

# Gesundheitsziele für Deutschland - Aus dem Bericht von Gesundheitsziele.de vom 14.02.2003

Maximilian Rieländer

04.03.2003

Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums hat die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung (GVG) 12/2000 das Projekt „**gesundheitsziele.de** – Forum Gesundheitsziele Deutschland“ initiiert, um konkrete Vorschläge zur Einführung von Gesundheitszielen als Handlungsgrundlagen für die Akteure im Gesundheitswesen zu erarbeiten. Die GVG hat nun zur bisherigen Projektarbeit einen ausführlichen Bericht „**gesundheitsziele.de** – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland“ mit ca. 140 Seiten unter [http://www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?\\_xpage\\_template=berichte](http://www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?_xpage_template=berichte) am 14.02.2003 vorgelegt, der sich auch über [info-gesundheitsziele-de@gesundheitsziele.de](mailto:info-gesundheitsziele-de@gesundheitsziele.de) bestellen lässt.

Nachfolgend werden aus dem Bericht ausgewählte Informationen wiedergegeben, die für berufliche Aufgaben und Tätigkeitsfelder von PsychologInnen relevant sein können.

## Absichten für gesundheitsziele.de

Das Projekt **gesundheitsziele.de** dient dazu, durch einen organisierten Konsensbildungsprozess mit Unterstützung maßgeblicher Organisationen des Gesundheitswesens in Deutschland einige exemplarische Gesundheitsziele mit Umsetzungsstrategien zu erarbeiten und damit Gesundheitsziele in Deutschland komplexer zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik zu etablieren. Die Vereinbarung und Umsetzung von Gesundheitszielen dient vor allem dazu, die Gemeinwohlorientierung im deutschen Gesundheitswesen mit neuen Mitteln zeitgemäß deutlich sichtbar und handlungsorientiert weiter zu entwickeln.

Angeregt durch die Zielsetzungen der Weltgesundheitsorganisation für Europa „Gesundheit21“ (vgl. [www.bdp-gus.de/who21](http://www.bdp-gus.de/who21)) haben sich unter der Leitung der GVG die beteiligten Akteure darauf geeinigt, keine umfassenden Gesundheitsziele zu formulieren, sondern zunächst zu einigen exemplarisch ausgewählten Bereichen Gesundheitsziele mit Oberzielen, Zielen, Teilzielen sowie mit Maßnahmen und Akteuren für die Umsetzung der Maßnahmen zu bestimmen und die künftige Umsetzung der Ziele zu evaluieren.

Die Auswahl der Gesundheitsziele erfolgte pragmatisch nach folgenden Kriterien: wissenschaftliche Fundierung (Mortalität, Morbidität, Verbreitung des Gesundheitsproblems), Bestimmung durch formalisierte Partizipations- und Konsensprozesse, vorhandene Maßnahmen zur Problembewältigung, Umsetzbarkeit durch vorhandene Akteure in den nächsten Jahren, Evaluierbarkeit, ökonomische Relevanz, Bürger- und Patientenbeteiligung. Wichtige Bezugspunkte für die ausgewählten Gesundheitsziele waren:

- Verminderung ausgewählter chronischer Erkrankungen durch bessere Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation,
- Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention,
- ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen, Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit
- Stärkung der Bürger-, Patienten- und Selbsthilfeorientierung.

Der vorgelegte Bericht dokumentiert für die bisher bearbeiteten Themen

- Diabetes
- Brustkrebs
- Tabakkonsum reduzieren
- Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung
- Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

den Abschluss der konsensuellen Bestimmung von Oberzielen, Zielen und Teilzielen sowie die Benennung geeigneter, möglichst evidenzbasierter wirksamer Maßnahmen zur Umsetzung der beschlossenen Ziele.

Durch den Bericht werden auch gezielt Akteure bzw. Organisationen angesprochen, um sie zur Mitarbeit bei der Umsetzung der einzelnen Ziele und ihrer Evaluation zu gewinnen.

Nachfolgend werden zu den ausgewählten Themen alle Ziele benannt sowie ausgewählte Teilziele und Maßnahmen, die auf psychologische Tätigkeitsfelder verweisen.

