



Health System Watch



Gesundheitszustand: der Impact moderner Medizin auf den „major killer“ Krebs

Schwerpunktthema Gesundheitsziele: weit verbreitet oder ein spärlicher Einzelfall in Europa?

Thomas Czypionka, Markus Kraus, Monika Riedel, Gerald Röhring*

Der Impact moderner Medizin auf den „major killer“ Krebs

Die Neuerkrankungsrate von Krebserkrankungen ist europaweit seit Jahrzehnten im Ansteigen. Dennoch sank in den EU-15 die altersstandardisierte Mortalität über alle Krebsformen, verzeichnete in den EU-10 aber einen steigenden Trend, der sich erst in den letzten Jahren langsam abzuschwächen scheint. Am Beispiel des kolorektalen Karzinoms wird diskutiert, dass diagnostische und therapeutische Verbesserungen ebenso zu der günstigeren Mortalitätsentwicklung in den EU-15 beigetragen haben dürften wie die größere Berücksichtigung von Lebensstilfaktoren und Screening. In allen drei genannten Bereichen, – Prävention, Diagnose und Therapie –, liegen Hinweise dafür vor, dass die neuen Mitgliedsländer noch nicht zum Versorgungsniveau der EU-15 aufgeschlossen haben, und dass sich dies auch noch nicht für die nähere Zukunft abzeichnet. Auf alle Staaten kommen zudem Innovationsschübe in der Krebstherapie zu, die allerdings eine große finanzielle Herausforderung darstellen werden.

Gesundheitsziele: weit verbreitet oder ein spärlicher Einzelfall in Europa?

Etliche europäische Länder haben bereits Ziele für die nationale Gesundheitspolitik ausformuliert. Der Konkretisierungsgrad dieser Ziele ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Er reicht von sehr generell gehaltenen „goals“ bis hin zu sehr konkreten „quantitative targets“. Die einzelnen Gesundheitsziele sind in ihrer inhaltlichen Ausrichtung breit gefächert. Bei einer näheren Betrachtung kristallisierten sich „Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten“, „Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“, „Settings zur Förderung der Gesundheit“ und „Verbesserung der psychischen Gesundheit“ als Schwerpunktthemen heraus. Internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass konsensorientierte Akteure auf allen beteiligten Ebenen, eine auf eine handhabbare Größe reduzierte Zahl an Zielen und eine an die Zielsetzung angeknüpfte Finanzierung wesentlich für ein „gutes Funktionieren“ von Gesundheitszielprogrammen sind.

Der Impact mo-
 derner Medizin
 auf den „major
 killer“ Krebs

Gesundheits-
 ziele: weit
 verbreitet oder
 ein spärlicher
 Einzelfall in
 Europa?

* Alle: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,
 Stumpfergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-126, E-Mail: riedel@ihs.ac.at
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>





Gesundheitszustand: der Impact moderner Medizin auf den „major killer“ Krebs

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in der Europäischen Union (EU-25) seit 1990 um rund drei Jahre gestiegen. Rund die Hälfte dieses Anstiegs findet sich auch in einer verbesserten Lebenserwartung der älteren Bevölkerung wieder: Relativ einheitlich für Männer und Frauen und sowohl in der Gruppe der „alten“ als auch der „neuen“ Mitgliedsländer stieg die Lebenserwartung mit 65 Jahren seit 1990 um rund 1,5 Jahre, vgl. Anhangstabellen A1 und A2. Diese verbesserte Lebenserwartung geht auf das Konto einer rückläufigen Entwicklung der Mortalität durch einige der als „major killers“ bekannten Krankheiten, insbesondere der Herz-Kreislauferkrankungen und der bösartigen Neubildungen. In der vorliegenden Ausgabe wollen wir anhand der unterschiedlichen Mortalitätsentwicklung des kolorektalen Karzinoms in den europäischen Ländern den möglichen Impact der modernen Medizin und ihrer ungleichen Verfügbarkeit in Europa thematisieren.

Das Beispiel der bösartigen Neubildungen bietet sich hierfür aus mehreren Gründen an. Mit einer standardisierten Sterberate (SDR) von 1.045 je 100.000 Personen über 65 Jahren (EU-25 2003) ist diese Krankheitsgruppe die zweitgrößte nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (SDR EU-25 2003: 2.005 pro 100.000 EinwohnerInnen über 65). Während die Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aber in beinahe allen heutigen EU-Ländern in den letzten dreißig Jahren einen sinkenden Trend aufwies, ist die Entwicklung bei bösartigen Neubildungen weit weniger einheitlich. Somit lassen sich Verbindungen zu unterschiedlichen Behandlungs- oder Diagnosegepflogenheiten herstellen.

Sinkende Mortalität bei steigender Inzidenz

Die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) von Krebserkrankungen ist europaweit seit Jahrzehnten im Ansteigen (siehe Tabelle 1). Die EU-10 hatten 1990 noch eine weitaus geringere Inzidenz als die EU-15, haben bis zum Jahr 2000 aber einen markanten Anstieg zu verzeichnen, sodass sie nunmehr fast EU-25-Niveau erreicht haben. In der altersstandardisierten Sterblichkeit aller maligner Neoplasmen verzeichneten die EU-15 von 1990 bis 2000 einen Rückgang um 9 Prozent, für nur eine Dekade ein beachtlicher Wert. Die EU-10 haben im gleichen Zeitraum hingegen keine nennenswerte Verbesserung bei dieser Kennzahl erreichen können.

Sinkende
Mortalität bei
steigender
Inzidenz

Tabelle 1: Vergleich von Gesundheitsausgaben, Inzidenz und SDR

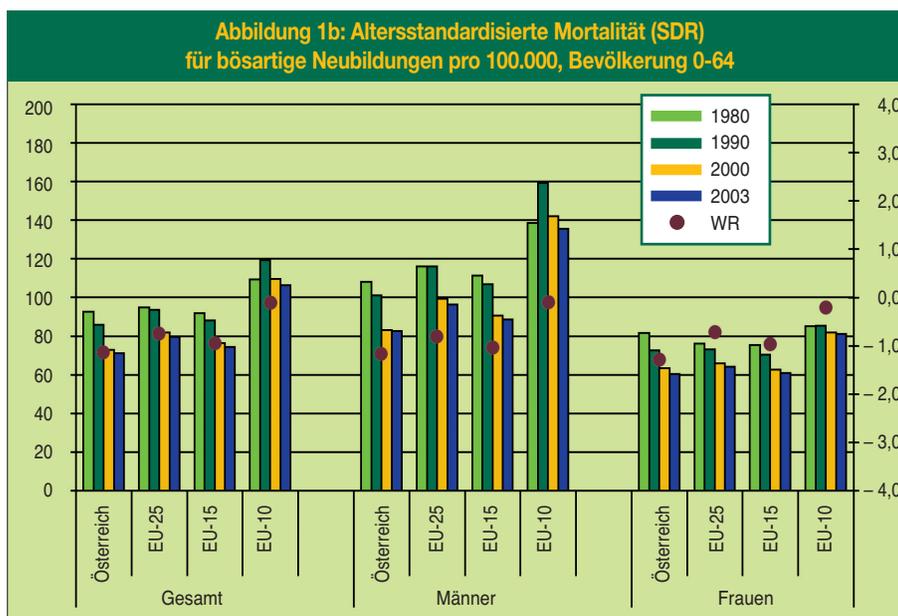
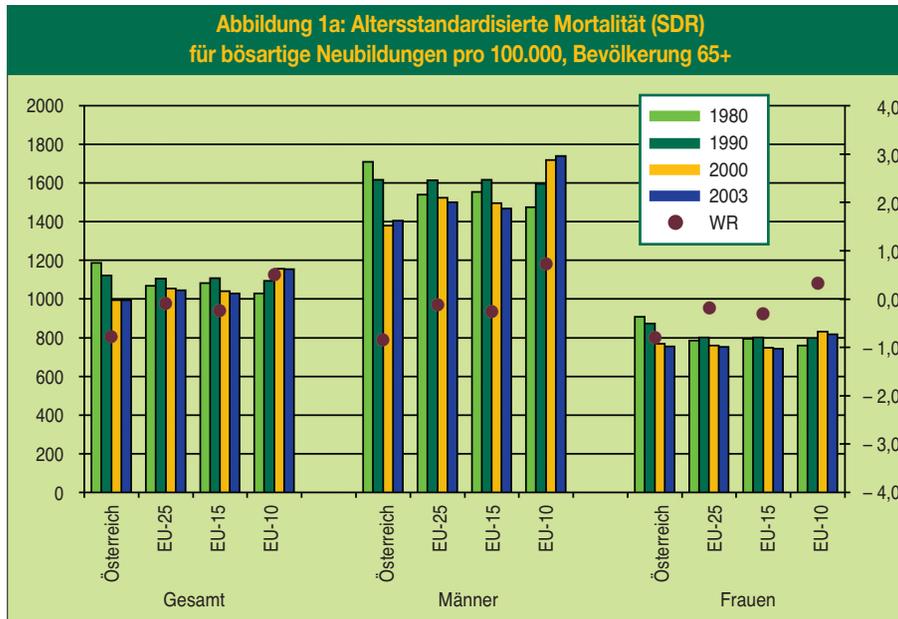
	Gesundheitsausgaben pro Kopf in US-Dollar, Kaufkraftparitäten		Index 1990=100	Inzidenz aller malignen Neoplasmen pro 100.000		Index 1990=100	SDR aller malignen Neoplasmen pro 100.000		Index 1990=100
	1990	2002		1990	2000		1990	2000	
EU-25	1.181	2.108	178	391	462	118	204	189	93
EU-15	1.334	2.363	177	418	468	112	200	183	91
EU-10	367	782	213	274	434	158	225	224	100

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2005, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Betrachtet man die Mortalität der Krebserkrankungen in einem größeren Zeitraum, kann man sich ein noch besseres Bild machen. In den EU-15 sank die altersstandardisierte Mortalität (SDR) der über 64-Jährigen über alle Krebsformen zwischen 1991 und 2003, nachdem sie vorher leichte Zuwächse verzeichnet hatte. Österreich hatte hier von einem etwas höheren Niveau ausgehend noch größere relative Erfolge aufzuweisen und hat sich somit kontinuierlich an das Niveau der EU-15 angepasst. Die über 64-Jährigen der neu hinzugekommenen osteuropäischen Staaten verzeichneten im Zeitraum 1980-2000 jedoch noch einen dramatisch steigenden Mortalitätstrend, der sich erst in den letzten Jahren vor allem bei den Frauen langsam umzukehren scheint (EU-10 2000: 224, 2003: 221, vgl. Abb. 1a,b).

