

Das Spannungsfeld von Gesundheitszielen im Föderalismus in Deutschland

Hintergrund

Der vorliegende Artikel basiert auf der im Jahr 2010 durchgeführten empirischen Erhebung der verfügbaren Informationen zu den Landesgesundheitszielen in Deutschland [28]. Unabhängig davon wurde zur gleichen Zeit eine Bestandsaufnahme in den 16 Bundesländern mit 13 Kategorien von der nationalen Internetplattform gesundheitsziele.de [16] durchgeführt. Die darauf basierenden Informationen sind seit April 2011 in einem sog. „Infopool-Gesundheitsziele der Länder“ online gestellt [19]. Damit gibt es zum ersten Mal seit der Veröffentlichung „Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes“ aus dem Jahr 2007 [13] wieder eine offizielle Gesamtdarstellung aller Ländergesundheitsziele.

Auf der Basis dieser zwei Erhebungen werden die Themen der Gesundheitsziele auf Länderebene zusammengeführt und die jeweiligen Zuständigkeiten und rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt. Dies erweist sich als schwierig, weil die Prozesse in den 16 Bundesländern sehr unterschiedlich gestaltet sind. Darüber hinaus stellt es eine besondere Herausforderung dar, zwischen Gesundheitszielen und deren Teilzielen, prioritären Handlungsfeldern und Querschnittsbereichen thematisch zu unterscheiden.

Methodisches Vorgehen

Eine Bestandsaufnahme der Ländergesundheitsziele erfolgte im Verlauf des Jahres 2010 auf der Basis der Veröffentlichung „Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes“ aus

dem Jahr 2007 [13]. Daran anknüpfend wurden Literaturrecherchen durchgeführt und länderspezifische Internetpräsenzen zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung auf das Thema Gesundheitsziele durchsucht. Mit diesen Informationen wurde für jedes Bundesland ein Datenblatt mit fünf Kategorien angelegt [28]. Im Fokus standen sowohl die jeweiligen Themenbereiche und Zielstellungen der 16 Bundesländer als auch die Akteure und die rechtliche Einordnung des Gesundheitszielprozesses. Die daraus resultierende Gesamtübersicht bildet die Grundlage der hier vorgelegten Bestandsaufnahme. Die Bereitstellung von Informationen im sog. „Infopool – Gesundheitsziele der Länder“ [19] im April 2011 hat uns dazu veranlasst, die eigenen Ergebnisse nochmals zu überprüfen und ggf. mit Hilfe der vorher nicht zugänglichen Informationen zu korrigieren. Es wurde deutlich, dass sich methodisch mehrere Schwierigkeiten ergeben.

Die 16 Bundesländer unterliegen einer sehr unterschiedlichen Dynamik im Gesundheitszielprozess, die in diesem Übersichtsartikel nicht detailliert vorgestellt werden kann. Zu der Verschiedenheit der Prozesse in den Bundesländern kommt hinzu, dass es trotz gleicher Themenstellung zahlreiche von einander abweichende Benennungen von Gesundheitszielen gibt wie prioritäre Handlungsfelder oder Querschnittsaufgaben. Bisher gibt es kein abgestimmtes methodisches Vorgehen der Länder bei der Kategorisierung und Themenfindung der Gesundheitsziele, wie es auf nationaler Ebene der Fall ist [17, 18]. Deshalb wird sich auf die jeweils übergreifend formulierten Zielstellungen

beschränkt. Die dahinter liegenden, als z. B. Teil- oder Unterziele bezeichneten, Prioritäten werden nicht berücksichtigt.

Gesundheitsziele in der internationalen Entwicklung

In den 1970er Jahren setzte sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits für die Entwicklung von Gesundheitszielen auf globaler Ebene ein [38]. Auf der Basis der Deklaration von Alma Ata aus dem Jahr 1978 wurden unter dem Leitmotiv „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ 38 Gesundheitsziele definiert, die im Jahr 1984 im Rahmen der WHO Regionalkonferenz Europa auch für die zwei deutschen Staaten ein stärkeres Gewicht bekamen. Mit dem „WHO-Rahmenkonzept Gesundheit 21“ wurde im Jahr 1998, ausgehend von den 38 internationalen Gesundheitszielen, 21 Gesundheitsziele für die europäische Region formuliert, die sich an den spezifischen gesundheitlichen Herausforderungen in Europa orientierten. Die Aktualisierung des Rahmenkonzepts im Jahr 2005 durch die WHO bewirkte eine Abkehr von der Priorisierung der regionalen Zielsetzungen zugunsten einer stärkeren Orientierung an den übergreifenden Millenniums-Entwicklungszielen der Vereinten Nationen [21]. Bis zum Jahr 2010 haben 41 von 53 Staaten der Region „WHO Europa“ ein auf Gesundheitszielen beruhendes Konzept entwickelt [33, 39, 40].