## Zielbereiche mit Zielen, Teilzielen und Maßnahmen

### A: Diabetes mellitus Typ 2:

#### Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln

**Ziel 1:** Das Auftreten des metabolischen Syndroms und die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 sind reduziert (Aktionsfeld **Primärprävention**)

- 1.1 Das Bewusstsein der Bevölkerung, insbesondere in Risikogruppen über ernährungs- und verhaltensbedingte Risiken, ist geschärft
- 1.2 Das Verhalten der Bevölkerung verringert das Risiko für das Auftreten eines metabolischen Syndroms
- 1.3 Gesundheitsfördernde Strukturen und Rahmenbedingungen für Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind vermehrt vorhanden, insbesondere im Lebensumfeld von Risikogruppen

Maßnahmen für 1.1 – 1.3:

- Bevölkerungsweite Motivation für eine gesunde Lebensweise im Rahmen einer allgemeinen lebensstilorientierten Präventionskampagne
- Angebote an Personen mit hohem Risiko zur Entwicklung eines Diabetes

**Ziel 2:** Der Diabetes mellitus Typ 2 wird häufiger in einem Krankheitsstadium diagnostiziert, in dem noch keine Folgeschäden aufgetreten sind (Aktionsfeld **Sekundärprävention** / Früherkennung)

**Ziel 3:** Die Lebensqualität von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist erhöht. Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert (Aktionsfeld **Krankenbehandlung / Rehabilitation**)

- 3.1 Die Fähigkeit zum Krankheitsselbstmanagement und das Wissen über die Erkrankung ist bei allen an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen verbessert
- 3.2 Eine umfassende angemessene Versorgung aller an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen ist wohnortnah und sektorübergreifend gewährleistet
- 3.3 Die psychosoziale Ebene der Typ-2-Diabetes-Erkrankung ist integrierter Bestandteil der Behandlung

Auswahl von Maßnahmen für 3.1 – 3.3:

- Motivation und Behandlungsangebote zur Raucherentwöhnung bei nikotinabhängigen Diabeteskranken
- Motivation der adipösen Diabeteskranken zur Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung und zu mehr Bewegung
- Verbreitung zertifizierter Schulungsangebote für Diabetespatienten, die verhaltensorientiert und zielgruppenspezifisch konzipiert sowie den kognitiven Fähigkeiten der Patient(inn)en angepasst sind
- Konzipierung und Umsetzung eines multidisziplinären Behandlungsansatzes, wie in der Rehabilitation bereits praktiziert, auch im ambulanten Bereich, ggf. unter Einbeziehung von Psychologen.

## **B: Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen**

- Ziel 1:** Brustkrebs wird in einem frühen und damit prognostisch günstigeren Stadium erkannt (Früherkennung / Sekundärprävention)
- Ziel 2:** Für Patientinnen ist eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung flächendeckend und strukturiert gewährleistet (Diagnostik, Therapie, Nachsorge)
- 2.3 Die Versorgung erfolgt unter Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen.
- Auswahl von Maßnahmen:
- Die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen bei der Therapie werden berücksichtigt (z.B. Aufzeigen der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Therapien, Einschätzung der Fähigkeit der Patientinnen den Alltag zu bewältigen).
  - Die Kommunikationskompetenz der Ärzte und der Pflegekräfte wird durch Aus- und Weiterbildungsangebote verbessert.
- Umsetzung durch: Ärzteschaft, Fachgesellschaften (Aus- und Weiterbildung)
- 2.4 Zugang zu Selbsthilfegruppen und deren Aktivitäten als wichtige Möglichkeit der Auseinandersetzung und des Copings mit der Erkrankung werden von den Behandlern aktiv unterstützt. Dies zieht sich durch den gesamten Verlauf der Erkrankung parallel und zusätzlich zu allen medizinischen und psychosozial notwendigen Maßnahmen.
- Ziel 3:** Das Wissen über die Erkrankung ist bei den Nichtbetroffenen und Patientinnen verbessert. Verständliche, evidenzbasierte, einheitliche, neutrale und umfassende Informationen sind für potentielle und tatsächliche Betroffene sowie auch für deren Angehörige vorhanden (Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen).
- 3.3 Die Informationen sind umfassend und den Bedürfnissen der Betroffenen und Nichtbetroffenen angemessen.
- Maßnahmen
- Integration von medizinisch-wissenschaftlichen, psychologischen/psychosozialen und pflegewissenschaftlichen Inhalten; „Grenzgebiete“ und Alternativmedizin werden in den Informationen berücksichtigt.
  - Die Behandler (Allgemeinärzte, Gynäkologen, Radiologen und Onkologen) weisen, wo immer indiziert, Patientinnen aktiv auf Einrichtungen der psychosozialen Onkologie hin.
- Umsetzung durch: alle, die Aufklärung und Information durchführen, u.a. Deutsche Krebsgesellschaft, DKFZ (KID), Länder, interdisziplinäre AGs, Organisationen mit Engagement und Kompetenz im Bereich Brustkrebs
- Ziel 4:** Die Patientinnen sind über vorhandene Therapieoptionen informiert und Partnerinnen im medizinischen Entscheidungsprozess (Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung bzw. Patientenrechte)
- 4.1 Die Patientinnen sind ermutigt und befähigt, ihre Mitwirkungsrechte in allen Teilschritten der Versorgungskette aktiv wahrzunehmen
- 4.2 Für alle Teilschritte der Versorgungskette sind Strategien entwickelt und umgesetzt, die die Partizipation der Patientinnen erleichtern.
- 4.3 Die Aus- und Fortbildung der Ärzte und Pflegekräfte im Bereich der Kommunikation mit den Patientinnen und ihrer Einbeziehung in Therapieentscheidungen ist verbessert.
- Maßnahmen:
- Die entsprechenden Ausbildungsordnungen und Curricula werden ergänzt.
  - Kommunikationstraining unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme in der Onkologie wird in die Ausbildung integriert und ist im Rahmen der Weiterbildung Pflicht.
- Umsetzung durch: Bund, Länder, Ärztekammern, Träger von Pflegeweiterbildung

