# Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Europa – viel erreicht, noch viel zu tun

**EuroHeart-Arbeitspaket 5:**
**nationale Pläne, Richtlinien und Maßnahmen zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

EUROPEAN HEART NETWORK

**September 2009**

# Inhalt


**Danksagungen** ..... **3**

**Einleitung** ..... **4**

**Hintergrund** ..... **5**

Sterblichkeitsrate bei Männern und Frauen in den 16 AP5-Ländern (absteigend) ..... 6

Häufigkeit der Risikofaktoren bei Männern und Frauen in den 16 AP5-Ländern (absteigend) ..... 10

**Das EuroHeart-Projekt zur Datenerhebung** ..... **15**

Methoden ..... 15

Entwicklung des Fragebogens ..... 15

Datenerhebung ..... 15

Datenanalyse ..... 16

**Ergebnisse** ..... **17**

Nationale Organisationen ..... 17

Nationale Gesetze und Rechtsvorschriften ..... 17

Nationale Richtlinien/Strategien oder Pläne ..... 17

Nationale Programme ..... 22

Nationale Leitlinien/Standards ..... 24

Nationale Ziele, Monitoring und Evaluierung ..... 25

**Allgemeine Anmerkungen** ..... **26**

**Wesentliche Bestandteile einer umfassenden nationalen Strategie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen** ..... **28**

**Schlussfolgerungen** ..... **36**

**Empfehlungen** ..... **37**

**Quellenangabe** ..... **38**

**Appendix A: Advisory Board for Work Package 5** ..... **39**

**Appendix B: Questionnaire** ..... **40**

**Appendix C: Explanatory notes for Questionnaire** ..... **48**

**Appendix D: Additional data collection** ..... **54**

**Glossary** ..... **55**

## Tabellen

1. Altersstandardisierte Sterblichkeitsraten bei Männern und Frauen unter 65 Jahren in den 16 AP5-Ländern (absteigend) – Koronare Herzkrankheit ..... 6
2. Altersstandardisierte Sterblichkeitsraten bei Männern und Frauen unter 65 Jahren in den 16 AP5-Ländern (absteigend) – Schlaganfall ..... 8
3. Häufigkeit der Risikofaktoren bei Männern und Frauen in den 16 AP5-Ländern (absteigend) – Rauchen ..... 10
4. Häufigkeit der Risikofaktoren bei Männern und Frauen in den 16 AP5-Ländern (absteigend) – Verfügbarkeit von Obst und Gemüse ..... 12
5. Häufigkeit der Risikofaktoren bei Männern und Frauen in den 16 AP5-Ländern (absteigend) – Anteil von Fett an der Gesamtenergie ..... 13
6. Häufigkeit der Risikofaktoren bei Männern und Frauen in den 16 AP5-Ländern (absteigend) – Personen, die sich an vier oder mehr Tagen pro Woche gemäßigt körperlich bewegen ..... 14
7. Bestehende und geplante Rechtsvorschriften in allen AP5-Ländern ..... 19
8. Bestehende und geplante nationale Richtlinien/Strategien und Pläne in allen AP5-Ländern ..... 20
9. Bestehende und vorgeschlagene nationale Programme in allen AP5-Ländern ..... 23
10. Bestehende und geplante nationale Leitlinien/Standards in allen AP5-Ländern ..... 24
11. Bestehende und geplante nationale Ziele, Monitoring und Evaluierung in allen AP5-Ländern ..... 27

## Abbildungen

1. Sterblichkeitsraten bei koronarer Herzkrankheit bei Männern unter 65 Jahren pro 100 000 ..... 7
2. Sterblichkeitsraten bei koronarer Herzkrankheit bei Frauen unter 65 Jahren pro 100 000 ..... 7
3. Sterblichkeitsraten bei Schlaganfall bei Männern unter 65 Jahren pro 100 000 ..... 9
4. Sterblichkeitsraten bei Schlaganfall bei Frauen unter 65 Jahren pro 100 000 ..... 9
5. Anteil männlicher Raucher ab 15 Jahren in den AP5-Ländern in Prozent ..... 11
6. Anteil weiblicher Raucher ab 15 Jahren in den AP5-Ländern in Prozent ..... 11
7. Verfügbarkeit von Obst und Gemüse in den AP5-Ländern in Gramm ..... 12
8. Anteil von Fett an der Gesamtenergie in den AP5-Ländern in Prozent ..... 13
9. Personen in den AP5-Ländern, die sich an vier oder mehr Tagen pro Woche gemäßigt körperlich bewegen, in Prozent, 2005 ..... 14
10. Länder, die nationale Richtlinien zur Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu koronarer Herzerkrankung, Bluthochdruck, Schlaganfall und Hyperlipidämie nennen ..... 21
11. Wesentliche Bestandteile einer umfassenden nationalen Strategie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Modellvorschlag ..... 28

# Danksagungen

Vorbereitung dieses Berichts:

Gill Cowburn[1], Prachi Bhatnagar[1], Susanne Løgstrup[2]

Unser Dank richtet sich an die nationalen Koordinatoren und deren Kollegen, die sich an der Datenerhebung beteiligt haben:

- Freddy van de Casseye – Belgische Herzliga
- Mads Hyldgård – Dänische Herzstiftung
- Marianne Sirel – Estnische Herzgesellschaft
- Anna-Liisa Rajala – Finnische Herzgesellschaft
- Céline dos Santos – Französischer Verband für Kardiologie
- Christine Dehn – Deutsche Herzstiftung
- George Andrikopoulos – Hellenische Herzstiftung
- András Nagy – Ungarische Herzstiftung
- Bylgja Valtýsdottír – Isländische Herzgesellschaft
- Maureen Mulvihill – Irische Herzstiftung
- Maria Luce Ranucci – Italienische Herzstiftung
- Marina Trovo – Italienische Stiftung gegen Thrombose (ALT)
- Marijke Luif – Niederländische Herzstiftung
- Grete Crowo – Norwegische Gesellschaft für Herz-Lungen-Patienten
- Jan Slezak – Slowakische Herzliga
- Nataša Jan – Slowenische Herzgesellschaft
- Rebecca Salay – Nationales Herzforum Vereinigtes Königreich

- Marleen Kestens – Europäische Herz-Netzwerk (European Heart Network)

[1] Britische Herzstiftung, Forschungsgruppe Gesundheitsförderung, Universität Oxford, Old Road Campus, Headington, Oxford, OX3 7LF, Großbritannien - http://www.dphpc.ox.ac.uk/bhfhprg

[2] European Heart Network, Rue Montoyer 31, B-1000 Brüssel, Belgien - http://www.ehnheart.org

# Einleitung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen bleiben mit jährlich über 2 Mio. Todesfällen Haupttodesursache in der Europäischen Union. Während die Risikofaktoren und die Determinanten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen hinlänglich bekannt sind, gibt es nur ein unvollständiges Bild darüber, welche Strategien und Maßnahmen die einzelnen Länder umgesetzt bzw. ergriffen haben, um der schweren Belastung dieser Erkrankungen für Mensch und Wirtschaft entgegenzuwirken.

In den letzten 50 Jahren wurden in Europa wichtige Richtlinien zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen erarbeitet. Dazu gehören die Ratsbeschlüsse zur Förderung der Herzgesundheit, die 2004 verabschiedet wurden, die 2007 veröffentlichte Europäische Charta für Herzgesundheit und die Entschließung des Europäischen Parlaments zu Maßnahmen zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die mit großer Mehrheit im Juli 2007 angenommen wurde.

Um auf diesen Entwicklungen aufzubauen und bestimmte Vorgaben der Europäischen Charta für Herzgesundheit umzusetzen, verständigten sich das European Heart Network und die Europäische Gesellschaft für Kardiologie auf die Bündelung ihrer Fachkompetenz in einem gemeinsamen Projekt namens EuroHeart.
Die wichtigsten Ziele von EuroHeart sind die Stärkung der fachübergreifenden Zusammenarbeit; die Sammlung umfassender vergleichbarer Informationen zu Richtlinien und Maßnahmen zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Verbesserung des Bewusstseins, der Diagnose und der Behandlung hinsichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in Europa; und die Schaffung gleicher Voraussetzungen durch die Einführung nationaler Versionen der Leitlinien zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese Zielsetzungen wurden in einzelne Arbeitspakete unterteilt.

Dieser Bericht beschäftigt sich mit einem der Arbeitspakete von EuroHeart – Arbeitspaket 5 (AP5) – und gibt einen Überblick über bestehende nationale Strategien und Maßnahmen im Bereich der Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in 16 Ländern Europas. Der Bericht und dessen Schlussfolgerungen werden Entscheidungsträgern in Europa zugehen. Diesen wird somit ermöglicht, eigene nationale Strategiepläne mit den Maßnahmen anderer Länder zu vergleichen. Der Bericht stellt eine Momentaufnahme der Situation dar. Es ist absolut notwendig, die Auswirkungen der umgesetzten Strategien ständig zu prüfen und zu evaluieren, da gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht statisch vorgegangen werden kann. Das European Heart Network ist der Überzeugung, dass – auch wenn die Gesundheitspolitik größtenteils im Zuständigkeitsbereich der EU-Mitgliedsstaaten liegt – die EU unterstützend tätig sein und dazu beitragen kann, Ungleichheiten innerhalb und zwischen den Ländern auszubalancieren, indem sie z.B. Maßstäbe in Form von Empfehlungen setzt. Zweifelsohne kann die EU hinsichtlich der Herzgesundheit in anderen politischen Richtlinien eine führende Rolle übernehmen, indem sie eine effektive Bewertung der sich auf die Gesundheit auswirkenden Maßnahmen, die in vielen Bereichen der Politik vorgeschlagen werden, sicherstellt.

# Hintergrund

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in allen europäischen Ländern führende Todesursache bei Frauen und führende Todesursache bei Männern in allen Ländern außer Frankreich, den Niederlanden und Spanien. Dennoch unterscheiden sich die Sterblichkeitsraten in Europa erheblich.

Dies trifft auch für die 16 AP5-Länder zu, wie die Tabellen 1 und 2/Abbildungen 1 – 4 zeigen. Die Sterbeziffer bei KHK (koronare Herzkrankheit) ist bei Männern in Ungarn über sechsmal höher (105/100 000) als in Frankreich (17/100 000). Bei Frauen ist die Sterbeziffer in Ungarn über neunmal höher als in Frankreich. Die Sterbeziffer bei Schlaganfall ist bei Männern in Estland über zehnmal höher (41/100 000) als in Island (4/100 000). Bei Frauen in Estland ist die Sterbeziffer bei Schlaganfall über dreimal höher als in Island.

Zudem zeigen sich in der Mortalität erheblich unterschiedliche Trends. In Finnland sind die Sterblichkeitsraten sowohl bei KHK als auch bei Schlaganfall von 1972 bis 2005 deutlich gesunken (76% KHK; 74% Schlaganfall). Im gleichen Zeitraum sind in Griechenland die Sterblichkeitsraten bei KHK um 11% gestiegen. Jedoch kann in Griechenland ein Rückgang der Sterbeziffer bei Schlaganfall (48%) festgestellt werden.

In neun AP5-Ländern zeigen die Trends in den KHK-Sterbeziffern bei Frauen, dass sie im Vergleich zu den Sterbeziffern bei Männern weniger gesunken sind.

Weitere Informationen zur Bevölkerung, dem Bruttoinlandsprodukt und der Mortalität sowie zu einzelnen Risikofaktoren finden sich im Ergänzungsbericht bzw. in den zusammenfassenden Länderberichten unter http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176

Quelle für Tabellen 1 und 2/Abbildungen 1 – 4: S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brüssel.

# Sterblichkeitsrate bei Männern und Frauen in den 16 AP5-Ländern (absteigend)

## Altersstandardisierte Sterblichkeitsraten bei Männern und Frauen unter 65 Jahren in den 16 AP5-Ländern (absteigend)

**Tabelle 1:**
**Koronare Herzkrankheit**

| MÄNNER | |
|---|---|
| **Land** | Ziffer pro 100 000 |
| Ungarn | 105 |
| Estland | 104 |
| Slowakei | 74 |
| Griechenland | 50 |
| Finnland | 48 |
| Vereinigtes Königreich | 44 |
| Irland | 39 |
| Belgien | 36 |
| Deutschland | 33 |
| Slowenien | 33 |
| Island | 30 |
| Dänemark | 30 |
| Norwegen | 27 |
| Italien | 25 |
| Niederlande | 22 |
| Frankreich | 17 |

| FRAUEN | |
|---|---|
| **Land** | Ziffer pro 100 000 |
| Ungarn | 28 |
| Estland | 20 |
| Slowakei | 19 |
| Vereinigtes Königreich | 11 |
| Griechenland | 10 |
| Belgien | 9 |
| Dänemark | 9 |
| Irland | 9 |
| Deutschland | 8 |
| Finnland | 7 |
| Niederlande | 7 |
| Norwegen | 6 |
| Italien | 5 |
| Slowenien | 5 |
| Frankreich | 3 |
| Island | 3 |

**Abbildung 1:**
**Sterblichkeitsraten bei koronarer Herzkrankheit bei Männern unter 65 Jahren pro 100 000 (letztverfügbares Jahr)**