Erfreulich ist die Entwicklung bei den unter 65-Jährigen. Die EU-15 zeigen hier eine kontinuierliche leichte Abnahme. Die gleiche Altersgruppe in den EU-10-Staaten verzeichnete bei den Frauen einen ähnlichen Trend in abgeschwächter Form, bei den Männern setzte ein leichter Abwärtstrend erst nach einem Hoch 1990 ein.





WR = jahresdurchschnittliche Wachstumsrate 1980–2003
 Quelle: WHO Mortality database, Juni 2005, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Die Entwicklung in den EU-15 ist erfreulich und spiegelt zahlreiche Bemühungen wider, den „major killer“ Krebs auf verschiedenen Ebenen gesundheitsbezogener Maßnahmen zu bekämpfen. Die Tatsache, dass in diesem Zeitraum den neuen EU-Mitgliedern aus Osteuropa nicht dieselben finanziellen Mittel für derartige Maßnahmen zur Verfügung standen, sehen wir als wichtigen Hinweis darauf, warum die Mortalitätsentwicklung dort erst in den letzten Jahren günstiger zu werden beginnt. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf stiegen in den EU-10 um 113 Prozent, in den EU-15 lag der Anstieg bei 77 Prozent. Jedoch betragen im EU-10-Raum die Ausgaben 1990 nur rund ein Drittel der EU-15-Ausgaben, (vgl. Tabelle 1).

Aus den häufigsten malignen Neoplasmen haben wir das kolorektale Karzinom herausgegriffen und heben relevante Unterschiede zwischen den EU-15 und EU-10-Staaten hervor, um mögliche Erklärungen für die ungleichen Mortalitätstrends zu finden. Dabei gehen wir auch auf Neuerungen ein, die sich vor allem bei der Therapie in den nächsten Jahren ergeben werden.

Altersstandardisierte Mortalität (SDR) für bösartige Neubildungen pro 100.000, Bevölkerung 65+ und 0–64



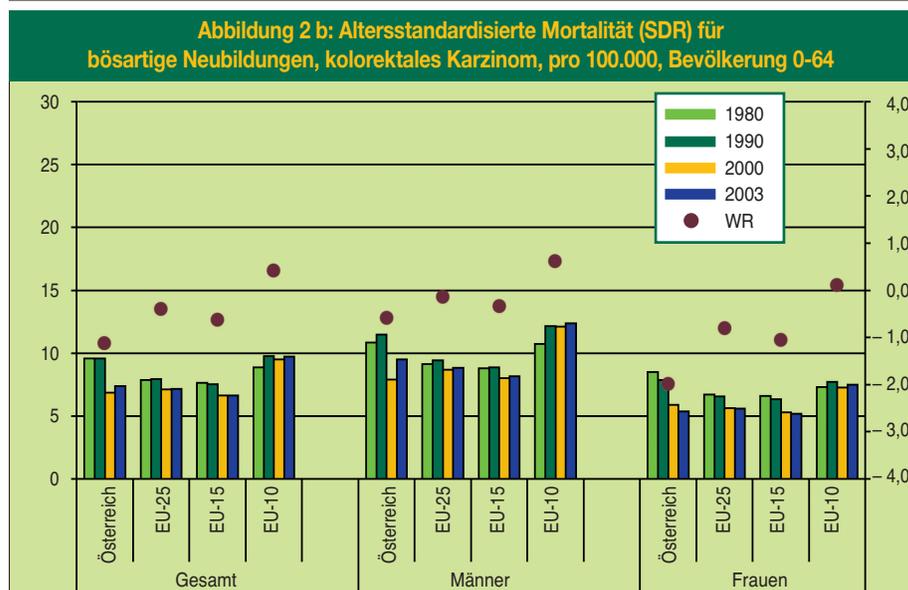
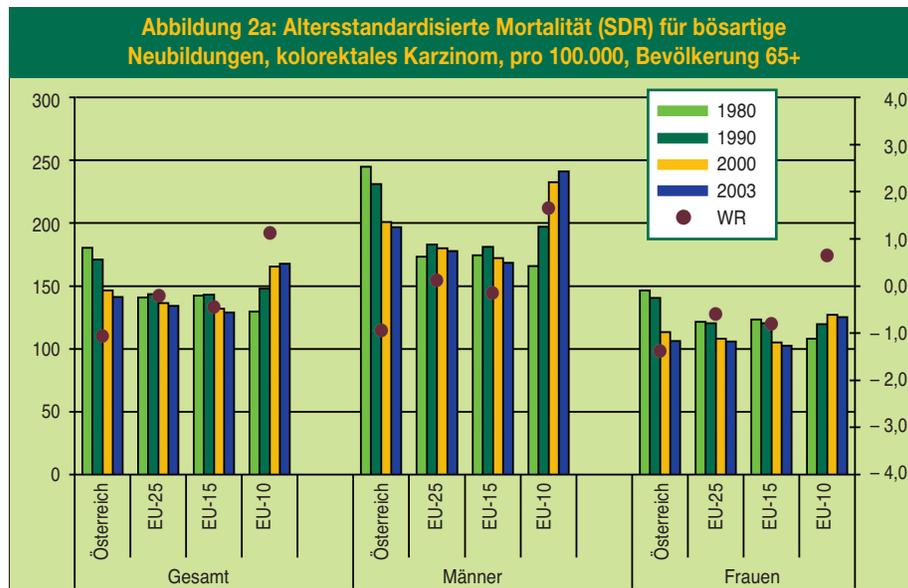


Im Fokus: kolorektales Karzinom

Das kolorektales Karzinom ist einer der bedeutendsten Tumore beider Geschlechter in Europa. Welche Entwicklung hat diese Krebsform epidemiologisch in Europa durchgemacht? Welche medizinischen Fortschritte hat es im Betrachtungszeitraum (1980-2003) in Prävention, Diagnose und Therapie gegeben? Welche geographischen Unterschiede gibt es und lassen sich hier Zusammenhänge feststellen? Antworten auf diese Fragen sind von entscheidender gesundheitsökonomischer Bedeutung und derzeit sehr präsent in der öffentlichen Diskussion.

Das kolorektales Karzinom hat 2003 in den EU-25-Staaten bei Männern die zweithöchste, bei Frauen die dritthöchste SDR aller Tumore¹. In der Gruppe der über 64-Jährigen ist der Trend jedoch in den EU-15 rückläufig, und zwar bei den Frauen stärker als bei den Männern, die um das Jahr 1990 vorübergehend einen leichten Anstieg verzeichneten. Wie auch bei der Gesamtheit bösartiger Neubildungen hat Österreich hier in den letzten Jahrzehnten mit höheren Reduktionsraten bei höherem Ausgangsniveau 1980 zu den EU-15 aufgeschlossen. Im Gegensatz zu den sinkenden SDR in Westeuropa ist in den EU-10 hingegen ein deutlicher Anstieg der SDR zu verzeichnen, der Männer noch mehr als Frauen betrifft. Bei den Frauen ist in den

Altersstandardisierte Mortalität (SDR) für bösartige Neubildungen, kolorektales Karzinom, pro 100.000, Bevölkerung 65+ und 0-64



WR = jahresdurchschnittliche Wachstumsrate 1980-2003

Quelle: WHO Mortality database, Juni 2005, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

1 WHO-Mortality database, Juni 2005





letzten Jahren eine Stagnation eingetreten, die bei den Männern vor dem Jahr 2000 kurzfristig und leider nur vorübergehend zu beobachten war.

Bei den unter 65-Jährigen in den EU-15 ist eine ähnliche Entwicklung wie bei der Gruppe 65+ zu sehen, wieder zeigt sich bei den Frauen eine stärkere Reduktion als bei den Männern. Bei den EU-10 beobachtet man bei den Frauen eher eine Stagnation, bei den Männern einen Anstieg, jedoch schwächer als bei den über 64-Jährigen.

Seit den achtziger Jahren haben sich aufgrund der zunehmenden Kenntnis von Ätiologie und Pathogenese² dieser Krebsform einige wichtige Veränderungen in Prävention, Diagnose und Therapie ergeben. Weitere Neuerungen stehen unmittelbar bevor. Wir fassen die Entwicklungen im Folgenden zusammen und verweisen auf mögliche Erklärungen für die oben genannten epidemiologischen Trends.

Prävention

Das kolorektale Karzinom wird durch gesättigte Fette, fleischhaltige und ballaststoffarme Ernährung, Rauchen und mangelnde Bewegung begünstigt. Diese Faktoren versucht man bei uns schon seit einiger Zeit zu bekämpfen und subsumiert diese Bemühungen unter dem Begriff Lebensstilmedizin. Es zeigte sich nämlich, dass die SDR des kolorektalen Karzinoms in Europa ähnlich verteilt ist wie die Ernährungsgewohnheiten. Länder mit mediterraner Diät haben die niedrigsten, einige skandinavische Länder die höchsten Mortalitäten innerhalb der EU-15³. Ungünstig ist die Situation auch in den EU-10: Hier ist die Lebensstilmedizin erst am Anfang, und die Ernährungs- und Lebensgewohnheiten ungünstig in Hinblick auf das kolorektale Karzinom. Ungarn hat sogar die bei weitem höchste Mortalität aller europäischen Länder, gleichzeitig die ungünstigsten Ernährungsgewohnheiten⁴.

