

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:1329–1334
 DOI 10.1007/s00103-013-1805-3
 Online publiziert: 29. August 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

U. Maschewsky-Schneider¹ · M. Gocke² · U. Hölscher³ · P. Kolip⁴ · A. Kuhn⁵ ·
 D. Sewöster⁶ · H. Zeeb⁷

¹ Berlin School of Public Health, Charité - Universitätsmedizin Berlin

² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

³ Zentrum für Medizintechnik und Ergonomie, Fachhochschule Münster

⁴ Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

⁵ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung (GVG)
 e. V.; Geschäftsstelle gesundheitsziele.de, Köln

⁶ Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

⁷ BIPS, Universität Bremen

Gesundheitsziele.de

Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland

Nationale Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der relevanten Akteure im deutschen Gesundheitssystem und werden seit dem Jahr 2000 formuliert. Sie umfassen Bereiche wie Aufklärung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Versorgungsstrukturen. Die Gesundheitsziele fungieren als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument und wollen die Qualität der Versorgung und Gesundheit der Bevölkerung verbessern.

Kostenträger, Leistungserbringer, die Selbsthilfe und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung, Vertreter/innen des Bundes, der Länder und der Kommunen haben sich für diesen Zweck im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* zusammengeschlossen. In Arbeitsgruppen arbeiten die Akteure ohne gesetzliche Grundlage am Prinzip der Selbstverpflichtung orientiert freiwillig an der Formulierung der Ziele und empfehlen konkrete Maßnahmen zur Umsetzung. Seit Beginn des Prozesses wurden inzwischen 7 nationale Gesundheitsziele beschlossen.

Auswahlprozess für ein neues Gesundheitsziel¹

Für das Jahr 2013 sollte ein neues Thema für die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsziels ausgewählt werden. Dabei

wurden ein transparentes Verfahren und begründbare Kriterien zugrunde gelegt. Zunächst wurde eine Befragung der Träger- und Partnerorganisationen zur Benennung von Themen mit einer hohen gesundheitspolitischen Relevanz durchgeführt. Die Kooperationspartner identifizierten folgende Themen als besonders prioritär:

- Alkoholkonsum reduzieren,
- Gesundheit am Arbeitsplatz,
- Gesundheit rund um die Geburt,
- Migration und Gesundheit,
- Patientensicherheit.

Anschließend wurden die Themen einer wissenschaftlichen Prüfung unterzogen. In Arbeitsgruppen analysierten namhafte Expert(inn)en die möglichen Zielthemen auf Basis des vom Evaluationsbeirat von *gesundheitsziele.de* entwickelten Kriterienkatalogs. Dieser umfasst insgesamt 13 Kriterien und skizziert beispielhaft mögliche Indikatoren [1]:

- Schweregrad – Mortalität: Sterblichkeit je 100.000 Einwohner, attributables Risiko,
- Schweregrad – Bevölkerungsbezogene Krankheitslast: Morbidität, DAYLs, AU-Tag,
- Verbreitung: Prävalenz, Verbreitung von gesundheitsprotektiven bzw. -risikantem Verhalten,
- Verbesserungspotenzial: Interventionsmöglichkeit, geringe Compliance trotz wirksamer Instrumente,

- volkswirtschaftliche Relevanz: direkte und indirekte Krankheitskosten,
- ethische Aspekte,
- Chancengleichheit: soziale Lage, Geschlecht,
- Priorität aus Sicht der Bevölkerung: Hilfsindikatoren, Befragungen,
- Messbarkeit des Zielerreichungsgrades,
- Machbarkeit – Instrumente: evidenzbasierte Instrumente, Vorarbeiten zu dem Thema,

Anmerkung

Der Artikel ist eine Zusammenfassung der Kriterienanalysen, die in einzelnen Arbeitsgruppen erstellt und vom Evaluationsbeirat begleitet wurden. Folgende Personen haben an der Erstellung der Kriterienanalysen mitgewirkt:

Alkoholkonsum reduzieren: Michael Goecke (Vorsitz), Prof. Dr. Michael Adams, Gabriele Bartsch, Dr. Tobias Effertz, Dr. Ulfert Hapke, Prof. Dr. Ulrich John, Prof. Dr. Ludwig Kraus, Boris Orth
Gesundheit am Arbeitsplatz: Daniela Sewöster (Vorsitz), Fritz Bindzius, Prof. Dr. Gudrun Faller, Dr. Barbara Matschke, Dr. Alfons Schröer

Gesundheit rund um die Geburt: Prof. Dr. Petra Kolip (Vorsitz), Karin Bergdoll, Prof. Dr. Raimund Geene, Dr. Rüdiger Meierjürgen, Dr. Andreas Mielck, Dr. Justina Rozeboom

Migration und Gesundheit: Prof. Dr. Hajo Zeeb (Vorsitz), Patrick Brzoska, Dr. Ute Ellert, Ahmet Kimil, Prof. Dr. Oliver Razum, Ramazan Salman, Dr. Anke-Christine Saß

Patientensicherheit: Prof. Dr.-Ing. Uvo Hölscher (Vorsitz), Dr. Peter Gausmann, Dr. med. Hans Haindl, Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, PD Dr. Nils-Olaf Hübner, Dr. Wolfgang Lauer, Dr. Jörg Lauterberg, Dr. Max Skorning, Prof. Dr. Petra A. Thürmann

¹ Mehr Informationen zu den Einzelzielen sind unter <http://www.gesundheitsziele.de> abrufbar.

