



Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW

Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik

1	Herz-Kreislaufkrankheiten reduzieren
2	Krebs bekämpfen
3	Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit
4	Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen
5	Umwelthygiene-Management
6	Primäre Gesundheitsversorgung
7	Krankenhausversorgung
8	Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse
9	Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich
10	Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Inhalt:

	Seite
Einführung	7
NRW-Ziel 1: Herz-Kreislaufkrankheiten reduzieren (HFA-Ziel 9 in Kap. „Für eine bessere Gesundheit“)	11
NRW-Ziel 2: Krebs bekämpfen (HFA-Ziel 10 in Kap. „Für eine bessere Gesundheit“)	18
NRW-Ziel 3: Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit (HFA-Ziel 14 in Kap. „Gesundheitsförderliche Lebensweise“)	25
NRW-Ziel 4: Gesundheitsschäden durch Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen reduzieren (HFA-Ziel 17 in Kap. „Gesundheitsförderliche Lebensweise“)	40
NRW-Ziel 5: Umwelthygiene-Management (HFA-Ziel 19 in Kap. „Gesunde Umwelt“)	44
NRW-Ziel 6: Primäre Gesundheitsversorgung (HFA-Ziel 28 in Kap. „Bedarfsgerechte Versorgung“)	50
NRW-Ziel 7: Krankenhausversorgung (HFA-Ziel 29 in Kap. „Bedarfsgerechte Versorgung“)	60
NRW-Ziel 8: Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse (HFA-Ziel 30 in Kap. „Bedarfsgerechte Versorgung“)	65
NRW-Ziel 9: Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich (HFA-Ziel 32 in Kap. „Entwicklungsstrategien“)	75
NRW-Ziel 10: Unterstützung durch Gesundheitsinformation (HFA-Ziel 35 in Kap. „Entwicklungsstrategien“)	83
Anhang A: Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen, ...	89
Anhang B: Weitere Indikatoren zu den Gesundheitszielen	91
Anhang C: Systematik der Gesundheitsberichterstattung	93
Anhang D: Entschließung der 3. Landesgesundheitskonferenz NRW 1994	94
Anhang E: Entschließung der 4. Landesgesundheitskonferenz NRW 1995	97
Anhang F: Protokollnotiz	99

Einführung

Nordrhein-Westfalen unternimmt mit der Verabschiedung von 10 vorrangigen Gesundheitszielen einen Schritt in Richtung größerer Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Landesgesundheitspolitik. Die Gesundheitsziele sollen dazu beitragen

- Gesundheitspolitik zu strukturieren und die Verzahnung mit anderen Politikfeldern zu gewährleisten,
- Prioritäten für die Entwicklung langfristiger Perspektiven in der Gesundheitspolitik zu fördern,
- 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.¹

Der kooperative Prozeß der Entstehung dieser Ziele steht symbolisch auch für das, was den Umsetzungsprozeß dieser Gesundheitsprogrammatik ausmachen - ja mehr noch: ganz elementar erst ermöglichen wird: für die Entwicklung einer in Qualität und Umfang im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen *neuartigen gemeinsamen Aktion* zwischen den Leistungsträgern, den Verantwortlichen der Gesundheitspraxis, den gesellschaftlichen Interessenvertretungen, der Wissenschaft und der Gesundheitspolitik aller Ebenen im Land.

Das Modell einer solchen zukunftsweisen Zusammenarbeit ist eine notwendige Antwort auf drängende aktuelle und zukünftige Problemstellungen im Gesundheitswesen, wie u.a.:

- Erfordernis einer weiteren Verbesserung von Gesundheitsförderung und Versorgung im Krankheitsfalle unter immer komplexer

werdenden Lebensbedingungen und Handlungsmöglichkeiten;

- Optimierung des Einsatzes aller verfügbaren Personalressourcen und Sachmittel unter den Vorgaben bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Maßnahmen im Gesundheitswesen durch Einsatz von Verfahren der Evaluation und Erfolgsmessung;
- Weiterentwicklung der Strukturen in den Leistungsbereichen und Organisationen des Gesundheitswesens durch Betonung und Umsetzung der Prinzipien Verzahnung, Kooperation, Kommunikation, Synergie, Systemtransparenz und -öffnung;
- Einführung wettbewerbsorientierter Elemente in Bereiche, wo diese leistungssteigernde und innovationsfördernde Effekte versprechen;
- Einführung verbindlicher und konsensualer Qualitätsmerkmale für Gesundheitsdienstleistungen sowie für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung;
- Erhöhung der Transparenz des Leistungsangebots im Gesundheitswesen für Betroffene und Kranke;
- Verbesserung von Patienteninformation und Verbraucherschutz;
- Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Nichtprofessionellen, um bestmögliche Situationen für Betroffene und Kranke zu schaffen;
- Förderung partizipativer Ansätze bei Planungsentscheidungen und -umsetzungen.

Nordrhein-Westfalen setzt mit einem solchen Ansatz und mit der Gestaltung eines Steuerungsinstruments i.S. vorrangiger Gesundheitsziele zum einen die von allen europäischen Mitgliedsstaaten getragene Programmatik „*Gesundheit für alle*“ des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation um. Zum anderen reiht sich die vorliegende Programmatik ein in ein Spektrum vergleichbarer internationaler Bemühungen von Staaten und Regionen, ihr Gesundheitswesen zielori-

¹ aus der Entschließung der 3. Landesgesundheitskonferenz vom 23.6.1994 zum Projekt „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“, Punkt II. Gesundheitsziele in Nordrhein-Westfalen

entiert an die mittelfristigen Anforderungsstrukturen der Zukunft heranzuführen.

Daß Nordrhein-Westfalen als erstes deutsches Bundesland eine auf der Formulierung nach Gesundheitszielen aufbauende gesundheitspolitische Programmatik vorlegt, entspricht der konsequent innovativen Linie, die das Land im Bereich der zukunftsorientierten Entwicklung seines Gesundheitswesens seit längerem generell und in vielen Einzelaspekten verfolgt.

Die nachfolgend dargelegte Ausarbeitung stützt sich in wesentlichen Konstruktionsmerkmalen auf das *Vorbild der 38 Einzelziele der Weltgesundheitsorganisation* in der aktualisierten Fassung von September 1991. Um ein solch komplexes Vorhaben, wie es die Erarbeitung einer gesundheitszielorientierten Programmatik für eine Region darstellt, zu ermöglichen, liegen dem vorliegenden Papier zunächst folgende Entscheidungen zugrunde:

- *Reduzierung der Zieleanzahl* von 38 WHO-Einzelzielen auf 10 vorrangige NRW-Ziele,
- *vorläufige Zurückstellung quantifizierter Zielaussagen* bei sämtlichen NRW-Einzelzielen,
- *Verzicht auf eine abschließend festgelegte Auswahl zielassoziierter Indikatoren* in dieser Erstaussage.

Gleichzeitig weist die NRW-Gesundheitszielprogrammatik für den regionalen Entwicklungsstand der Region charakteristische zusätzliche Elemente auf:

- Konsensual erarbeitete *Situationseinschätzungen und Lösungsempfehlungen* für Einzelziele *aus den Landesgesundheitskonferenzen 1992 bis 1994* (NRW-Ziele 3, 5, teilweise 6 bzw. 8);
- Hinweise auf zielorientierte Einzelaktivitäten und -planungen im Land Nordrhein-Westfalen, auch mit wesentlicher Beteiligung der Landesregierung;

- Querverweise inhaltlicher Art auf die NRW Gesundheitsberichterstattung (*Gesundheitsreports 1990 und 1994*);

- Hinweise auf Indikatorbezüge zu anderen Indikatorensätzen (Indikatorensätze des WHO Programms *Health for all/HFA* und der bundesdeutschen *Gesundheitsministerkonferenz/GMK*).

Als weitere besondere Konstruktionsmerkmale der NRW-Ziele sind hervorzuheben:

- Die *zeitliche Orientierung* („... bis zum Jahr 2005“) der NRW-Gesundheitsziele lehnt sich an entsprechende Intervallvorgaben vergleichbarer Zielprogrammatiken anderer Regionen an.
- Die *NRW-Zielreihenfolge* stellt *keine Rangfolge* der Gewichtung dieser Ziele dar - sie ergibt sich vielmehr aus der Reihung der 38 Einzelziele der Weltgesundheitsorganisation. Änderungswünsche hinsichtlich der Reihenfolge der Ziele wurden verworfen, um die Übersichtlichkeit der Anordnung und den Bezug auf das im internationalen Konsens erarbeitete und anerkannte WHO-Konzept zu erhalten. Die Nähe zu den Strukturen der „*Health for all*“-Programmatik soll die *Möglichkeit des internationalen Austausches* unterstützen, die für eine erfolgreiche Umsetzung und Fortschreibung des NRW-Zielekonzeptes von besonderer Bedeutung sein wird und vor allem die Relevanz im europäischen Integrationsprozeß erhöht.
- Die *Kriterien für Umfang und Auswahl* der NRW-Ziele leiteten sich einerseits aus der Absicht ab, aus jedem der fünf Abschnitte der WHO-Zielprogrammatik wenigstens ein NRW-Ziel zu formulieren, andererseits unter dieser Vorgabe möglichst NRW-relevante Themen zu benennen.
- Die *Einschränkung auf 10 NRW-Ziele* wurde trotz vielfacher Wünsche und Überlegungen hinsichtlich einer Erweiterung

dieser Anzahl beibehalten, um nicht den ersten Schritt in die zielorientierte Programmatik durch zu große Komplexität und einen zu breit gespannten thematischen Bogen zu gefährden.

- *Nicht berücksichtigte WHO-Health for all-Ziele von großer Aktualität und Relevanz* für die nordrhein-westfälische Situation, wie beispielsweise die Verbesserung der Situation chronisch Kranker (HFA-Ziel 4) und behinderter Menschen (HFA-Ziel 3), die Herstellung von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich (HFA-Ziel 1), werden als *Querschnittsthemen* aufgefaßt und sind an passenden Stellen der NRW-Auswahl als Unterpunkte berücksichtigt worden.

- *Inhaltliche Überschneidungen* zwischen den 10 NRW-Einzelzielen sind durch die Auswahl aus den fünf „*Health for all*“-Abschnitten vorprogrammiert. Sie wurden im vorliegenden Text *bewußt belassen*, da für jedes Einzelziel eine eigene Aussagefähigkeit auch ohne den Kontext der übrigen Ziele angestrebt wird. Dies soll die zukünftig erforderlich werdende Fachdiskussion zu den Einzelzielen erleichtern.

- Die *inhaltliche Gliederung der Einzelziele* lehnt sich an den vom „*Health for all*“-Programm gewohnten Aufbau an: dem Zielkurztext wird eine „*Konkretisierung*“ der Unterziele nachgestellt. In weiteren Abschnitten werden der „*Hintergrund*“ i.S. einer Schilderung der Ausgangsbedingungen im Zielbereich und ein „*Lösungsansatz*“ zur Zielerreichung dargestellt. Es schließen sich Angaben über Schwerpunktaktivitäten in Nordrhein-Westfalen und Hinweise auf die NRW-Gesundheitsberichterstattung (entsprechende Gesundheitsreportkapitel) und Gesundheitsstatistik (vorläufige Indikatorauswahl) an.

Im Verlauf der zu gegebener Zeit beabsichtigten Überarbeitungen der NRW-Ziele soll auch eine modifizierte Struktur im Aufbau der Einzelziele geprüft werden. Unter der Voraussetzung, daß sich geeig-

nete Aussagen zu Einzelzielen zukünftig quantifizieren lassen werden, ist an einen systematischen Aufbau der Zieletexte zu denken, der für die zu erarbeitenden Evaluationsergebnisse aufnahmefähig ist. Die Fortschreibung der NRW-Zielprogrammatik sollte in diesem Sinne Teilprodukt eines umfassenderen Informationssystems werden, welches kontinuierlich, umfassend und für alle Beteiligten zugänglich den aktuellen Leistungs- und Planungsstand im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen widerspiegelt (s.u.).

- *Literaturangaben und Verweise* auf Modell- und Forschungsprojekte bzw. andere flankierende Informationen sind einerseits ein obligatorisches Werkzeug zur Erarbeitung und Vertiefung der in den Zieltexten behandelten Themen. In diesem Sinne war zunächst eine (notgedrungen unvollständige) Beigabe dieser Angaben im Anhang der Erstfassung der NRW-Ziele vorgesehen. Die Diskussion des Vorentwurfs führte aber zum Verzicht auf dieses Vorhaben. Vielmehr wird geprüft, für diesen Bereich *ein kontinuierliches, möglichst interaktiv handhabbares Kommunikationsmittel* in Zusammenhang mit der Umsetzung der NRW-Ziele zu entwickeln. Damit könnte gewährleistet werden, daß einseitige Auswahlkriterien und Dominierungen in solchen Verzeichnissen kein kooperationshinderndes Gewicht bekommen.

- Die hier vorgelegte *Erstfassung* vorrangiger NRW-Gesundheitsziele ist *fortschreibungsfähig* und stellt den ersten Schritt einer *stufenweisen Entwicklung* von NRW-Gesundheitszielen dar.

Die Möglichkeit zur Fortschreibung bezieht sich sowohl auf die *Anzahl* der NRW-Ziele und der benannten Unterziele, auf die *Entwicklungstiefe* der Einzelziele, auf die Notwendigkeit, möglichst *quantitative, evaluierbare Zielvorgaben* zu erstellen, wie auch auf die *Entwicklung angemessener Organisations- und Kooperationsformen* zur Einleitung bzw. Ge-

währleistung der Zielumsetzung im gesetzten Zeitrahmen.

**In diesem Sinne will die Vorlage dieses ersten NRW-Zielekatalogs als
Kreativität und Motivation auslösender Impuls
aufgefaßt werden,
durch den verstärkt eine zukunftsorientierte
Weiterentwicklung des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens
ausgelöst wird.**

**Weiterentwicklungen und Fortschreibungen
der mit dem Zielekatalog gesetzten Vorgaben
sollen einen kontinuierlichen, langfristigen,
rationalen, steuerungsfähigen
Innovationsprozeß
in Gang setzen und unterhalten.**

NRW-Ziel 1:

(Grundlage HFA 9)

Herz-Kreislaufkrankheiten reduzieren

Bis zum Jahr 2005 sollten in Nordrhein-Westfalen Neuerkrankungsrate und Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten bei Menschen unter 65 Jahren deutlich gefallen sein. Bei der Verbesserung der Lebensqualität aller Menschen, die an Herz-Kreislauf-Krankheiten leiden, sollten Fortschritte erkennbar sein.

● Konkretisierung

a - Reduzierung von Rauchen, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Übergewicht, sitzender Lebensweise

b - Verbesserung von Früherkennung, Diagnostik und Behandlung von Herz-Kreislaufkrankheiten

c - Weiterentwicklung der physischen, psychologischen und sozialen Rehabilitationsmöglichkeiten für Herz-Kreislauf-Patienten.

● Hintergrund

Bedeutung der Krankheitsgruppe: Herz-Kreislaufkrankheiten mit den Schwerpunkten Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall und gefäßbedingte Niereninsuffizienz stehen nach wie vor in Nordrhein-Westfalen an der Spitze der Todesursachenstatistik. Dabei handelt es sich nicht nur um die häufigste Todesursache alter Menschen, sondern auch um die zweithäufigste zum Tode führende Krankheitsgruppe bei Menschen unter 65 Jahren (nach Krebs). Auf die Herz-Kreislaufkrankheiten entfallen in der letztgenannten Altersgruppe mehr als ein Viertel aller Todesfälle in Nordrhein-Westfalen. Es existieren deutliche geographische Differenzen im Erkrankungsrisiko (z.B. ist das Herzinfarkt-Risiko in Nord-europa bis zu zehnmals höher als in Süd-europa), und Untersuchungen weisen auf die Abhängigkeit der Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten von der sozialen Schichtzugehörigkeit hin. Zusätzlich

bestehen deutliche Unterschiede in den Erkrankungshäufigkeiten zwischen Männern und Frauen. In der Altersgruppe unter 65 Jahren sterben in Nordrhein-Westfalen mehr als doppelt soviel Männer an Herz-Kreislaufkrankheiten wie Frauen.

Krankheitsursachen: Das Auftreten von Herz-Kreislaufkrankheiten wird sowohl durch individuelle wie auch durch soziostrukturelle Charakteristika bestimmt. Lebensweisenbedingte Gewohnheiten u.a. in Zusammenhang mit Nahrungsauswahl, Essen, Genußmittelkonsum (Rauchen, Alkohol), mit körperlicher Betätigung und Sport (z.B. im Freizeitbereich) und im Umgang mit Alltagsbelastungen und Anforderungen im sozialen Umfeld (z.B. persönlichkeitsnahe Einstellungen bei der Streßbewältigung) haben einen Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit des einzelnen Menschen, an Krankheiten des Herzens bzw. des Kreislaufes zu erkranken. Die soziostrukturellen Einflüsse stehen in Wechselbeziehung zu individuellen Verhaltensweisen - bestimmen doch häufig kulturell verbreitete Normen und Umgebungsbedingungen den Handlungsspielraum des Individuums. So nehmen beispielsweise im Arbeitsbereich sitzende Tätigkeiten und Bewegungsmangel ständig zu. Zusätzlich hat die Entwicklung der Siedlungsweise, des Transportwesens und der gesellschaftlichen Mobilität eine Bevorzugung von Transportmitteln im Alltag forciert, die körperliche Bewegung nicht unterstützen. Insgesamt ist zumeist von komplexen Ursachen für Herz-Kreislaufkrankheiten auszugehen, deren Elemente im Einzelfall variieren. So ist etwa das persönliche

Streßverhalten eingebettet in eine Vielzahl von zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen, die aus der jeweiligen Arbeits- und Lebensumgebung an die einzelne Person gerichtet werden. Andere, weniger mit Überforderungssituationen, sondern eher mit Sinnkrisen und sozialer Ausgrenzung verbundene Problemlagen - wie etwa durch Arbeitslosigkeit bedingte Lebenssituationen - sind ebenfalls mit Erkrankungsrisiken verbunden, die sich über verschiedenste - psychosomatische - Vermittler in manifeste Erkrankungen des Herz-Kreislaufbereichs umsetzen.

Vorbeugung und Behandlung: Im Bereich der Prävention von Erkrankungen im Herz-Kreislaufbereich sind in der Vergangenheit bereits vielfältige Methoden und Verfahrensweisen im Praxiseinsatz erprobt worden. Ein Bild über den Erfolg dieser Maßnahmen ist schwer zu erhalten, da Erfolgskriterien und methodische Fragen einer koordinierten Evaluation bisher in größerem Umfang nicht übergreifend erörtert und festgelegt worden sind. So sind die bisher entwickelten und eingesetzten Evaluationsinstrumente nicht ausreichend und auf Vergleichbarkeit ausgelegt. Im methodischen Bereich der Verhaltensprävention sind Weiterentwicklungen notwendig, z.B. im Hinblick auf die Mittelschichtorientierung der meisten bisherigen Kampagnen. Für die zukünftige Entwicklung gilt es, diese Defizite durch die Einführung entsprechender Qualitätsstandards aufzufangen.

Angesichts der großen Verbreitung des hier angesprochenen Krankheitsspektrums sollte die Zielsetzung für zukünftige koordinierte Aktivitäten im Bereich der Prävention ausdrücklich in einer deutlichen Reduzierung der Neuerkrankungsraten bei den einzelnen Krankheiten im Herz-Kreislaufbereich liegen. Hierzu ist die Entwicklung effektiverer präventiver Maßnahmen mit einer Erhöhung der Zahl erreichter Personen erforderlich.

Notwendig ist im Hinblick auf die Erkrankungen außerdem eine Verbesserung der

Früherkennung und eine weitere Verbesserung der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Gesteigerte Aufmerksamkeit sollte in allen diesen Bemühungen besonders den gefährdeten oder benachteiligten Zielgruppen in der nordrhein-westfälischen Bevölkerung zukommen, z.B. den überproportional erkrankenden Bevölkerungsgruppen mit ursprünglich ausländischer Herkunft.

Der Behandlungsbereich unterliegt der Qualitätssicherung durch die jeweils beteiligten Berufsgruppen, insbesondere durch die Mediziner. Eine Verzahnung zwischen therapeutischen und präventiven Ansätzen gehört dabei zum Leistungsstandard. Als Beispiel mögen die nachfolgend benannten vier Handlungsansätze zu einer wirksamen, integrierten Kontrolle der Hypertonie dienen:

- Verbesserung der Betreuung und Behandlung bereits bekannter Hypertoniker (Medikamentenbehandlung vorherrschend)
- Früherkennung bisher unbekannter Hypertoniker und Hinführung zur Behandlung
- Auffinden und Betreuen von Personen mit leicht erhöhten Blutdruckwerten (Gesundheitsberatung, Diät vorherrschend)
- Primärprävention des hohen Blutdrucks durch Informationskampagnen, strukturelle Beeinflussung von Angeboten (z.B. Ernährung, Bewegung), Förderung von Selbsthilfe- und Gesundheitsinitiativen (z.B. Alkohol)².

Handlungsansätze: Im Bemühen, in Nordrhein-Westfalen Sterblichkeit und Morbidität infolge von Herz-Kreislaufkrankheiten wirksam zu reduzieren, wird vielfach versucht, gesundheitsförderliche Lebensstile verstärkt in den Alltag der nordrhein-westfälischen Bevölkerung hi-

² aus: Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990, Kapitel A 3.4 „Hypertonie“

neinzutragen. Besondere Bedeutung kommt dabei der positiven Imagebildung für Lebensstile zu, die sich durch Überflüssigwerden von Konsumartikeln der Tabak- und Alkoholindustrie und von deutlich gesundheitsschädlichen Produkten im Nahrungssektor auszeichnen.

In der Regel korrespondiert ein solcher Lebensstil mit Persönlichkeitsattributen, die sich auf körperliche Fitneß, auf emotionale Stabilität und soziales Wohlbefinden ausrichten. Die Möglichkeit eines bewußten Sich-gegen-den-Allgemeintrendentscheiden i.S. einer persönlichen Unabhängigkeit gegenüber gefährdenden Tendenzen in der unmittelbaren Lebensumgebung gehört ebenso in die Palette zu fördernder Persönlichkeitsmerkmale, wie das konsequente Nutzen individueller Begabungen zur Verwirklichung realistischer, persönlicher Lebensvorstellungen.

Realistischerweise muß gesehen werden, daß für breite Bevölkerungsgruppen, besonders aber für einzelne, hinsichtlich Herz-Kreislaufkrankheiten besonders gefährdete Risikogruppen, viele dieser idealtypischen Merkmale einer „gesunden Lebensweise“ unerreichbar sind. Eine undifferenzierte, pauschale Gesundheitsförderungsmaßnahme großen Stils, etwa i.S. einer Werbekampagne für junge, dynamische, gesundheitsbewußte Lebensstile, verspricht von daher eher geringen Nutzen.

Im deutschsprachigen Raum und im internationalen Bereich gibt es genügend Beispiele und Ansätze zu erfolgreichen bzw. erfolgsversprechenden Interventionen, zumal der Bereich der Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten bereits seit etwa zwei Jahrzehnten intensiv mit Fördermitteln und international koordinierten Projekten (*CINDI*, *DHP* u.a.) erforscht und in der Praxisumsetzung begleitet wird. Für Nordrhein-Westfalen sollte aber speziell im Rahmen dieses Gesundheitsziels eine unverwechselbar prägnante Präventionslinie gefunden werden.

● Lösungsansatz

Im Bemühen um zukunftsfähige Lösungen sind verschiedene Handlungsebenen einzubeziehen:

- **die Ebene der Prävention:** im Sinne der beiden vorstehend genannten Aktionsebenen ist die gesamte Kette von Präventions- und Interventionsmöglichkeiten im Praxisbereich einer Bewertung und konstruktiven Revision zu unterziehen. Diese Ebene umfaßt zahlreiche Unterebenen und Handlungsfelder.

- **die Ebene der Leistungsträger:** Leistungsträger in der ambulanten Versorgung und Nachsorge (mit den Akteuren vor Ort, die fachlich für die angesprochenen Schwerpunkte in der Prävention zuständig sind, wie Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Ärztinnen und Ärzte usw., zum anderen die in kurativer Hinsicht Tätigen, wie auch diejenigen, die in Rehabilitation, Nachsorge, Pflege mit Herzkreislaufkranken professionell in Kontakt stehen).

Leistungsträger in der stationären Versorgung (Krankenhausbehandlung und stationäre Rehabilitation).

Ebene der ehrenamtlichen und privaten Dienstleistungen für Herzkreislaufkranke, sowie der Selbsthilfe im Bereich dieser Erkrankungen (z.B. Koronargruppen/Herzsportgruppen).

- **die Ebene der gesundheitspolitisch Handelnden** (einschließlich der gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten auf kommunalem, regionalem, landespolitischem, bundespolitischem sowie europäischem Niveau).

- **die analytisch-forschende Ebene** sollte eine ungeschminkte IST-Analyse für bisher Bestehendes und Erreichtes im Bereich von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Nachsorge von Herz-Kreislaufkrankheiten liefern. Neben einer Defizitanalyse ist die Benennung beispielhaft positiver Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen erforderlich, deren Weiterver-

folgung und Konsolidierung zur Zielerreichung beitragen könnte.

- **die gesundheitsstatistisch-daten-erfassende Ebene** dient der Unterstützung der vorgenannten Ebene. Im Hinblick auf eine Verwendung im wissenschaftlichen, gesundheitspolitischen und praxisorientierten Rahmen sind in zunehmendem Maße Grundlagen erforderlich, um eine epidemiologisch fundierte Evaluation bisheriger und zukünftiger Trends im Krankheitsgeschehen leisten zu können. Solche Grundlagen eröffnen Wege für die zukünftig zuverlässigere Bewertung des Einflusses präventiver, kurativer und nachsorgender Maßnahmen auf typische Krankheitsverläufe und das Krankheitsgeschehen in der Region insgesamt.

- **die Ebene von Gesundheitsinformation und Mangagement:** Praxisaktivitäten, Erfahrungen mit Modellprojekten, Ergebnisse aus der Public-Health-Forschung müssen einerseits in geeigneter Weise sämtlichen Bereichen des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens bekanntgemacht werden (Information, Kommunikation). Andererseits ist die wirksame Umsetzung dieser Informationen in praxisbezogene Aktionen und Strukturen zu gewährleisten (Management).

Anzustuernde Handlungsschwerpunkte zur Zielerreichung liegen auf den folgenden Feldern:

- **im Bereich der Prävention:**

Identifizierung und wirksame Ansprache der relevanten Zielgruppen, in denen Veränderungen in der Lebensweise erforderlich erscheinen, weil ein besonderes Erkrankungsrisiko vorliegt. Als Beispiel sei hier die Gruppe der besonders häufig an Herz-Kreislaufkrankheiten erkrankenden Männer in mittlerem Alter ausländischer Herkunft genannt.

Professionelle Umsetzung positiv ausgedrückter imagebildender Maßnahmen zur

Propagierung veränderter, gesundheitsfördernder Verhaltensweisen.

Intensivierung von Maßnahmen und Beratungsangeboten, die in diesem Sinne auf eine Änderung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen in relevanten Lebensbereichen (Bewegung/Sport, Ernährung, Arbeitsbereich, Straßenverkehr, Freizeit und häuslicher Bereich) hinwirken.

Einschränkung des Tabakrauchens und Verstärkung des Nichtraucher-schutzes (mit Akteuren u.a. in den Bereichen Krankenkassen, der ambulanten, kurativen und rehabilitativen Gesundheitsversorgung, Arbeitswesen, Schulwesen, Öffentlichkeitsarbeit sowie in speziellen Anti-Rauchkampagnen). Koordinierung, Optimierung und Intensivierung der verschiedenen im Land bereits bestehenden Angebote zur Raucherentwöhnung und zur Prävention des Tabakrauchens (z.B. über Aktivitäten im Rahmen des Projekts „*Gesundes Land NRW*“; ggf. auch unter Mithilfe europäischer Partner im Rahmen des Projektverbunds „*Regions for Health*“ bzw. des Programms „*Europa gegen den Krebs*“; in Teilbereichen auch über Aktivitäten der Landesregierung, Stichwort: „*Nichtraucherkonzept NRW*“)

Koordinierung von Maßnahmen und Initiativen zur Verbesserung des Verbraucherschutzes in den Bereichen Ernährung und Nahrungszubereitung sowie Übertragung eines entsprechenden Impulses auf die Akteure im Land. Verstärkung präventiver Maßnahmen und Modelle in den genannten Bereichen (z.B. Aktion „*Gesundes Kantinenessen*“, Aktion „*Gesundes Schulfrühstück*“).

Intensivierung präventiver Bemühungen in den entsprechenden Einrichtungen, die mit besonders gefährdeten Menschen umgehen, wie etwa betriebsärztliche Dienste, Sozialstationen, kommunale Dienste, Schulen.

- **im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, der Rehabilitation und Nachsorge**

sowie der psychosozialen Betreuung für Herz-Kreislaufkranke:

Gezielte Förderung und Veröffentlichung von modellhaft vorbildlichen Behandlungsmethoden und Einrichtungen zwecks Optimierung der klinischen Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge.

Aufstellung von Kriterien für die Bewertung infragekommender Modelle, angelehnt an die Auswahl von Modellprojekten im Rahmen des Programms „*Gesundes Land NRW*“. In diesem Sinne Schwerpunktsetzung auf Qualität und Evaluation geplanter Maßnahmen.

Maßnahmen zur verbesserten Inanspruchnahme von Rettungsdiensten und Notfallmedizin bei akut-bedrohlichen Herz-Kreislaufkrankheiten (Beispiel: Projekt „*Herzinfarkt erkennen und richtig handeln*“ (HEUH).

Revision und Verbesserung der Diagnostik-, Behandlungs- und Nachsorgeangebote für Patientinnen und Patienten mit akuten Herz-Kreislaufkrankungen bzw. mit bekannter Vorerkrankung auf der Basis der vorstehend beschriebenen Praxisbegleitforschung (ggf. über Modellprojekte „*Gesundes Land NRW*“) und der Maßgaben der aktuellen Diskussion zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Verzahnung zwischen den Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung bzw. Betreuung zwecks Optimierung einer positiven Beeinflussung von Krankheitsverläufen.

- Aufbau ergänzender ambulanter Angebote im Bereich der medizinischen Rehabilitation:

Verzahnung der Maßnahmen in Rehabilitationskliniken mit den wohnortnahen ambulanten Nachsorgeangeboten.

Unterstützung von Selbsthilfe- bzw. von Professionellen unterstützten Eigenaktivitäten (z.B. Koronargruppen).

Unterstützung von Initiativen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen

Professionellen und Selbsthilfegruppen bzw. Angehörigengruppen.

Verstärkung der psychosozialen Betreuung von Herz-Kreislaufkranken i.S. einer psychischen und sozialen Ermutigung zur Überwindung bzw. zum Leben mit der Krankheit z.B. durch Selbsthilfe.

Verbesserung der Chancen einer beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.

- im Bereich der Gesundheitspolitik:

Gesundheitspolitische Förderung und Koordinierung regionaler und kommunaler Kommunikationsformen (z.B. Gesundheitskonferenzen oder Verfahren der orts-nahen Koordinierung).

Aktivitäten, die sich auf zusätzliche legislative und administrative Maßnahmen (z.B. Nichtraucherschutzprogramme, Werbeverbot für Tabakwaren) ausrichten, sind in sorgfältiger Weise flankierend bzw. synergetisch auf die Zielrichtung der positiv ausgerichteten präventiven Primärkampagne abzustimmen.

Einleitung ressortübergreifender Maßnahmen zur Verbesserung einer gesundheitsförderlichen Infrastruktur.

- im Bereich der Forschung:

Methodenbezogene Praxisbegleitforschung zu präventiven Maßnahmen mit der Zielsetzung

- einer Optimierung eingesetzter Methoden über Evaluation der Resultate und
- einer Optimierung der inhaltlichen und demographischen Zielfeld-Ermittlung.

Zielgruppenorientierte Begleitevaluation zu den laufenden präventivmedizinischen Screeningangeboten mit dem Ziel einer verbesserten Nutzung der Angebote zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten.

Praxisbegleitforschung zu Maßnahmen der medizinischen bzw. psychosomatischen Behandlung und deren Nachsorge (Optimierung von Methoden und Resultaten, des Aufwand-Leistungsverhältnisses etc.;

Prüfung von ergänzenden alternativen, naturheilkundlichen und psychotherapeutischen Begleitangeboten).

Praxisbegleitforschung zur pflegerischen Betreuung und zu psychosozialen Angeboten für Herz-Kreislaufkranke.

Maßnahmen zur besseren Präsentation der Ergebnisse aktueller kardio-vaskulärer Grundlagenforschung (über NRW-Hearings, über verstärkte Einbeziehung kardio-vaskulär orientierter Übersichtsveranstaltungen in ärztliche und andere Fortbildungsveranstaltungen, über sonstige geeignete Kommunikationsmittel) zwecks Verbesserung der Kommunikation zwischen Forschung und Praxis.

Epidemiologische Forschung zu spezifischen Verbreitungsmustern der einzelnen Arten von Herz-Kreislaufkrankheiten in der nordrhein-westfälischen Bevölkerung - ggf. in Verbindung mit durchzuführenden Surveys.

- im Bereich der Gesundheitsstatistik/Gesundheitsberichterstattung:

Monitoring von Daten, die unmittelbar und mittelbar mit Krankheitsverursachung und -bekämpfung in Zusammenhang stehen über entsprechende Instrumente der Gesundheitsberichterstattung (Indikatoren, Gesundheitsreports, Surveys).

Kontinuierlich erfaßte und intervallweise veröffentlichte Basisinformationen zur Evaluation der Entwicklung im Krankheitsgeschehen und im Gesundheitswesen zum Thema Herz-Kreislaufkrankungen in Zusammenhang mit den NRW-Gesundheitszielen.

- im Bereich von Gesundheitsinformation und Management:

Die vorgenannte Revision der Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und -versorgung zieht einen Bedarf nach gezielter Weitergabe der erreichten und vorbildhaften Ergebnisse nach sich. So sind die Informationen über zukunftsweisende Konzepte und Innovationen im Herz-

Kreislaufbereich möglichst allen infragekommenden Trägern und Praxisinstitutionen in Nordrhein-Westfalen zugänglich zu machen.

In einem weiteren Schritt sind geeignete Methoden der Information und Organisation einzusetzen, die zu einer Einfügung und Übernahme solcher Modellbausteine in den Praxisalltag möglichst vieler Einrichtungen ermutigen und befähigen. Ein mit solcher Vorbildfunktion gekoppeltes Stufenmodell - ggf. in Kombination mit einem NRW-spezifischen Anreizsystem - soll dazu beitragen, das Niveau der im Land umgesetzten Leistungen auf diesem Sektor auf eine zukunftstaugliche Stufe zu heben.

Der Aufbau einer solchen, an Qualitätskriterien ausgerichteten Zusammenarbeit sollte sich an geeigneten Beispielen aus anderen Bereichen mit langzeiterprobten qualitätsorientierten Kooperationen ausrichten. Als hilfreich könnten sich in diesem Zusammenhang die internationalen Kontakte des Landes u.a. im Rahmen des Gesunde-Regionen-Netzwerkes der WHO erweisen.

Flankierend ist längerfristig ein motivierendes Verfahren der Dokumentation, Aufarbeitung, Veröffentlichung und Bekanntgabe der Evaluationsergebnisse in den nordrhein-westfälischen Einrichtungen zum Bereich Gesundheitsförderung, Behandlung und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankheiten sicherzustellen. Eine Einbettung in ein Informations- und Evaluationsmanagement im Rahmen eines Informationssystems über den Fortgang der Zielerreichung bietet sich an.

● Ausgewählte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen

◆ Projekt „*Herzinfarkt erkennen und richtig handeln*“ (HEUH) als Nachfolgeprojekt der *HOLS*-Studie (*Herzinfarkt-Ostwestfalen-Lippe-Studie*)

- ◆ Kardiologische und herzchirurgische Zentren in Nordrhein-Westfalen
 - ◆ Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms durch das *Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW* („Hab' ein Herz für Dein Herz“)
 - ◆ Programme „Sport in Herzgruppen“; „Herz-Kreislauf-Präventionssportgruppen“; „Sport mit herzkranken Kindern“ (*Landesregierung/Kultusministerium* gemeinsam mit anderen Trägern, insbes. *Landessportbund NRW*)
 - ◆ Modellaktivitäten im Rahmen des Projektverbundes „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“.
- Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990* (Abschnitt A „Gesundheitliche Lage und Lebensqualität“) Einzelkapitel:
- ◆ A 3.4 „Hypertonie“

● Exemplarische Indikatorauswahl

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
---------------------------------------	-----	-----	-----

N11 Sterblichkeit

Ausgewählte Todesursachen,	11.10	3.09 3.10 3.13	
----------------------------	-------	----------------------	--

N12 Morbidität

Inzidenz von ischämischen Herzkrankheiten (ICD 410-414)	12.40	3.22 3.54 3.85 3.97	9.4
---------------------------------------------------------	-------	------------------------------	-----

N13 Risiken

Angaben über Übergewichtige	13.30	4.34	
-----------------------------	-------	------	--

N14 Maßnahmen

Gesundheits-Check-up, Trend	14.10	4.09	
-----------------------------	-------	------	--

(weitere Indikatoren im Anhang)

NRW-Ziel 2: Krebs bekämpfen

(Grundlage HFA 10)

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

● Konkretisierung

a - Aufklärung der Bevölkerung über Risiken und Motivation zur Verhaltensänderung

b - Senkung der Raucherziffer zwecks Inzidenzsenkung der mit dem Tabakkonsum verknüpften Krebsformen

c - Hinwirken auf gesündere Lebens- und Arbeitsbedingungen im Sinne einer Krebsvorbeugung

d - Steigerung der Beteiligung an Screening- und Früherkennungsprogrammen, um die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs, Darmkrebs zu reduzieren

e - Durchführung von Aktionen zur Vermeidung und Früherkennung von Hautkrebs

f - Optimierung der Qualität von Diagnostik, Behandlung und Nachsorge für alle Menschen mit Krebs durch organisatorische Maßnahmen und Maßnahmen der Qualitätssicherung.