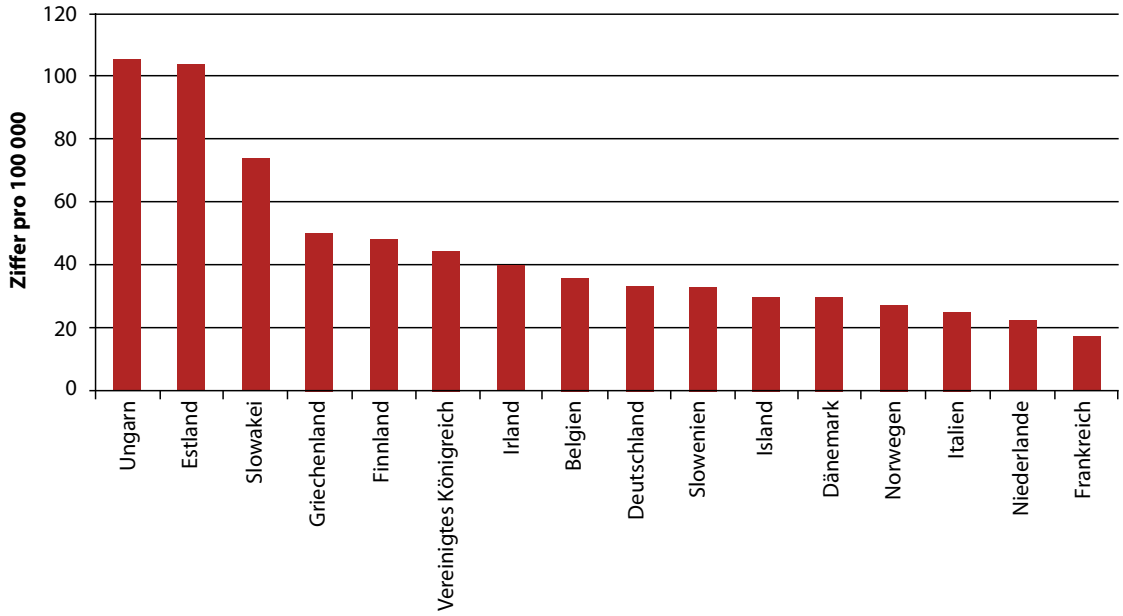
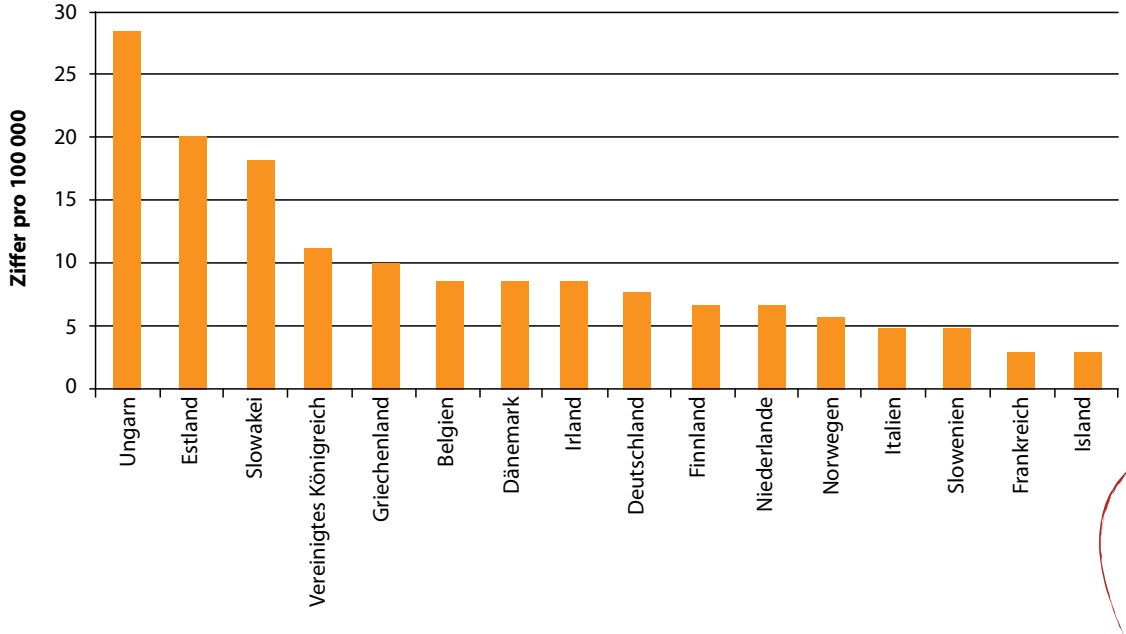



**Abbildung 2:**
**Sterblichkeitsraten bei koronarer Herzkrankheit bei Frauen unter 65 Jahren pro 100 000 (letztverfügbares Jahr)**




Quelle: S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brüssel; letztverfügbares Jahr (variiert von 1997 bis 2006).

**Tabelle 2:**
**Schlaganfall**

| MÄNNER | |
|---|---|
| **Land** | Ziffer pro 100 000 |
| Estland | 41 |
| Ungarn | 34 |
| Slowakei | 19 |
| Griechenland | 14 |
| Slowenien | 13 |
| Dänemark | 12 |
| Belgien | 11 |
| Finnland | 11 |
| Italien | 9 |
| Vereinigtes Königreich | 9 |
| Deutschland | 8 |
| Irland | 8 |
| Frankreich | 7 |
| Niederlande | 7 |
| Norwegen | 7 |
| Island | 4 |

| FRAUEN | |
|---|---|
| **Land** | Ziffer pro 100 000 |
| Estland | 16 |
| Ungarn | 15 |
| Belgien | 8 |
| Dänemark | 7 |
| Griechenland | 7 |
| Slowakei | 7 |
| Slowenien | 7 |
| Vereinigtes Königreich | 7 |
| Finnland | 6 |
| Niederlande | 6 |
| Deutschland | 5 |
| Island | 5 |
| Italien | 5 |
| Norwegen | 5 |
| Frankreich | 4 |
| Irland | 4 |

**Abbildung 3:**
**Sterblichkeitsraten bei Schlaganfall bei Männern unter 65 Jahren pro 100 000 (letztverfügbares Jahr)**

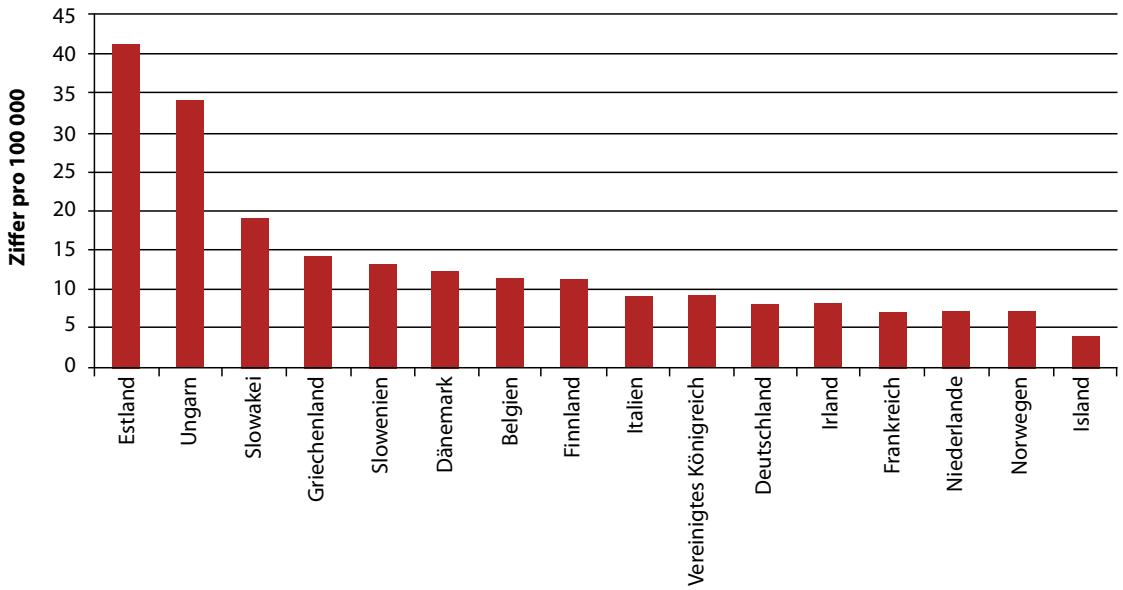
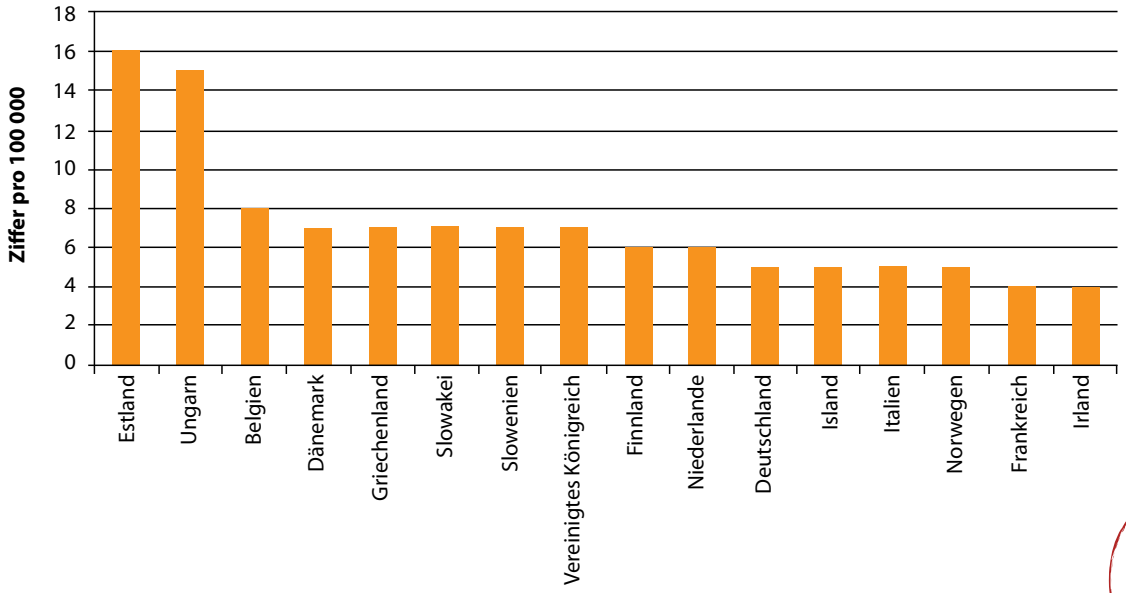



**Abbildung 4:**
**Sterblichkeitsraten bei Schlaganfall bei Frauen unter 65 Jahren pro 100 000 (letztverfügbares Jahr)**




Quelle: S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brüssel; letztverfügbares Jahr (variiert von 1997 bis 2006).

# Häufigkeit der Risikofaktoren bei Männern und Frauen in den 16 AP5-Ländern (absteigend)

**Tabelle 3:**
**Rauchen – letztverfügbares Jahr**

| MÄNNER | |
|---|---|
| **Land** | % |
| Griechenland | 47 |
| Estland | 42 |
| Slowakei | 41 |
| Deutschland | 37 |
| Ungarn | 37 |
| Niederlande | 35 |
| Italien | 31 |
| Frankreich | 30 |
| Dänemark | 29 |
| Finnland | 26 |
| Norwegen* | 26 |
| Vereinigtes Königreich | 26 |
| Irland | 24 |
| Slowenien | 24 |
| Belgien | 23 |
| Island | 22 |

| FRAUEN | |
|---|---|
| **Land** | % |
| Deutschland | 31 |
| Griechenland | 29 |
| Niederlande | 26 |
| Ungarn | 25 |
| Irland | 24 |
| Norwegen* | 24 |
| Dänemark | 23 |
| Vereinigtes Königreich | 23 |
| Slowenien | 22 |
| Estland | 21 |
| Frankreich | 21 |
| Island | 19 |
| Finnland | 18 |
| Italien | 17 |
| Belgien | 16 |
| Slowakei | 15 |

**Abbildung 5:**
**Anteil männlicher Raucher ab 15 Jahren in den AP5-Ländern in Prozent (letztverfügbares Jahr)**

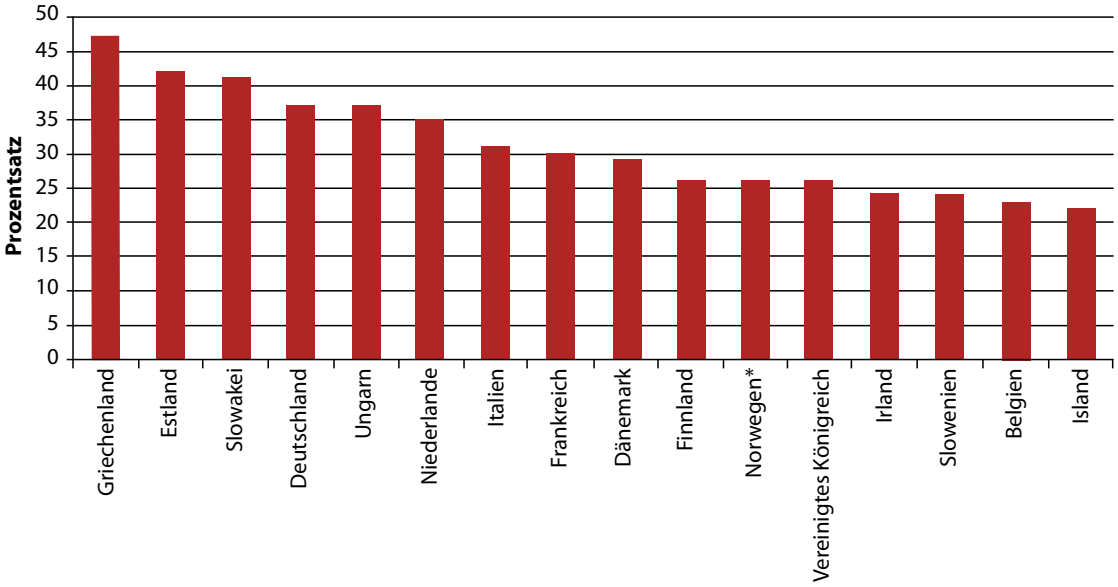
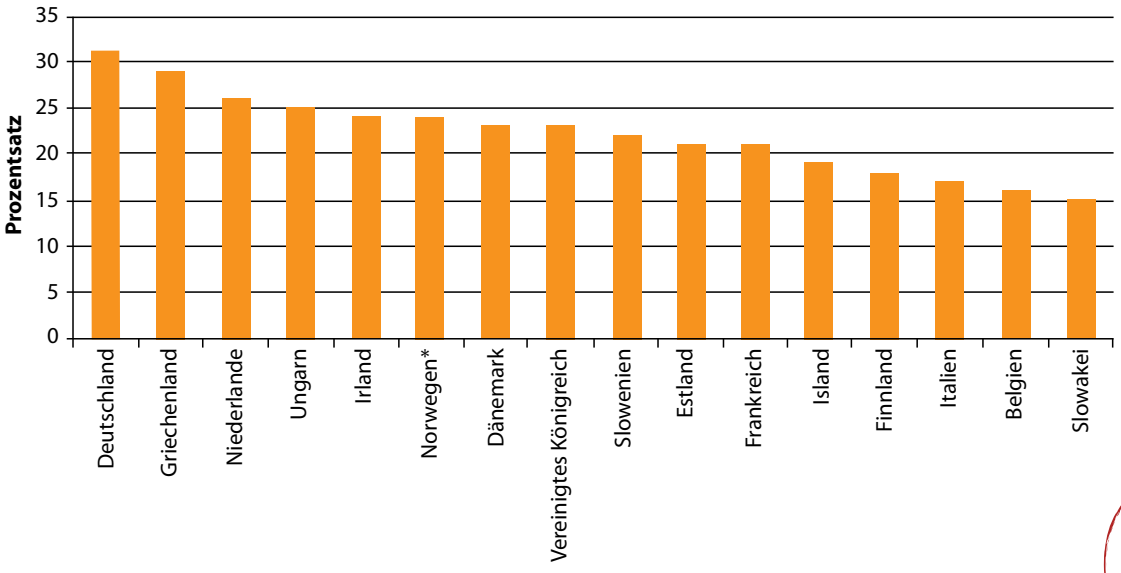



**Abbildung 6:**
**Anteil weiblicher Raucher ab 15 Jahren in den AP5-Ländern in Prozent (letztverfügbares Jahr)**



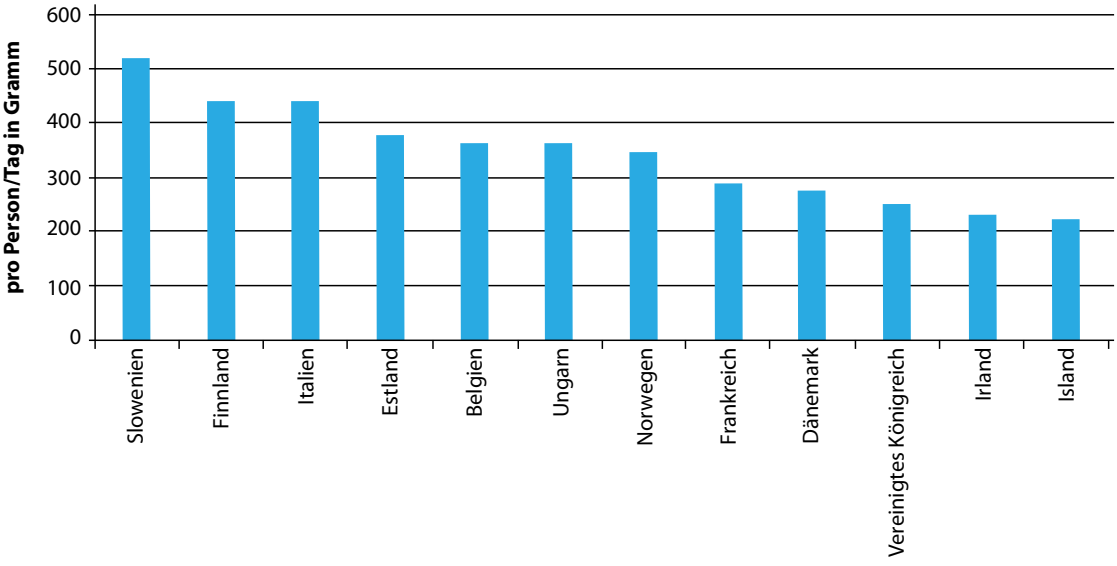

Quellen: S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brüssel; letztverfügbares Jahr (variiert von 1998 bis 2008).