- Machbarkeit – Akteure: zur Beteiligung an Formulierung und Umsetzung des Ziels,
- Beteiligungsmöglichkeit der betroffenen Bevölkerungsgruppe: Selbsthilfe- und Patientenorganisationen,
- sozialrechtlicher Rahmen.

Auf Basis der Ergebnisse erfolgt die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels im Steuerungskreis von *gesundheitsziele.de*. Hier sind alle Trägerorganisationen des Gesundheitszieleprozesses vertreten.²

Ergebnisse der Kriterienanalyse

Alkoholkonsum reduzieren

Mortalität, bevölkerungsbezogene Krankheitslast und Verbreitung

Menschen mit hohem Alkoholkonsum sterben verhältnismäßig früher als Menschen mit geringem Alkoholkonsum. In Deutschland verstarben im Jahr 2002 fast 49.000 Menschen frühzeitig aufgrund von Alkoholkonsum [2]. Die Überschreitung der empfohlenen Grenzwerte (24 g Reinalkohol am Tag für Männer/12 g für Frauen) erhöht das Risiko, an Krebs zu erkranken, und kann Organschädigungen hervorrufen [3, 4].

Der Konsum von Alkohol ist in Deutschland weit verbreitet und sozial akzeptiert. Insgesamt 18,5% der 18- bis 64-jährigen Frauen und 46,6% der gleichaltrigen Männer betreiben mindestens einmal in 30 Tagen episodisches Rauschtrinken, d.h., sie trinken bei einer Konsumgelegenheit 5 oder mehr alkoholische Getränke. Wöchentliches Rauschtrinken betreiben 5,6% der Frauen und 18,2% der Männer [5]. Bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ist das mindestens monatliche Rauschtrinken mit 15,2%, bei 18- bis 25-jährigen Erwachsenen mit 41,9% ebenfalls weit verbreitet [6].

Eine Alkoholabhängigkeit liegt bei 2,4% der 18- bis 64-Jährigen vor und ein Alkoholmissbrauch nach DSM-IV [7] bei 3,8%. Die Lebenserwartung von Alkoholabhän-

gigen ist deutlich reduziert: Bei Frauen liegt das Sterbealter 23 und bei Männern 20 Jahre unter dem der Allgemeinbevölkerung [8].

Von Alkoholkonsum geht auch eine Gefährdung für Dritte aus. Das gilt insbesondere für Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und im familiären Kontext sowie im Straßenverkehr. 14% der schwangeren Frauen trinken Alkohol und gehen damit das Risiko von Fetalschäden ein [9]. Mehr als ein Drittel aller Kinder, die mit einem alkoholabhängigen Elternteil aufwachsen, werden im Erwachsenenalter selbst abhängig [10]. 2,7% aller Unfallbeteiligten im Straßenverkehr standen im Jahr 2010 unter Alkoholeinfluss [11]. Bei 11,2% aller aufgeklärten Straftaten standen die Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss [12].

Volkswirtschaftliche Relevanz und Verbesserungspotenzial

Alkoholkonsum verursacht hohe volkswirtschaftliche Schäden: Zählt man direkte und indirekte Kosten zusammen, ergeben sich 26,7 Mrd. EUR jährlich [13]. Durch eine Verstärkung von Präventionsmaßnahmen ist Verbesserungspotenzial bei der Reduzierung der Krankheitslast z. B. bei Krebs-, Leber- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei der Anzahl von alkoholbezogenen Störungen, Straßenverkehrsunfällen und Gewaltdelikten zu erwarten.

Chancengleichheit und Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung

Die Verbreitung riskanter Alkoholkonsummuster ist bei Männern höher als bei Frauen, daher sind Männer von den gesundheitlichen und sozialen Folgen des Alkoholkonsums stärker betroffen als Frauen [14]. Soziale Unterschiede gibt es dagegen beim riskanten Alkoholkonsum kaum [15]. Für die Bevölkerung ist Alkoholkonsum ein Gesundheitsproblem von relativ hoher Priorität: Er wird an sechster Stelle der Bedrohungen für die Bevölkerungsgesundheit genannt [16].

Messbarkeit, Machbarkeit und Beteiligungsmöglichkeit

Der Zielerreichungsgrad des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ lässt

sich anhand von Daten zum Konsumverhalten, zu alkoholbedingten Krankheits- und Sterbefällen, zu Unfällen und Straftaten sowie zu Steuereinnahmen und Ausgaben für Alkoholwerbung messbar überprüfen. Repräsentative Erhebungen finden regelmäßig statt.