● Hintergrund

Bedeutung der Krankheitsgruppe: Formen und Ursachen von Krebserkrankungen stellen ein umfangreiches, heterogenes und vielschichtiges Spektrum verschiedenster Phänomene dar, welches Wissenschaft und Gesundheitswesen entsprechend umfänglich und vielfältig in Anspruch nimmt. Das breite Ursachenspektrum und die zahlreichen ungeklärten Zusammenhangsfragen zwischen verursachenden Faktoren und

manifesten Erkrankungen stellen den Präventionsbereich vor eine komplexe Situation. Wunsch und Notwendigkeit zu pragmatischem Vorgehen legen eine Konzentrierung der Aufmerksamkeit auf weitgehend gesicherte bzw. wahrscheinliche und quantitativ bedeutsame Aspekte des Krankheitsgeschehens bei bösartigen Neubildungen nahe. Das Erfordernis einer weiteren intensiven Erforschung der vielfältigen, ungeklärten Fragen in Zusammenhang mit Krebserkrankungen bleibt davon unberührt.

Quantitativ besonders bedeutsame Krebsformen nach Lokalisationen stellen bei Frauen bösartige Erkrankungen der Brustdrüse, der Haut, des Darms und der Gebärmutter dar, bei Männern sind es Erkrankungen der Bronchien, der Haut, des Dickdarms, der Prostata und der Harnblase.

Krankheitsursachen: Entsprechend einer solchen quantitativen Gewichtung treten im Bereich der Krebsursachen als relevante Elemente in den Vordergrund:

Verunreinigungen der Atemluft (insbesondere durch Tabakprodukte, berufliche Expositionen und chemische Stoffe in der Umwelt).

Bestrahlungen und Kontaktexpositionen der Haut (insbesondere Sonneneinwirkung, sonstige Ultraviolett- und andere Strahlenexpositionen, krebs erzeugende Arbeitsstoffe und mechanische Einwirkungen).

Krebsverursachende Elemente im Nahrungs- und Ernährungsbereich (insbesondere krebsfördernde Nahrungszubereitung

und Eßgewohnheiten, kanzerogene Schadstoffe in Nahrungsmitteln).

Umgang mit der Krankheit: Eine erhöhte Aufmerksamkeit für Themen dieser genannten Expositionsbereiche mit relativ eindeutigen Ursache-Wirkungsbeziehungen und eine damit verbundene präventionsorientierte Sichtweise sollten den Blick nicht verstellen auf das gesamte Feld der Problematik, die durch Krebskrankheiten aufgeworfen wird:

Krebspatienten und ihre Therapeuten bzw. Betreuer sind mit einer Krankheit konfrontiert, die einerseits oft Anlaß für radikale, aufwendige und belastende therapeutische Eingriffe bedeutet, die andererseits über meist längere Zeiträume hinweg intensive Behandlung und Pflege erfordert - oft unter dem bedrohlichen Aspekt möglicher oder bestehender Unheilbarkeit. Daher stellt die Krebskrankheit eine besondere Herausforderung dar hinsichtlich medizinisch-therapeutischer, rehabilitativer, nachsorgeorientierter und psychosozialer Aktivitäten, Bedingungen und Leistungen. Viele grundsätzlich beim Umgang mit Krankheit auftretende Fragen und Anforderungen stellen sich hier mit besonderer Schärfe: Wahl der individuell optimalen Behandlungs- und Betreuungsform, Fragen nach alternativen Therapieformen, Probleme des Chronisch-Krankseins, Fragen der Pflege, der sozialen, der psychischen Unterstützung bei schweren und lebensbedrohlichen Krankheitsverläufen, Fragen der Gestaltung der letzten Lebensphase bei unheilbar Kranken, Aspekte der Sterbebegleitung.

Wie im individuellen Bereich besteht eine solche Herausforderung auch auf der Ebene des Gesundheitswesens insgesamt. Hier geht es um die Bereitstellung angemessener Therapie- und Rehabilitationsangebote, um die Finanzierbarkeit und das solidarische Tragen von betreuungs- und therapieaufwendigen Krankheitsverläufen. Individuelle wie public-health-orientierte Sichtweisen legen es nahe, im Bereich von Vor-

beugung und Gesundheitsförderung entscheidende Akzente zu setzen: hierfür ausschlaggebend sind u.a. Merkmale wie die hohe Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, die damit verbundene Bedeutung dieses Krankheitstyps im individuell-lebensgeschichtlichen und im sozial-ökonomischen Bereich, der bedrohlich-zerstörerische Charakter der meisten Krebsformen und die damit verbundenen überwiegend leidvollen Krankheitsverläufe. Gleichzeitig kommt den Grundlagen für diese Praxisbereiche i.S. von Grundlagen- und Anwendungsforschung sowie der Bereitstellung entsprechender Informationen eine besondere Bedeutung zu.

Vorbeugung und Behandlung: Die positiven Erwartungen an Prävention im Bereich der Krebserkrankungen dürfen sich - unter den so angenommenen Verhältnissen - nicht auf ein grundsätzliches Eliminieren dieses Krankheitstyps richten, sondern zielen auf eine Verlängerung des krebsfreien Intervalls in der individuellen Lebensspanne. Diese Ausrichtung erfolgreicher Krebsvorbeugung kann - individuell und in der Summe - auch bedeuten, daß die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu sterben abnimmt und andere Krankheitsarten als Todesursache wahrscheinlicher werden.

Andererseits sind gerade bei Krebserkrankungen die Grenzen von Prävention und den vorbeugend bestenfalls erreichbaren Veränderungen besonders deutlich aufzeigbar. Krebs im Sinne einer häufig auftretenden Alterskrankheit, die in der Todesursachenstatistik vordere Ränge einnimmt, wird sich durch Prävention vermutlich nicht wesentlich zurückdrängen lassen. Schließlich muß angenommen werden, daß ein größerer Teil der im Alter auftretenden Krebsneuerkrankungen Anzeichen von altersbedingt nachlassenden Reparatur- und Erneuerungsfunktionen auf zellulärer Ebene darstellen.

Nur weniger als ein Drittel der Zielgruppe nimmt das Angebot von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch. Offenbar besteht in unserem Kulturkreis auf ver-

schiedenen Ebenen der Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten ein erheblicher Entwicklungsbedarf, der das von der WHO gern zitierte Beispiel vom Nutzen eines langfristigen Einsatzes zur Krebsbekämpfung so beeindruckend erscheinen läßt: in Finnland gelang es, im Zeitraum 1970 bis 1987 „die Krebssterblichkeit bei unter 65-jährigen um 22% zu senken, und zwar durch eine Kombination aus Anti-Raucherkampagnen und intensivem Screening bestimmter Gruppen“³.

Handlungsansätze: Bereits jetzt verfügt Nordrhein-Westfalen zur Versorgung Krebskranker über hochqualifizierte Angebote der ärztlich-medizinischen Behandlung und der Nachsorge sowie über ein breites Angebot zur Information und Beratung.

Zur Qualitätsverbesserung der Krebsdiagnostik und Krebstherapie einschließlich der Nachsorge in Nordrhein-Westfalen besteht seit 1992 ein flächendeckendes Netz von 15 *Onkologischen Schwerpunkten*, die mit ihren vielfältigen Aktivitäten die Versorgung Krebskranker im Lande auf hohem qualitativen Niveau sicherstellen. *Tumorzentren* an den Standorten der Universitäten und *Onkologische Arbeitskreise* ergänzen die Arbeit der *Onkologischen Schwerpunkte*. Die *Onkologischen Schwerpunkte* beschäftigen sich mit der Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge krebskranker Patientinnen und Patienten vor Ort.

Daneben bestehen für die Betroffenen und ihre Angehörigen nahezu 50 *Krebsinformations- und Beratungsstellen* und eine Vielzahl von regionalen und überörtlichen Selbsthilfegruppen, die als Ansprechpartner für Probleme rund um die Erkrankung Krebs fungieren.

Diese gesamten landesweiten Aktivitäten zur Bekämpfung der Krebskrankheiten werden in den verschiedenen Arbeitsbereichen der *Gesellschaft zur Bekämpfung der*

Krebskrankheiten e. V. (GBK), die vom Land institutionell gefördert wird und seit 1950 besteht, zusammengeführt. Die *GBK* leistet in vielfältiger Weise sowohl wissenschaftlich als auch im Sinne von koordinierenden und informierenden Aufgaben bei der Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen intensive Arbeit. Beispielfhaft zu nennen sind hier Seminare über Krebsnachsorge für die Fachöffentlichkeit, übergreifende Fortbildungsveranstaltungen für Selbsthilfegruppen, psychosoziale und sozialrechtliche Beratung für Krebskranke und ihre Familien sowie Informationstage für Krebsbetroffene.

● Lösungsansatz

Im Bemühen um zukunftsfähige Lösungen sind verschiedene Handlungsebenen einzubeziehen:

- **die Ebene der Prävention:** im Sinne der beiden vorstehend genannten Aktionsebenen ist das gesamte Netz von Präventions- und Interventionsmöglichkeiten im Praxisbereich einer Bewertung und konstruktiven Revision zu unterziehen. Diese Ebene umfaßt zahlreiche themenbezogene Unterebenen und Handlungsfelder wie ausschnittsweise:

Bereich Einschränkung des Tabakrauchens und Verstärkung des Nichtraucher-schutzes (mit Akteuren u.a. in den Bereichen Krankenkassen, der ambulanten, kurativen und rehabilitativen Gesundheitsversorgung, Arbeitswesen, Schulwesen, Öffentlichkeitsarbeit, sowie in speziellen Kampagnen zur Förderung des Nichtrauchens und zum Nichtraucherschutz).

Bereich Expositionsprophylaxe gegenüber Strahlengefahren für die Haut (mit Akteuren u.a. in den Bereichen Hautärzte, Krankenkassen, Arbeitswesen, Schulwesen, Öffentlichkeitsarbeit sowie in speziellen, öffentlichkeitswirksamen Präventionskampagnen).

Bereich Expositionsprophylaxe gegenüber krebserregenden Stoffen (mit Akteuren u.a.

³ WHO: Ziele zur „Gesundheit für alle“, Kopenhagen 1991, S. 57f.

in den Bereichen Arbeitswesen, Landwirtschaft und Nahrungsmittelindustrie, Kosmetikindustrie, Textilindustrie und andere Industriezweige für Konsumgüter bzw. jeweils in Zusammenhang mit den staatlichen Organen der Arbeitsschutzverwaltung und Produktqualitätskontrolle, weiterhin mit Akteuren in Schulwesen, Öffentlichkeitsarbeit, sowie in speziellen, öffentlichkeitswirksamen Präventionskampagnen).

Bereich Verbesserung der Luftqualität (mit Akteuren u.a. in den Tätigkeitsbereichen Immissionsschutz, Verkehrswesen, Industrie- und Energiewirtschaft).

- **die Ebene der Leistungsträger:** Leistungsträger in der ambulanten Versorgung und Nachsorge (mit den Akteuren vor Ort, die fachlich für die angesprochenen Schwerpunkte in der Prävention zuständig sind wie Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Ärztinnen und Ärzte usw., zum anderen die in kurativer Hinsicht Tätigen wie auch diejenigen, die in Rehabilitation, Nachsorge, Pflege mit Krebskranken professionell in Kontakt stehen).

Leistungsträger in der stationären Versorgung und der krankenhausgestützten Nachsorge.

Ebene der ehrenamtlichen und privaten Dienstleistungen für Krebskranke sowie der Selbsthilfe im Bereich bösartiger Erkrankungen.

- **die Ebene der gesundheitspolitisch Handelnden** (einschließlich der gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten auf kommunalem, regionalem, landespolitischem, bundespolitischem sowie europäischem Niveau).

- **die analytisch-forschende Ebene**, auf der sich insbesondere der Bedarf nach einer ungeschminkten IST-Analyse für bisher Bestehendes und Erreichtes im Bereich von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Nachsorge von Krebskrankheiten stellt. Ergebnis müßte einerseits eine Defizitanalyse und andererseits eine Benen-

nung beispielhaft positiver Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen sein, deren Weiterverfolgung und Konsolidierung zur Zielerreichung förderlich wäre.

- **die gesundheitsstatistisch-datenerfassende Ebene:** hier werden die Grundlagen geschaffen für eine epidemiologisch fundierte Evaluation bisheriger und zukünftiger Trends im Krankheitsgeschehen, für die Bewertung des Einflusses präventiver, kurativer und nachsorgender Maßnahmen auf die Krankheitsentwicklung.

- **die Ebene von Gesundheitsinformation und Management:** Praxisaktivitäten, Erfahrungen mit Modellprojekten, Ergebnisse aus der Public-Health-Forschung müssen einerseits in geeigneter Weise sämtlichen Bereichen des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens bekanntgemacht werden (Information, Kommunikation). Andererseits ist die wirksame Umsetzung dieser Informationen in praxisbezogene Aktionen und Strukturen zu gewährleisten (Management).

Anzustuernde Handlungsschwerpunkte zur Zielerreichung liegen auf den folgenden Feldern:

- **im Bereich der Prävention:** Koordinierung, Optimierung und Intensivierung der verschiedenen im Land bereits bestehenden Angebote zur Raucherentwöhnung und zur Prävention des Tabakrauchens: z.B. über Aktivitäten im Rahmen des Modellprogramms „*Gesundes Land NRW*“, ggf. auch unter Mithilfe europäischer Partner im Rahmen des Projektverbunds „*Regions for Health*“ bzw. des Programms „*Europa gegen den Krebs*“, in Teilbereichen auch über Aktivitäten der Landesregierung, Stichwort: „*Nichtraucherkonzept NRW*“.

Koordinierung von Maßnahmen und Initiativen zur Verbesserung des Verbraucherschutzes hinsichtlich krebsverursachenden Substanzen in den Bereichen Ernährung, Nahrungszubereitung, Kosmetik, Textilien, Bau- und Gebrauchsstoffe, sowie im Be-

reich des Arbeitsschutzes. Erarbeitung entsprechender Problemlösungsansätze im Interministeriellen Ausschuß der Landesregierung und Übertragung eines entsprechenden Impulses auf die Akteure im Land. Verstärkung präventiver Maßnahmen in den genannten Bereichen.

Verringerung des Hautkrebsrisikos durch präventive Maßnahmen wie: intensivierete Aufklärung/Gesundheitsinformation, verstärkte Screeningmaßnahmen zur Identifizierung von Frühstadien und verdächtigen Vorformen von Hautkrebs, Unterstützung und Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsträger und Akteure im Land (Modell: „*Rette Deine Haut*“ - gemeinsame Kampagne des Landes mit der *Deutschen Krebshilfe* und den Partnern der gesundheitlichen Versorgung - insbesondere der Ärzteschaft, Krankenkassen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst), Intensivierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen in Zusammenhang mit den bestehenden Strahlenschutzverordnungen.

Verbesserung der Luftqualität über eine verstärkte Zusammenarbeit mit dem *Umweltministerium* des Landes Nordrhein-Westfalen u.a. über eine stärkere Verzahnung mit den Aktivitäten des *Landesinstituts für Immissionsschutz*.

- im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, der Rehabilitation und Nachsorge sowie der psychosozialen Betreuung von Krebskranken: Revision und Verbesserung der Diagnostik-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Nachsorgeangebote für Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Krebserkrankungen bzw. mit bekanntem Krebsleiden auf der Basis der nachstehend beschriebenen Praxisbegleitforschung und der Maßgaben der aktuellen Diskussion zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen - in Verbindung mit den durch das Projekt „*Gesundes Land Nordrhein-Westfalen*“ eingeleiteten Initiativen.

Weitere Verzahnung zwischen den Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung bzw. Betreuung zwecks Optimie-

rung einer positiven Beeinflussung von Krankheitsverläufen.

Aufbau ergänzender ambulanter Angebote im Bereich der medizinischen Rehabilitation.

Unterstützung von Initiativen zum Kontakt zwischen Professionellen und Selbsthilfegruppen bzw. Angehörigengruppen auch unter Einbeziehung des sozialen Ehrenamtes.

Verstärkung der psychosozialen Betreuung von Krebskranken i.S. einer psychischen und sozialen Ermutigung zur Überwindung bzw. zum Leben mit der Krankheit, auch durch positive Unterstützung von Initiativen zur Sterbebegleitung Krebskranker, z.B. im Rahmen der *Hospizbewegung*.

Besondere Impulse zur Umsetzung der vorgenannten Verbesserungen sollten insbesondere auch über die *Onkologischen Schwerpunkte NRW* und die *Kinderonkologischen Zentren* im Land vermittelt werden.

- im Bereich der Gesundheitspolitik: Politische Unterstützung für regionale und kommunale Initiativen und Aktivitäten, die im Sinne der Zielerreichung tätig sind bzw. tätig werden wollen.

Gesundheitspolitische Unterstützung und Koordinierung regionaler und kommunaler Kommunikationsformen (z.B. *Gesundheitskonferenzen* oder Verfahren der orts-nahen Koordinierung).

- im Bereich der Forschung: Methodenbezogene Praxisbegleitforschung zu präventiven Maßnahmen mit der Zielsetzung

- einer Optimierung eingesetzter Methoden über Evaluation der Resultate und
- einer Optimierung der inhaltlichen und demographischen Zielfeld-Ermittlung.

Zielgruppenorientierte Begleitevaluation zu den laufenden präventivmedizinischen Screeningangeboten mit dem Ziel einer Ursachenanalyse für die bisherige geringe Inanspruchnahme und der Ausarbeitung

einer neuen Strategie zur Verbesserung der Nutzung der Krebsvorsorge.

Praxisbegleitforschung zu Maßnahmen der medizinisch-onkologischen Behandlung und deren Nachsorge (Optimierung von Methoden und Resultaten, des Aufwand-Leistungsverhältnisses etc., Prüfung von ergänzenden alternativen, naturheilkundlichen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Begleitangeboten).

Praxisbegleitforschung zur pflegerischen Betreuung und zu psychosozialen Angeboten für Krebskranke.

Maßnahmen zur besseren Präsentation der Ergebnisse aktueller onkologischer Grundlagenforschung (über NRW-Hearings, über verstärkte Einbeziehung onkologisch orientierter Übersichtsveranstaltungen in ärztliche und andere Fortbildungsveranstaltungen, über sonstige geeignete Kommunikationsmittel) zwecks Verbesserung der Kommunikation zwischen Forschung und Praxis.

Epidemiologische Forschung zu Krebsursachen und spezifischen Verbreitungsmustern der einzelnen Tumorarten in der nordrhein-westfälischen Bevölkerung.

- im Bereich der Gesundheitsstatistik/ Gesundheitsberichterstattung: Erreichen einer mindestens 90-prozentigen Erfassung der Krebserkrankungen beim epidemiologischen Krebsregister Münster und Aufbau einer regelmäßigen epidemiologischen Berichterstattung für den Regierungsbezirk Münster.

Mittelfristiges Anstreben einer landesweiten Krebsregistrierung. Hierzu modellhafte Erprobung von Daten der onkologischen Schwerpunkte.

Monitoring von Daten, die mittelbar mit Krebsverursachung und Krebsbekämpfung in Zusammenhang stehen, über entsprechende Instrumente der Gesundheitsberichterstattung (Indikatoren, Gesundheitsreports).

Kontinuierliche Erfassung und intervallweise Veröffentlichung von Basisinformationen zur Evaluation der Entwicklung im Krankheitsgeschehen und im Gesundheitswesen zum Thema Krebs in Zusammenhang mit den NRW-Gesundheitszielen.

- im Bereich von Gesundheitsinformation und Management: Die vorgenannte Revision der Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und -versorgung zieht einen Bedarf nach gezielter Weitergabe der erreichten und vorbildhaften Ergebnisse nach sich. So sind die Informationen über zukunftsweisende Konzepte und Innovationen im Umgang mit Krebskrankheiten möglichst allen infragekommenden Trägern und Praxisinstitutionen in Nordrhein-Westfalen zugänglich zu machen.

In einem weiteren Schritt sind geeignete Methoden der Information und Organisation einzusetzen, die zu einer Einfügung und Übernahme solcher Modellbausteine in den Praxisalltag möglichst vieler Einrichtungen ermutigen und befähigen. Ein mit solchen Vorbildfunktionen gekoppeltes Stufenmodell - ggf. in Kombination mit einem NRW-spezifischen Anreizsystem - soll dazu beitragen, das Niveau der im Land umgesetzten Leistungen auf diesem Sektor auf eine zukunftsorientierte Stufe zu heben.

Der Aufbau einer solchen, an Qualitätskriterien ausgerichteten Zusammenarbeit sollte sich an geeigneten Beispielen aus anderen Bereichen mit langzeiterprobten, qualitätsorientierten Kooperationen ausrichten. Als hilfreich könnten sich in diesem Zusammenhang die internationalen Kontakte des Landes u.a. im Rahmen des *Gesunde-Regionen-Netzwerkes der WHO* erweisen.

Flankierend ist längerfristig ein Verfahren der Dokumentation, Aufarbeitung, Veröffentlichung und Bekanntgabe der Evaluationsergebnisse in den nordrhein-westfälischen Einrichtungen zum Bereich Gesundheitsförderung, Behandlung und Re-

habilitation für Krebskranke anzustreben. Eine Einbettung in ein Informations- und Evaluationsmanagement im Rahmen eines Informationssystems über den Fortgang der Zielerreichung bietet sich an.

● **Ausgewählte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen**

- ◆ *Onkologische Schwerpunkte NRW*
 - ◆ *Kinderonkologische Zentren*
 - ◆ Förderung der *Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten NRW*
 - ◆ Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster
 - ◆ Umsetzung einer landesweiten Kampagne zur Vermeidung und Früherkennung von Hautkrebs „*Rette Deine Haut*“
 - ◆ Programm „*Sport in der Krebsnachsorge*“ (*Kultusministerium* gemeinsam mit dem *Landessportbund NRW*)
 - ◆ Modellaktivitäten im Rahmen des Projektverbundes „*Gesundes Land Nordrhein-Westfalen*“.
- Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990* (Abschnitt D „Gesundheitliche Versorgung“) Einzelkapitel:
- ◆ D 5 „Krebsnachsorge“

Neuerkrankungen an ausgewählten Krebsarten, Trend	22.00	3.18 3.53 3.83 3.84	
Altersspezifische Inzidenz des Nieren- und Harnblasenkrebses, Trend	23.00	3.19	
Altersspezifische Inzidenz des Brustkrebses, Trend	24.00	3.20	

● **Vorläufige Indikatorenauswahl**

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen	21.00	3.64 3.69 3.08 3.09 3.10 3.12 3.13	

NRW-Ziel 3:

(Grundlage HFA 14)

Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit

Bis zum Jahr 2005 sollten alle Lebens- und Tätigkeitsbereiche wie Stadt, Schule, Arbeitsplatz, Nachbarschaften und eigenes Zuhause bessere Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit bieten. Öffentliche Stellen und Organisationen aller Ebenen, die mit ihren Politiken an der Gestaltung des Rahmens der Gesundheit für die nordrhein-westfälische Bevölkerung mitwirken, sollen in einer rationalen und überschaubaren Weise zur Gesundheitsförderung beitragen.

Die Schaffung ermutigender staatlicher Rahmenbedingungen, die Bereitstellung bzw. Einwerbung ausreichender Finanzmittel sowie ein einzuführendes Verfahren zur Qualitätssicherung sind als erforderliche Flankierung für einen gemeinschaftlichen Impuls zur Gesundheitsförderung in NRW anzustreben.

Vorbemerkung: Die Landesgesundheitskonferenz 1994 hat sich ausführlich mit den Kernfragen dieses NRW-Gesundheitsziels befaßt. Im Konsens der daran Beteiligten sind „Erläuterungen“ und „Empfehlungen“ zu dieser Thematik verabschiedet worden. Diese Texte werden nachfolgend als „Hintergrund“ und „Lösungsansatz“ im Wortlaut übernommen. Die „Konkretisierung“ ist identisch mit der Gliederung für die verabschiedeten „Erläuterungen“.

● Konkretisierung

- a - Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung
- b - Prävention und Gesundheitsförderung müssen wirksam sein
- c - Gesundheitsbezogene Ausgangslage transparent machen
- d - Zusammenarbeit fördern
- e - Mitwirkung sicherstellen und Selbsthilfe unterstützen
- f - Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitskommunikation verbessern
- g - Betriebliche Gesundheitsförderung weiterentwickeln
- h - Finanzierungsmodelle ermöglichen
- i - Multiplikatoren bestärken
- k - Aus-, Fort- und Weiterbildung forcieren
- l - Gesundheitswissenschaftliche Forschung intensivieren.

● Hintergrund

Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung erhalten vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl chronisch kranker Menschen und der damit verbundenen Zunahme an Kranken-, Behandlungs- und Versorgungskosten eine besondere Bedeutung. *Prävention* richtet den Blick vorrangig auf Maßnahmen und Konzepte zur Verbesserung von Gesundheitschancen, zur Vermeidung von Risiken und Krankheitsentwicklungen. *Gesundheitsförderung* ist ein Handlungsprinzip, das die strukturprägende Zusammenarbeit, Mitwirkung und Öffentlichkeitsarbeit in den Vordergrund stellt. Beide Ansätze können sich gegenseitig ergänzen.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheit haben ihre Ursache häufig im individuellen Verhalten und in den Rahmenbedingungen der Lebenswelt. Die Stärkung der gesundheitlichen

Eigenverantwortung und Kompetenz der Mitbürgerinnen und Mitbürger, die Förderung von Selbsthilfe, die Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und die Einflußnahme auf die Gestaltung ihrer Angebote sind wichtige Eckpunkte der Gesundheitspolitik in NRW.

Verhaltensprävention erfolgt in Deutschland inhaltlich, qualitativ und quantitativ auf hohem Niveau. Beispielsweise seien hier die Kursprogramme von Krankenkassen sowie einzelne betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme genannt. Prävention und verhaltensorientierte Gesundheitserziehung werden z.B. in Schulen, Bildungseinrichtungen, durch Ärzte- und Zahnärzteschaft, Gesundheitsämter, Apotheken, die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Unfallversicherungsträger und in den Krankenhäusern vermittelt.

Defizite bestehen jedoch in der Evaluierung dieser Maßnahmen und der Abstimmung aufeinander. Es fehlt ihre Integration in Gesundheitsförderungskonzepte. Die erbrachten Leistungen müssen noch besser transparent gemacht werden.

Maßnahmen, die der *Verhältnisprävention* zuzuordnen sind, spielen im Bewußtsein der Bürger eine große Rolle; sie markieren den Verantwortungsbereich und die Handlungsbereitschaft des Staates und der jeweiligen Institutionen. Entscheidend für die Verbesserung von Rahmenbedingungen ist die Beteiligung von Bürgern bzw. Betroffenen. Eine Vielzahl von Maßnahmen wurde in der Vergangenheit in dieser Hinsicht durchgeführt. Einige Beispiele:

- Ausbau der Umweltüberwachung und Reduktion der Schadstoffemission bei Industrieanlagen und beim Kraftfahrzeugverkehr
- Lärmschutzmaßnahmen
- Verkehrsberuhigungen und Reduktion von Verkehrsunfällen

- Gestaltung von Kinderspielplätzen, Ausstattung von Kindergärten, Gestaltung von Schulhöfen
- Hygienemaßnahmen im Krankenhausbereich.

Aufgrund dieser Erfahrungen und Entwicklungen sollten Verhaltens- und Verhältnisprävention intensiviert werden.

Eine stärkere Ausrichtung der Verhaltensprävention auf bislang unzureichend berücksichtigte Inhalte und Zielgruppen ist dabei allerdings zu empfehlen. Über geeignete Formen der Kooperation ist sicherzustellen, daß sich Maßnahmen der Verhaltensprävention untereinander ergänzen (z.B. Schule/Gesundheitsamt, Betriebe, Rehabilitationseinrichtungen/kommunale Angebote, Krankenkassen/Betriebe etc.).

Verhältnisprävention sollte sowohl in politischen Konzepten als auch in den Aufgabenfeldern von Verbänden, Organisationen und Verwaltungen stärkere Berücksichtigung finden, so

- in der Gesundheitspolitik mit dem Ziel, die Auswirkungen sozialer Ungleichheit zu verringern, z.B. im Hinblick auf die Inanspruchnahme gesundheitsdienlicher Angebote
- bei städtebaulichen Planungen und infrastruktureller Gestaltung, z.B. im Hinblick auf die Bedürfnisse einer wachsenden Zahl an älteren Menschen sowie chronisch kranker und behinderter Menschen
- in der Umweltpolitik
- bei der Planung von Verkehrssicherheit.

Verhältnisprävention sollte aber auch die Institutionen beeinflussen, die unsere Lebens- und Arbeitswelt direkter prägen, wie z.B.

- Kindergärten und Schulen
- Krankenkassen

- Krankenhäuser, Kurkliniken und andere Einrichtungen der Rehabilitation, Pflegeeinrichtungen und Heime
- Arztpraxen, Apotheken, Praxen anderer Anbieter
- Betriebe und Dienstleistungsunternehmen.

Stärker hinzuarbeiten ist auf eine intensivere Verknüpfung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention und die durchgängige Berücksichtigung gesundheitsfördernder Prinzipien. Die Übergänge zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention sind ohnehin nicht selten fließend.

Die interministerielle Arbeitsgruppe, die den Projektverbund „*Gesundes Land NRW*“ begleitet, arbeitet auf die ressortübergreifende Bündelung und Integration gesundheitsrelevanter Politikfelder der Landesregierung hin und eröffnet so die Möglichkeit zur Realisierung von Gesundheitsförderung über die Lebensbereiche hinaus, die unter unmittelbarem Einfluß des Gesundheitssystems stehen.

Gesundheitsförderung ist zunehmend auch eine europäische Aufgabe. Mit dem Vertrag von Maastricht und der Gründung der Europäischen Union ist der Gesundheitsschutz - und damit auch die Gesundheitsförderung - zum Handlungsgegenstand europäischer Gremien geworden. Die Europäische Kommission hat infolgedessen die bereits bestehenden Programme, wie z.B. „*Europa gegen den Krebs*“, fortgeführt. Weitere Programme im Bereich der Gesundheitsförderung stehen vor ihrer Realisierung. Damit sind die Bemühungen zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen auch in einem Zusammenhang mit den europäischen Entwicklungen zu sehen und werden sich zukünftig mehr an internationalen Maßstäben messen lassen müssen.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen wirksam sein

Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten zukünftig erkennen lassen, zu welchen Veränderungen sie führen.

Ein bewährter Ansatz besteht in der *Formulierung von Gesundheitszielen*. Sie tragen zur Planung und Ergebniskontrolle von Maßnahmen, Aktionen und Programmen bei, wenn sie auf einem angemessenen Konkretisierungsniveau formuliert sind.

Die *Evaluation von Maßnahmen* ist ein wichtiger Beitrag, Prävention und Gesundheitsförderung nach Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit ausrichten und anhand von Qualitätskriterien bewerten zu können.

Die Festlegung von Zielen und auch die *Konzentration auf Zielgruppen* soll dazu beitragen, Prävention und Gesundheitsförderung an konkreten Problemen zu orientieren und den Einsatz von Ressourcen zu optimieren.

Von besonderer Bedeutung sind z.B. die Zielgruppen Kinder, Jugendliche, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und sozial Benachteiligte.

Daher wird empfohlen, präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen zukünftig Zielformulierungen voranzustellen.

Hierbei werden die Institutionen, Verbände und Gruppen besonders angesprochen, die in der Vergangenheit durch Projektförderungen, Entwicklungen, Modellprojekte, Vergabe von Aufträgen und Durchführung von Maßnahmen zu einer Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung beigetragen haben.

Für die Initiativen, die im Projektverbund „*Gesundes Land NRW*“ zum Tragen kommen, sind Zielformulierungen und Evaluation eine grundlegende Vor-

aussetzung. Die vom Vorbereitenden Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz diskutierten prioritären Ziele sollen eine mittelfristige Planungs- und Arbeitsgrundlage für die Gesundheitsförderung in NRW schaffen.

Gesundheitsbezogene Ausgangslage transparent machen

Ein wesentliches Ziel der *Gesundheitsberichterstattung* besteht darin, eine gesundheitsbezogene Ausgangslage darzustellen und bestehende Defizite transparent zu machen.

Hierzu gibt es vielfältige Ansätze auf unterschiedlichen Ebenen, z.B. des Bundes oder der Länder. Gesundheitsberichterstattung auf regionaler, kommunaler, stadtteilbezogener oder betrieblicher Ebene wird ebenfalls aktuell diskutiert; die Aktivitäten befinden sich in unterschiedlichen Entwicklungsphasen und unterscheiden sich noch erheblich in ihrer Leistungsfähigkeit und ihren Praxisbezügen.

Insbesondere auf kommunaler, regionaler und betrieblicher Ebene sind verstärkte Bemühungen erforderlich, um eine spezifizierte, anwendungsorientierte Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für Bestandsaufnahmen und die Planung von Maßnahmen zu schaffen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsträger und andere, die hierzu einen wichtigen Beitrag leisten können, werden aufgefordert, die erforderlichen Daten unter Wahrung des Datenschutzes beizusteuern.

Zusammenarbeit fördern

Bereits in der Vergangenheit hat es in der Prävention und Gesundheitsförderung vielfältige *Kooperationen* gegeben.

Auch weiterhin ist Zusammenarbeit unerlässlich, um

- vor Ort einen sinnvollen Informationsaustausch über Angebote und geplante Maßnahmen sicherzustellen
- Transparenz zu schaffen, Angebotsdefizite oder auch Überangebote deutlich zu machen und im Sinne von Qualitätssicherung und effektivem Ressourceneinsatz verbesserte Planungen zu ermöglichen
- Voraussetzungen für Angebotsstrukturen zu entwickeln, die sich aus den Bedürfnissen von Zielgruppen ableiten.

Viele Institutionen des Gesundheitssystems haben bisher in unterschiedlichen Kooperationsformen wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung geleistet, z.B. in

- bilateraler Zusammenarbeit mit dem Ziel, durch spezifisches Zusammenwirken bzw. Arbeitsteilung konkrete Maßnahmen umzusetzen,
- institutioneller Zusammenarbeit mit dem Ziel, Gesundheitsförderungsmaßnahmen gemeinsam zu planen oder infrastrukturelle Verbesserungen einzuleiten.
- Netzwerken mit dem Ziel des Erfahrungsaustauschs, der gegenseitigen Unterstützung, der Vergleichbarkeit oder auch der spezifischen Zusammenarbeit.

Besonders zu unterstützen sind Bemühungen, neue Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln, bei deren Gestaltung die Interessen und Bedürfnisse besonders berührter Bevölkerungsgruppen einfließen können.

Die Intensivierung von Kooperation ist eine grundlegende Voraussetzung für

die Verbesserung von Gesundheitsförderung.

- Wirksame, nach außen gerichtete Zusammenarbeit leistet einen wichtigen Beitrag. Zum Beispiel kann sie im betrieblichen, kommunalen oder regionalen Rahmen für ein Klima der Offenheit und Aufgeschlossenheit gegenüber Gesundheitsförderung bei Betroffenen, Beteiligten, Interessenten und Entscheidungsträgern sorgen.
- Für die Koordination von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten ist in den Städten und Kreisen der Ausbau institutionalisierter Zusammenarbeit, z.B. mittels regionaler/kommunaler Arbeitsgemeinschaften, vorzusehen. Für die Veränderung von strukturellen Bedingungen und Vorgaben bzw. Absprachen zwischen der gesundheitspolitischen und institutionellen Ebene bieten sich andere Kooperationsformen an, wie z.B. Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsforen etc.. Insbesondere über solche Zusammenarbeitsformen lassen sich auch in konkreten Feldern, in denen dringender Handlungsbedarf besteht, Weiterentwicklungen erreichen. Dies gilt z.B. für die Suchtprävention.
- Für die Initiierung und Koordination von kooperativem Handeln der Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, kommunaler Dienststellen, Multiplikatoren und Bevölkerungsgruppen sollte *der öffentliche Gesundheitsdienst* eine stärkere Rolle ausfüllen.

Mitwirkung sicherstellen und Selbsthilfe unterstützen

Kooperation wird häufig von und zwischen Professionellen mit dem Ziel verwirklicht, präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwi-

ckeln. Die Erfahrungen und Wünsche der jeweiligen Gruppen, wie z.B. Interessierte, Beteiligte und Betroffene, sollen zukünftig stärker in die Planung und Durchführung Eingang finden. In der ehrenamtlichen Tätigkeit und der Einbindung und Inanspruchnahme von Erfahrungen Betroffener wird ein wertvoller Beitrag wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung gesehen, auch um die Kräfte des einzelnen im möglichen und notwendigen Umfang zur Unterstützung der Prävention und Therapie zu mobilisieren.