*Norwegen: Norwegisches Amt für Gesundheit, 2009.

**Tabelle 4:**
**Verfügbarkeit von Obst und Gemüse in den AP5-Ländern (letztverfügbares Jahr)**

| ALLE | |
|---|---|
| **Land** | pro Person/ Tag in Gramm |
| Slowenien | 516 |
| Finnland | 433 |
| Italien | 433 |
| Estland | 378 |
| Belgien | 360 |
| Ungarn | 360 |
| Norwegen | 341 |
| Frankreich | 288 |
| Dänemark | 273 |
| Vereinigtes Königreich | 248 |
| Irland | 229 |
| Island | 224 |

**Abbildung 7:**
**Verfügbarkeit von Obst und Gemüse in den AP5-Ländern in Gramm (letztverfügbares Jahr)**

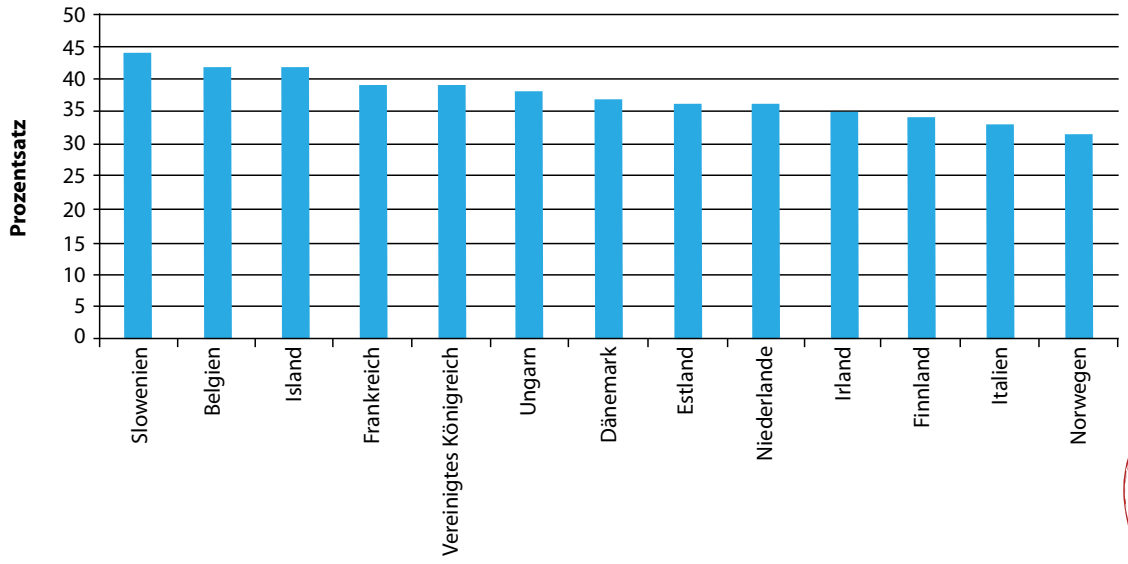



Für Griechenland, Deutschland, die Niederlande und die Slowakei lagen keine Daten vor.
Quelle: S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brüssel; letztverfügbares Jahr (variiert von 1980/84 bis 1997).

**Tabelle 5:**
**Anteil von Fett an der Gesamtenergie (letztverfügbares Jahr)**

| ALLE | |
|---|---|
| **Land** | % |
| Slowenien | 44 |
| Belgien | 42 |
| Island | 42 |
| Frankreich | 39 |
| Vereinigtes Königreich | 39 |
| Ungarn | 38 |
| Dänemark | 37 |
| Estland | 36 |
| Niederlande | 36 |
| Irland | 35 |
| Finnland | 34 |
| Italien | 33 |
| Norwegen | 31 |

**Abbildung 8:**
**Anteil von Fett an der Gesamtenergie in den AP5-Ländern in Prozent (letztverfügbares Jahr)**

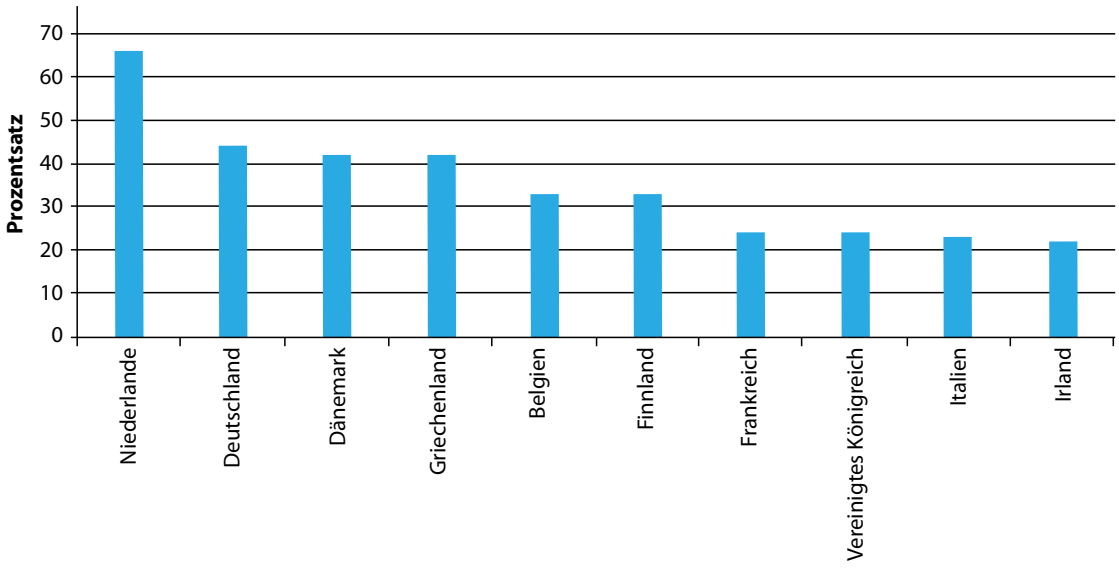



Für Griechenland, Deutschland und die Slowakei lagen keine Daten vor.
Quelle: S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brüssel; letztverfügbares Jahr (variiert von 1980/84 bis 1997).

**Tabelle 6:**
**Personen, die sich an vier oder mehr Tagen pro Woche gemäßigt körperlich bewegen, 2005**

| ALLE | |
|---|---|
| **Land** | **%** |
| Niederlande | 66 |
| Deutschland | 44 |
| Dänemark | 42 |
| Griechenland | 42 |
| Belgien | 33 |
| Finnland | 33 |
| Frankreich | 24 |
| Vereinigtes Königreich | 24 |
| Italien | 23 |
| Irland | 22 |

**Abbildung 9:**
**Personen in den AP5-Ländern, die sich an vier oder mehr Tagen pro Woche gemäßigt körperlich bewegen, in Prozent, 2005**




Für Estland, Ungarn, Island, Norwegen, Slowenien und die Slowakei lagen keine Daten vor.
S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brüssel; letztverfügbares Jahr (variiert von 1980/84 bis 1997).

# Das EuroHeart-Projekt zur Datenerhebung

Dieser Bericht präsentiert die Ergebnisse des EuroHeart-Projekts zur Datenerhebung (Arbeitspaket 5), das einen Überblick über Strategien zur Herzgesundheit in 16 Ländern Europas verschaffen soll. Die Datenerhebung begann im September 2007 und wurde im November 2008 abgeschlossen.

Ziel des Arbeitspakets 5 war es zunächst, durch Datenerhebung und Analyse umfassende vergleichbare Informationen zu Richtlinien, Plänen und Maßnahmen zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erhalten. Unterschiede und Lücken in Richtlinien und Maßnahmen in Europa sollten herausgearbeitet und die wesentlichen Bestandteile einer umfassenden nationalen Strategie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestimmt werden. Das Arbeitspaket soll zudem das Bewusstsein dahingehend schärfen, dass erkannt wird, wie wichtig die Berücksichtigung des Herzgesundheitsaspekts in vielen Bereichen der Politik ist. Das EuroHeart-Projekt wird von der Europäischen Union im Rahmen des Gesundheitsprogramms gefördert.

## Methoden

Das Projekt zur Datenerhebung war als Gemeinschaftsprojekt des European Heart Network, dessen nationalen Partnern und der Forschungsgruppe Gesundheitsförderung der Britischen Herzstiftung (BHFHPRG) an der Universität von Oxford (wissenschaftlicher Partner in diesem Arbeitspaket) angelegt. Jeder Partnerorganisation wurde eine klar definierte Rolle innerhalb des Projekts zugewiesen. Das European Heart Network war für die Organisation und die Verwaltungsarbeit in diesem Arbeitspaket zuständig und erhob Daten auf EU-Ebene. Dessen angegliederte nationale Partner wurden mit der Erhebung der Daten in ihren jeweiligen Ländern beauftragt, und die BHFHPRG war für die Entwicklung der Instrumente zur Datenerhebung, die Analyse der Daten und die Erstellung des Projektberichts verantwortlich.

Ein eigens gegründetes Beratungsgremium trat dreimal zusammen (siehe auch Appendix A zu den einzelnen Mitgliedschaften). Das erste Treffen fand im Oktober 2007 statt, um die Abläufe zu Arbeitspaket 5 sowie die Gestaltung und die Entwicklung der Instrumente zur Datenerhebung zu besprechen. Während des zweiten Treffens im Oktober 2008 wurden die Ergebnisse des Projekts diskutiert. Das Beratungsgremium traf sich zum dritten und letzten Mal im März 2009, um die Veröffentlichung der Ergebnisse zu besprechen.

## Entwicklung des Fragebogens

Um das Erfassen von vergleichbaren Informationen zu gewährleisten, wurde sich darauf verständigt, dass als E-Mailanhang verschickte strukturierte Fragebögen die effektivste Methode für die Datenerhebung in den teilnehmenden Ländern sind.
Die BHFHPRG erstellte einen strukturierten Fragebogen sowie einen Anhang mit Erklärungen, die zum Teil auf einer ähnlichen, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO)[1,2] durchgeführten Arbeit basieren (siehe auch Appendix B & C).

## Datenerhebung

Für das Erfassen der Informationen auf nationaler Ebene waren die am Arbeitspaket beteiligten angegliederten Partner zuständig. Jedes teilnehmende Land stellte eine Person, die mit der Datenerhebung im Namen der Universität von Oxford betraut wurde. Für diese nationalen Koordinatoren wurden drei Treffen organisiert: Während des ersten Treffens im November 2007 wurden

die nationalen Koordinatoren über den Ablauf der durchzuführenden Datenerhebung informiert, um Qualitätskriterien für das Erfassen und die Dokumentation der Daten festzulegen. Während die nationalen Koordinatoren ihre Unterlagen vervollständigten, erfolgten weitere Hinweise und Unterstützung per E-Mail. Nachdem der ursprüngliche Abgabetermin der Unterlagen verstrichen war, wurden die nationalen Koordinatoren, die noch nicht geantwortet hatten (n=4), per E-Mail kontaktiert und aufgefordert, ihre Daten einzureichen. Dies führte dazu, dass alle Länder ihre Daten zur Analyse vorlegten. Nach der Durchsicht der Daten wurden einige nationale Koordinatoren gebeten, fehlende Informationen nachzutragen. Zusätzlich wurde jeder nationale Koordinator damit beauftragt, weitere Informationen zu den nationalen Richtlinien/Strategien oder Plänen (siehe Appendix D) seines Landes zu beschaffen. Im Juni 2008 fand ein zweites Treffen statt, um den nationalen Koordinatoren die ersten Ergebnisse des Projekts vorzustellen. Im Anschluss an dieses Treffen wurden die nationalen Koordinatoren gebeten, eine Zusammenfassung der Informationen zu prüfen und mögliche Fehlinterpretationen der Daten zu korrigieren.

Im September 2008 wurden die Daten, die innerhalb des WHO-Projekts[1,2] erhoben worden waren, untersucht, um eine Vergleichbarkeit der beiden Datensätze zu beurteilen. Hierbei berücksichtigte man, dass die Daten zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben wurden. Die nationalen Koordinatoren wurden gebeten, alle gefundenen Datenabweichungen zu kommentieren.

Die Diskussionen während des Treffens des Beratungsgremiums im Oktober 2008 führten dazu, dass zudem jeder nationale Koordinator gebeten wurde, zusammenfassende Informationen über nationale Richtlinien zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beschaffen.

Während des Abschlusstreffens der nationalen Koordinatoren im März 2009 wurde sich auf letzte Änderungen im Bericht verständigt und über die Veröffentlichung der Informationen sowie die Nachbereitung diskutiert.

## Datenanalyse

Alle Daten wurden von der BHFHPRG an der Universität von Oxford ausgewertet. Die Daten jedes Landes wurden mit Hilfe von Excel zusammengeführt.

Ursprünglich sollten die Analysen mit Hilfe einer Matrix mit dem Verweis auf die Ottawa Charta[5] durchgeführt werden, wobei ähnliche vergleichende Analysen[1-4] berücksichtigt wurden. Doch nach drei Durchgängen bei der Datenerhebung hatten die angegliederten nationalen Partner eine beträchtliche Datenmenge produziert. Die Vielfalt der Datenmenge bedeutete jedoch, dass keine detaillierte Analyse aller Informationen möglich war. Stattdessen wurde eine beschreibende Analyse vorgenommen.