Notwendig zur Zielerreichung ist eine Mehr-Ebenen-Präventionskampagne, die neben massen- und personalkommunikativen auch schulische und familienorientierte Präventionsmaßnahmen umfasst. Ergänzend sind strukturelle Maßnahmen wie Steuererhöhungen, Verkaufs- und Werbebeschränkungen zu empfehlen. Zentrale Akteure wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Kooperationspartner auf Landes- und kommunaler Ebene sowie Selbsthilfeorganisationen sollten zur Zielformulierung und Umsetzung beitragen.

Gesundheit am Arbeitsplatz

Schwerpunkte der Kriterienanalyse zu Gesundheit am Arbeitsplatz sind die Felder Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, psychische und somatische Folgen arbeitsbedingter, psychischer Belastungen (negative Beanspruchungsfolgen) sowie betriebliche Gesundheitsförderung. Weitere Faktoren, z.B. gesundheitliche Folgen körperlicher Belastungen u. Ä., wurden aufgrund der fehlenden Datenlage und aus Kapazitätsgründen nicht berücksichtigt.

Schweregrad, bevölkerungsbezogene Krankheitslast und Verbreitung

Die Mortalität ist nur bei einem der Schwerpunkte wirklich messbar. So gab es 2011 664 tödliche Arbeitsunfälle und 2560 Todesfälle infolge einer Berufskrankheit bei ca. 1 Mio. Arbeitsunfälle insgesamt [17].

Daten zu Arbeitsunfähigkeit und zu Reha-Leistungen bei psychischen Erkrankungen geben einen Überblick über die Krankheitslast, lassen aber keinen direkten Bezug zu psychischen Belastungen in der Arbeitswelt zu. Nach den Daten einzelner GKV-Träger sind etwa 13% aller AU-Tage auf psychische Erkrankungen zurückzuführen [18, 19]. Von der Rentenversicherung wurden über 130.000 Reha-Leistungen wegen psychischer Störungen erbracht (Steigerung von 30% seit 2001). Als Erscheinungs-

² Folgende Organisationen sind Träger von *gesundheitsziele.de* und finanzieren den Gesamtprozess: BMG, GMK, Deutsche Rentenversicherung, PKV e.V., AOK-BV, vdek, IKK, BKK, SLVFG, Knappschaft Bahn See, DKG, BÄK, KBV, KZBV, BPTK, GVG.

formen für den Anstieg psychischer Belastungen bei der Arbeit werden u. a. Multitasking und starker Termin- und Leistungsdruck genannt [20].

Volkswirtschaftliche Relevanz und Verbesserungspotenzial

Schätzungen einzelner Studien zufolge ließen sich Fehlzeitkosten durch Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) um 34% reduzieren [21]. Eine europäische Umfrage gibt an, dass Sicherheits- und Gesundheitsschutzfragen in Deutschland regelmäßig nur in 30% aller Betriebe thematisiert werden [22]. Auch im Bereich der psychischen Belastungen besteht Verbesserungspotenzial. So werden in nur 20% der Betriebe Gefährdungsbeurteilungen in diesem Bereich durchgeführt [23]. Großes Entwicklungspotenzial besteht insbesondere bei der flächendeckenden Einführung komplexer gesundheitsfördernder Programme unter Beteiligung der Beschäftigten (Gesundheitszirkel) [24].

Chancengleichheit

Das Risiko für Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle sowie negative Beanspruchungsfolgen bei vorhandenen psychischen Belastungen ist stark abhängig von Alter, Geschlecht, Wirtschaftszweig und Beruf. Hier gibt es vielfach Ungleichverteilungen bei Anforderungen, Ressourcen, Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen. Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der Inanspruchnahme und Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen durch soziale Lage, Bildung und Migrationshintergrund.

Messbarkeit, Machbarkeit und Beteiligungsmöglichkeit

Statistiken der Unfallversicherungen und Rentenversicherungen, Reporte der Krankenkassen sowie Studien und Surveys (BiBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung) stellen relevante Daten oder Proxyindikatoren zur Messung der Zielerreichung zur Verfügung. Wie hoch die attributablen Risiken für negative Beanspruchungsfolgen arbeitsbedingter psychischer Belastungen sind, ist allerdings schwer messbar.

