengungen unternommen, Zielstellungen des Gesundheitsziels „Aktives Altern“ vorausschauend in externe Förderprogramme einzubauen.

Befragung von leitenden Akteuren des sächsischen Gesundheitszieleprozesses zu den Stärken und Schwächen von Gesundheitszieleprozessen

Abschließend wurde eine anonyme Befragung von 20 staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren vorgestellt, die im sächsischen Gesundheitszieleprozess leitend aktiv sind bzw. waren. Thematische Schwerpunkte der Befragung waren Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken von Gesundheitszieleprozessen. Die Basis der Befragung bildete ein Leitfadeninterview aus elf Fragen. Ein expliziter Bezug zu einem bestimmten Gesundheitsziel oder einem Bundesland wurde nicht hergestellt. Die Befragung fand in der zweiten Hälfte des Jahres 2012 statt und wurde von zwei unabhängigen Ratern inhaltsanalytisch ausgewertet. Diejenigen Wortkombinationen bzw. Satzeinheiten aus den Antworten der Befragten, die sich inhaltlich auf „Stärken“, „Schwächen“, „Risiken“ oder „Chancen“ von Gesundheitszieleprozessen beziehen ließen, wurden extrahiert und den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Den Kategorien „Stärken“ und „Schwächen“ wurden positive bzw. negative Äußerungen der Befragten zugeordnet, die sich auf die konzeptionelle Anlage von Gesundheitszielen bezogen. Demgegenüber wurden den Kategorien „Risiken“ und „Chancen“ positive bzw. negative Äußerungen der Befragten zugeordnet, die sich auf die Auswirkungen von Gesundheitszielen im Rahmen ihrer Entwicklung oder Umsetzung bezogen. Die Tabelle zeigt die zentralen Ergebnisse der Befragung.

Tab.: Stärken-Schwächen-Analyse von Gesundheitszieleprozessen

Leitfadeninterviews mit 20 leitenden Akteuren des sächsischen Gesundheitszieleprozesses			
Nennung der 3 ersten Rangplätze			
Stärken	Schwächen	Chancen	Risiken
1. Sektorenübergreifender Ansatz (n=18)*	1. Hoher organisatorischer Aufwand (n=15)	1. Breiter Erkenntnisgewinn (n=10)	1. geringe politische Unterstützung (n=13)
2. Kooperation zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren (n=11)	2. Fehlen einer schlüssigen Umsetzungskonzeption (n=14)	2. Ermöglichung von Synergieeffekten (n=9)	2. geringe Finanzierung von Umsetzungsinitiativen (n=10)
3. Langfristige Ausrichtung der Ziele (n=10)	3. Keine kurzfristigen Effekte erzielbar (n=8)	3. Beförderung der Nachhaltigkeit von politischen Initiativen (n=8)	3. Dominanz von Partikularinteressen einzelner Akteure (n=9)

*Häufigkeit der Nennung

Auf der Basis der Befragung wurden als Hauptstärken von Gesundheitszielen ihr sektorenübergreifende Ansatz, die Kooperation zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren sowie die langfristige Ausrichtung von Gesundheitszielen genannt. Weitere Nennungen betrafen „die (in der Regel vorhandene) empirisch-wissenschaftliche Fundierung der Ziele“, „die Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit“ oder „das Aufzeigen von gesundheitlichen Handlungsbedarfen“. Diese Aspekte erreichten alle Häufigkeiten von ≥ 5 Nennungen.

Als Hauptschwächen von Gesundheitszielen wurden der (relativ) hohe organisatorische Aufwand, das Fehlen einer schlüssigen Umsetzungskonzeption sowie die Tatsache angesehen, dass im Rahmen der Umsetzung von Gesundheitszielen in der Regel keine kurzfristigen Effekte zu erzielen sind. Als weitere Schwächen von Gesundheitszielen wurden von den Befragten Aspekte wie, dass die Entwicklung von Gesundheitszielen nicht ausschließlich auf einer wissenschaftlichen Grundlage erfolge (n=3) oder „Gesundheitszieleprozesse ein (zu) hohes ehrenamtliches Engagement erfordern“ (n=5), identifiziert. Die Chancen von Gesundheitszielen wurden mit wenigen Ausnahmen in den in der Tabelle aufgeführten Punkten gesehen. Im Vergleich dazu war die Liste der „empfundenen“ Risiken mehr als dreifach so lang. Neben den in der Tabelle aufgeführ-

ten Punkten wurden „die mangelnde Einsicht der politisch Verantwortlichen in den Nutzen des Konzeptes“, „die geringe Auseinandersetzung der politisch Verantwortlichen mit dem Konzept“, „die fehlende finanzielle Absicherung der Umsetzung von Gesundheitszielen“, „das sektorierte Gesundheitssystem“, „die Abschiebung der politischen Verantwortung an Nicht-Regierungsakteure“ oder „Unklarheiten in der Festlegungen von Verantwortlichkeiten“ mit Häufigkeiten von ≥ 4 Nennungen genannt.

Den Abschluss des Interviews bildete die Frage, ob Gesundheitsziele unter Leitung der öffentlichen Hand stehen sollten. Alle 20 Befragten antworteten mit einem „Ja“. Die Hauptargumente für eine Leitung von Gesundheitszielen durch die öffentliche Hand waren, dass „die öffentliche Hand Akteure besser zusammenführen kann“, „Gesundheitsziele Fragestellungen des Gemeinwohls und der Daseinsvorsorge beinhalten“ und „die Leitung von Gesundheitszielen durch die öffentliche Hand eine bessere Ausgangsbasis in Kofinanzierungsfragen darstelle“.

Fazit

„Es gibt nicht nichts Gutes, außer man tut es“. Diese Aufforderung, die man aus Erich Kästners Roman „Fabian“ unmittelbar ableiten kann, nämlich, dass das alleinige „Moralisieren“ und „Herumphilosophieren“ in gesellschaftlich schwierigen Zeiten

wenig bringt, trifft wohl auch für die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ zu und richtet sich insbesondere an den Gesundheitsminister des Bundes und die Gesundheitsminister der Länder. Der GMK-Beschluss, so sehr er auch im Sinne einer Würdigung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ zu begrüßen ist, wird nichts zu seiner Umsetzung beitragen können, wenn sich nicht Bund und Länder zu einer aktiven (Mit-)Beteiligung oder zumindest staatlichen Steuerung des Prozesses verpflichten. Komplexe Gesundheitsziele, wie die zum Alter(n) werden sich, wenn überhaupt, nur bedingt an das selbstverwaltete Gesundheitswesen „outsourcen“ lassen.

Die im Rahmen der Befragung sächsischer Akteure überproportional empfundenen Risiken von Gesundheitszieleprozessen dürften wohl indirekt den Schluss nahelegen, dass sich auch die operativen Akteure in Sachsen eine stärkere aktive (Mit-)Beteiligung der öffentlichen Hand erhoffen. Gesundheitsziele werden sich nur dann erfolgreich umsetzen lassen, wenn sie von den politisch Verantwortlichen als eine zentrale öffentliche Aufgabe angesehen werden.

Dr. med. Thomas Brockow
Geschäftsführer des Deutschen Instituts für
Gesundheitsforschung gGmbH
Kirchstraße 8, 08645 Bad Elster