Ein zweiter Faktor sind Screening-Programme (Tests auf okkultes Blut, Coloskopie), die in der betrachteten Zeitperiode (1980-2003) sowohl durch generelle Verbreitung der Anwendung als auch durch Aufnahme in Gesundenuntersuchungen und andere Vorsorgeprogramme in vielen Ländern der EU-15 zu einer Krebserkennung in einem früheren Stadium beigetragen haben⁵. Erfolge in der Ursachenforschung haben es zudem ermöglicht, besondere Risikogruppen (u. a. PatientInnen mit FAP und Lynch-Syndrom, das sind erbliche Tumorsyndrome) zu identifizieren und sie einer engmaschigen Kontrolle und frühzeitigen Therapie zuzuführen. Auch diese Maßnahmen stehen in den EU-10 erst seit viel kürzerer Zeit einer breiten Bevölkerungsgruppe zur Verfügung⁶.

Diagnose

Im betrachteten Zeitraum gab es in allen diagnostischen Modalitäten entscheidende Fortschritte. Flexible Optiken ermöglichten ein umfassenderes Absuchen relevanter Tumorlokalisationen mit Biopsiemöglichkeit. Die Computertomographie (erste Untersuchung 1971) und die Magnetresonanztomographie (etwa zehn Jahre später) konnten erst mit Weiterentwicklung der Computertechnik (aufgrund der zunehmenden Datenmengen) immer höhere Auflösungen erzielen und damit das Tumorstaging⁷ entscheidend verbessern. Ähnliches gilt für Sonographie und Skelettszintigraphie.

Da diese modernen Diagnoseverfahren sehr kostenintensiv sind, ist die Durchdringung der medizinischen Landschaft sehr an das zur Verfügung stehende Gesundheitsbudget gebunden, was sich zum Beispiel an der Ausstattung mit Computertomographen festmachen lässt. Es liegt die Vermutung nahe, dass die EU-10 in der relevanten Zeitperiode aufgrund viel geringerer Gesundheitsbudgets viel länger für die flächendeckende Etablierung dieser Verfahren benötigt haben. Wie Abbildung 3 zeigt, ist dies auch tatsächlich der Fall. In Tschechien und Ungarn (für die uns Daten zur Verfügung stehen) waren 1990 pro einer Million EinwohnerInnen nur ein Bruchteil an Computertomographen vorhanden, wie sie PatientInnen in den Staaten der EU-15 zur Verfügung standen. Diese Situation hat sich grundsätzlich gebessert, allerdings hat von den vier betrachteten EU-10-Staaten nur Tschechien 2003 schon annähernd das westeuropäische Durchschnittsniveau (13,1 pro 1 Million EinwohnerInnen) erreicht.

2 Ätiologie: Lehre von den Ursachen einer Erkrankung; Pathogenese: Entstehungsmechanismus einer Erkrankung.

3 Norat, T. et al.: Meat, fish, and colorectal cancer risk: The European Prospective Investigation into cancer and nutrition. *J Natl Cancer Inst.*, 2005 Jun 15; 97 (12): 906-16.

4 Rodler, I. Zajkas, G.: Hungarian cancer mortality and food availability data in the last four decades of the 20th century. *Ann Nutr Metab.* 2002; 46 (2): 49-56.

5 Janssens, J. F.: Faecal occult blood test as a screening test for colorectal cancer. *Acta Gastroenterol Belg.* 2005 Apr-Jun; 68 (2): 244-6.

6 Janssens, J. F.: Flexible sigmoidoscopy as a screening test for colorectal cancer. *Acta Gastroenterol Belg.* 2005 Apr-Jun; 68 (2): 248-9.

7 Zavoral, M.: [The screening of sporadic colorectal cancer]. *Vnitr Lek.* 2004 Oct; 50 Suppl 1: 103-6.

8 Unter staging versteht man das Erfassen des Ausbreitungsgrades einer Krankheit; es hat für die Auswahl des Therapieverfahrens zum Teil große Bedeutung.

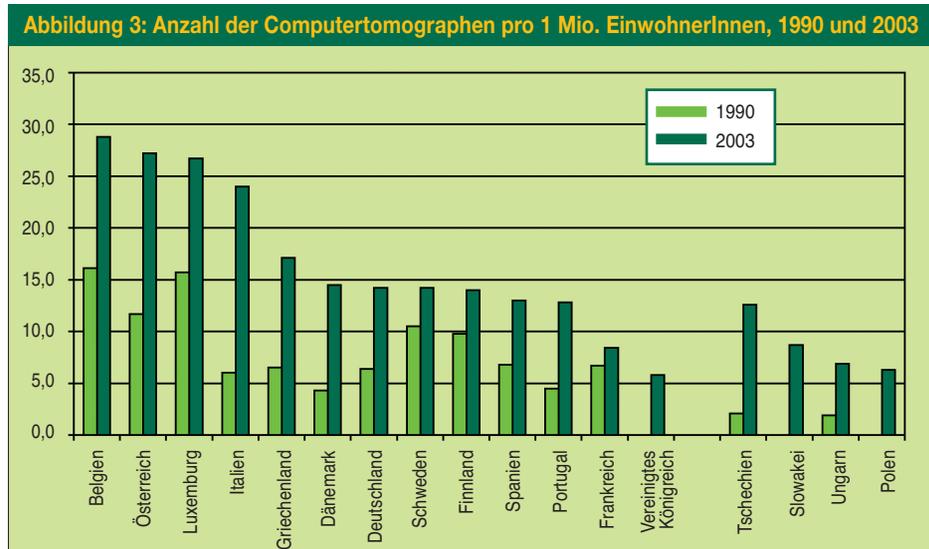
Prävention

Diagnose





Anzahl der Computertomographen pro 1 Mio. EinwohnerInnen, 1990 und 2003



Anmerkungen:
 BEL, GRE: 1990-2002; GER: 1991-2002; ESP: 1992-2003; SWE: 1990-1999; TCH: 1991-2003; POL, SLK: nur 2003 verfügbar
 Quelle: OECD Health data, Juni 2005, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Unterschiedlich gute medizintechnische Ausstattung könnte also ein weiterer Teil der Erklärung sein, weshalb die Mortalitätsentwicklung in den alten und neuen EU-Staaten so unterschiedlich verlaufen ist. Dafür spricht auch, dass Tschechien, welches der Spitzenreiter in der Ausstattung mit CTs unter den EU-10 ist, auch den günstigsten Mortalitätstrend aufweist.

Therapie

Therapie

Neben Verbesserungen der immer durchzuführenden chirurgischen Therapie (erhöhte kurative Operationsmöglichkeit, Kontinenzhaltung) sind vor allem die Errungenschaften der antineoplastischen Chemotherapie von großer Bedeutung.

Anfang der achtziger Jahre begann sich die adjuvante (nach der Resektion durchgeführte) Therapie mit 5-Fluoruracil (5-FU) durchzusetzen und wurde bald durch die Kombination mit Folsäure ergänzt. Mitte der neunziger Jahre kamen Topoisomerasehemmer und Platinverbindungen hinzu und es etablierten sich die heute verbreiteten Standards (z.B. FOLFOX-Schema). Derzeit setzt sich eine neue Galenik (Darreichungsform) von 5-FU durch: Capecitabine kann oral und damit eventuell (als Monotherapie) ohne Krankenhausaufenthalt eingenommen werden, was Kosten senken und die Compliance der PatientInnen erhöhen kann. Ähnliche Therapieschemata werden heute auch neoadjuvant (vor Resektion) eingesetzt. Der Primärtumor, in bestimmten Fällen sogar Metastasen, können heute auf operable Größe reduziert und entfernt werden. Nuklearmedizin wird vor allem beim rektalen Karzinom eingesetzt. Auch hier haben sich Verbesserungen ergeben, was die Zielgenauigkeit der Bestrahlung betrifft.

Weitere, unterstützende Medikamente konnten z.B. die Verträglichkeit der Chemotherapie und Radiotherapie ganz wesentlich verbessern. Gerade bei den Platinverbindungen ist die Verträglichkeit eher schlecht, die Compliance der PatientInnen sank. Durch moderne antiemetische Zusatztherapien (5-HT3-Antagonisten und Dexamethason) wurde in den neunziger Jahren eine starke Verbesserung erreicht und der antineoplastischen Chemotherapie zum Teil der Schrecken genommen. Mittels rekombinantem (gentechnisch hergestelltem) Erythropoietin kann die Tumoranämie gelindert und damit eine bessere Konstitution der PatientInnen für die Therapie erreicht werden.

Bezüglich der Verfügbarkeit dieser Arzneimittel für die PatientInnen ergeben sich ähnliche Unterschiede zwischen den EU-15 bzw. EU-10 sowie in der Mortalitätsentwicklung. Laut dem Pharmaconsultant IMS bestand 2003 in den neuen EU-Staaten noch immer ein großer Aufholbedarf bei der Nutzung vor allem moderner Arzneimittel, zu denen auch die genannten Antineoplastika zählen⁸. Auch eine sehr neue schwedische Studie befasst sich mit den Ungleichheiten auf dem Pharmamarkt in Europa⁹. Bei Betrachtung der

⁸ Dawson, H: Central and Eastern Europe: Opportunity Abounds. IN VIVO. Windhover 2003., pp: 24.

⁹ Wilking, N./Jönsson, B. A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs., Karolinska Institutet in collaboration with Stockholm School of Economics, 2005.





Verkäufe von Oxaliplatin und Irinotecan gemeinsam (da die beiden Arzneien alternativ in der Standard-Kombinationstherapie eingesetzt werden) pro Krebstodesfall (um den verschiedenen Mortalitäten und damit Therapiebedürfnissen in den einzelnen Ländern Rechnung zu tragen) ergeben sich folgende auffallende Unterschiede: Während die Verkäufe über alle betrachteten Länder (nahezu alle EU-25-Staaten) einen fast linearen Anstieg von der Markteinführung an aufweisen, besteht für Tschechien und noch mehr für Polen eine rund ein- bzw. zweijährige Latenz mit nahezu keinen Verkäufen, gefolgt von einem nur halb so starken Anstieg verglichen mit dem Durchschnitt aller betrachteten Länder. Es wird also zu keinem Zeitpunkt nur annähernd dasselbe Niveau erzielt wie im Westen, die Verkäufe erreichen fünf Jahre nach Markteinführung nur gut die Hälfte des Durchschnitts aller Länder. Auch hier deckt sich der Vorsprung Tschechiens mit seinem günstigeren Mortalitätstrend.