# Ergebnisse

Dieser Bericht fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen. Weitere Informationen zu den einzelnen Ländern finden sich im Ergänzungsbericht bzw. in den zusammenfassenden Länderberichten unter http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176

Ein Wortglossar befindet sich auf Seite 55.

## Nationale Organisationen

Alle Länder konnten ein Ministerium benennen, das hauptverantwortlich für Maßnahmen hinsichtlich der Prävention und Kontrolle von chronischen Krankheiten im Bereich Public Health ist. Die meisten Länder konnten zudem weitere Ministerien und/oder nationale Organisationen benennen, die ähnlich zuständig sind.

Alle Länder konnten außerdem das Ministerium nennen, das hauptverantwortlich für die Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist. Eine Reihe anderer Organisationen (Regierungsorganisationen, Nichtregierungsorganisationen, Wohltätigkeitsorganisationen, Berufsverbände) war in allen 16 Ländern an der Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beteiligt. Einige Länder konnten eine Organisation benennen, die die Umsetzung einer Richtlinie/Strategie oder eines Plans zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich koordiniert. Irland nannte die für die Umsetzung der festgelegten Ziele verantwortlichen Organisationen. Finnland gab an, dass eine Reihe von Akteuren die Verantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen zur Erreichung bestimmter Ziele übernommen hat.

## Nationale Gesetze und Rechtsvorschriften

Tabelle 7 zeigt die bestehenden und geplanten Rechtsvorschriften in allen 16 Ländern. Jedes Land gab an, dass die Bereiche Public Health, Tabak und Lebensmittel in irgendeiner Form gesetzlich geregelt sind. Rechtsvorschriften zu Public Health waren meist allgemein gehalten und regelten die Gesundheitsversorgung und die entsprechenden medizinischen Einrichtungen. Die Tabakbestimmungen sahen Verbote/Beschränkung hinsichtlich des Rauchens in der Öffentlichkeit, Beschränkung der Werbung und des Verkaufs von Tabakerzeugnissen sowie Warnhinweise vor. Die Rechtsvorschriften zu Lebensmitteln reichten von Kennzeichnungsanforderungen bis zur Bereitstellung von Lebensmitteln an Schulen. Alle Länder außer Griechenland gaben Rechtsvorschriften zur Kontrolle von Alkohol an, die in der Regel z.B. die Werbung und/oder den Verkauf von Alkohol an Jugendliche beschränken. Elf der 16 Länder hatten eine Rechtsvorschrift zur Förderung von körperlicher Bewegung. Diese beinhaltete die Organisation und Förderung von Sport sowie die Bereitstellung von Bewegungsmöglichkeiten in den Schulen. Legislative Maßnahmen zu Diabetes, Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie zur Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich und Adipositas wurden weniger häufig genannt (maximal von der Hälfte der Länder). Lediglich zwei Länder (Belgien, Slowakei) berichteten von einer Rechtsvorschrift zu Stress am Arbeitsplatz und/oder im Bereich seelischer Gesundheit.

## Nationale Richtlinien/Strategien oder Pläne

Tabelle 8 zeigt die bestehenden oder vorgeschlagenen nationalen Richtlinien/Strategien oder Pläne aller 16 Länder. Die am meistgenannten nationalen Richtlinien stimmten weitgehend mit den Bereichen überein, die am häufigsten durch die Gesetzgebung abgedeckt waren. 15 Länder gaben eine nationale Richtlinie zu Public Health an (außer Deutschland, wo dies in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer fällt). Weiter nannten alle Länder (außer

Dänemark) eine nationale Tabakrichtlinie. 14 Länder (außer Deutschland und Griechenland) hatten nationale Richtlinien zur koronaren Herzkrankheit. Alle Länder (außer Dänemark und Griechenland) hatten sowohl zu Lebensmitteln als auch körperlicher Bewegung nationale Richtlinien.

Abbildung 10 zeigt Länder, die eine nationale Richtlinie zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu koronarer Herzkrankheit, Bluthochdruck, Schlaganfall oder Hyperlipidämie nannten. Die Länder haben hierzu Maßnahmen unterschiedlicher Art ergriffen. Die meisten Länder hatten entweder zu allen oder vier dieser Bereiche eine nationale Richtlinie. In einigen Ländern wurden nur nationale Richtlinien zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie zur koronaren Herzkrankheit umgesetzt (Dänemark, Ungarn), wohingegen andere Länder, z.B. England und Nordirland (Vereinigtes Königreich), eine nationale Richtlinie zur koronaren Herzkrankheit und eine separate Strategie zu Schlaganfall angaben. Deutschland gab keine nationale Richtlinie an, berichtete jedoch von Maßnahmen zu Schlaganfall auf regionaler Ebene. Griechenland nannte eine sich in Vorbereitung befindende Strategie zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Mehrere Länder (Belgien, Estland, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Irland und die Niederlande) machten Angaben zu Programmen oder Empfehlungen für Programme/Richtlinien zur Frühdiagnose (Identifikation von Hochrisikogruppen oder Screenings). Im französischsprachigen Teil Belgiens beinhaltet z.B. das Gesamtkonzept zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit die Zielsetzung, Screenings zur Beurteilung des Gesamtrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei der Bevölkerung im Alter von 30 bis 75 Jahren zu verbessern. Im Allgemeinen übertragen die Länder den Hausärzten die Verantwortung für die Identifikation von Risikogruppen und die Durchführung der Screenings. Drei Länder (Frankreich, Deutschland und Irland) berichteten von Empfehlungen zur Ersten Hilfe, z.B. zur Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW), und zum Zugang bzw. Umgang mit externen Defibrillatoren.

Eine Reihe unterschiedlicher Ansätze zeigte sich, als politische Maßnahmen der Länder zu Krankheiten und lebensstilbedingten Risikofaktoren, die mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zusammenhang stehen (Alkohol, Lebensmittel, körperliche Bewegung und Tabak), beschrieben wurden. Elf Länder (und zwei Teile des Vereinigten Königreichs) gaben nationale Richtlinien zu Adipositas, Diabetes und allen vier lebensstilbedingten Risikofaktoren an. Griechenland gab an, dass es zu keinem dieser Bereiche nationale Richtlinien gibt. Schottland nannte neben anderen Richtlinien zu allen lebensstilbedingten Risikofaktoren eine Richtlinie zu Adipositas. In Nordirland gibt es eine Richtlinie zu Diabetes ebenso wie Richtlinien zu allen lebensstilbedingten Risikofaktoren. Slowenien nannte eine sich in Vorbereitung befindende Richtlinie zu Diabetes ebenso wie Richtlinien zu allen lebensstilbedingten Risikofaktoren. In Estland und Ungarn gibt es Richtlinien zu Lebensmitteln, körperlicher Bewegung und Tabak. Dänemark nannte nationale Richtlinien zu Adipositas und Diabetes. Elf Länder (außer Dänemark, Estland, Frankreich, Deutschland und Griechenland) berichteten von nationalen Richtlinien zur Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich. Im Gegensatz dazu haben nur wenige Länder nationale Richtlinien zu Stress.

Die politischen Unterlagen in den einzelnen Ländern weisen Gemeinsamkeiten auf, auch wenn von einer unterschiedlichen Länge berichtet wurde. Die meisten angeführten politischen Dokumente beinhalten Informationen zur hohen Priorität des jeweiligen Gesundheitsaspekts in diesem Land, zu Zielen und Zeitplänen, die eingehalten werden sollen, möglichen Maßnahmen und Empfehlungen sowie der Identifikation wichtiger unterstützender Akteure. Einige Länder berichteten von der Veröffentlichung detaillierterer Aktionspläne zur Bekräftigung der in den politischen Dokumenten dargelegten allgemeinen Aussagen, während andere Länder auf die Veröffentlichung von Tätigkeitsberichten verwiesen. Weitere Bestandteile, die zur Entwicklung einer umfassenden nationalen Strategie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen können, werden später erörtert. Beispiele nationaler Richtlinien zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen finden sich im Ergänzungsbericht bzw. in den zusammenfassenden Länderberichten unter http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176

**Tabelle 7:**
**bestehende und geplante Rechtsvorschriften in allen AP5-Ländern**

| Land | Public Health | Herz-Kreislauf-Erkrankungen | Adipositas | Diabetes | Alkohol | Lebensmittel | Körperliche Bewegung | Tabak | Unterzeichner FCTC | Stress | Ungleichheiten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Belgien (Franz.) | ● | ● | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Belgien (Fläm.) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Belgien (Deutsch) | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ |
| Dänemark | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ● |
| Estland | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Finnland | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Frankreich | ● | ● | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Deutschland | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ● |
| Griechenland | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Ungarn | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Island | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Irland | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ● |
| Italien | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Niederlande | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Norwegen | ● | ✖ | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Slowakei | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Slowenien | ● | ● | ■ | o | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| UK England | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ✖ |
| UK Nordirland | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ✖ |
| UK Schottland | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ✖ |
| UK Wales | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ✖ |

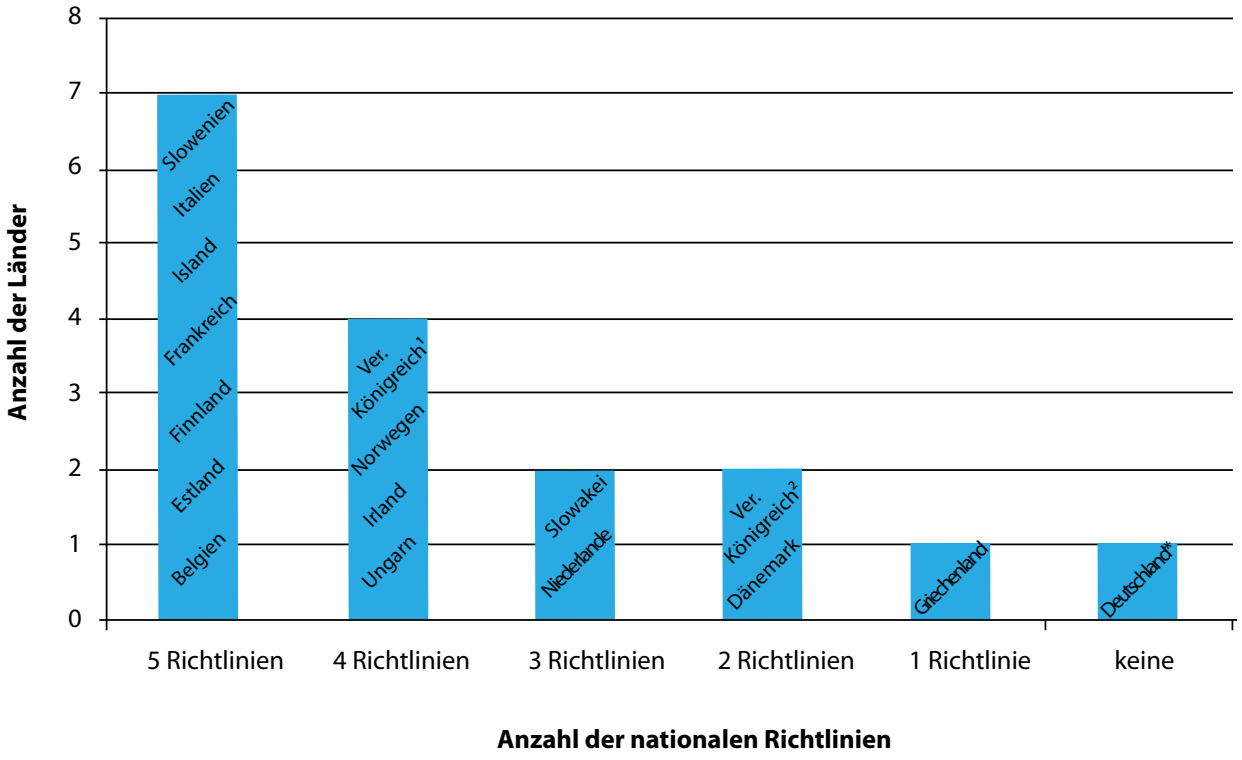
Schlüssel: ● = ja; ✖ = nein; o = in Vorbereitung; ■= weiß nicht, keine Antwort

**Tabelle 8:**
**bestehende und geplante nationale Richtlinien/Strategien und Pläne in allen AP5-Ländern**

| Land | Public Health | Herz-Kreislauf-Erkrankungen | KHK | Bluthochdruck | Schlaganfall | Hyperlipidämie | Adipositas | Diabetes | Alkohol | Lebensmittel | Körperliche Bewegung | Tabak | Stress | Ungleichheiten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Belgien (Franz.) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ■ | ● |
| Belgien (Fläm.) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ■ | ● |
| Belgien (Deutsch) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ■ | ● |
| Dänemark | ● | ● | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ |
| Estland | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Finnland | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Frankreich | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Deutschland | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | o | o | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Griechenland | o | o | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ✖ | ✖ |
| Ungarn | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Island | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ■ | ● |
| Irland | ● | ● | ● | ● | o | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Italien | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Niederlande | ● | ● | ● | ✖ | ✖ | ● | o | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Norwegen | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Slowakei | ● | o | ● | ✖ | o | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Slowenien | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | o | ● | ● | ● | ● | o | ● |
| UK England | ● | ✖ | ● | ✖ | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| UK Nordirland | ● | ✖ | ● | ✖ | o | ✖ | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| UK Schottland | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| UK Wales | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | o | ● |

Schlüssel: ● = ja; ✖ = nein; o = in Vorbereitung; ■ = weiß nicht, keine Antwort

**Abbildung 10:**
**Länder, die nationale Richtlinien zur Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu koronarer Herzerkrankung, Bluthochdruck, Schlaganfall und Hyperlipidämie nennen**




Ver. Königreich[1] – Schottland & Wales
Ver. Königreich[2] – England & Nordirland

* Deutschland berichtet, dass es keine nationale Richtlinie gibt, da die Zuständigkeit für gesundheitspolitische Strategien in erster Linie bei den Bundesländern liegt.

## Nationale Programme

Tabelle 9 zeigt die bestehenden und vorgeschlagenen nationalen Programme in allen 16 Ländern. Am häufigsten berichteten die Länder von Programmen zu Tabak, Public Health, körperlicher Bewegung, koronarer Herzkrankheit und Lebensmitteln. Dies zeigte sich gleichermaßen bei den legislativen und politischen Maßnahmen und ist vermutlich im Zusammenhang zu sehen. Die Bandbreite der Programme reichte von Multimedia-Kampagnen über zielgerichtete Maßnahmen für bestimmte Bevölkerungsgruppen, bis zu Maßnahmen in verschiedenen Einsatzbereichen – zum Beispiel in der Schule, am Arbeitsplatz und in der medizinischen Grundversorgung.

Den Programmen lagen verschiedene Ansätze zugrunde. Die meisten beschriebenen Programme waren Bildungsprogramme mit dem Ziel, individuelles Gesundheitsverhalten zu beeinflussen. Einige Länder beschrieben auch einen populationsbasierten Ansatz in manchen Bereichen, z.B. Förderung von Bewegung durch Strukturveränderungen wie Ausbau von Fahrradwegen oder Spielplätze. Zwölf Länder gaben ein nationales Diabetesprogramm an. Mindestens die Hälfte der Länder berichtete von einem nationalen Programm zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder von Programmen zu Bluthochdruck, Alkohol und/oder Adipositas. Weniger häufig wurden nationale Programme zu Hyperlipidämie, Schlaganfall und Stress genannt. Nur vier Länder (Belgien, Finnland, Italien und das Vereinigte Königreich) berichteten von nationalen Programmen zur Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich.