**Ziel 5:** Die Lebensqualität der Patientinnen ist durch eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte psychosoziale Betreuung und ggf. psychoonkologische/psychotherapeutische Behandlung verbessert (Psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen)

5.1: Psychosoziale Aspekte sind von Beginn der Behandlung an bis einschließlich Nachsorge und Rehabilitation berücksichtigt.

Maßnahmen:

- Psychosoziale Aspekte werden in DMPs und Leitlinien für Brustkrebs integriert.
- Der Stellenwert der konsequenten und kompetenten psychosozialen Beratung der Patientinnen wird gesteigert.

Umsetzung durch: Leistungserbringer in der Versorgungskette, Fachgesellschaften

5.2 Die psychosoziale und psychoonkologische Basiskompetenz der Behandler ist erhöht (Onkologen, Gynäkologen, Allgemeinmediziner, Pflegekräfte etc.)

Maßnahmen:

- Psychosoziale und psychoonkologische Inhalte für die Erlangung einer Basiskompetenz werden in Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepten in Curricula integriert
- Fortbildungsangebote werden den Behandlern leicht zugänglich gemacht.

Umsetzung durch: Fachgesellschaften, Psychotherapeutenkammern ....

5.3 Instrumente zur psychoonkologischen Diagnostik sind den Behandlern bekannt, stehen zur Verfügung und werden flächendeckend eingesetzt.

Maßnahmen:

- Instrumente zur psychoonkologischen Diagnostik werden entwickelt, evaluiert und in den Lehrplänen vermittelt sowie in die ärztliche Fortbildung und Leitlinien integriert

Umsetzung durch: Fachgesellschaften, Psychotherapeutenkammern ...

5.4 Professionelle Angebote psychosozialer Betreuung sind bundesweit vorhanden und den Frauen bekannt.

Maßnahmen:

- Ein bundesweit flächendeckendes Angebot an psychosozialer Beratung und Betreuung wird geschaffen bzw. gewährleistet.

Umsetzung durch: Länder und Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Leistungsanbieter, Kostenträger

5.5 Alle betroffenen Frauen sind über die Möglichkeiten von Beratung und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen zusätzlich und parallel zu medizinischen und professionell psychosozialen Maßnahmen informiert und haben nach Möglichkeit Zugang zu einer Selbsthilfegruppe (vgl. auch Ziele, Diagnostik, Therapie und Nachsorge)

**Ziel 6:** Wo immer indiziert, haben Patientinnen mit Mammakarzinom die Möglichkeit, an flexibilisierten Angeboten in der Rehabilitation teilzunehmen (Rehabilitation)

6.2 Das bisherige gute Angebot an stationärer Rehabilitation besteht weiter. Es existierten jedoch zusätzlich flexibilisierte Angebote für Frauen, die eine stationäre Rehabilitation nicht durchführen können.