Ausblick

Maßnahmen der primären und sekundären Prävention sind ein wichtiger Baustein in der erfolgreichen Bekämpfung des kolorektalen Karzinoms. In den letzten Jahrzehnten hat sich gezeigt, dass die Ernährungsgewohnheiten in Europa begonnen haben, sich einander anzugleichen. Das ist zwar gut für jene Länder, die sich derzeit ungünstig ernähren, für die Mittelmeerländer bedeutet dies aber eine Verschlechterung¹⁰. In den EU-15 scheint sich jedoch leider der in den neunziger Jahren begonnene Trend zu gesünderer Ernährung wieder abzuschwächen¹¹. Die Zahl der übergewichtigen Kinder und Erwachsenen steigt, und dieses Faktum ist in Hinblick auf die Inzidenz des kolorektalen Karzinoms im Speziellen, vor allem aber natürlich auf die Inzidenz vieler anderer Krankheiten im Allgemeinen besorgniserregend. Es besteht dringender Handlungsbedarf¹².

Moderne molekulare nichtinvasive Screeningverfahren versprechen höhere Sensitivität und Spezifität¹³ und könnten die Früherkennung entscheidend verbessern. Sie haben auch das Potenzial, Kosten zu senken, indem sie helfen, Folgeuntersuchungen für die in bisherigen Tests recht häufig falsch positiven Resultate zu vermeiden. Wie zum Beispiel spanische und italienische Studien zeigen, müssen aber nicht nur Gesundheitspläne erstellt werden, ihre Umsetzung bei den PatientInnen muss ebenfalls sichergestellt werden^{14,15}.

Die Verbesserungen in den verschiedenen Diagnosemöglichkeiten werden sich voraussichtlich fortsetzen. Für bestimmte Fälle wird vor allem die Positronenemissionstomographie (PET) Standard werden¹⁶, und trotz hoher direkter Kosten eventuell Kostenersparnisse bringen¹⁷. Der laborchemische Test auf Überexpression des EGF-Rezeptors (EGF: Epidermal growth factor) mit dem Ziel einer spezifischen Therapie mit Cetuximab wird voraussichtlich bei den meisten PatientInnen durchgeführt werden.

Die Therapiemodalitäten des kolorektalen Karzinoms haben sich bereits entscheidend verbessert. Ein großer Teil der beobachteten Mortalitätsreduktion dürfte hier zu verbuchen sein. Dennoch stehen weitere große Schritte unmittelbar bevor, da Antineoplastika mit neuen Wirkmechanismen gerade zugelassen wurden oder sich in fortgeschrittener klinischer Prüfung befinden¹⁸. Es ist dabei zu beachten, dass sie die vorhandenen Therapien eher ergänzen und deren Wirkung potenzieren als sie ersetzen werden. Die Kosten dieser Therapeutika liegen zudem weit höher als die der bisherigen und werden eine große Herausforderung für die Finanzierbarkeit darstellen¹⁹.

10 Siehe FAOSTAT-Datenbank der WHO: Aufnahme von tierischen Fetten, Gemüse und dgl..

11 Haraldsdottir, J./Holm, L./Larsen, M. L./Kristensen, M.: [Food consumption in Denmark is changing. Positive trends have stagnated during the period 2001-2004]. *Ugeskr Laeger.*, 2005 Jun 20; 167 (25-31): 2.777-81.

12 Flodmark, C. E./Lissau, I./Moreno, L. A./Pietrobelli, A./Widhalm, K.: New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004 Oct; 28 (10): 1.189-96.

13 Mak, T./Laloo, F./Evans, D. G./Hill, J.: Molecular stool screening for colorectal cancer. *Br J Surg.* 2004 Jul; 91 (7): 790-800.

14 Federici, A./Giorgi Rossi, P./Bartolozzi, F./Farchi, S./Borgia, P./Guastocchi, G.: Survey on colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and practices of general practice physicians in Lazio, Italy. *Prev Med.* 2005 Jul; 41 (1): 30-5. Epub 2004 Dec 30.

15 Ruiz Ramos, M./Escobar Pujolar, A./Hermosin Bono, T.: Mortality from colorectal cancer in Andalusia: findings in favour of mass screening. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005 Feb; 97 (2): 104-14.

16 Ell, P. J.: PET/CT in oncology: a major technology for cancer care. *Chang Gung Med J.* 2005 May; 28 (5): 274-83.

17 Zubeldia, J. M./Bednarczyk, E. M./Baker, J. G./Nabi, H. A.: The economic impact of 18FDG positron emission tomography in the surgical management of colorectal cancer with hepatic metastases. *Cancer Biother Radiopharm.* 2005 Aug; 20 (4): 450-6.

18 Cetuximab ist ein Antikörper gegen den EGF-Rezeptor, der bei diesem Krebs überexprimiert sein kann und dadurch für eine gezielte Therapie nutzbar wird. Bevacizumab ist ein Antikörper gegen VEGF (vascular endothelial growth factor). Wird VEGF durch den Antikörper abgefangen, kann der Tumor keine neuen Blutgefäße bilden. Auch die entsprechenden nachgeschalteten Signalwege können blockiert werden (Gefitinib bzw. SU5416), sodass bald ein neues Arsenal antineoplastischer Arzneimittel mit neuen Kombinationschemotherapien zur Verfügung stehen wird.

19 Viale, P. H./Fung, A./Zitella, L.: Advanced colorectal cancer: current treatment and nursing management with economic considerations. *Clin J Oncol Nurs.* 2005 Oct; 9 (5): 541-52.



Schwerpunktthema Gesundheitsziele: weit verbreitet oder ein spärlicher Einzelfall in Europa?

In etlichen europäischen Ländern wurden bereits Ziele für die nationale Gesundheitspolitik ausformuliert. Bei näherer Untersuchung dieser Ziele können jedoch erhebliche Unterschiede darin festgestellt werden, wie ehrgeizig diese Ziele gesteckt sind. Welche europäischen Länder bereits Gesundheitsziele definiert haben, wie sich solche Ziele klassifizieren lassen, was sie beinhalten und schlussendlich bewirkt haben, ist im Folgenden beschrieben.

Bei der Recherche nach bestehenden Gesundheitszielprogrammen konzentrierten wir uns auf die EU-15 sowie Norwegen und die Schweiz. Insgesamt haben wir 14 Zielprogramme näher beleuchtet. Einige Länder formulierten sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene Ziele für die Gesundheitsversorgung. Um den Stellenwert solcher regionaler gesundheitspolitischer Maßnahmen zu betonen, haben wir die Gesundheitszielprogramme des flämischen Teils Belgiens, der deutschen Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt sowie des österreichischen Bundeslandes Oberösterreich in unsere Analyse miteinbezogen.

Gesundheitsziele: der Status quo

Zehn Länder – Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweden – haben nationale Gesundheitsziele definiert. Drei bzw. vier Länder – Belgien, Spanien, Schweiz und Großbritannien mit jeweils eigenen Zielen für England, Nordirland, Schottland und Wales – verfügen unseres Wissens nach ausschließlich über regionale Gesundheitszielprogramme. Norwegen hat an Stelle von Gesundheitszielen Gesundheitsstrategien definiert. Für Griechenland und Portugal fehlen uns Informationen darüber, ob und/oder in welchem Ausmaß Gesundheitsziele festgelegt wurden²⁰.

Gesundheitsziele: die Klassifizierung

Das Kernstück jeder Zielformulierung sind die Zielgrößen, anhand derer das Ausmaß des Zieles bestimmt wird. Daher müssen diese quantitativ fassbar sein: Qualitative ökonomische Zielgrößen bleiben so lange nicht umsetzbar, solange es nicht gelingt, sie in einer quantitativen Zielgröße auszudrücken. Werden im Zuge des Planungsprozesses zuvor angegebene globale Zielgrößen inhaltlich eingengt, bedeutet dies kein außer Kraft setzen der globalen Zielgrößen, sondern dient der Operationalisierung und damit der praktischen Verwendbarkeit.

Um einen aussagekräftigen Vergleich international spezifizierter Gesundheitsziele erstellen zu können, der auch Bewertungen dieser Zielsetzungen ermöglicht, ist eine Klassifizierung hilfreich, die auf derartige anerkannte Kriterien für Zielformulierungen aufbaut. Für den Bereich von Gesundheitszielen wurde bereits eine entsprechende Klassifizierung erarbeitet, die die Definition von Zielen als einen stufenförmigen Prozess mit steigender Spezifität begreift²¹ (vgl. Abbildung 4).

Nach dieser Systematik ist ein „Goal“ eine sehr generelle Beschreibung basierend auf Werten und Grundsätzen davon, was langfristig erreicht werden soll (z. B. ein längeres und gesünderes Leben für die Bevölkerung eines Landes). Ein „Objective“ ist spezifischer als ein „Goal“ und kann teilweise innerhalb einer Planungsperiode erreicht werden. Des Weiteren beinhalten „Objectives“ Darstellungen, wie „Goals“ zu erreichen sind. Ein „Qualitative target“ ist spezifischer als ein „Objective“ und soll bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht werden (z. B. Senkung

Abbildung 4: Klassifizierungsebenen für Gesundheitsziele



Quelle:
Van Herten L (2000): Health targets: Navigating in health policy., Ridderkerk, p. 21.

