

Bundesgesundheitsbl 2009 · 52:764–774
 DOI 10.1007/s00103-009-0870-0
 Online publiziert: 14. Juni 2009
 © Springer-Verlag 2009

U. Maschewsky-Schneider¹ · G. Klärs² · L. Ryl³ · D. Sewöster⁴ · A. Starker³ · A.-C. Saß³

¹ Berlin School of Public Health an der Charité, Berlin

² Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln

³ Robert Koch-Institut, Berlin

⁴ Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

gesundheitsziele.de

Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels in Deutschland

gesundheitsziele.de geht auf einen Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) Ende der 1990er-Jahre zurück, mit dem sich die GMK dafür ausspricht, die Gesundheitspolitik zielorientierter auszurichten. Seit dem Jahr 2000 werden durch das Forum *gesundheitsziele.de* auf nationaler Ebene Gesundheitsziele entwickelt. Als Gesundheitsziele gelten verbindliche Vereinbarungen der Akteure des Gesundheitswesens [1]. Durch gemeinsames Handeln im Hinblick auf vereinbarte Ziele soll die Gesundheit der Bevölkerung erhalten und verbessert werden. Aufgrund des pluralistisch gegliederten deutschen Gesundheitswesens, in dem unterschiedliche Akteure Leistungen erbringen und verschiedenste Kosten- und Entscheidungsträger die Verantwortung für die Gestaltung des Gesundheitswesens und der Versorgungsstrukturen tragen, sind Vereinbarungen zu Priorisierungen im Gesundheitswesen essenziell.

Gesundheitsziele sollen daher das Handeln der Akteure im Gesundheitswesen wirkungsvoller machen. Sie "... sind ein ergänzendes Steuerungsinstrument, das zur Zielorientierung und damit zur Qualität der Versorgung und zur Optimierung des wirtschaftlichen Einsatzes von Ressourcen beiträgt" ([1], Seite 3). Gesundheitsziele haben vorausschauenden Charakter, indem sie Handlungsstrategien für heute benennen, um die Gesundheit der Bevölkerung auch in der Zukunft zu sichern.

Sie fokussieren auf Handlungsbereiche, in denen ein besonderer Versorgungsbedarf gegeben ist, sie setzen an möglichen strukturellen Defiziten an, benennen den Veränderungsbedarf und geben konkrete Ziele vor. Den Beteiligten geben sie eine Orientierung für ihre Arbeit. Sie beruhen einerseits auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind gleichzeitig pragmatisch und konsensbasiert. Zwar haben die Ziele nur empfehlenden, das heißt keinen bindenden Charakter, da sie jedoch in einem gemeinsamen Prozess entstanden sind, in dem die Akteure Prioritäten und Interessen einbringen konnten, haben sie eine große Chance auf Umsetzung und Verwirklichung.

Gesundheitsziele können sich auf alle Versorgungsbereiche beziehen: Prävention und Gesundheitsförderung, Früherkennung, Diagnostik, Therapie, ambulante und stationäre Versorgung, Rehabilitation und Pflege. Bei der Zielbestimmung werden die Prinzipien von Gender Mainstreaming, gesundheitlicher Chancengleichheit, Bürger(innen)- und Patient(inn)enbeteiligung, Prävention, Evidenzbasierung, sektoraler Verzahnung und Integration berücksichtigt.

Sechs Zielbereiche wurden bislang entwickelt [2, 3]:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,

3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln.

Für drei Zielbereiche liegen Evaluationskonzepte [4] vor: Tabakkonsum reduzieren [5], gesundheitliche Kompetenz erhöhen, depressive Erkrankungen (siehe: <http://www.gesundheitsziele.de>).

Die Organisationsstruktur von *gesundheitsziele.de* umfasst den Ausschuss, der über das grundlegende Vorgehen entscheidet, den Steuerungskreis, der Empfehlungen hinsichtlich grundsätzlicher Ausrichtung und Organisation des nationalen Gesundheitszieleprozesses gibt, sowie den Evaluationsbeirat, der Konzepte zur Evaluierung einzelner Gesundheitsziele und des Gesamtprozesses erarbeitet. Die Ziele werden in Arbeitsgruppen, die mit Experten und Expertinnen des jeweiligen Zielbereichs besetzt sind, erarbeitet.

Im Gesundheitszieleprozess in Deutschland haben sich mehr als 70 Organisationen des Gesundheitswesens zusammgefunden. Als relevante Akteure sind Kostenträger, Leistungserbringer, Politik (Bund, Länder, Kommunen), Verbände, Patient(inn)en- und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaft und Industrie aktiv am Prozess beteiligt. Finanzi-

ell wird der Prozess seit 2007 im Kooperationsverbund von Kassen, Rentenversicherung, Ärzteorganisationen und Industrie getragen; das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert den Prozess über Projekte, die Bundesländer flankieren ihn durch länderspezifische Zieleprozesse und regionale Maßnahmen. Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) hat die Koordination inne.

Auswahl von Zielthemen

Der Kooperationsverbund wählt Gesundheitsziele exemplarisch aus und legt dieser Auswahl transparente Verfahren und begründbare Kriterien zugrunde. Die Gestaltung dieser Verfahren und die Auswahl der Kriterien orientieren sich an Priorisierungsverfahren im In- und Ausland [6]. Im Jahre 2008 sollte ein neues Gesundheitsziel zur Entwicklung und Bearbeitung ausgewählt werden. Dazu standen zum einen Zielbereiche, die in der ersten Runde nicht berücksichtigt werden konnten, zur Disposition als auch neue Zielbereiche, die aus Sicht der Beteiligten eine hohe gesundheitspolitische Priorität besitzen. In dieser Phase der pragmatischen Zielbestimmung wurden die Zielbereiche Chronische Rückenschmerzen, Herzinfarkt, Impfen und Gesund älter werden ausgewählt. Aus diesen erfolgte eine Auswahl nach zwölf Bewertungskriterien, die neben wissenschaftlichen Kriterien und Querschnittsanforderungen (insbesondere zur Chancengleichheit) auch politische beziehungsweise umsetzungs- und implementierungsbezogene Kriterien (Machbarkeit) beinhalten.

Die Kriterienanalyse umfasst folgende Dimensionen und Indikatoren, die – soweit Daten vorhanden – im zeitlichen Trend dargestellt werden:

1. Schweregrad – 1. Das Gesundheitsproblem verursacht eine hohe Mortalität (Sterbefälle, vorzeitige Sterblichkeit).
2. Schweregrad – 2. Das Gesundheitsproblem verursacht eine hohe bevölkerungsbezogene Krankheitslast (Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Rehabilitation).
3. Verbreitung. Das Gesundheitsproblem ist in der Bevölkerung weit verbreitet (Morbiditätsraten, Präva-

Bundesgesundheitsbl 2009 · 52:764–774 DOI 10.1007/s00103-009-0870-0
© Springer-Verlag 2009

U. Maschewsky-Schneider · G. Klärs · L. Ryl · D. Sewöster · A. Starker · A.-C. Saß *gesundheitsziele.de*. Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels in Deutschland

Zusammenfassung

Das Forum Gesundheitsziele Deutschland (*gesundheitsziele.de*) hat im Jahr 2008 „Gesund älter werden“ als ein weiteres Gesundheitsziel für Deutschland ausgewählt. Daneben standen die Zielbereiche chronische Rückenschmerzen, Herzinfarkt und Impfen zur Diskussion. Im vorliegenden Beitrag wird die Kriterienanalyse zur Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für alle vier Zielbereiche vorgestellt. Diese umfasst die folgenden Aspekte: Mortalität, Morbidität, Verbreitung und Krankheitslast, volkswirtschaftliche Relevanz,

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

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele · Alter · Chronischer Rückenschmerz · Impfen · Myokardinfarkt

gesundheitsziele.de. Results of criteria analysis to select a new health target in Germany

Abstract

In 2008 the forum *gesundheitsziele.de* selected „Healthy aging“ as a new health target. Besides „Healthy aging“ three other targets were considered: chronic back pain, myocardial infarction, and vaccination. This paper describes the selection process for all four health targets which followed several criteria: mortality, morbidity, prevalence, burden of disease, economic impact, potential for im-

provement, equity in health, empowerment of and priorities in the population. The analysis particularly focused on assessment of feasibility and readiness of stakeholders to participate in the development and implementation of the health target.