Maßnahmen:

- Ambulante, wohnortnahe, fachkompetente onkologische Rehabilitationseinrichtungen werden unter Berücksichtigung der Bedarfsgerechtigkeit weiter ausgebaut, um ein flexibilisiertes Angebot für möglichst viele Betroffene vorhalten zu können.

Umsetzung durch: Sozialversicherungsträger (u.a. Rentenversicherungsträger, Krankenkassen)

6.3 Das Angebot an ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten ist bedarfsgerecht erweitert.

Umsetzung durch: Kostenträger der Rehabilitation

**Ziel 7:** Klinische Krebsregister werden in ausreichender Zahl und voll funktionsfähig geführt und genutzt. In den Ländern werden flächendeckend bevölkerungsbezogene und vollzählige Krebsregister geführt (Register).

## **C: Tabakkonsum reduzieren**

**Ziel 1:** Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert (Maßnahmenbereich A: Verhältnisebene; gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen verbessern).

**Ziel 2:** Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gesteigert (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung).

2.1 Die Inanspruchnahme von Entwöhnungsangeboten ist erhöht.

2.2 Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht.

Maßnahmen der Verhaltensprävention:

- Feedbackbriefe als Form der proaktiven Motivation
- Internet als Instrument zur Entwöhnungsmotivation und -unterstützung
- Ärztliche Kurzintervention
- Rauchertelefone, SMS etc.
- Kindergärten und Krippen als Motivationssetting für die Raucherentwöhnung der Eltern nutzen
- Anreizprogramme
- Frühe Motivation stärken (z.B. individualisierte Computerprogramme)

2.3 Das Angebot an effektiven Entwöhnungsangeboten ist erhöht.

Maßnahmen der Verhaltensprävention

- Raucherentwöhnungsangebote: am Arbeitsplatz, durch niedergelassene Mediziner(innen), im Krankenhaus einschließlich der Rehabilitation, durch die Kassen

2.4 Die Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten ist erhöht.

**Ziel 3:** Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern / Raucherentwöhnung)

**Ziel 4:** Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Einstieg verhindern / Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen)

4.1 Das Einstiegsalter ist erhöht.

Maßnahmen der Verhaltensprävention

- Lebenskompetenzprogramme

4.2 Das Probieralter ist erhöht.

Maßnahmen der Verhaltensprävention

- Lebenskompetenzprogramme

4.7 Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht.

**Ziel 5:** Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt.

## **D: Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung**

**Das gesamte Zielspektrum umfasst folgende Dimensionen:**

Settingebenen:

- a) Familie und Freizeit
- b) Kindertagesstätten
- c) Schulen

Gesundheitsbereiche:

1. Ernährung
2. Bewegung
3. Stressbewältigung

Übergreifende Teilziele:

- x.1.1 Die Familie / Kindertagesstätte / Schule übernimmt Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu gesunder Ernährung / vermehrter Bewegung / produktiver Stressbewältigung (**Setting-Bezug**)
- x.1.2 Der ‚Kohärenzsinn‘ (Antonovsky, Salutogenese) der Kinder bzw. Jugendlichen ist gestärkt (**Selbstkompetenz**).
- x.1.3 Geeignete **Zugangswege** für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.
- x.2 Wissen und Verständnis zu ... sind erhöht (**Kognition**).
- x.3 Die **Motivation** zu ... ist erhöht.
- x.4 **Verhaltensziele**
- x.5 **verhältnis-**orientierte Ziele

(Die nachfolgenden Zielnummerierungen weichen von der Vorlage ab.)

### **Ziel 1: Ernährung**

Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert

- 1.2 Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht (Kognition).
- 1.3 Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht (Motivation).
- 1.4.1 Genussfähigkeit in Bezug aufs Essen ist gestärkt (Verhalten).
- 1.4.2 Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht.
- 1.5.1 Unterstützung gesunden Ernährungsverhaltens durch verhältnisorientierte Maßnahmen
- 1.5.2 Zahl der „Verführer“ ist reduziert.
- 1.5.3 Verhaltensorientierte Angebote für fehlernährte Kinder und Jugendliche und deren Familien liegen vor.

Auswahl von Maßnahmen zu 1.2 – 1.5

- Die Elternkompetenz zur Ernährung wird gestärkt.

### **Ziel 2: Bewegung**

Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert

- 2.2 Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht (Kognition).
- 2.3 Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder ist in den Alltag integriert (Motivation).
- 2.4 Koordinative Fähigkeiten, Ausdauer und Kraft, sind verbessert (Verhalten).
- 2.5.1 Das Wohnumfeld von Familien ist bewegungsfreundlich gestaltet.
- 2.5.2 Bewegungsfördernde Angebote für Familien existieren.