Gesundheitsziele auf nationaler Ebene

Im Jahr 2000 schlossen sich in Deutschland Leistungserbringer, Kostenträger, Politik und Verwaltung aus Bundes-, Landes- und Kommunalebene, Industrie, Wissenschaft und Verbänden unter dem „Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland gesundheitsziele.de“ zusammen. Die Geschäftsstelle wurde bei der GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. in Köln angesiedelt. gesundheitsziele.de wurde zur gemeinsamen Informations- und Kommunikationsplattform der nationalen Aktivitäten. Mit der Erarbeitung von gesundheitsbezogenen Zielsetzungen sollten präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen vernetzt und anhand eines gemeinsam geschaffenen Handlungsrahmens den dringendsten Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung entgegengewirkt werden [11, 12]. Nach dem Auslaufen des durch den Bund geförderten Modellprojekts Ende 2006 wurde auf finanziell breiterer Basis unter Einbeziehung der 16 Bundesländer im Jahr 2007 der neue „Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszielprozesses“ unter der bereits bestehenden Dachmarke „Forum Gesundheitsziele.de“ weitergeführt [8, 26, 27]. Der bis dahin weitestgehend staatlich geförderte Gesundheitszielprozess wurde dadurch in einen freiwilligen, von noch mehr verschiedenen Interessengruppen beeinflussten Prozess überführt. Die 79. Gesundheitsministerkonferenz bekräftigte den nationalen Gesundheitszielprozess durch einen gemeinsamen Beschluss im Jahr 2006. Weitere Informationen zur Entwicklung von gesundheitspolitischen Handlungsprogrammen auf nationaler Ebene vor dem Jahr 2000 gibt z. B. Rexin [35].

In Deutschland bestehen zurzeit sieben nationale Gesundheitsziele, die vier verschiedenen Zielbereichen zuzuordnen sind und die jeweils sieben Querschnittsanforderungen erfüllen sollen [14, 25, 27]. Im Folgenden sind jeweils das Gesundheitsziel, das Entstehungsjahr und der Zielbereich genannt:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh

- erkennen und behandeln (2003, Krankheitsbezug [6]),
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003/2011, Krankheitsbezug [22, 16], Teilziel neue Informationen zu Brustkrebs),
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006, Krankheitsbezug [4, 7]),
- Tabakkonsum reduzieren (2003, Prävention und Gesundheitsförderung [26, 29, 32]),
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz (2003: Stressbewältigung), Bewegung, Ernährung (2003/2010, Alters- und Bevölkerungsgruppen [1, 9, 30]),
- Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen, Patientensouveränität stärken (2003/2011, Bürger- und Patientenorientierung [16, 23, 24]),
- Gesund älter werden (2012, Alters- und Bevölkerungsgruppen [10]).

Die Patientensouveränität ist sowohl Zielbereich, Querschnittsanforderung als auch nationales Gesundheitsziel zugleich. Im Jahr 2008 stand die Entwicklung und Bearbeitung eines neuen Gesundheitsziels zur Debatte. Zur Zielbestimmung wurden die Themen „Chronische Rückenschmerzen“, „Herzinfarkt“, „Impfen“ und „Gesund älter werden“ fokussiert.

Nach einer Analyse der Bewertungskriterien wählte das Forum gesundheitsziele.de „Gesund älter werden“ als weiteres Gesundheitsziel für Deutschland [31]. Mittlerweile wurde die Entwicklung des Gesundheitsziels nach 3-jähriger, interdisziplinärer Arbeit abgeschlossen und mit Wirkung vom 29.03.2012 der Öffentlichkeit vorgestellt [10]. Im Jahr 2010 gaben 113 Institutionen und Organisationen eine gemeinsame Erklärung als Kooperationsverbund zur Unterstützung des nationalen Gesundheitszielprozesses ab [18]. Bemerkenswerterweise befinden sich hierunter nur eine Landesvereinigung für Gesundheit (Niedersachsen) und eine Landesgesundheitsbehörde (Nordrhein-Westfalen).

Gesundheitsziele der Länder

Ausgehend von internationalen bzw. globalen Entwicklungen von Gesundheits-

zielprogrammen gibt es Gesundheitsziele in Deutschland nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf Landes- und Kommunalebene. Gesundheitsziele der kommunalen Ebene, wie z. B. die der Hansestadt Greifswald [36] im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerkes oder das Delmenhorster Konzept „Safe Community“ [5], werden in der vorliegenden Publikation nicht weiter berücksichtigt, zumal eine bundesweite Erhebung kommunalbezogener Gesundheitsziele noch aussteht.