### Nationales Programm zur Vermessung der Kinder in England

Das Nationale Programm zur Vermessung der Kinder ist ein Bestandteil des Arbeitsprogramms der Regierung zur Bekämpfung von Adipositas im Kindesalter und wird gemeinsam vom Ministerium für Gesundheit und dem Ministerium für Kinder, Bildung und Familien durchgeführt. Das Programm wurde im Jahr 2005 gestartet. Jedes Jahr werden Kinder im Vorschulalter (4 – 5 Jahre) und im englischen 6. Schuljahr (10 – 11 Jahre) im Laufe des Schuljahres gewogen und vermessen, um diese Informationen an örtliche Träger und Dienstleister für Kinder weiterzugeben sowie um Kontrolldaten auf Bevölkerungsebene zu erhalten, damit Trends in Bezug auf Wachstum und Adipositas analysiert werden können.

Das Programm schärft zudem das Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Experten für Gewichtsprobleme bei Kindern und stellt ein nützliches Mittel dar, um mit Kindern und deren Familien über einen gesunden Lebensstil und Gewichtsprobleme zu sprechen. Alle Eltern der an diesem Programm teilnehmenden Kinder erhalten unabhängig vom ermittelten Gewicht die Ergebnisse ihres Kindes, es sei denn, sie wünschen dies nicht.

Weitere Informationen unter http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthimprovement/Healthyliving/DH_073787

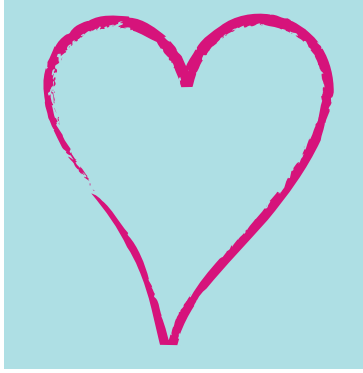


**Tabelle 9:**
**bestehende und vorgeschlagene nationale Programme in allen AP5-Ländern**

| Land | Public Health | Herz-Kreislauf-Erkrankungen | KHK | Bluthochdruck | Schlaganfall | Hyperlipidämie | Adipositas | Diabetes | Alkohol | Lebensmittel | Körperliche Bewegung | Tabak | Stress | Ungleichheiten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Belgien (Franz.) | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Belgien (Fläm.) | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Belgien (Deutsch) | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Dänemark | ✖ | ● | o | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | o | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ■ | ✖ |
| Estland | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Finnland | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Frankreich | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Deutschland | ● | ● | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Griechenland | ✖ | ✖ | ● | ● | ■ | ● | ● | ● | ■ | ■ | ● | ● | ● | ■ |
| Ungarn | ✖ | ✖ | ● | ● | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ● | ■ | ● | ■ | ■ |
| Island | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ■ |
| Irland | ● | ● | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ● | ✖ | ■ |
| Italien | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Niederlande | ● | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | o | ✖ | ✖ | ● | ✖ | ✖ |
| Norwegen | ● | ✖ | ✖ | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ✖ | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Slowakei | ● | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ |
| Slowenien | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ■ | ■ | ■ |
| UK England | ● | ✖ | ● | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| UK Nordirland | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ✖ | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● |
| UK Schottland | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| UK Wales | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

Schlüssel: ● = ja; ✖ = nein; o = in Vorbereitung; ■= weiß nicht, keine Antwort

## Nationale Leitlinien/Standards

Tabelle 10 zeigt die bestehenden und geplanten nationalen Leitlinien/Standards in allen 16 Ländern. Zwei Länder konnten keinerlei nationale Leitlinien/Standards (Dänemark und Griechenland) nennen. Alle anderen Länder nannten nationale Leitlinien/Standards zu koronarer Herzkrankheit und Bluthochdruck. Einige wenige Länder (Belgien, Finnland, Irland) berichteten von einer offiziellen Regierungsempfehlung für die bestehenden europäischen Leitlinien. Die meisten Länder hatten nationale Leitlinien/Standards zur Behandlung von Hyperlipidämie (außer Dänemark, Griechenland und Italien), Diabetes und Schlaganfallprävention. Zehn Länder hatten eine Leitlinie/Standards zu Adipositas.

**Tabelle 10:**
**bestehende und geplante nationale Leitlinien/Standards in allen AP5-Ländern**

| Land | KHK | Bluthochdruck | Schlaganfall | Hyperlipidämie | Adipositas | Diabetes |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Belgien (Franz.) | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ |
| Belgien (Fläm.) | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Belgien (Deutsch) | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ |
| Dänemark | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ |
| Estland | ● | ● | ✖ | ● | ● | ● |
| Finnland | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Frankreich | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Deutschland | ● | ● | ● | o | ● | ● |
| Griechenland | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ |
| Ungarn | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Island | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Irland | ● | ● | o | ● | ● | o |
| Italien | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Niederlande | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Norwegen | ● | ● | ● | ● | ● | ✖ |
| Slowakei | ● | ● | ■ | ● | ■ | ● |
| Slowenien | ● | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| UK England | ● | ● | ● | o | ● | ● |
| UK Nordirland | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| UK Schottland | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| UK Wales | ● | ● | ● | o | ● | ● |

Schlüssel: ● = ja; ✖ = nein; o = in Vorbereitung; ■= weiß nicht, keine Antwort

## Nationale Ziele, Monitoring und Evaluierung

Tabelle 11 zeigt die nationalen Gesundheitsziele und die Ziele zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Weiterhin gibt die Tabelle Auskunft darüber, ob ein Monitoring bestehender Ziele erfolgt und Informationen über eine systematische öffentliche Berichterstattung sowie eine Evaluierung von Initiativen zu Herzgesundheit vorliegen.

In allen Ländern waren Ziele zur Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen definiert. Es handelte sich dabei entweder um allgemeine Ziele zur Verringerung der Prävalenz aller mit dem Herzen in Zusammenhang stehender Krankheiten innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen und/oder um Risikofaktoren betreffende Ziele. Zwei Länder (Finnland und Slowenien) und eine Gemeinschaft in Belgien nannten diese Ziele. Außerdem gaben sie an, dass das Erreichen der gesteckten Ziele überwacht wird, eine Struktur für die systematische öffentliche Tätigkeitsberichterstattung vorliegt und die Evaluierung einiger Initiativen zu Herzgesundheit erfolgt. Ähnlich wurde aus der Slowakei berichtet, dass Ziele, das Monitoring dieser Ziele, die Evaluierung und eine sich noch in der Entwicklung befindende Struktur für die öffentliche Tätigkeitsberichterstattung vorhanden sind. Estland und drei Teile des Vereinigten Königreichs (nicht Nordirland) gaben an, dass Ziele, das Monitoring dieser Ziele und die Evaluierung festgelegt wurden, aber keine Struktur für eine öffentliche Tätigkeitsberichterstattung vorhanden ist. Fünf Länder (Frankreich, Island, Irland, Italien und die Niederlande) und ein Teil des Vereinigten Königreichs (Nordirland) berichteten, dass Ziele und eine Form des Monitoring dieser Ziele vorhanden sind.

# Allgemeine Anmerkungen

Obwohl dieser Bericht eine Übersicht der beschriebenen Aktivitäten beinhaltet, waren aus mehreren Gründen nur einfache beschreibende Analysen möglich. Trotz hartnäckiger Versuche, die Methoden zur Datenerhebung zu standardisieren, und trotz des Engagements der mit der Datenerhebung betrauten Koordinatoren auf nationaler Ebene unterschied sich die Informationsdichte der einzelnen Länder erheblich. Somit war ein detaillierter Vergleich unmöglich. Dies lag zum einen daran, dass die Koordinatoren von den Ministerien in den jeweiligen Ländern manchmal keine Antwort auf ihre Frage nach grundlegenden Informationen erhielten. Zum anderen waren viele relevante Dokumente nur in der Landessprache erhältlich, so dass auf einen englischsprachigen Titel oder eine kurze englische Zusammenfassung zurückgegriffen werden musste, da Übersetzungskosten außerhalb des finanziellen Rahmens dieses Arbeitspakets lagen.

Trotz der praktischen Probleme hat diese Datenerhebung, wie auch andere ähnliche Projekte, gezeigt, dass die meisten an diesem Arbeitspaket beteiligten europäischen Länder nationale Strategien und Maßnahmen im Bereich der Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nennen konnten. Es würde den Rahmen dieses Projekts sprengen, die Effektivität solcher Maßnahmen zu kommentieren, miteinander zu vergleichen oder die Bandbreite der verschiedenen Ansätze in den jeweiligen Ländern zu bewerten.

Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass in den meisten Ländern das Zusammenspiel von legislativen und politischen Maßnahmen sowie von Programminitiativen am stärksten im Bereich Public Health, koronarer Herzkrankheit, Tabak, Lebensmittel und körperlicher Bewegung war.

In den meisten Ländern arbeiten die Regierungen mit Partnern zusammen, obwohl nicht alle Länder von einer klaren Koordination der Maßnahmen berichteten. Üblich waren Leitlinien zur Behandlung von koronarer Herzkrankheit und Bluthochdruck. Die meisten Länder nannten Ziele zu Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Jedoch waren die Zusammenhänge zwischen solchen Zielen und dem Monitoring, der Veröffentlichung von Tätigkeitsberichten sowie einer nationalen Evaluierung viel weniger offensichtlich.

In ungefähr der Hälfte der 16 Länder war es möglich, Angaben über die für Umsetzung der Richtlinien/Programme bereitgestellten Budgets zu erhalten. Größtenteils waren die Informationen zur Finanzierung unvollständig. Dies könnte auf Probleme mit der Datenerhebungsmethode zurückzuführen sein, auf die Notwendigkeit einer „offeneren und transparenten" Entscheidungsfindung oder auf den tatsächlichen Bedarf an zweckgebundenen Ressourcen hinweisen, damit Maßnahmen zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit/Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen umgesetzt werden können.

**Tabelle 11:**
**bestehende und geplante nationale Ziele, Monitoring und Evaluierung in allen AP5-Ländern**

| Land | Public Health | Herz-Kreislauf-Erkrankungen | Monitoring | Berichterstattung | Evaluierung |
|---|---|---|---|---|---|
| Belgien (Franz.) | ● | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ |
| Belgien (Fläm.) | ● | ● | ● | ● | ● |
| Belgien (Deutsch) | ✖ | ✖ | ✖ | ● | ✖ |
| Dänemark | o | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ |
| Estland | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| Finnland | ● | ● | ● | ● | ● |
| Frankreich | ● | ■ | ● | ✖ | ● |
| Deutschland | ● | ✖ | ✖ | ✖ | o |
| Griechenland | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ |
| Ungarn | ✖ | ● | ✖ | ✖ | ■ |
| Island | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| Irland | ✖ | ● | ● | ✖ | ● |
| Italien | ● | ● | ● | ● | ● |
| Niederlande | ● | ✖ | ● | ● | ● |
| Norwegen | ● | ✖ | ✖ | ● | ✖ |
| Slowakei | ● | ● | ● | o | ● |
| Slowenien | ● | ● | ● | ● | ● |
| UK England | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| UK Nordirland | ● | ● | ● | ✖ | ✖ |
| UK Schottland | ● | ● | ● | ✖ | ● |
| UK Wales | ● | ● | ● | ✖ | ● |

Schlüssel: ● = ja; ✖ = nein; o = in Vorbereitung; ■= weiß nicht, keine Antwort

# Wesentliche Bestandteile einer umfassenden nationalen Strategie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen

In den Dokumentationen verschiedener Länder wurde eine Reihe ähnlicher Sachverhalte beschrieben, was vermuten lässt, dass es thematische Übereinstimmungen gibt, die bei der Entwicklung von nationalen Strategien wichtig sind. Abbildung 11 zeigt diese wesentlichen Bestandteile anhand eines Modellvorschlags. Im folgenden Kapitel verdeutlichen die Beispiele der jeweiligen nationalen Koordinatoren, wie diese Bestandteile praxisbezogen für die Entwicklung und Umsetzung von Richtlinien verwendet werden könnten.

Weitere Informationen zu diesen Richtlinien finden sich im Ergänzungsbericht oder bzw. in den zusammenfassenden Länderberichten unter http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176

**Abbildung 11:**
**Wesentliche Bestandteile einer umfassenden nationalen Strategie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Modellvorschlag**

## Problemidentifikation innerhalb einer Bevölkerungsgruppe

Unter diesem Punkt werden die in dem politischen Dokument beschriebenen Hintergrundinformationen zu einem/mehreren spezifischen Problem/en sowie zu den betroffenen Bevölkerungsgruppen zusammengefasst. In manchen Fällen wurden zudem Angaben darüber gemacht, wie diese Probleme erkannt wurden (z.B. durch eine landesweite Umfrage, Expertengespräch etc.).

**Beispiel: Aktionsplan zur Förderung der Herzgesundheit in Finnland für die Jahre 2005 – 2011**

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind führende Todesursache bei Männern und Frauen in Finnland, wobei sich der Schwerpunkt in Richtung der älteren Altersgruppen verlagert hat. Obwohl die Sterblichkeitsrate bei Männern im arbeitsfähigen Alter mit KHK fünfmal höher als bei Frauen ist, bleibt die KHK-Sterbeziffer in der Gesamtbevölkerung bei Männern und Frauen fast gleich. Die Gesundheitsunterschiede in Bezug auf die Morbidität sind zwischen den Bevölkerungsgruppen erheblich. Trotz zielorientierter Richtlinien zur Gesundheitsversorgung in Finnland schwanden diese Unterschiede nicht. Eine positive Entwicklung hat sich in allen sozialen Schichten vollzogen, am langsamsten war dies jedoch in den unteren sozialen Schichten zu spüren. Die Zahl der Erwachsenen und Kinder mit Adipositas ist gestiegen. Der Prozentsatz der übergewichtigen zwölfjährigen Jungen stieg von 1977 bis 2005 von 7% auf 27% und der der gleichaltrigen Mädchen von 7% auf 18%. Der Prozentsatz der übergewichtigen 18-jährigen Jungen stieg von 1977 bis 2005 von 6% auf 25% und der der gleichaltrigen Mädchen von 1% auf 13%.

Quelle: Anna-Liisa Rajala
Aktionsplan zur Förderung der Herzgesundheit in Finnland für die Jahre 2005 – 2011 (2005). Finnische Herzgesellschaft www.sydanliitto.fi

## Erreichen der Ziele innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens

In den meisten politischen Unterlagen wurden die übergeordneten Ziele angeführt. Dies reichte von allgemeinen Absichtserklärungen bis zu – brauchbareren – messbaren Zielen, die innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens erreicht werden sollten.