Dazu ist auch ein zu akzeptierender Rahmen notwendig.

Neue Formen der Zusammenarbeit, Moderation und Koordination sind unter dem Gesichtspunkt der Bürgerbeteiligung auf regionaler, kommunaler, stadtteilbezogener und betrieblicher Ebene zu entwickeln und zu erproben. Gesundheitsförderung greift allerdings nur, wenn die Bereitschaft von Beteiligten bzw. Betroffenen zur Mitarbeit im Sinn der Partizipation gewährleistet ist. Zu unterstützen sind Maßnahmen und Modelle, die die aktive Mitwirkung erleichtern und fördern.

Dies geht einher mit einer verbesserungsbedürftigen Struktur zur Stützung und Förderung der Selbsthilfe. Dabei muß insbesondere gewährleistet sein, daß die Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung verstärkt und nach abgestimmten Qualitätskriterien gefördert werden, um disparate Entwicklungen zu vermeiden.

Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitskommunikation verbessern

Breite Öffentlichkeitsarbeit ist eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Gesundheitsförderung. Sie informiert über Maßnahmen, sensibilisiert und schafft Voraussetzungen für offene

Diskussionen und Veränderungsbereitschaft.

Gleichermaßen kommt der individuellen Kommunikation große Bedeutung zu. Das persönliche Gespräch, die verständnisvolle und kompetente Beratung und die Bahnung zu bestehenden Angeboten sind wichtiger Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsförderung. Zukünftig sollte stärkeres Gewicht darauf gelegt werden, breite Öffentlichkeitsarbeit mit den Möglichkeiten individueller Kommunikation zu verbinden. Präventionskampagnen und individuelle Beratung und Begleitung des einzelnen müssen im Interesse einer verbesserten Wirksamkeit aufeinander abgestimmt sein. Die hierfür notwendige Kooperation zwischen den Verbänden und Institutionen muß organisiert werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung weiterentwickeln

Der Arbeitsplatz, der Betrieb ist ein Lebensbereich, der aufgrund seiner Überschaubarkeit, Organisationsstruktur und Handlungsspielräume ein wichtiges Interventionsfeld darstellt.

- Die Verbesserung der gesundheitsrelevanten Datenbasis und ihre Auswertung,
- die daraus abgeleitete Umsetzung zielgruppenspezifischer Maßnahmen,
- die Verbesserung struktureller Angebots- und Arbeitsbedingungen und
- die Ausrichtung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf die Arbeitsplatzsituation

erscheinen in diesem Zusammenhang als realistische Zielgrößen. Kooperation, betriebsintern und auch mit externen Anbietern und die aktive Mitwirkung der Beschäftigten bei der Planung von Maßnahmen sind wesentliche Eckpunkte einer ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsförderung, die im Sin-

ne einer betrieblichen Gesundheitskultur bzw. Unternehmensphilosophie zu verankern ist: Dabei sind die Arbeitgeber entsprechend den europäischen Vorgaben und deren Umsetzung in nationales Recht in der Verantwortung.

Arbeitsschutz als umfassender Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt und betriebliche Gesundheitsförderung bilden Schnittpunkte und liefern Ansätze für innovative Zugänge und Modelle. Es besteht Bedarf an betrieblichen Programmen der Organisationsentwicklung, die von den Grundsätzen der flexiblen Kooperation, aktiven Mitwirkung der Beschäftigten und nachweisbaren Veränderungen geprägt sind.

Die Initiierung von betrieblichen Gesundheitszirkeln ist in Mittel- und Großbetrieben erforderlich; spezifische Angebote für Kleinbetriebe müssen weiterentwickelt werden.

Der Prozeß der Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung wird begleitet durch ein neues Selbstverständnis der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung. Dies beinhaltet u.a. die Förderung des Zusammenwirkens aller Beteiligten des gesamten Arbeitsschutzsystems - insbesondere die Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung - durch Zusammenführung und Auswertung der Informationen zum gesundheitlichen Zustand der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Dadurch werden Schwachpunkte des Systems aufgezeigt, die durch regionale und landesweite Programme beseitigt werden sollen. Der zur Zeit laufende Umorganisationsprozeß der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung trägt dieser Zielsetzung Rechnung.

Finanzierungsmodelle ermöglichen

Soweit Gemeinsamkeiten in der Gesundheitsförderung notwendig sind, haben sich die Formen der Kooperation

und der Finanzierung solcher Aktivitäten an diesen gemeinsamen Zielen und Inhalten zu orientieren. Mit dem § 20 SGB V (Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung) sind für diese Aktivitäten gesetzliche Grundlagen für eine Finanzierung gegeben. § 67 SGB V eröffnet den Krankenkassen und ihren Verbänden Möglichkeiten für Erprobungsregelungen, die stärker genutzt werden sollten.

Insbesondere im Bereich der Verhaltensprävention wird empfohlen, auch weiterhin konkrete Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch einzelne Träger zu finanzieren.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die nur in gemeinsamer Verantwortung und sinnvoll umgesetzt werden können, sind als Gemeinschaftsaufgabe anzusehen.

Gesundheitsförderung im SGB V stellt zunehmend ein Feld dar, das die Krankenkassen im Wettbewerb offensiv nutzen, um sinnvolle Ansätze und Maßnahmen zu stärken und finanziell zu unterstützen; unerwünschte Auswirkungen des Wettbewerbs auf die Gesundheitsförderung sollen vermieden werden.

Sichergestellt werden sollte, daß die Weiterentwicklung und Finanzierung auch solcher Gesundheitsförderungsprojekte, die als Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen sind, auf eine gesicherte finanzielle Basis gestellt werden. Ggf. ist auch zu prüfen, ob und wie eine gemeinsame Finanzierung erfolgen kann. Dies gilt für einige Handlungsfelder in besonderer Weise, wie z.B. für die Suchtprävention.

Um in angezeigten Feldern Kooperation und eine gesicherte Finanzierung sowie eine Evaluation der Angebote hinsichtlich ihrer Relevanz und Wirksamkeit zu gewährleisten, soll auf Landesebene Zusammenarbeit in geeigneter Form

unter Beteiligung aller, die hier Verantwortung tragen, angestrebt werden.

Multiplikatoren bestärken

Die im folgenden aufgeführten Institutionen, und auch andere, haben eine besondere Verantwortung für die Gesundheitsförderung. Sie haben viele Möglichkeiten, für die Gestaltung des Lebensstils und die Modifikation des Verhaltens Impulse zu setzen.

Für eine frühzeitige Einflußnahme sind neben der Familie der Kindergarten und die Schule wichtige Interventionsfelder für Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsförderung. Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen haben eine wichtige Stützfunktion bei der Bewältigung kritischer Lebensphasen und der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung.

Die **Ärzeschaft und Zahnärzeschaft** tragen im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich zur Prävention und Gesundheitsförderung bei. Die gesundheitsfördernde Beratung ist originärer Bestandteil der ärztlichen und zahnärztlichen Tätigkeit. Dazu zählt auch die auf Prävention und Gesundheitsförderung gerichtete Koordinationsleistung des Arztes.

Die ärztlichen und zahnärztlichen Institutionen in NRW haben in der Vergangenheit aus eigener Verantwortung eine Reihe von Maßnahmen durchgeführt, die auf Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention zielen, die Kooperation mit den Selbsthilfegruppen im Lande stärken und die Fortbildung der Ärzte und Zahnärzte fördern. Dies ist zukünftig weiter auszubauen.

Es ist anzustreben, in der ärztlichen und zahnärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung der Prävention und der Gesundheitsförderung eine größere Bedeutung zuzumessen und u.a. bei der Novellierung von Approbationsordnun-

gen diesen erhöhten Stellenwert zu berücksichtigen. Darüber hinaus wird bei der Vergütung eine verbesserte Honorierung für die Beratungstätigkeit des Arztes und Zahnarztes empfohlen, insbesondere, um eine stärkere Betonung präventiver ärztlicher Leistungen gegenüber der kurativen Medizin zu erreichen.

Die **Apotheker** können Gesundheitsförderung im Rahmen ihrer Kundenkontakte betreiben und auf das individuelle Risikoverhalten positiv einwirken.

Zur Verbesserung der Gesundheitsförderung durch Apotheker haben die Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe 1990 eine Weiterbildung im Bereich „Gesundheitserziehung“ und 1992 eine Weiterbildung im Bereich „Ernährungsberatung“ in die Weiterbildungsordnungen für Apotheker aufgenommen. In den beiden Fällen handelt es sich um Zusatzbezeichnungen,

die erworben werden können. Durch die abgeschlossene Weiterbildung in den genannten Bereichen werden die Apotheker befähigt, innerhalb oder auch außerhalb der Apotheke Patientenseminare durchzuführen.

Es wird empfohlen, Gesundheitsförderung verstärkt in der Ausbildung von Apothekern zu verankern. Darüber hinaus sollten Modelle entwickelt werden, wie die Beratung zur Gesundheitsförderung durch Apotheker mit entsprechender Beratung durch die Ärzteschaft verknüpft werden kann.

Die **Arbeitgeber** haben die Verpflichtung, gesunde, sichere und das Wohlbefinden fördernde Arbeitsbedingungen herzustellen durch die Beachtung einschlägiger Standards und einen gesundheitsgerechten Personaleinsatz. In den Betrieben werden im Interesse des Gesundheitsschutzes in der Arbeitswelt verschiedene Fachkräfte und Institutionen tätig, z.B. Fachkräfte für Arbeitssi-

cherheit, Betriebsärzte, Sicherheitsbeauftragte, Sicherheits- bzw. Arbeitsschutzausschüsse, Gesundheitszirkel und Unfallversicherungsträger. Im Interesse einer sachgerechten Durchführung von Präventionsmaßnahmen werden die Mitarbeiter für Schulungsmaßnahmen freigestellt, die insbesondere von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung durchgeführt werden.

Es wird empfohlen, daß die Arbeitgeber in größerem Maß Programme zur Gesundheitsförderung in Kooperation mit anderen Institutionen in den Betrieben durchführen. Dabei kann an bereits bestehende Programme angeknüpft werden. Darüber hinaus soll Gesundheit in das Leitbild von Unternehmen Aufnahme finden. Dies umfaßt beispielsweise Maßnahmen zum Schutz von Nichtrauchern am Arbeitsplatz. Schließlich ist es erforderlich, betriebliche Gesundheitszirkel zu initiieren, die auf der Basis betrieblicher Gesundheitsberichte auf Verbesserungen hinwirken.

Die **Freie Wohlfahrtspflege** ist ein bedeutsamer Partner in der Gesundheitsförderung. Dabei sieht sie für sich vor allem drei Handlungsansätze:

- Vermittlung (z.B. von selbsthilfeinteressierten Bürgerinnen und Bürgern in Selbsthilfegruppen),
- Befähigung (z.B. Unterstützung von ehrenamtlichem Engagement und Selbsthilfe),
- Interessenvertretung für gesundheitlich benachteiligte Menschen.

Einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsförderung hat dabei die Unterstützung der Gesundheitsselbsthilfe.

Es wird empfohlen, daß die Freie Wohlfahrtspflege Maßnahmen und Programme der Gesundheitsförderung verstärkt in die nicht unmittelbar dem Gesundheitsbereich zugehörigen Arbeitsgebiete integriert. Denkbar sind dabei

Programme z.B. im Bereich der Jugend-, Frauen- oder Altenarbeit. Darüber hinaus sollte sich die Freie Wohlfahrtspflege dem Anliegen von Selbsthilfegruppen weiter öffnen.

Bei den **Kommunen** bieten Gesundheitsämter Beratungen an (z. B. Ernährungsberatung, AIDS-Beratung, sportärztliche Beratung, Zahnprophylaxe) und sind in der Koordination von Gesundheitsförderung (beispielsweise über kommunale Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung oder kommunale Gesundheitskonferenzen) aktiv. Gesundheitsämter haben darüber hinaus bei Hygienefragen, Fragen der Umweltmedizin, aber auch hinsichtlich der Abschätzungen gesundheitsrelevanter Fragen bei der Planung und Durchführung von kommunalen Vorhaben (Bauplanung) wichtige Aufgaben.

Eine Fülle weiterer gesundheitsfördernder Aufgaben werden von anderen **kommunalen Anbietern** wahrgenommen (z. B. Jugendeinrichtungen, Volkshochschulen).

Für die Initiierung und Koordination von kooperativem Handeln der Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, kommunaler Dienststellen, Multiplikatoren und Bevölkerungsgruppen sollte der **Öffentliche Gesundheitsdienst** eine stärkere Rolle wahrnehmen. Eine zunehmende Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes liegt darin, verschiedene Interessen und Ziele auf der kommunalen Ebene zu moderieren, langfristige Entwicklungen einzuleiten und zu begleiten und neue Steuerungsinstrumente zu entwickeln.

Die **Krankenhäuser** tragen durch Projekte und einzelne Maßnahmen für Beschäftigte und Patienten zur Gesundheitsförderung bei (Förderung des Nichtrauchens im Krankenhaus, neue Arbeitszeitmodelle, spezielle Schulun-

gen für Patienten, Einrichtung von Gesundheitszentren an Krankenhäusern usw.). Krankenhäuser sollten sich verstärkt um ein gesundheitsförderndes Profil bemühen. Als sinnvoller Einstieg hierfür wird die Einrichtung einer Arbeitsgruppe „*Gesundheitsförderndes Krankenhaus*“ gesehen, die die bisherigen Modelle der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern dokumentiert und Empfehlungen zur Verbreitung ausarbeitet. Das Land sollte Initiativen ergreifen, um Gesundheitsförderung im Bereich der Krankenhäuser weiterzuentwickeln und Umsetzungen zu erleichtern.

Die **Krankenkassen** unterbreiten eine Vielzahl von präventiven und gesundheitsfördernden Informations-, Beratungs- und Kursangeboten, wie z. B. Ernährungsberatung, Rückenschule, Raucherentwöhnung, Lauftreffs, Entspannungs- und Streßbewältigungstraining, zur psychosozialen Gesundheit, aber auch zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Vereinzelt erfolgen bereits verhältnispräventive Maßnahmen. Transparenz und Evaluation von

Gesundheitsförderung sollten auch bei den Krankenkassen zukünftig verstärkt werden. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Angebote als auch der Inanspruchnahme. Erreicht werden kann dieses durch eine verbesserte Dokumentation und Evaluation aller Maßnahmen und Programme. Ziel ist dabei, auch unter den Bedingungen des Wettbewerbs eine hohe Qualität der Maßnahmen sowie einen effizienten Einsatz der Ressourcen zu sichern.

Beim Abschluß von Verträgen mit Anbietern von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten daher hohe Qualitätskriterien angelegt werden. Die Krankenkassen sollten auch daran mitwirken, Qualitätsstandards in diesem Bereich zu entwickeln.

Eine Zusammenarbeit der Krankenkassen ist dort erforderlich, wo diese Zusammenarbeit die Voraussetzungen für effektive Gesundheitsförderung schafft, z.B. in entsprechenden Bereichen der Umweltmedizin, der schulischen und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Im Rahmen der Zusammenarbeit ist auch jeweils die Möglichkeit gemeinsamer Finanzierung zu prüfen. Ggf. ist die Finanzierung durch Absprache zwischen den Krankenkassenverbänden zu regeln.

Die **Rentenversicherungsträger** führen in der Prävention und Gesundheitsförderung vor allem Maßnahmen im Rahmen stationärer Programme durch.

Zu empfehlen ist, die gesundheitsförderlichen Aktivitäten im stationären, teilstationären und besonders im ambulanten Bereich weiterzuentwickeln und eine Verbesserung der Verknüpfung der Angebote der verschiedenen Rehabilitationsebenen, insbesondere mit den Angeboten anderer Träger, z.B. der Krankenkassen, vor Ort anzustreben. Die Möglichkeiten des § 31 SGB VI, die im Kern den Gedanken von Prävention und Rehabilitation vorsehen, sollten bekannter gemacht und stärker genutzt werden.

Gesundheitserziehung ist ein wesentlicher Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrags der **Schule**.

Die Bedeutung der Aufgabe ist mit den Bedrohungen der Gesundheit des Menschen durch zivilisationsbedingte Gefährdungen, durch neue Krankheiten und durch sein eigenes Verhalten gewachsen.

Die Problematik erfordert die frühzeitige Auseinandersetzung der Schülerinnen und Schüler mit gesundheitsförderndem bzw. gesundheitsschädigendem Verhalten und der Entwicklung

von Verständnis für gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse.

Zu den Aufgaben der Schule gehört in diesem Zusammenhang insbesondere, bei den Heranwachsenden ein Bewußtsein für Gesundheitsfragen zu erzeugen, die Bereitschaft für eine verantwortliche Einstellung zur eigenen Gesundheit zu fördern und zu einem gesundheitsdienlichen Verhalten zu erziehen, das auch im Blick auf die Lebens- und Umweltbedingungen des Menschen über die Schulzeit hinaus wirksam bleibt.

Bei dieser fachlichen und fächerübergreifenden Aufgabenstellung bedarf und bedient sich die Schule - je nach eigenem Entwicklungsstand - auch der Mithilfe außerschulischer Einrichtungen und Organisationen, die im engeren und weiteren Sinne im Bereich von Gesundheitsförderung tätig sind.

Die Optimierung von Gesundheitserziehung und -förderung sind zugleich Anliegen von Schul- und Modellversuchen, der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Lehrerinnen und Lehrer und der Entwicklung spezieller Lehr- und Lernmittel.

Im Bereich der **Selbsthilfe** vermittelt sich Gesundheitsförderung im wesentlichen über die Aktivitäten von **Selbsthilfegruppen**. Die Arbeit der Gruppen zielt darauf, ihr Anliegen bekannter zu machen sowie die individuellen Möglichkeiten zum Umgang mit Krankheit oder Behinderung zu verbessern.

Es wird empfohlen, Selbsthilfegruppen verbessert an gesundheitsrelevanten Entscheidungsfindungen zu beteiligen. Darüber hinaus sollte die Infrastruktur für Selbsthilfegruppen (z. B. Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen) verstärkt gefördert werden.

Die **Träger der gesetzlichen Unfallversicherung** unterstützen den Gesundheitsschutz und die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, im Kindergarten, in der Schule und Hochschule.

Zu den Maßnahmen der Unfallversicherungsträger zählen neben Regelungen und der Setzung von Standards die Überwachung, Beratung und Schulung mit eigenen Fachkräften (Technische Aufsichtsbeamte, Arbeitsmediziner, Psychologen, Pädagogen usw.). Ferner betreiben oder fördern die Unfallversicherungsträger arbeitsmedizinische bzw. sicherheitstechnische Dienste und Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Sie verfügen ferner über Mitarbeiter, die für die Rehabilitation im Einzelfall speziell qualifiziert sind (z. B. Berufshelfer).

Es wird empfohlen, daß die gesetzliche Unfallversicherung in Zusammenarbeit vor allem mit den Arbeitgebern, betrieblichen Interessenvertretungen, der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung und den Krankenkassen verstärkt Aufklärungs- und Interventionsstrategien zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren entwickelt. Die dazu getroffene Vereinbarung ist zu nutzen und ggf. weiterzuentwickeln. Voraussetzung hierfür ist u. a. das Herstellen einer geeigneten epidemiologischen Datenbasis auf Betriebsebene.

Darüber hinaus führt die gesetzliche Unfallversicherung verhaltensorientierte Trainingsmaßnahmen durch und soll verhältnisbezogene Verbesserungsvorschläge auf Betriebsebene erarbeiten. Bei Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sollen die besonderen Erfahrungen der Unfallversicherungsträger zukünftig stärker genutzt werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung forcieren

Die Fortbildung im Bereich der Gesundheitsförderung ist bedeutsam zum einen für die verbesserte Qualifizierung von Multiplikatoren und zum anderen als Gesundheitsbildung für die Bürger selbst.

Angeboten werden entsprechende Maßnahmen von Volkshochschulen und an-

deren Trägern der Weiterbildung sowie durch spezielle Einrichtungen (beispielsweise gesundheitswissenschaftliche Studiengänge in Bielefeld und Düsseldorf). Für die Gesundheitsberufe sowie verhältnisbezogene Verbesserungsvorschläge auf Betriebsebene ist Gesundheitsförderung als Fortbildung z. B. bei den Ärzte- bzw. Zahnärztekammern, Apothekerkammern, Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen u. a. vorhanden. Generell jedoch sollte Gesundheitsförderung in Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Gesundheitsberufe Eingang finden bzw. intensiviert werden. Darüber hinaus ist die Verankerung auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in pädagogischen Berufen zu verstärken. In den Berufsschulen und der betrieblichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sind die Themen Gesundheitsschutz, Unfallverhütung und berufsbezogene Umweltaspekte verstärkt zu betonen. Gleiches gilt für Umschulungen (Berufsbildungswerke, Berufsförderungsangebote).

Es wird empfohlen, entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme für alle Gesundheitsberufe, pädagogische Berufe sowie die gewerblichen Berufe zu entwickeln. Darüber hinaus wird empfohlen, auf kommunaler Ebene bürgernahe Fortbildung im Bereich der Gesundheitsförderung anzubieten. Dies kann durch die Volkshochschulen und andere Träger der Weiterbildung in Kooperation mit den Partnern des Gesundheitssystems vor Ort erfolgen.

Schließlich wird empfohlen, eine konkrete Bestandsaufnahme von Weiter- und Fortbildungsgängen zur Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen durchzuführen.

Gesundheitswissenschaftliche Forschung intensivieren

Über die Aus-, Fort- und Weiterbildung hinaus spielt die Gesundheitsforschung

eine wesentliche Rolle, da die hier erarbeiteten Ergebnisse Grundlage für entsprechende Weiterqualifizierungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung sind und allgemein die Gesundheitsförderung durch Gesundheitsforschung ihre Entwicklungsimpulse erhält.

Gesundheitswissenschaften und Public-Health-Forschung erfahren derzeit in Deutschland eine dynamische Entwicklung. Aufgrund eines integrativen Verständnisses der sich beteiligenden Fachwissenschaften sind zunehmend Erkenntnisse zu erwarten, die eine Brücke zwischen Theorie und Praxis schlagen und interdisziplinäre Antworten für die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung liefern. Der Aufbau eines Europäischen Public-Health-Zentrums in Nordrhein-Westfalen hat in diesem Zusammenhang eine wichtige Motorfunktion. Die Förderung der Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention steht derzeit noch in den Anfängen und stellt für die Gesundheitswissenschaften eine Herausforderung dar. Entsprechende Bemühungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitswissenschaften sind zu unterstützen.

● **Lösungsansatz**

Gesundheitsförderung ist eine wesentliche Aufgabe des Gesundheitswesens, bei der die Beteiligten mit verteilten Rollen noch enger zusammenwirken müssen.

Ziel ist dabei die Entwicklung von bedarfsgerechten Angeboten und die Herausbildung geeigneter Strukturen, die den wachsenden Anforderungen an Gesundheitsförderung gerecht werden.

Unter Bezug auf den umfangreichen Erläuterungsteil spricht sich die Landesgesundheitskonferenz dafür aus, daß:

- alle Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz einschließlich der Landesregierung

- für Maßnahmen und Programme der Gesundheitsförderung Ziele formulieren, diese Maßnahmen und Leistungen besser dokumentieren und evaluieren, um vor allem dem Aspekt der Qualitätssicherung verstärkt Rechnung zu tragen, sowie zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung beitragen;
- gemeinsam darauf hinzuwirken, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber der auf Behandlung ausgerichteten Versorgung der Bevölkerung ein stärkeres Gewicht zu geben;
- ihre Angebote und Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung miteinander abstimmen, um die Überschaubarkeit, Orientierung und Wirksamkeit beim Bürger zu erleichtern;
- entsprechend ihrer jeweiligen Verantwortung die mit der Verabschiedung der Pflegeversicherung noch deutlicher zutage tretenden Aufgaben wahrnehmen und Maßnahmen und Programme der Gesundheitsförderung auf den von Pflegebedürftigkeit bedrohten Teil der Bevölkerung ausrichten;
- die Kindergärten und besonders die Schulen in der Wahrnehmung ihrer gesundheitserzieherischen Aufgaben unterstützen, indem sie die Kooperation mit diesen vor Ort suchen und konkrete Angebote zur Durchführung von Maßnahmen und Programmen der Gesundheitsförderung machen;
- auf Landesebene Zusammenarbeit in geeigneter Form unter Beteiligung aller, die hier Verantwortung tragen,

gewährleisten.

Die Landesgesundheitskonferenz beauftragt den Vorbereitenden Ausschuß, darauf hinzuwirken, daß eine solche Zusammenarbeitsform entsteht;

- darauf hinwirken, entsprechende Formen der Zusammenarbeit auch auf kommunaler Ebene zu schaffen;
- im Rahmen der angestrebten Zusammenarbeit ist eine jeweils institutionsübergreifende Finanzierung zu prüfen. Die Finanzierung wird durch Absprache zwischen den Beteiligten, insbesondere den Kostenträgern geregelt;
- die von der Europäischen Union gegebenen Impulse zur Gesundheitsförderung aufgreifen, die Chancen einer europäischen Zusammenarbeit auf diesem Feld der Gesundheitspolitik wahrnehmen und die Möglichkeiten einer Teilfinanzierung aus den bei der Kommission bereitstehenden Mitteln nutzen;
- **die Datenhalter im Gesundheitswesen**, insbesondere die Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Gesundheitsämter, zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung bei ihnen gesammelte Daten unter Wahrung des Datenschutzes aufbereiten und nutzbar machen;
- **die Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie die Arbeitgeber**, aufbauend auf bereits entwickelten Programmen und unter Einbezug der zuständigen staatlichen Institutionen gemeinsam Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung intensivieren, finanzieren und so Gesundheit als Leitbild in den Betrieben prägen, wobei insbesondere die epidemiologische Datenbasis verbessert und

eine Evaluation erfolgen muß;

- die Krankenkassen

- Verträge mit Anbietern von Maßnahmen der Gesundheitsförderung schließen, die den geforderten hohen Qualitätskriterien gerecht werden. Darüber hinaus schließen die Verbände der Krankenkassen über die gemeinsame und einheitliche Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Rahmenvereinbarungen i. S. d. § 20, Abs. 4 SGB V mit den zuständigen Stellen;
- sich an der Förderung der Selbsthilfe, u. a. durch finanzielle Förderung der Kontakt- und Informationsstellen im Hinblick auf Selbsthilfegruppen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung in NRW, beteiligen und damit zu einer flächendeckenden Weiterentwicklung beitragen;

- die Rentenversicherungsträger

ihre gesundheitsförderlichen Aktivitäten im stationären, teilstationären und besonders im ambulanten Bereich weiterentwickeln und eine Verbesserung der Verknüpfung der Angebote verschiedener Rehabilitationsebenen, insbesondere mit den präventiven Angeboten anderer Träger vor Ort, realisieren und damit die Möglichkeiten des § 31 SGB VI stärker nutzen;

- die Ärzteschaft und Zahnärzteschaft

- dafür Sorge trägt, bei der Vergütung eine verbesserte Honorierung für die Beratungstätigkeit des Arztes und Zahnarztes zu erreichen, insbesondere um eine stärkere Betonung präventiver ärztlicher Leistungen gegenüber der kurativen Medizin zu erzielen;
- die Einbindung ärztlichen Sachverständigen in die Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt, um eine effektive Verzahnung individueller ärztlicher Beratung und

institutionell getragener Präventionsprogramme zu erreichen;

- mit Selbsthilfegruppen und anderen gesundheitsbezogenen Initiativen zusammenarbeitet;

- die Krankenhäuser und ihre Vereinigungen im Lande

- sich verstärkt um ein gesundheitsförderndes Profil im Zusammenhang mit der Aufgabenstellung der Krankenhäuser und in Bezug auf ihre Mitarbeiter bemühen;
- eine Arbeitsgruppe einsetzen, die Modelle von gesundheitsfördernden Krankenhäusern dokumentiert und analysiert sowie praktische Empfehlungen zu deren flächendeckender Umsetzung ausarbeitet;

- die Apotheker Konzepte entwickeln, die die Beratung zur Gesundheitsförderung in Apotheken mit den entsprechenden Aktivitäten der Ärzteschaft und anderer Leistungsanbieter verknüpfen;

- die freie Wohlfahrtspflege

- verstärkt Maßnahmen und Programme der Gesundheitsförderung in den nicht unmittelbar dem Gesundheitsbereich zugehörigen Arbeitsgebieten realisiert (z. B. in der Jugend- und Altenarbeit);
- sich verstärkt dem Anliegen der gesundheitlichen Selbsthilfegruppen öffnet;

- die Kommunen

- im Rahmen ihrer kommunalpolitischen Entscheidungen Gesundheitsförderungsaspekte ressortübergreifend berücksichtigen (z. B. bei der Infrastrukturplanung - Sportanlagen und Bäder, Kindergarten- und Schulgestaltung);
- dem ÖGD eine stärkere Rolle in der Einleitung und Koordination von kooperativem Handeln zwischen den Krankenkassen und anderen Trägern

der Gesundheitsförderung, kommunalen Dienststellen, Multiplikatoren und Bevölkerungsgruppen beimessen;

- die Unfallversicherungsträger

mit den Arbeitgebern, betrieblichen Interessenvertretungen, der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung und den Krankenkassen verstärkt Aufklärungs- und Präventionsstrategien zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren entwickeln und ihre Aktivitäten im Bereich der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation fortsetzen und intensivieren;

- die Landesregierung

- in ihrer Zuständigkeit gesundheitsfördernde Aspekte berücksichtigt (z. B. Probleme älterer, chronisch kranker und behinderter Menschen bei der städtebaulichen Planung, Verkehrssicherheit, Verkehrsplanung, Fragen der gesunden Umwelt, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule) und insoweit ressortübergreifend auf eine Integration von Gesundheitspolitik hinwirkt;

- Initiativen ergreift, um Gesundheitsförderung im Bereich der Krankenhäuser einzuführen und zu erleichtern;

- alle, für Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung Zuständigen, insbesondere die Landesregierung, Ärzte-, Apotheker- und Zahnärztekammern sowie die Kommunen,

- Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme für Gesundheitsförderung in allen Gesundheitsberufen, pädagogischen Berufen sowie gewerblichen Berufen berücksichtigen und gegebenenfalls auf die Novellierung von Approbationsordnungen oder Ausbildungsordnungen hinzuwirken;

- auf kommunaler Ebene bürgernahe Fortbildung im Bereich der Gesundheitsförderung anbieten;
- eine Bestandsaufnahme von Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen durchführen.

● Ausgewählte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen

- ◆ Gesundheitsförderung als Schwerpunktthema der Landesgesundheitskonferenz 1994
- ◆ Landesprogramm „*Gesundheit von Mutter und Kind*“ zur Senkung der Säuglingssterblichkeit
- ◆ Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe
- ◆ *Landes-AIDS-Programm*
- ◆ Kampagne des Landes zur Drogenprävention „*Sucht hat immer eine Geschichte*“
- ◆ Umsetzung einer landesweiten Kampagne zur Vermeidung und Früherkennung von Hautkrebs
- ◆ Programme im Schulbereich
 - „*Schule und Gesundheit*“
 - „*Handlungsprogramm zur Förderung der Gesundheitserziehung in der Schule durch Sport im Land Nordrhein-Westfalen*“
 - Ausbau des *Kompensatorischen Sports* in der Schule
- ◆ Sport und Gesundheit
- ◆ Programm „*Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt durch regionale Zusammenarbeit*“ - Der „*Runde Tisch im Arbeitsschutz*“ in Siegen
- ◆ Programm „*Verkehrssicherheit*“
- ◆ Programm „*Gesundes Haus*“
- ◆ Arbeitsgemeinschaften Gesundheitsförde-

rung im Rheinland und in Westfalen-Lippe

- ◆ „Hab’ ein Herz für Dein Herz“ und andere betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme

Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990 Abschnitt G „Ausgaben, Finanzierung und Krankenversicherungsschutz“: sechs Einzelkapitel (G 1 bis 6) zu diesem Gesundheitsziel.

Zusätzlich sind Kapitel der Abschnitte A „Gesundheitliche Lage und Lebensqualität“, B „Gesundheitsrisiken“ und C „Gesundheitsschutz“ für dieses Ziel von Bedeutung:

- ◆ A 2 „Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“
- ◆ A 3.3 „AIDS“
- ◆ B 1 „Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen“
- ◆ B 2 „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“
- ◆ B 3 „Lärm“
- ◆ B 4 „Verkehrsunfälle“
- ◆ B 5 „Gewalt gegen Frauen“
- ◆ B 6 „Gewalt gegen Kinder“
- ◆ B 9 „Ernährung und Körpergewicht“
- ◆ B 10 „Körperliche Bewegung: Arbeit, Lebensweise, Sport“
- ◆ C 1 „Arbeitsschutz“
- ◆ C 3 „Selbsthilfegruppen“

Der *Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994* enthält in den entsprechend überschriebenen Abschnitten u.a. die folgenden Einzelkapitel zu diesem Ziel:

- ◆ A „AIDS und HIV-Infektionen“
- ◆ A „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“
- ◆ A „Erwerbsfähigkeit, Ruhestand und Gesundheit“
- ◆ A „Pflegebedürftigkeit“
- ◆ B „Luftschadstoffe und Gesundheit“

- ◆ B „Männergewalt gegen Frauen“
- ◆ B „Gewalt gegen Kinder“
- ◆ B „Rauchen“
- ◆ B „Kinderarbeit“
- ◆ C „Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen“
- ◆ C „Gesundheitsförderung durch Krankenkassen“.

● Vorläufige Indikatoreauswahl

Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
Gesundheitsausgaben NRW, Trend	31.00	10.01	
Ausgaben der GKV, Trend,	32.00	10.02	
Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte, Trend	33.00	10.03	
Ausgaben der GKV, Trend	34.00	10.05	
Krankenversicherungsschutz, Trend	35.00	10.07	

(Zusätzlich kommt hier eine Vielzahl weiterer Indikatoren, die bei anderen Zielbereichen aufgelistet sind, infrage.)

NRW-Ziel 4:

(Grundlage HFA 17)

Gesundheitsschäden durch Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen reduzieren

Bis zum Jahr 2005 sollen die Chancen in NRW, ein suchtfreies Leben führen zu können, deutlich erhöht werden. Dazu gehören u. a. Anstrengungen, den risikoreichen Konsum psychoaktiver Substanzen - wie z. B. Alkohol, Tabak und illegale Drogen - zu verringern.

● Konkretisierung

Die Ausführungen gelten mit Ausnahme der repressiven Ansätze für alle stofflichen und nicht-stofflichen Süchte, unabhängig davon, ob diese als legal oder illegal qualifiziert sind.

Im Bereich Suchtprävention

- a - Praxisumsetzung von ursachenorientierten statt stoffbezogenen Konzepten zur Reduzierung der Nachfrage basierend auf einem persönlichkeitsstärkenden Ansatz. Einschränkung bzw. Bekämpfung der Herstellung, der Einfuhr und des Handels auf Reduzierung des Angebotes abzielend
- b - Komplettierung des landesweiten Präventionsnetzes, verstärkte Einbeziehung aller relevanten gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen
- c - Ausbau regionaler Netzwerke
- d - Intensivierung der landesweiten Präventionsaktivitäten in den Bereichen Eltern-/Familienarbeit, Kindergarten, Schule, Beruf/Arbeit, Freizeit und bezüglich bestimmter Risikogruppen (insbes. bei Jugendlichen) u.a. durch verstärktes Angebot von Raucherentwöhnungsprogrammen
- e - Etablierung eines angemessenen Suchtverständnisses in der Bevölkerung durch intensive Öffentlichkeitsarbeit
- f - Beiträge zur Förderung gesunder Lebensbedingungen, Stärkung der Persönlichkeit, Aufzeigen genußvoller Alternativen zum Konsum

g - Umsetzung der Gesetze zur Verbrechensbekämpfung auf allen Ebenen der Repression (Bezug: OrgKG)

- Initiativen zur Erreichung eines Opportunitätsprinzips schon für die Ebene der Polizei
- Prüfung der Trennung der Märkte „harter“ und „weicher“ illegaler Drogen.

Im Bereich Suchtkrankenhilfe

- h - Ausbau und Komplettierung regionaler Hilfenetzwerke
- i - Ausweitung niedrigschwelliger Angebote i.S. eines grundsätzlich erleichterten Zugangs zum System der Hilfen
- k - Bedarfsdeckung im Bereich qualifizierter Entzugsbehandlung mit niedrigschwelligem Zugang
- l - Flächendeckende Einbeziehung von Soforthilfeangeboten in die Netze vor Ort
- m - Weitere Differenzierung im Feld stationärer Entwöhnung; Einführung von Zwischenformen (Orientierungshäuser, Kurztherapien); Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für bestimmte Zielgruppen (z. B. Kinder und Jugendliche, Frauen, Mütter mit Kind)
- n - Stärkung der Nachsorge
- o - Verbesserung der Kooperation und Koordination im sich differenzierenden Angebot der Hilfen; Offenheit hinsichtlich weiterer notwendiger Komponenten
- p - Flächendeckende Sicherstellung differenzierter Substitutionsbehandlung.

● Hintergrund

Sucht, Suchtmittel und ihre Folgen stehen als Dauerthema immer wieder in besonderem Interesse - sowohl in der Öffentlichkeit wie in Fachkreisen.