Auf Länderebene begann die Entwicklung von Gesundheitszielen in der ersten Hälfte der 1990er Jahre in Anlehnung an das 1991 aktualisierte WHO-Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Vorreiter waren hier Hamburg (1992) und Nordrhein-Westfalen (1994 [13]). Der Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Jahr 1999 [15] unterstützte nicht nur die länderbezogenen Gesundheitsziele für eine zukünftig zielorientiertere Gesundheitspolitik, sondern war auch der Startschuss für einen neuen Anlauf zur Entwicklung nationaler Gesundheitsziele, der bereits 1990 einmal gescheitert war [35].

Seit dem Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz sind über 10 Jahre vergangen und der Zielprozess auf Länderebene ist sehr unterschiedlich weit fortgeschritten. Während die Mehrheit der 16 Bundesländer sehr konkrete und gut untergliederte Gesundheitsziele sowie Strategien und Maßnahmen zu deren Operationalisierung verfolgt [19, 28], haben andere Bundesländer den gemeinsamen Beschluss der Gesundheitsminister von 1999 und 2006 nur unzureichend umgesetzt. Für die jeweiligen Landesgesundheitsziele gibt es keine übergeordnete, eigenständige Informations- und Kommunikationsplattform, die den gemeinsamen Austausch auch von Beispielen guter Praxis unter den Bundesländern darstellen und fördern könnte. Allerdings haben mittlerweile „zur Sichtbarmachung“ zwei Bund-Länder-Workshops in Dresden (2008) und Stuttgart (2010) stattgefunden [19]. Seit April 2011 befinden sich darüber hinaus in einem sog. „Infopool – Gesundheitsziele der Länder“ auf gesundheitsziele.de für jedes Bundesland Informationen zu dem jeweiligen Stand der Ländergesundheitsziele [19].

Folgende Ergebnisse hat die Analyse der Landesgesundheitsziele erbracht.

Themenbereiche

In allen 16 Bundesländern werden Gesundheitsziele bzw. prioritäre Handlungsfelder verfolgt (■ Tab. 1 und 2). Die 28 kategorisierten Themen (■ Tab. 1) reichen von Alkoholprävention bis Zahngesundheit. Davon kommen 15 Zielstellungen jeweils nur einmal verteilt auf 8 Bundesländer vor. Das krankheitsbezogene Gesundheitsziel „Bekämpfung von Krebserkrankungen“ ist in 7 Bundesländern aufgestellt. Die auf Alters- und Bevölkerungsgruppen bezogenen Zielstellungen zur Gesundheit älterer Menschen finden sich in 7, die zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in 9 Bundesländern als Gesundheitsziele wieder.

Unsere Synopse in ■ Tab. 1 bedarf folgender Erklärungen:

- es handelt sich nur um ein Zwischenergebnis, das unter anderem durch Neuentwicklungen und Maßnahmenfindungsprozesse in Baden-Württemberg [34], Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz charakterisiert ist.
- In den Teilzielen bzw. in den bevölkerungsbezogenen Gesundheitszielen werden bisweilen auch Zielstellungen der 28 kategorisierten Themenbereiche angesprochen, ohne dass die Bundesländer in ■ Tab. 1 dazu mit aufgeführt sind.
- Unter den hier 28 gebildeten Kategorien in den Bundesländern können sehr unterschiedliche Zielstellungen verfolgt werden, die teilweise auch als prioritäre Handlungsfelder charakterisiert sind. So lauten die Landesgesundheitsziele zu der Kategorie Krebserkrankungen [13, 19, 28]:
 - „Onkologie Vorsorge und Versorgung“ (BB, seit 2000),
 - „Krebserkrankungen: erfassen, auswerten und früh erkennen“ (HB, keine Angaben),
 - „Krebs bekämpfen“ (NW, seit 1994),
 - „Bekämpfung von Krebserkrankungen“ (RP, seit 1998),
 - „Brustkrebs – Früherkennung, Lebensqualität erhöhen, Mortalität vermindern“ (SL, seit 2004),

Präv Gesundheitsf 2012 DOI 10.1007/s11553-012-0351-4
© Springer-Verlag 2012

Jacqueline Thietz · Thomas Hartmann

Das Spannungsfeld von Gesundheitszielen im Föderalismus in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. In den letzten 20 Jahren sind erst im föderalen System dann auf Bundesebene systematisch Gesundheitsziele festgelegt worden. Der Gesundheitszielprozess in Deutschland zeichnet sich durch eine hohe Vielfalt an Themen, Akteuren, Strategien, Finanzierung, Umsetzung und deren Evaluation aus.