20 Dieser Beitrag stützt sich weitgehend auf den Projektbericht Hofmarcher, M. M./Kraus, M./Riedel, M. (2004): Gesundheitsziele und -indikatoren als Steuerungsinstrument der sozialen Krankenversicherung. Institut für Höhere Studien, Oktober 2004. Ausführliche Literaturhinweise zu den Gesundheitszielprogrammen der einzelnen Ländern finden sich zum einen in diesem Projektbericht und zum anderen auf der Homepage des European Observatory on Health Systems and Policies unter URL: http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040511_1.

21 Vgl.: Van Herten, L. (2000): Health targets: Navigating in health policy. Ridderkerk, p. 21.

Gesundheitsziele:
der Status quo

Gesundheitsziele:
die Klassifizierung





der Anzahl von Rauchern innerhalb der nächsten Dekade). Ein „Quantitative target“ wird bestimmt, um den Fortschritt oder den Ablauf zu überwachen. Bei korrekter Definition beinhaltet ein „Quantitative target“ einen eingebauten Evaluationsmechanismus mit messbaren Indikatoren. Bei einer genaueren Betrachtung der einzelnen Gesundheitszielprogramme mussten wir feststellen, dass dieser idealtypische Stufenplan – vom „Goal“ bis hin zum „Indikator“ – in der Realität in exakt dieser Form nicht existiert (vgl. Tabelle 2). Das Vorgehen bei der Ableitung von Gesundheitszielen war in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. So legten unter anderem Deutschland, Frankreich, Italien und Luxemburg noch vor der eigentlichen Zieldefinition Zielbereiche fest, aus denen sie dann ihre Gesundheitsziele formulierten (vgl. Tabelle 2). Auch bei der Ausgestaltung der Gesundheitszielprogramme wählten die Länder keine einheitliche Vorgangsweise. Grundsätzlich waren zwei Varianten bei der Vorgangsweise zu beobachten. Die meisten Länder wählten alle Gesundheitsziele aus nur einer Konkretisierungsebene, z. B. sind alle Ziele in Form von „Quantitative targets“ formuliert. Bei der zweiten Variante wählen die Länder ihre Gesundheitsziele aus unterschiedlichen Konkretisierungsebenen aus, Hauptziele bzw. Oberziele meistens in der Form von „Goals“ und die konkreteren Ziele häufig als „Objectives“ oder „Quantitative targets“.

Der Konkretisierungsgrad der Gesundheitsziele in den einzelnen Ländern ist sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 2). Er reicht von sehr generell gehaltenen „Goals“ bis hin zu „Quantitative targets“. Österreich beispielsweise formulierte auf der nationalen Ebene ausschließlich sehr allgemein gehaltene Ziele aus der Kategorie „Goals“, aus denen keine quantifizierbaren, auf den Gesundheitszustand abgestellten Indikatoren ableitbar sind. Italien und Schweden gingen einen Schritt weiter und definierten ihre Gesundheitsziele in Form von „Objectives“. Nordrhein-Westfalen legte seine Ziele mittels „Qualitative targets“ fest, Finnland und Oberösterreich mittels „Quantitative targets“.

Dänemark, Deutschland und Irland definierten ihre Haupt- bzw. Oberziele in der Form von „Goals“ und ihre konkreteren Ziele bzw. Teilziele als „Objectives.“ England setzte seine Hauptziele mittels „Goals“ fest und seine verfeinerten Ziele als „Quantitative targets“. Frankreich hat ein umfangreiches Zielprogramm vorgelegt, das nicht weniger als 100 Ziele aus 29 Zielbereichen umfasst. Der Detaillierungsgrad der 100 Ziele variiert stark; während einzelne Ziele bereits die Kriterien von „Quantitative targets“ erfüllen, können andere

Klassifizierung von Gesundheitszielen in Europa

Tabelle 2: Klassifizierung von Gesundheitszielen in Europa

Land	Ziele: ja/nein	Gliederung der Ziele	Goals	Objectives	Qualitative targets	Quantitative targets
Belgien	nein	Keine nationalen Ziele, aber regionale Ziele				
Flandern	ja				2 Qualitative targets	3 Quantitative targets
Dänemark	ja		1 Goal	16 Objectives		
Deutschland	ja	4 Zielbereiche	5 Oberziele	3 bis 10 Objectives je Oberziel		
NRW	ja	5 Zielbereiche			10 Qualitative targets	
Sachsen-Anhalt	ja			6 Objectives		
Finnland	ja					8 Quantitative targets
Frankreich	ja	29 Zielbereiche	100 unterschiedlich detaillierte Einzelziele			
Großbritannien	nein	Keine nationalen Ziele, aber regionale Ziele				
England*	ja		2 Hauptziele			4 Quantitative targets
Irland	ja		4 Goals	2 bis 4 Objectives je Goal		
Italien	ja	5 Zielgebiete		12 bis 30 Objectives je Zielgebiet		
Luxemburg	ja	9 Zielgebiete	19 unterschiedlich detaillierte Einzelziele			
Niederlande	ja	6 Zielgebiete	14 unterschiedlich detaillierte Einzelziele			
Norwegen	nein	4 Gesundheitsstrategien				
Österreich	ja	5 Handlungsfelder	3 Goals			
Oberösterreich	ja					10 Quantitative targets
Schweden	ja			11 Objectives		
Schweiz	nein	Keine nationalen Ziele, fallweise Ziele für Kantone				
Spanien	nein	Keine nationalen Ziele, aber regionale Ziele				

* Ähnliche Vorgangsweise in Nordirland, Schottland und Wales
Anmerkung: Die Tabelle ist nicht als eine exakte Klassifizierung sondern als eine näherungsweise Zuordnung der einzelnen Länderziele zu verstehen. Quelle: IHS HealthEcon 2004, 2005.



erst als „Goals“ angesehen werden. In Belgien, Spanien und der Schweiz wurden keine nationalen sondern regionale bzw. kantonale Gesundheitsziele formuliert.

Gesundheitsziele: der Inhalt

Die inhaltliche Ausrichtung der Gesundheitsziele in Europa ist breit gefächert. Unsere Analyse bezieht sich auf die oben bereits behandelten Zielprogramme und ist in Tabelle 3 im Überblick dargestellt. Die Gliederung richtet sich nach den 21 Zielen, die in *Gesundheit21* für die Europäische Region der WHO festgelegt wurden²². Ein Großteil der nationalen Gesundheitsziele wurde aus den sechs großen Zielbereichen von *Gesundheit21*, nämlich gesundheitliche Chancengleichheit, bessere Gesundheit für Menschen in der Europäischen Region, Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und Verletzungen, multisektorale Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit, eine ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung sowie Konzepte und Instrumente zur Steuerung des Wandels, definiert.

Bei der inhaltlichen Analyse der Gesundheitsziele kristallisieren sich, wie die Spaltenüberschriften exklusive Frankreich und Italien in Tabelle 3 zeigt, folgende Schwerpunktthemen heraus:

1. Die Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten wurde von neun Ländern in ihren Zielkatalog aufgenommen.
2. Die Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden wurde von sieben Ländern aufgegriffen.
3. Settings zur Förderung der Gesundheit wurden in sechs Ländern definiert.
4. Die Verbesserung der psychischen Gesundheit wurde in fünf Ländern thematisiert.
5. Die Gesundheit junger Menschen, die Verringerung übertragbarer Krankheiten, die Verringerung von auf Gewalt einwirkenden und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen sowie die Aufrechterhaltung einer gesunden und sicheren Umwelt waren in vier Ländern Gegenstand eines oder mehrerer Gesundheitsziele.

Eine andere Betrachtungsweise wäre es, jene Ziele aus *Gesundheit21* als besonders wesentlich anzusehen, denen in einzelnen Ländern gleich mehrere Ziele zugeordnet werden. Das Ziel 8 (Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten) ist ein besonders eindringliches Beispiel hierfür. Dieses Ziel lässt sich in Summe über alle analysierten Programme insgesamt 43 Zielformulierungen zuordnen, und stellt daher unter diesem Betrachtungswinkel wohl das wichtigste Ziel dar. Allerdings wird hier auch deutlich die Notwendigkeit sichtbar, die Ziele aus *Gesundheit21* auf eine operationale Ebene herunterzubrechen, da in diesen Zielbereich mit Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen gleich die zwei wichtigsten „major killer“ in den entwickelten Ländern fallen. Die unter diesem Betrachtungswinkel nächstwichtigen Ziele 13 (Settings zur Förderung der Gesundheit) mit 9 Nennungen, 12 (Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden) mit 8 Nennungen, 4 (Gesundheit junger Menschen), 6 (Verbesserung der psychischen Gesundheit), 7 (Verringerung übertragbarer Krankheiten) und 11 (Gesünder Leben) mit je 6 Nennungen sind in einem Ranking bereits weit abgeschlagen.

Tabelle 3 enthält zwei alternative Spalten für die Beurteilung der Wichtigkeit einzelner Ziele in Europa, mit oder ohne Einrechnung der französischen und italienischen Ziele. Diese Unterscheidung erscheint uns gerechtfertigt, da Frankreich und Italien mit 100 bzw. 99 Zielen jeweils fast gleich viele Ziele formuliert haben wie alle anderen Länder bzw. deren analysierte Programme gemeinsam. Ein unkommentiertes Einrechnen der vielfältigen französischen und italienischen Ziele würde damit sowohl der französischen als auch der italienischen Position ein unverhältnismäßig hohes Gewicht zuteilen. So führt eine Einbeziehung der französischen und italienischen Ziele zu den „Spitzenreitern“ 8, 1, 11, 10, 12, 7 während ein Ausschluss von Frankreich und Italien die bereits genannten Ziele 8, 13, 12, 4, 6, 7, 11 an die Spitze setzt.

Bemerkenswert ist, dass kein einziges der Ziele aus *Gesundheit21* in allen der von uns analysierten Programme berücksichtigt wird, und dass die Ziele 14 bis 21, die sich eher auf das Gesundheitswesen als auf den Gesundheitszustand beziehen, nur in Frankreich und Nordrhein-Westfalen Beachtung gefunden haben.