Eine Vielzahl an Akteuren setzt sich derzeit für Gesundheit am Arbeitsplatz ein. Insbesondere sind hier die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA),

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:1329–1334 DOI 10.1007/s00103-013-1805-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

U. Maschewsky-Schneider · M. Gocke · U. Hölscher · P. Kolip · A. Kuhn · D. Sewöster · H. Zeeb Gesundheitsziele.de. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland

Zusammenfassung

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de hat im Jahr 2013 die Ziele „Alkoholkonsum reduzieren“ und „Patientensicherheit“ als neue nationale Gesundheitsziele ausgewählt. Darüber hinaus standen die Themen „Gesundheit am Arbeitsplatz“, „Gesundheit rund um die Geburt“ und „Migration und Gesundheit“ zur Auswahl. Im Beitrag wird die Kriterienanalyse zur Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für alle 5 Zielbereiche vorgestellt. Diese umfasst die folgenden Aspekte: Mortalität, Morbidität, Verbreitung und Krankheitslast, volkswirtschaftliche Relevanz, Verbesserungspoten-

ziale, Chancengleichheit, Beteiligungsmöglichkeiten von Bürgerinnen und Bürgern sowie eine Einschätzung zur Priorität des Gesundheitsproblems in der Bevölkerung; besonderes Augenmerk liegt auf dem Kriterium der Machbarkeit und Beteiligung an der Entwicklung und Umsetzung durch die am Gesundheitszieleprozess mitwirkenden Akteure.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele · Alkoholkonsum · Patientensicherheit · Schwangerschaft · Geburt · Migration · Arbeit

Gesundheitsziele.de. Selection of a new health target for Germany

Abstract

In 2013, the forum gesundheitsziele.de selected “reduction of alcohol consumption” and “patient safety” as new health targets. Besides the two selected targets, three other topics were considered: health at work, health during pregnancy and childbirth, and health and migration. This paper describes the selection process, which followed several criteria: mortality, morbidity, prevalence, burden of disease, economic impact, potential for improvement, equity in health, empow-

erment of and priorities of health problems in the population. The analysis particularly focused on the assessment of the feasibility and the readiness of stakeholders to participate in the development and implementation of health targets.

Keywords

Health targets · Alcohol consumption · Patient safety · Pregnancy · Childbirth · Migration · Health at work

eine konzertierte Aktion von Bund, Ländern und Unfallversicherungen und die Initiative „Arbeit und Gesundheit“, eine Kooperation der DGUV und verschiedener Krankenkassenverbände, zu nennen. Allerdings fehlt es derzeit an einer gesellschaftsweiten Strategie, die alle für das Thema relevanten Akteure verbindet und zu einem koordinierten Vorgehen zugunsten einer Stärkung der Gesundheit am Arbeitsplatz beiträgt.

Gesundheit rund um die Geburt

Schweregrad, bevölkerungsbezogene Krankheitslast und Verbreitung

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind physiologische Prozesse, deren Potenziale es zu unterstützen gilt. Neben einer relativ geringen Mortalitätsrate ist in Deutschland mit 9% eine im internationalen Bereich relativ hohe Frühgeburtlichkeit zu verzeichnen [25].

Relevante Krankheitsbilder bei Säuglingen sind Zerebralparenese bei 0,25% aller Neugeborenen [26], das fetale Alkoholsyndrom (FAS) (Vollbild: ca. 4000; ca. 10.000 Neugeborene mit Alkoholschäden) [27] und eine mit 0,05–0,14% vergleichsweise hohe Inzidenz von Neuralrohrdefekten [28]. Schwerwiegende Regulationsstörungen (beispielsweise Schreibabypathologie) sind mit einer Prävalenz von 20% relativ häufig festzustellen [29].

Volkswirtschaftliche Relevanz und Verbesserungspotenzial

Bei prä- und postnatalen Interventionen ist ein hohes Kosten-Nutzen-Verhältnis nachweisbar [30]. Neben langfristigen Kostenersparnissen besteht ein erhebliches Einsparungspotenzial bei der Reduktion von neonatologischer Versorgung, bei der Behandlung von Regulationsstörungen und bei Behandlungskosten von FAS [31].

Insbesondere bei der Frühgeburtlichkeit gibt es noch Verbesserungspotenzial. Bezüglich des FAS gibt es großes Aufklärungspotenzial, die Folgen auch von (geringem) Alkoholkonsum werden meist unterschätzt [27]. Der Ausbau von Schreitzentren und weitere Forschungsarbeiten und Qualifizierungsmaßnahmen würden zu einer Reduktion von Regulationsstörungen beitragen [32]. Verbesserungspotenzial besteht zudem bei der Verhinderung von Unfällen, der Tabakprävention, dem Impfstatus, der Zahngesundheit von Schwangeren und in der Stillförderung sowie einer ressourcenorientierten Begleitung Schwangerer.

Ethische Aspekte, Priorität aus Sicht der Bevölkerung und Beteiligungsmöglichkeit

Ethische Aspekte spielen insbesondere bei der Entscheidung für oder gegen diagnostische Maßnahmen eine Rolle. Hier sollte die Aufklärung von werdenden Eltern zu einem shared-decision-making zwischen Arzt/Ärztin und Eltern beitragen.