Ziel. Ziel ist die Darstellung der Gesundheitsziele in Deutschland auf Bundes- und Länderebene. Es wird ein Überblick zu den Landesgesundheitszielen nach Themen, Anzahl, Trägerschaft und rechtlichem Status und die Einordnung der Gesundheitsziele in die gesundheitspolitische Diskussion von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland gegeben.

Ergebnisse. Auf nationaler Ebene finden sich bislang sieben veröffentlichte Gesundheitsziele. Auf der Ebene der 16 Bundesländer konnten 28 Themenbereiche bei den Landesgesundheitszielen bzw. prioritären Hand-

lungsfeldern identifiziert werden. Am häufigsten vertreten sind die Themen „Krebserkrankungen“, „Gesundheit älterer Menschen“ sowie „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“.

Schlussfolgerungen. Die zentralen Vorgaben der sieben Bundesgesundheitsziele sollten trotz der Ausgestaltungsfreiheit der 16 Bundesländer zukünftig zu einer stärkeren Abstimmung führen. Eine verstärkte Kommunalisierung des Gesundheitszielprozesses ist anzustreben. Eine stärkere Verzahnung der nach SGB V § 20 Abs. 1 und 2 von den gesetzlichen Krankenkassen verausgabten Mittel mit dem Gesundheitszielprozess wäre abzustimmen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele · Gesundheitspolitik · Bundesländer · Länderanalyse · Gesundheitsförderung

The contradictory contexts of health targets in the Federal State of Germany

Abstract

Background. In the past 20 years, health targets have been systematically decided first within the federal government and then at the state level. The process of setting health targets in Germany is characterized by a wide variety of topics, stakeholders, strategies, financing and implementation as well as associated evaluation.

Purpose. Presentation of the health targets in Germany at the federal and state levels. Overview of the state health targets according to topic, number, funding body and legal status. Classification of health targets within the health policy discussion in relation to health promotion and disease prevention in Germany.

Results. To date seven health targets have been published at the federal level. At the level of the 16 states, 28 topic areas were

identified as state health targets or priority action areas and the most frequent topics were cancer, health of older people and health of children and adolescents.

Conclusions. The central guidelines of the seven federal health targets should lead to a reinforced coordination among the 16 federal states, despite their independent nature of governance. A stronger municipalization of the health target process should be pursued. Spending by the statutory health insurance funds, pursuant to the German Social Security Act V § 20 paragraphs 1 and 2, should be better integrated into the healthcare target process.

Keywords

Health targets · Health policy · Federal states · State analysis · Health promotion

- „Brustkrebs – Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ (SN, seit 2005),
- „Brustkrebs – Sterblichkeit vermindern, Lebensqualität erhöhen“ (TH, seit 2007).

Es stellt sich die Frage, wie die einzelnen Bundesländer zur Auswahl ihrer jeweiligen Gesundheitsziele kamen. Zwar gibt es die von der GVG entwickelten Kriterien für die Auswahl von Gesundheitszielen [17, 20], doch lässt sich aufgrund der

Tab. 1 Übersicht über die Themenbereiche (alphabetisch sortiert) der Gesundheitsziele der 16 Bundesländer nach Häufigkeit und Zielsetzung (Stand: September 2010 [28] ergänzt durch [19: Tabelle der Länder, Stand: März 2011])

Themenbereich	Häufigkeit	Bundesländer
Bürgernähe/Gesundheitsverantwortung	1	NW
Chronische Erkrankungen	1	RP
Erste Hilfe (für Schüler)	1	HBa
Forschung und Entwicklung	1	NW
Gesundheit Arbeitsloser	1	SN
Gesundheitsförderung und Prävention	1	NW
Gesundheitsinformationen	1	NW
Patientensouveränität	1	RP
Rückenleiden	1	NW
„Safe Region“, Sicheres Brandenburg	1	BB
Säuglingssterblichkeit	1	SH
Schlaganfall	1	RP
Selbsthilfe	1	RP
Stressbewältigung	1	MV
Zahngesundheit	1	ST
Alkoholprävention	2	BY ST
Ernährung und/oder Bewegung	2	BY MV ST
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2	NW SH
Impfen	2	ST SH
Diabetes mellitus	3	RP SH SN
Gesundheit von Arbeitnehmern/BGF	3	BY HH SH
Psychische Erkrankungen/Depressionen	3	BY NW TH
Sucht allgemein	3	BB NW TH
Versorgungsqualität und -formen	3	NW RP TH
Tabakprävention	5	BY HE SL SN ST
Krebserkrankungen	7	BB HB ^a NW RP SL SN TH
Gesundheit älterer Menschen	7	BB BY BE HH HE SN TH
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (allgemein und spezifisch)	9	BW BE BB HH HE MV NI SL SN

^aPrioritäres Handlungsfeld.
 BE Berlin, BB Brandenburg, BY Bayern, BW Baden-Württemberg, HB Bremen, HE Hessen, HH Hamburg,
 MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland Pfalz, SL Saarland,
 SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen.