Auswahl von Maßnahmen zu 2.2 – 2.5

- Die Elternkompetenz zu Bewegung wird gefördert, indem u.a. Familienbildungsangebote ausgebaut werden.

### **Ziel 3: Stressbewältigung**

Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert.

- 3.2 Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht (Kognition).
- 3.3 Die Motivation zur Aneignung und Nutzung von Bewältigungsstrategien ist erhöht (Motivation).
- 3.4 Vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder und Eltern sowie die Verarbeitungskompetenzen der Kinder sind gestärkt (Verhalten).
- 3.5.1 Möglichkeiten zur Stressreduktion in Familie und Freizeit sind gegeben.
- 3.5.2 Angebote zum Erlernen von prosozialem und stressbewältigendem Verhalten sind vorhanden.

Maßnahmen zu 3.2 – 3.5:

- a) Familie und Freizeit
  - Die Elternkompetenz zu Stress und Stressbewältigung und zu Kommunikations- und Konfliktbewältigungsstrategien wird gefördert.
  - Familienbildungsangebote werden ausgebaut.
- b) Kindertagesstätte
  - Verfahren zur Stressreduktion in der Kindertagesstätte sind bekannt und werden angewandt.
  - Die Themen Gesundheitsförderung, Stress und Stressbewältigung sowie Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien werden in den Lehrplänen und in der Erzieher(innen)aus-, weiter- und -fortbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt.
  - Integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder in der Kindertagesstätte liegen vor (um Krankheitsbewältigungs-Stress zu minimieren)
- c) Schule
  - In Schulen existieren ausreichend Entspannungsangebote und –räume
  - Die Themen Gesundheitsförderung, Stress und Stressbewältigung sowie Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien werden in der Lehrer(innen)aus-, -weiter- und -fortbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
  - Integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder werden entwickelt und umgesetzt (um Krankheitsbewältigungs-Stress zu minimieren)

**Ziel 4:** Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in Familie und Freizeit, in der Kindertagesstätte und in der Schule sind optimiert.

#### **a) Familie und Freizeit**

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen orientiert sich an den für ein gesundes Aufwachsen der Kinder erforderlichen Voraussetzung. Dazu ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller betroffenen Ministerien sicherzustellen. Dies gilt sowohl für die Bundes- als auch für die Landesebene.

Die Rahmenbedingungen für gesunde Kindheit sind so gestaltet, dass Kinder im Rahmen der durch die elterliche Erziehung gegebenen Spielräume über ihre Freizeit eigenverantwortlich und kreativ selbst entscheiden können. Spiel- und Bewegungsflächen sind ausreichend bereitgestellt.

Die Kooperation von ÖGD, Jugendhilfe, freien Trägern, niedergelassenen Ärzten, Sportvereinen, Geburtskliniken, Krankenhäuser o.Ä., Hebammen und anderen Unterstützungssystemen für Familien werden institutionalisiert, Sektorengrenzen werden abgebaut.

Es sind stadtteilbezogene, flächendeckende Strukturen zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern in Form aufsuchender, niedrigschwelliger Ansätze vorhanden.

Es werden haupt- und ehrenamtliche Kinder- und Jugendbetreuer(inne)n für integrative Angebote zu Ernährung, Bewegung, Stressregulation qualifiziert.

Es finden eine Aktivierung und Qualifizierung von Akteuren/Mitarbeiter(inne)n aus verschiedenen Kulturkreisen statt.

## **b) Kindertagesstätte**

Selbstbewusstsein und die Erfahrung des eigenen Wertes sind die Grundlage für Bildung. Deshalb baut die Bildung im Kindergarten nicht auf der Vermittlung von Wissen auf, sondern auf der Erfahrung und der Entwicklung der individuellen Persönlichkeit – im Kontext der Kindergruppe.

Die Basisqualifikation für Erzieher(innen) für die Themen der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Stressregulation) sind vorhanden.

Es existieren, flächendeckende, qualitätsgesicherte Fortbildungsmöglichkeiten für Erzieher(innen) zur Gesundheitsförderung, Psychomotorik, Kommunikation und Elternarbeit.