Der Schutz der Lebensphase „Schwangerschaft – Geburt – Familiengründung“ ist gesellschaftlich hoch konsentiert. Dabei spielen auch die Förderung von Humankapital und die positiven Auswirkungen von kindlichem und familiärem Wohlbefinden eine Rolle. Die Beteiligungsmöglichkeiten sind durch vielfache Aktivitäten und Programme auf kommunaler Ebene sowie Familienförderungsprogramme gegeben.

Messbarkeit und Machbarkeit

Zahlreiche Indikatoren zur Mütter-/Säuglingssterblichkeit, Prävalenz von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht, Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft, Kinderunfälle und SIDS im ersten Lebensjahr stehen zur Verfügung (beispielsweise durch das AQUA-Institut und KiGGS).

Initiativen zur Suchtprävention in Schwangerschaft und Stillzeit, zu Hebammenkreißsälen, Familienhebammen etc. von Akteuren u. a. aus dem Bereich der Kostenträger, Leistungserbringer und Berufsverbänden zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung rund um die Geburt sind vorhanden, allerdings wäre eine breitere Vernetzung und Abstimmung unter den Initiativen wünschenswert.

Rechtlicher Rahmen

Ein diffuser rechtlicher Rahmen macht ein umfassendes Schnittstellenmanagement zwischen dem SGB V und dem SGB VIII sowie den Landesgesetzen zum ÖGD notwendig.

Migration und Gesundheit

Schweregrad, bevölkerungsbezogene Krankheitslast und Verbreitung

Auf Basis der amtlichen Todesursachenstatistik 2008 ist eine deutlich geringere altersbereinigte Sterblichkeit für Ausländer/innen in Deutschland festzustellen: 4,1 pro 1000 ausländische Männer und 2,7 pro 1000 ausländische Frauen gegenüber 7,1 pro 1000 deutsche Männer und 4,6 pro 1000 deutsche Frauen [33]. Deutlich höhere Sterblichkeitsraten sind dagegen bei ausländischen Säuglingen, Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren und auch bei Erwachsenen in höherem Alter (über 60 Jahre) zu verzeichnen. Allerdings haben die meisten Daten methodische Einschränkungen, die die Aussagekraft mindern (z. B. wegen der Rückkehr Älterer in die Herkunftsländer).

Trotz der Datenprobleme kann von Unterschieden bei Krankheitsmustern, Gesundheitsverhalten oder Inanspruchnahme gesundheitlicher Angebote ausgegangen werden. Schlechtere Arbeitsbedingungen, eine ungünstige soziale Lage und Informationsdefizite erklären die oft schlechtere Gesundheitslage von Menschen mit Migrationshintergrund. Diabetes mellitus, altersbedingte Verschleißerscheinungen und chronische Schmerzzustände [34] sowie Adipositas bei Kindern und Jugendlichen [35] sind bei Menschen mit Migrationshintergrund häufiger festzustellen. Auch psychische Erkrankungen sind ein ernst zu nehmendes Problem [36].

Volkswirtschaftliche Relevanz, Verbesserungspotenzial und Chancengleichheit

Der hohe und wachsende Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund lässt auf eine hohe volkswirtschaftliche Relevanz einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund schließen.

Verbesserungspotenzial besteht insbesondere bei der Stärkung bedarfs- und bedürfnisgerechter Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund [37]. Ferner gibt es deutliche sekundär- und tertiärpräventive Potenziale in dieser Bevölkerungsgruppe [38, 39].

Messbarkeit, Machbarkeit und Beteiligungsmöglichkeit

Insgesamt ist die Überprüfbarkeit der Auswirkungen eines Gesundheitsziels zu Migration und Gesundheit gegeben. Krankenquoten, Impfquoten und U-Untersuchungen für Kinder, Prävalenz von Adipositas, Erwerbsminderungsquoten etc. geben Aufschluss über die Zielerreichung. Die bereits erwähnten Datenprobleme sollten allerdings zum Anlass genommen werden, bei einer Zielformulierung unbedingt auf eine Verbesserung der Datenlage hinzuarbeiten.

Sowohl für die Formulierung als auch für die Umsetzung eines Gesundheitsziels stehen Instrumente von relevanten Akteuren wie beispielsweise Fachgesellschaften, Kostenträgern und Migrantenorganisationen zur Verfügung. Insgesamt sollten bestehende Angebote der Regelversorgung migrationssensibel ausgerichtet werden. Beteiligungsmöglichkeiten bestehen in vielfältiger Weise, werden allerdings bisher oft noch zu wenig genutzt. Selbsthilfefaktiven von Menschen mit Migrationshintergrund erscheinen besonders unterstützungswürdig.

Patientensicherheit

Das Gesundheitsziel Patientensicherheit sollte vorrangig in 6 Handlungsfeldern ansetzen: Diagnostik; vor, bei und nach Operationen; Arzneimitteltherapie; Pflege; Einsatz von Medizinprodukten und Schutz vor Infektionen.