Rechercheergebnisse vermuten, dass auf Länderebene in der Regel keine umfassenden Voruntersuchungen durchgeführt wurden, welche die Entscheidung für oder gegen die Zielbereiche begründen. Rückblickend sei darauf hingewiesen, dass Gesundheitsziele in Deutschland bereits propagiert wurden, bevor eine umfassende Gesundheitsberichterstattung (GBE) die entsprechenden Daten dazu liefern konnte. Deshalb wird es in Zukunft verstärkt darauf ankommen, den Gesundheitszielprozess und die GBE stärker miteinander zu verknüpfen ([19]: 2. Bund-Länder-Workshop 2010).

Teilweise gestaltet es sich in ausgewählten Bundesländern bereits generell als schwierig den Gesundheitszielprozess aufzuzeigen und die spezifischen Ziele und deren Umsetzung herauszuarbeiten. Der Zugang zu dem vielfältigen Datenmaterial wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch durch die eingangs erwähnte Veröffentlichung der GVG über den Sachstand des Zielprozesses und der prioritären Handlungsfelder im Jahr 2010 erleichtert [19]. Aktuell hat die AG Standortfaktor Gesundheit i. A. der Landesregierung Baden-Württemberg zur Unterstützung der Gesundheitsstrategie einen umfang-

reichen Bericht zur Entwicklung neuer Landesgesundheitsziele vorgelegt [34].

Erfahrungszeitraum

In den 16 Bundesländern sind der Erfahrungszeitraum und der Entstehungsprozess der Gesundheitsziele sehr unterschiedlich. Erste Erfahrungen liegen seit 1992 in Hamburg [13] und seit 1994 in Nordrhein-Westfalen [13, 37] vor (■ Tab. 2). Zuletzt veröffentlichten die Bundesländer Baden-Württemberg (2006), Berlin (2005) sowie Bayern, Sachsen und Thüringen (jeweils 2004) Landesgesundheitsziele. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass es in den jeweiligen Bundesländern verschiedene Anläufe auch im Vorfeld der in ■ Tab. 2 ausgewiesenen Jahreszahlen gegeben haben kann, wie z. B. die 1996 aus wissenschaftlicher Perspektive für Berlin entwickelten aber nicht umgesetzten Gesundheitsziele [3].

Anzahl und Abstufung

Die Heterogenität in der Themensetzung der Gesundheitsziele in den 16 Bundesländern (■ Tab. 1) setzt sich in der jeweiligen Anzahl und Abstufung der Gesundheitsziele fort. So gibt es ein Bundesland mit zehn Gesundheitszielen, eins mit 7 und 2 mit 6 Zielen, 4 Bundesländer mit 5 Zielen, eines mit 4 Zielen, 5 mit 3 Gesundheitszielen und Berlin mit 2 Oberzielen. In Baden-Württemberg ist ein Ziel gesetzt. Unabhängig von dem jeweiligen Entwicklungsstand in den 16 Bundesländern ist eine gemeinsame Systematik nicht erkennbar. Offensichtlich definiert jedes Bundesland für sich selbst [19], welcher Bereich unter der jeweiligen Kategorie Gesundheitsziele, Leit-, Ober-, Unter- und Teilziele, prioritäre Handlungsfelder, Maßnahmen oder Aktionen einzuordnen ist.

Trägerschaft

Die Trägerschaft des jeweiligen Gesundheitszielprozesses variiert zwischen den 16 Bundesländern und liegt zumeist bei den für Gesundheit zuständigen Landesministerien. In 7 Bundesländern ist den Landesvereinigungen für Gesundheit ein mehr oder minder großer Anteil an dem Projektmanagement übertragen worden.