**Beispiel: Estnischer Strategieplan für Herzgesundheit 2005 – 2020**

Übergeordnetes Ziel des Strategieplans ist das Erreichen eines andauernden Rückgangs der vorzeitigen Morbidität und Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen innerhalb der estnischen Bevölkerung. Weitere Zielsetzungen sind:

- Verminderung der Risiken für 30- bis 60-jährige Esten, die bereits einer Hochrisikogruppe angehören
- Verringerung der Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei 30- bis 65-Jährigen um 5% bis 2010 (im Vergleich zu 2004)
- Durchführung von Screenings bei mindestens 90% der Hochrisikopatienten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis 2008
- Verringerung des Gesamtrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 10%

Quelle: Marianne Sirel
http://www.sm.ee/eng/pages/index.html

## Erwägung möglicher politischer Maßnahmen für Bevölkerung & Gemeinschaft/Individuen

In einigen Fällen wurden Angaben zu möglichen Maßnahmen gemacht (z.B. Anwendung von populationsbasierten Konzepten, auf Einzelpersonen bezogene Maßnahmen oder eine Kombination von beiden), die in Betracht gezogen wurden, bevor man sich für das der Richtlinie zugrundeliegende Konzept entschied. Außerdem wurde in diesem Zusammenhang detailliert aufgezeigt, wie die Entscheidungsprozesse verliefen.

### Beispiel: Gesündere Herzen schaffen, 1999

Der Minister für Gesundheit und Kinder gründete die Strategiegruppe Herz-Kreislauf-Gesundheit, um ein strategisches Konzept zur Verringerung der vermeidbaren Todesfälle und Krankheiten, die durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht werden, zu entwickeln. Das Gruppenmandat beinhaltete die Erwägung von Initiativen zur Verbesserung der Herz-Kreislauf-Gesundheit, die Weiterentwicklung der kardiologischen Versorgung und Rehabilitation auf primärer, sekundärer und tertiärer Versorgungsebene sowie die Koordination der Patientenversorgung. Der Minister erlegte der Gruppe die Durchführung eines umfassenden Befragungsprozesses auf: 53 gesetzlich vorgeschriebene und freiwillige Organisationen wurden kontaktiert, und 43 Eingaben gingen ein. Vertreter der wichtigsten Organisationen wurden zu einem Treffen mit der Gruppe eingeladen. Zudem traf sich die Gruppe im Rahmen von Ortsbesichtigungen mit Mitarbeitern von Krankenhäusern, Rettungsdiensten und Gemeinden. Zwei verschiedene Fragebögen wurden an Krankenhäuser verschickt, die Patienten mit Herzproblemen versorgen. Die Gruppe trat 20-mal zusammen, und es wurden einige Untergruppen zu den verschiedenen, im Mandat festgelegten Bedürfnissen gebildet. Der Abschlussbericht ging aus Befragungen und Diskussionen sowie aus der Literaturrecherche zur Entwicklung der Behandlungskonzepte und Gesundheitsdienste in Irland und im Ausland hervor.
Der Bericht wurde im Zusammenhang mit anderen gesundheitspolitischen Dokumenten erstellt.
Entsprechend der nationalen Richtlinie basierte die Arbeit der Gruppe auf folgenden Grundsäulen:

- gesundheitlicher und sozialer Nutzen
- gleichberechtigter Zugang
- Qualität
- Effektivität und Effizienz sowie
- Rechenschaftsbericht und Prüfung desselben

Quelle: Maureen Mulvihill
Ministerium für Gesundheit und Kinder (1999). Gesündere Herzen schaffen (Building Healthier Hearts) – Der Bericht der Strategiegruppe Herz-Kreislauf-Gesundheit. Staatliches Amt für Veröffentlichungen. Dublin.

## Verbindlichkeiten (einschließlich der Mittel), Empfehlungen & Ziele

Meistens beinhalteten die politischen Dokumente Empfehlungen, Ziele und seltener auch Informationen über bereitgestellte Mittel (einschließlich finanzieller und personeller Mittel etc.).

### Beispiel: Italienischer Nationaler Präventionsplan 2005 – 2007

Die finanziellen Mittel, die von den Regionen für die Umsetzung des Plans zur Verfügung gestellt wurden, beliefen sich auf 240 Mio. Euro pro Jahr, was einem Viertel der Mittel entspricht, die jeder Region zufließen müsste, um die Zielsetzungen des Gesundheitsplans erreichen zu können. Zusätzlich zu diesen Mitteln stellten die Regionen weitere 200 Mio. Euro für den Nationalen Präventionsplan in den Jahren 2005, 2006 und 2007 bereit. Somit ergibt sich ein Gesamtbetrag von jährlich 440 Mio. Euro, den die Regionen im Rahmen des Nationalen Präventionsplans ausgeben können (einschließlich Impfungen, Ausrottung von Stechmücken/Ratten, öffentliche Gesundheitspflege etc.).

Quellen: http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/Tabella_CCm.pdf
http://www.ccm-network.it/Pnp_intro

## Detaillierter Aktionsplan: Identifikation von Bevölkerungsgruppen und Einsatzbereichen

Die meisten Richtlinien beinhalteten Informationen über die zu unternehmenden Schritte – im Prinzip eine Kurzfassung der wesentlichen Maßnahmen, die aufgrund der Richtlinie durchgeführt werden sollen. Wie bei den anderen wesentlichen Bestandteilen reichte dies von einer allgemeinen Absichtserklärung bis hin zu einer detaillierteren Beschreibung der Aufgaben, Pflichten und des Zeitrahmens.

**Beispiel: Koronare Herzkrankheit: Nationales Rahmenprogramm zur Koronaren Herzkrankheit – moderne Standards und Versorgungsmodelle**

Dieser Plan hat zum Ziel, die Zahl der Herzpatienten in England zu verringern und definiert zudem spezielle, an Hochrisikopatienten gerichtete Ziele. Außerdem sollen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut werden. Mit der Gesundheitsförderung im Zusammenhang stehende Maßnahmen werden den Gesundheitsbehörden (HAs), den örtlichen Behörden (LAs), Primärversorgungsgruppen/-trusts (PCGs/PCTs) und den Treuhandgesellschaften des staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS Trusts) übertragen.
Bis Oktober 2000 wollen HAs, LAs, PCGs/PCTs und NHS Trusts:

- aktiv an der Entwicklung von Programmen zur Verbesserung der Gesundheit (HImPs) teilgenommen haben;
- sich auf Zuständigkeiten und Beiträge hinsichtlich gezielter Projekte, die in den HImPs festgelegt wurden, geeinigt haben;
- sich auf eine Vorgehensweise bei Nichterfüllung der Vereinbarungen im Rahmen der HImPs geeinigt haben;
- sich darüber geeinigt haben, wie sichergestellt wird, dass dem Gremium Tätigkeitsberichte zu den Gesundheitsförderungsrichtlinien vorgelegt werden;
- eine Verbindungsperson benannt haben, die Ansprechpartner für Partneragenturen sein wird.

Bis April 2001 wollen HAs, LAs, PCGs/PCTs und NHS Trusts:

- sich mit der Umsetzung effektiver Richtlinien zu a) Eindämmung des Rauchens, b) Förderung gesunden Essens, c) Förderung körperlicher Bewegung und d) Verringerung von Übergewicht und Adipositas mit Hilfe von Programmen auf lokaler Ebene einverstanden erklärt haben und aktiv dazu beitragen;
- sich darüber geeinigt haben, wie sichergestellt wird, dass alle neuen Richtlinien und alle bestehenden, zur Überarbeitung vorliegenden Richtlinien hinsichtlich gesundheitlicher Auswirkungen untersucht werden können;
- als Arbeitgeber eine Richtlinie zum Rauchen umgesetzt haben;
- in der Lage sein, Kunden/Dienstleistungsnutzer an Einrichtungen zur Raucherentwöhnung, einschließlich Kliniken, zu verweisen;
- ein Profil zur Chancengleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung erstellt und Ziele zur Gleichstellung auf lokaler Ebene festgelegt haben.

Bis April 2002 wollen HAs, LAs, PCGs/PCTs und NHS Trusts:

- Daten, die nicht älter als 12 Monate sind, zur Umsetzung von Richtlinien zur:
    - Verringerung der Häufigkeit des Rauchens
    - Förderung gesunden Essens
    - Förderung körperlicher Bewegung
    - Verringerung von Übergewicht und Adipositas vorliegen haben;
- als Arbeitgeber umweltfreundliche Beförderungsmittel/-systeme unterstützt und damit begonnen haben, arbeitnehmerfreundliche Richtlinien umzusetzen.

Bis April 2003 wollen HAs, LAs, PCGs/PCTs und NHS Trusts:

- Pläne umgesetzt haben, um die Erfüllung nationaler, im Weißbuch Saving Lives: Our Healthier Nation definierter Ziele sowie lokaler Ziele zu evaluieren.

Das Nationale Rahmenprogramm zeigt außerdem auf, welche Bestandteile die Versorgungsmodelle aufweisen sollten, um effektiv Richtlinien und Programme zu Prävention umzusetzen:

- Lokale Partner sollten ein Programm zur Verbesserung der Gesundheit (HImP) entwickeln, das die Prioritäten wie die Verbesserung der Gesundheit und den Abbau von Ungleichheiten klar hervorhebt; das den Empfehlungen im Jahresbericht des Fachgebietsleiters für Public Health und dem lokalen Gleichstellungsprofil entspricht; das die Maßnahmen festlegt, für deren Umsetzung die jeweilige Organisation verantwortlich ist; das lokale Richtlinien mit entsprechenden nationalen Richtlinien verknüpft; und das Struktur, Durchführung und Ergebnis

***Fortsetzung nächste Seite***

der Maßnahmen festlegt, anhand denen die Zielerfüllung auf lokaler Ebene beurteilt werden wird.
- Lokale Partner sollten mit den Hauptinteressenvertretern ein Team bilden, das den Zielerfüllungsplan auf lokaler Ebene erstellt und dessen Umsetzung überwacht.
- Lokale Partner sollten Bewertungen der gesundheitlichen Auswirkungen hinsichtlich größerer politischer Entscheidungen, die möglicherweise einen direkten oder indirekten Effekt auf die kardiologische Versorgung haben, vornehmen.
- Fachgebietsleiter des örtlichen Gesundheitswesens sollten ein Gleichstellungsprofil für die örtliche Bevölkerung erstellen, damit Ungleichheiten im Bereich Herzgesundheit und hinsichtlich des Zugangs zu Präventiv- und Behandlungsmaßnahmen ermittelt werden. Diese Informationen sollten direkt dem HImP zufließen.
- Gesundheitsbehörden, die mit den Primärversorgungstrusts (Primary Care Trusts) zusammenarbeiten, sollten Raucherentwöhnungskurse einrichten. Diese Kurse sollten benachteiligten Gruppen, jungen Menschen und Schwangeren angeboten und in vielen Bereichen durchgeführt werden. Die Kurse sollten Unterstützung, Rat und Nachbetreuung ebenso wie eine Woche kostenloser Nikotinersatztherapie für diejenigen Raucher beinhalten, die es sich am wenigsten leisten können.
- Die Entwicklung des Gemeinwesens sollte in Angriff genommen werden. Hierbei sollten Experten als Vermittler zur Verfügung stehen, um die Gemeinschaften auf lokaler Ebene an Entscheidungen zu beteiligen, die ihre Gesundheit betreffen.
- Der Nationale Gesundheitsdienst (NHS) und die örtlichen Behörden (LAs) sollten Arbeitsplatzrichtlinien entwickeln und umsetzen, um die Gesundheit (einschließlich der Herzgesundheit) der Mitarbeiter zu schützen und zu verbessern, sowie ihren Vorständen und Räten Bericht über ihre Tätigkeit erstatten.

Quelle: Rebecca Salay
Ministerium für Gesundheit (2000): Nationales Rahmenprogramm zu Koronaren Herzkrankheit – moderne Standards und Versorgungsmodelle. London: Ministerium für Gesundheit

## Programmentwicklung und -umsetzung

In den meisten politischen Dokumenten waren Informationen darüber zu finden, wie der Aktionsplan erfüllt werden würde, indem spezifische Angaben zur Umsetzung des Aktionsplans gemacht wurden.

**Beispiel: Nationaler Isländischer Gesundheitsplan bis zum Jahr 2010**

Das Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit wird die administrative Abwicklung und die Überprüfung der Zielvorgaben des Plans übernehmen. Die Abteilung für Gesundheit wird Vorkehrungen für die Erhebung und Verarbeitung der Daten sowie für ein professionelles Monitoring treffen.
Bezirksärzte, Angestellte im Bereich Gesundheitsversorgung, Institutsleiter, Experten, Kollaborationsgremien und Ausschüsse der Gesundheitsbehörden werden bei der Umsetzung verschiedener Teilbereiche des Plans mitwirken. Dazu wurden mehrere Arbeitsgruppen gebildet. Diese werden auf die Erfüllung der Ziele hinarbeiten und sicherstellen, dass die Umsetzung des Planes auf lokaler Ebene überwacht wird. Eine enge Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, Gesundheitszentren, Gesundheitspersonal und anderen wichtigen Partnern ist für die Umsetzung des Plans unabdinglich. Jedes Jahr wird ein Tätigkeitsbericht zu Projekten im Rahmen des Nationalen Isländischen Gesundheitsplans veröffentlicht.

Aus dem Nationalen Gesundheitsplan: „Weiter ist es wichtig, dass der Gesundheitsplan auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung strikt eingehalten wird und dass er die Unterstützung der Gemeinden, regionalen Organisationen, Nichtregierungsorganisationen, Berufs- und Interessenverbänden, Privatunternehmen, wirtschaftlichen und sozialen Partnerorganisationen, Familien und Einzelpersonen findet. Es muss außerdem sichergestellt sein, dass die Politik der Regierung, der Gemeinden und sozialen Partnern in den verschiedenen Bereichen der Gesellschaft auf die Förderung einer verbesserten Gesundheit in Island ausgerichtet ist."

Quelle: Bylgja Valtýsdottír
Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (2001). Nationaler Gesundheitsplan bis zum Jahr 2010. Langzeitziele in der Gesundheitsversorgung. Reykjavik: Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit.

## Praxisbezogene Entwicklung/Übernahme der Leitlinien/Standards

In einigen Fällen wurden Angaben dazu gemacht, wie Leitlinien/Standards entwickelt oder genutzt werden sollten, um die Umsetzung der Richtlinie zu unterstützen.

**Beispiel: Koronare Herzkrankheit: Nationales Rahmenprogramm zur Koronaren Herzkrankheit – moderne Standards und Versorgungsmodelle**

In jedem Bereich der Gesundheitsversorgung wurden offizielle Standards festgelegt, die vom Nationalen Gesundheitsdienst erreicht werden sollten. Diese Standards basierten auf einem eindeutigen Nachweis, dass die Eingriffe klinisch durchgeführt wurden und kosteneffizient waren. Arbeitsgruppen überprüften diesen Nachweis in jedem Bereich. Pflegemodelle und Versorgungssysteme, die sich als effektiv erwiesen haben und dazu beitragen könnten, die Ziele des Programms zu erfüllen, wurden herausgestellt.

