

## 5. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz

Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach

Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung – Warum?

Die Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen wird in Deutschland zur Zeit auf allen Ebenen geführt. Während in Deutschland diskutiert wird, haben viele europäische und außereuropäische Länder bereits selbstverständlich Systeme und Institutionen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung implementiert. Insbesondere in Ländern, in denen ein starkes öffentliches Gesundheitswesen existiert, wie in Großbritannien, den Niederlanden und Schweden, scheint die Qualitätssicherung in vielen Bereichen des Gesundheitswesens und der Gesundheitsförderung in einem nachhaltigen Aufbau zu sein. Eine wichtige Rolle für den Erfolg der Qualitätssicherung spielt in diesen Ländern die Existenz eines zentralen Instituts oder zumindest einer Arbeitsgruppe sowie eine ausreichende unterstützende Infrastruktur für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben.

Gesundheitsförderung zielt im Gegensatz zu Prävention nicht auf eine spezielle Krankheit oder definierte Bevölkerungsgruppe ab, sondern versucht die Gesundheit aller Bürger zu verbessern. Dazu ist eine langfristige Planung auf dem Boden einer Gesundheitsberichterstattung die Grundlage. Die Gesundheitsberichterstattung soll Defizite in den Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität aufdecken. Die Gesundheitsförderung soll daraus Bedarfsanalysen ableiten und Handlungsempfehlungen auf dem Boden der evidenzbasierten Medizin entwickeln. Beides ist eine Querschnittsaufgabe, die alle relevanten gesellschaftlichen Systeme umfassen muss. Daher sind die vordringlichen Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsförderung die Information der Entscheidungsträger, die Einflussnahme auf politische Entscheidungsprozesse, die Evaluation und kontinuierliche Verbesserung von durchgeführten Konzepten und Programmen sowie die Information der Bürger über Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Ergebnisse an Hand von Qualitätsindikatoren. Dazu werden Strukturen benötigt, die den Wissens- und Datentransfer ermöglichen, Indikatoren zur Beurteilung der Qualität entwickeln sowie die kontinuierliche Dokumentation, Evaluation und Publikation der Daten wahrnehmen.

In den Niederlanden beispielsweise sind für alle Versorgungseinrichtungen Systeme zur Qualitätssicherung mit jährlichen Berichten gesetzlich vorgeschrieben. Instrumente zur Analyse der Literatur über die Effektivität von Gesundheitsförderung und zur Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen in der Praxis werden vom niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt. Dass solche Kriterien in nationalen Programmen angewandt Erfolge in der Prävention und in der Gesundheitsförderung erzielen, konnte in Finnland eindrucksvoll belegt werden. Durch die Entwicklung eines nationalen Herz-Kreislauf-Präventions-Programms wurde die Rate an neu eingetretenen Herzinfarkten halbiert. In Großbritannien werden Kosten und Nutzen medizinischer Innovationen durch das National Institute of Clinical Excellence (NICE) nach einem standardisierten wissenschaftlichen Verfahren bewertet und die Ergebnisse auch für die breite Öffentlichkeit transparent gemacht.

Anders ist die Situation in Deutschland. Hier liegt die Gesundheitsförderung in der Verantwortung der Länder. Entsprechend gibt es so gut wie keine nationalen Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention, die Gesundheitsberichterstattung weist Defizite auf. Wichtige Informationen zum Status Quo der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung können jedoch vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in eigenen Gutachten dargestellt werden. Auch wurde der Versuch unternommen mit der gesetzlichen Verankerung von Disease Management Programmen wissenschaftlich gesicherte Standards in der Versorgung national festzuschreiben und die Ausführung der Standards zu gewährleisten. Ein Zentrum für Qualität in der Medizin befindet sich auch in Deutschland in der Planung für die laufende Gesundheitsreform. Außerdem plant das Gesundheitsministerium ein Präventionsgesetz und Bonusprogramme für Prävention durch die Krankenkassen.

Wichtige Felder für die Gesundheitsförderung in Deutschland sollten die Ernährung und der Tabakkonsum sein. Ziele einer Gesundheitsförderung könnten in naher Zukunft die Entwicklung nationaler Programme auf einer evidenzbasierten Grundlage in diesen Bereichen sein. Damit könnte der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert und die Entwicklung vieler chronischer Erkrankungen hinausgezögert oder gar verhindert werden. Prävention ist eine zentrale Aufgabe im Rahmen der Bewältigung der demographischen Herausforderung.

*Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach; Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Universität zu Köln, Dozent an der Harvard School of Public Health, Department of Health Policy and Management, Studium der Gesundheitsökonomie (Health Policy and Management) und der Epidemiologie an der Harvard School of Public Health in Boston, Studium der Humanmedizin in Aachen, Düsseldorf und San Antonio. Schwerpunkte in der Forschung sind Gesundheitspolitik, Evidenzbasierte Medizin, Prävention chronischer Krankheiten und Fragen der Medizinethik. Mitglied unter u.a. des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit 1999), des Medizintechnischen Ausschusses des Gesundheitsforschungsrates des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF); Veröffentlichungen von Prof. Lauterbach finden Sie unter <http://www.igke.de>*