Tab. 2 Angaben zum Gesundheitszielprozess in den 16 Bundesländern (alphabetisch sortiert, bzw. nach Beginn, Anzahl, Abstufung, Trägerschaft, rechtlicher Status des Gesundheitszielprozesses (Stand: September 2010 [28] ergänzt durch [19: Tabelle der Länder, Stand: März 2011])

BL	Beginn des Gesundheitszielprozesses	Anzahl und Abstufung der Gesundheitsziele	Trägerschaft*	Rechtlicher Status des Gesundheitszielprozesses
BW	2006	1 Ziel Neuentwicklung im Rahmen der Gesundheitsstrategie	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (Geschäftsstelle); Regierungspräsidium Stuttgart Abt. Landesgesundheitsamt BW (Koordinierungsstelle)	Keiner, politische Selbstverpflichtung durch Einbindung in die Landesgesundheitsstrategie
BY	2004	6 Ziele	Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Geschäftsstelle)	Keiner, gesundheitspolitisches Konzept
BE	2005	2 Oberziele	Gesundheit Berlin-Brandenburg; Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst [7/2006]
BB	2000	5 Ziele	Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst [4/2008]
HB	keine Angaben	3 prioritäre Handlungsfelder	Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen; diverse Kooperationspartner	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst [8/2009]
HH	1992	3 Ziele (2008–2012) Neujustierung	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Geschäftsstelle); diverse Kooperationspartner	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst [7/2001]
HE	keine Angaben	3 Ziele im Maßnahmefindungsprozess	Hessisches Sozialministerium	Keiner
MV	2003	4 Ziele	Ministerium für Soziales und Gesundheit; Landesvereinigung für Gesundheitsförderung	Keiner, Selbstverpflichtung der Akteure im Rahmen des Landesaktionsplans für Gesundheitsförderung und Prävention
NI	1998	3 Ziele	Keine gesonderte Organisationsstruktur, wesentliche Unterstützung durch Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration; Niedersächsische Landesamt für Gesundheit; Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin	Keiner
NW	1994	10 Ziele (2005–2010)	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Geschäftsstelle); Landeszentrum Gesundheit (Landesgesundheitskonferenzen)	Indirekt durch die gesetzlich etablierte Landesgesundheitskonferenz, zu deren Aufgabenfeld die Gesundheitsziele gehören
RP	1998	7 Ziele Neuorientierung	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie; Landeszentrale für Gesundheitsförderung	Keiner
SL	keine Angaben	3 Ziele	Themenspezifische Bündnisse und Arbeitsgruppen	Keiner
SN	2004	6 Ziele	Sächsisches Staatsministerium (intern); Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (extern)	Keiner, Bestandteil der Koalitionsverträge 2004 und 2009
ST	1997	5 Ziele	Ministerium für Arbeit und Soziales (Strategie); Landesvereinigung für Gesundheit (Projektmanagement)	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst [1/1998]
SH	2000	5 Ziele	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst [1/2003]
TH	2004	5 Ziele (2007)	Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (konzeptionell und organisatorisch); Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (Geschäftsführung)	Keiner

*Namensgebung der Träger (Stand: Mai 2012).

BL: Bundesland, BE: Berlin, BB: Brandenburg, BY: Bayern, BW: Baden-Württemberg, HB: Bremen, HE: Hessen, HH: Hamburg, MV: Mecklenburg-Vorpommern, NI: Niedersachsen, NW: Nordrhein-Westfalen, RP: Rheinland Pfalz, SL: Saarland, SN: Sachsen, ST: Sachsen-Anhalt, SH: Schleswig-Holstein, TH: Thüringen.

In Bayern und Baden-Württemberg ist der öffentliche Gesundheitsdienst federführend für den Gesundheitszielprozess (■ Tab. 2).

Rechtlicher Status

Einen direkten gesetzlichen Auftrag für die Initiierung und Umsetzung der Gesundheitsziele auf Bundesebene gibt es nicht. Laut dem Kooperationsverbund gesundheitsziele.de werden diese lediglich als verpflichtende, verbindliche Vereinbarungen zwischen den beteiligten Akteuren definiert und verstanden [16].

In Deutschland verfügen alle 16 Bundesländer über Gesundheitsdienstgesetze bzw. ein Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Allen Landesgesundheitsdienstgesetzen ist gemeinsam, dass sie, wenn auch in unterschiedlichem Umfang, klare Regelungen bzgl. Prävention und Gesundheitsförderung oder zumindest einen oder mehrere entsprechende Paragraphen beinhalten, in denen die Durchführung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen vorgeschrieben wird. Jedoch werden lediglich in Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein Gesundheitsziele bzw. gesundheitsbezogene Zielsetzungen konkret im Gesetz erwähnt. Eine indirekte Orientierung an Gesundheitszielen findet sich in Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen (■ Tab. 2).

Diskussion

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme der Gesundheitsziele in den 16 Bundesländern zeichnen ein sehr heterogenes Bild, und zwar bzgl. aller hier gewählten Kategorien. Dies kann auf vielfältige Faktoren zurückgeführt werden. Die Entstehungsgeschichte des Gesundheitszielprozesses in den einzelnen Bundesländern ist bereits so komplex [13, 19, 28], dass in der Diskussion der Ergebnisse nur diejenigen Aspekte aufgegriffen werden, die für die zukünftige Entwicklung der Landesgesundheitsziele von besonderer Bedeutung sind.