Quelle: Rebecca Salay
Ministerium für Gesundheit (2000): Nationales Rahmenprogramm zu Koronaren Herzkrankheit – moderne Standards und Versorgungsmodelle. London: Ministerium für Gesundheit

## Tätigkeitsberichte/Monitoring

In einigen politischen Dokumenten wurden Angaben darüber gemacht, wie die Fortschritte bei der Zielerfüllung der Richtlinie überwacht und dokumentiert würden.

**Beispiel: Gesund durchs ganze Leben – Ziele und Strategien der nationalen Gesundheitspolitik der dänischen Regierung 2002 – 2010**

Die Regierung wird ein Indikatorenprogramm mit allen Kennzahlen zu den Gesamtzielen von *Gesund durchs ganze Leben*, den Risikofaktoren, Zielgruppen und Einsatzbereichen für die Gesundheitsförderung vorstellen. Auf der Website www.folkesundhed.dk werden Trends bei den Indikatoren regelmäßig aktualisiert. Während der Gesamtlaufzeit von *Gesund durchs ganze Leben* wird eine überarbeitete Version in einer jährlichen Publikation veröffentlicht werden.

Quelle: Mads Hyldgård
Ministerium für Inneres und Gesundheit (2003): Gesund durchs ganze Leben – Ziele und Strategien der nationalen Gesundheitspolitik der dänischen Regierung 2002 – 2010.

## Öffentliche Berichterstattung und Rechenschaftsbericht

In einigen politischen Dokumenten waren Informationen darüber zu finden, wie über die Fortschritte bei der Zielerfüllung der Richtlinie öffentlich Bericht erstattet würde.

**Beispiel: Gesündere Herzen schaffen, 1999**

Der Minister für Gesundheit und Kinder ernannte eine Taskforce zur Herzgesundheit, die die Umsetzung des Strategieplans zur Herz-Kreislauf-Gesundheit beaufsichtigen und dem gemeinsamen Parlamentsausschuss zu Gesundheit und Kindern Bericht erstatten sollte. Außerdem stellte er eine Beratergruppe für eine bestmögliche Umsetzung der aus dem Bericht hervorgehenden Empfehlungen zusammen. Drei Tätigkeitsberichte wurden veröffentlicht:

- Taskforce zur Herzgesundheit (2001): Tätigkeitsbericht Juli 1999 – 2001. Dublin: Staatliches Amt für Veröffentlichungen
- Taskforce zur Herzgesundheit (2003): Ireland's Changing Heart (2002). Zweiter Bericht zur Umsetzung des Strategieplans zur Herz-Kreislauf-Gesundheit. Dublin: Staatliches Amt für Veröffentlichungen
- Gesundheitsdienst (2006): Ireland Take Heart. Tätigkeitsbericht zur Umsetzung des Strategieplans *Gesündere Herzen schaffen* 1999 – 2005. Dublin: Gesundheitsdienst (HSE), Volksgesundheit.

Quelle: Maureen Mulvihill

Ministerium für Gesundheit und Kinder (1999). Gesündere Herzen schaffen (Building Healthier Hearts) – Bericht der Strategiegruppe Herz-Kreislauf-Gesundheit. Staatliches Amt für Veröffentlichungen. Dublin.

## Evidenzbasierte Bewertung effektiver Optionen

In einigen politischen Dokumenten wurde beschrieben, wie Forschungsergebnisse für die Entwicklung der Richtlinie genutzt worden waren, indem z.B. der wissenschaftliche Nachweis hinsichtlich der Effektivität verschiedener Eingriffe genannt wurde.

**Beispiel: Nationaler Isländischer Gesundheitsplan bis zum Jahr 2010**

Für jedes Hauptziel wurde ein Überblick über die aktuelle Situation erstellt, der auf statistischen Angaben oder Forschungsergebnissen basiert. Bei der Erstellung des Nationalen Gesundheitsplans wurde außerdem auf den Bericht zur Kosten-Nutzen-Analyse des Instituts für wirtschaftliche Untersuchungen zurückgegriffen.

Quelle: Bylgja Valtýsdottír

Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (2001). Der Nationale Gesundheitsplan bis zum Jahr 2010. Langzeitziele in der Gesundheitsversorgung. Reykjavik: Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit.

## Evaluierung der Umsetzung der Richtlinie und des Programms

Ein wesentlicher Bestandteil, der jedoch weniger häufig in den politischen Dokumenten erwähnt wurde, beschreibt geplante Evaluierungen oder aktuelle wissenschaftliche Studien, die den „Erfolg" der Richtlinie bewerten und künftigen Planungsprozessen dienlich sein würden.

**Beispiel: Aktionsplan zur Förderung der Herzgesundheit in Finnland für die Jahre 2005 – 2011**

Die Finnische Herzgesellschaft verschickte elektronische Newsletter und veröffentlichte den Jahresbericht http://www.sydanliitto.fi

Sosiaalikehitys Ltd ist für die Evaluierung des Finnischen Herzplans zuständig. Ein Zwischenbericht erschien Ende 2008.

Quelle: Anna-Liisa Rajala
Aktionsplan zur Förderung der Herzgesundheit in Finnland für die Jahre 2005 – 2011 (2005). Finnische Herzgesellschaft www.sydanliitto.fi

## Identifikation von unterstützenden Akteuren

In den meisten politischen Dokumenten wurden mögliche Schlüsselgruppen genannt, deren Unterstützung für die Umsetzung der Richtlinie erforderlich sein würde.

**Beispiel: Richtlinie zur Gesundheitsprävention – Brief des Ministers für Gesundheit, Soziales und Sport (der Niederlanden)**

Die Regierung fordert all ihre Partner gleichen Interesses im Bereich der Prävention – innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens – dazu auf, ihren Beitrag zur Realisierung einer Agenda, die die Stärkung der Präventionsrichtlinie und das Herbeiführen eines Wandels zum Ziel hat, zu leisten. Zum Beispiel:

- Ministerium für Gesundheit und andere Ministerien (Bildung, Jugend und Familien etc.)
- Verband der Krankenversicherungsträger (CVZ), Nationales Institut für Public Health und Umwelt (RIVM), Gesundheitsrat der Niederlande (GR), Trimbos-Institut etc.
- örtliche Einrichtungen, städtische Gesundheitsdienste, Schulen, Arbeitgeber, Industrie, Nationales Institut für Sport und Bewegung (NISB)

Quelle: Marijke Luif
Richtlinie zur Gesundheitsprävention – Brief des Ministers für Gesundheit, Soziales und Sport bezüglich der Gesundheits- und Präventionspläne der Regierung (Stücknummer 22849, Nr. 134). Den Haag, 24. September 2008. www.tweedekamer.nl

# Schlussfolgerungen

Das EuroHeart-Projekt zur Datenerhebung war darauf ausgelegt, umfassende vergleichbare Informationen zu Richtlinien, Plänen und Maßnahmen zusammenzutragen, die sich auf die Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auswirken. Unterschiede und Lücken in Richtlinien und Maßnahmen in Europa sollten herausgearbeitet und die wesentlichen Bestandteile einer umfassenden nationalen Strategie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestimmt werden. In vielerlei Hinsicht ist dies erfolgreich gelungen. Das Projekt zeigt die Maßnahmen zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in 16 europäischen Ländern. Dies sollte den Ländern den Vergleich eigener Aktivitäten mit denen anderer ermöglichen. Auch war es möglich, thematische Übereinstimmungen in den politischen Dokumenten zu erarbeiten. Diese Momentaufnahme hat folgendes gezeigt:

- Alle Länder konnten ein Ministerium benennen, das hauptverantwortlich für die Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist. Einige Länder konnten eine Organisation benennen, die Maßnahmen zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich koordiniert.

- Jedes Land gab an, dass die Bereiche Public Health, Tabakkontrolle und Lebensmittel in irgendeiner Form gesetzlich geregelt sind. Die meisten Länder nannten Gesetze zur Kontrolle von Alkohol und zur Förderung von körperlicher Bewegung. Legislative Maßnahmen für Krankheiten und lebensstilbedingten Risikofaktoren, die mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zusammenhang stehen, waren weniger üblich.

- Die am meistgenannten nationalen Richtlinien stimmten weitgehend mit den Bereichen überein, die am häufigsten durch die Gesetzgebung abgedeckt waren, nämlich Public Health, Tabak, koronare Herzkrankheit, Lebensmittel und körperliche Bewegung. Die meisten Länder nannten nationale Richtlinien zur Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich. Einige Länder beschrieben Programme oder Empfehlungen für Programme/Richtlinien zur Frühdiagnose (Identifikation von Hochrisikogruppen oder Screenings).

- Am häufigsten nannten die Länder Programme, die sich mit Tabak, Public Health, körperlicher Bewegung, koronarer Herzkrankheit und Lebensmitteln befassen. Dies zeigte sich gleichermaßen bei den legislativen und politischen Maßnahmen und ist vermutlich im Zusammenhang zu sehen.

- Es gestaltete sich schwierig, Angaben über die Budgets für die Umsetzung der Richtlinien/Programme zu erhalten. In den meisten Fällen waren die Informationen zur Finanzierung unvollständig.

- Die meisten Länder nannten nationale Leitlinien/Standards zu koronarer Herzkrankheit und Bluthochdruck, der Behandlung von Hyperlipidämie, Diabetes sowie der Schlaganfallprävention und Adipositas.

- Die meisten Länder beschrieben Ziele zur Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Jedoch waren die Zusammenhänge zwischen solchen Zielen und dem Monitoring, einer öffentlichen Berichterstattung zu den Fortschritten bei der Zielerfüllung und einer nationalen Evaluierung viel weniger offensichtlich.

Trotz dieser wichtigen Ergebnisse bleibt ein frustrierendes Gefühl bei allen am Arbeitspaket 5 des EuroHeart-Projekts Beteiligten zurück, da es außerhalb der Möglichkeiten dieses Projekts liegt, die Effektivität jeglicher Maßnahmen der Länder zu kommentieren oder zu vergleichen sowie die vielzähligen unterschiedlichen Ansätze der Länder zu bewerten. Dies liegt zum Teil an den verwendeten Methoden, die durch das Budget des Projekts begrenzt waren. Aber selbst mit einem größerem Budget hätten die Fragen, welche Art der Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen für welche Bevölkerungsgruppe am geeignetsten ist und in welchem Zusammenhang, aufgrund von fehlenden verfügbaren, gesicherten und standardisierten Daten in den verschiedenen europäischen Ländern nicht vollständig beantwortet werden können.

# Empfehlungen

- Es besteht Bedarf für eine Kooperation und eine Datenerfassung auf europäischer Ebene, um die Effektivität verschiedener Maßnahmen zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bewerten zu können.

- Es sollte verstärkt Wert auf die Beobachtung, das Monitoring und die Evaluierung bestehender und geplanter Maßnahmen sowie deren Berichterstattung gelegt werden. Ebenso wird eine standardisierte Vorgehensweise bei der Überarbeitung bestehender Strategien und Leitlinien empfohlen.

- Ein detaillierter Vergleich gutstrukturierter Richtlinien zu Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit und/oder Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deren Mittel, Umsetzung und Ergebnisse ist in einer begrenzten Anzahl von Ländern notwendig.

- Des weiteren wird empfohlen, die einschlägige Literatur zur Richtlinie und die Erhebungen für andere entsprechende Richtlinien zu lesen sowie eine inhaltsbezogene Analyse der Richtlinie etc. durchzuführen.

# Quellenangabe


1. World Health Organization, Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control. Weltgesundheitsorganisation 2007 (ISBN 978 92 4 159569 8) Erhältlich unter: http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index6.html.

2. Joossens, L. und Raw M., The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity Tobacco Control 2006; 15: 247-253.

3. Swinburn, B. und Egger, G., Preventive strategies against weight gain and obesity. Obesity Review 2002; 3(4):289-301.

4. World Health Organisation, Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation 2006.

5. World Health Organisation, Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organisation for Health and Welfare, Ontario 1986.

# Appendix A: Advisory Board for Work Package 5

The Advisory Board for this work package was composed of:

| | |
|---|---|
| George Andrikopoulos | Hellenic Heart Foundation |
| Jill Farrington/ Albena Arnodova | WHO – Europe |
| Robin Ireland | EuroHealthNet |
| Tor Jungman | Finnish Heart Association |
| Marleen Kestens | European Heart Network |
| Susanne Løgstrup | European Heart Network |
| András Nagy | Hungarian Heart Foundation |
| Ruairi O'Connor | British Heart Foundation |
| Sophie O'Kelly | European Society of Cardiology |
| Michael O'Shea | Irish Heart Foundation |
| Mike Rayner | British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford |
| Per Tornvall | European Society of Cardiology |

# Appendix B: Questionnaire

Please complete this questionnaire with reference to the accompanying explanatory notes. Underlined terms are explained in the Glossary.

National Coordinator:

Country:

Please address any queries and return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail: gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

**Deadline for return of questionnaire: Friday 15th February 2008**

## A. National organisations

*A1. Which Government department (such as the Ministry of Health) has the main responsibility for public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?*

.....
.....
.....
.....

*A2. Are any other Government department/s involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?*

.....
.....
.....
.....

*A3. Which Government department has the main responsibility for cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

.....
.....
.....
.....

*A4. Are any other national organisations (such as a National Institute) involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?*

☐ *Yes (Please give details)*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*A5. Are these national organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

☐ *Yes (Please give details)*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*A6. Are any non-governmental organisations, professional societies or charitable organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

☐ *Yes (Please give details)*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*A7. Is any organisation responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

☐ *Yes (Please give details)*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*A8. In your country, which key organisation/s would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

.....
.....
.....
.....

*A9. Please add any other comments about information in section A*

.....
.....
.....
.....

## B. National Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

*B1. Does your country have any national Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent) in place to address any of the following areas?*

| | **Yes** | No | Don't know | Type (e.g. Act, Law, Legislation, Ministerial Decree) | Year, Title, and websites (or PDF files, if exist) |
|---|---|---|---|---|---|
| Public health | | | | | |
| Cardiovascular disease | | | | | |
| Obesity | | | | | |
| Diabetes | | | | | |
| Alcohol | | | | | |
| Food and nutrition | | | | | |
| Physical activity | | | | | |
| Tobacco | | | | | |
| Stress | | | | | |
| Inequalities | | | | | |
| Any other relevant areas | | | | | |

*B2. Please add any other comments about information in Section B*

.....

.....

.....

.....

## C. National policies/strategies or plans

*C1. Does your country have any national health policies/strategies or plans on public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?*

☐ *Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please explain)*

.....

*C2. Does your country have any national health policies/strategies or plans on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

☐ *Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please explain)*

.....

*C3. Does your country have any national policies/strategies or plans in place to address any of the following specific areas?*

| | **Yes** | No | Don't know | Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding |
|---|---|---|---|---|
| Coronary heart disease | | | | |
| Hypertension | | | | |
| Stroke | | | | |
| Hyperlipidaemia | | | | |
| Obesity | | | | |
| Diabetes | | | | |
| Alcohol | | | | |
| Food and nutrition | | | | |
| Physical activity | | | | |
| Tobacco | | | | |
| Stress | | | | |
| Inequalities | | | | |
| Any other relevant areas? | | | | |

*C4. In your country, which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

.....