Das öffentliche Interesse weist eine bemerkenswerte Ambivalenz auf, weil sich hier verschiedenste Emotionen und Bewertungen gegenüber den dramatischen Ausdrucksformen von Sucht beim Mißbrauch illegaler Drogen (der anderen) paaren mit einer oft ganz entgegengesetzten Wahrnehmung der eigenen Abhängigkeiten und Süchte - in der Regel von den Alltagsdrogen Nikotin und Alkohol oder auch von nichtstoffgebundenen Suchtformen unseres Kulturkreises. Aufgrund dieser Verhältnisse wird das Suchtproblem verzerrt wahrgenommen, und es bedarf einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit, um Akzeptanz für die notwendigen Maßnahmen zu erreichen.

Die Unsicherheiten entstehen durch die bei vielen Suchtmitteln (z. B. Alkohol, Medikamente) unscharfen Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen Gebrauch und Mißbrauch. Eine ebenfalls oft nicht nachvollzogene Grenze liegt zwischen den auf legale und illegale Substanzen bezogenen Süchten. Zusätzlich ist die Palette erreichbarer Suchtmittel groß, teilweise verwirrend, und die suchtrelevante Wirkung einzelner Substanzen ist nicht immer zuverlässig einschätzbar und bisweilen individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Hinzu kommt die Vielfalt wissenschaftlicher Erklärungsansätze für Suchtphänomene und die im Zusammenhang damit entstandene Erkenntnis, daß es nur selten eine durch eine einzige Ursache bedingte Suchtentstehung gibt - meistens sind mehrere Verursachungsfaktoren zu identifizieren. Zusätzlich liegt im sozioökonomischen Bereich eine weitere, ebenfalls nicht zu unterschätzende Ambivalenz. Sie ergibt sich daraus, daß die Herstellung bzw. Erzeugung von Suchtmitteln, insbesondere in Tabakindustrie, im Brauerei- und Brennereiwesen sowie in den Weinanbaugebieten mit ihrem

volkswirtschaftlichen Ertrag einer gravierenden Schadensbilanz durch ebendiese Erzeugnisse gegenübersteht - materiellen und nicht-materiell zu fassenden Folgen.

● Lösungsansatz

Abgeleitet aus der dargestellten Problemsituation ergeben sich für die einzuschlagenden Näherungswege in Richtung Problemlösung einige unabweisbare Einsichten:

- a) Sucht ist Krankheit. Kranke bedürfen der Hilfe. Bei der Situation im Bereich der illegalen Drogen müssen die repräsentativen Ressourcen auf die Bekämpfung des organisierten Handels gerichtet werden. Es geht um eine Rücknahme des "legal approach" bei gleichzeitiger Stärkung des gesundheits- und sozialpolitischen Ansatzes.
- b) Veränderungen sind überwiegend nur als Folge langfristiger Gegensteuerungen zu erwarten: Die Lösung der vielfältigen Suchtprobleme muß daher ebenso langfristig angelegt sein.
- c) Bei der multikausalen Entstehung von Sucht und den großen Unterschieden in der individuellen Suchtentstehungsgeschichte bei Gefährdeten sowie Betroffenen müssen auch die präventiven und kurativen Maßnahmen eine entsprechende Vielfalt der Lösungsansätze aufweisen.
- d) Angesichts der Breite des Problemfeldes und der Begrenztheit verfügbarer Ressourcen ist eine rationale und in ihren Effekten überprüfbare Priorisierung unter den anzugehenden Problemfeldern im Bereich der Suchtphänomene zwingend geboten.
- e) Zur erfolgreichen Intervention und Prävention im Praxisbereich „Abhängigkeiten und Sucht“ bedarf es kontinuierlicher und innovativer Impulse aus Wissenschaft und Forschung. Dabei geht es um gezielte, anwendungs koordinierte Beiträge aus dem multidisziplinären Public-Health-Sektor von Universitäten

und anderen Einrichtungen. Besonders gefragt sind einerseits differenzierte Untersuchungen zu praxisrelevanten Merkmalen der verschiedenen Sucht- bzw. Abhängigkeitsformen und Suchtmitteln, andererseits methodische Arbeiten zu Umsetzungs- und Evaluationsaufgaben i.S. konkreter Praxisbegleitforschung.

Nordrhein-Westfalen weist in den verschiedenen Bereichen seiner Aktivitäten zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe Ansätze einer solchen Priorisierung auf. Gemeint sind einerseits diejenigen Aktivitäten im Bereich der Kommunen, der Kreise, der freien Wohlfahrtspflege bzw. sonstiger freier Träger, die sich in der Regel am Bedarf in der Region orientieren, die den Einzugsbereich für die jeweiligen Einrichtungen darstellt. Dieser Bedarf ist sicherlich im Bereich der Suchttherapie einfacher zu evaluieren als im Bereich der Suchtprävention. In beiden Bereichen wäre ein abgestimmtes Vorgehen zwischen den unterschiedlichen Leistungsträgern erstrebenswert, welches sich auf regionale Evaluationsergebnisse der erbrachten Leistungen und auf die Resultate einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung stützen kann. Diese Entwicklung sollte aufbauen auf bewährten Kooperationen vor Ort (z.B. zwischen Drogenberatungsstellen, niedergelassenen Ärzten/-innen, Krankenhäusern der Regelversorgung, Fachkliniken der Region, Selbsthilfegruppen, Nachsorgeeinrichtungen).

In der Politik der Landesregierung hat die Priorisierung in den einzelnen Bereichen zu Programmen (Landesdrogenprogramm 1989 und Fortschreibung) geführt, die in diesem Teilbereich die Basis für die weitere Entwicklung in NRW darstellen. Diese Basis sollte zukünftig einer Evaluation zugänglich gemacht werden.

Für die dargestellten Lösungsansätze gibt es in der nordrhein-westfälischen Suchtpolitik bereits zahlreiche Anknüpfungspunkte, die im Sinne des Lösungsansatzes weiterentwickelt und zusammengeführt wer-

den können. Dabei beinhaltet die auf drei Säulen beruhende Suchtpolitik des Landes neben den Bereichen Prävention und Hilfen auch den Bereich der Repression.

Im Bereich der Suchtprävention besteht inzwischen ein breiter Konsens darüber, daß man von der Drogen- zur Suchtprävention gelangen muß. Diese ist ursachenorientiert und persönlichkeitsstärkend angelegt und zielt auf die Stärkung der individuellen Handlungsmöglichkeiten. Hierfür sind 96 Prophylaxefachkräfte in 30 Fachstellen aktiv. Darüber hinaus trägt die erfolgreiche Kampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ zu einem besseren Suchtverständnis in der Bevölkerung bei.

Im Bereich der Hilfen reicht ein differenziertes Angebotsspektrum von niedrigschwelligen Kontaktangeboten, speziellen Soforthilfen über qualifizierte Entzugsbehandlungen bis zu unterschiedlichen Formen stationärer Therapien.

Als wichtige Ergänzung des Gesamtangebots sind die Substitutionsbehandlungen zu nennen. Die Methadonvereinbarung NRW, die von vielen Beteiligten und zahlreichen Kommunen unterzeichnet worden ist, ist eine Basis zur einvernehmlichen Weiterentwicklung und Integration dieser Behandlungsmethode gemeinsam mit allen Beteiligten.

Für die Behandlung aller Süchte hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß dem vielfältig bedingten Problem Sucht am geeignetsten mit einem breit gefächerten Hilfeangebot begegnet werden kann.

Die Zielrichtung der Weiterentwicklung von Prävention und Hilfe ist der weitere Ausbau integrierter regionaler Netze. Diese sollen die enge Kooperation aller Beteiligten ebenso gewährleisten wie den Betroffenen einen gemeindenahen Zugang.

● **Ausgewählte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen**

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Landesdrogenprogramm ◆ Suchtprävention (Präventionskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“, Prophylaxefachkräfte) ◆ Förderung von Sucht- und Drogenberatungsstellen ◆ Weiterentwicklung des qualifizierten Drogenentzugs ◆ Ausbau der Therapieplätze ◆ Schaffung von Soforthilfeangeboten ◆ Weiterentwicklung der Substitution Drogenabhängiger ◆ Ausbau der Nachsorge ◆ niederschwellige Hilfeangebote ◆ Entwicklung eines Konzepts zur Förderung des Nichtrauchens <p><i>Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990</i> Abschnitt B „Gesundheitsrisiken“: zwei Einzelkapitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ B 7 „Rauchen“ (neu im <i>Gesundheitsreport 1994</i>) ◆ B 8 „Alkoholmißbrauch“.

Einrichtungen mit Leistungen im Rahmen des Methadon-Programms NRW	46.00		
Anzahl betreuter Drogenabhängiger im Methadon-Programm NRW	47.00		

● **Vorläufige Indikatoreauswahl**

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
Ausgewählte Todesursachen, standardisiert	41.00	3.08	
Alkoholkonsum	42.00	4.33	17.1 17.2
Konsum weiterer wichtiger Suchstoffe	43.00	3.56	17.3
Selbsthilfegruppen	44.00	7.01	
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen	45.00	3.78 7.21	

NRW-Ziel 5: Umwelthygiene-Management

(Grundlage HFA 19)

Bis zum Jahr 2005 sollte es in NRW effektive Managementsysteme und die Ressourcen zur Umsetzung einer umweltbezogenen Gesundheitspolitik geben.

● Konkretisierung

a - Bewahren natürlicher Ressourcen und Risikosenkung in gesundheitsrelevanten Umwelt- und Lebensbereichen

über die Strategien:

b - Einrichtung von Systemen der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung und -information, durch die umwelt- und gesundheitsbezogene Informationen vernetzt werden

c - Partizipation an der Lösung von Umwelt- und Gesundheitsfragen, bei voller Zugänglichkeit der Informationen

d - Politikfolgenabschätzung für Umwelt und Gesundheit in Bereichen wie Stadtplanung, Energiewirtschaft, Transportwesen, Industrie und Landwirtschaft

e - Ressourcenmobilisierung zur Verwirklichung von entsprechenden Gesundheitszielen in allen Bereichen

f - Entwicklung von Managementsystemen, operationellen Methoden und technologischen Verfahren

g - Betreiben von Forschung

h - Anbieten von Ausbildungsmöglichkeiten

zur Unterstützung des Umwelthygiene-Managements.

● Hintergrund

Die 2. Landesgesundheitskonferenz behandelte im Juli 1993 das Thema Umweltmedizin und verabschiedete einvernehmlich eine Reihe von Erläuterungen zur gegenwärtigen Situation, die nachfol-

gend im vollen Wortlaut wiedergegeben werden:

„Die zunehmende Technisierung und Industrialisierung hat zu einer Fülle von Umweltbelastungen geführt, auch mit negativen Folgen für die menschliche Gesundheit. Es ist zu erwarten, daß diese Problematik in Zukunft eher noch zunehmen wird. Die Sicherung der Gesundheit des Menschen ist, unbeschadet der Eigenverantwortung des Einzelnen, eine wesentliche Aufgabe aller im Gesundheitswesen tätigen Institutionen/Behörden und Personen.

Im Gefolge der Beschlüsse des 95. Deutschen Ärztetages zur Änderung der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte wurden Curricula sowohl für die dort beschlossene Einführung einer Gebietsbezeichnung „Hygiene und Umweltmedizin“ als auch für die Zusatzbezeichnung „Umweltmedizin“ erarbeitet. Die Ärztekammern in NRW haben dies bei der Verabschiedung ihrer Weiterbildungsordnungen umgesetzt. Im Rahmen der Weiterbildung ist für das Fachgebiet ein theoretischer Ausbildungsteil vorgesehen.

Unter Gesichtspunkten des vorbeugenden Gesundheitsschutzes ist es erforderlich, im Sinne der Europäischen Charta „Umwelt und Gesundheit“ den gesundheitlichen Belangen im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung ein entsprechendes Gewicht beizumessen. Sofern gesundheitliche Gefahren nicht ausgeschlossen werden können, sind deshalb auf kommunaler Ebene die Gesundheitsämter zu beteiligen.

Das geplante *Landesgesundheitsgesetz* muß diese - schon bisher geregelten - umweltmedizinischen Aufgaben des Gesundheitsamtes und des „*umweltbezogenen Gesundheitsschutzes*“ entsprechend aufnehmen.

Die Gesundheitsämter sind die „*Fachbehörde auf dem Gebiet des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes*“ aus folgenden Gründen:

- Sie verfügen über Erfahrungen mit bevölkerungs- und präventivmedizinischen Arbeitsweisen.
- Sie sind eingebunden in ein gesundheits- und umweltbezogenes Informations- und Kommunikationssystem.
- Sie bieten aufgrund ihrer Multiprofessionalität ideale Voraussetzungen für die notwendige Kooperation mit Disziplinen des technischen Umweltschutzes.
- Sie verfügen, u. a. aufgrund ihrer Orts- und Strukturenkenntnisse, über optimale Voraussetzungen für die Durchführung von Ortsbegehungen.
- Sie können aufgrund ihres Aufgabenspektrums und ihrer Erfahrung auf diesem Gebiet umwelt- und seuchenhygienische sowie sozialmedizinische Ansätze miteinander vernetzen.

Zum strukturellen Ausbau der Umweltmedizin gehört auch die Entwicklung von Kommunikations-, Informations- und Beratungssystemen. Einrichtungen wie die EDV-gestützte *Umweltmedizinische Beratungsstelle am Medizinischen Institut für Umwelthygiene an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*, das *Hygiene-Institut des Ruhrgebiets Gelsenkirchen* und die *Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen* leisten hier Pionierarbeit.

Die bestehende informationelle Infrastruktur ist weiterzuentwickeln, um dem vielfältigen Informationsbedarf zur Erfüllung der komplexen umweltmedizinischen Aufgaben des *Öffentlichen Gesundheitsdienstes* Rechnung zu tragen.

Die niedergelassene Ärzteschaft arbeitet mit dem örtlichen Gesundheitsamt insoweit zusammen, als von dort epidemiologische und, soweit verfügbar, meßtechnische Daten für sachgerechte Diagnosen und Beratungen zur Verfügung gestellt werden. Sollte gleichwohl eine fachgerechte Diagnostik nicht möglich sein, so können Beratungsstellen, z. B. beim *Medizinischen Institut für Umwelthygiene, Düsseldorf*, beim *Hygiene-Institut des Ruhrgebiets, Gelsenkirchen* und beim *Institut für Hygiene und Arbeitsmedizin der RWTH Aachen* hinzugezogen werden.

Es kann unterstellt werden, daß zwar bestimmte Umweltbelastungen die Ursache für gesundheitliche Beeinträchtigungen und damit Kostenverursacher in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, dieser Faktor aber in den Kostendämpfungsbemühungen gar nicht oder nur unzulänglich berücksichtigt wird.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach § 20 SGB V den Auftrag, den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken. Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durch die Unfallversicherungsträger ist dies bereits gängige Praxis. In Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen in den Unternehmen sind die gesetzlichen Krankenkassen in der Lage, betriebliche Präventionsmaßnahmen erfolgreich durchzuführen. Bei umweltbedingten Gesundheitsrisiken ist dies nur dann möglich, wenn gesicherte Daten und Fakten vorliegen und die erforderliche Infrastruktur der Umweltmedizin geschaffen ist.

Mit dem Ausbau der diagnostischen Möglichkeiten bei umweltmedizinisch verursachten Erkrankungen wachsen auch die Chancen einer ursachenbezogenen und damit erfolversprechenden Therapie. Aufgabe der *Kassenärztlichen Vereinigungen* im Zusammenwirken mit der *Gesetzlichen Krankenversicherung* ist es, die medizinische Versorgung nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sicherzu-

stellen, dies ohne Rücksicht auf die Zahl der betroffenen Patienten und grundsätzlich auch auf die Höhe der Behandlungskosten im Einzelfall. Mag die Zahl der hier einzuordnenden Krankheitsfälle auch gering sein, so ist doch die Vollständigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich daraufhin zu überprüfen, ob das vertragsärztliche Instrumentarium ausreicht, um umweltmedizinische Erkrankungen zu behandeln. Es ist unbestritten, daß dazu auch stets die erforderlichen Gebührenpositionen für eine angemessene Vergütung der erforderlichen medizinischen Leistungen diagnostischer und therapeutischer Art gehören. Hierzu ist eine Bedarfsanalyse erforderlich. Die Prüfung ist umso notwendiger, als das Fehlen adäquater Gebührenpositionen möglicherweise einer der Gründe für die nur zögerliche Einbeziehung diagnostischer und gegebenenfalls therapeutischer Verfahren in die vertragsärztliche Diagnose- und Therapietätigkeit ist. In der Geschichte der Medizin hat es immer wieder neue Therapieentwicklungen gegeben, die mit ihrer Einführung kostspielige bisherige anderweitige Therapiemethoden ersetzen und auf diese Weise trotz ihrer Kostenträchtigkeit im Ergebnis nicht zu erhöhten Ausgaben geführt haben. Die Ergebnisse werden zu gegebener Zeit auch in einen Verfahrensvorschlag für alle Beteiligten einzumünden haben.

Da Erkrankungen durch die in Entstehung und Auswirkung zum Teil sehr differenzierten Umwelteinflüsse, entsprechend den einzelnen mehr oder weniger spezifischen Symptomen, verschiedene Abteilungen innerhalb des Krankenhauses ansprechen, findet die *Umweltmedizin im Krankenhaus* ihren Niederschlag als Teilaufgabe der einzelnen Fachgebiete. Die Einrichtung einer Umweltmedizinischen Fachabteilung mit eigenem Bettenbestand würde dagegen der hier erkennbaren Aufgabenstellung nicht gerecht werden.

Um den Ärzten der einzelnen Abteilungen jedoch die für die Behandlung notwendigen Informationen in Bezug auf die eine

Erkrankung auslösenden Umwelteinflüsse bereitzustellen, kann es im Einzelfall für das Krankenhaus sinnvoll sein, an das *Noxen-Informationssystem der Landesregierung* angeschlossen zu werden.

Die medizinischen Fachbereiche der wissenschaftlichen Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen haben sich in Lehre, Forschung und Krankenversorgung des Themas Umweltmedizin bereits zu einer Zeit angenommen, als dieses Thema in einer breiteren Öffentlichkeit noch keinerlei Beachtung fand.

Nach der Approbationsordnung für Ärzte haben die Medizinstudierenden einen *Kursus des ökologischen Stoffgebietes* zu absolvieren und müssen sich als Prüfungstoff aneignen: „*Gesundheit und Krankheit des Individuums in deren Wechselbeziehungen zu Umwelt, Gesellschaft und Arbeit. Erkennung, Verhütung, Beseitigung und Bewertung ökologischer Schadensfaktoren*“. Durch diese Unterrichtsverpflichtungen haben sich die Professuren für Hygiene tendenziell zu solchen für Umwelthygiene fortentwickelt. Die medizinischen Fachbereiche der Hochschulen sind jedoch nicht der Auffassung, spezielle Professuren und Abteilungen für Umweltmedizin einrichten zu sollen, da die Umweltmedizin als ein „*Querschnittsfach*“ angesehen wird.

Die umweltmedizinische Diagnose im Einzelfall wie auch die umweltmedizinische Forschung sind eine Aufgabe, die nur interdisziplinär angegangen werden kann. Dabei sind Methoden der Biochemie, analytischen Chemie, Toxikologie, Allergologie, Epidemiologie und vieler anderer medizinischer Einzelwissenschaften einzusetzen.

So gehen insbesondere die *umweltmedizinischen Ambulanzen der Hochschulen*, insbesondere in Düsseldorf und Aachen vor. Die Therapie umweltmedizinischer Gesundheitsschäden, die sehr unterschiedlich ausfallen und verschiedene Organe befallen können, muß den Vertretern der jeweiligen Spezialfächer anvertraut wer-

den. Spezielle Klinik-Betten-Abteilungen für Umweltmedizin-Patienten sind daher nicht sinnvoll.

Die umweltmedizinische Forschung wird in Nordrhein-Westfalen in hervorragender Weise durch das *Medizinische Institut für Umwelthygiene an der Universität Düsseldorf* mit seinen insgesamt 13 Fachabteilungen vertreten. Wegen seiner überregionalen Bedeutung wird es vom Bund und dem Land Nordrhein-Westfalen gemeinsam unterhalten sowie u. a. von interessierten Fachressorts durch Vergabe von Forschungsaufträgen und Gutachten mitfinanziert. Ein umfangreicheres, ausdifferenzierteres oder leistungsfähigeres Forschungsinstitut für Umweltmedizin ist nicht bekannt.

An den verschiedenen Hochschulinstituten und sonstigen Forschungsinstituten in Nordrhein-Westfalen werden darüber hinaus zahlreiche *Forschungsvorhaben zum Thema „Umweltmedizin“* bearbeitet.

Angesichts der begrenzten Ressourcen wäre es wünschenswert, daß die in Frage kommenden „Drittmittelgeber“ für die Forschungsförderung auf dem Gebiet der Umweltmedizin aus Land, Bund und EG bestimmte Forschungsthemen unter dem Gesichtspunkt der Priorität untereinander abstimmen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollten in ein umfassendes Informationssystem einfließen, das in der Lage sein sollte, Forschungslücken aufzuzeigen, um allen forschenden Stellen zu ermöglichen, diese gezielt zu schließen. Eine effiziente Forschungspolitik muß allerdings darauf achten, daß daneben auch bei der Umweltmedizin die Möglichkeit verbleibt, daß einzelne Wissenschaftler ihre Forschungsthemen spontan und selbständig für eine finanzielle Förderung vorschlagen können.

In Nordrhein-Westfalen sind in Bielefeld und Düsseldorf *Aufbaustudiengänge in Gesundheitswissenschaften (Public Health)* eingerichtet worden, die sich sowohl in den Eingangsvoraussetzungen als auch in den fachlich-thematischen Schwerpunkten

unterscheiden. Hier erwerben die Absolventen fachliche Qualifikationen, die für den Bereich der Umweltmedizin, vor allem im öffentlichen Gesundheitswesen, von Nutzen sein können. Es ist zu prüfen, ob mit Blick auf die im *Öffentlichen Gesundheitsdienst* zunehmenden umweltmedizinischen Fragestellungen diese Studiengänge entsprechend fortentwickelt werden können. Dazu bietet sich eine enge Zusammenarbeit mit der *Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf* an.

Zur Verbesserung der Informations- und Entscheidungsgrundlagen auf allen Ebenen der Gesundheitsverwaltung sind leistungsfähige Informationssysteme und Kommunikationsstrukturen zwingend erforderlich.

Im Auftrag der Landesregierung wurde daher ein *Noxen-Informationssystem für den Öffentlichen Gesundheitsdienst* entwickelt. Das *Noxen-Informationssystem* dient der Unterstützung beim Auf- und Ausbau des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes durch Zugangserleichterung zu epidemiologischen, toxikologischen und juristischen Informationen u. a. über chemische Noxen.

Zur Verbesserung der Informations- und Entscheidungsgrundlagen wird eine zentrale *Trinkwasserdatenbank Nordrhein-Westfalen* zu spezifischen und politikrelevanten Daten aufgebaut, um schneller und kompetenter Anfragen aus Politik, Verwaltung, Wissenschaft, Wirtschaft und Öffentlichkeit beantworten zu können.

Diese Informationssysteme sind mit dem Ziel einer Vernetzung mit den Bundesländern, den Bundesbehörden und später auch der EG fortzuentwickeln. Dabei ist auch eine gemeinsame Finanzierung anzustreben.“

● Lösungsansatz

Die Landesgesundheitskonferenz 1993 hat die folgenden Empfehlungen verabschiedet:

„Die Landesgesundheitskonferenz spricht sich dafür aus, daß

- **die Ärztekammern** im Rahmen der Fort- und Weiterbildung der *Ärzte für das Fachgebiet Umwelthygiene/Umweltmedizin* die vorhandenen Angebote u. a. der *Akademie für öffentliches Gesundheitswesen*, der *Gesundheitsämter* und der *wissenschaftlichen Institute* nutzen. Sie wirken in Zusammenarbeit mit dem Land beim *Aufbau eines Netzes von Beobachtungspraxen* maßgeblich mit.
- **die Gesetzlichen Krankenkassen** nach der Schaffung der erforderlichen Infrastruktur der Umweltmedizin prüfen, wie sie *Daten und Fakten über umweltbedingte Gesundheitsrisiken* erheben und auswerten sowie *präventive Maßnahmen* auf dem Gebiet der Umweltmedizin einführen bzw. ausbauen können.
- **die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gesetzlichen Krankenkassen** nach einer Analyse des tatsächlichen Bedarfs und anschließender Bewertung feststellen, inwieweit notwendige *Veränderungen in ihrer Gebührenordnung* herbeizuführen sind, um die nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen diagnostizierbaren umweltverursachten Krankheitsbilder als solche erkennen und einer erfolgversprechenden Behandlung zuführen zu können und gegebenenfalls darauf hinzuwirken, daß die Gebührenordnungen entsprechend ergänzt werden.
- **die Krankenhausgesellschaft** darauf hinwirkt, daß *zwischen den Fachgebieten* (z. B. Dermatologie, Neurologie, Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) ein *intensiver Informationsaustausch* stattfindet.
Die Landesgesundheitskonferenz geht davon aus, daß die Einrichtung umweltmedizinischer Fachabteilungen mit eigenem Bettenbestand der hier erkennbaren Aufgabenstellung zur Zeit nicht gerecht werden würde.
- **die Hochschulen** den bisherigen Ansatz zur *Förderung umweltmedizinischer Aspekte* in Lehre, Forschung und Krankenversorgung fortsetzen.
- **die Kreise und kreisfreien Städte** die *Umwelthygiene/Umweltmedizin* als eine der *vorrangigen Aufgaben der Gesundheitsämter* betrachten und längerfristig entsprechend vorhalten, etwa in einer Abteilung für Umwelthygiene/Umweltmedizin. Das Gesundheitsamt sollte eine qualifizierte umweltmedizinische Beratung anbieten. Dem Beratungs- und Informationsbedarf der Bürgerinnen und Bürger sollte durch geeignete Öffentlichkeitsarbeit verstärkt entsprochen werden. Dabei sind die Ortsnähe der Beratungsstellen im Gesundheitsamt, die Akzeptanz beim Bürger und in der Verwaltung gefragt. Die Erfahrungen mit öffentlicher Dialogführung sind wichtige Voraussetzungen bei der Umsetzung dieser Anforderungen.
- **die Landesregierung** die entsprechenden *Rechtsgrundlagen für die umweltmedizinischen Aufgaben der Gesundheitsämter* im Zuge der Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sichert.
- **die Landesregierung** in *Kooperation mit Bund und Ländern* intensiv darauf hinwirkt, die vorhandenen Bewertungsmaßstäbe und Verfahren so weiterzuentwickeln, daß gesundheitliche Belange ihrer Bedeutung entsprechend berücksichtigt werden können.
- **die Landesregierung** die bereits im Aufbau befindlichen *Informationssysteme* (Noxen-Informationssystem, Trinkwasserdatenerfassungs- und Informationssystem, Trinkwasserdatenbank) zügig weiterentwickelt, eine *Kooperation mit den anderen Ländern sowie den zuständigen Bundesbehörden* insbesondere dem Bundesgesundheitsamt aufbaut sowie eine gemeinsame Finanzierung dieser um-

weltmedizinisch bedeutsamen und notwendigen Informationssysteme anstrebt.

- **die Landesregierung** sich dafür einsetzt, die *Datenbasis* (z. B. durch die *ökologische Berichterstattung*) im Rahmen der kommunalen und Landesgesundheitsberichterstattung zu verbessern und auf Länderebene und mit dem Bund abzustimmen.
- **die Landesregierung** prüft, ob und inwieweit in diesen Fragen bereits jetzt eine *Vernetzung auf EG-Ebene* sinnvoll und möglich ist. Dabei sind die Informationssysteme des technischen Umweltschutzes und des Arbeitsschutzes zu berücksichtigen.“

● Ausgewählte Aktivitäten in NRW

- ◆ Einrichtung eines Trinkwasserdatenerfassungs- und Informationssystems
- ◆ Trinkwasserdatenbank NRW
- ◆ Noxeninformationssystem
(vgl. auch Ziel 10)
- ◆ Gesundheitsbezogene Informationen über die Umweltambulanzen und deren Datenbanken
- ◆ *Aufbaustudiengänge in Gesundheitswissenschaften (Public Health)* in Bielefeld und Düsseldorf mit umweltmedizinischen Schwerpunkten
- ◆ *Medizinisches Institut für Umwelthygiene an der Universität Düsseldorf* mit seinen insgesamt 13 Fachabteilungen
- ◆ *Zahlreiche Forschungsvorhaben zum Thema „Umweltmedizin“* an verschiedenen Hochschulen und Forschungsinstituten in Nordrhein-Westfalen

- ◆ *Umweltmedizinische Ambulanzen der Hochschulen*, insbesondere in Düsseldorf und Aachen
 - ◆ Beratungsstellen, z. B. beim *Medizinischen Institut für Umwelthygiene, Düsseldorf*, beim *Hygiene-Institut des Ruhrgebiets, Gelsenkirchen* und beim *Institut für Hygiene und Arbeitsmedizin der RWTH Aachen*
 - ◆ Einführung einer Gebietsbezeichnung „*Hygiene und Umweltmedizin*“ und einer Zusatzbezeichnung „*Umweltmedizin*“ in die *Ärztliche Weiterbildungsordnung* u.a. auf Betreiben der *Ärzttekammern in NRW*
 - ◆ Erarbeitung eines Konzeptes der Gesundheitsverträglichkeitsbeurteilung im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrens der *Umweltverträglichkeitsprüfung* durch eine Bielefelder Arbeitsgruppe des Public-Health-Forschungsbundes NRW
- Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994* Abschnitt B „Gesundheitsrisiken“: Einzelkapitel
- ◆ „Luftschadstoffe und Gesundheit“.

● Eine Indikatorauswahl

ist zu diesem Gesundheitsziel noch nicht erarbeitet worden.

NRW-Ziel 6: Primäre Gesundheitsversorgung

(Grundlage HFA 28)

Bis zum Jahr 2005 sollte die primäre Gesundheitsversorgung in NRW mit gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und unterstützenden Leistungen sowie durch Förderung der Selbsthilfe des einzelnen Menschen, von Familien und Bevölkerungsgruppen verbessert weiterentwickelt werden.

● Konkretisierung

a - Quantitative und qualitative Sicherstellung der Versorgung durch Hausärzte (mit einer Stärkung ihrer Rolle), Fachärzte und andere Fachkräfte des Gesundheitswesens

b - Erbringung von präventiven, kurativen, rehabilitativen und unterstützenden Leistungen überwiegend durch Leistungssysteme im Nahbereich

c - Einbeziehung der Selbsthilfe in die ambulante Gesundheitsversorgung

d - Weiterentwicklung der Handlungsstrategien der aufsuchenden Arbeit zur besseren Erreichung benachteiligter Gruppen

e - Leistungssteigerung in der ambulanten Versorgung durch Abstimmung und zielorientierte Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer und Versorgungsebenen sowie der beteiligten Berufsgruppen für den Einzelfall

f - Bessere Verzahnung der Versorgungsebenen (u.a. durch ortsnahe Koordination), auch mit der stationären und teilstationären Versorgung

g - Sicherung eines leistungsfähigen Rettungsdienstes

h - Sicherstellung der pflegerischen und sozialpflegerischen Versorgung.

● Hintergrund

Basis einer bedarfsgerechten gesundheitlichen ambulanten Versorgung ist die **Entwicklung und Konsolidierung eines differenzierten Dienstleistungsangebots auf der**

lokalen Ebene. Wesentliche Kriterien für die Effektivität lokaler Strukturen sind die Niedrigschwelligkeit der vorgehaltenen Angebote, die Vielfalt und die Qualität der vorgehaltenen Dienstleistungen sowie die wechselseitige Ergänzung professioneller, halb-professioneller und laiengestützter Leistungen. Eine besondere Rolle kommt in Nordrhein-Westfalen auch der Beobachtung der regionalen Unterschiede in der Dichte des Leistungsangebots der ambulanten Gesundheitsversorgung zu.

Im medizinischen Bereich des Gesundheitswesens hat die Rolle des Hausarztes mit seinen Koordinierungs-, Dokumentations- und Delegationsaufgaben in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung verloren. Der Anteil der Ärzte mit hausärztlicher Funktion nahm - bei einer insgesamt steigenden Zahl niedergelassener Mediziner - ab. Fachärzte und die Erbringung spezialisierter, auch technischer Leistungen gewannen an Gewicht. Diese Entwicklung wird vielfach als unbefriedigend empfunden. Unter eher ökonomischen Gesichtspunkten ist der Honoraranteil für Hausärzte gegenüber den Fachärzten immer mehr gesunken. Das 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz wurde u.a. auch von dem Willen zu einer Stärkung der Position des Hausarztes geleitet. Die Gesundheitsminister der Länder haben diese Notwendigkeit 1994 und 1995 noch einmal bekräftigt. Aufgabenzuschnitt, Organisation und Finanzierung sowie die weiteren Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung einschließlich der Rolle der Krankenhäuser - ggf. im Rahmen einer gesetzgeberischen Weiterentwicklung - sind noch nicht abschließend diskutiert.

Im Pflegebereich ist derzeit durch die Einführung der Pflegeversicherung ein bedeutsamer Wandel eingetreten. Eine Neubestimmung zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Pflegebereich steht an. Die gegenwärtige Situation bedarf einer besonderen Beobachtung, damit sich durch Einführung der Pflegeversicherung die Versorgungssituation in allen Bereichen verbessern kann, wenn Zuständigkeiten, Leistungsangebote und Organisationsstrukturen neu strukturiert werden.

Im Bereich der Schwangerenvorsorge, der geburtshilflichen und Neugeborenenversorgung konnte in Nordrhein-Westfalen - wie in der Bundesrepublik Deutschland allgemein - in den vergangenen Jahren die Säuglingssterblichkeit erheblich gesenkt werden (die Bundesrepublik gehört inzwischen zu den Ländern mit sehr niedriger Säuglingssterblichkeit). Hier ist zu überprüfen, wie in Nordrhein-Westfalen weitere Verbesserungen und Koordinierungen auf örtlicher Ebene zu leisten sind, um Differenzen zu vergleichbaren Regionen in der Bundesrepublik auszugleichen. Die **Gesundheitsministerkonferenz (GMK)** ist in ihrer Stellungnahme Ende 1994 „... der Auffassung, daß vor allem die regional unterschiedliche Verteilung der Säuglingssterblichkeit, der im Vergleich zur Frühsterblichkeit (Sterblichkeit in der ersten Lebenswoche) deutlich geringere Rückgang der Nachsterblichkeit (2. bis 12. Lebensmonat) und der immer noch häufige plötzliche Säuglingstod es nach wie vor nicht zulassen, sich mit dem Erreichten zufriedenzugeben. Im Gesamtkontext müssen außerdem die Totgeburtenrate, die Frühgeburtlichkeit und die Gesundheitsstörungen Neugeborener verstärkt ins Blickfeld rücken.

Die Bemühungen um die Gesundheit von Mutter und Kind als einem zentralen gesundheitspolitischen Anliegen müssen daher intensiv fortgesetzt werden.

Da unzweifelhaft ein besonderer Zusammenhang mit sozialen Faktoren besteht, muß sowohl in der Aufklärung und Prä-

vention als auch in der Versorgung und Betreuung von Schwangeren und Säuglingen nach Strategien gesucht werden, die es ermöglichen, die Zielgruppe der sozial benachteiligten Frauen bzw. Familien besser zu erreichen.“

Ein elementarer Bereich der gesundheitlichen Primärversorgung betrifft die **Kinder- und Jugendgesundheitspflege**. Hier sind verstärkt zu beachten:

Entwicklung des *Durchimpfungsgrads der Kinder und Jugendlichen* bezüglich der wichtigsten Infektionskrankheiten in den jeweiligen Entwicklungsaltern und als Basisimmunisierung für das Erwachsenenalter.

Schulgesundheitspflege und die darin enthaltenen Aspekte der intervallweisen Beurteilung von Entwicklungs- und Reifungsgrad. Dabei ist auf Nahtlosigkeit zwischen der Schulgesundheitspflege und der ambulanten medizinischen Versorgung Wert zu legen. Besonderer Stellenwert gilt dabei der in Kooperation mit pädagogischem und psychologischem Personal zu leistenden individuellen Schullaufbahnberatung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen und Leistungsproblemen im Schulbereich.

Jugendzahnpflege u. a. im Sinne eines verstärkten Einsatzes der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen.

Problemadäquate *Prävention und Intervention bei Drogen- und Alkoholproblemen* Jugendlicher, insbesondere in urbanen Lebensumgebungen mit hohem Gefährdungspotential und einer weiten Verbreitung von Drogen- und Alkoholproblemen.

Zielgerichtete Aufklärung und Gesundheitserziehung zum *Thema AIDS*.

Einen weiteren Bereich der professionellen, ambulanten gesundheitlichen Versorgung stellt die breite Palette **nicht-ärztlicher und nicht-pflegerischer gesundheitsbezogener Dienstleistungen** dar (wie beispielsweise Psychotherapie und psychologische Beratung, Heilpädagogik, Sprachheilpädagogik, Psychomotorische

Förderung, Logopädie, Ernährungsberatung, Krankengymnastik, Ergotherapie, weitere komplementäre Dienste, alternative Heilweisen, Heilpraktikerbehandlungen). Dieses Spektrum gliedert sich formal nach dem Kriterium der Aufnahme bzw. Nicht-Aufnahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Davon berührt ist auch die Fragestellung, ob es sich um Dienstleistungen in der Delegationsverantwortung von Kassenärztinnen und Kassenärzten handelt.

Festzustellen ist die Tatsache einer - für den einzelnen teilweise unübersichtlichen - *Vielfalt von Angeboten*, die im positiven Sinne einen Reichtum der im Land vertretenen Dienstleistungs- und Therapieangebote darstellt. Ungünstige Aspekte entstehen durch die Schwierigkeiten für diejenigen, die eine Inanspruchnahme benötigen oder wünschen, sich eine brauchbare Orientierung über die lokale bzw. regionale Angebotssituation, über die voraussichtliche Wirksamkeit sowie das Risiko eingesetzter Methoden und über die Angemessenheit des jeweils gegebenen Preis-Leistungs-verhältnisses zu verschaffen. Eine Vorklärung in diesem schwierigen Terrain des Schutzes von Patienten- und Versicherteninteressen übernehmen die Kassen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung durch ihre von unterschiedlichen Kriterien und Motiven getragene Gestaltung ihrer Leistungskataloge. Da diese Entscheidungsgrundsätze nicht zwangsläufig vorhandene Bedarfe und Interessen der Versicherten decken - insbesondere, wenn Einsparungsmotive und einschneidende quantitative Begrenzungen (wie etwa im Bereich kassengetragener krankengymnastischer Anwendungen oder medizinischer Massagen) ausschlaggebend sind - bleiben hier *berechtigte Wünsche nach Angebotstransparenz offen*.

Der *Wettbewerb* zwischen den Versicherungsträgern und Leistungserbringern verstärkt die Notwendigkeit zu Transparenz und Qualität - i. S. von Instrumenten zum Schutz der Verbraucher.

Besondere Beachtung verdient im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung der **Bereich der Laienhilfe, der Selbsthilfe**, der vereinsgestützten und **ehrenamtlichen Aktivitäten**. Weit über die Hälfte aller gesundheitsbezogenen Handlungen und Leistungen werden im Bereich von Familie, Freunden und Nachbarn erbracht, wobei auch ein Teil dieser Leistungen die Primärversorgung betrifft.

Hingewiesen wird ferner auf die Dienstleistungen im Rahmen einer effektiven präklinischen Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten und eines qualifizierten Krankentransports als medizinisch-organisatorische Einheit der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr durch die Kreise und kreisfreien Städte als Träger des *öffentlichen Rettungsdienstes*.

Zum Abschluß soll aufmerksam gemacht werden auf den Bereich von gesundheitsrelevanten Dienstleistungen, die im WHO-Programm als **sektorübergreifend** bezeichnet werden: hierbei handelt es sich um die Tätigkeit in und - im Sinne einer bereits begonnenen und zukünftig zu verstärkenden Verzahnung - **Kooperation mit benachbarten Diensten und Angeboten**: im Bereich der *Sozialstationen*, der *psychosozialen Dienste*, der *familienorientiert arbeitenden Dienste und Beratungseinrichtungen*, der gruppenspezifisch ausgerichteten Angebote (*Jugendhilfe, frauenspezifische Angebote, ausländerbezogene Gruppen und Anlaufstellen, AIDS-Hilfe, Drogenhilfe* u.a.), der lebensbereichorientierten *Hilfsangebote an Arbeitsplatz, Schule, Freizeitzentren, Sportorganisationen und im Stadtteil bzw. am Wohnort*. Hier bestehen in Nordrhein-Westfalen bereits vielfältige Grundlagen für eine zukunftsweisende Gesundheitspolitik, die sich im Rahmen der Zieleentwicklung sinnvoll und tragfähig ausbauen und konsolidieren lassen.

● Lösungsansatz

Nordrhein-westfälische Politik im Bereich der primären Gesundheitsversorgung soll

sich in der Initialphase des Programms der NRW-Gesundheitsziele ganz ausdrücklich *auf eine bewußt patientenorientierte Sichtweise* stützen. Betrachtet man die eigenen Aussagen der relevanten Leistungsträger im Gesundheitswesen, so läßt sich erkennen, daß - bei aller Vielfalt der Gestaltungsvorstellungen - ein solcher Ansatz eine gemeinsame Basis der im Land an diesem Tätigkeitsfeld Beteiligten darstellt. Der ebenfalls erforderliche Abgleich zwischen im Feld vorhandenen Einzel- und Gruppeninteressen ist mit dieser Gewichtung eindeutig in die zweite Linie gestellt.

In diesem Sinne erfordert die Projektierung dieses NRW-Gesundheitsziels eine deutliche und gewissenhafte Darstellung der enthaltenen **Einzelkomponenten primärer Versorgung**. Die vorhandenen Ansätze in der nordrhein-westfälischen Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsstatistik sollen in diesem Sinne zu einem aussagefähigen Instrument entwickelt werden, welches den zukünftig gesteigerten Anforderungen an Transparenz und Planungsgrundlagen für alle an der Primärversorgung beteiligten Akteure entsprechen kann.

Grundlinien zukünftiger Gestaltung der primären Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen orientieren sich an bewährten Strukturen und an Handlungsschwerpunkten, wie sie im vorigen Abschnitt skizziert worden sind.

Im ambulanten ärztlichen Bereich ist eine *Stärkung der Rolle des Hausarztes* beabsichtigt. Die Möglichkeiten eines Ausbaus dieser Funktion sollten verstärkt in die Erörterungen und Weichenstellungen in Zusammenhang mit der NRW-Gesundheitszielprogrammatik einbezogen werden. Die Ergebnisse des noch laufenden gesundheitspolitischen Diskussionsprozesses sind entsprechend zu berücksichtigen.

Die verstärkte Einbindung der *Krankenhäuser* in eine integrierte, vernetzte und damit übergreifende Versorgungsstruktur mit ihren stationären, teilstationären und

ambulanten Funktionen (^{4*}): Auch hierbei werden die Ergebnisse des noch laufenden gesundheitspolitischen Diskussionsprozesses entsprechend zu berücksichtigen sein. Die Krankenhäuser sind auch im Begriff, sich über die traditionelle Krankenhausversorgung hinaus in Richtung Rehabilitation, Pflege und Vor- bzw. Nachsorge weiterzuentwickeln. Zu diesem neuen Stellenwert der Krankenhäuser für die Gemeinde tragen auch Gesundheitsförderungsangebote der Krankenhäuser bei.

Für den sich neuordnenden **Pflegebereich** sollte ebenfalls das Betroffeneninteresse Leitlinien abgeben für die zu fördernde Richtungsgebung der künftigen Entwicklung. In diesem Interesse liegt eine möglichst flächendeckende und leistungsstarke Pflege vor Ort. Sie sollte den jeweiligen lokalen Bedingungen und Extremen (z.B. den grundsätzlich andersartigen Bedingungen in städtischen und ländlichen Gebieten) gewachsen sein. Dabei ist sicherzustellen, daß auch der Aufbau von Tagespflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Brückenfunktion zwischen ambulantem und stationärem Bereich durch die Neuordnung im Rahmen der Pflegeversicherung weiter fortgesetzt und entwickelt wird. Die *Empfehlungen der 67. Gesundheitsministerkonferenz vom November 1994* werden als Leitlinie für die zukünftigen Auswirkungen der Pflegeversicherung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen genommen und wie folgt zitiert:

„...Die Gesundheitsministerkonferenz spricht sich wegen des zum Teil großen zeitlichen Vorlaufs der notwendigen Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens dafür aus, auf der Grundlage des beigefügten Berichts und nach Abstimmung mit den für die Planung und Organisation von Einrichtungen und Diensten der Pflege federführend Verantwortlichen die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Dies gilt insbesondere für

⁴ vgl. hierzu Protokollnotiz im Anhang

- die zielgruppenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit,
- den Ausbau der - vor allem ambulanten - geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilitation im wohnortnahen Bereich einschließlich der aufsuchenden Dienste, auch durch Einleitung von Modellmaßnahmen und Verabredungen zur Qualitätssicherung,
- die Einleitung von Modellvorhaben zu Betreuungsdiensten für chronisch Kranke,
- die Verstärkung konkreter Maßnahmen zur Gewinnung und Qualifizierung von Fachpersonal, insbesondere der Pflegeberufe, um den veränderten Aufgaben und dem erweiterten Bedarf Rechnung zu tragen,
- die Abstimmung der Krankenhausplanung mit der bedarfsgerechten Planung von Einrichtungen und Diensten der Pflege. Ambulante und stationäre Rehabilitationsangebote sind in diese Abstimmung einzubeziehen,
- Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen für die Sterbebegleitung/Hospize vor allem durch Mischfinanzierungskonzepte.“

Besondere Anforderungen werden im Neuordnungsprozeß an die **Verzahnung angebotener Dienste** gestellt: einerseits betrifft dies die erforderliche Kooperation vergleichbarer Dienste untereinander, um das örtliche Angebot weitgehend ohne Leistungsentpässe und Versorgungslücken zu organisieren. Andererseits ist die Abstimmung zwischen stationärem und ambulanten Versorgungs- und Pflegebereich neu zu koordinieren und sicherzustellen. Insbesondere auch im *gerontopsychiatrischen Bereich* ist hier eine weitere Entwicklung wünschenswert.

Dabei gilt der *Organisation in horizontaler Richtung* als bedeutsamem Verzahnungsbereich besondere Beachtung: Zusammenarbeit von Haus- und Fachärztinnen sowie

Haus- und Fachärzten mit den lokalen ambulanten Pflegediensten, Zusammenarbeit von allgemeinen Pflegediensten mit spezialisierten Diensten bzw. Personen etwa im neurologischen und orthopädischen Bereich, im Bereich der Physiotherapie, in gerontologischen und psychiatrischen Betreuungsfragen, z. B. auch Fragen der Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Schließlich muß längerfristig das Ineinandergreifen von professionellen Dienstleistungen mit ehrenamtlichen und privaten Initiativen verbessert und intensiviert werden - etwa in Fragen der Sterbebegleitung und in anderen Betreuungsfragen, die sich nicht unter den Dienstleistungssektor der Primärversorgung fassen lassen, die aber damit in Verbindung stehen. Es ergibt sich hier zusätzlich eine Berührungsfläche mit Aufgaben der besonderen bürgernahen Dienste u.a. im Bereich der Rehabilitation und der Betreuung chronisch Kranker, wie sie im NRW-Gesundheitsziel 8 beschrieben werden.

Verzahnung, Vernetzung, Koordinierung von Leistungen in der Fläche und in der vertikalen Ausrichtung zwischen den Anbietern auf der lokalen und der regionalen Ebene sind auch die Leitgedanken der zukünftigen Entwicklung in den anderen, meist auf spezifische Zielgruppen zugeschnittenen Leistungssparten der ambulanten Gesundheitsversorgung im Land. Zukunftsentwicklung, Optimierung und Effektivierung in den Bereichen der Schwangerschaftsberatung und Familienplanung, in der Kinder- und Jugendgesundheitspflege, in der Schulgesundheitspflege, in der Suchtkranken- und Drogenhilfe und in anderen Bereichen der primären Gesundheitsversorgung bedürfen einer gezielten Hinwirkung vor Ort durch mehr Transparenz und Koordinierung bei der Bedarfsfeststellung und Bereitstellung der Versorgungsstrukturen.

Exemplarisch für die Vielfalt derartiger „Versorgungs- und Strukturbausteine“

seien die folgenden Entwicklungsansätze genannt:

Schwangerenvorsorge, geburtshilfliche und Neugeborenenversorgung, Säuglingssterblichkeit - besondere Problemlagen und soziale Erfordernisse (i.S. der GMK-Entschießung 1994)

Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung:

- Fortsetzung der Bemühungen um eine Regionalisierung der geburtshilflichen und Neugeborenenversorgung in Hochrisikofällen u.a. durch Einrichtung von Perinatalzentren,

- Verbesserung von Gesundheitsberichterstattung in diesem Bereich (z.B. durch Zusammenführung von Daten aus Sterbefall-Zählkarten mit Daten aus Geburten-Zählkarten),

- Maßnahmen der Qualitätssicherung (u.a. über regionale Konferenzen bzw. Diskussionskreise unter Beteiligung der Ärzte und Ärztinnen und der Hebammen vor Ort).

Intensivierung von **Schwangerenvorsorge und Familienbetreuung** unter Berücksichtigung besonderer sozialer Problemgruppen: (GMK-Entschießung 1994)

- durch bessere Integration medizinischer und sozialer Dienste,

- durch aufsuchende Betreuung von Schwangeren und Säuglingen durch Hebammen;

verstärkte Betreuung und Präventionsarbeit hinsichtlich der Problematik abhängigkeitskranker Schwangerer und Mütter;

verstärkte Bemühungen um Erforschung der Ursachen und Prävention des plötzlichen Säuglingstods unter Einbeziehung und Mitwirkung der Dienste der Primärversorgung.

Intervention bei psychischen Krisen

Die 1. nordrhein-westfälische Landesgesundheitskonferenz hat sich 1992 mit die-

sem Versorgungsthema befaßt und die folgenden Empfehlungen ausgesprochen:

„Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz zur Intervention bei psychischen Krisen

1. Die Landesgesundheitskonferenz sieht es als notwendig an, die Krisenintervention in allen Kommunen sicherzustellen.
2. Dazu ist die Zusammenarbeit aller Beteiligten in Form eines abgestimmten Organisationskonzeptes erforderlich. Insbesondere ist hierzu die fachliche Kompetenz der niedergelassenen Ärzte, der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und -abteilungen und der psychosozialen Dienste (z. B. Gesundheitsämter, Kontakt- und Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Zentren) gefordert.
3. Die Beteiligten der Landesgesundheitskonferenz erklären jeweils im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bereitschaft, an der Erarbeitung und Realisierung der Organisation von Kriseninterventionen mitzuarbeiten.
4. Die Landesgesundheitskonferenz bittet die Kommunen, koordinierend tätig zu werden, um in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und -abteilungen und den beteiligten psychosozialen Diensten die Sicherstellung einer zeitlich umfassenden multiprofessionellen Krisenintervention auch außerhalb der regulären Dienstzeiten zu organisieren. Dabei sollen vorhandene Praxismodelle in anderen Städten einbezogen werden.
5. Gleichzeitig bittet die Landesgesundheitskonferenz das MAGS, ein Programm zur wissenschaftlichen Begleitung unterschiedlicher Modelle zu finanzieren. Die Ergebnisse dieses Programms sollten zur Weiterentwicklung der Krisenintervention in der psychiatrischen Versorgung dienen und zu gegebener Zeit auf der Landesgesundheitskonferenz diskutiert werden.

6. Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt zur Vorbereitung und Begleitung des Vorhabens eine mit den Beteiligten abgestimmte Arbeitsgruppe einzusetzen.“

Seit 1993 werden im Sinne dieser Empfehlungen in den Regionen Bielefeld, Gütersloh, Köln, Münster und Solingen modellhaft Krisendienste erprobt. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung werden diese vom Land geförderten Krisendienste darauf untersucht, ob sie fachlich effizient und kostengünstig arbeiten, d.h. ob neben einer qualitativen Versorgungsverbesserung auch eine Reduktion von Behandlungs- und Folgekosten z.B. durch frühzeitiges ambulantes Eingreifen dieser Dienste zu erreichen ist. Abschließende Erkenntnisse werden Anfang 1996 verfügbar sein. Zu diesem Zeitpunkt werden auch Ergebnisse darüber vorliegen, inwieweit es in den Modellregionen gelungen ist, die Krisendienste in eine Regelversorgung zu überführen.

Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung

Die 1. nordrhein-westfälische Landesgesundheitskonferenz hat sich 1992 mit dem Thema der gerontopsychiatrischen Versorgung befaßt und die folgenden Empfehlungen ausgesprochen:

„Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung

1. Die Landesgesundheitskonferenz ist der Auffassung, daß eine Verbesserung insbesondere der ambulanten und teilstationären gerontopsychiatrischen Versorgung und Beratung erforderlich ist. Dabei ist auf die Verzahnung mit der somatischen, insbesondere der geriatrischen Versorgung zu achten. Hierzu bieten sich die von der Expertenkommission empfohlenen *gerontopsychiatrischen Zentren* an, von denen es erste Ansätze in Nordrhein-Westfalen gibt.

Gerontopsychiatrische Zentren bestehen aus einem ambulanten Dienst, einer Tagesklinik und Möglichkeiten zur Beratung alter Menschen. Sie können institutionell oder als funktionaler Verbund arbeiten. Dabei sind die gesetzlichen Vorschriften und gewachsene Strukturen zu beachten.

2. Der ambulante Dienst der gerontopsychiatrischen Zentren soll je nach Bedarf folgende Aufgaben übernehmen:
 - Beratung der behandelnden Ärzte,
 - Konsiliardienst für den Heimbereich,
 - Hausbesuche mit einem interdisziplinären Team zur Abklärung von Versorgungserfordernissen (in Abstimmung mit Angehörigen bzw. Bezugspersonen),
 - individuell und in Gruppen durchgeführte Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen psychisch kranker alter Menschen,
 - Schließung von Lücken in der ambulanten Therapie.
3. Die gerontopsychiatrische Tagesklinik soll je nach Bedarf folgende Aufgaben übernehmen:
 - diagnostische Abklärung,
 - teilstationäre medizinische Behandlung von Patienten, deren Versorgung nachts und am Wochenende gewährleistet ist,
 - Einleitung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen von Gruppenprogrammen,
 - Begleitung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung.
4. In gerontopsychiatrischen Zentren sollten Altenberatungssprechstunden zur Beratung betroffener älterer Menschen, vor allem der Angehörigen bzw. Bezugspersonen psychisch kranker älterer Personen eingerichtet werden.

5. Die gerontopsychiatrischen Zentren sollten eng zusammenarbeiten mit:
 - den niedergelassenen Ärzten,
 - den Einrichtungen der allgemeinpsychiatrischen Versorgung,
 - gerontopsychiatrischen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser,
 - Ärzten und Einrichtungen der somatischen, insbesondere geriatrischen Versorgung,
 - Einrichtungen der Altenhilfe,
 - Sozialstationen und Sozialpsychiatrischen Diensten.
6. Die Beteiligten an der Landesgesundheitskonferenz beteiligen sich im Rahmen ihrer Zuständigkeit am Aufbau von bedarfsgerechten Versorgungseinrichtungen zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung.“

Seit 1992 sind in unterschiedlichen nordrhein-westfälischen Regionen gerontopsychiatrische Behandlungsangebote in Erprobung, die in erster Linie der Verbesserung der gemeindenahen Versorgung, d.h. auf Koordinierung und Verzahnung allgemeinmedizinischer, psychiatrischer und sozialer Dienste ausgelegt sind. Wesentliche Zielsetzung ist, stationäre Versorgung zu entlasten bzw. zu ersetzen und einer Hospitalisierung von psychisch kranken alten Menschen entgegenzuwirken. Von den abschließenden Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung, die Ende 1995 vorliegen werden, wird es abhängen, ob das in den Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz erwähnte *Modell des gerontopsychiatrischen Zentrums* in der vorgenannten Konstellation tragendes zukünftiges Element der Regelversorgung für Nordrhein-Westfalen werden kann.

(Ortsnahe) Koordinierung

Ein Ansatz zu solchen Lösungsmöglichkeiten liegt in dem von der Landesregierung initiierten Modellvorhaben „Ortsnahe

Koordinierung“, in dem für die gesundheitliche, soziale und pflegerische Versorgung eine Verbesserung der ortsnahen Zusammenarbeit und Verzahnung der Angebote zwischen allen jeweils Beteiligten erreicht werden soll.

Gesundheitskonferenzen

Ein Impuls zur Abstimmung und Zusammenarbeit auf der regionalen/örtlichen Ebene geht entsprechend von in einigen Kommunen bereits gebildeten *Gesundheitskonferenzen/Gesundheitsforen* und damit in Verbindung stehenden Arbeitskreisen und -ausschüssen aus. Eine Grundlage für solche Innovationen regionaler Gesundheitspolitik ist durch bereits gebildete Gremien dieser Art in NRW inzwischen geschaffen worden.

In Nordrhein-Westfalen finden seit 1992 jährliche Landesgesundheitskonferenzen statt. Die Landesgesundheitskonferenz verabschiedet einvernehmliche Entschlüsse, die als eine Art *Selbstverpflichtung aller Verantwortlichen im Gesundheitswesen* wichtige Impulse setzen. Bisherige Themen waren die *außerstationäre psychiatrische Versorgung (1992)*, die *Umweltmedizin (1993)* und die *Gesundheitsförderung (1994)*. Thema 1995: *Fortführung der Gesundheitsreform (insbesondere Krankenkassenwettbewerb und neue Vertragsmodelle)*.

Übergeordnete Gesichtspunkte in diesen Innovationsbereichen von Gesundheitspolitik sind Einführung und Einübung kooperativer und konsensfördernder Verfahren zur *gemeinsamen Bewältigung anstehender Herausforderungen im Gesundheitswesen* nach der Jahrtausendwende. Die Einführung von *Landesgesundheitskonferenzen* und von dem dazugehörigen ständigen *Gremium des Vorbereitenden Ausschusses*, die abgestimmte *Einführung einer zieleorientierten Gesundheitsprogrammatik auf Landesebene* und die sukzessive Entwicklung einer - vom entsprechenden

Geist getragenen - regionalen und kommunalen Infrastruktur im Bereich dezentraler Planung und Organisation von Gesundheitsdienstleistungen wird zukünftig Entwicklungen im Bereich der primären Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen fördern.

Auf der Basis eines solchen, international teilweise bereits erfolgreich praktizierten integrierten Entwicklungskonzeptes sollten sich einerseits die bevölkerungs- und anwendungsorientierten Herausforderungen fachlicher, sozialer und gesellschaftspolitischer Art im Gesundheitsbereich unseres Landes bewältigen lassen. Andererseits liegt darin auch ein zeitgemäßer Ansatz, die damit in Verbindung stehenden organisatorischen, ökonomischen und interessenspolitischen Gegenstandsbereiche in ergebnisfördernde, konstruktive Entwicklungen für die Zukunft zu überführen.

Gesundheitsberichterstattung und -information

Eine gut dokumentierte quantitative und qualitative Bestandsaufnahme bisheriger Leistungen und Leistungserbringer, eine Identifizierung und Bewertung von Stärken und Schwachpunkten der bisherigen Organisation auf lokaler Ebene sollte die Weichen stellen für eine Zukunftsaufgaben gewachsene Neuorientierung im Sinne von faktenorientierter, auf Evaluationsergebnissen basierender Gesundheitsplanung und Angebotsorganisation.

In diesem Sinne sind Informationen über den Bereich der gesundheitlichen Primärversorgung und komplementär über die anderen Einzelbereiche des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens auf allen Ebenen für sinnvolle Weichenstellungen für die Zukunft nötig.

Deshalb ist es erforderlich, die Gesundheitsberichterstattung auf Landesebene fortzuentwickeln, auf die europäische Ebene auszurichten und zu einem lokalen Netz mit der Funktion eines Servicekonzeptes

kommunaler Gesundheitsberichterstattung auszubauen.

● Ausgewählte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen

- ◆ Landesprogramm „Gesundheit für Mutter und Kind“ u.a. zur Senkung der Säuglingssterblichkeit
- ◆ Landes-AIDS-Programm
- ◆ Entwurf einer Weiterbildungsordnung „Häusliche Pflege“
- ◆ Entwicklung von Ausbildungsgängen, Fort- und Weiterbildung (einschließlich der Fachhochschulstudiengänge) und des Berufsbildes „Altenpfleger/-in“ mit den verschiedenen Weiterbildungsmöglichkeiten
- ◆ Erprobung neuer Strukturen zur Intervention bei psychischen Krisen
- ◆ Erprobung koordinierter ambulanter Dienstleistungen im Rahmen von Gerontopsychiatrischen Zentren
- ◆ Förderung von Koordinatoren in den Kommunen des Landes im Bereich der psychiatrischen und Suchtkranken-Versorgung
- ◆ Modellvorhaben „Ortsnahe Koordination“
- ◆ Förderung der Selbsthilfe-Infrastruktur (KISS, KOSKON, Fortbildung, Landesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“)
- ◆ Förderung der Ansprechstellen für die Hospiz- und Sterbebegleitung „Alpha“ im Rheinland und in Westfalen
- ◆ Erprobung von Hausbetreuungsdiensten in der Sterbebegleitung
- ◆ Modellprojekt zur Finanzierung stationärer Hospize
- ◆ Durchführung jährlicher Landesgesundheitskonferenzen

- ◆ Aufbau einer *Landesgesundheitsberichterstattung* mit Vernetzungen auf die europäische Ebene (*ENS-Care*) und auf die lokale Ebene (*kommunales Servicekonzept*)

Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990 Abschnitt C „Gesundheitsschutz“ drei Einzelkapitel zu diesem Gesundheitsziel:

- ◆ C 1 „Arbeitsschutz“
- ◆ C 2 „Erhaltung der Zahngesundheit“
- ◆ C 3 „Selbsthilfegruppen“

Abschnitte D „Gesundheitliche Versorgung“, E „Einrichtungen des Gesundheitswesens“ und F „Berufe und Beschäftigte im Gesundheitswesen“ je zwei Einzelkapitel:

- ◆ D 3 „Ambulante medizinische und soziale Pflege“
- ◆ D 4 „Arzneimittelverordnung in der Arztpraxis“
- ◆ E 1 „Rettungsdienst“
- ◆ E 2 „Medizinische und soziale Pflegedienste“
- ◆ F 1 „Berufsgruppen im Gesundheitswesen“
- ◆ F 2 „Erwerbstätige in den Einrichtungen des Gesundheitswesens“

zusätzlich ist unter Abschnitt A „Gesundheitliche Lage und Lebensqualität“ das Kapitel ◆ A 3.3 „AIDS“ (neue Fassung im *Gesundheitsreport 1994*) enthalten.

Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994 in den entsprechend überschriebenen Abschnitten folgende Einzelkapitel:

- ◆ C „Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen“
- ◆ D „Psychische und psychosomatische Behandlungen in der Arztpraxis“
- ◆ E „Arbeitsmedizinische Dienste“
- ◆ E „Sterbebegleitung und Hospizbetreuung“.

● Exemplarische Indikatorauswahl

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
---------------------------------------	-----	-----	-----

N61 Früherkennung u. Vorsorge

N61.1 allgemein

Schwangerenvorsorgeuntersuchung NRW, Trend	61.11	4.01	
--------------------------------------------	-------	------	--

N61.2 im Arbeitsbereich

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen	61.22	7.07	
--------------------------------------------	-------	------	--

N61.3 Status Mundhygiene

Untersuchungen auf Karies bei Kindern, Kreise	61.31	7.08	
-----------------------------------------------	-------	------	--

N61.4 Durchimpfungsgrad der Bevölkerung

Durchimpfungsgrad	61.40	4.07 4.08	
-------------------	-------	--------------	--

N62 Leistungsstruktur

Sozialstationen	62.13	6.16	
-----------------	-------	------	--

N63 Berufstätige im Gesundheitswesen

Ärzte nach Art der Tätigkeit, NRW	63.11	8.01	
-----------------------------------	-------	------	--

(weitere Indikatoren im Anhang)

NRW-Ziel 7: Krankenhausversorgung

(Grundlage HFA 29)

Bis zum Jahr 2005 sollten die Krankenhäuser in NRW eine kosteneffektive Sekundär- und Tertiärversorgung weiterentwickeln und aktiv dazu beitragen, daß sich Gesundheitszustand der Bevölkerung und Patientenzufriedenheit verbessern.

● Konkretisierung

- a - Unterstützung der ambulanten Versorgung durch die Krankenhäuser im Einzugsgebiet
- b - Erfolgskontrolle der Krankenhausleistungen an Patientengesundheit, -zufriedenheit, Epidemiologie
- c - Verzahnung und Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern im Bereich der ambulanten Versorgung
- d - Bereitstellung einer der Bedarfsstruktur entsprechenden Personalzusammensetzung in Krankenhäusern
- e - Leistungsintegration durch Teamarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe im Krankenhaus
- f - Kosteneffektiver Einsatz von Personal, Geräten, Materialien und Einrichtungen im Krankenhaus durch Kooperation
- g - Einbeziehung von ambulanten Leistungen der Krankenhäuser in die jeweiligen kommunalen bzw. regionalen Netze ambulanter Betreuung
- h - Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Krankenhaus
- i - Maßnahmen der Ökologie im Krankenhaus.

● Hintergrund

Nordrhein-Westfalen hat eine Krankenhauslandschaft auf hohem fachlichem Niveau, das es zu wahren gilt.

Die Krankenhausversorgung ist in der Bundesrepublik Deutschland derzeit einem

weitgehenden Strukturwandel unterworfen. Dabei sind mehrere Hauptlinien der Veränderung zu benennen:

Neuordnung im Bereich der Krankenhausfinanzierung mit Einstieg in die weitere Finanzierung der Investitionen über die Betriebskostenregelungen, die letztlich eine monistische Finanzierung unter Wahrung der Letztverantwortung der Länder vorsehen. Die Neuordnung des Entgeltsystems zur Finanzierung der Leistungen der Krankenhäuser („Leistungsgerechte Entgelte“) wird zu einer Verstärkung wettbewerblicher Orientierungen im Krankenhaussektor führen.

Einführung der allgemeinen Pflegeversicherung mit der dadurch verstärkt notwendigen Klärung des bisherigen Bettenbestandes in Richtung Akutversorgung einerseits und Pflege andererseits. Als Konsequenz wird eine am regionalen Bedarf und an den neu entstehenden ökonomischen Rahmenbedingungen orientierte koordinierte Anpassung der Bettenzahlen in den einzelnen Fachabteilungen und Häusern im Land bzw. in den einzelnen Versorgungsregionen erforderlich.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde eine *degressive Bedarfsentwicklung* (Verkürzung der Verweildauer) verstärkt (vor- und nachstationäre Leistungen und ambulante Operationen am Krankenhaus). Dies ist Ausdruck einer zunehmenden Öffnung der bisher getrennten Bereiche der ambulanten und stationären Versorgung und der damit verbundenen bisherigen Aufgabenteilung. Einerseits wird eine Ausweitung des ambulanten Operierens und der Belegbettenpraxis durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte am Krankenhaus erfolgen,

andererseits ist eine größere Flexibilität bei nichtstationären Leistungen des Krankenhauses beispielsweise in den Leistungsphasen vor und nach chirurgischen Eingriffen vorgesehen. Die Möglichkeiten zur ambulanten Tätigkeit der Krankenhäuser sind -

z. B. für die stationäre Altenpflege im selben Haus - zu erweitern.

Diese Veränderungen der bundesweiten Rahmenbedingungen werden auch für die Krankenhausversorgung Nordrhein-Westfalens erhebliche Folgen haben. Nordrhein-Westfalen befindet sich unter den fünf Bundesländern mit der höchsten Krankenhausbettendichte. Mehr als zwei Drittel der allgemeinen Krankenhausbetten werden von gemeinnützigen Trägern gehalten. Dies ist bei den künftigen Entwicklungen zu berücksichtigen.

Die Veränderung der Rahmenbedingungen bietet für die medizinischen Versorgungskonzepte wie für die Unternehmensausrichtung der Krankenhäuser neben gewissen Risiken vor allem auch große Chancen. Die mit einem Bettenüberhang korrespondierenden Defizite in anderen Bereichen (Rehabilitation und Pflege) ermöglichen eine Umwidmung der betreffenden Krankenhauskapazitäten. Damit würde zugleich ein großer Schritt zum Aufbau von Therapielinien (Akut-/Rehabilitationsversorgung stationär, teilstationär und ambulant, stationäre, teilstationäre und ambulante Pflege) getan. Die Willensbildung der Interessenverbände (*Blaues Papier des Deutschen Ärztetages 1994* und *Erklärung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu den „Gesundheitszentren“*) unterstützen diese Entwicklung, der Modellversuch „*Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung*“ kann sie erleichtern. Allerdings sind die gesetzlichen Regelungen der Planung, Finanzierung, Organisation und Leistung entsprechend zu öffnen.

Die starke Veränderungssituation im Krankenhaussektor hat für die Formulierung einer mittelfristigen Gesundheitszielprogrammatisierung Nachteile wie Vorteile. Ei-

nerseits sind bestimmte prägende Rahmenbedingungen der nächsten Jahre nicht oder nur sehr vage in ihren Entwicklungstendenzen vorhersehbar. Dieser Nachteil läßt sich in Grenzen halten, wenn man von einem fortschreibbaren Lösungsansatz ausgeht.

Vorteile der gegenwärtigen Veränderungssituation bestehen insofern, als bestimmte Grundlinien und Elemente einer landesbezogenen Gesundheitszielsetzung in den laufenden Wandlungsprozeß integriert werden oder gar als Anregungen oder Handlungsrahmen für die Gestaltung der neu zu bewältigenden Aufgaben dienen können.

● Lösungsansatz

Entwicklungs- und Neuorientierungsbedarf wird schwerpunktmäßig in den folgenden Bereichen gesehen:

Das Krankenhaus moderner Konzeption sollte seinen Stellenwert als hochentwickeltes Leistungszentrum für Gesundheitsdienstleistungen im Stadtteil, in der Kommune, in der Region in möglichst vielfältiger Form betonen und ausfüllen. Dabei ist unter Abwägung der Faktoren „Standortbedarf“, „fachliche, personelle, instrumentelle und materielle Ressourcen“, „fachlich und geographisch sinnvolle Aufgabenteilung mit anderen Anbietern“ eine Optimierung der auf die vielfältigen Aufgaben bezogenen Strukturen vorzunehmen.

Ein solcher Optimierungsprozeß sollte nach innen wie nach außen entwickelt werden.

Nach innen ist eine zunehmende **Konzentrierung auf spezialisierte Krankenhausleistungen** verlangt, d.h. auf Leistungen, die unter bestmöglichem Einsatz vorhandener Stärken im personellen Sektor (Qualifizierung/Spezialisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) und im instrumentellen bzw. materiellen Bereich (vorhandene Großgeräte, sonstige Apparatenausstattung, Räumlichkeiten) und unter Verbindung wichtiger Therapieschritte bis

in den ambulanten Bereich erbracht werden.

Nach ökonomischen Kriterien ist ein verstärkt kosteneffektiver Einsatz von Personal, Geräten, Materialien und Einrichtungen des Krankenhauses mit dem Ziel auch verbesserter Patientenführung anzustreben - nicht zuletzt im Sinne einer Behauptung unter verschärften wettbewerblichen Bedingungen hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Reformmodelle für eine Reorganisation des Krankenhausbetriebs sind einzubeziehen.

Bei der *patientenbezogenen Stationsarbeit* geht es um eine Optimierung der Teamarbeit verschiedener Gesundheitsberufe vor Ort, um neue Wege für das Pflegemanagement (Bedeutung von Fachhochschulausbildungen und Studiengängen des neuen Public-Health-Bereichs „*Pflegewissenschaft*“), um neue Impulse im Umgang zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal mit den Patientinnen und Patienten, um Rückkopplungen und Erfolgsbewertungen der täglichen Arbeit über systematische Evaluation und Supervision der erbrachten Leistungen.

In diesem Sinne ist eine *kooperative Qualitätskontrolle der Krankenhausleistungen* anzustreben. Sie liefert Optimierungsinformationen für ein Krankenhausmanagement, welches gleichermaßen Patientenzufriedenheit, Leistungsqualität, Arbeitsbelastung und -zufriedenheit der Beschäftigten und ökonomische Gesichtspunkte in Einklang zu bringen vermag.

Ebenso sind die *Ansätze der Krankenhausökologie* weiterzuentwickeln, die nach ersten Erfahrungen neben der Schonung der Ressourcen und der Umwelt auch einen Gewinn an Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne versprechen.

Nicht zuletzt ist die Logistik der *Kalkulations-, Aufbau und Ablaufsteuerung im Krankenhaus* von Grund auf den skizzierten Erwartungen anzupassen.

Hierbei können sowohl der Projektverbund „*Gesundes Land Nordrhein-Westfalen*“ und

der Forschungsverbund „*Public Health NRW*“ als auch die Landesgesundheitskonferenz Begleitfunktion übernehmen.

Weitere Maßnahmen, die einerseits in der Richtung „*Gesundes Krankenhaus*“ eine Wirkung nach innen entfalten können, andererseits mit Qualitätssicherung in Zusammenhang stehen, sind zu berücksichtigen.

Nach außen sollte das Krankenhaus als Einrichtung zunehmend die Funktionen eines lokalen bzw. regionalen **Schwerpunktes für Gesundheitsdienstleistungen** übernehmen. Die *Weiterentwicklung der Institution Krankenhaus* sollte in mehrfacher Hinsicht erfolgen.

Zum einen ist die *Öffnung für bürgernahe Angebote* zu prüfen, die nicht nur im üblichen Dienstleistungsbereich bisheriger Krankenhausarbeit liegen. Es sollten verstärkt Informationen zu Gesundheitsfragen in krankenhauseigenen Räumlichkeiten angeboten werden und eine Verzahnung von sozialen Diensten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses angestrebt werden, die die Grenzen der Institution Krankenhaus abmildert.

Die Einrichtung Krankenhaus sollte sich auch gegenüber *Laiendiensten* (Beispiel: Selbsthilfe, Hospizbewegung) und gegenüber *Angehörigenkontakten* offener und flexibler verhalten und Möglichkeiten für verbesserte Koordinierung und Kontaktmöglichkeiten schaffen.

Zentraler Punkt einer Flexibilisierung und Weiterentwicklung der Aufgaben der Institution Krankenhaus ist die *Verzahnung der typischen Krankenhausdienstleistungen mit ambulanten Diensten*. Eine Durchlässigkeit in den Bereichen der präoperativen ambulanten Betreuung durch Krankenhausärztinnen und -ärzte, der Weiterbetreuung bei stationären Aufenthalten durch Haus- und Gebietsärztinnen und -ärzte mit Belegbetten, der flexiblen und koordinierten Nachsorge durch Krankenhausärztinnen und -ärzte und/oder ambulante Praxen - je nach

Erfordernis der Einzelsituation von Patientinnen und Patienten - diese Schritte dürften eine bessere Verankerung der Krankenhäuser in ihrem Umfeld bewirken. Sie stehen vorrangig im Dienste einer patientengerechteren Durchführung von Gesundheitsdienstleistungen, die (auch) stationäre Betreuung erfordern. Sie ist geeignet, mehr Kontinuität und Leistungsqualität im Behandlungsprozeß zu ermöglichen und gleichzeitig die Zahl von doppelt erbrachten Dienstleistungen (etwa im Laborbereich) auf ein Minimum zu reduzieren.

Was die *psychiatrische Krankenhausversorgung* anbelangt, so wurde der notwendige *Dezentralisierungsprozeß* verbunden mit einem *Aufbau von teilstationären aber auch von außerstationären Versorgungsangeboten* in Nordrhein-Westfalen bereits vor gut 15 Jahren eingeleitet. Neben 70 psychiatrischen Fachkrankenhäusern gibt es heute bereits 51 psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie knapp 100 Tageskliniken, die - abgesehen von der Verbesserung der Wohnortnähe - wesentlich dazu beigetragen haben, die Berührungspunkte gegenüber der Psychiatrie abzubauen, die Kooperation zwischen den somatischen Fächern und der Psychiatrie zu verbessern, die Fehlbelegungen zu reduzieren und damit die Versorgungsqualität psychisch Kranker deutlich zu verbessern. Im Zuge der Weiterentwicklung der gemeindenahen psychiatrischen Krankenhausversorgung wird es zukünftig in erster Linie darum gehen, einen bedarfsgerechten, qualitäts- und kostenbewußten Umbau in der Krankenhauslandschaft zu verwirklichen, der sich an den Empfehlungen der *Psychiatrieenquête* und der Expertenkommission der Bundesregierung zur psychiatrischen Versorgung orientiert.

● Ausgewählte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen

- ◆ Krankenhauskonzept des Landes Nordrhein-Westfalen aus dem Jahre 1993 mit Expertenkommissionen zur Fortschrei-

bung des Planungs- und Förderrechts und der Bedarfszahlen (Vorlage des ersten Zwischenberichts der Expertenkommission nach Nr. III.1 des Krankenhauskonzepts vom 08.11.1994)

- ◆ Beteiligung der Krankenhäuser an Onkologischen Schwerpunkten
 - ◆ Einrichtung von Perinatalzentren
 - ◆ Neue Pflegemodelle im Krankenhaus
 - ◆ Weiterbildungsberufe für die Fachpflege nach dem Weiterbildungsgesetz Alten- und Krankenpflege
 - ◆ Ausbildung von Pflegemanagerinnen, -managern und von Lehrerinnen und Lehrern für Pflegeberufe an Fachhochschulen in Münster, Bielefeld und Köln
 - ◆ Einrichtung eines Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
 - ◆ Patientenbeschwerdestellen nach dem Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen
 - ◆ Hygienekommission
 - ◆ Modellprojekt „*Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung*“
 - ◆ Krankenhausfachtagungen (z. B. 13.10.1994)
 - ◆ Gesetz- und Verordnungsgebung Bund/Land
- Gesundheitsreport NRW 1990* Abschnitte D „Gesundheitliche Versorgung“ und F „Berufe und Beschäftigte im Gesundheitswesen“ enthalten je zwei Einzelkapitel:
- ◆ D 1 „Struktur der Krankenhausleistungen“
 - ◆ D 2 „Ambulante, teilstationäre und komplementäre psychiatrische Versorgung“
 - ◆ F 1 „Berufsgruppen im Gesundheitswesen“

◆ F 2 „Erwerbstätige in den Einrichtun-

gen des Gesundheitswesens“

● Exemplarische Indikatoreauswahl

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
---------------------------------------	-----	-----	-----

N71 Klinikangebot

Krankenhäuser, 1989 -1991	71.20	6.11	
------------------------------	-------	------	--

N72 Krankenhausausstattung

Bestand an Groß- geräten	72.10	6.22	
-----------------------------	-------	------	--

N73 Krankenhauspersonal

Krankenhaus- personal	73.10	7.18	
--------------------------	-------	------	--

N74 Krankenhausfälle

Krankenhausbe- handlung, Trend,	74.20	7.15	
------------------------------------	-------	------	--

N75 Krankenhausausgaben

Gesundheitsaus- gaben der öffentl. Haushalte, Trend, ab 1990	75.10	10.03	
-----------------------------------------------------------------------	-------	-------	--

(weitere Indikatoren im Anhang)

NRW-Ziel 8:

(Grundlage HFA 30)

Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse

Bis zum Jahr 2005 sollten in Nordrhein-Westfalen die Bürger, die einer Langzeitbetreuung und -unterstützung bzw. spezieller Gesundheitsdienstleistungen bedürfen, Zugang zu angemessenen und hochwertigen Leistungen haben.

● Konkretisierung

- a - Ausbau der Gesundheitsdienste für chronisch Kranke, körperlich und psychisch Behinderte sowie sozial Beeinträchtigte
- b - Koordinierung und Verzahnung von Gesundheits- und Sozialdiensten
- c - Abstimmung und Zusammenarbeit der verschiedenen Politikbereiche bei allen Maßnahmen mit Gesundheitsbezug (Infrastruktur für chronisch Kranke)
- d - Stärkung des Partizipations- und Selbsthilfegedankens, u.a. durch Förderung der Kooperation zwischen Ärzten, anderen Professionellen und Selbsthilfegruppen
- e - Gewährleistung des Zugangs zu einer hochwertigen Versorgung und Unterstützung ggf. durch aufsuchende Arbeit
- f - Weiterer Aufbau von Einrichtungen am Beispiel der gemeindenahen Psychiatrie. Hierzu gehören u.a. die Schwerpunkte:
 - Beschütztes Wohnen fördern
 - Tagesstätten für psychisch Kranke vermehrt anbieten
 - Häusliche Pflege fördern
 - Verhinderung der Chronifizierung psychischer Krankheiten durch entsprechende Behandlungsangebote bzw. Dienste
 - Verbesserung der Lebensqualität psychisch und geistig Behinderter

g - Intensivierung der aufsuchenden Arbeit (u.a. psychiatrische Pflege- und Versorgungsdienste)

h - Entwicklung eines leistungsfähigen, kooperativ erstellten, mit zeitgemäßer Technik betriebenen bevölkerungsorientierten Gesundheitsinformationssystems.

● Hintergrund

Bürgernahe Dienste in Nordrhein-Westfalen sind so zahlreich vorhanden, daß es nicht möglich ist, in diesem Rahmen sämtliche Aktivitäten zu benennen und entsprechend zu würdigen. Im Unterschied zu den in den NRW-Zielen 6 und 7 behandelten Bereichen „Primärversorgung“ und „Krankenhausversorgung“ geht es hier um Dienste, die nicht vorrangig bei akut auftretenden Gesundheitsstörungen in Anspruch genommen werden.

Der besondere Charakter dieses Gesundheitsziels ist durch den **Aspekt der Dezentralisierung** gegeben. So ist etwa im Bereich der Versorgung psychisch Kranker spätestens seit Verabschiedung der Psychiatrieenquête von 1975 unumstritten, daß psychiatrische Versorgung nicht in großen wohnortfernen Anstalten, sondern unter Beibehaltung der sozialen Bezüge gemeindenah erfolgen soll. Dabei ist eine ausreichende gemeindenah Versorgung von psychisch Kranken und geistig Behinderten nur durch den koordinierten Ausbau stationärer, teilstationärer, ambulanter und komplementärer Versorgungsformen möglich. Eine ähnliche Situation ergibt sich für andere Indikationsgruppen, etwa im Be-

reich der Geriatrie, in der Altenpflege und im Suchtkrankbereich.

Im Mittelpunkt der hier besonders relevanten Dienstleistungen steht der *chronisch kranke Mensch*. Bei der demographischen Entwicklung zu einer Bevölkerung mit höherem Durchschnittsalter und hoher Lebenserwartung könnte auch gesagt werden: **der chronisch kranke, ältere Mensch**. Der Basisanteil derartiger Dienstleistungen für diese Zielgruppe wird durch Pflegedienste erbracht. Dem besonderen Stellenwert dieser Dienstleistung ist durch die kürzlich eingeführte allgemeine Pflegeversicherung, durch die Konsolidierung der nordrhein-westfälischen Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge und des Berufsbildes „*Altenpfleger/Altenpflegerin*“ sowie die Alten- und Sozialpolitik im Lande Rechnung getragen worden.

Neben dieser quantitativ bedeutsamsten Ausrichtung bürgernaher Dienste ist ein weiteres Hauptaugenmerk auf die **Breite und die qualitative Vielfalt erforderlicher, angebotener Dienste** zu lenken. Eine mögliche Aufgliederung des Spektrums ist nach dem Schema „professionelle, halbprofessionelle, nicht-professionelle Dienstleistungen“ möglich, ein anderer Zugang erschließt sich durch eine Benennung verschiedener Zielgruppen in der Bevölkerung, u.a. über die Zugehörigkeit zu Gruppen von Bürgerinnen und Bürger mit bestimmten Erkrankungen und/oder Behinderungen.

Im **Bereich der professionellen Dienste** stellt sich für Nordrhein-Westfalen die Frage nach dem erreichten Standard, nach der flächendeckenden Vorhaltung spezifischer Dienstleistungen, nach Schwellenhöhe für die Anspruchnahme, nach Gleichheit des Zugangs für Angehörige verschiedener Sozialschichten, nach Kooperation und Verzahnung der verschiedenen Angebote in den einzelnen Regionen, nach Qualität und Quantität der erbrachten Leistungen. Ein Teil dieser Bestandsaufnahme wird durch bundesdeutsche bzw.

nordrhein-westfälische Medizinal- und Sozialstatistik bzw. Gesundheits- und Sozialberichterstattung abgedeckt und ist als (relativ grobe und lückenhafte) Beschreibung der Situation im Land veröffentlicht (im Ländervergleich hält NRW mit 16.715 Betten zwar das viertgrößte Bettenkontingent im Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbereich bereit, liegt damit bezogen auf die Größe seiner Landesbevölkerung aber erst an der 10. von insgesamt 14 Stellen dieser Rangliste - Zahlen 1991). Eine differenzierte, regionenbezogene Analyse der Situation im Bereich bürgernaher Dienste steht für Nordrhein-Westfalen noch aus. Sie sollte im Zuge der Stabilisierung von regionaler Gesundheitsberichterstattung zu einer IST-Analyse für dieses NRW-Gesundheitsziel entwickelt werden.

Inhaltlich decken die professionellen Dienste ein breites Spektrum ab: dieses reicht von der *Rehabilitation und Nachsorge nach schweren Erkrankungen und Unfällen*, die sich in der Regel an stationäre Behandlungen u.a. im chirurgischen, neurologischen, orthopädischen und internistischen Bereich anschließen, über die *Rehabilitation, Betreuung, Wiedereingliederung von chronisch Kranken, von Menschen mit Behinderungen, von Menschen mit psychischen Störungen* bis zur *Versorgung und Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen*.

Andererseits ist die Palette des Angebots trotz dieser bereits skizzierten Vielfalt nochmals sehr viel umfangreicher: ein Blick in kommunale Gesundheitswegweiser etwa weitet den Wahrnehmungshorizont für die tatsächliche Breite bürgernaher Dienste, die sich im lokalen Bereich belegen läßt. Dabei werden viele der lokalen Angebote durch Leistungsträger ausgerichtet, die auch Strukturen auf Landesebene, oft auch auf Bundesebene vorhalten.

Das Angebot geht über *psychosoziale Dienste* (Krisen- und Beratungsdienste, verschiedene Zielgruppen), Angebote der *Suchtkrankenhilfe und -beratung*, der

AIDS-Hilfe und -Beratung, Hospizdienste, Dienste und Selbsthilfegruppen für Arbeitslose und andere Menschen in sozialen Problemlagen, *Angebote im Ernährungsbereich*, im Bereich *Bewegung/Sport*, Beratung in Fragen der *Sexualität*, der *Familienplanung* und der *Erziehung* bis hin zu zielgruppenzentrierten Aktivitäten - Mädchen, Jungen, Frauen, Schwangere, Mütter, Ausländerinnen und Ausländer, alte Menschen, Behinderte.

Ein Blick auf den Anbieterkreis dieser Aktivitäten macht deutlich, daß hier neben kommunalen Stellen und verbandsgestützten professionellen Anbietern in größerem Umfang auch halbprofessionelle Organisatoren (Mitglieder eingetragener *gemeinnütziger Vereine*) und nichtprofessionelle Laien- und Betroffenenarbeit (u.a. *Selbsthilfe*) eine tragende Rolle spielen. Insgesamt ergibt sich vor Ort ein vielfältiges, teilweise buntes Mosaik aus wichtigen und häufig nachgefragten Angeboten.

Im Bereich der Selbsthilfe: die Landesregierung und verschiedene Träger professioneller Leistungen im Gesundheits- und Sozialbereich haben seit Jahren diese weitgefächerte, in vielen Bereichen von ehrenamtlicher und Laienarbeit gestützte Angebotspalette in ihrem Wert für eine nachhaltige und bedarfsgerechte Struktur im Dienste der Bevölkerungsinteressen erkannt und gefördert. Die vorhandene Struktur stellt eine reichhaltige, ausbaufähige und förderungswürdige Basis für die zukünftige Entwicklung in diesem Sektor des Gesundheitswesens dar. 1992 waren rund 8.000 Selbsthilfegruppen mit über 120.000 Mitgliedern im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalens aktiv. Diese Zahlen sind kontinuierlich angestiegen, von 1988 auf 1992 allein um über 20 Prozent. Parallel zum wachsenden Engagement der Bürgerinnen und Bürger in Selbsthilfegruppen wachsen auch die Anforderungen an die Unterstützung der Selbsthilfe. Im Rahmen der infrastrukturellen Förderung

der Selbsthilfe hat das Land folgende Fördermodelle verfolgt:

- Förderung von Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS);
- Förderung der Fortbildung und Multiplikatoren-schulung im Bereich Selbsthilfe;
- Förderung der KOSKON (Koordinationsstelle der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen);
- Vergabe von Untersuchungsvorhaben, um die Situation der Selbsthilfe in Nordrhein-Westfalen zu analysieren und Empfehlungen für deren Unterstützung zu erhalten;
- Infrastrukturelle Förderung der bestehenden Behinderten-Selbsthilfeverbände.

Im Bereich der Koordinierung kommunaler Aktivitäten:

- durch beabsichtigte Projekte im Rahmen der ortsnahe Koordinierung und der Weiterentwicklung des ÖGD;
- zur Koordinierung der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung in den Kommunen fördert das Land Koordinatorinnen und Koordinatoren bei den Kreisen und kreisfreien Städten;
- zur Koordinierung der AIDS-Prävention und AIDS-Krankenversorgung in den Städten und Kreisen fördert das Land AIDS-Koordinatorstellen bei den Gesundheitsämtern;
- durch die Förderung von 5 Modellprojekten in verschiedenen nordrhein-westfälischen Regionen wird ein Beitrag zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Krisenintervention vor Ort geleistet. Wesentlicher Gesichtspunkt hierbei ist, die Kreise und kreisfreien Städte sowie die ihnen zugeordneten Kommunen in ihrer verantwortlichen Haltung ihren psychisch Kranken und Behinderten gegenüber zu stärken;
- die Förderung von Prophylaxefachkräften und örtlichen Koordinierungsstellen zur

Prävention von Drogenmißbrauch und Suchtverhalten durch die Landesregierung dient dem Auf- und Ausbau regionaler, bürgernahe Präventionsnetze. Im Drogenhilfebereich wird eine variable Struktur zwischen niedrigschwelligen Kontaktmöglichkeiten und hochschwelligen Therapieangeboten angestrebt. Im Bereich der illegalen Drogen erfolgt zusätzlich eine Konzentration der Ressourcen der Strafverfolgung auf das organisierte Verbrechen i.S. einer flankierenden Reduzierung des lokalen Angebots illegaler Suchtstoffe (Drei-Säulen-Modell: Prävention - Suchthilfe - Repression).

Verändernde Impulse sind erforderlich - u.a. mit den folgenden Ausrichtungen:

- Bewertung von Stärken und Schwächen der lokalen bzw. regionalen Angebote und Strukturen;
- Angebotsentwicklung und -optimierung unter dem Gesichtspunkt voraussichtlicher Nachfrageentwicklungen einzelner Leistungen und Angebote;
- Abstimmung der inhaltlichen Schwerpunkte einzuwerbender Fördergelder in der Region;
- Gegenseitige Patenschaften und andere nicht-materielle Kooperationen vor Ort;
- Informationen über erfolgversprechende Ansätze und Ideen aus anderen Regionen des Landes, der Bundesrepublik und aus anderen Staaten sind zugänglich zu machen;
- Beispiele für gelungene lokale oder regionale Kooperationen sind im Rahmen des Modellprogramms „Gesundes Land NRW“ zu unterstützen und in ihrem Modellcharakter auf vergleichbare andere Regionen und Kommunen zu übertragen;
- Die Konsensusbildung auf Landesebene (im Rahmen positiver Impulse aus den sich entwickelnden Strukturen um die Landesgesundheitskonferenz NRW) sollte Vorbildfunktion für die regionalen und lokalen Einigungsprozesse gewinnen - u.a. indem sich die am Dialog der Landesgesund-

heitskonferenz beteiligten Einrichtungen zum Fürsprecher für entsprechende konsensuelle Entwicklungen vor Ort machen;

- Schaffung eines kooperativen Klimas für konstruktive Strukturentwicklungen auf regionaler und örtlicher Ebene u.a. durch gemeinsame Diskussionen im Rahmen der ortsnahen Koordinierung;
- Verzahnungsaktivitäten aus den anderen Bereichen (Primärversorgung/ Krankenhaus) sollten den Bereich bürgernahe Dienste synergistisch miteinbeziehen und ihre positiven Impulse und Lernschritte auf diesen - aufgrund seiner sehr vielgestaltigen Struktur - komplexen Bereich übertragen;
- Hilfestellung bei den zukünftigen Strukturfindungs- und -entwicklungsprozessen in Regionen und Kommunen durch entsprechend ausgelegte Praxisbegleitforschungsprojekte der nordrhein-westfälischen Public-Health-Universitäten;
- Landesgesundheitsberichterstattung und andere Informationsdienstleistungen sollten verstärkt Konsolidierungs- und Entwicklungsbemühungen im Bereich bürgernahe Dienste entgegenkommen, da es sich hier häufig um eng-budgetierte, regionale Organisationsträger mit geringen personellen Spielräumen handelt;
- Etablierte Organisationsträger professioneller Dienstleistungen vor Ort sollten verstärkt strukturelle Unterstützung für bürgernahe Aktivitäten in ihrer Nachbarschaft leisten (Beispiel: Krankenkasse stellt abends Räume für Selbsthilfeaktivitäten zur Verfügung);
- Etablierte Organisationsträger professioneller Dienstleistungen vor Ort sollten verstärkt Patenschaften für bürgernahe Aktivitäten mit inhaltlichem Bezug zu ihrem professionellen Auftrag übernehmen und entsprechend personelle und fachliche Unterstützung gewähren (Beispiel: niedergelassene Hautärzte und Orthopäden übernehmen freiwillige Patenschaft für die lokale Psoriasis-Selbsthilfegruppe);

- Etablierte Organisationsträger professioneller Dienstleistungen auf Landesebene sollten längerfristig die von der Landesregierung als Starthilfe gegebenen Unterstützungsmaßnahmen zur Organisationshilfe von Selbsthilfeaktivitäten (regionale Kontaktstellen) in ihre fördernde Verantwortung übernehmen.

● Lösungsansatz

Um eine zukunftsorientierte Verbesserung der gegenwärtigen Strukturen im Bereich bürgernaher Dienste einleiten zu können, bedarf es innerhalb der vorstehend geschilderten, relativ komplexen Struktur einer richtunggebenden Orientierung. Eine solche Orientierung basiert einerseits auf einer Bestandsaufnahme der Angebotsarten und

-strukturen vor Ort, andererseits im anzustrebenden Fall auf einem Konsens der lokal vertretenen Anbieter (über Kommunikationsebenen wie ortsnahe Koordination, lokale Gesundheitskonferenzen).

Exemplarische Einzelbereiche mit besonderem Entwicklungspotential

Ambulante Rehabilitation: während der Bedarf an stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in NRW zumindest als ausreichend betrachtet werden kann, bestehen noch erhebliche Defizite im Aufbau von ambulanten rehabilitativen Versorgungsstrukturen. Dies trifft insbesondere auf die Zielgruppe der chronisch kranken, älteren Menschen zu. Sowohl die GKV als auch die GRV haben im Bereich wohnortnaher flexibler Rehabilitations-Angebote wenig Erfahrungen vorzuweisen.

Es ist deshalb notwendig, daß von den für die Rehabilitation zuständigen Kostenträgern zielgruppenspezifische Konzepte zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, Nachsorge und Pflege entwickelt und in das Leistungsspektrum der Kranken- und Pflegeversicherung eingeführt werden.

Soforthilfe bei Herz-Kreislauf-erkrankungen: Arteriosklerotische Gefäßveränderun-

gen sind die häufigste Todesursache in Deutschland. Jeder 2. Bürger stirbt an einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems. Neben anderen Maßnahmen ist es von zentraler Bedeutung, den Aufklärungsstand der Bevölkerung über Symptome und Hilfsmaßnahmen beim Herzinfarkt zu verbessern. Das Land fördert deshalb u. a. das Projekt „Herzinfarkt erkennen und richtig handeln“ (HEUH). Das Projekt hat zum Ziel, sowohl Risikopatienten als auch die gesamte Bevölkerung über Symptome und vor allem notwendige Sofortmaßnahmen zu informieren. Hauptziel ist es, die Zeit bis zur Einlieferung ins Krankenhaus soweit wie möglich zu verkürzen. Praktisch kommt eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden und Techniken zum Einsatz (z. B. Plakat-Aktionen in Arztpraxen, Telefonservice, Erste-Hilfe-Kurse).

Selbsthilfe: Die Landesregierung setzt weiterhin auf eine **Unterstützung und Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe** in Nordrhein-Westfalen. Eine Zielsetzung ist, ein kooperatives Fördermodell umzusetzen, dessen Lasten von allen relevanten Leistungsträgern im Gesundheitswesen gemeinsam getragen wird.

Zusätzlich soll aufmerksam gemacht werden auf den Bereich von gesundheitsrelevanten Dienstleistungen, die im WHO-Programm als **sektorübergreifend** bezeichnet werden: hierbei handelt es sich um die Tätigkeit in und - im Sinne einer bereits begonnenen und zukünftig zu verstärkenden Verzahnung - **Kooperation mit benachbarten Diensten und Angeboten:** im Bereich der *Sozialstationen*, der *psychosozialen Dienste*, der *familienorientiert arbeitenden Dienste und Beratungseinrichtungen*, der gruppenspezifisch ausgerichteten Angebote (*Jugendhilfe, frauenspezifische Angebote, ausländerbezogene Gruppen und Anlaufstellen, AIDS-Hilfe, Drogenhilfe* u.a.), der lebensbereich-orientierten *Hilfsangebote an Arbeitsplatz, Schule, Freizeitzentren, Sportorganisationen und im Stadtteil bzw. am Wohnort*. Hier bestehen in Nordrhein-Westfalen be-

reits vielfältige Grundlagen für eine zukunftsweisende Gesundheitspolitik, die sich im Rahmen der Zieleentwicklung sinnvoll und tragfähig ausbauen und konsolidieren lassen.

Dezentrale, ortsnahe Koordinierung

Ein Ansatz zu solchen Lösungsmöglichkeiten liegt in dem von der Landesregierung initiierten **Modellvorhaben „Ortsnahe Koordinierung“**, in dem zunächst in 10*⁵ Modellregionen eine Verbesserung der Abstimmung und Zusammenarbeit der Beteiligten vor Ort erreicht werden soll. Es geht dabei sowohl um Steigerung der Effizienz als auch um verbesserte Versorgung der Betroffenen.

Hauptakzent dieser Bemühungen soll in einer zukünftigen Betonung von in der Fläche liegenden Verzahnungsmöglichkeiten verschiedener Anbieter liegen, während die bisherigen Strukturen der Leistungsanbieter auf ein Organisationsmodell mit stark vertikal entwickelten Strukturen ausgerichtet sind.

Die 1. nordrhein-westfälische Landesgesundheitskonferenz hat sich 1992 mit Koordinierungsfragen in einem Teilbereich des Gesundheitswesens befaßt und die folgenden Empfehlungen ausgesprochen:

„Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz zur Koordination in der psychiatrischen und Suchtkranken-Versorgung

1. Die Vielfalt und Vielzahl von Trägern und Einrichtungen im Bereich der psychiatrischen und Suchtkranken-Versorgung haben vielfach zu unklaren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geführt mit der Folge, daß eine effiziente Versorgung aller psychisch Kranken in der Gemeinde erheblich erschwert wird. Die Beteiligten der Landesgesundheitskonferenz sind der Auffassung, daß die Koordination und Zu-

sammenarbeit der Träger im Bereich der psychiatrischen und Suchtkranken-Versorgung unverzichtbar ist, auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit der zu erbringenden Leistungen. Steuerung und Koordination auf örtlicher Ebene sollten in der Hand der Kommunen liegen, in Verbindung mit der Koordination auf regionaler Ebene, z. B. durch die Landschaftsverbände. Um dieser Aufgabe Rechnung zu tragen, werden Koordinatorenstellen in den Kommunen für erforderlich gehalten. Dies bestätigen Erfahrungen mit dem lfd. Koordinatorenprogramm des Landes. Nach den bisherigen Erfahrungen empfiehlt sich, die mit qualifizierten Fachkräften zu besetzenden Stellen in stabartiger Anbindung z. B. dem zuständigen Dezernenten zuzuordnen.

2. Zur Unterstützung der Koordinationsaufgabe soll ein Beirat geschaffen werden, der die Planungsabsichten und Umsetzungsprozesse zwischen den Beteiligten beratend begleitet. Dort, wo eine entsprechend strukturierte Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) z. B. mit Vertretern der Träger, Dienste und Einrichtungen, der Kostenträger sowie der politischen Mandatsträger existiert, kann auf einen entsprechenden Beirat verzichtet werden.
3. Die Beteiligten der Landesgesundheitskonferenz erklären sich bereit, jeweils im Rahmen ihrer Zuständigkeiten diese Koordinationsaufgaben vor Ort zu unterstützen.
4. Die Landesgesundheitskonferenz bittet die Landesregierung Nordrhein-Westfalen, im Rahmen der geplanten Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bzw. in der geplanten Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) die rechtlichen Grundlagen für die Einrichtung bzw. Fortführung von Koordinatorenstellen in der außerstationären psychiatrischen Versorgung bei den Kreisen und kreis-

*⁵ Seit der Verabschiedung der „10 vorrangigen Gesundheitsziele“ im Juni 1995 hat sich hier eine Veränderung ergeben: die Zahl der beteiligten Modellregionen beträgt nunmehr 27.

freien Städten zu schaffen. Die Landesgesundheitskonferenz hält es für erforderlich, nach Ablauf des Koordinatorenprogrammes die Regelfinanzierung sicherzustellen.“

Der dezentralen Koordination der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen wird auch in Zukunft hohe Bedeutung beigemessen. Was die Umsetzung der vorgenannten Empfehlungen der Koordination in der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung betrifft, so wurde das sogenannte Psychiatrie-Koordinatorenprogramm inzwischen in die Regelförderung überführt. D.h., jeder Kreis bzw. jede kreisfreie Stadt kann für diese Aufgabe eine Landesförderung in Höhe von DM 35.000,- pro Vollzeitkraft erhalten. Die Evaluation dieses Koordinatorenprogramms wird in Kürze abgeschlossen sein.

Gesundheitskonferenzen

Ein Impuls zur ortsnahen Koordinierung geht von *Gesundheitskonferenzen/Gesundheitsforen* und den damit in Verbindung stehenden Arbeitskreisen und -ausschüssen auf Landesebene aus. Eine Grundlage für solche Innovationen regionaler Gesundheitspolitik ist durch zahlreiche bereits stattgefundene Gesundheitskonferenzen dieser Art in NRW inzwischen geschaffen worden.

In Nordrhein-Westfalen finden seit 1992 jährliche Landesgesundheitskonferenzen statt. Die Landesgesundheitskonferenz verabschiedet einvernehmliche Entschlüsse, die als eine Art *Selbstverpflichtung aller Verantwortlichen im Gesundheitswesen* wichtige Impulse setzen. Bisherige Themen waren die *außerstationäre psychiatrische Versorgung (1992)*, die *Umweltmedizin (1993)* und die *Gesundheitsförderung (1994)*. Thema 1995: *Fortführung der Gesundheitsreform (insbesondere Krankenkassenwettbewerb und neue Vertragsmodelle)*.

Übergeordnete Gesichtspunkte in diesen Innovationsbereichen von Gesundheitspo-

litik sind Einführung und Einübung kooperativer und konsensfördernder Verfahren *zur gemeinsamen Bewältigung anstehender Herausforderungen im Gesundheitswesen* nach der Jahrtausendwende. Die Einführung von *Landesgesundheitskonferenzen* und von dem dazugehörigen ständigen *Gremium des Vorbereitenden Ausschusses*, die abgestimmte *Einführung einer zieleorientierten Gesundheitsprogramm-atik auf Landesebene* und die sukzessive Entwicklung einer - vom entsprechenden Geist getragenen - *regionalen und kommunalen Infrastruktur* im Bereich dezentraler Planung und Organisation von Gesundheitsdienstleistungen *wird künftige Entwicklungen im Bereich der bürgernahen gesundheitsbezogenen Dienste* in Nordrhein-Westfalen fördern.

Auf der Basis eines solchen, international teilweise bereits erfolgreich praktizierten *integrierten Entwicklungskonzeptes* sollten sich einerseits die bevölkerungs- und anwendungsorientierten Herausforderungen fachlicher, sozialer und gesellschaftspolitischer Art im Gesundheitsbereich unseres Landes bewältigen lassen. Andererseits liegt darin auch ein zeitgemäßer Ansatz, die damit in Verbindung stehenden organisatorischen, ökonomischen und interessenpolitischen Gegenstandsbereiche in ergebnisfördernde, konstruktive Entwicklungen für die Zukunft zu überführen.

Gesundheitsberichterstattung und -information

Eine gut dokumentierte quantitative und qualitative Bestandsaufnahme bisheriger Leistungen und Leistungserbringer, eine Identifizierung und Bewertung von Stärken und Schwachpunkten der bisherigen Organisation auf lokaler Ebene sollte die Weichen stellen für eine Zukunftsaufgaben gewachsene Neuorientierung im Sinne von faktenorientierter, auf Evaluationsergebnissen basierender Gesundheitsplanung und Angebotsorganisation.

In diesem Sinne sind Informationen über den Bereich der gesundheitlichen Versor-

gung und über die anderen Einzelbereiche des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens auf allen Ebenen für sinnvolle Weichenstellungen für die Zukunft nötig.

Deshalb ist es erforderlich, die **Gesundheitsberichterstattung auf Landesebene** fortzuentwickeln, auf die *europäische Ebene* auszurichten und zu einem lokalen Netz mit der Funktion eines *Servicekonzepts kommunaler Gesundheitsberichterstattung* auszubauen.

Neben dem Zukunftsbedarf nach Informationsnetzwerken zwischen professionellen Leistungsträgern besteht die Notwendigkeit, zukünftig den **Bereich der Patienteninformation** auszubauen. Hier sind vorzugsweise kooperative Entwicklungswege zu beschreiten, zumal verschiedene *Elemente eines tragfähigen Konzepts* bereits bestehen:

- landesweites Netz von Verbraucherberatungsstellen,
- Expertinnen und Experten der verschiedenen Leistungsbereiche im Gesundheitswesen vor Ort,
- Gesundheitsämter und Krankenhäuser als Träger kommunaler bzw. regionaler Gesundheitsinformation,
- Selbsthilfekontaktstellen und diverse lokale Initiativen (z.B. Gesundheitsläden) als regionale Anlaufstellen,
- verschiedene Datenbanken und Informationsstellen auf Landesebene bzw. regional an Hochschulen und anderen Facheinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (vgl. NRW-Ziel 10),
- für Gesundheitsthemen aufnahmebereite landesweite und regionale Kommunikationsmedien.

Benötigt wird ein *Informationskonzept*, an dem möglichst viele der infragekommenen Informationsgeber mitwirken, welches die Pluralität unterschiedlicher Einschätzungen angemessen widerspiegelt und gleichzeitig eine praktikable Orientierung in wichtigen Fragen zu Gesundheitsthemen und Gesundheitswesen für die anfragenden Bürgerinnen und Bürger ermöglicht. Eine vermittelnde Lösung zwischen den teils

unterschiedlichen Interessen/Einschätzungen der Informanten ist ebenso gefragt wie eine zukunftsfähige Entscheidung über angemessene moderne Informations- und Kommunikationstechnik, die einen möglichst großen Teil der nordrhein-westfälischen Bevölkerung ansprechen und erreichen sollte.

Die nordrhein-westfälische Landesregierung strebt zur Lösung dieser anstehenden Fragen den Erfahrungsaustausch und die Erarbeitung gemeinsamer Konzepte mit vergleichbaren Partnerregionen in Europa - u.a im Rahmen des „*Healthy Region Network*“ an.

Beschluß der GMK zu „Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes auf das Gesundheitswesen“

- „...zielgruppenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit,
- den Ausbau der - vor allem ambulanten - geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilitation im wohnortnahen Bereich einschließlich der aufsuchenden Dienste, auch durch Einleitung von Modellmaßnahmen und Verabredungen zur Qualitätssicherung,
- die Einleitung von Modellvorhaben zu Betreuungsdiensten für chronisch Kranke,
- die Verstärkung konkreter Maßnahmen zur Gewinnung und Qualifizierung von Fachpersonal, insbesondere der Pflegeberufe, um den veränderten Aufgaben und dem erweiterten Bedarf Rechnung zu tragen,
- die Abstimmung der Krankenhausplanung mit der bedarfsgerechten Planung von Einrichtungen und Diensten der Pflege. Ambulante und stationäre Rehabilitationsangebote sind in diese Abstimmung einzubeziehen,

Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen für die Sterbebegleitung/Hospize vor

allem durch Mischfinanzierungskonzepte...“

Projektverbund „Gesundes Land NRW“

Beispielhaft für die Orientierung an den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger ist der kürzlich gegründete Projektverbund „Gesundes Land NRW“: Zur Aufnahme können sich alle Institutionen, Verbände und Initiativen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen mit Projekten bewerben. Aufgenommen werden solche Projekte, die sich in besonderer Weise durch Innovation, Qualität und Wirtschaftlichkeit auszeichnen. Hierdurch sollen Anreize gesetzt und durch mehr Wettbewerb die Versorgung der Bevölkerung insgesamt verbessert werden.

- ◆ Studiengang „Pflegermanagement“ (FH Münster, Kath. FH Köln)
- ◆ Studiengang „Pflegerpädagogik“ (FH Münster, FH Bielefeld, Kath. FH Köln)
- ◆ Hebammenmodellprojekt NRW „Gesundheit von Mutter und Kind“
- ◆ Durchführung schulärztlicher Untersuchungen (DSU/Bielefelder Modell)
- ◆ Modellprojekt „Örtliche Pflegekonferenzen in NRW“
- ◆ Modellprojekt „Geriatrische Rehabilitation“
- ◆ Modellprojekt „Gesundheitsamt 2000“
- ◆ Projektverbund „Gesundes Land NRW“
- ◆ Förderung von Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen
- ◆ Vernetzung von niedergelassenen Arztpraxen mit sozialpflegerischen und therapeutischen Berufen in der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen.