Besonders erwähnenswert erscheint das Programm von Finnland²³. Es besteht aus zwei Kategorien von Gesundheitszielen, einerseits aus Zielen für bestimmte Altersgruppen und andererseits aus altersunabhängigen Zielen. Bei den Gesundheitszielen nach Altersgruppen wurde ein besonderes Augenmerk auf die Gesundheit junger Menschen gelegt. Durch die altersgruppenbezogenen Gesundheitsziele wird einerseits vermieden, dass die älteren Jahrgänge epidemiologisch überproportional ins Blickfeld geraten und andererseits gewährleistet, dass alle Altersgruppen als Zielgruppen von Gesundheitszielen berücksichtigt werden.

22 Vgl. WHO (1999): *Gesundheit21*: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6.

23 Vgl. Ministry of Social Affairs and Health (2001): Government Resolution on the Health 2015 public health programme.





Gesundheitsziele: Top oder Flop?

Erfahrungsberichte über die Einführung, die Umsetzung und schlussendlich über die Auswirkung oder Zielerreichung von Gesundheitszielen sind nicht allzu häufig in der Literatur zu finden, zumindest außerhalb des englischsprachigen Raumes. Daher wird im Folgenden, abweichend von der im übrigen Text vorherrschenden Einschränkung auf europäische Länder, auch auf außereuropäische Länder Bezug genommen.

Bezogen auf die ersten Erfahrungen **skandinavischer Länder** mit Gesundheitszielen resümiert Holm²⁴, dass es für die Ableitung von Gesundheitszielen nicht ausreichend ist, wissenschaftlich korrekt vorzugehen. Vielmehr muss sichergestellt sein, dass die Ableitung der Ziele auch transparent und partizipativ erfolgt. Einfache und einleuchtende Konzepte können – mit besten Absichten der handelnden Akteure – ebenso einfach unterlaufen werden, wenn die Datenbasis in Umfang oder Qualität nicht ausreichend ist. Dies haben die norwegischen Erfahrungen gezeigt, als der Priorisierungsansatz Krankheitsschwere dadurch unterlaufen wurde, dass eben mehr PatientInnen als schwer krank eingestuft wurden. Weil die Schwere der Krankheit nicht näher spezifiziert war, war diese Umgehungsstrategie möglich – sowohl für ÄrztInnen, die ihren PatientInnen möglichst viel Behandlung zukommen lassen wollten, als auch für die agileren Interessensvertretungen einzelner Patientengruppen.

In **Deutschland** wurden mit *gesundheit.de* zum ersten Mal Gesundheitsziele auf der nationalen Ebene präsentiert. Die Durchführung von konkreten Maßnahmen hat sich als schwieriger erwiesen als zuerst angenommen. Die nationalen Ziele werden im Augenblick noch als etwas Zusätzliches neben den regulären Zuständigkeiten wahrgenommen, die weiter im gewohnten Umfang erfüllt werden müssen. Die Beschäftigung mit der Umsetzung offenbart außerdem, dass es bereits eine Vielzahl zielführender Aktivitäten gibt. Die Vorstellung, dass ein Gesundheitszielprozess auf der grünen Wiese stattfindet, ist ebenso wenig zutreffend wie die Vorstellung, dass nur aufgrund des Zielprozesses zahlreiche neue Maßnahmen auf den Weg gebracht werden. Letzteres soll aber nicht heißen, dass es keine Aktivitäten gibt, die in einem originären Zusammenhang mit dem Zielprogramm stehen²⁵.

Im deutschen Bundesland **Nordrhein-Westfalen** setzte man sich 1993 zum ersten Mal mit dem Thema Gesundheitsziele auseinander, und 1995 wurden zehn vorrangige Gesundheitsziele mit einem Zeithorizont bis 2005 definiert. Nordrhein-Westfalen war damals das erste deutsche Bundesland, das in einen derartigen systematischen und viele Gruppen einbeziehenden Zieleprozess eingestiegen war. Die Erfahrungen mit dieser Gesundheitspolitik lassen sich wie folgt zusammenfassen²⁶.

- In Zusammenhang mit Ziel 2 – „Krebsbekämpfung“ – wurde im Jahr 2001 die konzertierte Aktion gegen Brustkrebs gestartet. Mit deren Hilfe sollte und soll in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge die Situation in der Brustkrebsversorgung umfassend verändert und flächendeckend verbessert werden. Ein herausragendes Handlungsfeld in diesem Zusammenhang war oder ist die Errichtung von Brustkrebszentren. Dieser Initiative ist es zu verdanken, dass die Strukturen der Brustkrebsbehandlung derzeit grundlegend verändert werden. Bisher wurden Brustkrebsoperationen in ca. 250 Krankenhäusern durchgeführt, zukünftig werden hierfür 50 spezialisierte Brustzentren zur Verfügung stehen. Zum ersten Mal findet eine Qualitätssicherung und ein strukturiertes Vorgehen statt. Das war nur möglich, weil es bereits eine Festlegung von Qualitätskriterien und von gemeinsamen Gesundheitszielen gab.
- In Zusammenhang mit Ziel 4 – „Gesundheitsschäden durch Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen reduzieren“ – wurde die Landesinitiative „Leben ohne Qualm“, eine breit angelegte Präventionskampagne zur Reduzierung des Rauchens, gestartet. Hiermit konnten insbesondere Schulen in einer bereiten Masse erreicht werden. Die Kampagne stieß auf große Resonanz.
- Ebenfalls im Zusammenhang mit Ziel 4 wurde ein Landesprogramm gegen Sucht ins Leben gerufen. Hierbei handelt es sich um eine Gemeinschaftsinitiative zur Suchtbekämpfung unter Einbeziehung aller Suchtformen einschließlich der nichtstoffgebundenen Süchte. Insgesamt resultierten daraus 105 Maßnahmen, die zum Teil bereits abgeschlossen wurden. Nicht zuletzt ist es mit dieser Initiative gelungen, das Thema Sucht überhaupt zu fokussieren und landesweit etwas in Bewegung zu setzen.
- Die Definition von Gesundheitszielen darf sich zukünftig nicht alleine auf die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung beschränken. Die Gesundheitsversorgung und darüber hinaus Strukturfragen des

24 Vgl.: Holm, S. (1998): Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care, *British Medical Journal*, 317, 1.000-1.002.

25 Vgl.: Rische, H. (2005): Begrüßung und Einführung. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und-gestaltung e.V., *gesundheitsziele.de – eine Zwischenbilanz*, Dokumentation der GVG-Veranstaltung vom 14. Februar 2005.

26 Vgl.: Caspers-Merk, M. (2005): Gesundheitsziele und Prävention als Elemente gesundheitspolitischer Gestaltung, In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und-gestaltung e.V., *gesundheitsziele.de – eine Zwischenbilanz*, Dokumentation der GVG-Veranstaltung vom 14. Februar 2005.

Gesundheitsziele:
Top oder Flop?





Gesundheitswesens müssen weiterhin Gegenstand von Gesundheitszielen bleiben. Bei allen Schwierigkeiten in einem selbstverwalteten Gesundheitswesen und bei den zu beachtenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten ist es notwendig, Struktur- und Versorgungsfragen in die Zieldefinition mit aufzunehmen.

- Insgesamt gesehen, stehen die nordrhein-westfälischen Gesundheitsziele für mehr Partizipation, mehr Effizienz, für Evidenzbasierung und Qualität, für langfristiges Handeln und auch Chancengleichheit. Um mit Gesundheitszielen erfolgreich sein zu können, sind eindeutige und richtige Bedingungen unbedingte Voraussetzung. Die Erfahrung hat gezeigt, dass über einen so langen Zeitraum eine idealtypische 1:1-Umsetzung niemals erfolgen kann. Eine solche auf Langfristigkeit angelegte Gesundheitspolitik erfordert eindeutig eine große Flexibilität und zugleich Kreativität bei sich verändernden Rahmenbedingungen. Auch in einem langfristigen Prozess muss man in der Lage sein, kurzfristig zu reagieren und sich auf die wechselnden Begleitumstände einzustellen. Nur dann ist gewährleistet, dass innovative Entwicklungen immer wieder aufgegriffen werden können.

In **Kanada** wurden in den frühen 90er Jahren für alle zehn Provinzen und für zwei der drei sogenannten Territorien breit angelegte, bevölkerungsbezogene Gesundheitsziele erarbeitet. Eine jüngere Arbeit analysiert den Einsatz von Gesundheitszielen für die Provinzen/Territorien einerseits und für die 190 Gesundheitsregionen andererseits. Die kanadischen Erfahrungen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen²⁷:

- Obwohl bereits für alle Provinzen Zielformulierungen vorlagen, wurde gegen Ende der 90er Jahre nur in vier Provinzen auch in öffentlichen Dokumenten dann tatsächlich Bezug auf diese Ziele genommen – Ziele hatten offenbar keine hohe realpolitische Bedeutung. Statt dessen kamen in den anderen Provinzen andere strategische oder Management-Planungsprozesse zum Einsatz, die sich eben auf Gesundheitsziele bezogen, die unabhängig von den „offiziellen“ erarbeitet worden waren.

- In Interviews mit höheren BeamtInnen im Gesundheitswesen wurde die Ansicht geäußert, dass die Planung zwar nicht explizit von Gesundheitszielen geleitet wurde, dass die Gesundheitsziele aber so breit definiert waren, dass sich dennoch regelmäßig ein Bezug zwischen den Maßnahmen und den Zielen herstellen ließ. Anderen politischen Initiativen wurde jedenfalls ein höheres Maß an Einfluss zugesprochen als den Gesundheitszielen.

- Beim Einfluss der Ziele auf die kanadische Gesundheitspolitik wurde den Zielen, die am Gesundheitswesen ansetzen, von weit mehr Befragten Bedeutung zugesprochen als bei Zielen, die sich auf Forschung, den Gesundheitszustand oder die Gesundheitsförderung beziehen. Dieses Ergebnis ist für europäische Länder insofern interessant, als dass hier der Schwerpunkt auf dem Anknüpfungspunkt „Gesundheitszustand“ liegt.