## **c) Schule**

Der Bildungsauftrag der Schule sollte ganzheitlich verstanden werden und folgende Merkmale umfassen:

- die Förderung der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen von Schülerinnen und Schülern,
- die möglichst gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebensraums Schule und
- die Motivation der in der Schule Verantwortlichen zur Kooperation mit anderen Akteuren, insbesondere auch Eltern, zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen im Umfeld der Schule.

Im Rahmen ihres Bildungsauftrags zur Gesundheitserziehung der Schülerinnen und Schüler sollten sich alle Bundesländer verpflichten,

- bislang getrennte fach- und projektbezogene Ansätze ... zu einem integrierten Gesundheitsförderungskonzept zusammenzuführen und dieses Konzept in die Lehrerbildung fächerübergreifend zu integrieren
- innerhalb der Schulentwicklung Gesundheitsförderung als wesentlichen Faktor zu Gestaltung von Schulen voranzutreiben und die notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen,
- im Rahmen der selbständigen Schulen Gesundheitsförderung als Basis für die schulische Qualitätsentwicklung festzuschreiben.

Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Schulen wird in die allgemeine Lehreraus-, Lehrerfort- und Lehrerweiterbildung aller Bundesländer als fester Bestandteil integriert.

Maßnahmen:

Auf- und Ausbau von Service- und Beratungsstrukturen zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung: Die (über-)regionalen Service- und Beratungsstrukturen verstehen sich als Unterstützungsagenturen für Schulen, Schulverwaltungen, Schulträger und schulbezogene Aktivitäten anderer Institutionen mit dem Ziel, Prozesse und Projekte einer gesundheitsförderlichen Schulentwicklung zu stärken. Aufgabenschwerpunkte sind insbesondere:

- Informations- und Kontaktstelle mit umfangreichen Materialdienst
- Vermittlung von Fachkontakten
- Aufbau (über-)regionaler Datenbanken mit Angeboten und Referent(in)en in der Region oder im jeweiligen Bundesland
- Entwicklung von geeigneten Modulen zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsansätzen in Schulen, insbesondere in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung
- Angebote zur schulinternen Lehrerfortbildung (z.B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, Schulklima, Gestaltung von Schulleben u.a.)
- Elternberatung (z.B. Gestaltung von Elternabenden, themenbezogene Workshops)
- Projektberatung (in den Schulen, für den Unterricht und die Elternarbeit)
- Impulsveranstaltungen (Konferenzen, Elternabende, Schulerprojekte, Fachtagungen etc.)
- Beratung und Vernetzung von Institutionen und Programmen (z.B. zur Sucht- und Gewaltprävention, Kooperation mit Schulbehörden, Wissenschaft, Beratungsstellen, Gesundheitswesen, externen Anbietern)



## **E: Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken**

**Ziel 1:** Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt (**Transparenz erhöhen**)

**Ziel 2:** Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar (**Kompetenz entwickeln**)

2.1 Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert; selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt

Maßnahmen 2.1.1:

- Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller kommunikativer und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen und Betrieben, u.a. durch BZgA, Krankenkassen, Ärzte und andere regionale unabhängige Transferstellen

Maßnahmen 2.1.2

- Differenzierung dieser Angebote nach Unterstützungsbedarf spezifischer Bevölkerungsgruppen wie Frauen, Männer, ältere Menschen, sozial Benachteiligte, behinderte Menschen, Migrant(inn)en

Die notwendigen Kompetenzen können in vier große Bereiche gegliedert werden:

- Umgang mit der eigenen Gesundheit, insbesondere mit Stress, gesund- und krankmachenden Einflüssen (z.B. Familie, Arbeitswelt, Umwelt), Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Extremsport) und Risikofaktoren
- Umgang mit Krankheit (ggf. inklusive medizinischer Fakten), Vorbereitung auf ihre Unvermeidlichkeit (einschließlich Sterben und Tod), individuelle Verarbeitung von Lebenskrisen
- Umgang mit dem Gesundheitswesen als Patient(in) – vom Funktionieren des Systems über die Transparenz der Leistungsqualität bis hin zu den individuellen Patientenrechten
- Mitwirkung im Gesundheitswesen, Kompetenzen zur Beteiligung an der Systemgestaltung – das sind vor allem kommunikative und soziale Kompetenzen (z.B. Rhetorik, Selbstbehauptung, Verhandlungsführung, Gruppenleitung)

Für alle vier Felder sind differenzierte curriculare Elemente zu entwickeln und in den verschiedenen genannten Institutionen zu implementieren. Dabei kann sicher auf etliche bereits vorhandene Elemente zurückgegriffen werden, die allerdings an den unterschiedlichsten Orten entwickelt wurden (z.B. Volkshochschulen, psychologische und soziologische Institute und Fakultäten, Einrichtungen der Selbsthilfe).