Schweregrad, bevölkerungsbezogene Krankheitslast und Verbreitung

Alleine durch fehlerhafte Behandlungen oder Unterlassung werden im stationären Sektor ca. 17.000 Todesfälle pro Jahr verursacht [40]. Im Jahr 2011 können insgesamt 23,2 vermeidbare Todesfälle (Frauen 9,9, Männer 13,3) pro 100.000 Einwohner ange-

nommen werden [41]. Die auf nosokomiale Infektionen zurückzuführende Mortalität wird mit 2,6% angegeben [42]. Im Zusammenhang mit stationärer Behandlung muss mit mindestens 10.000 bis 15.000 Fällen gerechnet werden, bei denen eine nosokomiale Infektion zum Tod geführt hat. Daraus ergibt sich eine Sterblichkeit an nosokomialen Infektionen von 89 Todesfällen je 100.000 Krankenhausbehandlungen [43].

Vermeidbare unerwünschte Ereignisse (VUE) treten noch weitaus häufiger auf, nämlich bei 2–4% aller stationären Patienten [40]. 6% aller Klinikaufnahmen werden aufgrund unerwünschter Arzneimittelereignisse notwendig, wovon 73% als vermeidbar gelten [44]. Insgesamt wurden 2011 bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen gut 4000 Behandlungsfehler festgestellt [45] und bei den Gutachterkommissionen der Ärztekammern über 2200.

Volkswirtschaftliche Relevanz, Verbesserungspotenzial und ethische Aspekte

Besonders hohe Kosten entstehen im stationären Bereich. Die direkten Krankenhauskosten durch die im Schnitt 7,3 Tage verlängerte Liegedauer betragen gemittelt ca. 5600 EUR [46].

Verbesserungspotenzial besteht insbesondere bei der Entwicklung einer adäquaten Sicherheitskultur sowie der Implementierung von Maßnahmen. Maßnahmen zur Verhütung von Anwendungsfehlern bei der Arzneimitteltherapie sind nur in 36,4% der Kliniken und die elektronische Verordnungsunterstützung zur sicheren Patientenidentifizierung nur in 16,6% der befragten Einrichtungen systematisch umgesetzt [47]. Multimodale, prozessorientierte und sektorenübergreifende Ansätze sowie die Entwicklung einer Sicherheitskultur können helfen, diese Implementierungslücke zu schließen [48].

Chancengleichheit und Priorität aus Sicht der Bevölkerung

Ein Gesundheitsziel Patientensicherheit würde allen Patientengruppen gleichermaßen dienen. Besonders vulnerable Gruppen sind Kinder, Demenzpatienten, Menschen mit Behinderungen und mit Sprachschwierigkeiten [49].

Die Bevölkerung ist wegen der Risiken im Gesundheitssystem verunsichert. 65% der Patienten fürchten, dass „Ärzte einen Fehler machen“. Ferner besteht eine zunehmende Verunsicherung durch Berichte über Hygienemängel in Krankenhäusern und unsichere Medizinprodukte. 55% der Patienten fürchten, dass „sie gefährlichen Krankheitserregern ausgesetzt sind“ [50].

Messbarkeit, Machbarkeit und Beteiligungsmöglichkeit

Die Fortschritte bei der Zielerreichung können z. B. anhand von Krankenaktenanalysen, direkten Beobachtungen und Befragungen (stichprobenartig) im Vorher-Nachher-Vergleich bestimmt werden. Melde- und Berichtssysteme (inklusive CIRS), klinische und Produktregister sowie Behandlungsfehlerregister sind aus methodischen Gründen keine geeigneten Instrumente zur Messung von Patientensicherheit, liefern aber in der Verlaufsbeurteilung unter Umständen wichtige qualitative Anhaltspunkte für Veränderungen.

Evidenzbasierte Instrumente wie Sicherheitschecklisten, Maßnahmen zur Hygiene und gegen nosokomiale Infektionen etc. [51] stehen für die Verbesserung zur Verfügung. Wichtige Akteure bei der Umsetzung sind das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., der Nationale Aktionsplan für Arzneimitteltherapiesicherheit, die Deutsche Antibiotikaresistenzstrategie, MRSA-Netzwerke sowie Patientenorganisationen.

Eine systematische und transsektorale Vernetzung aller Aktivitäten im Bereich Patientensicherheit würde maßgeblich zur Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen beitragen.

Auswahl eines neuen Gesundheitsziels

Der Steuerungskreis von *gesundheitsziele.de* hat die Themen „Alkoholkonsum reduzieren“ und „Patientensicherheit“ ausgewählt.

Die Analyse von „Gesundheit am Arbeitsplatz“ zeigte zwar die Relevanz des Themas und signalisierte Verbesserungspotenzial, allerdings wurde die Machbarkeit infrage gestellt. Insbesondere die Abgrenzung zu parallelen Initiativen wie die GDA scheint derzeit nicht möglich, da hier bereits gemeinsame Ziele formuliert werden.