.....

.....

*C5. Please add any other comments about information in Section C*

.....

.....

.....

## D. Policies/strategies or plans in preparation

*D1. Are there any relevant national policies/strategies or plans currently in preparation?*

☐ *Yes (Please give details)*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*D2. Please add any other comments about information in Section D*

.....

.....

.....

## E. National programmes

*E1. Does your country have any country-wide programmes on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?*

☐ *Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please explain)*

.....

*E2. Does your country have any country-wide programmes on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

☐ *Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please explain)*

.....

*E3. Does your country have any country-wide programmes in place to address any of the following specific areas?*

| | **Yes** | No | Don't know | Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding |
|---|---|---|---|---|
| Coronary heart disease | | | | |
| Hypertension | | | | |
| Stroke | | | | |
| Hyperlipidaemia | | | | |
| Obesity | | | | |
| Diabetes | | | | |
| Alcohol | | | | |
| Food and nutrition | | | | |
| Physical activity | | | | |
| Tobacco | | | | |
| Stress | | | | |
| Inequalities | | | | |
| Any other relevant areas? | | | | |

*E4. Which country-wide programmes have been successfully implemented?*

.....

.....

.....

*E5. Please add any other comments about information in Section E*

.....

.....

.....

## F. Programmes in preparation

*F1. Are there any relevant country-wide programmes currently in preparation?*

☐ *Yes (Please give details)*

.....

☐ *No*

☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*F2. Please add any other comments about information in Section F*

.....

.....

.....

## G. National guidelines/standards

*G1. Has your country adopted any country-wide guidelines/standards relevant to cardiovascular disease prevention/treatment and care which address any of the following areas?*

| | **Yes** | No | Don't know | Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding |
|---|---|---|---|---|
| Coronary heart disease | | | | |
| Hypertension | | | | |
| Stroke | | | | |
| Hyperlipidaemia | | | | |
| Obesity | | | | |
| Diabetes | | | | |
| Alcohol | | | | |
| Food and nutrition | | | | |
| Physical activity | | | | |
| Tobacco | | | | |
| Stress | | | | |
| Inequalities | | | | |
| Any other relevant areas? | | | | |

*G2. Please add any other comments about information in Section G*

.....

.....

.....

## H. National targets, monitoring and evaluation

*H1. Does your country have any national targets on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?*

☐ *Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*H2. Does your country have any national targets on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

☐ *Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*H3. Has your country undertaken any monitoring of progress towards achievement of any targets relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

☐ *Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*H4. Does your country have a structure for systematic public reporting on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?*

☐ *Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)*

.....

☐ *No*
☐ *Don't know (Please give details)*

.....

*H5. What evaluation of programmes relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention has been undertaken?*

.....

.....

.....

*H6. Please add any other comments about information in Section H*

.....

.....

.....

Thank you for your help and time in completing this questionnaire. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

by Friday 15th February 2008.

# Appendix C: Explanatory notes for Questionnaire

These explanatory notes are designed to help you to complete questionnaire 1. Words which are underlined in the questionnaire have been defined in the glossary (see page 55).

### General issues

Please complete the questionnaire in English. Where information is only available in the original language, please provide a brief summary translation in English.

We are interested in collecting information about national policies/strategies or plans and programmes which are currently relevant in your country. This could include, for example, a recently published action plan or legislation which has been in force for a considerable time. We also want to find out about country-wide policies/strategies or plans which exist as 'intentions' and those country-wide programmes which have actually been implemented.

Please use the 'don't know' column only when you have been unsuccessful in finding the requested information, and then provide a short explanation of the attempts which you have made to gather the required information. Provide URLs and pdf files wherever possible. There is a section at the end of each part of the questionnaire for you to add any further comments.

Please contact Gill Cowburn (e-mail gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk) if you are not sure about what information we are asking you to collect or where it might be found.

### A. National organisations

In this part of the questionnaire, we are interested in finding out how health promotion and disease prevention structures are organised in your country. We would like to know which government departments, non-governmental and other national organisations are involved in some way in contributing towards the promotion of health and the prevention and management of chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources or from the organisations involved. Details required are the name of the organisation (please provide an English language translation) and the URL, where appropriate.

**For example:**

In the UK, the Department of Health has overall responsibility for public health, http://www.dh.gov.uk

Some typical government departments to consider include:
Ministry of Health, Ministry of Agriculture; Ministry for Children and/or Education; Ministry for the Environment, Ministry for Home & Community, Ministry for Cultural Affairs

Some typical non-governmental organisations to consider include:
National Heart Foundations, Consumer groups, Lobbying organisations, Medical Societies, Voluntary groups

We have also asked you (in question A7) to find out which organisations are responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan. By this we mean any organisations which are coordinating either government and/or non-governmental action.

In question A8, we ask you to identify key organisations which would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here,

we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. So, if the general consensus from within your country is that organisations X and Y are the key organisations which drive action forward, please tell us about them. If, however, no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion (for example, in my opinion, organisations A, B & C do most to drive change).

**B. National Acts, Laws, Legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)**

Here, we are interested in locating any legislative mechanisms which exist in your country to promote healthier lifestyles. This information should be available directly from government sources. Please list all of the legislation (or equivalent) which you can locate. For each, provide the year of publication or enactment, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

**For example:**

In the UK, the Tobacco Advertising and Promotion Bill was introduced in February 2001, http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200001/ldbills/026/2001026.htm

**C. National policies/strategies or plans**

In this section, we want to establish what national health policies/strategies or plans exist in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

**Policy example:**

In the UK, the white paper "Choosing Health: making healthy choices easier" (2004) sets out an integrated public health policy which includes addressing cardiovascular disease and cancers, alongside risk factors like tobacco, healthy eating, obesity, physical activity and alcohol

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

We are keen to identify how much funding has been allocated to each policy/strategy or plan. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering policies/strategies or plans. Please provide details of the amount of allocated funding for each policy/ strategy or plan (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

**For example:**

In the UK, in 2005, the School Food Trust was allocated 15 million GBP (21,526,676 EUR) from the Department for Education and Skills to promote the education and health of children and young people by improving the quality of food supplied and consumed in schools.

http://www.schoolfoodtrust.org.uk/content.asp?ContentId=232

We would also like you to record whether or not the policies and/or strategies you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)?

**Example of an integrated plan:**

In the UK, an integrated action plan "Delivering Choosing Health; making healthy choices easier" was published in 2005
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105713.pdf

Example of 2 (non-integrated) action plans addressing particular risk factors:
Department of Health (2005) Choosing a better diet: a food and health action plan London: Department of Health
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105709.pdf

Department of Health (2005) Choosing activity: a physical activity action plan London: Department of Health
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105710.pdf

Dates covered by the plans: all three publications are ongoing from 2005

In question C4, we are interested in finding out which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here, as in section A, we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion.

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.

**D. Policies/strategies or plans in preparation**

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant policies/strategies or plans which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

**For example:**

In the UK, a new national strategy for stroke is being prepared, consultation ending October 2007

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.

## E. National programmes

In this section, we want you to record information about any country-wide programmes which are being implemented in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. By this, we mean programmes which are intended to have national coverage and which are implemented across the whole country, not at regional or local level. The exceptions to this are countries (like Belgium, Germany and the UK) where health is the responsibility of regional government, where information from each region would be recorded.

This type of information should be available directly from government sources or from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

We are interested in how much funding has been allocated to each programme. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. Please provide details of the amount of allocated funding for each country-wide programme (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

We would also like you to record whether or not the country-wide programmes you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)

**For example:**

from 2003, the Food Standards Agency has continued to develop and deliver a salt awareness/reduction programme for the general public
http://www.food.gov.uk/healthiereating/salt/

This is a non-integrated national programme with a total campaign spend for Phase 3 (from 2007) of 4 million GBP (5,755,535 EUR)

http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2007/mar/saltconsumptioncampaign

In question E4, we are interested in finding out which country-wide programmes have been successfully implemented. As in section A and C, we want to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion. We ask specifically about monitoring and evaluation in section H.

Further information will be collected about the details of these programmes in Questionnaire 2.

**F. Programmes in preparation**
In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant programmes which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

**For example:**

In the UK, a new programme will be implemented to address earlier identification and treatment as part of the National Alcohol Strategy

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_075218

**G. National guidelines/standards**
In this section, we are interested in finding out whether your country has adopted any country-wide guidelines/standards to guide the delivery of cardiovascular disease prevention as well as treatment/care. Include any governmental or non-governmental guidelines/standards, if they are widely used in your country (for example, the joint European guidelines). This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the guidelines/standards. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

**For example:**

In the UK, The National Service Framework for coronary heart disease was launched in 2000 and sets 12 standards for improved prevention, diagnosis and treatment, and goals to secure fair access to high quality services. The standards are to be implemented over a 10-year period.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094275

Further information will be collected about the details of these guidelines/standards in Questionnaire 2.

**H. National targets, monitoring and evaluation**
Here, we are interested in finding out about any national targets which have been set to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources.

Specifically we would like information (where it exists) about:

Targets at a population level
- mortality, morbidity
- biological factors (like blood pressure)
- behavioural factors (like physical activity levels)

Targets for treatment/care
- for example, around cardiopulmonary resuscitation, emergency services, rehabilitation etc.

For each, provide the date of publication and the date by which the target should be achieved, details of the target (please provide an English language translation, if necessary) and any relevant URL.

**For example:**

In the UK, a Public Service Agreement (PSA) target for obesity was set in 2004 "To reduce the year on year rise in the prevalence of obesity in children under 11 by 2010, in the context of a broader strategy to reduce obesity in the population as a whole"

http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Obesity/DH_4133952

We also want to record any country-wide monitoring or evaluation activity which has taken place. Questions H3 and H4 ask for information about monitoring and reporting of progress towards achievement of targets and/or plans.

**For example:**

a report published in November 07 summarises details of the public opinion research, business research and compliance data relating to the first three months since the smokefree law was introduced in the UK.

http://www.smokefreeengland.co.uk/thefacts/latest-research.html

Question H5 asks about the availability of published evaluation reports on relevant programme implementation.

**For example:**

In the UK the National Evaluation of Local Exercise Action Pilots was published in 2007

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073600

We gratefully acknowledge your help and the time you will spend in sourcing the information to complete questionnaire 1. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk
by Friday 15th February 2008.

Further details will be sought from you in a second phase of data gathering in spring 2008.

# Appendix D: Additional data collection

**By e-mail:**

I would be grateful if you could provide me with further information about the existing national policies/strategies or plans which you have already listed in questionnaire 1. This was section C in the questionnaire.

For each policy you have listed please provide the following information - in English

Title of policy document
Total number of pages in the policy
At which population group is the policy targeted?
Contents page (titles of each section)
Key themes of the policy (no more than 2-3 paragraphs)
Any other interesting features in the policy

This extra information will really bring the project alive so I appreciate the time it will take to complete it. Please return the completed information to me by e-mail no later than Wednesday 4th June 2008

# Glossary

**Allocated funding:**
A defined amount of money which has been provided to pay for a specific purpose, and which cannot be used for any other purpose

**Cardiovascular disease or CVD:**
includes coronary heart disease, stroke (cerebrovascular accidents) and all other diseases of the circulatory system

**Cardiopulmonary resuscitation or CPR:**
an emergency treatment which aims to restart heart and breathing activity when it has stopped during cardiopulmonary arrest

**Country-wide:**
action intended to have national coverage and to be implemented across the whole country

**Emergency services:**
response and provision of medical aid during an acute episode

**Health promotion:**
a process of enabling people to increase control over and to improve their health. Health promotion uses strategies at the primary level of prevention which are designed to facilitate behavioural and environmental changes which are conducive to health enhancement

**Charitable organisation:**
an organisation which exists to use donated funds for public benefit

**Disease prevention:**

**Primary prevention:**
aims to deter disease before it occurs

**Secondary prevention:**
any strategy (such as early detection and prompt treatment of disease) which aims to reduce the presence of an existing disease in a population, thus preventing further deterioration and/or early death

**Goal:**
a statement of a desired outcome

**Guidelines:**
an agreed series of actions and strategies used to guide practice

**Health policy/ strategy:**
a written, formally adopted consensus about health issues which need to be addressed and approaches to be used to achieve change. For example, a policy includes a set of statements and decisions defining goals, priorities and main directions for attaining these goals. It may also include strategies for how the policy is to be implemented

**Integrated:**
bringing together a range of issues across different areas which are worked on and progressed together rather than separately

**National:**
a geographical area defined by fixed borders

**Non-governmental organisation:**
an organisation which undertakes some of the tasks of a national government, but is not a government department or part of one, and which operates to a greater or lesser extent at arm's length from the government

**Plan:**
a scheme, prepared according to policy and strategic directions, and defining activities, to generate products/targets set to achieve desired goals

**Prevention and control of chronic disease:**
the use of specific strategies to reduce and manage the occurrence of a disease in a population

**Professional societies:**
organisations which act as learned societies for people with shared professional qualifications and interests

**Programme:**
a series of related and connected activities which are designed to deliver specific objectives

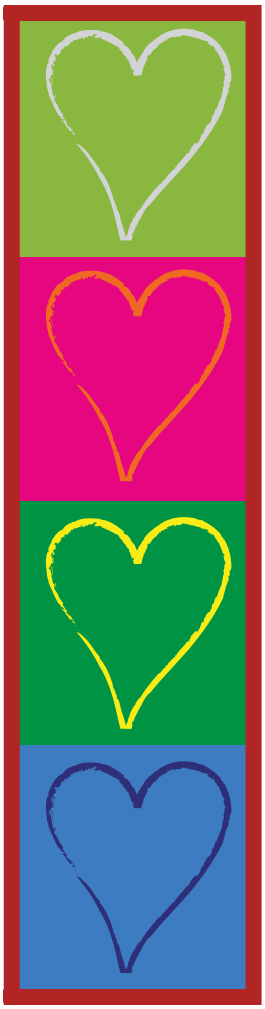
**Public health:**
the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society. Modern public health is concerned with addressing determinants of health across a population

**Standards:**
a set of pre-defined levels of activity to be achieved

**Target:**
an agreed and declared quantitative output which can be used to assess progress towards achievement of a goal

**Treatment:**
the provision of medical services (including rehabilitation services) to alleviate symptoms following diagnosis of illness

Layout & Produktion: www.altitude.be - September 2009



**www.ehnheart.org**

**European Heart Network**
**Rue Montoyer, 31**
**B-1000 Brussels**
**Belgium**
**Telephone: +32 2 512 9174**
**Fax: +32 2 503 3525**
**E-mail: info@ehnheart.org**

Dieser Bericht ist Bestandteil des Arbeitspakets 5 des EuroHeart-Projekts und wurde von der Europäischen Union im Rahmen des Gesundheitsprogramms teilfinanziert. Die Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher ist für die Nutzung der in diesem Bericht gemachten Angaben nicht verantwortlich. Die alleinige Verantwortung obliegt den jeweiligen Personen/Organisationen.