Keywords

Health targets · Aging · Chronic back pain · Vaccination · Myocardial infarction

lenz, Verbreitung von Risikofaktoren in der Bevölkerung, funktionelle Einschränkungen, Pflegebedarf).

4. Verbesserungspotenzial. Es bestehen ein hoher Bedarf, aber auch hohe Chancen zur Verbesserung des Problems (Struktur-/Versorgungsdefizite beziehungsweise -bedarf, Präventionsbedarf, neue Finanzierungsmöglichkeiten im System; neue wissenschaftliche Erkenntnisse und/oder neue theoretische Modelle zur Implementation in der Versorgung sind vorhanden, zum Beispiel biopsychosoziales Modell, Erkenntnisse zu beeinflussbaren Risiken, neue Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention, Therapie und Versorgung).
5. Volkswirtschaftliche Relevanz. Das Gesundheitsproblem ist mit hohen Kosten verbunden, die durch zielbezogene Maßnahmen verringert werden können (direkte und indirekte Kosten, insbesondere verlorene Erwerbstätigkeitsjahre).
6. Ethische Aspekte. Es liegen keine ethischen Bedenken gegen das Gesundheitsziel vor; das Gesundheitsziel hat aus ethischer Perspektive eine besonders hohe Relevanz.
7. Chancengleichheit. Das Ziel leistet einen Beitrag zum Ausgleich sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung (Geschlecht, soziale Lage, Alter, Migration).
8. Priorität aus Sicht der Bevölkerung. Das Gesundheitsproblem ist aus Sicht der Bevölkerung und der Politik von hoher Priorität.
9. Messbarkeit. Erfolge bei der Zielerreichung lassen sich wissenschaftlich messen (Messbarkeit der Zielindikatoren, Messbarkeit der geleisteten Interventionen, Verfügbarkeit von Daten im zeitlichen Trend).
10. Machbarkeit – 1. Instrumente und Verfahren zur Umsetzung des Ziels sind vorhanden.
11. Machbarkeit – 2. Akteure, die die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen umsetzen können und wollen, sind bereit.
12. Beteiligungsmöglichkeit von Bürger(inne)n und Patient(inn)en (strukturell, individuell).

Ein Großteil dieser Kriterien dient nicht allein der Selektion von Gesundheitszielen, sondern auch der Transparenz der Diskussion und des Auswahlprozesses. Die Erkenntnisse zu den Kriterien 1–9 und 12 werden auf wissenschaftlicher Grundlage dargestellt. Die entscheidenden Kriterien sind die Machbarkeitskriterien 10 und 11. Sie werden in einem Meinungsbildungsprozess unter den Mitgliedern von *gesundheitsziele.de* gewonnen. Im Auswahlprozess werden die Mitglieder nach ihrer Einschätzung zur Machbarkeit des entsprechenden Gesundheitsziels befragt. Diese bezieht sich auf folgende Aspekte: Vorarbeiten bestehen, beziehungsweise das Thema wird bei den Akteuren bereits bearbeitet, Instrumente zur Umsetzung sind bekannt, es besteht die Bereitschaft der Mitglieder, sich an der Entwicklung und/oder an der Umsetzung des Gesundheitsziels zu beteiligen. Zeigt das Ergebnis der Machbarkeitsstudie, dass entweder Zweifel an der Verfügbarkeit von Instrumenten bestehen oder aber die Akteure zum Befragungszeitpunkt kein Interesse an dem genannten Zielthema bekunden, so kann es nicht als tauglich für die Auswahl und Implementierung angesehen werden.

Ergebnisse

Chronische Rückenschmerzen/Dorsopathien

Vorbemerkung

Dorsopathien (Rückenleiden) bezeichnen eine Gruppe unterschiedlicher Krankheiten, die Knochen, Gelenke, Bindegewebe, Muskeln und Nerven des Rückens betreffen können und sich im Allgemeinen in Rückenschmerzen äußern. In der Systematik der ICD 10 fallen sie in Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes“ (M00–99) unter die Gliederungen M43 (Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens), M45–M49 (Spondylopathien) und M50–M54 (Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens). Die vorliegende Kriterienanalyse erfolgt für die „Spondylopathien“ und die „Sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“, da spezifizierte Daten meist für die Diagnosegruppen M45–M54 vorliegen.

Mortalität, bevölkerungsbezogene Krankheitslast und Verbreitung

Der Indikator Mortalität ist bei chronischen Rückenschmerzen zu vernachlässigen. Die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes weist 0,3 Sterbefälle je 100.000 Einwohner für das Jahr 2006 aus [7].

Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit (AU) erwerbstätiger Versicherter bei „Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes“ wird in den Gesundheitsberichten der Krankenkassen in unterschiedlichem Differenzierungsgrad ausgewiesen. Laut AOK-Fehlzeitenreport entfielen 17,7% der AU-Fälle und 2,4% aller AU-Tage des Jahres 2005 auf Krankheiten des Muskel-Skelettsystems [8]. Der DAK-Report für 2002 berichtete über durchschnittlich 15,5 AU-Tage bei Männern und 16,8 AU-Tage bei Frauen (M45–M54) [9], der BKK-Report für 2006 über 21,2 AU-Tage für M40–49 und 17,0 AU-Tage für M50–54 bei Männern und Frauen [10].

Die Statistik des Rentenzugangs der Deutschen Rentenversicherung (DRV) weist für das Jahr 2007 bei 7509 Männern und bei 4896 Frauen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Dorsopathien aus. Die Diagnosegruppen M45–M54 machten 2007 damit einen Anteil von 7,9% an allen Erwerbsminderungsrenten aus. Die Zahl der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation lag 2007 laut Statistik der Leistungen zur Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung) für Männer bei 89.619 und für Frauen bei 79.619. Mit 22% machen die Rückenschmerzen den größten Anteil an der Gesamtverteilung stationärer medizinischer Rehabilitationsleistungen aus.

Rückenschmerzen sind bei Frauen und Männern aller Altersgruppen die häufigste Schmerzart. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 gaben 39% der Frauen und 31% der Männer Rückenschmerzen in den vergangenen sieben Tagen an [11]. In dieselbe Richtung weisen Daten aus dem Telefonischen Gesundheitssurvey 2003 [12]. Rückenschmerzen nehmen mit steigendem Lebensalter zu und erreichen ihre maximale Prävalenz im fünften und sechsten Lebensjahrzehnt.

Als Risikofaktoren für bandscheibenbedingte Berufserkrankungen der Len-

denwirbelsäule ist langjährige körperlich schwere Arbeit anerkannt. Als Prognosefaktor von großer Bedeutung sind neben bereits früher aufgetretenen Rückenschmerzen die Arbeitszufriedenheit und alle Faktoren, die sie wesentlich beeinflussen. Je selbstständiger, abwechslungsreicher, anerkannter und belohnender die Arbeit ist, umso geringer ist das Rückenschmerz(rückfall)risiko. Engere systematische Beziehungen lassen sich zudem zwischen psychosozialen Belastungen wie subjektivem Stress, Depressivität, geringer subjektiver Gesundheit und Rückenschmerzen finden. Lebensstilfaktoren wie Rauchen und Übergewicht sind weitere Risikofaktoren [11].

Volkswirtschaftliche Relevanz

Anders als bei anderen Krankheiten machen bei Rückenschmerzen die indirekten Kosten (unter anderem AU-Zeiten) gegenüber den direkten Therapiekosten den größeren Anteil aus. Nach der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2006 für die Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens 8,3 Milliarden Euro ausgegeben, das sind rund 4% der direkten Kosten für alle Krankheiten. Einer aktuellen Studie zufolge kosten Rückenschmerzen jährlich 1322 Euro pro Person der Bevölkerung. Der Anteil für direkte Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Physiotherapie, orthopädische Hilfsmittel, Krankenhaus, Rehabilitationen) beläuft sich dabei auf 46%, für indirekte Kosten (Produktionsausfälle) auf 54% [13].