Umsetzung:

Bei der Umsetzung eines integrierten Gesamtkonzepts in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Erwachsene könnten die Volkshochschulen das Zentrum bilden, da sie bevölkerungsnah und einigermaßen flächendeckend verbreitet sind. Sie bedürfen allerdings der Ausfüllung des Konzepts durch diejenigen, die bereits Einzelelemente von Patientenschulungen entworfen und entwickelt haben (z.B. Krankenkassen, Kammern, Ärzteverbände, BZgA, Universitäten), sowie natürlich durch die Patient(inn)en selbst (z.B. durch ihr Schicksal als Betroffene kompetent gewordene Mitglieder von Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen).

Für die Umsetzung der Maßnahmen zur Patientenkompetenz wären zusätzliche Personalkapazitäten nötig, ferner Honorarmittel für die Zuarbeit seitens der Wissenschaft sowie der Patienten(vertreter) und schließlich für die Durchführung entsprechender Veranstaltungen. Institutionen wie BZgA, Krankenkassen und Ärzteverbände wären ebenfalls gefragt, einen Beitrag zu leisten.

2.2 Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitsbezogener Kompetenzen sind angeregt und erschlossen

Maßnahmen 2.2.1:

- Öffentliche Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen und –organisationen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene. Aufbau und Absicherung eines flächendeckenden Netzes örtlicher Selbsthilfekontaktstellen

2.3 Patientenorientierte Arbeitsweisen und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt.

Maßnahmen 2.3.2:

- Motivierung der Berufe und Institutionen des Gesundheitswesens zu einer noch stärker patientenorientierten Arbeitsweise durch Zertifizierung, Wettbewerbe, finanzielle Anreize und Erleichterung der Teilnahme an entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangeboten.
  - Verbindliche Einführung von zertifizierten Weiter- und Fortbildungsangeboten für alle Gesundheitsberufe
  - Kooperationsförderung zwischen den Gesundheitsbereichen durch bessere Verzahnung und Kooperationsmodelle sowie besseren Datenfluss
  - Unterstützung von gemeinsamen Fortbildungen, Arbeitskreisen und Diskussionsforen für Mitarbeiter(innen) aller Gesundheitsbereiche

Umsetzung durch: Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigung, Kultusministerien der Länder, niedergelassene Praxen, Krankenhäuser, Alternhieme, Pflegeeinrichtungen, Universitäten, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen

Maßnahmen 2.3.3:

- Ergänzung des Medizinstudiums und anderer Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen um Bestandteile wie „sprechende Medizin“, Beratungsschulung, Rolle der Selbsthilfe etc.
  - Stärkung der Kooperationsforschung in allen medizinischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Lehr- und Forschungseinrichtungen
  - Stärkere Betonung der kommunikativen Fähigkeiten in der pflegerischen Ausbildung, z.B. durch Teilnahme an Gesprächsgruppen und der Notwendigkeit der Kooperation mit anderen medizinischen und therapeutischen Disziplinen
  - Aufnahme von Selbsthilfeaspekten in die Curricula der Ausbildungsgänge Pädagogik, der Psychologie und der Sozialarbeit; Einbeziehung von Selbsthilfevertretern in die Ausgestaltung dieser Curricula.

Umsetzung durch: Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigung, Kultusministerien der Länder, niedergelassene Praxen, Krankenhäuser, Alternhieme, Pflegeeinrichtungen, Universitäten, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen

**Ziel 3:** Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut, die individuellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt (**Patientenrechte stärken**)

3.1 Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert

3.2 Die Verbesserung und bürgernahe Ausgestaltung der Patientenrechte ist realisiert

3.3 Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt und von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt; sie werden wirksam umgesetzt

**Ziel 4:** Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen (**Beschwerde-management verbessern**)

## **Ausblick: Allgemeine Würdigung**

Insgesamt ist der vorliegende Bericht zu Gesundheitszielen für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland positiv zu würdigen. Viele wichtige Aspekte, die sonst oft im Medizinsystem zu kurz kommen, sind bei den Gesundheitszielen berücksichtigt. Insbesondere zielen die Themenbereiche D „Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“ und E „Gesundheitliche Kompetenzen stärken“ auf eine nachhaltig bessere Gesundheitsqualität in der Bevölkerung.