Bei „Migration und Gesundheit“ bestand sowohl Verbesserungspotenzial als auch eine mögliche Erhöhung der Chancengleichheit. Die Messbarkeit und Eingrenzung des Themas scheint allerdings schwierig. Deshalb einigte man sich darauf, von einer Zielformulierung derzeit abzusehen und es stattdessen als Querschnittsthema in allen zu aktualisierenden und neu zu erarbeitenden Zielen systematischer als bisher zu berücksichtigen.

Zwischen „Gesundheit rund um die Geburt“ und dem Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ besteht eine enge thematische Nähe, die Lebensphase ist dort jedoch nicht berücksichtigt. Das Thema soll deshalb dort als eigener Bereich integriert und gesondert ausgewiesen werden.

Die Kriterienanalyse zu „Alkoholkonsum reduzieren“ hat gezeigt, dass es hier dringend Handlungsbedarf gibt. Die Verbreitung von riskantem und missbräuchlichem Alkoholkonsum sowie die hohen volkswirtschaftlichen Kosten bei gleichzeitiger Bagatellisierung des Problems sprechen für eine Zielformulierung. Auch die Machbarkeit ist gegeben. Allerdings ergab die Analyse und Diskussion, dass ggf. eine Anpassung des Titels notwendig ist, um risikoarmen von riskantem Alkoholkonsum abzugrenzen. Ferner sollten Aspekte wie Versorgung und Rehabilitation von Personen mit missbräuchlichem Konsum oder einer Alkoholabhängigkeit berücksichtigt werden.

Das Thema Patientensicherheit hat ein ausgesprochen hohes Verbesserungspotenzial. Insbesondere der internationale Vergleich zeigt, dass Deutschland hier Nachholbedarf hat. Ein von allen wichtigen Akteuren im Konsens verabschiedetes Gesundheitsziel könnte dazu beitragen, die Implementierungslücke von evidenzbasierten Maßnahmen zu schließen und eine Sicherheitskultur zu etablieren. Bestehende Initiativen von relevanten Akteuren können gut eingebunden werden und tragen zu einer erfolgreichen Zielformulierung und -umsetzung bei. Allerdings sollte laut den Gremien die Fokussierung des Themas stärker herausgearbeitet und ggf. der Titel erweitert werden. Hervorgehoben wurde außerdem, dass die Position der Patientenvertretungen bei der Zielformulierung besondere Erwähnung finden sollte.

Der Steuerungskreis wird im Oktober 2013 entscheiden, welches der beiden Themen zuerst bearbeitet werden soll. Bis dahin wird die Einarbeitung der fehlenden Aspekte durch den Evaluationsbeirat vorbereitet.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Maschewsky-Schneider

Berlin School of Public Health,
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Gebäude A, Aufgang 9, 4. OG,
Oudenarder Str. 16, 13347 Berlin
ulrike.maschewsky-schneider@charite.de