● Ausgewählte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen

- ◆ Weiterentwicklung des ÖGD in NRW
- ◆ AIDS-Hilfenförderung
- ◆ AIDS-Koordinatoren an Gesundheitsämtern
- ◆ Psychiatriekoordinatoren
- ◆ Modellprojekt „Krisenintervention in der Psychiatrie“
- ◆ Hausbetreuungsdienste (Sterbebegleitung)
- ◆ Ansprechstellen zur Weiterentwicklung der Hospizbewegung (ALPHA)
- ◆ Förderung eines Konzeptes zur Koordinierung der Frühförderung
- ◆ Ausbau der ambulanten und sozialpflegerischen Dienste
- ◆ Modellversuch „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung“

Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990 Abschnitt A „Gesundheitliche Lage und Lebensqualität“, Abschnitt C „Gesundheitsschutz“, Abschnitte D „Gesundheitliche Versorgung“ und F „Berufe und Beschäftigte im Gesundheitswesen“ Einzelkapitel:

- ◆ A 3.3 „AIDS“
- ◆ C 3 „Selbsthilfegruppen“
- ◆ D 2 „Ambulante, teilstationäre und komplementäre psychiatrische Versorgung“
- ◆ D 3 „Ambulante medizinische und soziale Pflege“
- ◆ D 5 „Krebsnachsorge“
- ◆ F 1 „Berufsgruppen im Gesundheitswesen“

- ◆ F 2 „Erwerbstätige in den Einrichtungen des Gesundheitswesens“

Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994 enthält zu den entsprechend benannten Abschnitten die Einzelkapitel

- ◆ A „Pflegebedürftigkeit“
- ◆ A „Behinderung im Kindesalter“
- ◆ A „Diabetes mellitus“
- ◆ A „AIDS und HIV-Infektionen“
- ◆ C „Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen“
- ◆ D „Rehabilitation“
- ◆ D „Versorgung des chronisch-entzündlichen Rheumatismus“
- ◆ E „Sterbebegleitung und Hospizbewegung“.

● Vorläufige Indikatoreauswahl

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
Rehabilitationseinrichtungen nach Betten	81.00	6.15	
Alten- und Pflegeheime, NRW	82.00	6.17	
Dialyseeinrichtungen, Trend/ nach Versorgungsgebieten	83.00	6.04	
Selbsthilfegruppen	84.00	7.01	
Einrichtungen der Gesundheitshilfe, Trend, ab 1989	85.00	7.04	
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen	86.00	7.21	
Stationäre Altenhilfe, Altersgruppe der Heimbewohner	87.00	7.22	

NRW-Ziel 9:

(Grundlage HFA 32)

Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich (Public Health)

Bis zum Jahr 2005 sollte die Gesundheitsforschung in NRW stärker für den Erwerb und die Anwendung von Wissen arbeiten, das eine Entwicklung im Sinne der „Gesundheit für alle“ stützt.

● Konkretisierung

a - Formulierung von Diskussionsgrundlagen für Nordrhein-Westfalen durch die Gesundheitspolitik

b - Prioritätensetzung für Kenntniserweiterung und Wissensvermittlung zu den Bereichen Prävention, Umwelthygiene, Gesundheitsversorgung, Entwicklung der „Gesundheit für alle“-Grundsätze in Nordrhein-Westfalen

c - Verstärkung der Kooperation zwischen Gesundheitswissenschaft, Gesundheitspolitik sowie Bürgergruppen

d - Evaluierung und Weiterentwicklung der bisherigen Umsetzungspraxis von gesundheitswissenschaftlichen Konzepten in NRW und Entwicklung einer zukünftigen Praxis i.S. einer Flankierung der NRW-Gesundheitsziele.

● Hintergrund

Nordrhein-Westfalen gehört im Public-Health-Bereich seit einigen Jahren im Ländervergleich zu den gutausgestatteten Regionen in der Bundesrepublik. Durch die Gründung des *Nordrhein-westfälischen Forschungsverbundes Public Health* (an dem die Universitäten Bielefeld und Düsseldorf beteiligt sind) und durch die Tätigkeit einer Reihe von weiteren Forschungseinrichtungen (die in NRW im wesentlichen im *Europäischen Public-Health-Zentrum* neben Vertretern aus Politik und Praxis im Bereich Public Health zusammengeschlossen sind) ist die bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung auch

organisatorisch besser zusammengefaßt worden.

Trotz dieser positiven Entwicklung darf nicht verkannt werden, daß in der Bundesrepublik gemessen am internationalen Maßstab auf diesem Feld ein deutlicher Entwicklungs- und Nachholbedarf besteht.

Dieser Ausbauprozess sollte an den bundesdeutschen Hochschulen gefördert werden, wobei die durch das Grundgesetz gewährleistete Wissenschafts- und Forschungsfreiheit zu berücksichtigen ist. Dabei können Organisationsformen wie z.B. die Public-Health-Forschungsverbände mitwirken.

In einem Diskussionsprozess sollten aus gesundheitspolitischer Sicht folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- a) verstärkter Einbezug gesundheitsbezogener Forschungsansätze beispielsweise im Rahmen bestehender Public-Health-Forschungsverbände;
- b) Evaluierung von Forschungsprojekten;
- c) verbesserte Rückkoppelung von im engeren Sinne praxisbezogener Gesundheitsforschung auf die Entwicklungsprobleme im Gesundheitswesen (Ergebnistransfer);
- d) Optimierung des wissenschaftlichen Diskurses zwischen regionalen, nationalen und übernationalen Forschungseinrichtungen;
- e) soweit von Wissenschaftlern gewünscht Begleitung bei der Etablierung neuer Organisationsstrukturen für die Public-Health-Forschung.

Die vielfältige **nordrhein-westfälische Public-Health-Forschungslandschaft** wird unter anderem geprägt durch das im „*Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbund Public Health*“ (NWF PH) entwickelte Forschungsprogramm und die in diesem Zusammenhang aufgebauten Projektbereiche und begonnenen Forschungsvorhaben. Die Erkenntnisinteressen im Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbund werden „von Anbeginn auf die Lösung praktischer Problemstellungen und die Bewältigung gesundheitspolitisch zentraler Entwicklungsaufgaben gerichtet“. „Zentrales Thema ist die Modernisierung von Gesundheitswesen und Krankenversorgung.“ Der NWF PH hat sich dabei auf *drei Teilsegmente* aus dem Public-Health-Bereich konzentriert:

- Entwicklung und Qualifizierung des öffentlichen Gesundheitswesens;
- Analyse der Versorgungsstrukturen und ihre Anpassung an die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung;
- Gesundheitsförderung.

Diese Teilsegmente sind identisch mit den Bezeichnungen der drei ausgewiesenen **Projektbereiche** (Horizontalstruktur) des Verbundes.

Fünf Themenbereiche stehen im Sinne von **Querschnittsthemen** in jedem dieser Projektbereiche zur Bearbeitung an (Vertikalstruktur):

- Grundlagenforschung (Theorie- und Methodenentwicklung)
- Berichterstattung
- Rehabilitation und Pflege
- Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Versorgung
- Evaluation und Qualitätssicherung.

I.S. konkreter Projekte sind (Stand Oktober 1994) folgende **Forschungsvorhaben** begonnen worden:

Projektbereich I „*Entwicklung und Qualifizierung des öffentlichen Gesundheitswesens*“

- Analyse von Voraussetzungen und Entwicklung neuer Informationsgrundlagen und Steuerungsinstrumente für eine regionale, public-health-orientierte Gesundheitspolitik;
- Regionale Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für Management- und Steuerungsaufgaben in der kommunalen Gesundheits- und Sozialpolitik; (Erarbeitung eines regionalen Modellberichtssystems);
- Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP): Weiterentwicklung von Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) zu angemessener Berücksichtigung der Gesundheitsbelange;
- Schulwegunfälle: Erhebung der Risikofaktoren und Evaluation der Verkehrserziehung;
- Erweiterte Schuleingangsuntersuchungen und Sportfördergruppen*).

Projektbereich II: Analyse der Versorgungsstrukturen und ihre Anpassung an die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung

Analyse von Gesundheitsbedürfnissen

- Familien mit behinderten Kindern im System früher Hilfen;
- Lebensstiländerung und Verlauf der koronaren Herzkrankheit - eine sekundär-präventive Interventionsstudie;
- Zur Verbesserung der Rehabilitations- und Wiedereingliederungschancen von Epilepsie-Patienten in der Region;
- Erfassung der Versorgungsqualität von Erwachsenen mit Typ 1 Diabetes in NRW unter besonderer Berücksichtigung des Sozialstatus der Patienten;
- Bestandsaufnahme und Sekundäranalyse vorliegender Erfahrungen aus Modellvorhaben zur Versorgung chronisch Kranker mit Diabetes mellitus und anderen Stoffwechselerkrankungen*);
- Erhebung zu erblindeten Personen nach Erblindungsursachen, vor allem Diabetes mellitus, auf der Basis von Daten der

- Landesversorgungsämter und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe*);
- Untersuchungen zur Verbesserung der regionalen Versorgung und Rehabilitation von Patienten mit Diabetes mellitus*).

Analyse und Gestaltung der Versorgungsstrukturen

- Analyse von Gesundheitsrisiken und Strukturen der psychosozialen und medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen;
- Die Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker: ihre Auswirkungen auf die Patienten, auf die Institutionen und die Angebote gemeindeintegrierter Versorgungsdienste;
- Evaluation gerontopsychiatrischer Zentren und vergleichbarer gerontopsychiatrischer Verbundsysteme unter besonderer Berücksichtigung des Lebenswegs alter Menschen nach gerontopsychiatrischer Behandlung;
- Schnittstellen in der Kardiologischen Versorgung: Ist-Zustand und Gestaltungsmöglichkeiten am Beispiel zweier Versorgungsregionen;
- Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung;
- Modellprojekt Kardiologische Rehabilitation*);
- Grenzüberschreitende Untersuchung zur Versorgung von Rheumapatienten am Niederrhein*).

Projektbereich III: Gesundheitsförderung

- Entwicklung und Durchführung eines kommunalen Gesundheitsförderungskonzeptes zur vor- und nachsorgenden Betreuung bei berufsbedingten Allergierkrankungen;
- Berufliche Gratifikationskrisen im mittleren Management - Entwicklung und Testung eines betrieblichen Interventionsprogrammes;

- Gesundheitsförderung im Krankenhaus*).

*(Die Kennzeichnung *) markiert assoziierte Drittmittelprojekte.)*

Ein weiterer Pfeiler der Public-Health-Forschung ist die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der *Universität Bielefeld*, die in Arbeitsgruppen strukturiert ist.

Nachfolgend sind die Bezeichnungen und Forschungsaktivitäten der neun wissenschaftlichen Arbeitsgruppen aufgeführt, von denen sich einige im Aufbau befinden (Ziff. 7 - 9):

Arbeitsgruppe 1: Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung

Arbeitsgruppe 2: Biomedizinische Grundlagen und Bevölkerungsmedizin

Arbeitsgruppe 3: Epidemiologie und Biostatistik

Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung

Arbeitsgruppe 5: Management im Gesundheitswesen

Arbeitsgruppe 6: Pflegewissenschaft

Arbeitsgruppe 7: Rehabilitation und Gerontologie

Arbeitsgruppe 8: Umwelt und Gesundheit

Arbeitsgruppe 9: Gemeindepsychiatrie und seelische Gesundheit.

Die Themenbereiche der Public-Health-Forschung des Instituts für Medizinische Soziologie der *Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf* stellen sich wie folgt dar (Stand: Oktober 1994):

Themenbereich 1: Organisationsanalyse und Management im europäischen Gesundheitswesen

Themenbereich 2: Methoden der Gesundheitswissenschaften

Themenbereich 3: Umwelt, Arbeit und Gesundheit

Themenbereich 4: Familie, Gemeinde und Gesundheit

Themenbereich 5: Verhaltensmedizinische Prävention und Rehabilitation.

Ein weiteres, nicht abschließendes Beispiel für die Vielfalt der Public-Health-Forschungssituation in NRW sind die Forschungsschwerpunkte des Institutes für Epidemiologie und Sozialmedizin der Westfälischen-Wilhelm-Universität Münster, u. a.

Epidemiologie und Prävention

- von Herz-Kreislaufkrankungen
- von Asthma und Allergien im Kindes- und Jugendalter
- in Betrieben.

Hinsichtlich des Erkenntnis- und Wissenstransfers aus der Public-Health-Forschung in die Praxis - insbesondere des Öffentlichen Gesundheitsdienstes - und von Praxisproblemen aus dem Bereich Public Health als Forschungsgegenstand der Gesundheitswissenschaften, aber auch einer verbesserten Kooperation zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis wird in NRW das Anfang 1995 als nachgeordnete Einrichtung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales gegründete Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW mit Sitz in Bielefeld und dem weiteren Standort Münster eine gewichtige Rolle spielen. Im wesentlichen hat es die Aufgaben der wissenschaftlich gestützten Beratung der Landesregierung und der Unterstützung der Gesundheitsämter durch Informations- und Serviceleistungen. In diesem Rahmen erfüllt es auch eine wichtige Brückenfunktion zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis.

Kooperationen: über die hier dargestellten Schwerpunktaktivitäten und Akteure hinaus gibt es **in Nordrhein-Westfalen** eine kooperative Vernetzung verschiedenster wissenschaftlicher Aktivitäten. So betei-

gen sich an diesem Prozeß die Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften, verschiedene Partnerinstitutionen der Region und benachbarte Hochschuleinrichtungen (z.B. Bergische Universität/Gesamthochschule Wuppertal im Bereich Umweltgesundheit) an Lehre und Forschung. Unter Ziel 5 werden weitere Beispiele für Kooperationen im Umweltbereich benannt (Medizinisches Institut für Umwelthygiene an der Universität Düsseldorf - Institut für Hygiene und Arbeitsmedizin der RWTH Aachen). Weiterhin unterhält die *Düsseldorfer Heinrich-Heine-Universität* beispielsweise Kooperationen auf regionaler und Landesebene mit dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, mit der Ärztekammer Nordrhein, mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, auf Bundesebene mit der Bundesvereinigung für Gesundheit und dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung in Köln.

Auf europäischer Ebene bestehen Kooperationen der nordrhein-westfälischen Hochschulen z.B. über verschiedene von der EU geförderte Netzwerke (ERASMUS-Programme "Health Education and Promotion", "Health Policy and Health Administration", TEMPUS-Programm "Modern Management Education in the Polish Health Care System in Kraków" - *Bielefeld* und BIOMED-Förderprogramme der EU "Socioeconomic variations in cardiovascular disease in Europe: the impact of the work environment and lifestyle", "Coronary heart disease mortality in eastern and western Europe: explaining socioeconomic differentials" - *Düsseldorf*). Zusätzlich bestehen verbindliche Kontakte zur WHO (Abt. Stoffwechsel und Ernährung der Düsseldorfer Medizinischen Universitätsklinik ist WHO-Collaborating Centre for Diabetes; das Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf ist Mitglied des WHO-Centre for Psychosocial Hazards in Occupational Life; das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster ist WHO-Collaborating Centre

for Epidemiology and Prevention in Cardiovascular and other Chronic Diseases; das WHO-Zentrum für betriebliche Gesundheitsförderung beim BKK-Bundesvorstand in Essen).

● Lösungsansatz

Intensivierte Interaktion Gesundheitspraxis/Gesundheitspolitik/Public-Health-Forschung in Nordrhein-Westfalen

Angesichts natürlich begrenzter Ressourcen auf der einen Seite und der großen Vielfalt von wissenschaftlich-forschend zu begleitender Anliegen und Entwicklungsimpulsen im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen auf der anderen Seite ergeben sich für die Bewertung und Entwicklung der nordrhein-westfälischen Public-Health-Forschungssituation u.a. die folgenden Gesichtspunkte:

- Ist-Analyse der vorhandenen Forschungsprojekte und der ersten Projektergebnisse des NWF PH im Hinblick auf den im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen vorhandenen Entwicklungsbedarf;
- Erweiterung einer NRW-spezifischen Kooperation zwischen Leistungsträgern im Gesundheitswesen, Gesundheitspolitik und Public-Health-Forschung.

Eine Reihe von prioritären Themenbereichen wird aus gesundheitspolitischer Sicht von besonderer Bedeutung sein:

Gesundheitsberichterstattung ist eines der wichtigsten Instrumente rationaler Gesundheitspolitik. Die sich hier stellenden Aufgaben sind einerseits von hohem wissenschaftlichen Anspruch, aber zugleich auch von großem, politischen Gewicht. Berichterstattung soll nicht nur den Gesundheitsexperten in der Wissenschaft, in der Wirtschaft und im Staat dienen, sondern auch der Öffentlichkeit zur breiten gesundheitspolitischen Willensbildung. Um diesen unterschiedlichen Anforderungsprofilen gerecht zu werden, sollte die

Entwicklung von Gesundheitsberichterstattung in Kooperation mit Wissenschaft, gesundheitspolitischer Praxis und interessierter Öffentlichkeit organisiert werden.

Gesundheitsförderung ist das zentrale Vorzeigestück des "New Public Health". Bisherige Programme erschöpfen sich jedoch meist in einer strukturelle Probleme individualisierenden Verhaltensprävention. Gesundheitsförderung durch Strukturgestaltung (z. B. durch Arbeits-, Organisations- und Technikgestaltung, durch Verkehrsplanung, Stadtentwicklung usw.) ist bisher weitgehend nur Programm ohne inhaltliche Ausgestaltung und Operationalisierung. Auch der Zusammenhang zwischen der von Menschen geschaffenen Umwelt und der Gesundheit und sich darauf beziehende Aktivitäten sind bisher noch wenig entwickelt. Public-Health-Forschung steht vor der Anforderung, die hier bestehenden Zusammenhänge stärker zum Forschungsgegenstand zu machen.

Evaluation und Qualitätssicherung sind wesentliche Querschnittsaufgaben in allen Praxisbereichen von Public Health, insbesondere in der Krankenversorgung. Wie überall dort, wo soziale und organisatorische Probleme in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind, müssen Evaluation und Qualitätssicherung als Public-Health-Aufgaben begriffen werden. Versorgungsepidemiologie und Organisationsanalyse sind die wichtigsten dafür einzusetzenden Verfahren.

Das gewandelte Krankheitspanorama und der Altersaufbau der europäischen Bevölkerung zwingen zu mehr Entwicklungsarbeit auch in den Bereichen *Rehabilitation und Pflege*. Wohlverstandene Rehabilitation kann sich dabei als wichtiges Instrument zur Verhinderung von Erwerbsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit erweisen. Pflege ist neben der kurativen Medizin auf dem Wege zur wichtigsten Berufsgruppe in der Krankenversorgung. Eine weitere Optimierung der Pflege ist in diesem Zusammenhang als eine zentrale Aufgabe anzusehen. Hierbei haben Konzepte ganzheitli-

cher Rehabilitation und aktivierender Pflege besondere Bedeutung, die Entwicklung und Evaluation ambulanter Rehabilitation und Pflege Priorität.

Zunehmendes Wachstum, zunehmende Arbeitsteilung und zunehmende Technisierung haben die *Krankenversorgung* in allen hochmodernen Gesellschaften immer komplexer werden lassen. Mängel sowie die Entwicklung tragfähiger Modelle könnte aus gesundheitspolitischer Sicht verstärkt Thema der Public-Health-Forschung sein.

Bei der *Verbesserung der Gesundheitslage am Arbeitsplatz* als Beitrag zur sozialstaatskonformen Entwicklung als „Human-kapital“ geht es um die Grundlagen und Instrumente einer zukunftsorientierten betrieblichen Gesundheitsförderung. Der klassische Arbeitsschutz muß in Richtung betrieblicher Gesundheitsförderung weiterentwickelt werden. Dies bezieht sich nicht nur auf verhaltensbezogene Gesundheitsförderung, sondern auch und vor allem auf Gesundheitsförderung durch Arbeits-, Technik- und Organisationsentwicklung. Dafür sprechen nicht nur die Ottawa-Charta, sondern auch die neuen EU-Richtlinien zum Arbeitsschutz und die weiteren, sich im Weißbuch der Europäischen Kommission andeutenden Perspektiven. Der Public-Health-Forschung könnte in diesem Zusammenhang aus gesundheitspolitischer Sicht die Aufgabe zukommen, die Praxisbedingungen für die Umsetzung entsprechender Initiativen zu erforschen.

Verfahren und Managementkonzepte für die ortsnahe Vernetzung sind aufgrund der hochgradig differenzierten gesundheitlichen Versorgung notwendig. Der zunehmenden Arbeitsteilung von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen steht ein völlig unterentwickeltes System der Vernetzung und Koordination gegenüber. Entwicklungsbedürftig sind hier vernetzte Versorgungsstrukturen unter Einbezug der Prävention, der Akutmedizin, der Rehabilitation, der Pflege und komplementärer Ein-

richtungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Ziel ist u. a. die bedarfsgerechte Versorgung der zunehmenden Zahl chronisch Kranker. Erforderlich ist ferner ein stärkerer regionaler Bezug der Versorgung. Hier besteht erheblicher Forschungs- und Entwicklungsbedarf.

Insbesondere die Rolle der Kommunen im Gesundheitswesen muß in diesem Zusammenhang untersucht werden. Neben der Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Anpassung an die medizinischen, sozialen und institutionellen Entwicklungen seit den 30er Jahren und der Setzung neuer Schwerpunkte unter Berücksichtigung der notwendigen Kohärenzen im System solidarischen Wettbewerbs nach dem Gesundheitsstrukturgesetz ist zu fragen, wieweit die Kommunen in der Lage sind bzw. befähigt werden müssen, eine aktivere Rolle bei der Bewältigung von Gesundheitsbedürfnissen und im Systemmanagement zu spielen. Die hohen Sicherheitsanforderungen bei der Arzneimittelversorgung und Hygiene, auch im Rahmen der Ablauforganisation in den Gesundheitseinrichtungen, sind einzubeziehen. Public-Health-Forschung findet hier einen Themenbereich, der verstärkt in der Gesundheitssystemforschung Berücksichtigung finden könnte.

Der Ausbau der medizinischen Grundversorgung, eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung sowie generell eine bessere Kooperation aller Versorgungsbereiche ist eine wesentliche Zukunftsaufgabe der Gesundheitspolitik. Die Einführung eines die Schwächen der bisherigen Versorgung überwindenden Systems der ärztlichen Versorgung wird unter dem Stichwort der „Primärversorgung“ u. a. durch die WHO und den Sachverständigenrat seit Jahren gefordert. Offene Fragen, spezifisch bundesdeutsche Probleme und Weiterentwicklungsmöglichkeiten sind zu untersuchen und gegebenenfalls in wissenschaftlicher Begleitung entsprechender Modellverfahren aufzugreifen. Untersuchungsbedarf besteht aus gesundheitspolitischer Sicht insbesondere bei der Frage, welches

die strukturellen Voraussetzungen eines funktionsfähigen Systems der verschiedenen denkbaren Varianten von Hausarztmodellen im Rahmen der ambulanten Versorgung sind.

Die moderne *Hochleistungsmedizin* befindet sich in einer rasanten Entwicklung. In immer rascherer Abfolge werden neue Diagnose- und Therapieverfahren entwickelt. Ihr optimaler Einsatz könnte aus gesundheitspolitischer Sicht Gegenstand von Untersuchungsreihen sein.

Die Rolle der Ethikkommissionen und ihre Wirkungsmöglichkeiten könnten darüber hinaus Gegenstand von Public-Health-Forschung sein.

Die Krankenhauslandschaft befindet sich, bedingt durch das GSG und den rasanten medizinisch-technischen Fortschritt, in einer weitreichenden Neuorientierungsphase. Der Begriff *Krankenhaus der Zukunft* bezeichnet den notwendigen Entwicklungsbedarf. Dies betrifft nicht nur neue Leitungsstrukturen und neue Aufgaben, sondern auch neue Finanzierungs- und Organisationskonzepte. Organisationsentwicklung, neue Finanzierungstechniken und Entgeltsysteme, eine Verbesserung der Methoden zur Qualitätssicherung und der Verzahnung z.B. mit dem ambulanten Bereich müssen speziell für die personenbezogenen Dienstleistungen wissenschaftlich begründet und entwickelt werden. Möglichkeiten und Grenzen der Entwicklung der Krankenhäuser in Richtung integrierter und übergreifender Einrichtungen sind zu prüfen, um alle Chancen der notwendigen Vernetzung gegebenenfalls „unter einem Dach“ ausschöpfen zu können. Die Auswirkungen solcher Entwicklungsprozesse auf das Gesundheitssystem sollten Gegenstand von Public-Health-Forschung sein.

Das Gesundheitswesen steht unter einem besonderen Innovationsdruck, bedingt durch die mehrfach erwähnte rasante Entwicklung in der medizinischen Forschung und der medizinischen Technikentwicklung. Gleichwohl wissen wir wenig dar-

über, wie sich, unter welchen Umständen, welche Innovationen durchsetzen, wo es Widerstände gegen Innovationen gibt und welche Innovationen möglicherweise vor schnell umgesetzt werden. Hierbei ist die Rolle der besonderen Therapierichtungen mit geeigneten Methoden einzubeziehen. Indikations- und methodenbezogene Evaluation ist für eine Vielzahl von zum Teil parallelen und alternativen Therapiemethoden zu entwickeln. Innovationen beziehen sich aber nicht nur auf den Prozeß der Behandlung, sondern auch auf den der Entwicklung und Einführung neuer Arbeits- und Organisationskonzepte und den der Generierung und Durchsetzung neuer Ziele im Gesundheitswesen. Der Public-Health-Forschung könnte in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu wachsen, im Sinne einer Analyse des Systems Innovationsprozesse zu erforschen und zu bewerten.

Bedingt durch politische Veränderungen in Mittel- und Osteuropa, neue Wanderungsbewegungen und Migrationsströme werden sich hier auch für die Bundesrepublik neue Aufgaben stellen. Ganz allgemein geht es hierbei um die Frage einer sozialverträglichen Gesundheitspolitik, die auch den Bedürfnissen von Randgruppen und Ausländern gerecht wird. In der WHO-Diskussion wird dies unter dem Stichwort „Equity“ gefordert. *Soziale Ungleichheit und Versorgung* wird daher ein weiteres Zukunftsthema der Public-Health-Forschung sein.

Auch in der Reformdiskussion um das Gesundheitswesen werden *Destandardisierung und Deregulierung* als Instrumente diskutiert, der Überfrachtung des Gesundheitswesens mit Regelungsvorschriften zu begegnen. Möglichkeiten und Risiken der entsprechenden Prozesse werden bisher aber zum Teil nur vermutet. Der Transfer von Methoden aus anderen Anwendungsgebieten in das Gesundheitswesen bedarf der sorgfältigen wissenschaftlichen Erforschung und Begleitung. Insbesondere stellt sich die Frage der *Qualitätssicherung* bei Deregulierungsmaßnahmen.

Zunehmende Bedeutung wird nach dem Gesundheitsstrukturgesetz *der solidarische Wettbewerb im Gesundheitswesen als Steuerungsinstrument* erhalten. Er soll die Bedarfsorientierung verbessern, die Qualität erhöhen und für mehr Wirtschaftlichkeit sorgen. Diese Erwartungen und Entwicklungen gilt es zu begleiten und zu bewerten, auch um Hinweise für denkbare positive oder negative Folgen bestimmter wettbewerblicher Anreize geben zu können. Wo ist der Wettbewerb wirklich das entscheidende Innovationsinstrument? Wo liegen seine Grenzen? Public-Health-Forschung könnte hierbei die Aufgabe zu kommen, die sozialen Folgewirkungen beispielsweise im Sinne einer Entsolidarisierung zu erforschen und die hierzu vorhandenen internationalen Erkenntnisse für die bundesdeutsche Debatte verfügbar zu machen.

Auch im Gesundheitswesen stehen wir vor einer neuen Qualität *des Einflusses europäischer Entwicklungen* auf unsere bisher bundesstaatlichen Regelungen und Ziele. Dies wird vor allem wesentlich für die zukünftige Ressourcenverteilung und die zunehmende Verknüpfung nationaler Forschung und Entwicklung mit europäischer Forschung von Bedeutung sein. Eine genaue Beobachtung zukünftiger Entwicklungen und aktueller politischer Prozesse auf der europäischen Ebene ist daher dringend geboten. So müssen Konvergenzentwicklungen beobachtet und analysiert werden. In diesem Zusammenhang empfiehlt sich die Prüfung einer Teildisziplin „Europäische Gesundheitspolitik“ im Rahmen von Public Health.

Die genannten Themenschwerpunkte sind jedoch keine rein bundesdeutschen oder nordrhein-westfälischen Besonderheiten. Mit unterschiedlichen Gewichtungen stehen alle europäischen Staaten bzw. Regionen vor ähnlichen Problemen. Daher hat die Landesregierung Nordrhein-Westfalens mit führenden Vertretern aus der Public-Health-Wissenschaft, der Politik und der Praxis des Landes im Jahr 1994 das **Euro-**

päische Public-Health-Forschungszentrum in NRW gegründet.

Die Aufgabenstellung dieses Zentrums läßt sich u. a. wie folgt umreißen:

- Bearbeitung von europaweit zentralen Querschnittsthemen und Entwicklungsaufgaben
- Förderung der vergleichenden Forschung und grenzüberschreitenden Diskussion einzelner Problemlösungen
- Organisation eines systematischen Wissens- und Erfahrungstransfers zwischen Public-Health-Forschung, -Entwicklung und -Praxis.

Das Zentrum soll eng v. a. mit nationalen Public-Health-Forschungs- und Praxiseinrichtungen, mit EU-Mitgliedsstaaten, mit der Europäischen Kommission, der WHO sowie anderen internationalen Einrichtungen zusammenarbeiten.

Weitere innovative Ansätze

Über die aufgeführten Lösungsansätze hinaus sind weitere Aktivitäten im nordrhein-westfälischen Hochschulbereich bedeutsam, die im Sinne der "Health for all"-Strategie liegen und zukunftsfähige Versuche darstellen, Gesundheit aus dem Wissenschaftsbereich zu begleiten. Beispielhaft für solche Ansätze sei hier das aus der Bielefelder Fakultät Gesundheitswissenschaften heraus beantragte Forschungsprojekt „*Gesunde Universität Bielefeld: Gesundheitsfördernde Interventionen zur Reduktion des Rauchens für Studierende*“ genannt. Entsprechend der forcierten Einführung gesundheitsfördernder Maßnahmen in verschiedene Lebensbereiche könnte die Gestaltung der „Gesunden Universität“ ein Zukunftssymbol für die bessere Koordinierung im Dreieck Gesundheitspraxis - Gesundheitspolitik - Gesundheitsforschung werden.

● Ausgewählte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen

- ◆ Forschungsverbund Public Health Nordrhein-Westfalen (Bielefeld/Düsseldorf)
- ◆ Europäisches Public-Health-Zentrum in Nordrhein-Westfalen (EPHZ NRW)
- ◆ Systematische Evaluation von Modellentwicklungen in NRW (z.B. Ortsnahe Koordinierung, Gerontopsychiatrische Zentren, Gesundheitsamt 2000, Örtliche Pflegekonferenzen, Psychiatrische Krisenintervention, Methadonprogramm NRW, Ambulante Hospizbetreuung)
- ◆ Studiengänge Gesundheitswissenschaften in Bielefeld und Düsseldorf

- ◆ Gründung der ersten deutschen Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld
- ◆ Institut für Pflegewissenschaft
- ◆ Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen
- ◆ Errichtung eines Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW am 1.1.1995.

● Eine Indikatorenauswahl

ist zu diesem Gesundheitsziel noch nicht erarbeitet worden.

NRW-Ziel 10:

(Grundlage HFA 35)

Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Bis zum Jahr 2005 sollten in Nordrhein-Westfalen Gesundheitsinformationssysteme die Formulierung, Umsetzung, Begleitüberwachung und Evaluation der „Gesundheit für alle“-Politik aktiv abstützen.

● Konkretisierung

a - Aufbau eines abgestimmten und abgestuften Gesundheitsberichterstattungssystems (kommunal, Land, Bund, WHO und Europäische Union) unter Nutzung aller verfügbaren Datenquellen

b - Geeignete Indikatoren für Fortschritte bei Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele und Programme einführen

c - Erstellen und Liefern von standardisierten Daten zur Messung und Verwirklichung der NRW-Gesundheitsziele

d - Informationssysteme für Prognosen über künftige Probleme und Bedarfsstrukturen einrichten

e - Erleichterung des Informationsaustauschs im Gesundheitswesen und mit anderen Sektoren und Arbeitsbereichen

f - Zweckdienliche Information an Politiker, Manager, interessierte Gruppen, Öffentlichkeit liefern

g - Zweckgerechte Nutzung der Möglichkeiten von modernen Informationstechnologien sicherstellen

h - Entwicklung des Aufbaus von entscheidungsrelevanten Datenbasen, u.a. im Bereich Umweltgesundheit/Umweltmedizin

i - Entwicklung von Systemen zur bürger-nahen Gesundheitsinformation.

● Hintergrund

Nordrhein-Westfalen hat neben der offiziellen Medizinalstatistik des Landes in den sechziger Jahren in konsequenter Weise

den *Aufbau von gesundheitsbezogenen Informationssystemen* begonnen und kontinuierlich weiterentwickelt. Dabei stellen sich die einzelnen Elemente wie folgt dar:

Dokumentation und Information

1965 wurde im Landesauftrag in Bielefeld mit einer *Dokumentation schulärztlicher Untersuchungsergebnisse (DSU)* begonnen, die später als *Bielefelder Modell* auch von Städten und Landkreisen außerhalb Nordrhein-Westfalens übernommen wurde.

1966 hat Nordrhein-Westfalen den offiziellen Auftrag der Bundesländer zur *Dokumentation und Information über Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen* übernommen. Dieser Auftrag beinhaltete den Aufbau von Datenspeichern in den Bereichen Literaturdokumentation und Forschungsdokumentation.

1988 wurden die nordrhein-westfälischen Bestände an *Literaturhinweisen zur Sozialmedizin und zum Gesundheitswesen* als *Online-Datenbank SOMED* beim Datenbankanbieter DIMDI (*Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*, Köln im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums) der bundesweiten Nutzung zur Verfügung gestellt. Diese Online-Datenbank umfaßt heute in ihren bis zum Erfassungsjahr 1978 zurückreichenden Beständen etwa 300.000 Dokumentationseinheiten. Eine CD-ROM-Version der SOMED-Datenbank ist vorgesehen. Die Einbeziehung der SOMED-Informationsstrukturen in ein integriertes europäisches Literaturinformationssystem wird diskutiert.

Bürgernahe Information

Seit den siebziger Jahren existiert ein *Telefonansagedienst der Landesregierung* zur Information der Bevölkerung über aktuelle Gesundheitsthemen mit intervallweise wechselnden Texten, der stark frequentiert wird. Im Zeitraum 1993/94 wurde diese Informationsquelle ca. 215.000mal abgefragt.

Gesundheitsberichterstattung

1986 wurde mit der konzeptionellen Entwicklung einer Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen ein weiteres

Gebiet der Gesundheitsinformation in NRW erschlossen; neben Konzeptveröffentlichungen und Pilotausgaben des IDIS erschien als erste geschlossene Darstellung der *Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990* mit 37 Einzelkapiteln zu relevanten Gesundheitsthemen des Landes. Der *Gesundheitsreport 1994* umfaßt 29 Kapitel. Einher mit der Erstellung des ersten Gesundheitsreports ging die Gründung der Landesgesundheitskonferenz und ihres Vorbereitenden Ausschusses im Land. In dieser sind alle Institutionen und Verbände des selbstverwalteten Gesundheitswesens vertreten, die im Gesundheitssystem von Nordrhein-Westfalen Verantwortung tragen. Die Schaffung dieses Gremiums zur Begleitung der Landesgesundheitsberichterstattung war notwendig, weil sowohl die Ermittlung von Bedarfen im Bereich der Gesundheitsberichterstattung als auch eine aus Gesundheitsberichten resultierende notwendige Umsetzung von Maßnahmen der gemeinsamen Diskussion und Positionsfindung aller Verantwortlichen bedürfen.

1991 wurde zusätzlich eine *Arbeitsgruppe Gesundheitsstatistik* beim IDIS (jetzt: *Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst*) eingesetzt. Über ihre Tätigkeit realisiert das Land eine indikatorbezogene Aufbereitung gesundheitsstatistischer Basisdaten mit einer Orientierung an den Indikatorenansätzen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder und der Weltgesundheitsorganisation.

Das Land Nordrhein-Westfalen ist seit August 1993 beteiligt am Aufbau des Netzwerkes "*European Nervous System*" (*ENS*), Teilbereich "*Health Care*". Mit dem Ziel, den Zugang zu Gesundheitsinformationen innerhalb Europas über ein Telekommunikationsnetzwerk zu verbessern, wird *ENS-Care* gegenwärtig im Auftrag der *Kommission der Europäischen Gemeinschaft* und der *WHO-Europa* entwickelt. Sollte sich das transeuropäische Netzwerk für Gesundheitsstatistik bewähren, könnte es auf weitere Nutzer im inter-

nationalen, nationalen, regionalen und kommunalen Bereich ausgedehnt werden.

1993 wurde eine *Arbeitsgruppe zur Kommunalen Gesundheitsberichterstattung* durch den *Vorbereitenden Ausschuß zur Landesgesundheitskonferenz* eingerichtet. Sie soll die Einführung der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung als Bezugsinstrument für gesundheitspolitisches Handeln im Land fördern. Akzente liegen auf der Verständigung über Basisindikatoren sowie auf der Planung zur zentralen Aufbereitung der erhobenen Daten und zu geeigneten Wegen für die Übermittlung der aufbereiteten Daten zurück in die Kommunen.

Darüber hinaus ist das Land am Projektbeitrag zum Aufbau einer bundesweiten Gesundheitsberichterstattung beteiligt.