Verbesserungspotenzial

Zum Verbesserungspotenzial liegen wenige gesicherte Daten vor. Rückenschmerzen haben ohne klares Therapiekonzept nach sechs Monaten eine schlechte Prognose, da mit einer Chronifizierung zu rechnen ist. Das größte Verbesserungspotenzial liegt daher in leitliniengerechter Therapie. Verschiedene Leitlinien zur Behandlung von Rückenschmerzen (Leitlinien der DEGAM, AKDÄ, DRV) liegen inzwischen vor.

Weiteres Verbesserungspotenzial liegt in weniger, aber gezielterer Diagnostik (vor allem bildgebende Verfahren nur bei komplizierten Rückenschmerzen), verstärktem psychologischem und psychosozialem Screening.

Studien zufolge sind bei fast allen der häufig angewandten Rückenschulskonzepte Defizite festzustellen. Die Konzepte sind einerseits zu stark am biomechanischen Erklärungsmodell orientiert, andererseits erfolgt zu selten eine Hinführung zu eigenständiger körperlicher, gesundheitssportlicher Aktivität [14].

Machbarkeit

Die Bewertungen zur Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen sind uneinheitlich. Bei Patient(inn)en mit invalidisierenden Rückenschmerzen haben sich funktionale rehabilitative Maßnahmen bewährt. Eine aktuelle Metaanalyse zur Wirksamkeit intensiver orthopädischer Rehabilitationsmaßnahmen (medizinisch-beruflich orientierte und verhaltensmedizinisch-orthopädische Reha) deutet auf mittel- und langfristige positive Effekte für die subjektive Gesundheit und für die Schmerzintensität bei Implementierung einer psychologischen Gruppenintervention hin [15]. Für eine effektive und effiziente Rückenschule bedarf es einer klaren Indikationsstellung und Zielrichtung sowie eines erheblichen (multidisziplinären) Aufwands, eventuell im Rahmen einer zuerst stationären oder teilstationären Behandlung. Auch unter solchen Bedingungen lässt sich das Schmerzerleben kaum, wohl aber das Schmerzverhalten (Inanspruchnahme von Ärzten und diversen Therapieformen) und der Umfang von Arbeitsunfähigkeit günstig und kostensparend beeinflussen [16].

Chancengleichheit

Frauen geben in allen Altersgruppen mehr Rückenschmerzen an als Männer. Zudem ist bei Frauen die Intensität der Schmerzen im Schnitt größer und ihre Dauer länger. Angehörige unterer sozialer Schichten haben häufiger Rückenschmerzen als Angehörige höherer Schichten. Rückenschmerzen stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang mit depressiven Symptomen und anderen Indikatoren der psychischen Gesundheit [12].

Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung

Aufgrund der hohen Verbreitung ist davon auszugehen, dass chronische Rückenschmerzen als Gesundheitsziel eine sehr hohe Priorität in der Bevölkerung haben.

Beteiligungsmöglichkeit von Bürger(inne)n und Patient(inn)en

Die Beteiligungsmöglichkeit bei der konkreten Entscheidung im Hinblick auf unterschiedliche Präventions- oder Therapiewege ist als sehr hoch zu bewerten, im Sinne der „community participation“ ist sie eher gering. Aufklärungskampagnen und betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind möglicherweise geeignet, die durch Rückenschmerzen verursachte Krankheitslast zu senken. Wichtig sind hierbei Strategien der Informationsvermittlung, die auf den Abbau von Ängsten und die Anregung zu körperlicher Aktivität abzielen.

Akuter Myokardinfarkt unter Berücksichtigung der Krankheitsgruppe ischämische Herzkrankheiten

Vorbemerkung

Nach der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) werden der Krankheitsgruppe „Ischämische Herzkrankheiten“ folgende Krankheitsbilder zugeordnet [17]: Angina pectoris (I20.-), Akuter Myokardinfarkt (I21.-), Rezidivierender Myokardinfarkt (I22.-), Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt (I23.-), Sonstige akute ischämische Herzkrankheit (I24.-) und Chronische ischämische Herzkrankheit (I25.-).

Schweregrad: 1. Mortalität

Die häufigste Todesursache im Erwachsenenalter sind in Deutschland Krankheiten des Kreislaufsystems, hierbei vor allem ischämische Herzkrankheiten [18]. Als akute Komplikation spielt dabei der akute Myokardinfarkt eine vorrangige Rolle. Im Jahr 2007 starben in Deutschland 57.788 Personen an einem akuten Myokardinfarkt. Das entspricht einer altersstandardisierten Sterberate von 26,7 je 100.000 Einwohner bei den Frauen und 57,1 bei den Männern [18]. Vergleicht man die Entwicklung über die letzten Jahre zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Infarktsterblichkeit. Dennoch führen ischämische Herzkrankheiten durch einen vorzeitigen Tod unter 65 Jahren noch immer zu einem erheblichen Verlust (potenzieller) Lebensjahre [19].

Schweregrad: 2. Bevölkerungsbezogene Krankheitslast

Für die Diagnose akuter Myokardinfarkt ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zu anderen ischämischen Herzkrankheiten wie auch Krankheiten des Kreislaufsystems insgesamt relativ hoch. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass nur ein Teil der vor dem Myokardinfarkt noch Berufstätigen nach dem Ereignis die Arbeit wieder aufnehmen kann. Verlässliche Daten zur Invalidisierungsrate wegen akutem Myokardinfarkt liegen gegenwärtig für Deutschland nicht vor.

Verbreitung

Nach den Daten des bevölkerungsbezogenen Augsburger Herzinfarktregisters [20] liegen die altersstandardisierten Herzinfarkttraten (Inzidenz) für Frauen derzeit bei 80 je 100.000 Einwohner, für Männer bei 228 und damit im Durchschnitt 2,9-mal höher als bei den Frauen. Die Daten zeigen ein Ansteigen der Herzinfarkttraten mit zunehmendem Alter für Männer und, auf niedrigerem Niveau, auch für Frauen. Die im jüngeren Alter deutlich höhere Herzinfarkt-morbiditäts- und -mortalitätsrate der Männer im Vergleich zu den Frauen reduziert sich erst ab einem Alter von 70 Jahren. Der Prozentanteil tödlich verlaufender Herzinfarkte (Letalität) ist bei Männern unter 35 Jahren besonders hoch (>30%). Bei beiden Geschlechtern ist ein deutlicher Anstieg der tödlichen Herzinfarktereignisse ab dem 65. Lebensjahr zu verzeichnen. Die altersstandardisierte 28-Tage-Letalität unterscheidet sich jedoch bei Frauen und Männern nicht mehr.

Vermeidbare Risikofaktoren wie das Zigarettenrauchen, Bluthochdruck, Übergewicht (Adipositas) sowie Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels sind in der Bevölkerung weit verbreitet. So beträgt beispielsweise der Anteil der Raucher (ab 18 Jahre) bei den Frauen 27% und bei den Männern 35% [21]. Rund 44% der Frauen und 51% der Männer weisen erhöhte Blutdruckwerte auf [22]. Als adipös gelten 13% der Frauen und 14% der Männer ab 18 Jahren [21].

Volkswirtschaftliche Relevanz

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 35,2 Milliarden Euro für Krankheiten des Kreislaufsystems aufgewendet, die damit an

der Spitze der Krankheitskosten stehen (14,9%). Zirka 6,3 Milliarden Euro entfielen auf die koronare Herzkrankheit, darunter 1,8 Milliarden Euro auf den akuten Myokardinfarkt [23]. Nach Einrichtungen betrachtet, fielen die meisten Kosten (59,8%) für die koronare Herzkrankheit im stationären/teilstationären Bereich an [23]. Die Kostenstruktur zeigt geschlechtsspezifische Unterschiede: Die Mehrzahl der Kosten für die koronare Herzkrankheit in den Krankenhäusern wird durch Männer verursacht, in Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege durch Frauen. Im Jahr 2006 wurden 1,6% aller durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre durch akuten Myokardinfarkt verursacht, die in der Mehrzahl auf die Männer entfielen [23].