- Es wurde der Eindruck gewonnen, dass regionale Gesundheitsprogramme zwar an den regionalen Gesundheitszielen ausgerichtet wurden, dass sie aber oft und quasi nebenbei auch zu den Gesundheitszielen der Provinzen „passten“.

- In Kanada werden Gesundheitsprogramme öfter auf der regionalen als auf der Provinz-Ebene durchgeführt, und diese Programme sind in der Regel auch erfolgreicher. Dieses Ergebnis deckt sich laut den Studienautoren mit Ergebnissen für Australien, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten. Dies scheint auch auf Deutschland zu zutreffen, zumal in Nordrhein-Westfalen Gesundheitsziele mittlerweile Eingang in die Gesetzgebung gefunden haben²⁸.

- Auch wenn die Gesundheitsziele auf breite soziale, ökonomische oder Umweltbedingungen abstellten, die den Gesundheitszustand beeinflussen, zogen die regionalen Gesundheitspolitiker in der Umsetzung jene Ziele vor, die unmittelbar am Gesundheitswesen ansetzten, und weisen auf ähnliche australische und neuseeländische Erfahrungen hin. Die Studienautoren diskutierten jedoch nicht, ob dies mit dem Handlungsspielraum bzw. Zuständigkeitsbereich der Gesundheitspolitiker erklärt werden kann, der ja nicht auch diese weiter gefassten Kompetenzen einschließen muss.

- Die Autoren stellen zwar die Frage, ob die zuständigen Ministerien „win the philosophical battle and lose the implementation war“, konzedieren aber, dass die formulierten Gesundheitsziele motivierend und inspirierend gewirkt haben, auch wenn sie nicht explizit umgesetzt wurden.

- Werden Gesundheitsziele als Programm der Regierung und nicht nur des Gesundheitsministeriums vertreten, steigert dies die Identifikation auch der anderen beteiligten Politikbereiche. Andererseits kann bei

27 Williamson, D.I./Milligan C.D./Kwan, B./Frankish C.J./Ratner, P.A. (2003): Implementation of provincial/territorial health goals in Canada, *Health Policy*, 64, pp: 173-191.

28 Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1. Zielbildung, Prävention, Nutzenorientierung und Partizipation. Drucksache 14/5.660, 21.03.2001.





solchermaßen in die Pflicht genommenen VerwaltungsbeamtInnen anderer Bereiche auch Unwillen entstehen, und Beschäftigte in der Gesundheitsverwaltung fühlen sich nicht immer für breiter (multisektoral) definierte Gesundheitsziele zuständig. Trotz dieser Vorbehalte wurden die sehr breit definierten Gesundheitsziele in British Columbia von den Gesundheitsbehörden akzeptiert²⁹.

In einer Reihe von Punkten ähneln die kanadischen Erfahrungen den **englischen** Erfahrungen mit der „Health of the Nation“ Strategie der Jahre 1992-1997³⁰:

- Auch dieser wird nachgesagt, dass sie zwar nicht ihr volles Potenzial in Gesundheitspolitik und Programmplanung entfalten, aber das Engagement von Politikern und Praktikern für bereichsübergreifende Kooperation und Prävention im Gesundheitssektor verbessern konnte.
- Der Einfluss der Strategie, gemessen an ihrer Sichtbarkeit in Regierungsdokumenten, erreichte sehr schnell (1993) ihren Höhepunkt und flachte dann ab, bzw. trat gegenüber anderen Prioritäten wie Wartelisten und ausgeglichenen Budgets in den Hintergrund.
- Die Strategie wurde als isoliertes Anliegen des Gesundheitsbereiches ohne Unterstützung aus anderen Regierungsbereichen wahrgenommen. Auf lokaler Ebene fehlte die sichtbare Einbindung und Unterstützung der lokalen Regierung. Die fehlende Integration des Programms, sowohl horizontal als auch vertikal, wurde als wesentlicher (Miss-)Erfolgsfaktor identifiziert.
- Generell wäre die stärkere Einbindung der lokalen Ebene begrüßt worden, z.B. in der Möglichkeit, die Zielformulierung an lokale Gegebenheiten und Bedürfnisse anzupassen. Auch waren Rolle, Aufgaben und Verantwortungsbereich der lokalen Ebene nicht ausreichend spezifiziert, und in weiterer Folge fehlten Führung und Anreize im Zusammenhang mit der lokalen Umsetzung der Ziele. Außerdem wurden strategische Entwicklung und Zielerreichung eher im Bereich des Gesundheitssystems als im Bereich des Gesundheitszustands gemessen.

Nutbeam³¹ weist in seiner Analyse des Umsetzungsprozesses von Gesundheitszielen in **Australien** auf die Probleme und Lösungsstrategien bei der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssektor und anderen Politikbereichen hin. Ein Teil des langwierigen Entwicklungsprozesses wurde von Bemühungen aufgezehrt, eine gemeinsame Position der einzelnen betroffenen Bereiche zu erarbeiten. Im Zuge dessen wurden große Unterschiede in der konzeptuellen und ideologischen Wahrnehmung desselben Problemfeldes offengelegt. Dieser Verhandlungsprozess wird aber als notwendig angesehen, um Lösungsstrategien erarbeiten zu können, die für alle beteiligten Politikfelder Sinn machen, mit ihrer sonstigen Projektlandschaft abgestimmt sind und aktiv mitgetragen werden. Werden Gesundheitsziele verfolgt, die auch andere Politikfelder berühren, ist es von entscheidender Bedeutung, dass Inhalte und Umsetzungsprozesse transparent sind. Eine weitere Erkenntnis aus Australien ist, dass es trotz aller Bemühungen um eine methodisch und inhaltlich korrekte Definition der eingesetzten Kennzahlen müßig ist, auf das Wissen um die ideale Kennzahl zu warten – sonst steigt die Gefahr, in eine „analysis paralysis“ zu verfallen.

Gesundheitsziele: das Fazit

Auf politischer Ebene Einigkeit über die Notwendigkeit und Ausrichtung von Programmen zu erzielen, stellt zwar einen notwendigen, aber eben nur ersten Schritt dar. Lektionen, die aus den internationalen Erfahrungen mit Gesundheitszielen gezogen werden können, wurden folgendermaßen zusammengefasst³²:

- Die Akteure auf allen beteiligten Ebenen müssen zu einem Konsens finden.
- Die Zahl der Ziele muss auf eine handhabbare Größe reduziert sein. In den meisten nationalen Zielprogrammen wurden fünf bis zehn Ziele festgesetzt; die in *Gesundheit21* genannten 21 Ziele sind jedenfalls zu viele.
- Jedes Programm sollte auf Evidenz über seine Effektivität basieren.
- Es muss eine entsprechende Finanzierung an die Zielsetzungen geknüpft sein.

29 Vgl.: Chomik, T.A./Frankish, C.J. (1999): Factors that facilitated and challenged the development of health goals and targets: The British Columbia experience, *Canadian Journal of Public Health*, 90, Supplement 1, pp: 39-p41.

31 Vgl.: Department of Health (1998): *The health of the nation – a policy assessed. Executive summary*, London.

32 Vgl.: Nutbeam, D. (1999): Achieving population health goals: Perspectives on measurement and implementation from Australia. *Canadian Journal of Public Health*, 90, Supplement 1, pp: 43-46.

33 Vgl.: McKee, M./Fulop, N. (2000): On target for health? *British Medical Journal*, 320, pp: 327-328.

**Gesundheitsziele:
das Fazit**





Tabelle 3: Inhaltliche Ausrichtung der Gesundheitsziele in Europa gegliedert nach der Systematik in *Gesundheit21* (WHO Europa)

WHO-Ziele	AT OÖ	BE F	DK	DE	DE NRW	DE SA	FI	FR	GB E	IE	IT	LU	NL	SE	Summe	Summe exkl. IT, FR
1: Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region											X (30)				1 (30)	-
2: Gesundheitliche Chancengleichheit							X (1)	X (2)	X (1)	X (1)					4 (5)	3 (3)
3: Ein gesunder Lebensanfang						X (1)		X (6)			X (1)				3 (8)	1 (1)
4: Gesundheit junger Menschen	X (1)			X (1)			X (3)				X (2)			X (1)	5 (8)	4 (6)
5: Altern in Gesundheit							X (1)	X (3)			X (4)				3 (8)	1 (1)
6: Verbesserung der psychischen Gesundheit	X (1)		X (1)					X (11)	X (1)		X (2)	X (1)	X (2)		7 (19)	5 (6)
7: Verringerung übertragbarer Krankheiten	X (2)	X (1)						X (8)			X (6)	X (2)		X (1)	6 (20)	4 (6)
8: Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten																
Herz-Kreislauf	X (1)		X (1)		X (1)	X (1)		X (5)	X (1)		X (4)	X (5)	X (3)		9 (22)	7 (13)
Krebs		X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)		X (6)	X (1)		X (9)	X (6)	X (3)		10 (30)	8 (15)
Andere	X (1)		X (5)	X (1)		X (1)		X (20)				X (1)	X (6)		7 (35)	6 (15)
9: Verringerung von auf Gewalteinwirkung und auf Unfälle zurückzuführende Verletzungen		X (1)	X (1)					X (3)	X (1)		X (7)	X (1)			6 (14)	4 (4)
10: Eine gesunde und sichere Umwelt			X (1)		X (1)			X (8)			X (11)	X (1)		X (1)	6 (23)	4 (4)
11: Gesünder Leben		X (1)	X (3)					X (9)			X (9)			X (2)	5 (24)	3 (6)
12: Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden	X (1)	X (1)	X (2)	X (1)	X (1)	X (1)		X (4)			X (9)			X (1)	9 (21)	7 (8)
13: Settings zur Förderung der Gesundheit	X (3)		X (1)		X (1)		X (1)	X (4)				X (2)		X (1)	7 (13)	6 (9)
14: Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit															-	-
15: Ein integrierter Gesundheitssektor					X (1)										1 (1)	1 (1)
16: Qualitätsbewusstes Management der Versorgung								X (6)							1 (6)	-
17: Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung															-	-
18: Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben															-	-
19: Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit					X (1)										1 (1)	1 (1)
20: Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange															-	-
21: Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“															-	-
Andere als die 21 WHO Ziele	-	-	-	X (1)	X (3)	X (1)	X (2)	X (5)	X (1)	X (3)	X (5)	-	-	X (4)	9 (25)	7 (15)
Summe	10	5	16	5	10	6	8	100	6	4	99	19	14	11	313	114

Anmerkung:

Diese Tabelle ist mit einigen Unschärfen behaftet. Manchen Länderzielen können mehrere WHO-Ziele zugeordnet werden; beispielsweise ist die Abgrenzung zwischen Ziel 3 (gesunder Lebensanfang) und Ziel 4 (Gesundheit junger Menschen) nicht immer ganz eindeutig, und es gibt offensichtliche Überschneidungen zwischen morbiditätsorientierten und auf Bevölkerungsgruppen ausgerichteten Zielen.