Umweltbezogene Gesundheitsinformation

1989 erfolgte der *Aufbau eines umweltmedizinischen Noxeninformationssystems (NIS)* ebenfalls beim IDIS (jetzt: *Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst*). Es handelt sich um ein PC-gestütztes Datenbanksystem mit mehreren Komponenten, u.a. einer Faktendatenbank zu gefährlichen Stoffen (*NIS-FAKT*) und einer Indexdatenbank mit einem Verweisapparat auf zahlreiche andere umweltmedizinische oder toxikologische Informationsquellen (*NIS-INDEX*). Nach Abschluß einer zweijährigen Pilotphase steht das *NIS* inzwischen allen Gesundheitsämtern in Nordrhein-Westfalen zur Erledigung ihrer umweltmedizinischen Aufgaben zur Verfügung. Schritte zu einer Ausweitung von Nutzung und Trägerschaft von *NIS* auf den Kreis der anderen Bundesländer sind eingeleitet.

Seit 1993 ist der Einsatz des *Trinkwasserdatenerfassungs- und Informationssystems (TEIS)* an allen nordrhein-westfälischen Gesundheitsämtern möglich, die zu diesem Zweck von der Landesregierung mit Personalcomputern ausgerüstet worden sind.

Die Gesundheitsämter erfassen die nach der Trinkwasserverordnung zu erhebenden Daten mit diesem System und melden sie dem Land zur Aufnahme in die *zentrale Trinkwasserdatenbank NRW*. Der Aufbau von Informationssystemen zur Erfassung und Auswertung von Daten der Trinkwasserüberwachung in Nordrhein-Westfalen hat die Basis geschaffen für rasche und effektive gesundheitspolitische Interventionen im Regionalbereich auf der Grundlage zeitnah bereitgestellter Daten zur Trinkwassergüte. *TEIS* ermöglicht darüberhinaus ein kontinuierliches Monitoring der Trinkwassersituation im Land und die damit verbundene Möglichkeit des Datenaustauschs mit den nationalen und europäischen Überwachungsebenen im Trinkwasserbereich.

1994 erfolgten Programmierung und Testanwendungen des Kernstücks der eigentlichen *Trinkwasserdatenbank (TWDB) NRW*. Hier werden auf Landesebene alle eingehenden Daten gesammelt, ausgewertet aufbereitet und für den Anwendungsbereich zur Verfügung gestellt. Mit der abschliessenden Einführung des Systems in Nordrhein-Westfalen wird im Laufe des Jahres 1995 gerechnet. Die Datenhaltung wird beim *Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (LDS)* erfolgen, Koordination und Führung der *TWDB* sollen der Abteilung IV „Umweltmedizin“ des *Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst* übertragen werden. Die Trinkwasserdatenbank NRW hat inzwischen bundes- und europaweit Interesse ausgelöst und dürfte sich zu einem wichtigen Beitrag Nordrhein-Westfalens zum Aufbau eines grenzübergreifenden europäischen Netzes für Umweltmedizin entwickeln.

Gesamtschau Public-Health-Information

Die Landesregierung hat mit den dargestellten Aktivitäten lange vor Entstehen einer breiteren Aufmerksamkeit für das Wissensgebiet "Public Health" unter Beweis gestellt, daß sie der in diesem Gesundheitsziel beschriebenen Informationsaufgabe gegenüber Fachöffentlichkeit und

Bevölkerung mit großer Ernsthaftigkeit nachkommen will. Sie reagiert in jüngster Zeit mit weiteren Aufbauleistungen in den Bereichen Umweltmedizin, Berichterstattung und Gesundheitsstatistik auf geänderte Risiken und auf die gestiegenen Ansprüche nach umfassender und planvoller Information über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen.

Gleichwohl ist ein solcher Erfahrungsweg in diesem Bereich von Licht und Schatten begleitet; die **Problembereiche** stellen sich wie folgt dar:

- gesundheitsbezogene *Information für die Fachöffentlichkeit* unterscheidet sich in Darstellung und Anspruchsniveau meistens von *Informationen für die Bevölkerung* - dementsprechend muß zweigleisig informiert werden - auch im Bereich der Gesundheitsförderung;
- beide Arten von Informationstätigkeit zeichnen sich durch *hohen Ressourcenaufwand* aus, der in Kosten-Nutzen-Analysen einem schwer meßbaren Ertrag gegenübersteht - es handelt sich um eine echte Infrastrukturaufgabe;
- Gesundheitsinformation ist eine *Transferaufgabe* zwischen Wissenschaftsbereich, Verwaltung, Industriebereichen, Praxistätigkeit von im Gesundheitswesen Beschäftigten und betroffener Bevölkerung. Die vielfältigen und sehr unterschiedlichen Bedingungen in diesen Zielgruppen erschweren inhaltliche Schwerpunktsetzungen bei der Dokumentauswahl, organisatorische Kooperationen mit den Vertretern dieser Zielgruppen und die Aufstellung einfacher Abrechnungskonditionen für Informationsdienstleistungen ganz erheblich;
- die *Anforderungen an Informationssysteme* sind - nicht zuletzt aufgrund erheblicher technologischer Fortschritte im Bereich der Datenverarbeitung - gestiegen. Dies hat einerseits zu erheblichen Erleichterungen (bei Informationsbereitstellung und -übertragung) geführt, andererseits Probleme auf neuen Komplexitätsebenen

erzeugt (u.a. sprunghaft gestiegene Informationsmenge i.S. einer „Datenflut“, stark diversifizierte Nutzerbedarfe bezüglich der technischen Bereitstellung der Information). Konsequenz ist ein höherer Selektionsbedarf bei Erfassung und Weitergabe von Informationen - eine Anforderung, für die häufig die Kriterien (z.B. für die Informationsselektion) nicht entsprechend mitgewachsen sind;

- *Informationsvernetzung* schafft im positiven Sinne zahlreiche neue Informationsquellen und Kommunikationspartner; die damit verbundenen steigenden Fehlermöglichkeiten (etwa im Bereich der Gesundheitsberichterstattung/Gesundheitsstatistik) erfordern ein fortgeschrittenes, gut organisiertes Informationsmanagement (Stichwörter: valide Daten und Informationen, eindeutige Kommunikation).

Da der Bereich „*Gesundheitsinformation*“ als Infrastrukturaufgabe für verschiedene praxis- und planungsorientierte Funktionsbereiche im Gesundheitswesen und im allgemeingesellschaftlichen Bereich aufzufassen ist, hängt seine sinnvolle zukünftige Weiterentwicklung in hohem Maße von der **Entwicklung kooperativer Strukturen** in den Quell- und Zielbereichen für die angestrebten Informationsdienstleistungen ab:

Grundlage zur Bereitstellung umfassender Informationen sind die zur Verfügung stehenden *Daten*. Aufgrund des pluralistischen Gesundheitssystems sind die notwendigen Daten nur sehr begrenzt öffentlich zugänglich. Notwendig ist daher eine aktive Mitwirkung aller Akteure des Gesundheitswesens an der Gesundheitsberichterstattung, was auch die Bereitstellung von vorhandenem Datenmaterial beinhaltet.

Die *Information für die Fachöffentlichkeit* trifft im Zielgruppenbereich auf sehr unterschiedliche Informationsgewohnheiten und Bedarfe. In Zusammenhang mit erforderlichen Besprechungen zur Umsetzung der NRW-Ziele sollten mit den einzelnen Bereichen (Gesundheitsämter, Leistungsträ-

ger und Einrichtungen im Gesundheitswesen, wissenschaftlichen Projektgruppen, Schulwesen, Betriebliche Bereiche/ Arbeitsmedizin, usw.) Fragen der speziellen Informationsbedarfe, der Kommunikationswege und der ökonomischen Regelungen verbindlich erörtert und geklärt werden. Auf der Basis solcher kooperativer Verhandlungen im Kontext eines Entwicklungsschubes im NRW-Gesundheitsbereich insgesamt, läßt sich ein tragendes Zukunftskonzept für den Bereich Gesundheitsinformation in Nordrhein-Westfalen erstellen.

Von *Informationssystemen* kann in diesem Bereich derzeit nur vereinzelt gesprochen werden. Sie beziehen sich in der Regel auf Warnungen vor Gesundheitsgefahren (z.B. Smogepisoden, Pollenflug) für Risikogruppen. Im allgemeinen Bereich der Gesundheitsförderung erfolgt der Transfer fachwissenschaftlicher Erkenntnisse und Literatur in allgemeinverständliche Kommunikationsformen derzeit wenig systematisch. Bei dem erheblichen Aufwand, den die bestehenden Fachinformationssysteme bereits erfordern, empfiehlt es sich, für die Entwicklung bürgernaher Informationssysteme zunächst über Modellprojekte innovative Schritte in dieses Terrain durchzuführen - u.U. in Verbindung mit Krankenkassen, Ärzte- oder Apothekerkammern, z.B. zunächst zu ausgewählten Fragen der Patienteninformation.

Bevölkerungsbezogene Information ist funktional und effektiv in einer entwickelten Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung einzusetzen. Je präziser die Ziel- und Umsetzungsvorstellungen für gesundheits-erzieherische und gesundheitsfördernde Konzepte in Nordrhein-Westfalen werden, umso gezielter lassen sich entsprechend geeignete Informationsformen als flankierende Maßnahmen erarbeiten.

● Lösungsansatz

Für die Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Informationen sind **vier Entwicklungssegmente** und deren Zusammenspiel von Bedeutung:

1. Die *geografisch-politische Organisationsebene* mit den Unterebenen
 - Europa
 - Bundesrepublik Deutschland
 - Nordrhein-Westfalen
 - Regionalentwicklung
 - Kommunalentwicklung
2. Die *fachlich-inhaltliche Organisationsebene* mit verschiedenen Unterebenen wie
 - Epidemiologie
 - Gesundheitsstatistik
 - Gesundheitsberichterstattung
 - Umweltinformation
 - Information zu Prävention und Gesundheitsförderung
 - weitere Themenbereiche...
3. Die *zielgruppenbezogene Organisationsebene* mit verschiedenen Unterebenen wie
 - allgemeine Bevölkerung
 - Tätige in Anwendungsbereichen im Gesundheitswesen
 - Managementbereich im Gesundheitswesen
 - Gesundheitspolitikerinnen und -politiker aller Ebenen
 - Wissenschaft und Forschung
 - Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich
 - Fachpresse
 - allgemeine Medien
 - weitere Zielgruppen
4. Die *kommunikationstechnik-bezogene Organisationsebene* mit verschiedenen technischen und medienbezogenen Ausbreitungswegen, Interaktions- und Kooperationsformen (z.B. Joint-venture).

Dieses mehrdimensionale Organisationsgeflecht ist durch geeignete Koordinierungsmaßnahmen zu entwickeln und in den für diese Entwicklung festzulegenden Prioritäten in anwendungstaugliche, zukunftsfähige Funktion umzusetzen.

Entwicklungsperspektiven: wie im Kapitel „Hintergrund“ skizziert, weist Nordrhein-Westfalen *in Einzelbereichen weiterentwicklungsfähige Ansätze* zum Ausbau seiner Infrastruktur im gesundheitsbezogenen Informationssektor auf. In der Regel sind diese Ansätze durch spezielle Entwicklungsbedarfe im jeweiligen Segment begründet und erforderlich. Ähnlich wie im Forschungsbereich macht es Sinn, den größten Teil dieser Projekte und Entwicklungslinien in die Zukunft fortzuschreiben - wobei dies im Einzelfall überprüft und unter Kosten-Nutzen-Erwägungen und Qualitätsgesichtspunkten sorgfältig evaluiert werden muß.

Ähnlich wie im Forschungsbereich ist im Informationssektor das *Gesamtsetting zu überprüfen* und durch einen Koordinierungsprozeß günstig zu beeinflussen. Ganzheitliche Sichtweisen sind in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren insbesondere durch die hinzugetretene europäische Perspektive in diesem Entwicklungsbereich entstanden. Es ist dringend erforderlich, diese europäische Planungsebene mit ihren Blickwinkeln zu verbinden mit dem Entwicklungs- und Informationsbedarf vor Ort - im Zweifelsfall dem Bedarf auf der kommunalen Ebene.

Chancen und Entwicklungsansätze gibt es hierzu genügend:

- durch die Verbindung des im europäischen Rahmen stehenden Projektverbundes „*Gesundes Land NRW*“ mit den Gremien der Landesgesundheitskonferenz NRW. Hierbei ist ein konkretes Thema die Einbindung sämtlicher Beteiligter und Datenhalter auf europäischer und speziell auf Landesebene in ein abgestimmtes Konzept zur Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen - u.a. im Sinne einer kontinuierlichen Datenlieferung und -bewertung;
- durch die Möglichkeit, den Bereich der gesundheitsbezogenen Information zu einem der nächsten Themen der *Landesgesundheitskonferenz* machen zu können;

- durch die in NRW-Ziel 9 dargestellten Möglichkeiten zu einer verstärkten *Zusammenarbeit* von Gesundheitspraxis, Gesundheitspolitik und Public-Health-Forschung, die in allen Belangen stets mit Informations- und Kommunikationsfragen verbunden sind;
- durch die Möglichkeiten im Land zu einer *Unterstützung vorhandener Ansätze* durch
 - spezifische *Forschungsprojekte* zum Informationssektor im Public-Health-Bereich,
 - spezifische *Kooperationen* zwischen Leistungsträgern, Forschung und Gesundheitspolitik,
 - *Joint-venture-Konstruktionen*, die die Wirtschaftspotenz Nordrhein-Westfalens im Informationssektor mit der gut entwickelten und entwicklungsfähigen Public-Health-Forschungslandschaft und den innovationsfreudigen Praxisinstitutionen in Nordrhein-Westfalen zusammenbringen.

In der Vorbereitung zu diversen Europa-Projekten liegen hier bereits brauchbare Schritte in dieser zukunftsweisenden Richtung vor. Über eine Intensivierung von Aktivitäten zur Entwicklung dieses vorläufig abschließenden NRW-Gesundheitsziels können diese Ansätze in der nächsten Dekade zu Reife und Prosperität vorangetrieben werden.

● **Ausgewählte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen**

- ◆ Dokumentation schulärztlicher Untersuchungsergebnisse (DSU) / Bielefelder Modell
- ◆ Dokumentation und Information über Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen mittels NRW-Literaturhinweis-Datenbank SOMED (online beim DIMDI)

- ◆ Telefonansagedienst der Landesregierung
- ◆ Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen
- ◆ Arbeitsgruppe Gesundheitsstatistik (Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst)
- ◆ Beteiligung am Aufbau des Netzwerkes "European Nervous System" (ENS), Teilbereich "Health Care".
- ◆ Arbeitsgruppe zur Kommunalen Gesundheitsberichterstattung
- ◆ Aufbau eines umweltmedizinischen Noxeninformationssystems (NIS)
- ◆ Trinkwasserdatenerfassungs- und Informationssystem (TEIS)
- ◆ Trinkwasserdatenbank (TWDB) NRW
- ◆ Gesundheitsbezogene Informationen über die Umweltambulanzen und deren Datenbanken
- ◆ Diverse Aktivitäten im Informationssektor in Zusammenhang mit anstehenden bzw. geplanten Europa-Projekten.

● Eine Indikatorauswahl

ist zu diesem Gesundheitsziel noch nicht erarbeitet worden.

Anhang A

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen, Akronyme und Programmbezeichnungen

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	ERASMUS	Europaweites Förderprogramm zum Austausch von Dozenten und Studenten im Rahmen von Lehrprogrammen
ALPHA	Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung	EU	Europäische Union
BIOMED	Rahmenprogramm der Europäischen Union zur Förderung von Forschung und technologischer Entwicklung im Bereich „Biomedizin und Gesundheitswesen“	FH	Fachhochschule
CINDI	Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Intervention (WHO-koordiniertes Programm)	GBK	Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten
DHP	Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Köln)	GMK	Gesundheitsministerkonferenz
DSU	Dokumentation Schulärztlicher Untersuchungen	GRG	Gesundheitsreformgesetz
EDV	Elektronische Datenverarbeitung	GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
EG	Europäische Gemeinschaft	GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
ENS	European Nervous System	GVP	Gesundheitsvertraglichkeitsprüfung im Rahmen des Verfahrens zur Umweltvertraglichkeitsprüfung
EPHZ	Europäisches Public-Health-Zentrum	HEUH	Programm zur Gesundheitsförderung „Herzinfarkt erkennen und richtig handeln“
		HFA	„Health for all 2000“ - Programm der Weltgesundheitsorganisation mit 38 Einzelzielen
		HIV	Human Immunodeficiency Virus - Erreger, der zum

	Krankheitsbild des Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) führen kann		
HOLS	Herzinfarkt-Ostwestfalen-Lippe-Studie - Vorläufer des Programms zur Gesundheitsförderung „Herzinfarkt erkennen und richtig handeln“ (HEUH)	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme	OrgKG	Gesetz zur Bekämpfung des illegalen Rauschgifthandelns und anderer Erscheinungsformen der Organisierten Kriminalität
IDIS	Institut für Dokumentation, Information und Sozialmedizin (Bielefeld, bis 1994) - Vorläufer eines Teils des jetzigen Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen	PH	Pädagogische Hochschule
KISS	Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen	PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
KOSKON	Koordination der Selbsthilfekontaktstellen in NRW (Mönchengladbach)	PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
LDS	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (Düsseldorf)	RWTH	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (Aachen)
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Düsseldorf)	SGB	Sozialgesetzbuch
NIS	Noxeninformationssystem	SOMED	Sozialmedizinische Online-Literaturhinweisdatenbank
NRW	Nordrhein-Westfalen	TEIS	Trinkwasserdatenerfassungs- und Informationssystem
NWF PH	Nordrhein-westfälischer Forschungsverbund Public Health	TEMPUS	Europaweites Förderprogramm zum Austausch von Dozenten und Studenten im Rahmen von Lehrprogrammen
		TWDB	Trinkwasserdatenbank
		UVP	Umweltverträglichkeitsprüfung
		WHO	World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation (Genf, Kopenhagen...)

Anhang B

Weitere Indikatoren zu den Gesundheitszielen

(in Ergänzung zu der exemplarischen Auswahl zu Einzelzielen im Textteil)

Zu NRW-Ziel 1:

Herz-Kreislaufkrankheiten

reduzieren (Grundlage HFA 9)

Vorläufige Indikatorenauswahl

(in Ergänzung zu der exemplarischen Auswahl zum Einzelziel im Textteil)

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
---------------------------------------	-----	-----	-----

N11 Sterblichkeit

Vermeidbare Sterbefälle, Trend	11.20	3.12	
ICD 390-459 = Krhtn. d. Kreislaufsystems	11.30	3.08 3.69	
ICD 410-414 = Ischämische Herzkrankheiten	11.40	3.65 3.12 3.13	
ICD 430-438 = Krhtn. d. zerebrovaskulären Systems	11.50	3.65	

N12 Morbidität

Stationäre Morbidität des Schlaganfalls	12.10	3.21	
Stationäre Morbidität des Herzinfarktes	12.20	3.22	
Hypertonie,	12.30	3.23	
Inzidenz von Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (ICD 430-438)	12.50		9.5

N13 Risiken

Cholesterinspiegel und Blutdruck	13.10	4.35 4.36	9.7
Angaben über Raucher/Raucherinnen	13.20	4.31 4.32	
Angaben über Bewegungsmangel	13.40	4.24	

N14 Maßnahmen

Medizinische Reha-Maßnahmen	14.20	7.21	
-----------------------------	-------	------	--

Zu NRW-Ziel 6:

Primäre Gesundheitsversorgung

(Grundlage HFA 28)

Vorläufige Indikatorenauswahl

(in Ergänzung zu der exemplarischen Auswahl zum Einzelziel im Textteil)

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
---------------------------------------	-----	-----	-----

N61 Früherkennung und Vorsorge

N61.1 allgemein

1. Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchung	61.12	4.02	
Schulanfängeruntersuchungen, Kreise	61.13	4.03	
U3-U9-Untersuchungen; NRW, Trend	61.14	4.04	
Früherkennungsuntersuchungen Männer; NRW, Trend	61.15	4.05	
Früherkennungsuntersuchungen, Frauen, NRW, Trend	61.16	4.06	
Gesundheits-Check-up, Trend	61.17	4.09	

N61.2 im Arbeitsbereich

Jugendarbeitsschutzuntersuchungen	61.21	7.6	
-----------------------------------	-------	-----	--

N61.3 Status Mundhygiene

DMFT-T-Index bei Kindern	61.32	7.9	
--------------------------	-------	-----	--

N62 Leistungsstruktur

Rettungsleitstellen	62.11	6.5	
Rettungsmittel	62.12	6.6	

Fortsetzung Indikatoren zu NRW-Ziel 6, Unterpunkt N62 Leistungsstruktur

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
Ambulante kassenärztliche Versorgung, NRW	62.14	7.11	
Abgerechnete ambulante Leistungen	62.15	7.12	
Zahnärztliche Leistungen	62.16	7.13	
Häusliche Pflege, Altersgruppen	62.17	7.23	
Ambulante Pflegedienste	62.18	7.24	
Ambulante pflegerische Versorgung	62.19	7.25	

N63 Berufstätige im Gesundheitswesen

Berufstätige Ärzte, NRW, Trend	63.12	8.02	
Ärzte nach Alter	63.13	8.03	
Ärzte in freier Praxis			
Zahnärzte, NRW, Trend	63.14	8.04	
Einwohner/ Arzt/ Zahnarzt, Kreise, Trend	63.15	8.05	
Ausgewählte Fachrichtungen niedergelassener Ärzte, Trend,	63.16	8.06	
Kassenärzte NRW, Kreise	63.17	6.01	
Versorgungsgrad Kassenärzte, NRW	63.18	6.02	
Krankenpflege- und Altenpflegeberufe, Trend	63.19	8.08	
Med.-therapeutische Berufe, Trend	63.20	8.09	
Tech.-diagnostisches Personal, Trend	63.21	8.10	
Erteilte Approbationen	63.22	9.03	
Heilpraktiker, NRW, Trend	63.23	6.07	
Psychotherapeuten	63.24	6.08	
Krankengymnasten und Masseur	63.25	6.09	

Fortsetzung Indikatoren zu NRW-Ziel 6, Unterpunkt N63 Berufstätige im GW

Gesundheitshandwerk (Zahntechniker, Optiker)	63.26	6.10	
Personal der Gesundheitsämter, Kreise	63.27	6.19	

Zu NRW-Ziel 7: Krankenhausversorgung (Grundlage HFA 29)

Vorläufige Indikatoreauswahl

(in Ergänzung zu der exemplarischen Auswahl zum Einzelziel im Textteil)

Indikatorgruppe/ Einzelindikatoren	NRW	GMK	HFA
---------------------------------------	-----	-----	-----

N71 Klinikangebot

Polikliniken, NRW	71.10	6.03	
Fachabteilungen in Krankenhäusern,	71.30	6.13	
Tageskliniken, Kreise	71.40	6.14	

N73 Krankenhauspersonal

Ärzte nach Alter im Krankenhaus	73.20	8.03	
Berufstätige Hebammen, Trend,	73.30	8.11	

N74 Krankenhäusfälle

Krankenhäusfälle nach Altersgruppen	74.10	7.14	
Krankenhausbehandlung nach Fachabteilungen, Trend	74.30	7.16	

N75 Krankenhausausgaben

Ausgaben der GKV, Trend	75.20	10.05	
-------------------------	-------	-------	--

Anhang C

Systematik der Gesundheitsberichterstattung

im Gesundheitsreport NRW 1990 publizierte Kapitel
im Gesundheitsreport NRW 1994 publizierte Kap.

Kapitel des Abschnitts A: Gesundheitliche Lage und Lebensqualität

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Lebenserwartung und Morbiditätsstruktur• Arbeits- und Erwerbsfähigkeit• Diabetes mellitus• Terminales Nierenversagen• AIDS• Hypertonie• Suizid | <ul style="list-style-type: none">• Lebenserwartung und Morbidität• Soziale Ungleichheit u. Gesundheit• Erwerbsfähigkeit, Ruhestand und Gesundheit• Pflegebedürftigkeit• Behinderung im Kindesalter• Diabetes mellitus• AIDS und HIV-Infektionen |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Kapitel des Abschnitts B: Gesundheitsrisiken

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen• Arbeitslosigkeit und Gesundheit• Lärm• Verkehrsunfälle• Gewalt gegen Frauen• Gewalt gegen Kinder• Rauchen• Alkoholmißbrauch• Ernährung und Körpergewicht• Körperliche Bewegung: Arbeit, Lebensweise, Sport | <ul style="list-style-type: none">• Luftschadstoffe und Gesundheit• Unfälle in Haus und Freizeit• Männergewalt gegen Frauen• Gewalt gegen Kinder• Rauchen• Betriebsfremde Arbeitnehmer• Kinderarbeit |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Kapitel des Abschnitts C: Gesundheitsschutz

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Arbeitsschutz• Erhaltung der Zahngesundheit• Selbsthilfegruppen | <ul style="list-style-type: none">• Schutz vor Infektionskrankheiten• Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen• Gesundheitsförderung durch Krankenkassen |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Kapitel des Abschnitts D: Gesundheitliche Versorgung

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Struktur der Krankenhausleistungen• Ambulante, teilstationäre und komplementäre psychiatrische Versorgung• Ambulante medizinische und soziale Pflege• Arzneimittelverordnung in der Arztpraxis• Krebsnachsorge• Steintherapie | <ul style="list-style-type: none">• Zahnprothetische Versorgung• Rehabilitation• Versorgung des chronisch-entzündlichen Rheumatismus• Psychische und psychosomatische Behandlungen in der Arztpraxis |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Kapitel des Abschnitts E: Einrichtungen im Gesundheitswesen

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Rettungsdienst• Medizinische und soziale Pflegedienste• Beratungsdienste für Kranke und Behinderte | <ul style="list-style-type: none">• Arbeitsmedizinische Dienste• Sterbebegleitung und Hospizbetreuung |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Kapitel des Abschnitts F: Berufe und Beschäftigte im Gesundheitswesen

- Berufsgruppen im Gesundheitswesen
- Erwerbstätige in den Einrichtungen des Gesundheitswesens

Kapitel des Abschnitts G: Ausgaben, Finanzierung und Krankenversicherungsschutz

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Ausgaben und Ausgabenträger• Krankenversicherungsschutz• Demographische Entwicklung• Angebotsstruktur• Finanzierungspotential der gesetzlichen Krankenversicherung• Beitragssatzentwicklung und Beitragsgerechtigkeit | <ul style="list-style-type: none">• Ausgaben für Gesundheit• Krankenversicherungsschutz• Demographischer Wandel und Krankenversicherung• Eigenverantwortung, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV• Beitragssatzentwicklung in der GKV• Ausgaben und Ausgabensteuerung |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Anhang D

Entschließung der 3. Landesgesundheitskonferenz vom 23. Juni 1994 zum Projekt Gesundes Land Nordrhein-Westfalen

I. Projektverbund „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“

Die Landesgesundheitskonferenz nimmt die Initiative der Gründung des Projektverbundes „Gesundes Land NRW“ im Rahmen der Mitgliedschaft im WHO-Netzwerk „Regionen für Gesundheit“ zustimmend zur Kenntnis.

Sie begrüßt die mit der beabsichtigten Auswahl hervorragender gesundheitspolitischer Projekte in den Projektverbund verbundenen innovativen Anstöße und qualitativen Weiterentwicklungen in der Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen. Sie erklärt sich bereit, den Projektverbund zu begleiten und bittet den Vorbereitenden Ausschuß auf der Grundlage der bisher dort geführten Diskussionen, die weiteren Entwicklungen gemeinsam mit dem Ministerium voranzubringen und die Diskussion mit dem Ziel einer Meinungsbildung der Landesgesundheitskonferenz alsbald abzuschließen.

II. Gesundheitsziele in Nordrhein-Westfalen

Die Landesgesundheitskonferenz begrüßt die laufenden Diskussionen im Land Nordrhein-Westfalen zur Formulierung von Gesundheitszielen. Sie sieht hierfür eine wichtige Grundlage für die zukünftigen Entwicklungen des Projektverbundes „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“.

1. Gesundheitsziele können dazu beitragen,
 - Gesundheitspolitik zu strukturieren und die Verzahnung mit anderen Politikfeldern zu gewährleisten,
 - Prioritäten für die Entwicklung langfristiger Perspektiven in der Gesundheitspolitik zu definieren,
 - eine verbesserte Effizienzkontrolle eingesetzter Ressourcen zu erreichen und
 - ein gemeinsames Verständnis der verschiedenen Partner für die Zielrichtung von Gesundheitspolitik als Grundlage für die Zusammenarbeit zu schaffen.
2. Die WHO hat mit den von ihr vorgelegten 38 Einzelzielen für Europa, die durch die Mitgliedsstaaten ratifiziert wurden, die Grundlage für die Definition von Gesundheitszielen für die Staaten Europas vorgegeben. Insbesondere aus dem anglo-amerikanischen Raum liegen Erfahrungen vor, wie diese Ziele auf nationaler bzw. regionaler Ebene konkretisiert werden können.
3. Der vorbereitende Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz hat sich in den vergangenen Monaten intensiv mit der Formulierung solcher vorrangiger Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen beschäftigt und sich dabei am erreichten Standard der internationalen Diskussion orientiert. Dabei wurde der Entwurf von 10 Zielen diskutiert.
4. Die Landesgesundheitskonferenz bittet den Vorbereitenden Ausschuß, diese Diskussion fortzusetzen und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bei der Erarbeitung der Gesundheitsziele zu unterstützen. Diese sollen den breit gefächerten Ansätzen von ge-

sundheitspolitischen Initiativen und Bedürfnissen in den definierten Zielbereichen Rechnung tragen.

5. Die Landesgesundheitskonferenz stimmt folgender Struktur für die Zieledefinition zu.

5.1 Zunächst sollen die folgenden 10 Themenbereiche durch die Ziele abgedeckt werden:

- Herzkreislaufkrankheiten
- Krebs
- Gesundheitsförderung
- Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen
- Umwelthygienemanagement
- primäre Gesundheitsversorgung
- Krankenhausversorgung
- bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse
- Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich
- Unterstützung durch Gesundheitsinformation.

5.2 Die einzelnen Ziele sollen dabei wie folgt abgehandelt werden:

5.2.1 Konkretisierung:

Unter diesem Gliederungspunkt soll das allgemein formulierte Ziel mit untergeordneten Zielbeschreibungen, Teilzielen, Unterzielen und Zielschritten genauer definiert werden.

5.2.2 Hintergrund:

In diesem Testabschnitt soll die bisherige Situation zu dem Bezugsziel beschrieben werden sowie die vorhandenen Probleme erläutert werden.

5.2.3 Lösungsansatz:

Hier sollen konkrete Lösungsschritte und Maßnahmen zur Zielerreichung definiert werden.

5.2.4 Aktivitäten in NRW:

Unter diesem Punkt sind sowohl die bisherigen Leistungen der Landesregierung und der Leistungsträger, Hinweise zur Fachliteratur sowie die Bezüge zum Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen aufzuweisen.

5.2.5 Indikatorenauswahl:

An dieser Stelle sind mit Bezug auf die Indikatoren der Gesundheitsministerkonferenz und darüber hinaus, Indikatoren zu definieren, die eine Evaluation der Zielerreichung ermöglichen.

5.2.6 Qualitätsmerkmale:

Hier sind Qualitätsmerkmale zu benennen, die an Maßnahmen und Projekte anzulegen sind, mit denen auf eine Erreichung des Ziels hingearbeitet werden soll. Denn diese Merkmale sollen zugleich die Kriterien für die Aufnahme von Projekten und Institutionen in den Projektverbund „Gesundes Land NRW“ sein. Insgesamt wird mit der Formulierung qualitativer Ziele eine Verbesserung gesundheitlicher Versorgungs- und Vorsorgestrukturen angestrebt. Quantitative Ziele sollen - wo möglich

und sinnvoll - definiert werden, vor allem um die Evaluierung der Zielerreichung zu vereinfachen.

6. Die Landesgesundheitskonferenz schlägt vor, daß Anfang des Jahres 1995 nach Abschluß der Diskussionen im Vorbereitenden Ausschuß zur Landesgesundheitskonferenz eine Beschlußfassung über vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen erfolgt.

Anhang E

EntschlieÙung der 4. Landesgesundheitskonferenz vom 9. Juni 1995 zu den 10 vorrangigen Gesundheitszielen für Nordrhein-Westfalen

1. Die 3. Landesgesundheitskonferenz hat am 23.06.1994 in ihrer EntschlieÙung zum Projekt „Gesundes Land NRW“ unter II. „Gesundheitsziele“ festgestellt, daÙ mit Blick auf die notwendige Weiterentwicklung einer modernen Gesundheitspolitik, die auf eine Optimierung von Versorgung und Vorsorge orientiert ist, die Formulierung von Gesundheitszielen dazu beitragen kann,
 - Gesundheitspolitik zu strukturieren und die Verzahnung mit anderen Politikfeldern zu fördern,
 - Prioritäten für die Entwicklung langfristiger Perspektiven in der Gesundheitspolitik zu definieren,
 - 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.

Dem folgend hat die 3. Landesgesundheitskonferenz bereits die Themenbereiche für 10 vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen auf der Basis der 38 Einzelziele der WHO für Europa benannt. Diese sind im Verlaufe der Diskussionen des Vorbereitenden Ausschusses nunmehr weiter ausgearbeitet worden.

2. Die 10 vorrangigen Gesundheitsziele für NRW umfassen die folgenden Themenbereiche:
 1. Herz-Kreislaufkrankheiten reduzieren
 2. Krebs bekämpfen
 3. Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit
 4. Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen
 5. Umwelthygienemanagement
 6. primäre Gesundheitsversorgung
 7. Krankenhausversorgung
 8. bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse
 9. Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich
 10. Unterstützung durch Gesundheitsinformation.

Sie weisen jeweils eine innere Struktur auf, die neben einer allgemeinen Zielsetzung konkretisierte Unterziele, eine Problemanalyse und Lösungsansätze enthält.

3. Die genannten Zielbereiche markieren nach Ansicht der Landesgesundheitskonferenz Felder, in denen vorrangig gesundheitspolitische Aktivitäten vorangetrieben werden sollen, um
 - die epidemiologischen Kenntnisse über Krankheitsentwicklung und Gesundheitsgefährdung sowie Krankheitshäufigkeiten und Verteilungen zu verbessern,
 - im bestehenden Krankheitspanorama bestimmte Krankheiten wirksam zu bekämpfen,
 - die soziale, technische und natürliche Umwelt gesundheitsgerechter zu gestalten und
 - die Versorgungseinrichtungen und -strukturen sowie die Behandlungsmöglichkeiten in bezug auf die gegebenen Bedarfe und Bedürfnisse zu optimieren.
4. Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz erklären hiermit ihre Bereitschaft, in den von ihnen jeweils verantworteten Bereichen die Gesundheitspolitik unter besonderer Berücksichtigung der 10 vorrangigen Gesundheitsziele weiterzuentwickeln. Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt der Landesregierung zugleich, den Prozeß einer Orientierung der Gesundheitspolitik an Gesundheitszielen auch weiterhin voranzutreiben und zu konkretisieren.
5. Die Landesgesundheitskonferenz stellt fest, daß mit den 10 vorrangigen Gesundheitszielen in der vorliegenden Fassung ein wichtiger Einstieg in eine stärker an konkreten Zielen orientierte Gesundheitspolitik unternommen worden ist. Allerdings weist die Landesgesundheitskonferenz darauf hin, daß es sich hierbei um ein Grundsatzkonzept handelt, das ggf. der Konkretisierung und zu gegebener Zeit einer Weiterentwicklung von Struktur und Inhalten der Ziele bedarf. Sie erklärt ihre Bereitschaft, daran auf dem Weg zu einem eva-luierbaren Instrumentarium mitzuwirken. Die weitere Konkretisierung sollte im wesentlichen auf den folgenden Feldern erfolgen:
 - Formulierung qualitativer und quantitativer Zielsetzungen in den einzelnen Zielbereichen.
 - Definition zentraler Handlungsfelder zur Erreichung der Ziele.
 - Bestimmung des jeweils notwendigen Instrumentariums.
 - Benennung der Aufgaben und für die Umsetzung Verantwortlichen.
 - Festlegung von Maßnahmekatalogen und Zeithorizonten ihrer Realisierung.
6. Die Landesgesundheitskonferenz spricht sich dafür aus, die 10 vorrangigen Gesundheitsziele in der vorliegenden Form einer interessierten Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen.
7. Darüber hinaus wird, auch im Hinblick auf die vielfältigen Aktivitäten der beteiligten Partner, in Ergänzung der Gesundheitsziele der Aufbau eines geeigneten Informationssystems angestrebt, mit dessen Hilfe für interessierte Institutionen und Verbände, aber auch für die interessierte Öffentlichkeit zusätzliche Informationen zur Verfügung gestellt werden können.

Protokollnotiz:

Die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und der Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zu dem Zielepapier bedeutet nicht, daß damit im Hinblick auf eine über den

Status quo hinausgehende Kompetenzregelung für die Krankenhäuser, die Vertragsärzte oder die Apotheken im Verzahnungsbereich eine Präjudizierung von Entscheidungen im Rahmen einer weiteren Stufe der Gesundheitsreform verbunden wäre, für die man sie in Anspruch nehmen kann.

Anhang F

Protokollnotiz

Protokollnotiz zu S. 53 (*):

Die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und der Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zu dem Zielepapier bedeutet nicht, daß damit im Hinblick auf eine über den Status quo hinausgehende Kompetenzregelung für die Krankenhäuser, die Vertragsärzte oder die Apotheken im Verzahnungsbereich eine Präjudizierung von Entscheidungen im Rahmen einer weiteren Stufe der Gesundheitsreform verbunden wäre, für die man sie in Anspruch nehmen kann.