Verbesserungspotenzial

Die Hauptrisikofaktoren für die Entstehung ischämischer Herzkrankheiten sind bekannt. Das Gesamtrisiko ist dabei umso höher, je mehr Risikofaktoren bei einer Person vorhanden sind. Diese sind zum Teil durch einen ungesunden Lebensstil verursacht und daher grundsätzlich der Primärprävention zugänglich. Als vermeidbare Risikofaktoren gelten das Zigarettenrauchen, Bluthochdruck, Übergewicht/Adipositas sowie Störungen des Fett- und des Zuckerstoffwechsels. Eine medikamentöse Intervention ist angeraten, um kritische kardiovaskuläre Risikofaktoren (wie zum Beispiel hoher Blutdruck) einzudämmen [24].

Machbarkeit

Interventionsstudien konnten die Wirksamkeit der Risikofaktorenkontrolle für Morbidität und Mortalität an ischämischen Herzerkrankungen belegen. Den Gesundheitsrisiken, die eine Erkrankung begünstigen, kann durch Maßnahmen der Primärprävention sowohl auf individueller als auch bevölkerungsbezogener Ebene begegnet werden [25]. Bei bereits erkrankten Personen stehen Maßnahmen im Vordergrund, die darauf gerichtet sind, Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden. Diese erfordern bei geeigneter Indikation neben dem Abbau von Risikofaktoren zusätzlich den Einsatz von Medikamenten [25].

Chancengleichheit

Als nicht beeinflussbare Risikofaktoren für die Entstehung ischämischer Herzkrankheiten gelten neben dem ansteigenden Alter das männliche Geschlecht und erbliche Faktoren. Das bedeutet, dass die Herzinfarktinzidenz bei Männern im Vergleich zu Frauen auch dann erhöht ist, wenn die Werte der beeinflussbaren Risikofaktoren (Zigarettenrauchen, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas) im Normbereich liegen. Werden die Normwerte überschritten, reduziert sich der Geschlechtsunterschied. Das Vorhandensein der beeinflussbaren Risikofaktoren führt bei den Frauen zu einer relativ stärkeren Zunahme der Neuerkrankungsrate an Herzinfarkt, allerdings auf deutlich geringerem Niveau als bei den Männern [25]. Es gibt demnach Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Wirkungsweise kardiovaskulärer Risikofaktoren.

Der Einfluss von Einkommensdifferenzen [26] und Bildungsunterschieden auf Gesundheitsverhalten und Krankheitsgeschehen ist bekannt und konnte in verschiedenen Untersuchungen belegt werden [27].

Priorität aus Sicht der Bevölkerung

Aussagen zur Priorität des Gesundheitsziels aus Sicht der Bevölkerung können aufgrund fehlender Daten nur anhand der Verbreitungszahlen gemacht werden. Bei der derzeitigen Häufigkeit der Erkrankungs- und Todesfälle, der weiten Verbreitung der Risikofaktoren und den Krankheitsfolgen für die Patientinnen und Patienten ist davon auszugehen, dass die Krankheitsgruppe der ischämischen Herzkrankheiten eine sehr hohe Priorität in der Bevölkerung hat.

Beteiligungsmöglichkeit

Die Beteiligungsmöglichkeit im Sinne von Zuwachs bei der Mitsprache und Partizipation von Bürgerinnen und Bürgern beziehungsweise Patientinnen und Patienten ist als eher gering einzuschätzen.

Impfen

Vorbemerkung

Impfungen schützen das Individuum und führen bei genügender Beteiligung zu

einem Kollektivschutz der Bevölkerung. Dadurch wird das Auftreten von Epidemien verhindert. Insbesondere werden Personen geschützt, bei denen aus medizinischen Gründen eine Impfung nicht durchgeführt werden kann. Daher beanspruchen Schutzimpfungen ein besonderes öffentliches Interesse, das seinen Ausdruck in Regelungen des seit 2001 geltenden Infektionsschutzgesetzes (IfSG) findet. Nach § 20 Abs. 3 IfSG sollen die obersten Landesgesundheitsbehörden öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen auf Grundlage der jeweiligen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) aussprechen. Seit 2007 das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft getreten ist, kommt es in Umsetzung von § 20d SGB V (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen) zu einer neuen Situation: Die GKV-Versicherten haben einen geregelten Rechtsanspruch auf bestimmte Impfleistungen. Dabei wird der Katalog der Impfungen, die als Pflichtleistung übernommen werden müssen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen in Schutzimpfungsrichtlinien (SiR) festgelegt. Die aktuelle SiR trat am 1.7.2008 in Kraft. Durch diese Regelung gelten nunmehr zumindest für die als Pflichtleistung durch die GKV-Kassen zu übernehmenden Impfungen bundesweit einheitliche Regelungen.

Schweregrad – 1. Mortalität

Die Mortalität bei den Infektionskrankheiten, gegen die Regelimpfungen für bestimmte Altersgruppen angeboten werden, ist äußerst gering, sodass entsprechende spezifische Sterbeziffern je 100.000 nicht ausgewiesen werden. Die Mortalität schwankt von ca. 20 Todesfällen bei Kindern unter fünf Jahren pro Jahr (Pneumokokken) beziehungsweise zirka 25 (Meningokokken der Serogruppe C) bis geschätzten zirka 6000 bis 8000 pro Jahr (Pneumokokken-Erkrankungen und Influenza bei >60-Jährigen) [28, 29]. Unter anderem aufgrund der monokausalen Ausgestaltung der Todesursachenstatistik kommt es zusätzlich zu einer unvollständigen Erfassung von Todesfällen.

Schweregrad und Verbreitung

Deutschland weist bei einer Vielzahl von impfpräventablen Infektionskrankheiten immer noch gravierende Lücken im Impfstatus bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf: Grundimmunsierungen werden im Kindesalter teilweise zu spät oder nicht vollständig durchgeführt. Auffrischimpfungen werden im jüngeren Alter [30] beziehungsweise im Erwachsenenalter nicht im empfohlenen Rahmen vorgenommen. Jährlich kommt es daher vielfach zu Erkrankungen, die individuelles Leid und hohe Kosten mit sich bringen (zum Beispiel Masern). Mangelnder Kollektivschutz, bedingt durch niedrige Impfquoten, bedroht vor allem vulnerable Gruppen: zum Beispiel Schwangere mit inkomplettem Immunstatus (Röteln), Immungeschwächte oder Allergiker, die Impfungen nicht vertragen. Ein Kollektivschutz der Allgemeinbevölkerung setzt jedoch erst ein, wenn ausreichend hohe Durchimpfungsraten erzielt werden (je nach Erreger 80–95%) [31].

Volkswirtschaftliche Relevanz

Schutzimpfungen sind hochwirksame Interventionsmaßnahmen zur Prävention von individuellen Krankheitsfolgen (Individualschutz) und Epidemien (Kollektivschutz). Zusätzlich zum großen medizinischen Nutzen weisen sie außerdem in ökonomischer Hinsicht häufig eine hohe Kosten-Nutzen-Effizienz auf. Abgesehen von einem geringen Anteil von Impfgegnern (3–5%) [32] ist generell sowohl der Individual- wie auch der Kollektivnutzen von Schutzimpfungen in Fachkreisen akzeptiert.

Verbesserungspotenzial

Das Verbesserungspotenzial muss sich an den zugrunde liegenden strukturellen Bedingungen orientieren. Allgemein besteht zwar eine große Impfabzeptanz in der Bevölkerung, jedoch wird eine nicht unerhebliche Sorglosigkeit beziehungsweise Unerfahrenheit gegenüber Infektionskrankheiten angenommen. Mangelndes Bewusstsein über die Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten sowie unzureichendes Wissen um den Nutzen und die Notwendigkeit von Schutzimpfungen in weiten Teilen der Allgemeinbevölkerung wie auch bei einigen Ärztinnen

und Ärzten werden als allgemeine Ursachen unzureichender Durchimpfungsraten eingeschätzt. Der Bevölkerungsanteil absoluter Impfgegner wird auf zirka 2%, der Anteil von Eltern, die einzelne Impfungen ablehnen, wird auf zirka 10% quantifiziert [33]. Dieser relativ hohe Anteil wird unter anderem auf die Verunsicherung von Eltern durch Impfgegner(-literatur und Präsenz im Internet) zurückgeführt. Auch werden Kontraindikationen für Impfungen von Laien häufig falsch eingeschätzt, und es bestehen Ängste vor (vermuteten/überschätzten) Nebenwirkungen. Ebenfalls wichtig sind Kenntnisse und Problembewusstsein bei Ärztinnen und Ärzten. Mehrere Male pro Jahr sucht jede Bürgerin und jeder Bürger seine Ärztin oder seinen Arzt auf [34]. Wenn diese Kontakte im Sinne der STIKO-Empfehlung genutzt würden, ergäbe sich daraus ein großes Potenzial, da sich die Mehrheit der Bevölkerung gegenüber entsprechenden Empfehlungen ihrer Ärztinnen und Ärzte durchaus positiv verhält.

Machbarkeit

Eine Beschränkung auf isolierte Maßnahmen zu einzelnen Krankheitsbildern (zum Beispiel Masern) empfiehlt sich nicht, da nur eine erhöhte Bereitschaft zu Impfungen insgesamt einen langfristigen Infektionsschutz durch diese sichern kann. Aufklärungsmaßnahmen zu einzelnen Erkrankungen für spezielle Zielgruppen (zum Beispiel Eltern von Klein- und Vorschulkindern, Jugendliche, ältere Erwachsene) müssten sinnvoll in eine Dachkampagne zum Impfen eingebettet werden. Um langfristig sichtbare Erfolge erzielen zu können, müsste daher eine nationale Initiative alle am Impfwesen beteiligten Akteure dauerhaft in eine Kooperation einbinden. Hierzu wären in Anlehnung an die bestehende Fachdiskussion und die Vorschläge des Robert Koch-Institutes Aktivitäten in verschiedenen Bereichen in Gang zu bringen und langfristig sicherzustellen [35]:

1. Nationale Konsensbildung zu Zielen und Aufgaben: Da es in Deutschland eine Vielzahl von Institutionen und Organisationen gibt, die in der Impfprävention tätig sind, müsste ein nationaler Konsens zu Aufgaben und

Zielen herbeigeführt werden. Zur Erreichung einer einheitlichen Präventionspolitik und zur Überwindung von strukturellen Hindernissen in der Impfprävention müsste eine Bündelung geplanter Maßnahmen und Harmonisierung von Präventionsbotschaften vorgenommen werden.

2. Verbesserung der Datenlage: Eine verbesserte Surveillance von Impfstatus und Immunstatus sowie der Erkrankungsfälle und Impfkomplicationen wäre erforderlich, um die notwendige Transparenz für die Allgemeinbevölkerung wie auch für die impfenden Ärzte zu sichern.
3. Verbesserung der Aus- und Weiterbildung zum Impfen: Qualitätsgesichertes Impfen erfordert spezielle Kenntnisse in der Impfprävention. Hier wären vor allem die ärztlichen Organisationen gefordert, Fort- und Weiterbildungen anzuregen.
4. Zielgruppenspezifische Aufklärung der Allgemeinbevölkerung: Um relevante Steigerungen der Impfquoten zu erreichen, muss die Allgemeinbevölkerung über den Nutzen und die Notwendigkeit von Schutzimpfungen intensiv aufgeklärt werden. Hierbei wäre eine Kooperation des Bundes (BZgA) mit den verschiedenen Beteiligten und Partnern (Bundesländer, öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Altenheime, Schulen, Kindergärten, Betriebsärzte et cetera) sinnvoll und notwendig. Verbindliche Vereinbarungen zum arbeitsteiligen Vorgehen sind Voraussetzung für erfolgreiche Strategien und angestrebte Synergieeffekte.

Chancengleichheit

Hinsichtlich des Sozialstatus wird deutlich, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem und hohem Sozialstatus häufig eine niedrigere Impfquote aufweisen [36]. Als weiterer soziodemografischer Einflussfaktor gilt der Migrationshintergrund: Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS-Studie) zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche, die selbst zugewandert sind, häufig Impflücken aufweisen [36]. Demzufolge zeichnen sich hier besondere Zielgrup-

pen für Maßnahmen zur Verbesserung der Impfprävention ab.

Priorität aus Sicht der Bevölkerung

Wenige Angaben sind zur Priorität aus Bevölkerungssicht bekannt, sodass die Datenlage unsicher ist (siehe die Ausführungen zum „Verbesserungspotenzial“). Die Patientenstelle Bielefeld gibt an, dass Allergien, psychische Störungen und das Thema Impfen oft nachgefragte Problem-bereiche sind.

Beteiligungsmöglichkeit von Bürger(inne)n und Patient(inn)en

Obwohl bereits eine gute Basis besteht, auf der aufgebaut werden kann, existiert in einigen Bereichen noch erhebliches Verbesserungspotenzial, das nur durch eine Beteiligung der entsprechenden Bevölkerungsgruppen abgerufen werden kann.

Gesund älter werden

Vorbemerkung

Der demografische Wandel in Deutschland wird nach übereinstimmender Meinung von Fachleuten das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung langfristig verändern und die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen stellen. Altersabhängig nimmt das Risiko für Erkrankungen und Funktionsverluste zu, dabei wirken biologische Alternsprozesse und Krankheitsprozesse zusammen [37]. Ein Älterwerden bei guter Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für hohe Lebensqualität und -zufriedenheit, Aktivität und Engagement sowie für einen sparsamen Umgang mit den Ressourcen der Gesundheitsversorgung. Verschiedene Faktoren beeinflussen die Gesundheit im Verlauf des Alterns: Lebensstil und Gesundheitsverhalten, Lebenssituation und soziale Ungleichheit, medizinische und pflegerische Versorgung sowie Umwelteinflüsse und sozioökonomische Rahmenbedingungen.

Schweregrad – Mortalität und bevölkerungsbezogene Krankheitslast

Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von chronischen Erkrankungen, Behinderungen sowie Hilfe- und Pflege-

bedürftigkeit. An der Spitze der Todesursachen stehen in Deutschland gegenwärtig Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Krebserkrankungen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere durch ischämische Herzerkrankungen, zu. Im sehr hohen Alter gewinnen zerebrovaskuläre Krankheiten (vor allem Schlaganfall) und Herzinsuffizienz als Todesursachen an Bedeutung. Akutereignisse, wie beispielsweise eine sturzbedingte Hüftfraktur, können die Lebenserwartung erheblich beeinflussen, ohne dass dies unmittelbar aus der dokumentierten Todesursache ablesbar ist. So liegt beispielsweise die Einjahresmortalität nach Hüftfraktur aktuellen Studien zufolge zwischen 20% und 30% [38]. Die Lebenserwartung von älteren Menschen, die an mehreren (chronischen) Erkrankungen gleichzeitig leiden (Multimorbidität), ist im Vergleich zu gleichaltrigen Personen, die lediglich an ein bis zwei Krankheiten leiden, reduziert.

Verbreitung

Das somatische Krankheitsspektrum im Alter wird insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates dominiert [39]. Im Jahr 2006 waren Herzinsuffizienz, Angina pectoris und Hirninfarkt die häufigsten Diagnosen bei Krankenhausaufenthalten älterer Menschen. Auch Krebserkrankungen treten im Alter deutlich häufiger als in jüngeren Lebensjahren auf. Inzidenzschätzungen zufolge entfielen im Jahr 2004 fast zwei Drittel aller Neuerkrankungsfälle an Krebs auf die 65-Jährigen und Älteren [39]. Die häufigsten Krebserkrankungen bei 65-Jährigen und älteren Männern sind Prostata-, Darm- und Lungenkrebs, bei Frauen sind es Darm-, Brust- und Lungenkrebs.

Etwa ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren leidet an einer psychischen Störung irgendeiner Art. Der Anteil ist nicht höher als bei jüngeren Erwachsenen. Depressive und demenzielle Erkrankungen sind die im Alter am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen [38]. Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen steigt im höheren Alter nahezu exponentiell an, über 30% der 90-Jährigen und Älteren sind nach Schätzungen betroffen [39].

Mit steigendem Alter treten nicht nur chronische Erkrankungen und Unfälle häufiger auf, insgesamt steigt auch die Prävalenz funktionaler Beeinträchtigung deutlich an. 80% der 80-Jährigen und Älteren berichten in der Share-Studie über Einschränkungen ihrer üblichen Alltagsaktivitäten (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) [40]. Das Ausmaß funktionaler Beeinträchtigung variiert erheblich mit der Art der zugrunde liegenden chronischen Erkrankung. Mit einem besonders hohen Hilfe- und Pflegebedarf ist insbesondere bei demenziellen Erkrankungen, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Hüftfraktur, Depression und Herzinfarkt zu rechnen [41].

Der Anteil pflegebedürftiger Personen steigt in Deutschland mit zunehmendem Alter steil an. Nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches XI lag die Prävalenz des Pflegebedarfs der 70- bis 74-Jährigen im Jahr 2006 bei 5% und der 90- bis 94-Jährigen bei 61%. Frauen haben im Vergleich zu Männern ab etwa dem 80. Lebensjahr höhere Pflegequoten und sind häufiger in stationärer Pflege. Insgesamt 82% der Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter [42].

Volkswirtschaftliche Relevanz

Die Kosten für Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege der 65-Jährigen und Älteren beliefen sich im Jahr 2006 auf 11,1 Milliarden Euro. Die im Vergleich hohen Krankheitskosten der Bevölkerung ab 65 Jahre (47%) konzentrierten sich auf eine verhältnismäßig kleine Bevölkerungsgruppe (20%). Die Pro-Kopf-Krankheitskosten lagen im Jahr 2006 im Bevölkerungsdurchschnitt bei rund 2870 Euro, bei den 45- bis 64-Jährigen betragen sie 2930 Euro und bei den Hochbetagten ab 85 Jahren 14.370 Euro. Mit Blick auf einzelne Krankheitsgruppen lässt sich feststellen, dass gut ein Fünftel (22%) der Krankheitskosten von 65-Jährigen und Älteren im Jahr 2006 auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen ist, der Diagnose mit den höchsten Krankheitskosten im Alter. Hinsichtlich der volkswirtschaftlichen Relevanz von Krankheit und Gesundheit älterer Menschen ist jedoch auch auf den Zusammenhang hinzuweisen, dass die Ausgaben von Individuen und Versicherungen gleichermaßen

Einnahmen für Individuen und Institutionen bedeuten [43]. Welcher Anteil der Krankheitskosten durch ein gesundes Älterwerden eingespart werden kann, lässt sich nicht direkt beziffern. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Jahr 2000 von einem langfristigen Sparpotenzial durch Prävention und Vorbeugung von rund 25 bis 30% der Gesundheitsausgaben gesprochen [44].

Verbesserungspotenzial

Die häufigsten Ursachen für Morbidität und Mortalität im Alter sind in hohem Maße durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbar. Das betrifft zum Beispiel die lebensstilbedingten Risikofaktoren für Herzkrankheiten, Schlaganfall, Diabetes Typ 2 und einige Krebserkrankungen [45]. Auch wichtige Risikofaktoren für Arthrose (Übergewicht), Stürze (Muskelschwäche, Gangunsicherheit, Sehstörungen) sowie Osteoporose (Bewegungsmangel, Rauchen, Untergewicht, kalziumarme Ernährung) sind direkt beeinflussbar. Unfälle im Alter können durch einen entsprechenden Unfallschutz, diagnostische Maßnahmen (beispielsweise Sturzassessment) oder geeignete Interventionen (beispielsweise muskuläres Kraft- und Balancetraining, Beseitigung von Stolperfallen) reduziert werden [46].

Auch eine Vielzahl der Faktoren, die das Auftreten funktionaler Beeinträchtigungen und Behinderungen begünstigen, ist präventiv beeinflussbar, beispielsweise kognitive Verluste, Depressionen und geringe soziale Kontakte, Bewegungsmangel und Stürze, Einschränkungen der Sehkraft sowie Rauchen [47].

Bei eingetretener chronischer Erkrankung, Multimorbidität und Behinderung kann durch Rehabilitation oftmals eine (teilweise) Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit bzw. eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden. Die Evidenzbasis vorliegender Studien bezieht sich zwar in der Regel auf einzelne chronische Erkrankungen, aber auch multimorbide Patientinnen und Patienten besitzen Rehabilitationspotenziale [48].

Psychosoziale Prävention als individuell angepasstes System der psychosozialen Unterstützung stellt insbesondere ein Präventionsfeld im höheren Alter dar [49].

Hier spielen Faktoren wie die Qualität der Pflege, des Wohnraumes und des Wohnumfeldes und die Art und Weise, wie Pflegesysteme arbeiten, eine große Rolle [50].

Potenziale bestehen auch in der palliativen Versorgung, denn mittlerweile gibt es eine zunehmende Evidenzbasis dafür, dass Leid und Schmerz bei palliativen Patienten, einschließlich der psychosozialen Belastung ihrer Angehörigen, durch frühzeitig einsetzende diagnostische und therapeutische Maßnahmen gelindert werden können [51, 52].

Machbarkeit

Es existiert sowohl eine Vielzahl von Programmen zur Vermeidung beziehungsweise Herausögerung alterstypischer Erkrankungen (Prävention) als auch zur Verringerung der Krankheitslast bei eingetretener chronischer Erkrankung bzw. Behinderung (Rehabilitation). Außerdem gibt es Interventionen zur Symptom- und Schmerzlinderung und psychosozialen Unterstützung bei Schwerkranken mit limitierter Prognose und bei Sterbenden (Palliation). Zum Teil fehlen jedoch Nachweise über die Wirksamkeit solcher Maßnahmen. Weitere Probleme betreffen die flächendeckende Zugänglichkeit der Programme, die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen, die Berücksichtigung der Lebenswelten sowie Inanspruchnahme, Akzeptanz und Compliance.

Als wesentliche Voraussetzungen für die Entwicklung und erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollten die Zielgruppen genau identifiziert und definiert, die Zugangswege zu den Zielgruppen analysiert und die für Gesundheitsförderung und Prävention nutzbaren Ressourcen geklärt werden [53].

Chancengleichheit

Die Aussicht auf ein langes und gesundes Leben ist nach Merkmalen wie Einkommen, Bildung und Berufsstatus ungleich verteilt. Unterschiedliche materielle Lebensbedingungen und psychosoziale Belastungen korrespondieren mit Unterschieden im Gesundheitsverhalten und sind gemeinsam für die beobachtete gesundheitliche Ungleichheit verantwortlich. Bis heute ist über das Ausmaß und Erscheinungsbild der gesund-

heitlichen Ungleichheit bei älteren Menschen nur wenig bekannt [54]. Es gibt allerdings Anhaltspunkte dafür, dass die gesundheitliche Ungleichheit in der älteren Bevölkerung nicht wesentlich schwächer ausgeprägt ist als in der Bevölkerung im mittleren Lebensalter. Möglichkeiten zur Verbesserung von sozial-bedingter gesundheitlicher Ungleichheit bestehen vor allem im Setting der näheren Wohnumgebung, da die Lebenswelt sozial benachteiligter oder behinderter älterer Menschen fast ausschließlich das zu Fuß erreichbare Wohnviertel darstellt [55].

Priorität aus Sicht der Bevölkerung und der Gesundheitspolitik

Die Bewältigung der gesundheitlichen wie sozialen Folgen demografischer Alterung, einschließlich ihrer wechselseitigen Interaktionen, ist für die Mitglieder alternder Gesellschaften von essenzieller Bedeutung. Dabei wird der Gesundheit mit zunehmendem Alter eine immer höhere Bedeutung beigemessen [56]. Insgesamt kann eine Priorität für das Gesundheitsziel Gesund älter werden aus Sicht der Bevölkerung unterstellt werden, auch wenn eine Quantifizierung schwierig ist.

Beteiligungsmöglichkeit

Ältere Menschen wollen an der Lösung ihrer Probleme direkt beteiligt werden. Bereits seit Beginn der 1980er-Jahre stehen die aktive Teilhabe und das freiwillige/ehrenamtliche Engagement älterer Menschen auf der zivilgesellschaftlichen und politischen Agenda [57]. Beteiligungsmöglichkeiten ergeben sich sowohl im Rahmen der Zielentwicklung als auch bei der Konzeption konkreter Programme, dies vor allem in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie bei der Evaluierung (beispielsweise Entwicklung und Priorisierung von Evaluationskonstrukten). Ein zweiter Aspekt von Beteiligung – der individuelle Umgang mit altersassozierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und lebensstilbedingten Gesundheitsrisiken – ist bei dem Gesundheitsziel Gesund älter werden ebenfalls gegeben. Jede/jeder Einzelne kann zu ihrem/seinem gesunden Älterwerden beitragen.

Machbarkeit – Befragung der Akteure im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

Für eine endgültige Entscheidung zur Auswahl eines Gesundheitsziels war die Meinungsbildung unter den Mitgliedern von *gesundheitsziele.de* entscheidend. Hierbei ging es um die Bewertung der Machbarkeit aus Sicht der beteiligten Akteure (Kriterien 10 und 11). Die Machbarkeit wurde mittels einer Umfrage bei allen am Gesundheitszieleprozess beteiligten Organisationen erhoben. Ziel war es zu klären, ob bei den Beteiligten bereits Vorarbeiten zum Thema vorliegen, ob Verfahren und Instrumente zur Zielerreichung verfügbar und bekannt sind, und ob sie bereit und willens sind, sich an der Entwicklung und späteren Umsetzung des Ziels zu beteiligen.

Insgesamt wurden 87 Fragebögen an die Mitglieder im Steuerungskreis, Ausschuss und Evaluationsbeirat verschickt (82 Organisationen, fünf Einzelpersonen); davon wurden 40 Fragebögen (39 Organisationen, eine Einzelperson) beantwortet und zurückgeschickt, was einer Response rate von 67% entspricht. Non-Responder waren vor allem solche Organisationen und Personen, die selbst keine Maßnahmen durchführen oder über keine Entscheidungskompetenz verfügen.

Die Auswertung erfolgte deskriptiv, das heißt, die vier Zielthemen wurden hinsichtlich der „Ja-“ und „Nein“-Antworten in den Befragungskategorien (Vorarbeiten bestehen, Instrumente sind bekannt, Bereitschaft zur Beteiligung der Akteure an der Entwicklung und/oder an der Umsetzung) miteinander verglichen.

Das Zielthema Gesund älter werden hat in allen vier Kategorien jeweils die meisten positiven und jeweils die wenigsten negativen Antworten erhalten. Als einziges Zielthema wird es sowohl hinsichtlich der Machbarkeit der Instrumente als auch der Beteiligung der Akteure insgesamt positiv bewertet.

Die Akteure schätzen das Zielthema Impfen hinsichtlich vorhandener Verfahren und Instrumente insgesamt positiv ein. In Bezug auf bestehende Vorarbeiten/Erfahrungen sind die Ja- und Nein-Stimmen quantitativ ausgewogen, bei der Frage nach den Instrumenten überwiegen

die Ja-Stimmen deutlich. In der Kategorie „Beteiligung der Akteure“ liegen zwar insgesamt mehr Ja- als Nein-Stimmen vor, jedoch ist das Ergebnis nicht so eindeutig positiv wie beim Zielthema Gesund älter werden.

Chronischer Rückenschmerz erhält nur in drei von vier Kategorien mehr positive als negative Antworten. Das Verhältnis der Ja- und Nein-Stimmen ist jedoch deutlich ungünstiger als bei den Zielthemen Gesund älter werden und Impfen. Die Frage der Beteiligung wird hinsichtlich der Entwicklung positiv bewertet, bei der Frage nach der Beteiligung an der Umsetzung des Gesundheitsziels überwiegt jedoch die Anzahl der negativen Antworten.

Beim Zielthema Herzinfarkt geben die Akteure mehrheitlich an, Instrumente und Verfahren zur Realisierung des Gesundheitsziels zu kennen. Jedoch zeigen sich hinsichtlich der Beteiligung der Akteure Vorbehalte. Für die Frage nach der Beteiligung an der Entwicklung liegen fast so viele Ja- wie Nein-Stimmen vor, während bei der Frage nach der Beteiligung an der Umsetzung die Anzahl der Nein-Stimmen überwiegt. Für das Zielthema Herzinfarkt fällt die Bereitschaft zur Beteiligung der Akteure von allen vier Zielthemen am schlechtesten aus.

Fazit

Die Entscheidung zur Bearbeitung eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland wird im Prozess von *gesundheitsziele.de* auf der Grundlage wissenschaftlicher und pragmatisch-politischer Kriterien getroffen, gleichzeitig werden Kriterien der Chancengleichheit und Beteiligungsmöglichkeiten zugrunde gelegt. Im Jahr 2008 standen vier Zielbereiche zur Auswahl, von denen der Zielbereich Gesund älter werden ausgewählt wurde. Die wissenschaftliche Kriterienanalyse belegt eine epidemiologische und volkswirtschaftliche Relevanz für alle vier Zielbereiche. Einer hohen Mortalität beim Myokardinfarkt stehen eine hohe Morbidität und Krankheitslast beim chronischen Rückenschmerz gegenüber, einer besonderen Vulnerabilität der jüngeren Bevölkerung Multimorbidität und funktionelle Beeinträchtigungen im Al-

ter. Volkswirtschaftliche Bedeutung, bezogen auf unterschiedliche Lebens- und Versorgungsbereiche, haben die krankheitsbezogenen Ziele und Krankheiten im Alter. In allen Zielbereichen lassen sich gesundheitlich und sozial benachteiligte Gruppen identifizieren. Verbesserungspotenziale im Sinne der Verfügbarkeit evidenzbasierter Maßnahmen sind in den Bereichen Myokardinfarkt und Impfen vorhanden, während für den chronischen Rückenschmerz noch wenige gesicherte Verfahren zur Verfügung stehen. Ein hoher gesundheitspolitischer Handlungsbedarf ist in allen vier Bereichen gegeben.

Die wissenschaftliche Kriterienanalyse ist essenziell, weil sie die notwendige Transparenz der Entscheidung für oder gegen einen Zielbereich herstellt. Ausschlaggebend für die endgültige Entscheidung sind jedoch die Präferenzen der beteiligten Akteure. Diese wurden durch eine schriftliche Befragung zur Machbarkeit ermittelt. Bei allen Machbarkeitskriterien (Vorarbeiten, verfügbare Instrumente und Verfahren, Beteiligung bei der Entwicklung und Umsetzung) wurde der Zielbereich Gesund älter werden am häufigsten positiv bewertet. Diese Ergebnisse reflektieren institutionelle Präferenzen der Beteiligten. So haben bereits einige Bundesländer dieses Gesundheitsziel ausgewählt, in einigen Organisationen, wie zum Beispiel in der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, bestehen entsprechende Arbeitsschwerpunkte. Mit der Priorisierung als nationales Gesundheitsziel verbindet sich die Erwartung, die Kräfte der verschiedenen Institutionen und Organisationen im deutschen Gesundheitswesen zu bündeln und so die Chancen einer wirkungsvollen und messbaren Zielerreichung zu verbessern. In einer Arbeitsgruppe wird das Gesundheitsziel Gesund älter werden ausgearbeitet und mit Teilzielen und Maßnahmen versehen werden. Neben der demographischen und volkswirtschaftlichen Relevanz des Ziels Gesund älter werden, liegt seine Bedeutung in den Potenzialen der Ausgestaltung. Der Lebensphasenbezug, die vielfältigen Einflussfaktoren, der Einschluss von ge-

sundheitsfördernden und versorgungsbezogenen Zugängen eröffnet Beteiligungsmöglichkeiten für viele Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens und macht damit die Zusammenarbeit zur Zielerreichung für die Beteiligten attraktiv. Nicht zuletzt wird mit dem Ziel Gesund älter werden ein aus der Sicht der Bevölkerung bedeutsamer Lebensbereich ausgewählt, der Beteiligungsmöglichkeiten für die Menschen selbst eröffnet und damit dazu beiträgt, ihre Potenziale für ein selbst bestimmtes Leben im Alter zu stärken.

Anmerkung

Der Artikel ist aus der Arbeit des Evaluationsbeirats von *gesundheitsziele.de* entstanden. Neben den Mitgliedern des Beirats haben an der Erstellung der Kriterienanalyse mitgewirkt: Hans-Günter Haaf und Silke Brüggemann (beide Deutsche Rentenversicherung Bund) für das Kapitel „Chronische Rückenschmerzen/Dorsopathien“, Jan Leidel (Leitender Medizinaldirektor des Gesundheitsamtes Köln) und Martin Kluxen (Verband der Ersatzkassen, Siegburg) für das Kapitel „Impfen“, Thomas Brockow (Deutsches Institut für Gesundheitsforschung, Bad Elster) und das Statistische Bundesamt für das Kapitel „Gesund älter werden“.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Maschewsky-Schneider

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

Literatur

1. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2008) *gesundheitsziele.de* – Forum für Gesundheitsziele Deutschland. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszielesprozesses initiiert und befördert durch das BMG und die GfK. GVG, Köln
2. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2003) *gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. BMGS, Berlin
3. Bundesministerium für Gesundheit (2006) *gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. 6. nationales Gesundheitsziel Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. BMG, Bonn
4. Maschewsky-Schneider U (2005) Programm-, Ziel- und Maßnahmenevaluation bei *gesundheitsziele.de*. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hrsg) *gesundheitsziele.de* – Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Schriftenreihe der GVG Bd. 49. Akademische Verlagsgesellschaft, Berlin

5. Maschewsky-Schneider U, Lampert T, Kröger C et al (2006) Evaluation des Gesundheitsziels Tabakkonsum reduzieren. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 49:1155–1161
6. Wismar M, Brasseit U, Ollenschläger G, Angele S (2002) Ausrichtung von Gesundheitszielen und Anforderungen an den Auswahlprozess. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) (Hrsg) *Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte*. Schriftenreihe der GVG, Band 37. Akademische Verlagsgesellschaft, Berlin
7. Statistisches Bundesamt. Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Sterbefälle je 100.000 Einwohner. <http://www.gbe-bund.de>
8. Wissenschaftlichen Instituts der AOK (2006) Presseinformation. Fehlzeiten-Report 2006 erschienen. Schwerpunkt: Chronische Krankheiten. Länger gesund am Arbeitsplatz. http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_praevention/wido_pra_fz06_pi_1106.pdf
9. DAK (2003) DAK Gesundheitsreport. <http://www.dak.de/content/files/report2003.pdf>
10. BKK Bundesverband (2007) BKK Gesundheitsreport. Gesundheit in Zeiten der Globalisierung. http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/45/BKK_Gesund474c1228ea649.pdf
11. Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Kapitel 5.11 Dorsopathien. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
12. Robert Koch-Institut (2006) Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kapitel 1.2.5.1 Muskel und Skeletterkrankungen. RKI, Berlin
13. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B (2009) Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain* 13(3):280–286
14. Bertelsmann Stiftung (2008) Gesundheitspfad Rücken. Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Leitfaden für Entscheider und Gestalter. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
15. Bethge M, Müller-Fahnow W (2008) Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. *Rehabilitation* 47:200–209
16. Lühmann D, Kohlmann T, Raspe H (1998) Die Evaluation von Rückenschulprogrammen als medizinische Technologie. Nomos, Baden-Baden
17. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2008) ICD 10: Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modifikation, Version 2009. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/hlmlgm2009/index.htm>
18. Statistisches Bundesamt. Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Sterbeziffer mit/ohne Altersstandardisierung. <http://www.gbe-bund.de>
19. Statistisches Bundesamt. Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Vorzeitige Sterblichkeit. <http://www.gbe-bund.de>
20. Helmholtz Zentrum München, KORA-Arbeitskreis Datenhaltung und Design. MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg. Daten zu Herzinfarkten in der Region Augsburg. <http://www.gbe-bund.de>

21. Lampert T, List SM (2009) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2009. Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Geestacht, S51–S71
22. Robert Koch-Institut (2008) Hypertonie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 43. RKI, Berlin
23. Statistisches Bundesamt. Krankheitskostenrechnung. <http://www.gbe-bund.de>
24. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR et al (2002) AHA Guidelines for primary prevention of cardiovascular diseases and stroke: 2002 update. Consensus panel guide to comprehensive risk reduction for adult patients without coronary or other atherosclerotic vascular diseases. *Circulation* 106(3):388–391
25. Robert Koch-Institut (2006) Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 33. RKI, Berlin
26. Voges W, Helmert U, Timm A, Müller R (2004) Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Grmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Zentrum für Sozialpolitik, Bremen
27. Robert Koch-Institut (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Institutes zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin
28. Robert Koch-Institut (2006) Begründung der STI-KO-Empfehlungen zur Impfung gegen Pneumokokken und Meningokokken vom Juli 2006. *Epidemiol Bull* 31:255–270
29. Statistisches Bundesamt (2009) Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Gestorbene in Deutschland an ausgewählten Todesursachen 2007. Fachserie 12 Reihe 4. Eigenverlag, Wiesbaden
30. Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 50:851–862
31. Robert Koch-Institut (2004) Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1. RKI, Berlin
32. Meyer C, Reiter S (2004) Impfgegner und Impfskeptiker. Geschichte, Hintergründe, Thesen, Umgang. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 47:1182–1188
33. Koch J, Kirschner W, Kirschner R (1995) Verbesserung des Kenntnisstandes zur Verbreitung von impfpräventablen Erkrankungen und zum Impfverhalten in der Bundesrepublik Deutschland. *Epidemiologische Forschung* Berlin, Berlin
34. Robert Koch-Institut (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
35. Robert Koch-Institut (1999) 10-Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland. http://www.rki.de/cn_091/nn_199620/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenA-Z/Impfpraevention_Allgemein/Praevention/10_punkte_programm.html
36. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin
37. Tesch-Römer T, Wurm S (2009) Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Robert Koch-Institut, Berlin (im Druck)
38. Haleem S, Lutchnan L, Mayahi R et al (2008) Mortality following hip fracture: trends and geographical variations over the last 40 years. *Injury* 39(10):1157–1163
39. Saß AC, Wurm S, Ziese T (2009) Somatische und psychische Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Robert Koch-Institut, Berlin (im Druck)
40. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2006) Report Altersdaten Gerostat 02/2006. http://www.dza.de/SharedDocs/Publikationen/GeroStat_20Report_20Altersdaten/GeroStat_Report_Altersdaten_20Heft_2_2006,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_20Heft_2_2006.pdf
41. Hertz RP, Baker CL (2002) Elders in the Community. Pfizer Facts: Population Studies. Out-comes Research. USA, Pfizer Pharmaceutical Groups
42. Saß AC, Wurm S, Ziese T (2009a) Inanspruchnahmeverhalten. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Robert Koch-Institut, Berlin (im Druck)
43. Nöthen M, Böhm K (2009) Krankheitskosten in Deutschland: Welchen Preis hat die Gesundheit im Alter? In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Robert Koch-Institut, Berlin (im Druck)
44. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung
45. World Health Report (WHO) (2002) Reducing risk, promoting health lives. WHO, Geneva
46. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC et al (2003) Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* (Issue 4)
47. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T et al (1999) Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 48:445–469
48. Stuck AE, Siu AL, Wieland D et al (1993) Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 342:1032–1036
49. Kennie DC (1993) Preventive care for elderly people. Cambridge University Press, Cambridge
50. Kruse A (2002) *Gesund Altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 146. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
51. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P et al (2007) Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of inhome palliative care. *J Am Geriatr Soc* 55:993–1000
52. Gade G, Venohr I, Conner D et al (2008) Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med* 11:180–190
53. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008) http://www.bzga.de/bot_Seite3190.html
54. Lampert T (2009) Lebenslagen, Lebensstile und Gesundheit In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Robert Koch-Institut, Berlin (im Druck)
55. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Gutachten: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de>
56. Robert Koch-Institut (2002) *Gesundheit im Alter*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. RKI, Berlin
57. BMFSFJ (2005) Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. BMFSFJ, Berlin