Bei der Bestimmung der Gesundheitsziele wirkten viele Akteure mit, die das gesundheitliche Wohl der Bevölkerung im Auge haben und nicht nur eine Verfestigung des Medizinsystems. In den verschiedenen Arbeitsgruppen, die die einzelnen Ziele, Teilziele und Maßnahmen ausgearbeitet haben, wirkten leider wenig Psycholog(inn)en mit und kein Vertreter des BDP (was ich auch als eigenes Versagen betrachte).

Bei einigen Gesundheitszielen wird in der Festlegung von Teilzielen und Maßnahmen deutlich, dass es an psychologischem Know-how etwas gemangelt hat bzw. dass sie durch psychologisches Know-how noch besser bestimmt werden können.

Das Projekt der Gesundheitsziele ist eine wertvolle Ergänzung zu den Disease-Management Programmen (DMP); es bezieht sich auf die gleichen Erkrankungen wie die DMP, hebt aber die psychosozialen Aspekte für die Gesundheit deutlicher hervor. Es bietet auch eine gute Vorlage für die Arbeit im neu gegründeten Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere für die Thematik „Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendliche“.

## **Ausblick: Gesundheitspsychologische Aufgaben für PsychologInnen**

Die genannten Gesundheitsziele mit ihren Teilzielen und Maßnahmen beinhalten viele psychologisch relevante Aufgaben, in denen PsychologInnen, insbesondere GesundheitspsychologInnen, aktiv mitarbeiten können, und zwar als

- psychologische Institute,
- freiberufliche Praxiseinrichtungen,
- maßgebliche MitarbeiterInnen in Organisationen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens
- maßgebliche MitarbeiterInnen in entsprechenden Fachgesellschaften.

Aus den im Projekt beschlossenen Zielen und Maßnahmen lassen sich als psychologische Tätigkeitsfelder im Sinne der Gesundheitspsychologie und Klinischen Psychologie besonders hervorheben:

### **Brustkrebs**

- Aus-, Fort-, Weiterbildung und Trainingsmöglichkeiten für Gesundheitsberufe zur Verbesserung ihrer Kommunikationsfähigkeit mit Patienten, damit sie deren Selbstbestimmung und Selbstkompetenzen eher fördern statt mindern
- Psychosoziale und psychoonkologische Fortbildungen für Gesundheitsberufe
- Maßnahmen zur psychoonkologischen Diagnostik, Betreuung und Therapie in einem bundesweit flächendeckenden, Patientinnen bekannten Angebot an psychosozialer und psychoonkologischer Beratung und Betreuung mit sowie wird geschaffen bzw. gewährleistet.

### **Tabakkonsum**

- mehr Nichtrauchertrainings bei Krankenkassen und in Rehabilitationseinrichtungen

### **Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen**

- Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Eltern, Erzieherinnen und LehrerInnen zur Vermittlung von Stressbewältigungs-, Kommunikations- und Konfliktlösungs-Kompetenzen an Kinder und Jugendliche konzipieren, durchführen und evaluieren, auch mit dem erwünschten Nebeneffekt, die entsprechenden Kompetenzen bei den Eltern, ErzieherInnen und LehrerInnen selbst zu fördern
- die von PsychologInnen schon entwickelten Maßnahmen zur Förderung von Lebens-, Sozial- und Stressbewältigungs-Kompetenzen für Kinder und Jugendliche (vgl. [www.bdp-gus.de/gp/psy/gf-kj.htm](http://www.bdp-gus.de/gp/psy/gf-kj.htm)) stärker in Schulen, über Krankenkassen und Volkshochschulen zum Einsatz bringen
- schulpsychologische Service- und Beratungsstrukturen für gesundheitsfördernde Schulentwicklungen

### **Gesundheitliche Kompetenz**

- Maßnahmen zur Förderung von gesundheitlicher Selbstbestimmung und Selbstverantwortung für Gesundheits- und Krankheitsphasen konzipieren, durchführen und evaluieren
- mehr Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Organisationen und mehr Fortbildung bei Gesundheitsberufen zu Selbsthilfe-Möglichkeiten
- Aus-, Fort-, Weiterbildung und Trainings für Gesundheitsberufe für ihre Kommunikationskompetenzen mit Patienten, damit Patienten in ihrer Selbstbestimmung und Selbstkompetenz gestärkt werden