Interessenkonflikt. U. Maschewsky-Schneider, M. Gocke, U. Hölscher, P. Kolip, A. Kuhn, D. Sewöster und H. Zeeb geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Maschewsky-Schneider U, Klärs G, Ryl L et al (2009) gesundheitsziele.de. Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen gesundheitsziels in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 52:764–774
2. Konnopka A, König HH (2007) Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. Pharmacoeconomics 25:605–618
3. Pöschl G, Seitz HK (2004) Alcohol and cancer. Alcohol 39(3):155–165
4. Rehm J, Frick U (2011) Alkohol und Infektionskrankheiten. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme, Stuttgart, S 480–484
5. Papst A, Piontek D, Kraus L, Müller S (2010) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht 56(5):327–336
6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2012) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011, Teilband Alkohol. BZgA, Köln
7. Papst A, Kraus L (2008) Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54(Sonderheft 1):36–46
8. John U, Rumpf HJ, Bischof G et al (2013) Excess mortality of alcohol-dependent individuals after 14 years and mortality predictors based on treatment participation and severity of alcohol dependence. Alcohol Clin Exp Res 37(1):156–163
9. Bergmann K, Bermann R, Ellert U, Dudenhausen J (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 50(5–6):670–676
10. Klein M (2005) Kinder aus suchtbelasteten Familien. In: Thomasius R, Küstner UJ (Hrsg) Familie und Sucht. Schattauer GmbH, Stuttgart, S 52–59
11. Statistisches Bundesamt (2012) Verkehrsunfälle 2011. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. <http://www.destatis.de>
12. Bundeskriminalamt, Kriminalistisches Institut (2011) (Hrsg) Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland, Berichtsjahr 2010, 58. Ausgabe, Wiesbaden
13. Adams M, Efferts T (2010) Effective prevention against risky underage drinking – the need for higher excise taxes on alcoholic beverages in Germany. Alcohol Alcohol 45(4):387–394
14. Kraus L, Papst A, Piontek D, Müller S (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995–2009. Sucht 56(5):337–347
15. Robert Koch-Institut (2011) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009. RKI, Berlin
16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2011. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS. Kurzbericht. BZgA, Köln
17. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. SUGA (2011) Unfallverhütungsbericht Arbeit. Bonifatius GmbH, Paderborn
18. BKK Gesundheitsreport 2011: Zukunft der Arbeit. BKK Bundesverband, Essen
19. DAK-Gesundheitsreport 2012. DAK Forschung, Hamburg
20. Lohmann-Haislah A (2012) Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund Berlin Dresden
21. BKK Faktenspiegel (2005) Schwerpunktthema Gesundheit am Arbeitsplatz. BKK Bundesverband, Essen
22. European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks. ESENER (2010) Managing safety and health at work. Publications Office of the European Union, Luxembourg
23. Beck D, Richter G, Ertel M, Morschhäuser M (2012) Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland. Prävention Gesundheitsförderung 7:115–119
24. Haas M (2012) Direkte Partizipation abhängig Beschäftigter: Konzept, organisatorische Realisierung und die Wirkung auf Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsressourcen. WZB Discussion Paper SP 1 2012–2302
25. WHO (2010) Preterm births per 100 births. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/2010_preterm-birthsper100births.pdf
26. Lie KK, Grøholt EK, Eskild A (2010) Association of cerebral palsy with Apgar score in low and normal birth-weight infants: population based cohort study. BMJ 341:c4990
27. Bergmann RL, Spohr HL, Dudenhausen JW (2006) Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. Urban & Vogel, München
28. Herrmann W, Obeid R (2011) The mandatory fortification of staple foods with folic acid: a current controversy in Germany. Dtsch Arztebl Int 108(15):249–254
29. Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (2004) Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Huber, Bern
30. Meier-Gräwe U, Wagenknecht I (2012) Frühe Hilfen sind eine Zukunftsinvestition. In: Frühe Kindheit 14. Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft, Berlin, S 24–29
31. AGJ Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (2010) Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier. [http://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20\(2\).pdf](http://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20(2).pdf)
32. Korczak D, Kister C, Krause-Girth C (2013) Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreiambulanz. HTA-Bericht 124. Köln. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta338_bericht_de.pdf
33. Kohls M (2011) Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungsbericht 9, Nürnberg. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb09-mortalitaet.pdf?__blob=publicationFile
34. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin
35. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
36. Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M (2010) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. Psychiatr Prax 37:225–232
37. Hurrelmann K, Laaser U, Richter M (2012) Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa, Weinheim, S 661–691
38. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2012) Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern – Ergebnisse der Schulaufganguntersuchung zum Schuljahr 2007/2008. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen
39. Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O (2013) Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott T, Razum O (Hrsg) Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Beltz Juventa, Weinheim
40. Schrappe M, Lessing C, Jonitz G et al (2006) Agenda Patientensicherheit 2006. http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Agenda_Patientensicherheit/Agenda_Patientensicherheit_2006.pdf
41. Gaber E, Wildner M (2011) Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung 52. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=13932
42. Gastmeier P, Geffers C (2008) Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Wie viele gibt es wirklich? Dtsch Med Wochenschr 133(21):1111–1115
43. Zuschneid I, Rüdiger G, Schoop R et al (2010) Representativeness of the surveillance data in the intensive care unit component of the German nosocomial infections surveillance system. Infect Control Hosp Epidemiol 31(9):934–938
44. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008) Kooperation und Verantwortung: Teil 1. Nomos-Verl.-Ges, Baden-Baden
45. Singer I, Skorning M, Kowalski I (2013) Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Jahrestatistik 2011. [http://www.sindbad-nds.de/infomed/sindbad.nsf/0/7c006da619abeabcf1257b1e00504a4b/\\$FILE/MDK_BehF-Begutachtung_2011.pdf](http://www.sindbad-nds.de/infomed/sindbad.nsf/0/7c006da619abeabcf1257b1e00504a4b/$FILE/MDK_BehF-Begutachtung_2011.pdf)
46. Buijine MD (2007) Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Amsterdam, Utrecht: EMGO Instituut, Nivel. <http://nos.nl/artikel/99657-cijfers-onbedoelde-ernemijdbare-schade.html>
47. Lauterberg J, Blum K, Briner M, Lessing C Abschlussbericht (2012) Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern. Universität Bonn, Bonn. http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/KRM_Abschlussbericht_final_0.pdf
48. Leape L (2005) Ethical issues in patient safety. Thorax Surg Clin 15(4):493–501
49. Tjia J, Field TS, Mazor KM et al (2012) Dementia and risk of adverse warfarin-related events in the nursing home setting. Am J Geriatr Pharmacother 10(5):323–330
50. Forsa – Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH (2009) Tabellenband_Krankenhausaufenthalt: Angst vor Krankenhausaufenthalt. http://www.hansemerker.de/c/document_library/get_file?folderId=2133&name=DLFE-10502.pdf
51. Making Health Care Safer II (2013) An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>