Erläuterung:

Die Zahlen in den Klammern entsprechen der Anzahl der Ziele im jeweiligen Land bzw. in der Spalte der Anzahl der Ziele über die Länder

Quelle: IHS HealthEcon 2004, 2005.





Tabelle A1:

	Lebenserwartung mit 65 Jahren, Frauen						Index EU25=100				Veränderung in Prozent 1990-letzterverf.	Veränderung in Jahren 1990-letzterverf.
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001		
Österreich	18,2	18,9	19,9	20,2	19,9	19,9	99	100	101	102	9,1	1,7
Belgien	18,5	19,1	19,5	19,7	19,7	n.v.	101	101	99	n.v.	6,5	1,2
Dänemark	17,8	17,5	18,3	18,4	18,3	n.v.	97	92	93	93	2,8	0,5
Deutschland	17,8	18,8	19,7	19,9	n.v.	n.v.	97	99	100	100	11,8	2,1
Estland	15,8	16,2	17,1	17,4	17,4	17,5	86	85	87	87	10,6	1,7
Finnland	17,9	18,8	19,6	19,9	19,9	20,1	98	99	100	100	12,2	2,2
Frankreich	20,8	21,5	21,6	21,6	n.v.	n.v.	113	113	110	109	4,2	0,9
Griechenland	18,2	18,4	18,6	18,9	18,9	18,9	99	97	95	95	3,9	0,7
Irland	16,9	17,3	17,8	18,3	18,6	n.v.	92	91	90	92	10,1	1,7
Italien	19,1	20,0	21,0	21,2	n.v.	n.v.	104	106	106	107	10,8	2,1
Lettland	15,9	15,9	17,0	16,9	17,1	16,9	87	84	86	85	6,8	1,1
Litauen	17,1	17,0	18,0	18,1	17,9	18,2	93	89	92	91	6,5	1,1
Luxemburg	18,2	19,8	20,6	19,9	20,1	19,1	99	104	105	100	5,1	0,9
Malta	17,1	17,6	18,6	18,9	19,3	18,7	93	93	94	95	9,2	1,6
Niederlande	19,2	19,3	19,4	19,5	19,5	19,6	105	102	99	98	1,9	0,4
Polen	16,3	16,6	17,6	17,8	18,2	18,1	89	88	89	90	11,0	1,8
Portugal	17,0	17,8	18,7	18,9	19,0	19,1	93	94	95	95	12,4	2,1
Schweden	19,0	19,6	20,0	20,1	20,0	20,3	104	103	102	101	6,8	1,3
Slowakei	16,1	16,3	16,9	17,0	17,1	n.v.	88	86	86	86	5,9	0,9
Slowenien	17,3	17,9	18,8	19,1	19,1	18,8	94	94	96	96	9,1	1,6
Spanien	19,2	20,2	21,0	21,2	21,2	n.v.	105	106	106	107	10,0	1,9
Tschechien	15,4	16,3	17,4	17,4	17,4	17,3	84	86	88	87	12,3	1,9
Ungarn	15,5	16,1	16,8	17,1	17,1	17,0	85	85	86	86	9,7	1,5
Vereinigtes Königreich	18,1	18,3	19,1	19,3	19,3	n.v.	99	97	97	97	6,5	1,2
Zypern	n.v.	n.v.	18,5	19,5	19,2	19,2	n.v.	n.v.	94	98	n.v.	n.v.
EU25*	18,3	19,0	19,7	19,9	n.v.	n.v.	100	100	100	100	8,5	1,6
EU15* („alte EU“)	18,8	19,5	20,1	20,3	n.v.	n.v.	102	103	102	102	8,2	1,5
EU10* („neue EU“)	16,1	16,5	17,4	17,6	17,8	17,8	88	87	89	89	10,6	1,7
EU12* (Euro-Zone)	18,9	19,7	20,4	20,5	n.v.	n.v.	103	104	103	103	8,7	1,6
Bulgarien	15,4	15,4	15,4	15,8	15,8	15,9	84	81	78	79	3,6	0,6
Kroatien	16,1	16,6	15,5	17,0	17,1	16,8	88	88	79	86	4,5	0,7
Rumänien	15,3	15,4	16,0	16,1	15,8	15,9	83	81	81	81	4,2	0,6
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweiz	19,7	20,5	21,0	21,3	21,4	n.v.	108	108	107	107	8,6	1,7
USA	18,9	18,9	19,2	19,4	19,5	n.v.	103	100	98	98	3,2	0,6

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt;

Quelle: WHO Health for all database (HFA), Juni 2005;
 OECD Health Data, Juni 2005 für BEL, DEN, IRL, POR, SWE und die USA;
 IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Lebens-
erwartung
mit 65 Jahren,
Frauen



Lebens- erwartung mit 65 Jahren, Männer

Tabelle A2:

	Lebenserwartung mit 65 Jahren, Männer						Index EU25=100				Veränderung in Prozent 1990-letztverf.	Veränderung in Jahren 1990-letztverf.
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001		
Österreich	14,6	15,3	16,4	16,8	16,4	16,5	101	102	104	104	13,2	1,9
Belgien	14,3	14,8	15,5	15,8	15,8	n.v.	99	99	98	n.v.	10,5	1,5
Dänemark	14,0	14,1	15,2	15,2	15,4	n.v.	97	94	96	95	10,0	1,4
Deutschland	14,1	14,9	16,0	16,3	n.v.	n.v.	98	99	101	101	15,5	2,2
Estland	12,1	12,0	12,7	12,7	12,8	12,8	84	80	80	79	5,5	0,7
Finnland	16,1	16,7	16,9	17,1	n.v.	n.v.	112	111	107	106	5,9	1,0
Frankreich	20,8	21,5	21,6	21,6	n.v.	n.v.	113	113	110	109	4,2	0,9
Griechenland	15,8	16,1	16,3	16,7	16,7	16,8	110	107	103	104	6,3	1,0
Irland	13,3	13,6	14,6	15,0	15,3	n.v.	92	91	92	93	15,0	2,0
Italien	15,1	16,0	16,7	17,1	n.v.	n.v.	105	106	106	106	13,1	2,0
Lettland	12,2	11,4	12,5	12,6	12,6	12,7	85	76	79	78	4,3	0,5
Litauen	13,4	13,0	13,8	13,5	13,4	13,4	93	86	87	84	-0,1	0,0
Luxemburg	14,2	15,0	15,8	16,3	16,2	15,6	99	100	100	101	9,9	1,4
Malta	14,2	15,4	15,2	15,8	15,4	15,7	99	102	96	98	10,4	1,5
Niederlande	14,5	14,8	15,4	15,6	15,7	15,9	100	99	98	97	10,0	1,4
Polen	12,5	13,0	13,7	14,0	14,0	14,0	87	86	87	87	11,6	1,5
Portugal	13,9	14,6	15,3	15,6	15,6	15,7	96	97	97	97	12,9	1,8
Schweden	15,3	16,0	16,7	16,9	16,9	17,0	106	107	106	105	11,1	1,7
Slowakei	12,4	12,7	13,1	13,2	13,3	n.v.	86	85	83	82	7,1	0,9
Slowenien	13,5	13,9	14,3	14,6	14,7	14,4	94	92	91	91	6,8	0,9
Spanien	15,5	16,2	16,8	17,0	17,0	n.v.	108	108	106	106	9,7	1,5
Tschechien	11,7	12,8	13,8	14,0	14,0	13,9	81	85	87	87	18,8	2,2
Ungarn	12,1	12,3	13,0	13,3	13,2	13,1	84	82	82	83	7,9	1,0
Vereinigtes Königreich	14,2	14,7	15,9	16,2	16,3	n.v.	98	98	100	101	15,2	2,2
Zypern	n.v.	n.v.	16,0	17,2	16,5	16,7	n.v.	n.v.	101	107	n.v.	n.v.
EU25*	14,4	15,0	15,8	16,1	n.v.	n.v.	100	100	100	100	11,6	1,7
EU15* („alte EU“)	14,8	15,5	16,3	16,5	n.v.	n.v.	103	103	103	103	11,6	1,7
EU10* („neue EU“)	12,4	12,8	13,6	13,8	13,8	13,8	86	85	86	86	11,2	1,4
EU12* (Euro-Zone)	15,0	15,6	16,3	16,6	n.v.	n.v.	104	104	103	103	11,1	1,7
Bulgarien	12,9	12,8	12,8	13,1	13,1	13,0	89	85	81	81	1,2	0,2
Kroatien	13,0	13,1	11,4	13,6	13,5	13,3	90	87	72	85	2,9	0,4
Rumänien	13,3	12,9	13,5	13,5	13,0	13,1	93	86	85	84	-1,6	-0,2
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweiz	15,4	16,3	17,1	17,4	17,8	n.v.	107	108	108	108	15,7	2,4
USA	15,1	15,6	16,3	16,4	16,6	n.v.	105	104	103	102	9,9	1,5

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt;

Quelle: WHO Health for all database (HFA), Juni 2005;
OECD Health Data, Juni 2005 für BEL, DEN, IRL, POR, SWE und die USA;
IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