Beziehung zu den nationalen Gesundheitszielen

Ursprünglich hat die internationale Entwicklung in den 1990er Jahren zunächst einige Bundesländer zur Entwicklung von Gesundheitszielen veranlasst, während auf Bundesebene dies politisch noch nicht durchsetzbar war. Durch den im Jahr 2000 angestoßenen nationalen Gesundheitszielprozess wäre eine enge Abstimmung zwischen den Zielprozessen auf Bundes- und auf Länderebene sinnvoll gewesen. Dies ist trotz zahlreicher, wechselseitiger Schnittstellen bis Ende 2011 nicht erfolgt. Selbst ein so unbestritten wichtiges Bundesgesundheitsziel wie „Gesund aufwachsen“ erhielt 2010 durch die 83. Gesundheitsministerkonferenz nur einen empfehlenden Charakter [9: S. 66]. Trotzdem zeichnet sich ein Trend ab, dass die beiden Bundesgesundheitsziele in Bezug auf die Alters- und Bevölkerungsgruppen verstärkt auf Länderebene wirksam werden (■ Tab. 1; [10: S. 156–161]).

Die sehr weit gesteckten Zielstellungen „Gesund leben“ für Kinder und Jugendliche bzw. ältere Menschen bergen das Risiko in sich, dass die Klammer zwischen Bundes- und Landesgesundheitszielen zu neuen Unverbindlichkeiten führt. Ein Mittelweg zwischen zentraler Vorgabe und föderaler Ausgestaltungsfreiheit wäre hier die Abstimmung von einem gemeinsam getragenen Kanon prioritärer Oberziele. Die Schwerpunktsetzung der jeweiligen Unter- bzw. Teilziele bliebe dann den 16 Bundesländern überlassen.

Bei der Auflistung der Gesundheitsziele auf Bundes- und Länderebene fällt des Weiteren auf, dass relevante Themenbereiche aus dem Public Health-Bereich nicht vertreten sind, die eigentlich in den Gesundheitszielprozess integriert werden müssten. So fehlen umweltbezogene Gesundheitsziele (z. B. zu Schadstoff- oder Lärmbelastungen) und Gesundheitsziele zum Bevölkerungsschutz (z. B. zum Schutz und der Sicherstellung medizinischer Infrastrukturen im Katastrophenfall, zur Stärkung des Vorsorge-, Schutz- und Selbsthilfeverhaltens der Bevölkerung bezogen auf Notfallereignisse oder zur Lebensmittelsicherheit [2]).

Beziehung zu den Handlungsprogrammen

In den zurückliegenden 10 Jahren wurden in Deutschland von der Bundesregierung (z. B. Strategie zur Förderung der Kindergesundheit) und den Bundesministerien (z. B. Frühe Hilfen, Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit) im Rahmen von Modellprojekten fast 20 Handlungsprogramme aufgelegt (zuletzt INFORM Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung). Die Handlungsprogramme sind in der Regel weder mit den Bundes- noch mit den Landesgesundheitszielen abgestimmt. Es entstehen dadurch nicht nur vielfältige parallele Strukturen, sondern laufend neue, so nicht ausdrücklich benannte Gesundheitsziele, die sogar in Konkurrenz zum jeweiligen Gesundheitszielprozess treten können. Die derzeitige Bundesregierung favorisiert die Gründung von nationalen Zentren der Gesundheitsforschung für Volkskrankheiten, wie z. B. zur Krebsforschung unter Einschluss der Prävention. Dahingehend bereits entwickelte Gesundheitsziele und die darauf beruhenden Erfahrungen sollten in die Präventionsarbeit der Zentren integriert werden.

Rechtliche Einordnung

Die 16 Bundesländer sind im Rahmen des Artikels 74 GG verantwortlich für Gesundheit und organisieren dafür die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen. Trotz gemeinsamer Beschlusslage der Gesundheitsminister der Länder im Jahr 1999 [15], haben die meisten Bundesländer es bisher versäumt den Gesundheitszielprozess in den jeweiligen Gesundheitsdienstgesetzen verbindlich festzuschreiben. So haben es auch die einstimmig gefassten Erklärungen der Gesundheitsministerkonferenzen nicht verhindern können, dass ein Wechsel der Landesregierungen oder der verantwortlichen Ministerinnen oder Minister bzw. der nachgeordneten Administration immer wieder zum Stillstand des Gesundheitszielprozesses in den einzelnen Bundesländern geführt hat. Eine kontinuierliche Prozessführung wird auch dadurch sehr erschwert, dass durch die öffentliche Hand immer weniger notwendige Mittel

11. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg) (2003) Bericht: gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Berlin
12. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (Hrsg) (2005) gesundheitsziele.de – Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Schriftenreihe der GVG Bd 45. Akademische Verlagsgesellschaft AKA, Berlin
13. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (Hrsg) (2007) Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes. Schriftenreihe der GVG Bd 55. nanos, Bonn
14. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (Hrsg) (2010) Dokumentation der Tagung: Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen – europäische Erfahrungen und Perspektiven“ am 25.01.10 in Berlin. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln
15. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (1999) Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 9./10.06.1999 zum Thema Ziele für die Gesundheitspolitik
16. gesundheitsziele.de (2010a) Website des Forum Gesundheitsziele Deutschland. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung. Zugriffen: 08.01.2012
17. gesundheitsziele.de (2010b) Evaluationskonzept: Empfehlungen des Evaluationsbeirates zur Quantifizierung von Gesundheitszielen. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln
18. gesundheitsziele.de (2010c) Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszielprozesses. 14.12.2012. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln
19. gesundheitsziele.de (2011) Infopool der Länder. Zugriffen: 20.04.2011
20. gesundheitsziele.de (o J) Handbuch – Ziele auswählen, entwickeln und evaluieren – zentrale Konzepte von gesundheitsziele.de. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln
21. Herrmann S (2010) Definition und Umsetzung von Gesundheitszielen. Die Erfahrungen des WHO Regionalbüros für Europa. Präsentation anlässlich der Veranstaltung „Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen – europäische Erfahrungen und Perspektiven“ am 25.01.10 in Berlin
22. Herz E (2003) Gesundheitsziel Brustkrebs: Sterblichkeit senken, Lebensqualität erhöhen. Bundesgesundheitsbl 46:144–149
23. Hölling G, Brasselt U (2003) Gesundheitsziele zur Stärkung der gesundheitlichen Kompetenzen von Bürgern und Patienten. Bundesgesundheitsbl 46:128–129
24. Horch K et al (2009) Ansätze zur Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)en-souveränität stärken. Bundesgesundheitsbl 52:889–896
25. Klärs G, Hess R (2010) Neun Jahre gesundheitsziele.de – Bilanzierung, Sachstand, Perspektiven. Die BKK 98(1):40–47
26. Klärs G, Krämer T (2010) Aktivitäten der Akteure im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de zum nationalen Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“. Bundesgesundheitsbl 53:103–107
27. Klus H, Angele S, Mennicken R (2007) Forum gesundheitsziele.de – Gesundheitsziele auf Bundesebene. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (Hrsg) Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes. Schriftenreihe der GVG Bd 55. nanos, Bonn, S 167–179
28. Kopitzki J (2010) Gesundheitsziele in Deutschland. Eine Analyse über Effektivität und Implementierung auf Bundes- und Länderebene. Blauer Punkt Verlag, Magdeburg
29. Kröger C et al (2010) Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. Bundesgesundheitsbl 53:91–102
30. Lampert T et al (2009) Entwicklung und Evaluation der nationalen Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsbl 52:905–918
31. Maschewsky-Schneider U et al (2009) gesundheitsziele.de. Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland. Bundesgesundheitsbl 52:764–774
32. Maschewsky-Schneider U et al (2006) Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. Bundesgesundheitsbl 49:1155–1161
33. Michelsen K, Brand H (2010) Quantifizierte Gesundheitsziele: Den Kinderschuhen entwachsen? Erfahrungen und Diskussionen außerhalb Deutschlands. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (Hrsg) EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich: Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Schriftenreihe der GVG Bd 64. nanos, Bonn, S 141–159
34. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2011) Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“. AG Standortfaktor Gesundheit. Gesundheitsforum Baden-Württemberg
35. Rexin R (2007) Wegweiser für die Gesundheitspolitik. Gesundh Ges 10(9):28–33
36. Thonak J, Böhme K (2010) Kommunale Prävention. Gesundheitsziele bürgernah erarbeiten. Deutsches Ärzteblatt 107:A1452–A1453
37. Wehrauch B (2003) Gesundheitsziele – Das Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen. Bundesgesundheitsbl 46:114–119
38. Wismar M (2003) Gesundheitsziele in internationaler Perspektive. Bundesgesundheitsbl 46:105–108
39. Wismar M (2010) Gesundheitsziele in Europa: Ein Überblick. Präsentation anlässlich der Veranstaltung „Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen – europäische Erfahrungen und Perspektiven“ am 25.01.10 in Berlin
40. Wismar M et al (Hrsg) (2008) Health targets in Europe. Learning from experience. European Observatory Studies on Health Systems and Policy. Series No. 13. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen