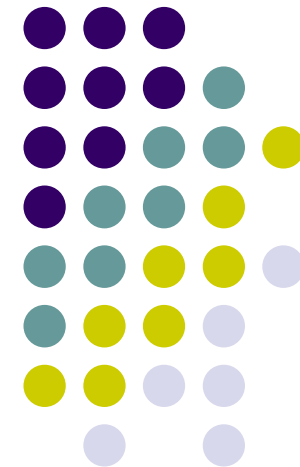


Ulrike Maschewsky-Schneider

Berlin School of Public Health an der Charité

**Gesundheitsziele als politisches
Steuerungsinstrument:
Geschlechtergerechte
Gesundheitspolitik**

Beteiligte Institutionen:



Gliederung

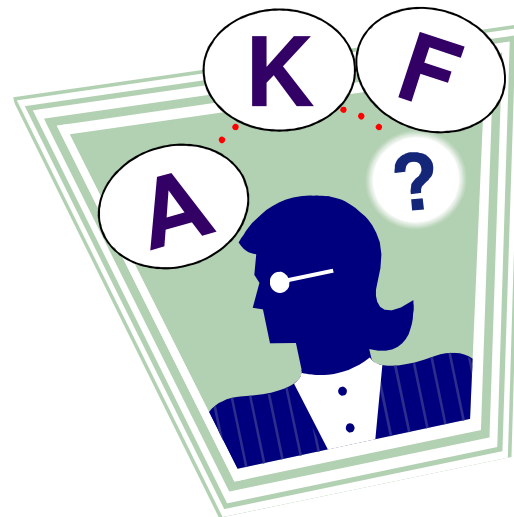


1. Was sind Gesundheitsziele ?
2. Warum Gesundheitsziele?
3. Wer macht Gesundheitsziele?
4. Wie entstehen Gesundheitsziele?
5. Sind die Ziele „genderbasiert“?
6. Welche „Genderkriterien“ sollten an Gesundheitsziele angelegt werden?
7. Geschlechtergerechte Gesundheitsziele: Forderungen an die Zieleprozesse!

Gliederung



1. Was sind Gesundheitsziele?



Was sind Gesundheitsziele?



- „Gesundheitsziele sind verbindliche Vereinbarungen ...
- der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem
- ein Instrument der Gesundheitspolitik
- im Rahmen von Public-Health-Ansätzen,
- um Verbesserungen der Gesundheitssituation der Bevölkerung zu erreichen.“

gesundheitsziele.de

Was sind Gesundheitsziele?



- „Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse ...
- werden für ausgewählte Zielbereiche
- Empfehlungen formuliert ... und
- Maßnahmenkataloge erstellt ...
- die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen
- die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ...
- ist als langfristiger Prozess angelegt
- zur Zielbestimmung gehört auch die Festlegung von Zeiträumen für die Umsetzung“

gesundheitsziele.de

Was sind Gesundheitsziele?

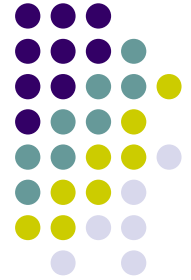


Nationale Gesundheitsziele

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln

gesundheitsziele.de

Was sind Gesundheitsziele?



Nationale Gesundheitsziele

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

gesundheitsziele.de

Was sind Gesundheitsziele?



Gesundheitsziele
sind "**SMART**„

- S - spezifisch
- M - messbar
- A - anspruchsvoll
- R - realistisch
- T - terminiert

Was sind Gesundheitsziele?



Gesundheitsziele sind
"SMART,,

S - spezifisch

M - messbar

A - anspruchsvoll

R - realistisch

T - terminiert

Gesundheitsziele sind
geschlechterbezogen?

S- geschlechtsspezifisch?

M- bei Frauen und Männern messbar?

A- für Frauen und/oder Männer
bedeutsam?

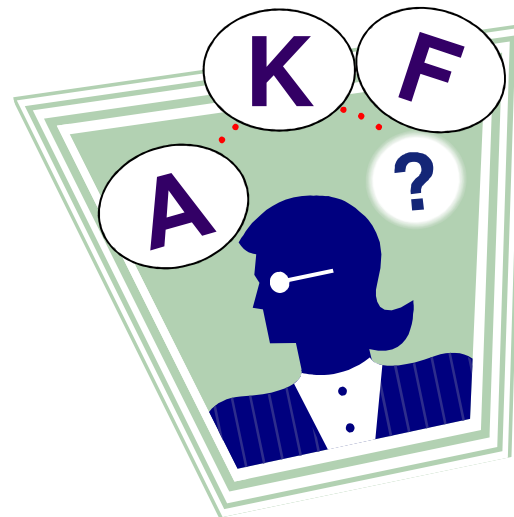
R- für Frauen und Männer erreichbar?

T- im gewählten Zeitraum

Gliederung



2. Warum Gesundheitsziele?



Warum Gesundheitsziele?

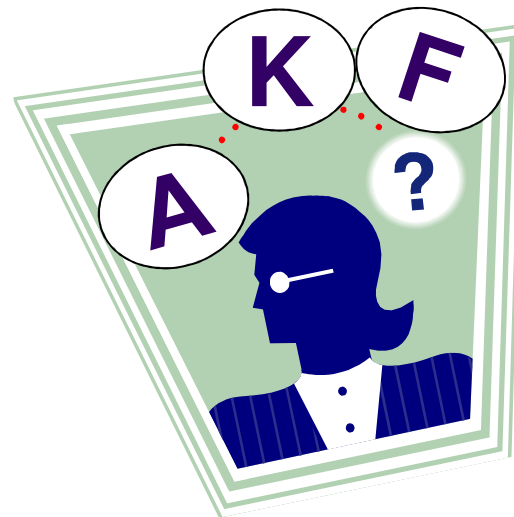


- Orientierung für die Akteure
- Handlungsrahmen für Politik und Versorgung, Priorisierung
- Vernetzung, Konzertierung
- Verpflichtung/ Commitment der Akteure
- Verbesserung der Qualität der Versorgung/ Prävention
- Erhöhung der Wirksamkeit von Interventionen
- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit von Interventionen

Gliederung



3. Wer macht Gesundheitsziele?



Wer macht Gesundheitsziele?



- Bund
- Länder
- Kommunen?

häufigstes gemeinsames Gesundheitsziel: Kinder und Jugendliche (Tabak, Bewegung, Ernährung, Übergewicht, Drogen und Sucht, Stress, Impfen, Mundgesundheit, Unfälle, Früherkennung)

- Kassen: betriebliche GF im Bereich psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen; [in Vorbereitung: Gesundheit der „Kleinsten“]

Wer macht Gesundheitsziele?



Beteiligte an *gesundheitsziele.de*

Kostenträger:

GKV, PKV, DRV, VdAK, MDK

Politik:

BMG, Länderministerien, Deutscher Städtetag

Wissenschaft:

**RKI, Public Health, AWMF, FHS, ZI Kassenärztliche
Versorgung**

Wer macht Gesundheitsziele?



Beteiligte an *gesundheitsziele.de*

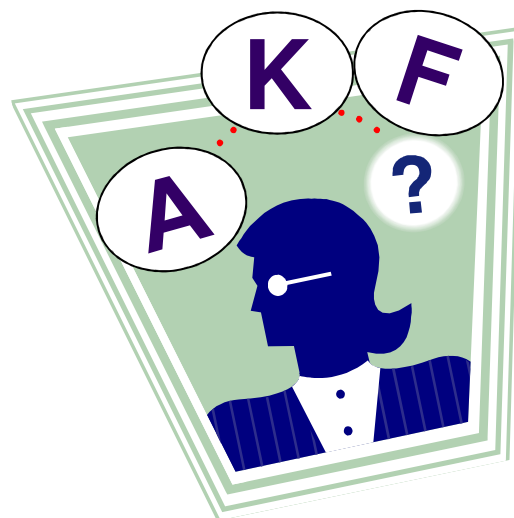
Leistungserbringer/ Verbände:

**BVPrävGF, BZgA, BÄK, BZÄK, DKG, KBV, BV
Ärzte ÖGD, DPWV, Selbsthilfekontaktstellen,
BAG-Patientenstellen, Gewerkschaften, BAG-
Rehabilitation, BV-Vertragspsychotherapeuten,
BV Pharmazeutischen Industrie, BV
Medizintechnik, Verband forschender
Arzneimittelhersteller**

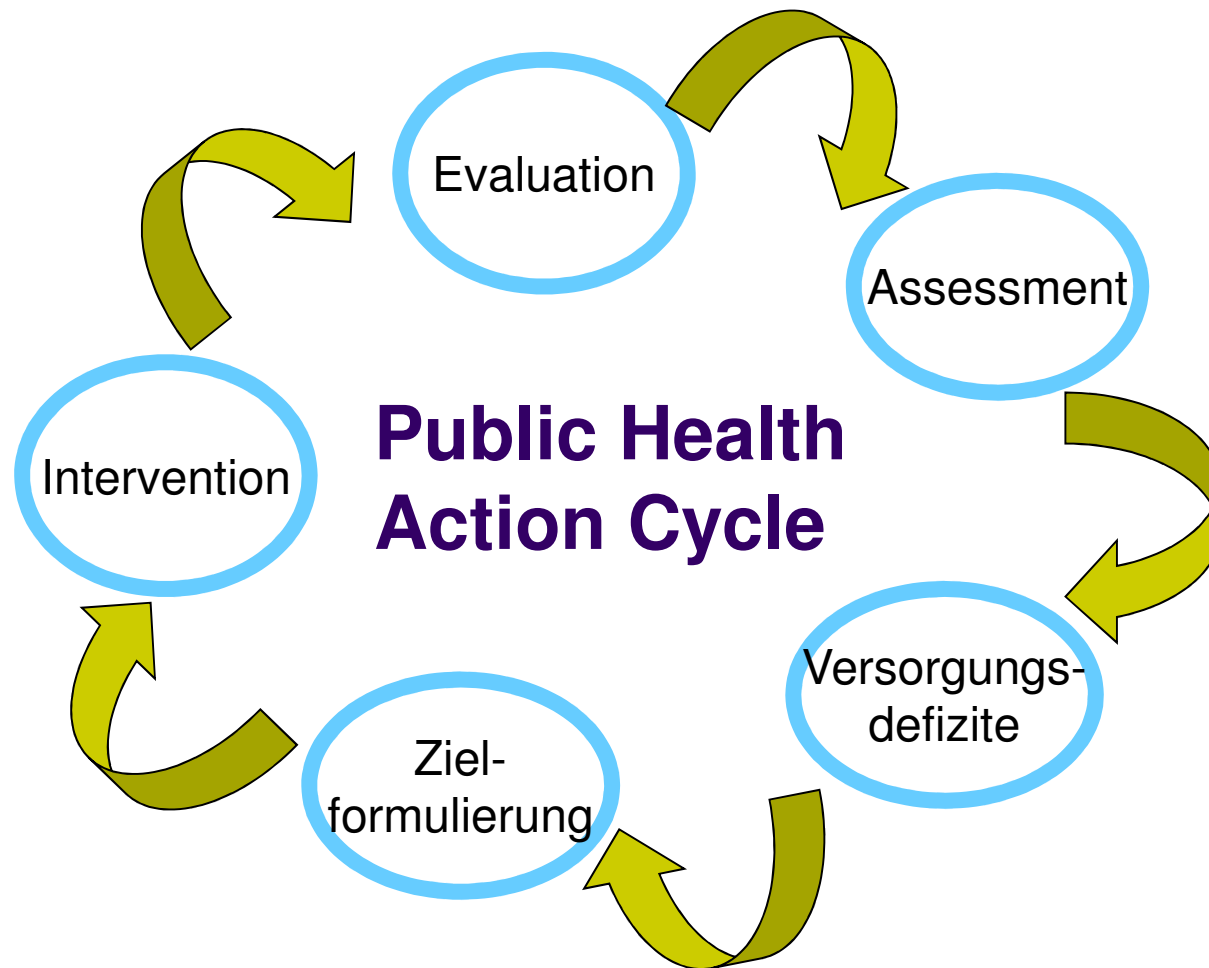


Gliederung

4. Wie entstehen Gesundheitsziele – Wie werden sie evaluiert?



Wie entstehen Gesundheitsziele?



Wie entstehen Gesundheitsziele?



„Tabakkonsum reduzieren“

Assessment

Daten zu den Risiken:

Zunahme der durch Rauchen
bedingten Morbidität und Mortalität
(Lungenkrebs, Herzinfarkt b. Frauen)

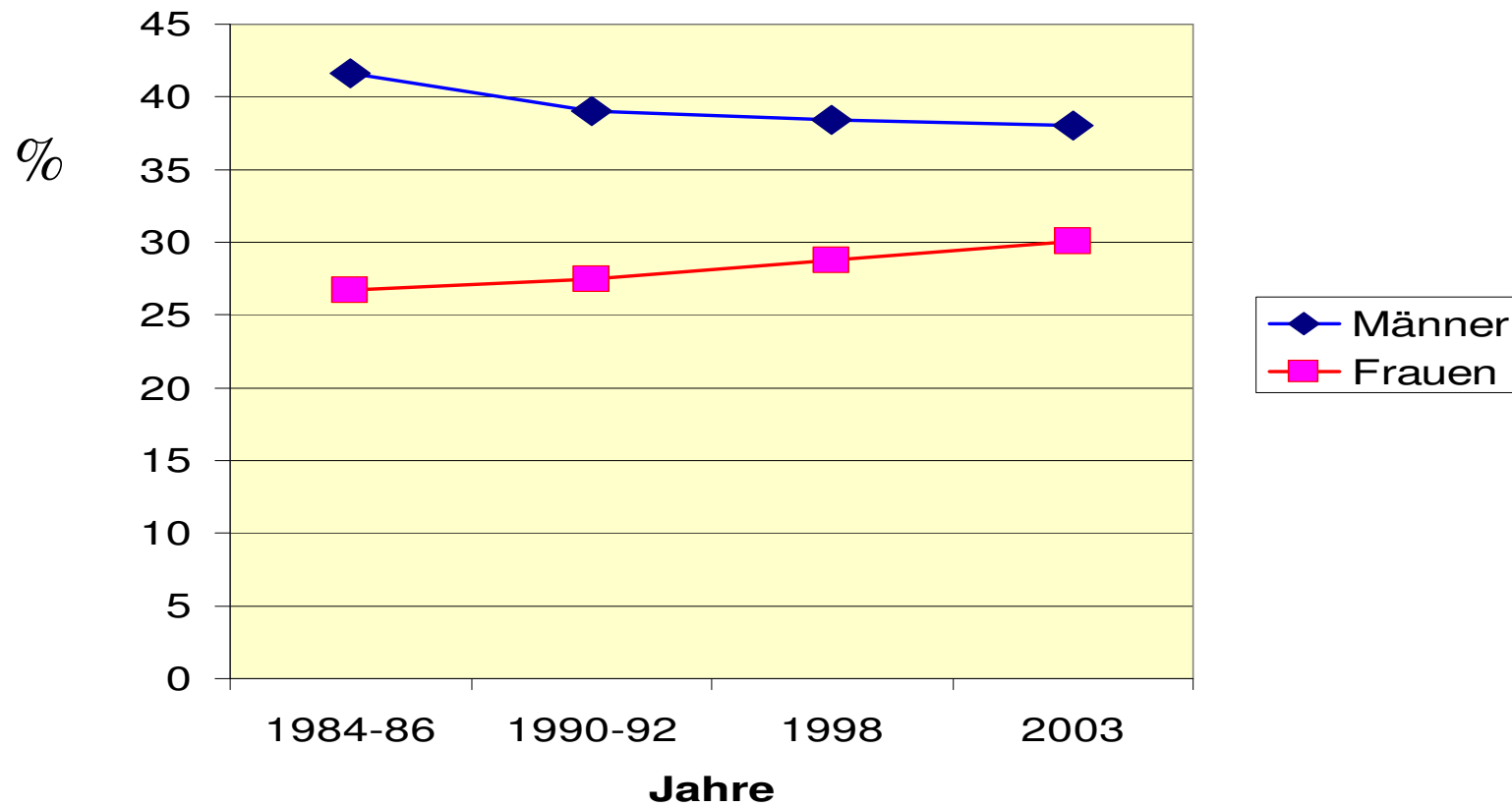
Daten zur Prävalenz:

Kinder/ Jugendliche
Mädchen/ Frauen
Sozial Benachteiligte

Raucherraten nach Geschlecht



Entwicklung der Prävalenz des Rauchens





Rauchen und Sozialstatus (1998)



Gesundheitsrisiken des Rauchens: Lungenkrebs Mortalität (Pro 100.000 E.)



Lungenkrebs	Männer	Frauen	
1990	71,9	11,5	
1998	64,7	14,9	
2003	57,2	16,5	
1990-2004	- 20 %	+ 44 %	

Gesundheitsrisiken des Rauchens



Rückgang der **Herzinfarktmortalität** bei beiden Geschlechtern und allen Altersgruppen (außer Frauen ≥ 90 J.)

1990-2003 **Männer -44%** **Frauen -32%**

Größter Effekt 55-85 J. (GBE S. 22)

Rückgang der **Neuerkrankungsrate** an Herzinfarkt bei beiden Geschlechtern

Zunahme der **Neuerkrankungsrate** an Herzinfarkt

Frauen, < 55 Jahre

1985-1995 **+ 38 %**



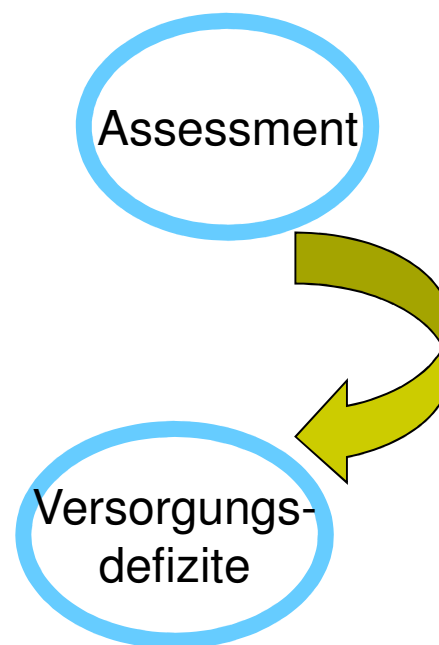
Wie entstehen Gesundheitsziele?



„Tabakkonsum reduzieren“

Strukturdaten:

Defizite in gesetzlichen Grundlagen
Defizite Verhütung Passivrauchen
Defizite in der Wirksamkeit von
Programmen zu Reduktion des Rauchens/
Rauchbeginn bei Kindern/ Jugendlichen





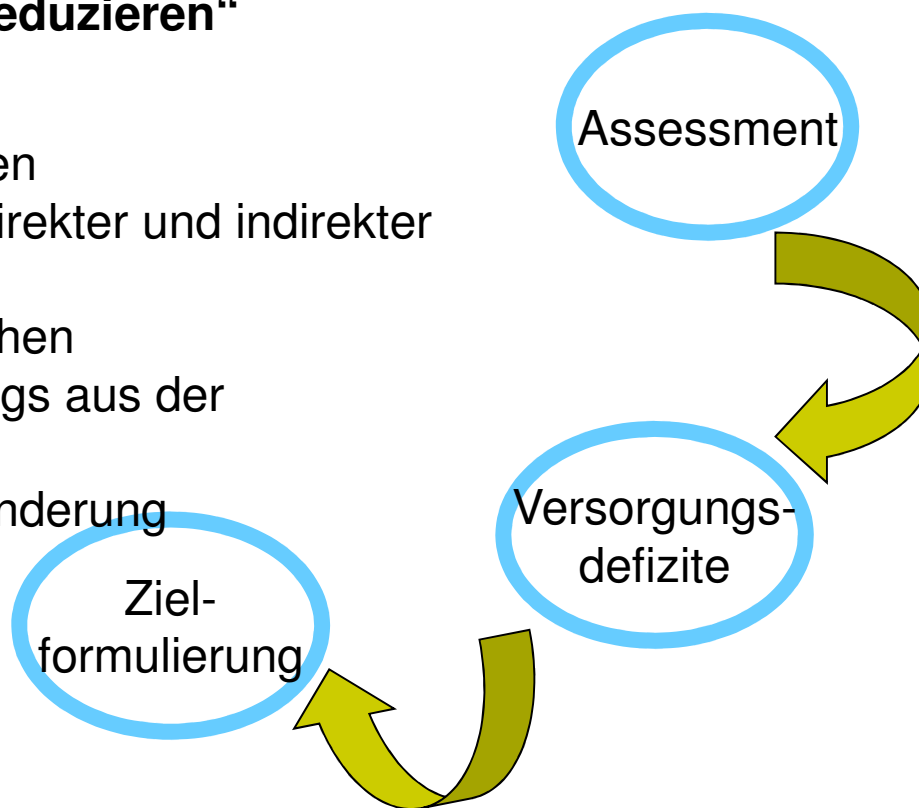
Wie entstehen Gesundheitsziele?



„Tabakkonsum reduzieren“

Ziele:

1. Tabaksteuererhöhungen
2. Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung
3. Schutz vor Passivrauchen
4. Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit
5. Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen

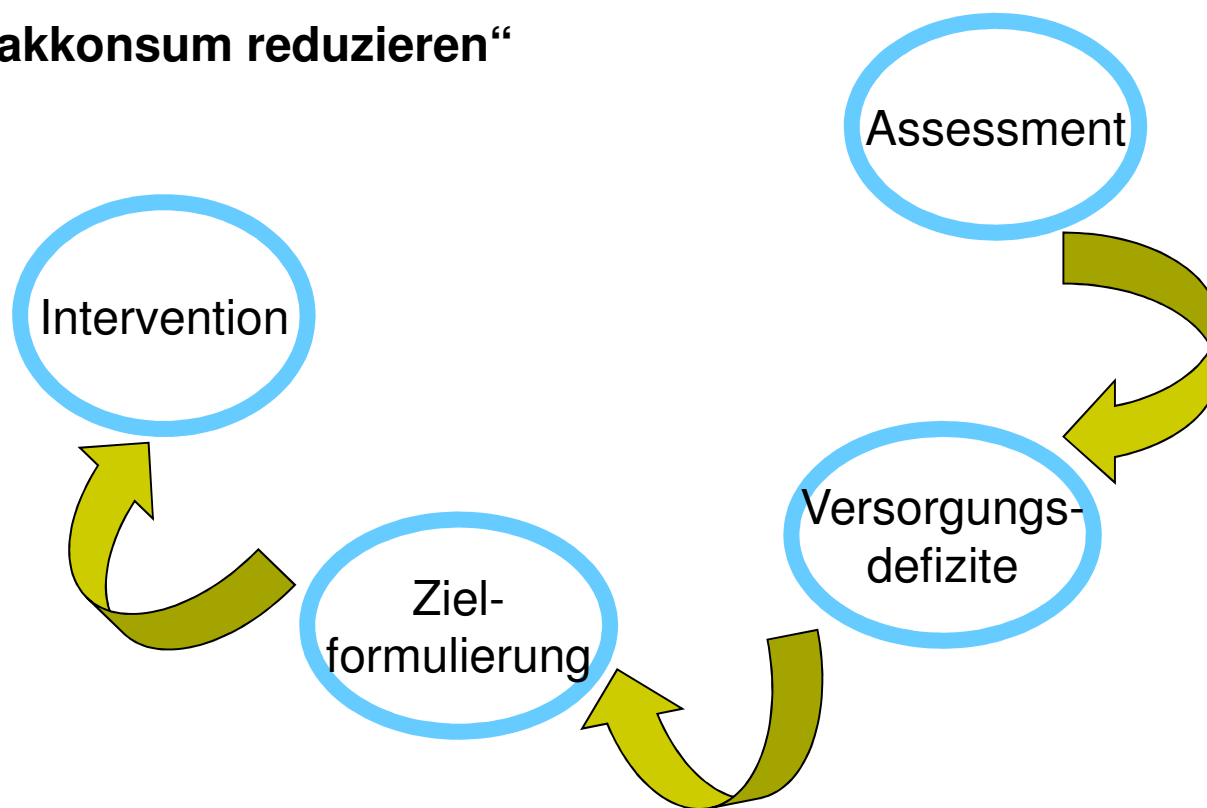




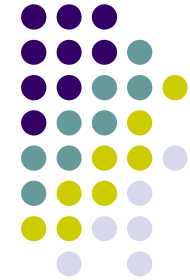
Wie entstehen Gesundheitsziele?



„Tabakkonsum reduzieren“



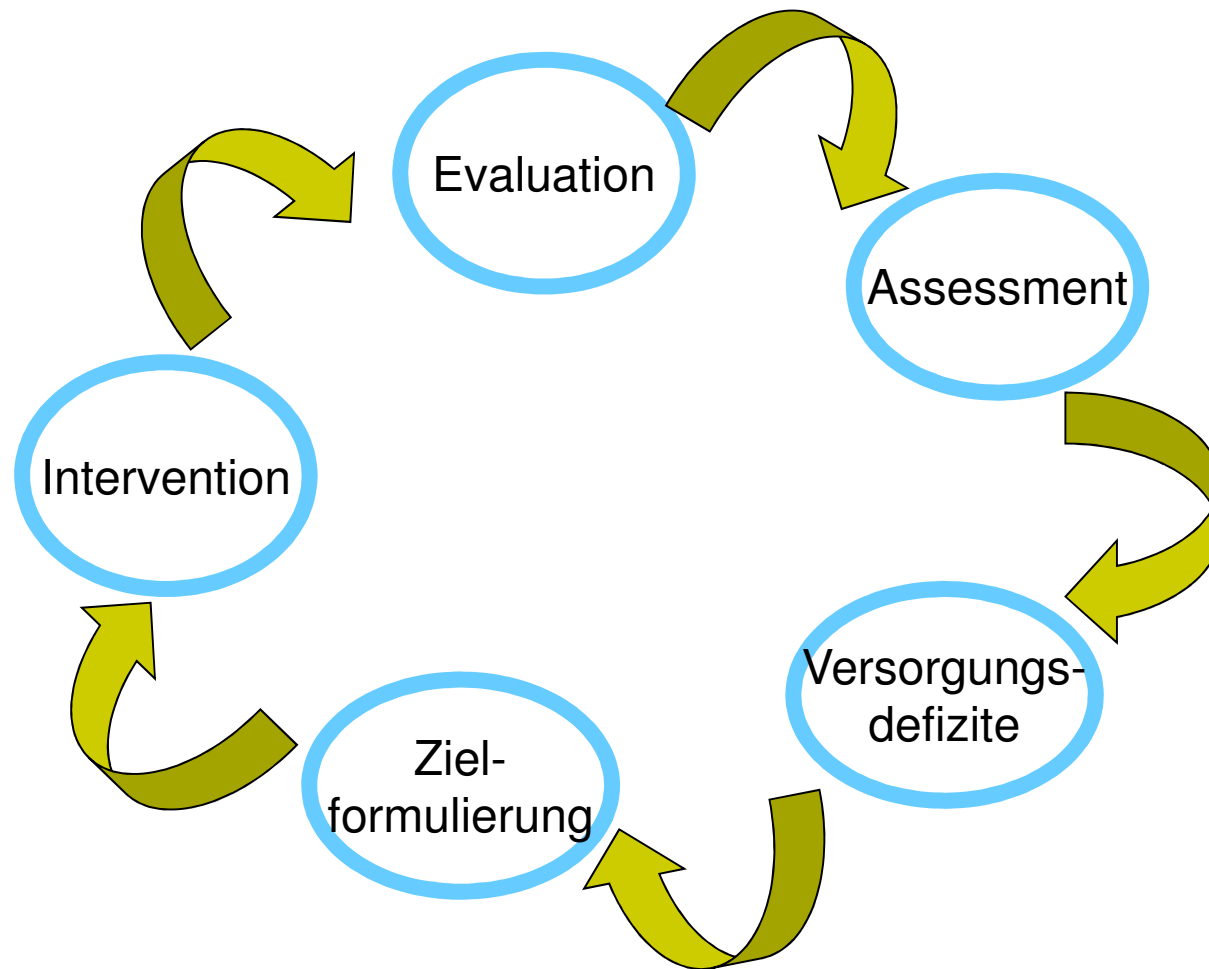
Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“
Basismaßnahme „Tabaksteuererhöhung“



Erwartete Wirkungen	Umsetzungsstrategie und Akteure	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none">● Rückgang des Rauchens, insbes. bei Jugendlichen und Kindern und in sozial schwachen Bevölkerungsgruppen	<ul style="list-style-type: none">● Medienarbeit● Steuererhöhungen● Einsatz der Steuermittel für Tabakkontrollmaßnahmen	



Wie entstehen Gesundheitsziele?



Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“
 Basismaßnahme „Tabaksteuererhöhung“



<p>Erwartete Wirkungen</p>	<p>Umsetzungsstrategie und Akteure</p>	<p>Erfolgsindikatoren</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Rückgang des Rauchens, insbes. bei Jugendlichen und Kindern und in sozial schwachen Bevölkerungsgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Medienarbeit ● Steuererhöhungen ● Einsatz der Steuermittel für Tabakkontrollmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Preisgestaltung ● Medienaktivitäten ● Politische Aktivitäten ● Prävalenz und Inzidenz (alters-/geschlechtsspezifisch)



Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ Basismaßnahme „Tabaksteuererhöhung“

Erfolgsindikatoren:

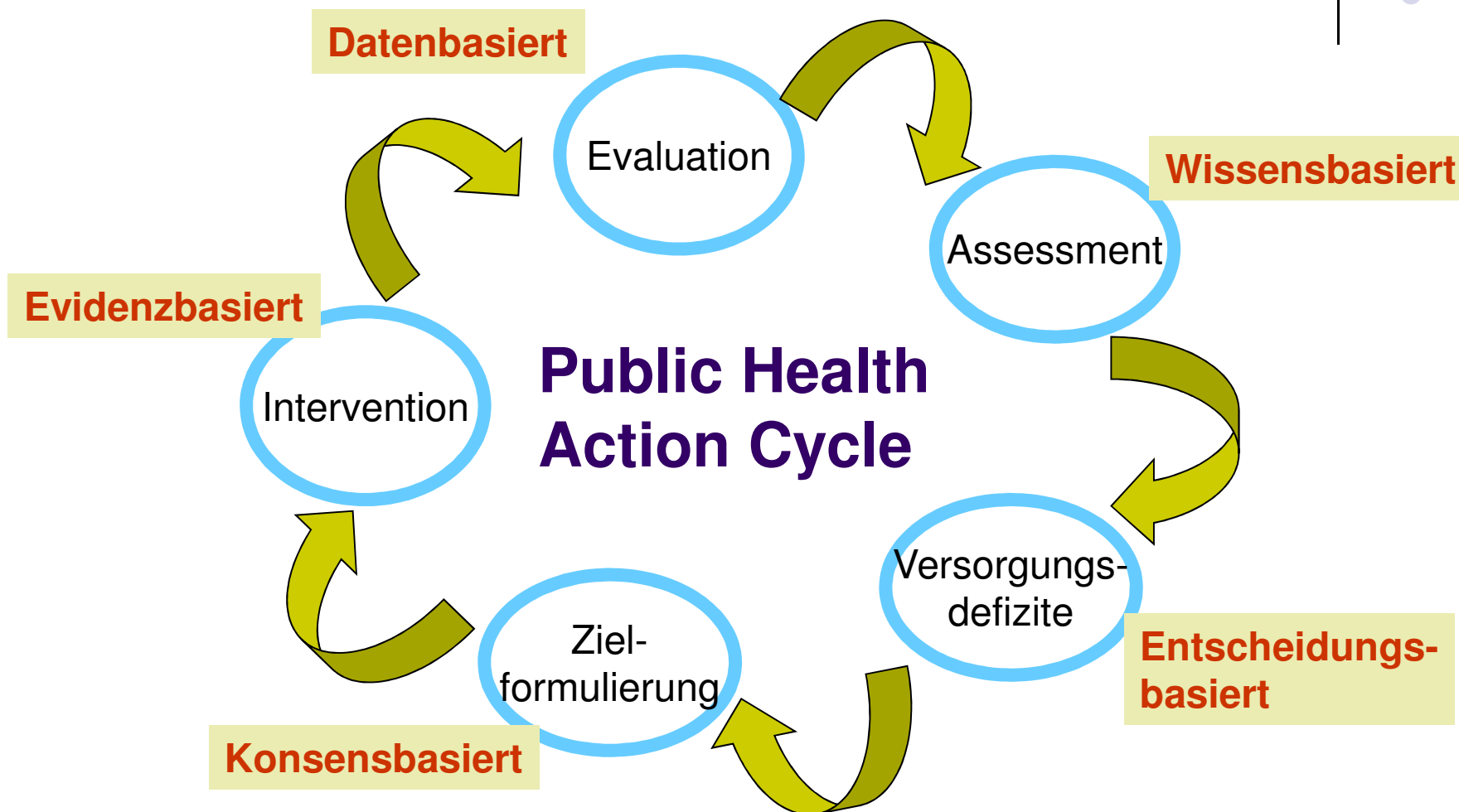
- Preisgestaltung der Tabakwaren,
- Prävalenz- und Inzidenzraten, alters- und geschlechtsspezifisch

Daten und Indikatoren:

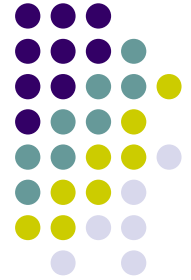
- z.B. zur Beurteilung der **Preisgestaltung**, zur Veränderung des Rauchverhaltens nach Erhöhung: „rauchfrei 2005“-Befragung der BZgA, telefonischer Gesundheitssurvey des RKI, Erhebung des IFT, amtl. Statistiken zur Preiselastizität d. Nachfrage etc.
- **Prävalenz Erwachsene:** Gesundheitssurvey RKI, Epidemiologischer Suchtsurvey des IFT
- **Prävalenz Kinder und Jugendliche:** Drogenaffinitätsstudie und „rauchfrei 2005“ der BZgA, europäische Schülerstudie
- **Inzidenz:** nur über regelmäßig erhobene Daten: z.B. Drogenaffinitätsstudie der BZgA, Gesundheitssurvey des RKI, Suchtsurvey des IFT



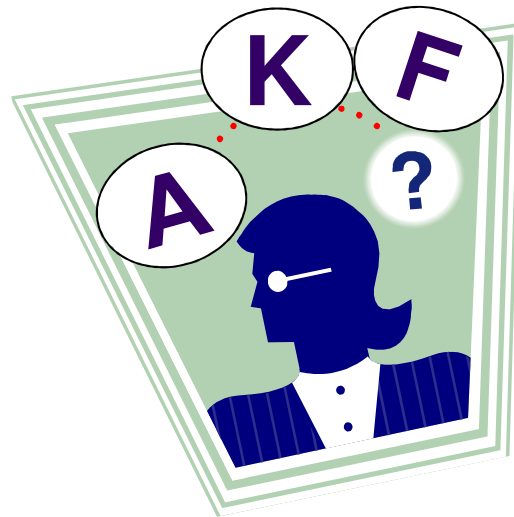
Wie entstehen Gesundheitsziele?



Gliederung



5. Sind die Ziele „genderbasiert“?



Sind die Ziele „genderbasiert“?



Sind die Ziele „genderbasiert“?



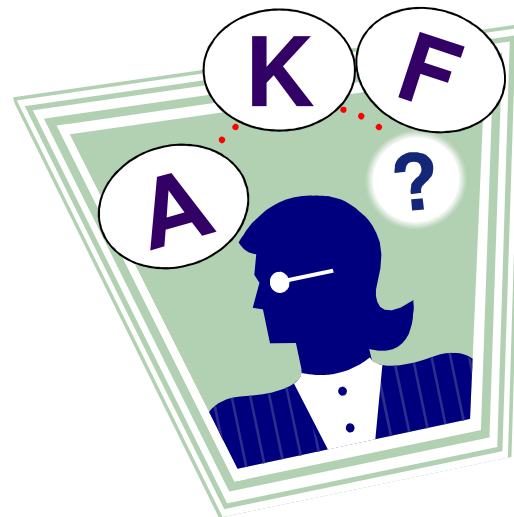
**Nicht
Wirklich!**



Gliederung



6. Welche „Genderkriterien“ sollten an Gesundheitsziele angelegt werden?



Welche „Genderkriterien“ sollten an Gesundheitsziele angelegt werden?



Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der gesundheitlichen Lage (Daten)?



Welche sozialen Determinanten beeinflussen diese Unterschiede?

Unterscheiden sich Frauen und Männer in verschiedenen sozialen Gruppen (Alter, Migration, Sozialstatus) hinsichtlich Gesundheit und deren Determinanten?

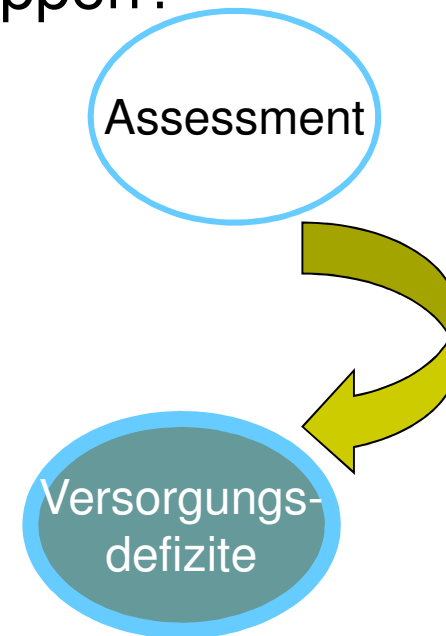
Welche „Genderkriterien“ sollten an Gesundheitsziele angelegt werden?



Welcher gesundheitliche Versorgungsbedarf besteht bei Frauen und Männern/ sozialen Gruppen?

Wird der jeweils spezifische Bedarf bei Frauen und Männern durch die bestehenden Versorgungsangebote gedeckt? Wo bestehen Lücken?

Unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung, der Qualität und der Wirksamkeit von Maßnahmen?



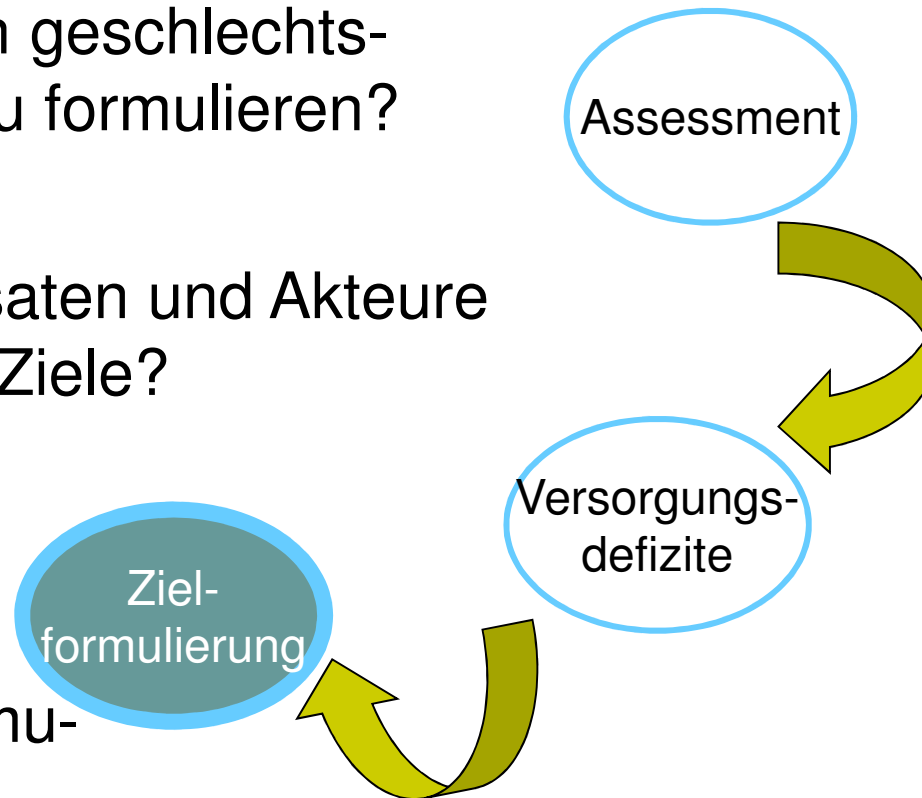
Welche „Genderkriterien“ sollten an Gesundheitsziele angelegt werden?



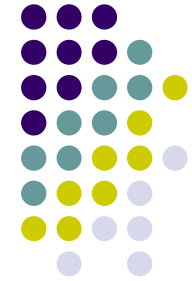
Sind vor dem Hintergrund der Datenlage und der Versorgungslücken geschlechtsspezifische Ziele zu formulieren?

Wer sind die Adressaten und Akteure zur Umsetzung der Ziele?

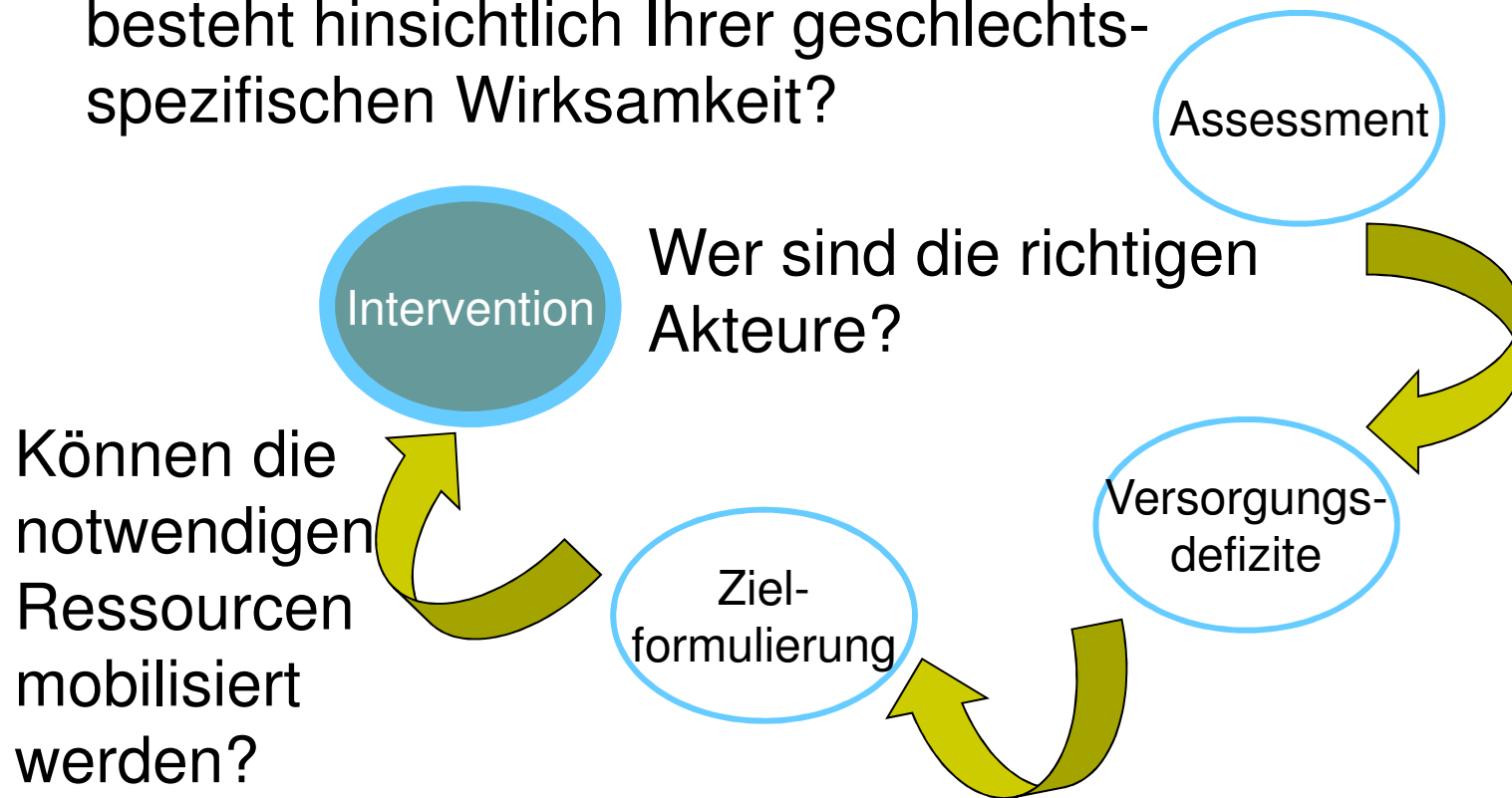
Sind diese bereit, geschlechtsspezifische Ziele zu formulieren?



Welche „Genderkriterien“ sollten an Gesundheitsziele angelegt werden?



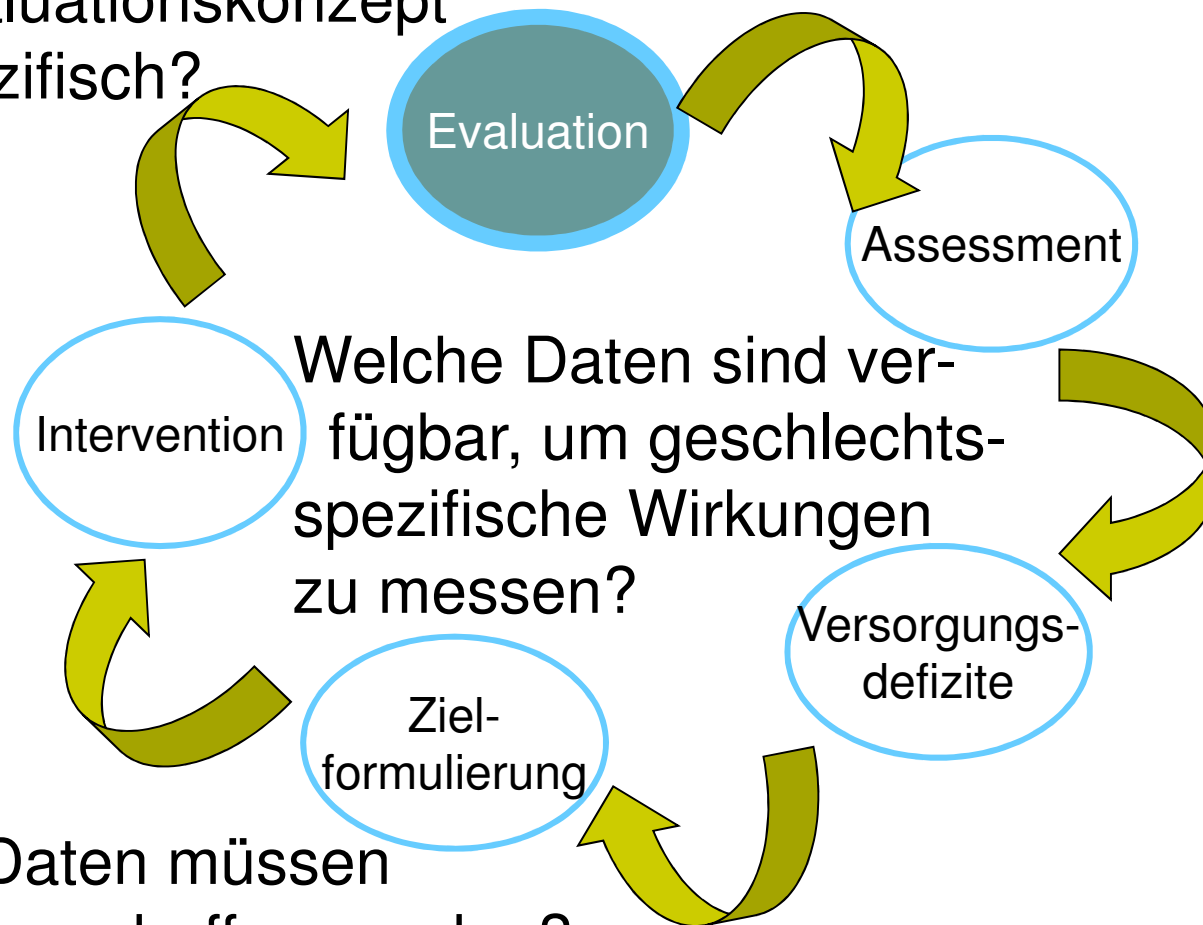
Welche Maßnahmen sind geeignet, die gewünschten Effekte zu erzielen und welche Evidenz besteht hinsichtlich Ihrer geschlechtsspezifischen Wirksamkeit?



Welche „Genderkriterien“ sollten an Gesundheitsziele angelegt werden?



Ist das Evaluationskonzept genderspezifisch?

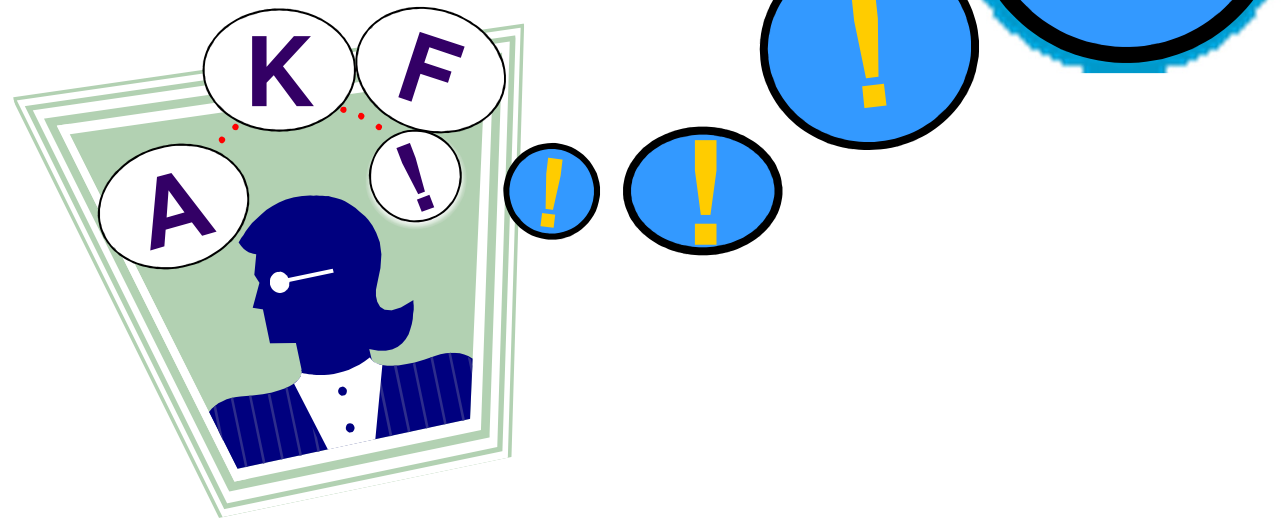


Welche Daten müssen ggf. neu geschaffen werden?

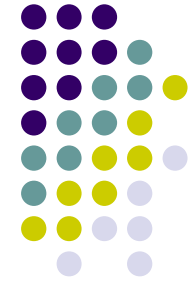
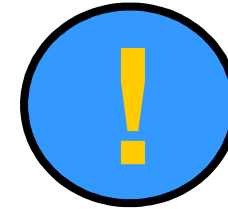
Gliederung



6. Geschlechtergerechte Gesundheitsziele!

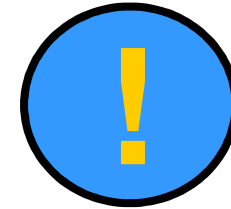


Geschlechtergerechte Gesundheitsziele



**Equity in health = Gesundheitliche
Chancengleichheit und Gerechtigkeit für
Frauen und Männer und alle sozial
benachteiligten Bevölkerungsgruppen**

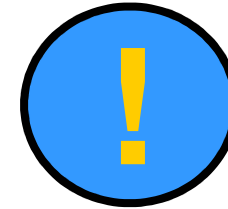
Geschlechtergerechte Gesundheitsziele



**Equity in health = Gesundheitliche
Chancengleichheit und Gerechtigkeit für
Frauen und Männer und alle sozial
benachteiligten Bevölkerungsgruppen**

“Equity means fairness. Equity in health means that people`s needs guide the distribution of opportunities for well-being. ... people have an equal opportunity to develop and maintain their health, through fair and just access to resources for health” (WHO 1996)

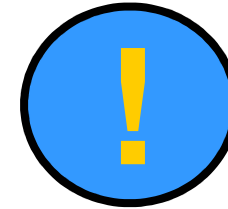
Geschlechtergerechte Gesundheitsziele



Gesundheitliche Chancengleichheit

- ... heißt nicht, Ungleichheiten oder Unterschiede zwischen den Menschen auszugleichen: biologische Unterschiede zwischen Frauen und Männern, ethnische oder kulturelle Unterschiede
- ... aber es bedeutet, Unterschiede, die ungerecht und durch soziale Nachteile hervorgebracht sind, die außerhalb der Kontrolle der einzelnen Menschen liegen und die vermeidbar sind, auszugleichen (NSW Health)

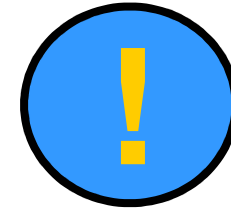
Geschlechtergerechte Gesundheitsziele



Gesundheitliche Nachteile hinsichtlich sozialer Determinanten

- Geschlecht
- Alter, Generationszugehörigkeit
- Soziale Lage, Bildung, Arbeit
- Ethnischer Hintergrund
- Zugang zu Ressourcen
- Soziale Integration, soziale Exklusion

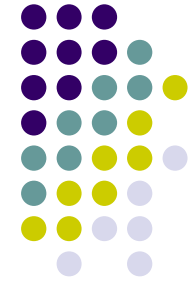
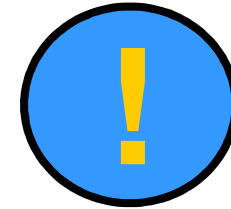
Geschlechtergerechte Gesundheitsziele



Gesundheitliche Nachteile in Bezug auf den gesundheitlichen Versorgungsbedarf, z.B.

- Reproduktive Gesundheit
- Spezifische Krankheiten (Herz-Kreislauf-Krankheiten, psychische Erkrankungen)
- Gesundheitliche Risiken

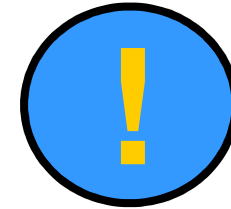
Geschlechtergerechte Gesundheitsziele



Gesundheitliche Nachteile in Bezug auf den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung

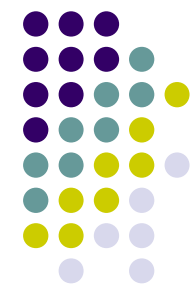
- Gesundheitsförderung, Prävention
- Medizinische Diagnostik und Therapie
- Ambulante und stationäre Versorgung
- Rehabilitation
- Pflege
- Finanzierung von Leistungen

Geschlechtergerechte Gesundheitsziele



Geschlechtergerechte Gesundheitsziele tragen dazu bei:

- ungleiche und ungerechte Gesundheitschancen zu verringern und die soziale Schere zu schließen
- die Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu verbessern
- Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen
- die sozialen Werte in der Gesellschaft durch Solidarität, Verantwortung und gegenseitiges Vertrauen zu stärken



Danke für's Zuhören

