

## Handbuch

---

# Ziele auswählen, entwickeln und evaluieren

---

zentrale Konzepte von *gesundheitsziele.de*

## Vorwort

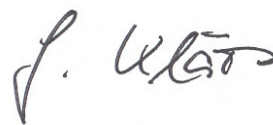
Das Rad nicht neu zu erfinden, sondern möglichst viel von der Vorarbeit anderer zu profitieren, ist ein häufig formuliertes Anliegen im Zusammenhang mit ressourcenschonender Arbeitsweise. Um den Austausch zwischen den Akteuren und den Prozess des Voneinander-Lernens zu unterstützen wie auch einen Beitrag zur Transparenz und Weiterentwicklung zu leisten, haben wir in dieser Handreichung die zentralen Konzepte, die der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* seit seiner Gründung Ende 2000 entwickelt hat, zusammengefasst.

Unter Einbindung breiter wissenschaftlicher und fachlicher Expertise vieler Akteure im Gesundheitsbereich erarbeitete *gesundheitsziele.de* in der Anfangsphase (2000-2001) zunächst die konzeptionelle Basis für die Zusammenarbeit sowie Grundlagenkonzepte für die einzelnen Schritte im Gesundheitszieleprozess: Zielauswahl, Zielentwicklung und Evaluation. Die Arbeiten orientierten sich hierbei an internationalen Beispielen wie Neuseeland und den USA, die bereits über langjährige Expertise bei der Erarbeitung und Umsetzung nationaler Gesundheitsziele verfügten. *gesundheitsziele.de* konnte bei dieser Grundlagenarbeit außerdem auf erste Erfahrungen aus einzelnen Bundesländern zurückgreifen. So flossen die Vorarbeiten bspw. aus Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt in die konzeptionelle Arbeit ein. Die so entstandenen Konzepte waren geprägt von dem Anliegen, Wissenschaft und Umsetzung, Theorie und Praxis miteinander zu verbinden. Dieser sog. „pragmatische Ansatz“ impliziert außerdem, Konzepte nicht als statisch zu begreifen, sondern sie beständig weiterzuentwickeln.

Mit diesem Handbuch möchten wir die Konzepte, die im Rahmen von *gesundheitsziele.de* zu drei zentralen Aspekten des Gesundheitszieleprozesses – Zielauswahl, Zielentwicklung und Evaluation – entwickelt wurden, einem größeren Kreis zur Verfügung stellen. Darüberhinaus enthält der Band das Konzept der jährlichen Selbstevaluation. Die für die Logovergabe von *gesundheitsziele.de* notwendigen Dokumente sind ebenfalls in dieser Zusammenstellung zu finden.



Dr. Sibylle Angele



Gabriele Klärs

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Kurzbeschreibung des Zielauswahlverfahrens.....</b>	<b>1</b>
1.1	Zusammenfassung.....	1
1.2	Analyse nationaler und internationaler Zieleprogramme .....	1
1.3	Priorisierung – Kriterienprüfungen.....	4
1.4	Erneute Vorauswahl und Kriterienprüfung.....	5
1.5	Auswahl.....	5
1.6	Überblick zum Zielauswahlverfahren im Forum <i>gesundheitsziele.de</i> in 2001 .....	6
<b>2</b>	<b>Stellenwert und Operationalisierung der Kriterien .....</b>	<b>10</b>
2.1	Schweregrad - 1. Mortalität .....	10
2.2	Schweregrad – 2. Bevölkerungsbezogene Krankheitslast.....	11
2.3	Verbreitung.....	11
2.4	Verbesserungspotenzial .....	12
2.5	Volkswirtschaftliche Relevanz .....	12
2.6	Ethische Aspekte.....	13
2.7	Chancengleichheit.....	13
2.8	Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung .....	14
2.9	Messbarkeit .....	14
2.10	Machbarkeit - 1. Instrumente.....	14
2.11	Machbarkeit - 2. Akteure .....	14
2.12	Beteiligungsmöglichkeit von Bürger(inne)n und Patient(inn)en.....	15
<b>3</b>	<b>Erhebung und Auswertung des Kriteriums Machbarkeit .....</b>	<b>18</b>
3.1	Hintergrund.....	18
3.2	Vorgehen.....	18
3.3	Fragestellung.....	18
3.4	Auswertung .....	19
3.5	Kategorisierung der Abfrageergebnisse .....	19
<b>4</b>	<b>Zielkonzept .....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>Aktualisierung eines Gesundheitsziels .....</b>	<b>25</b>
5.1	Wiedereinberufung der Arbeitsgruppe.....	25

5.2	Evaluation des Zielerreichungsgrads.....	25
5.3	Inhaltliche Überarbeitung des Zielekonzeptes.....	26
5.4	Festlegung des Zielkorridors / Quantifizierung der Ziele .....	28
5.5	Aufbau der Zielkonzepte.....	28
5.6	Evaluation.....	29
5.7	Abschlussdokumentation, Zielvereinbarung, Umsetzungsstrategie, Ressourcenvereinbarung .....	30
<b>6</b>	<b>Checkliste für Zielentwicklung und Maßnahmen.....</b>	<b>30</b>
6.1	Arbeitsschritte / Organisationsstruktur.....	30
6.2	Evaluation.....	30
6.3	Handlungsbedarf .....	31
6.4	Qualitative Aspekte.....	31
6.5	Strategische Aspekte.....	31
6.6	Umsetzbarkeit und Evaluation.....	32
<b>7</b>	<b>Evaluation.....</b>	<b>34</b>
<b>8</b>	<b>Daten und Indikatoren zur Evaluierung des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ .....</b>	<b>37</b>
8.1	Hintergrund.....	38
8.2	Aufgabenstellung.....	39
8.3	Dokumentation der Daten und Indikatoren .....	39
8.4	Fazit 43	
8.5	Anlage B1, Basismaßnahme 1: Tabaksteuererhöhungen .....	48
8.6	Anlage B2, Basismaßnahme 2: Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung.....	56
8.7	Anlage B3, Basismaßnahme 3: Schutz vor Passivrauchen.....	57
8.8	Anlage B4, Basismaßnahme 4: Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit .....	65
8.9	Anlage B5, Basismaßnahme 5: Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen .....	74
8.10	Anmerkungen zu den Anlagen B1 bis B5.....	78
<b>9</b>	<b>Konzept zur Evaluierung des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“</b>	<b>80</b>
9.1	Einleitung.....	82

9.2	Zielformulierungen zu den verschiedenen Aktionsfeldern .....	82
9.3	Dokumentation der Daten und Indikatoren .....	84
9.4	Fazit	97
9.5	Anhang: Gesundheitsziel Depression – Indikatoren und Daten- /Informationsquellen zur Evaluation der Startermaßnahmen.....	103
<b>10</b>	<b>Daten und Indikatoren zur Evaluierung des nationalen Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ .....</b>	<b>117</b>
10.1	Einleitung .....	118
10.2	Dokumentation der Daten und Indikatoren.....	120
10.3	Ziel 1: Transparenz erhöhen .....	122
10.4	Ziel 2: Kompetenz entwickeln.....	123
10.5	Ziel 3: Patient(inn)enrechte stärken .....	125
10.6	Ziel 4: Beschwerdemanagement verbessern .....	126
10.7	Fazit .....	127
10.8	Anmerkungen zu den Datenquellen: .....	130
10.9	Indikatoren und Datenquellen zur Evaluation des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken".....	132
<b>11</b>	<b>Jährliche Erfolgsindikatoren für den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de .....</b>	<b>154</b>

---

# Zielauswahlverfahren

---

# 1 Kurzbeschreibung des Zielauswahlverfahrens<sup>1</sup>

## 1.1 Zusammenfassung

Ausgehend von einer Analyse von Zielinitiativen im In- und Ausland vereinbarten die Akteure im Forum *gesundheitsziele.de* gemeinsame konzeptionelle Grundlagen und Verfahren für die exemplarische Auswahl und Entwicklung konkreter Gesundheitsziele für Deutschland. Diese Grundlagen beinhalteten Fragen der Ausrichtung von Gesundheitszielen und Anforderungen an den Auswahlprozess, Fragen der Partizipation, Beratung und Koordinierung sowie die Frage, wie Gesundheitsziele realistisch entwickelt und Fortschritte bewertet werden können. Die Auswahl erfolgte pragmatisch, d.h. wissenschaftlich reflektiert und zugleich handlungsorientiert. Erste Themenvorschläge wurden in so genannte Zielkörbe zusammengestellt. In Analyse- und Abstimmungsprozessen wurde aus diesen Vorschlägen eine exemplarische Auswahl getroffen. Die Relevanz und Eignung der einzelnen Themen wurde durch eine systematische Kriterienprüfung, sowie eine strukturierte Umfrage unter den Teilnehmern von *gesundheitsziele.de* und anderen relevanten Akteuren herausgearbeitet. Abschließend führten Konsensgespräche zur Auswahl der neun exemplarischen Zielthemen (vgl. ‚Tabellarische Übersicht‘, Seite 4ff).

Beteiligt waren: Arbeitsgruppe 1 „Status-quo Analyse“; Arbeitsgruppe 2 „Evaluation und Datenanalyse“; Ausschuss und Steuerungskreis von *gesundheitsziele.de*, die Geschäftsstelle bei der GVG /*gesundheitsziele.de* und die Medizinische Hochschule Hannover.

## 1.2 Analyse nationaler und internationaler Zieleprogramme

Für die Auswahl der Gesundheitsziele für Deutschland wurden insgesamt zehn<sup>2</sup> nationale und internationale Zieleprogramme analysiert. Die Auswahl dieser Zieleprogramme erfolgte aufgrund verbindlicher Ein- und Ausschlusskriterien<sup>3</sup>.

---

1 im Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland - *gesundheitsziele.de* - Modellprojekt der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. und des Bundesministeriums für Gesundheit (2000-2006)

Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses (ab 2007)

2 Die einzelnen Programme sind aus Australien, Berlin, England (2x), Nordirland, NRW, Sachsen-Anhalt, Wales und von der WHO (2x).

3 Vgl. GVG Schriftenreihe Band 37 (2002), *gesundheitsziele.de*: Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte“; Aka-GmbH, Berlin, ISBN 3-89838-029-7; S. 76f.

### 1.2.1 Einschlusskriterien

- Ein breites thematisches Spektrum von Gesundheitszielen oder die Definition von ansonsten vernachlässigten Gesundheitszielen,
- Deutsche Programme oder Programmentwürfe,
- Zielprogramme, die in der konzeptionellen Gliederung Ähnlichkeiten mit dem Konkretisierungskonzept von *gesundheitsziele.de* aufweisen,
- Für Europa stilbildende Gesundheitszieleprogramme.

### 1.2.2 Ausschlusskriterien

- Programme, die sich stark am alten oder neuen WHO-Programm orientieren und deren Zielspektrum somit im wesentlichen bereits abgedeckt ist;
- Programme, die sich hochgradig spezialisiert haben z.B. auf indigene Bevölkerungsgruppen oder einzelne Sektoren und somit nicht der multisektoralen und bevölkerungsweiten Strategie von *gesundheitsziele.de* entsprechen;
- Programme, deren konzeptioneller Aufbau nicht zu entwirren war, bzw. solche, deren Status unklar verbleibt.

### 1.2.3 Zielbereiche

Eine Analyse der zehn Zieleprogramme ergab eine Einteilung der Gesundheitsziele in acht Zielbereiche<sup>4</sup>:

- Krankheitsspektrum
- Gesunde Lebensweisen/Verhalten/Konsum
- Spezifische Bevölkerungsgruppen/Altersgruppen/Lebensphasen
- Gesundheitsversorgung
- Umwelt/Settings/andere Gesellschaftsbereiche
- Gesundheitspolitik/Gesundheitsforschung/Gesundheitsinformation
- Gesundheitliche Chancengleichheit
- Risikofaktoren

---

<sup>4</sup> GVG-Schriftenreihe Band 37, S. 78.

#### 1.2.4 Definition der Zielbereiche und Bildung der Zielekörbe

Auf Grundlage dieser Analyse wurden Zielbereiche für die nationalen Gesundheitsziele für Deutschland erarbeitet. Ein Grund für Auswahl verschiedener Themenbereiche war, dass es sich bei *gesundheitsziele.de* um einen zunächst exemplarischen Zieleprozess handelte, der auch zeigen sollte, ob / wie sich Gesundheitsziele für Deutschland entwickeln und umsetzen lassen. *gesundheitsziele.de* wollte damit auch analysieren, ob sich ggf. bestimmte Themenbereiche besonders für die Entwicklung und Umsetzung für Gesundheitsziele in Deutschland eignen. Die Zielbereiche für *gesundheitsziele.de* wurden also aus regionalen und internationalen Zielbereichen abgeleitet<sup>5</sup>:

- Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug
- Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention
- Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen
- Gesundheitsziele mit Bürger(innen)- und Patient(inn)enorientierung

Ebenfalls auf Grundlage der betrachteten Zieleprogramme wurden für alle vier Zielbereiche Vorschläge für einzelne Gesundheitsziele in so genannten Zielekörben zusammengestellt. Für die krankheitsbezogenen Gesundheitsziele wurden außerdem die Ergebnisse der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ (1990), die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998), die Ergebnisse des Leitlinien-Clearing-Verfahrens (1999) und die internationale Studie „Global Burden of Disease“ der WHO (1996) berücksichtigt.

Da die vier Zielekörbe trotz der umfangreichen Analyse nur eine Auswahl potentieller Gesundheitsziele sein und somit nicht als empirisch vollständig oder theoretisch-konzeptionell geschlossen angesehen werden können, wurden sie an einem theoretischen Modell des Gesundheitssystems (Input-Output Modell<sup>6</sup>) überprüft. Diese Analyse hat gezeigt, dass mit den Zielekörben die wesentlichen Punkte dieses Modells abgedeckt werden – auch wenn die strukturelle Dimension nicht vollständig abgebildet werden kann.<sup>7</sup>

---

5 GVG-Schriftenreihe Band 37, Tab. 2, S. 81.

6 Eine Beschreibung des Modells befindet sich in GVG-Schriftenreihe Band 37, S. 77 und S. 86ff.

7 Dies ist teilweise auf die Ausrichtung des Forums *gesundheitsziele.de* zurückzuführen, da hier nicht Versorgungs-, sondern Gesundheitsziele entwickelt wurden.

### 1.3 Priorisierung – Kriterienprüfungen

Auf Empfehlung des Steuerungskreises wählte der Ausschuss im Konsens mögliche Gesundheitsziele aus den vier Zielekörben aus, die den Mitgliedern sinnvoll, wünschenswert und handhabbar erschienen. Dieses Verfahren der Eingrenzung konnte gewählt werden, weil die Mitglieder das gesamte Spektrum der Akteure im deutschen Gesundheitswesen abbilden.

Die vom Ausschuss vorgeschlagenen Ziele wurden dann in AG 1 „Status-quo Analyse“ im Hinblick auf die folgenden Kriterien untersucht<sup>8</sup>:

- (1) Schweregrad
- (2) Verbreitung
- (3) Verbesserungspotential
- (4) Volkswirtschaftliche Relevanz
- (5) Machbarkeit

Das Kriterium der Machbarkeit wurde mittels einer **Studie** überprüft. Relevante Institutionen wurden mit Hilfe eines Fragebogens zu den diskutierten Gesundheitszielen befragt:

- Liegen in Ihrer Institution Vorarbeiten zu diesem Thema vor? Wird das Thema bei Ihnen bearbeitet?
- Kennen Sie Instrumente oder Verfahren, die eine positive Veränderung bewirken könnten?
- Würden Sie sich eventuell (personell, finanziell) an der konkreten Entwicklung dieses Gesundheitsziels beteiligen?
- Würden Sie sich eventuell (personell, finanziell) an der konkreten Umsetzung dieses Gesundheitsziels beteiligen?

#### **1.4 Erneute Vorauswahl und Kriterienprüfung**

Aufgrund dieser Analysen engte der Steuerungskreis die Zielthemen weiter ein. Die verbleibenden Ziele wurden dann in einem weiteren Schritt in AG 1 und AG 2 „Evaluation und Datenanalyse“ nochmals anhand der oben genannten Kriterien 1 bis 5 und weiterer Kriterien analysiert:

- (6) Ethische Aspekte
- (7) Chancengleichheit
- (8) Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung
- (9) Messbarkeit
- (10) Beteiligungsmöglichkeit der betroffenen Bevölkerungsgruppe an der Problemlösung

#### **1.5 Auswahl**

In der Ausschuss-Sitzung am 5. September 2001 wurden die zu bearbeitenden Gesundheitsziele verabschiedet<sup>9</sup>

Das Zielaufwahlverfahrens ist dokumentiert in der GVG-Schriftenreihe Band 37: *gesundheitsziele.de* - Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte“; AKA-Verlag, ISBN 3-89838-065-3, Köln 2002

Weitere Informationen: [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)

Juni 2007, Geschäftsstelle von *gesundheitsziele.de*

---

<sup>9</sup> Vgl. Protokoll Ausschuss vom 05.09.2001

## 1.6 Überblick zum Zielauswahlverfahren im Forum *gesundheitsziele.de* in 2001

**Analyse** von 10 nationalen und internationalen Zieleprogrammen und Abgleich der krankheitsbezogenen Gesundheitsziele mit den Ergebnissen der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ (1990), der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998), den Ergebnissen des Leitlinien-Clearing Verfahrens (1999) und der WHO-Studie „Global Burden of Disease“ (1996).



<b>Zielkörbe</b> mit mehreren Gesundheitszielen ↓	<b>Zielkorb für Ziele mit Krankheitsbezug</b>	<b>Zielkorb für Ziele zu Gesundheitsförderung und Prävention</b>	<b>Zielkorb für Ziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen</b>	<b>Zielkorb für Ziele mit Bürger(innen)- und Patient(inn)enorientierung</b>
<b>Ausschuss</b> (Vertreter(innen) aller beteiligten 70 Institutionen; beschlussgebendes Gremium)	Jedes Ausschussmitglied priorisiert jeweils drei Gesundheitsziele aus jedem Zielkorb.			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes</li> <li>• Depression</li> <li>• Mamma- oder Colon-Carzinom</li> <li>• Rückenschmerz</li> <li>• Akuter Herzinfarkt, Schlaganfall und Bluthochdruck</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impfschutz</li> <li>• Integrierte Ansätze in der Prävention</li> <li>• Präventive Potentiale älterer Menschen</li> <li>• Selbsthilfe</li> <li>• Gesundheit am Arbeitsplatz</li> <li>• Gesundheit in der Schule</li> <li>• Rauchen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronisch Kranke mit Tumorschmerzen und Bewältigungsstrategien</li> <li>• Präventive Potentiale älterer Menschen</li> <li>• Psychische Störungen bei jungen Menschen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzahnung – Integration – Teamarbeit</li> <li>• Wirksamkeit von Interventionen – Ergebnisorientierung</li> <li>• Bürger(nnen)- und Patient(inn)eninformationen</li> <li>• Transparenz</li> <li>• Aktive Bürger(innen)- und Patient(inn)enpartizipation</li> </ul>

↓				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetzung von Rehabilitation und Nachsorge</li> </ul>
<p><b>AG 1 analysiert die priorisierten Ziele anhand der Kriterien:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schweregrad</li> <li>2. Verbreitung</li> <li>3. Verbesserungspotential</li> <li>4. Volkswirtschaftlicher Relevanz</li> <li>5. Machbarkeit</li> </ol> <p>↓</p>	<p>Ergebnis: Alle von den Ausschussmitgliedern priorisierten Ziele können bearbeitet werden.</p>			
<p><b>Steuerungskreis</b></p> <p>↓</p>	<p>Die Mitglieder des Steuerungskreises treffen eine weitere Vorauswahl der zu bearbeitenden Gesundheitsziele.</p>			
<p><b>AG 1 und AG 2 analysieren die priorisierten Ziele anhand der Kriterien 1-10: (1-5 siehe oben)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ethische Aspekte</li> <li>7. Chancengleichheit</li> <li>8. Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung</li> <li>9. Messbarkeit</li> <li>10. Beteiligungsmöglichkeit der betroffenen Bevölkerungsgruppe an der Problemlösung</li> </ol> <p>↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression</li> <li>• Herz-Kreislaufkrankheiten (Bluthochdruck, Blutfette, Diabetes)</li> <li>• Chronischer Rückenschmerz</li> <li>• Mamma- oder Colon-Carzinom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Healthy 50+</li> <li>• Reduktion des Tabakkonsums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder und Jugendliche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbsthilfe nutzen mit den Aspekten „Kompetenz und Rechte stärken, Transparenz verbessern“</li> </ul>

<b>Ausschuss</b>	Die Ausschussmitglieder treffen die endgültige Auswahl der exemplarisch zu bearbeitenden Gesundheitsziele			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes</li> <li>• Brustkrebs</li> <li>• Herzinfarkt</li> <li>• Depression</li> <li>• Rückenschmerz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabakkonsum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesund aufwachsen</li> <li>• Impfen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient(inn)en-souveränität stärken</li> </ul>
<p><b>Bei der Entwicklung der exemplarischen Gesundheitsziele sind folgende Querschnittanforderungen zu beachten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der Selbsthilfe</li> <li>• Bürger(innen)- und Patient(inn)enbeteiligung</li> <li>• Prävention auch bei Krankheitszielen</li> <li>• Evidenzbasierung</li> <li>• Sektorale Verzahnung und Integration</li> <li>• Gesundheitliche Chancengleichheit</li> <li>• Gender Mainstreaming</li> </ul>				

---

# **Überarbeiteter Kriterienkatalog zur Auswahl von Gesundheitszielen**

---

**Evaluationsbeirat, 01.07.2008**

## 2 Stellenwert und Operationalisierung der Kriterien

Dem pragmatischen Ansatz von *gesundheitsziele.de* folgend, sollen auf Grundlage von konsensualen Entscheidungsprozessen exemplarisch Gesundheitsziele definiert und umgesetzt werden. Die Diskussion um die Auswahl geeigneter Ziele und ggf. Teilziele soll kriteriengestützt geführt werden. Dazu hat der Evaluationsbeirat vom Steuerungskreis Prüfaufträge erhalten. Die Kriterienprüfung stützt sich auf unterschiedliche Informationsarten:

- Literatur
- Stellungnahmen externer Expertinnen und Experten sowie Institutionen
- Einschätzung und Datenabfragen der Expertinnen und Experten, die im Evaluationsbeirat vertreten sind
- Machbarkeitsabfrage zu den Instrumenten und Akteuren.

Überprüft wurden zwölf Kriterien. Ein Großteil der Kriterien dient nicht der Selektion von Gesundheitszielen, sondern der Transparenz der Diskussion und des Auswahlprozesses. Anders sind die Machbarkeitskriterien zu bewerten. Hier wurden die Akteure im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* sowie andere relevante Akteure um eine Einschätzung gebeten, ob ihrer Ansicht nach Instrumente und Verfahren zur Umsetzung des Gesundheitsziels zur Verfügung stehen. Darüber hinaus umschließt die Machbarkeitsabfrage die eigene Bereitschaft, aktiv an der Weiterentwicklung und Umsetzung mitzuwirken. Dem pragmatischen Ansatz von *gesundheitsziele.de*, den Diskussionen im Ausschuss und dem Auftrag des Steuerungskreises folgend, muss die Machbarkeit als zentrales Auswahlkriterium verstanden werden. Lässt sich von den Antworten auf die Abfrage ablesen, dass entweder Zweifel an der Verfügbarkeit der Instrumente besteht oder aber die Akteure kein Interesse an dem genannten Ziel zeigen, so kann das Ziel - zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt – nicht als tauglich für die Definition und Implementierung angesehen werden.

Im Folgenden werden die Eckpunkte der Operationalisierung der Kriterien dargelegt.

### 2.1 Schweregrad - 1. Mortalität

Der Schweregrad soll zum einen in Bezug zur Mortalität dargestellt werden. Zu beachten ist hierbei, dass einzelnen Risikofaktoren unmittelbar keine Mortalität zugeordnet werden kann, sondern nur den dadurch verursachten Folgeerkrankungen.

Als Indikatoren dienen: Sterblichkeit auf je 100.000 Einwohner

- Vermeidbare, vorzeitige Sterblichkeit
- Attributables Risiko

## **2.2 Schweregrad – 2. Bevölkerungsbezogene Krankheitslast**

Die Mortalität stellt nur eine Dimension des Schweregrads dar. Es sind daher Indikatoren der Morbidität heranzuziehen. Um zu einer ausgewogenen Bewertung zu kommen, muss außerdem die individuelle Krankheitslast bewertet werden (Einschränkungen der Lebensqualität wie z.B. Mobilität, Schmerz, kognitive Fähigkeiten, sensorische Fähigkeiten, emotionale Befindlichkeit, Fähigkeit zur sozialen Rollenerfüllung).

Insbesondere für Erkrankungen, bei denen die Mortalität nicht ins Gewicht fällt, sind die folgenden Kennziffern geeignet, den Schweregrad abzubilden:

- Ggf. Morbidität (Registerdaten)
- Arbeitsunfähigkeit: Tage
- Rehabilitationen: Fälle
- Frühberentungen: Fälle (im Sinne eines ungewollten vorzeitigen Ausscheidens aus dem Arbeitsleben)
- Pflegebegründende Diagnose: Fälle (Erstanträge)
- Behinderungen: Fälle
- Disability adjusted life years (DALYs).

## **2.3 Verbreitung**

Die wesentlichen Indikatoren zur Verbreitung sind:

- Prävalenz
- Verbreitung gesundheitsprotektiven Verhaltens (z.B. Impfen)
- Verbreitung gesundheitsriskanten Verhaltens (z.B. Rauchen).

## 2.4 Verbesserungspotenzial

Zur Bestimmung des Verbesserungspotenzials müssen aufgrund der uneinheitlichen Daten- und Studienlage verschiedene Kennzahlen herangezogen werden. Kennziffern und Methoden zur Bestimmung des Verbesserungspotenzials sind bspw.

- maximal bzw. realistisch verhinderbar
- positiv beeinflussbar
- internationales Benchmarking (z.B. Eurostat)
- geringe Compliance trotz wirksamer Instrumente
- Interventionsmöglichkeit.
- Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität.

## 2.5 Volkswirtschaftliche Relevanz

Bei der Bestimmung der volkswirtschaftlichen Relevanz wird in erster Linie auf die direkten Kosten als Kennziffer zurückgegriffen. Sie beziffern den krankheitsbedingten Ressourcenverzehr als Folge der Behandlung einer Krankheit. Zu beachten ist jedoch, dass aufgrund von Abgrenzungsproblemen z.B. Eigenleistungen im privaten Verbrauch, wie Fahrtkosten zur Gesundheitseinrichtung, Diätkosten, krankheitsbedingter Umbau oder die Veränderung der Ausstattung von Wohnungen und Gebäuden unberücksichtigt bleiben. Zuordnungsprobleme ergeben sich auch bei multiplen Erkrankungen. Hier werden die Kosten der Hauptdiagnose zugeordnet (Statistisches Bundesamt 2000).

Das angemessene Vorgehen bei der Bewertung der indirekten Kosten aus internationaler Sicht ist aufgrund methodischer Probleme strittig. Die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland verwendet deshalb unterschiedliche Kennziffern. So werden neben den indirekten Kosten, basierend auf Berechnungen des Humankapitalansatzes, auch die verlorenen Erwerbsfähigkeitsjahre und die verlorenen Lebensjahre bewertet (Statistisches Bundesamt 2000).

Indikatoren:

- Direkte Krankheitskosten
- Krankheitskosten in stationären Einrichtungen
- Krankheitskosten in Arztpraxen

- Krankheitskosten in Zahnarztpraxen
- Krankheitskosten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Gesundheitsausgaben für Arzneimittel
- Gesundheitsausgaben für therapeutische Leistungen
- Krankengeld.

## 2.6 Ethische Aspekte

Fast alle präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen werfen zumindest bis zu einem gewissen Grad ethische Fragen auf. Schließlich berühren die Interventionen, zumindestens prinzipiell Aspekte der körperlichen Unversehrtheit, der Persönlichkeitsrechte und der Selbstbestimmung über die eigenen Daten. Hinzu kommen Nutzen-Risikoabwägungen.

Allerdings ist für *gesundheitsziele.de* nur in Ausnahmefällen mit ethisch problematischen Aspekten zu rechnen. So sind die meisten Instrumente, die zur Zielerreichung zum Einsatz kommen, bereits erprobt. Besondere ethische Bedenken sind daher nicht zu erwarten.

Vielmehr zielt *gesundheitsziele.de* darauf ab, den Bürgerinnen und Bürgern und den Patientinnen und Patienten Angebote zu unterbreiten, gesundheitliche Potenziale, die heute noch nicht realisiert sind, auszuschöpfen. Die Vorenthaltung wirksamer Maßnahmen kann als ethisch bedenklich gelten. *gesundheitsziele.de* soll diese Situation verbessern.

Aus den genannten Gründen wird das Kriterium nicht systematisch, sondern im Sinne einer Bedarfsprüfung angewendet.

## 2.7 Chancengleichheit

Die Verteilung von Risikofaktoren und Erkrankungen über die Bevölkerung ist in vielen Fällen durch eine Ungleichverteilung über verschiedene soziale Schichten und Bevölkerungsgruppen charakterisiert. Gleichsam gibt es soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme von z.B. wirksamen präventiven Maßnahmen. *gesundheitsziele.de* will sowohl zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung allgemein als auch zur Schließung der Krankheits- und Gesundheitskluft beitragen. Wesentliche Kennzahlen beziehen sich dabei auf

- Geschlecht
- Soziale Lage
- Schultypen (bei Kindern)
- Migrantinnen und Migranten.

## **2.8     Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung**

Aufgrund der gegenwärtigen Studienlage kann diese Frage bestenfalls durch Hilfsindikatoren beschrieben werden, die jedoch erheblichen Einschränkungen unterliegen. Direkte Abfragen zu dringlichen Gesundheitsproblemen oder Gesundheitszielen liegen in Deutschland gegenwärtig nicht vor.

## **2.9     Messbarkeit**

Die Messbarkeit bezieht sich darauf, ob zu den jeweiligen Gesundheitszielen Indikatoren formuliert werden können, die eine Bewertung der Fortschritte zur Zielerreichung ermöglichen. Zum anderen wird geklärt, ob die dauerhafte Verfügbarkeit der Datenquellen gegeben ist. Die Bewertung erfolgt auf Grundlage der Einschätzung von Expertinnen und Experten.

## **2.10    Machbarkeit - 1. Instrumente**

Sind für ein Gesundheitsziel Verbesserungspotenziale konstatiert worden, stellt sich die Frage, ob evidenzbasierte Instrumente vorhanden sind, um zumindest einen Teil dieser Potenziale zu realisieren. Dabei wird zum einen auf die Literatur zurückgegriffen.

Zum anderen fließen die Ergebnisse der Machbarkeitsabfrage ein, die ausführlich in einer separaten Ausarbeitung dargelegt sind. Die Fragen zur Machbarkeit der Instrumente lauten:

Liegen in Ihrer Institution Vorarbeiten zu diesem Thema vor? / Wird das Thema bei Ihnen bearbeitet?

Kennen Sie Instrumente oder Verfahren, die eine positive Veränderung bewirken könnten?

## **2.11    Machbarkeit - 2. Akteure**

*gesundheitsziele.de* verfolgt einen pragmatischen und damit handlungsorientierten Ansatz. So wurde auf eine theoretische Diskussion der potenziellen Träger der Strategien und

Maßnahmen für die zur Auswahl stehenden Ziele und Teilziele verzichtet. Stattdessen wurde im Rahmen der Machbarkeitsabfrage konkret die Beteiligungsbereitschaft abgefragt:

- Würden Sie sich eventuell (personell, finanziell) an der konkreten Entwicklung dieses Gesundheitsziels beteiligen?
- Würden Sie sich eventuell (personell, finanziell) an der konkreten Umsetzung dieses Gesundheitsziels beteiligen?
- Die Ergebnisse der Machbarkeitsabfrage sind ausführlich in einer separaten Ausarbeitung dargelegt.

## **2.12 Beteiligungsmöglichkeit von Bürger(inne)n und Patient(inn)en**

Die Beteiligungsmöglichkeit von Bürgerinnen und Bürgern sowie von Patientinnen und Patienten im Sinne von a) „community participation“, also der politischen Beteiligung sowie b) bei der konkreten Entscheidung bspw. unterschiedlicher Präventions- oder Therapiewege wurde bewertet.

Die Beteiligungsmöglichkeit bezieht sich sowohl auf die strukturelle Beteiligung von Selbsthilfe- und Patient(inn)enorganisationen bzw. deren Vertreter/innen als auch auf die Selbsthilfebewegung selbst.

Indikatoren:

- Strukturen der Beteiligung (quantitative Darstellung der Gremien und der einbezogenen Patient(inn)engruppen sowie der Institutionen und Aktivitäten) (Datenquelle: nicht vorhanden, Erhebung erforderlich)
- Strukturen der Selbsthilfe (Anzahl der Selbsthilfegruppen und -organisationen) (Datenquellen: Datenbank NAKOS, Internetrecherche)
- Förderung der Selbsthilfe im Rahmen des § 20 Abs. 4 SGB V (Anzahl der Förderanträge, Höhe der zugewiesenen Finanzmittel) (Datenquelle: GKV)
- Finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe durch Bund und Länder (Quelle: entsprechende Haushalte)
- Bürgerschaftliches Engagement (Beteiligung in Kommunalpolitik, Bürgerinitiativen etc.) (Datenquelle: SOEP 2001)

- Ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen, Verbänden etc. bzw. Bereitschaft hierzu (Datenquelle: SOEP 2001, FreiwilligenSurvey 2004)
- Beeinflussbarkeit des individuellen Umgangs mit Erkrankung (Selbstmanagement)
- Beeinflussbarkeit der Risikofaktoren durch individuelles, gesundheitsbezogenes Handeln.

---

# **Erhebung und Auswertung des Kriteriums Machbarkeit**

---

## **3 Erhebung und Auswertung des Kriteriums Machbarkeit**

### **3.1 Hintergrund**

Der Auswahl eines Themas als konzeptionell zu entwickelndes Gesundheitsziel legt der Kooperationsverbund zehn Auswahlkriterien zugrunde. Die einzelnen Auswahlkriterien können Sie dem vorangestellten überarbeiteten Kriterienkatalog zur Auswahl von Gesundheitszielen entnehmen.

Die Machbarkeit stellt dabei eines der zentralen Auswahlkriterien dar, da sie für jedes Gesundheitsziel sichergestellt sein muss. Die Feststellung der Machbarkeit erfolgt mittels einer Befragung der Akteure im Kooperationsverbund. Dadurch wird zum einen der Wille und zum anderen die Möglichkeiten zur Umsetzung geklärt.

Die im Kooperationsverbund konsentierete Definition der „Machbarkeit“ umfasst, dass

- Instrumente oder Verfahren, die zur Zielerreichung (positive Veränderung) beitragen existieren,
- evidenzbasierte Strategien und Maßnahmen bekannt sind und
- mit den (beteiligten) Akteuren die Möglichkeit zur positiven Veränderung besteht.

### **3.2 Vorgehen**

*gesundheitsziele.de* folgt dem pragmatischen Ansatz, und ist somit handlungsorientiert. In diesem Sinne wurden für die Erhebung des Kriteriums „Machbarkeit“ die Mitglieder des Ausschusses, des Steuerungskreises und des Evaluationsbeirates um eine Einschätzung gebeten. Erhoben wird diese Einschätzung mittels eines strukturierten Fragebogens.

### **3.3 Fragestellung**

Die Fragebögen zum Kriterium „Machbarkeit“ enthalten zu jedem potentiellen Zielthema die folgenden identischen Fragen:

- Liegen in Ihrer Institution Vorarbeiten zu diesem Thema vor? / Wird das Thema bei Ihnen bearbeitet? (ja / nein)
- Kennen Sie Instrumente oder Verfahren, die eine positive Veränderung bewirken könnten? (ja / nein)

- Würden Sie sich eventuell (personell, finanziell) an der konkreten Entwicklung dieses Gesundheitsziels beteiligen? (ja / nein)
- Würden Sie sich eventuell (personell, finanziell) an der konkreten Umsetzung dieses Gesundheitsziels beteiligen? (ja/nein)

### 3.4 Auswertung

Zur quantitativen Auswertung werden die erhobenen Angaben verdichtet und bewertet.

Frage 1 und Frage 2 zielen übergeordnet auf die Machbarkeit der Instrumente ab. Die Auswertung der Beantwortung dieser Fragen lässt Rückschlüsse dahingehend zu, inwiefern die Akteure von *gesundheitsziele.de* hinreichend Kenntnis über wirksame Instrumente und Verfahren besitzen.

Die Machbarkeit hinsichtlich der Eigenbeteiligung der Akteure wird über die Fragen 3 und 4 erhoben und ausgewertet. Hieraus ergibt sich die generelle Konsensfähigkeit der Akteure bezogen auf ein Zielthema. Je positiver die Auswertung der Frage nach der Eigenbeteiligung ausfällt, umso größer ist die zukünftige Unterstützung des Gesundheitsziels.

### 3.5 Kategorisierung der Abfrageergebnisse

Für die quantitative Auswertung der Abfrage werden die folgenden fünf Kategorien gebildet:

- **„Vorbehaltlos konsensfähig“:**  
Gesundheitsziele, die sowohl hinsichtlich der Instrumente als auch der Eigenbeteiligung insgesamt positiv bewertet werden.
- **„Prinzipiell konsensfähig mit Einschränkungen/kleinere Vorbehalte“:**  
Gesundheitsziele, für die eine weniger eindeutige Ausprägung vorliegt.
- **„Mittelschwerer Prüfvorbehalt“:**  
Gesundheitsziele, die überwiegend „nein“-Stimmen für beide Items (Vorarbeiten und Instrumente) der Machbarkeitsdimension Instrumente aufweisen.

- **„Schwerer Prüfvorbehalt“:**

Gesundheitsziele, die überwiegend „nein“-Stimmen für beide Items (Entwicklung und Umsetzung) der Machbarkeitsdimension Akteure aufweisen

- **„Besonders schwerer Prüfvorbehalt“:**

Gesundheitsziele, die sowohl hinsichtlich der Instrumente als auch der Akteure insgesamt negativ bewertet worden sind

Kriterien für die Auswahl eines

Gesundheitsziels

**Verbreitung**

**Schweregrad**

- 1. Mortalität**
- 2. individuelle Krankheitslast**

**Verbesserungspotenzial**

**Volkswirtschaftliche Relevanz**

**Ethische Aspekte**

**Chancengleichheit**

**Priorität aus Sicht der Bevölkerung**

**Messbarkeit**

**Machbarkeit**

- Instrumente / Verfahren**
- Beteiligung der Akteure**

**Beteiligungsmöglichkeit der betroffenen  
Bevölkerungsgruppe an der Problemlösung**

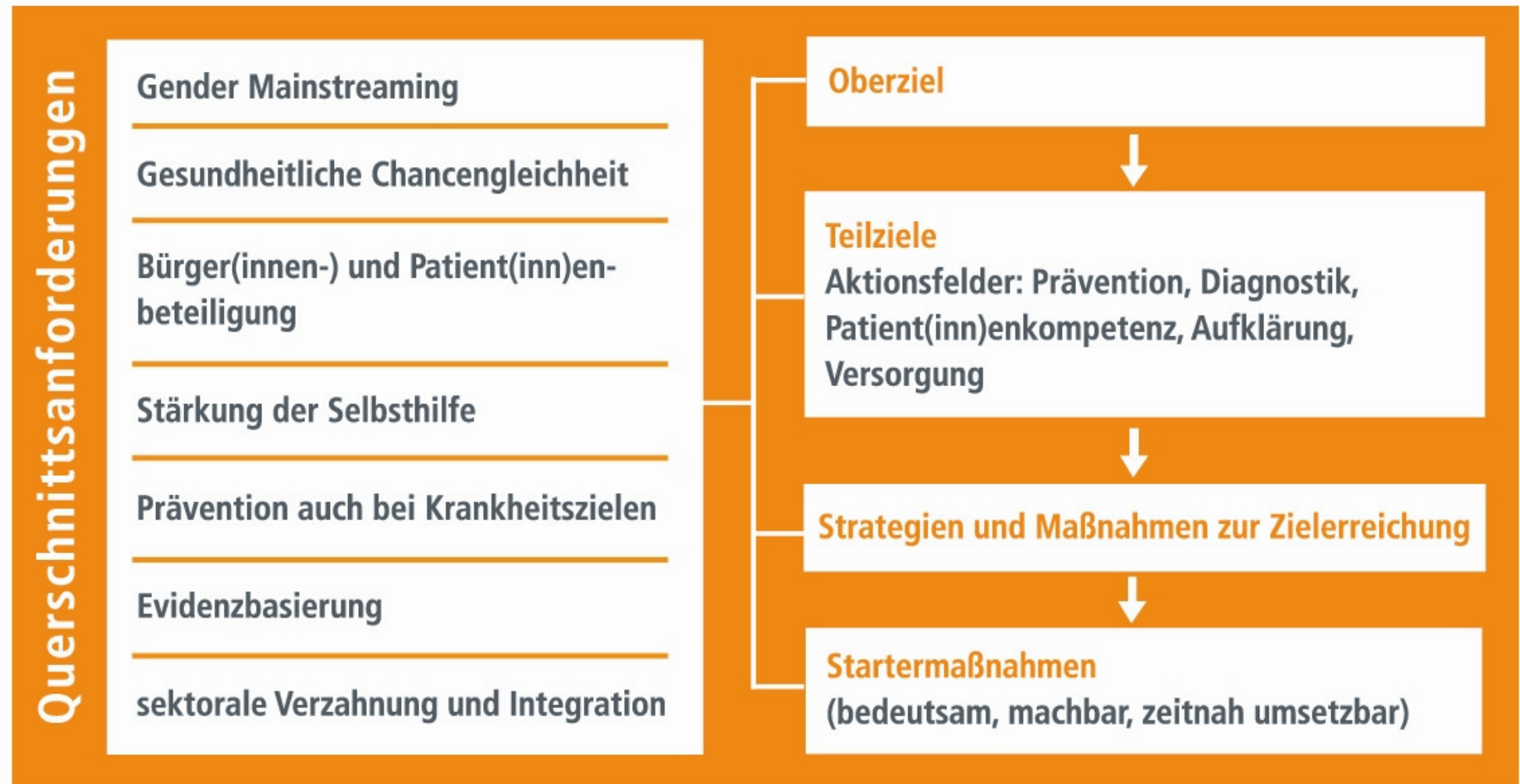
---

# Zielkonzept

---

## 4 Zielkonzept

# Zielkonzept *gesundheitsziele.de*



---

# **Aktualisierung eines Gesundheitsziels**

---

**Leitfaden für die Arbeitsgruppen**

## **5 Aktualisierung eines Gesundheitsziels**

### **5.1 Wiedereinberufung der Arbeitsgruppe**

Der Mitgliederkreis der ursprünglichen AG wird aktualisiert sowohl personell wie auch organisationell. Grundsätzlich sollen neben Wissenschaftler/innen diejenigen Akteure vertreten sein, die das Gesundheitsziel betrifft und die entsprechend aktiv zu dessen Entwicklung und Umsetzung beitragen können. U.U. ist die Mitgliedschaft in der Arbeitsgruppe flexibel zu gestalten. Die Überarbeitung wird von der AG selbst vorgenommen. Ausschuss und Steuerungskreis können zusätzliche Anregungen geben.

Um die Arbeitsgruppe arbeitsfähig zu halten, sollte sie nur so viele aktive Mitglieder wie nötig umfassen. Externe Sachverständige können bei Bedarf themenbezogen hinzugezogen werden. Die Abstimmungsprozesse innerhalb bestimmter Gruppen (Ärzeschaft, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen etc.) werden von diesen selbst vorgenommen.

### **5.2 Evaluation des Zielerreichungsgrads**

Um das Gesundheitsziel zu aktualisieren wäre eine Evaluation, die abbildet inwieweit das Ziel erreicht worden ist, wünschenswert. Für drei der sechs Gesundheitsziele liegen derzeit bereits Evaluationskonzepte vor (Tabakkonsum, Patient(inn)ensouveränität, Depressive Erkrankungen). Zu den einzelnen Teilzielen bzw. Startermaßnahmen wurden Indikatoren gebildet, die geeignet sind, die Wirkung des Programms/der Maßnahme abzubilden. Bei der Identifizierung von Datenquellen sollten idealerweise vor allem flächendeckende, vollständige Statistiken Anwendung finden. Die Evaluationskonzepte zeigen jedoch, dass diese häufig nicht vorhanden sind. Außerdem liegen nicht für alle (Teil-)Ziele Datenquellen vor. Dies trifft insb. für das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ zu, denn settingbezogene Daten sind kaum vorhanden.

Es ist deshalb fallweise zu klären, ob die Erhebung neuer Daten notwendig, machbar und wünschenswert ist. Ziele, für die heute keine Daten vorliegen, sollten zum Gegenstand von Forschungsvorhaben gemacht werden.

Unter Umständen und bei Vorhandensein entsprechenden Ressourcen können hierfür wie auch bei 1.3.1 externe Expert(inn)en hinzugezogen werden.

## **5.3 Inhaltliche Überarbeitung des Zielekonzeptes**

### **5.3.1 Analyse des Hintergrunds orientiert an wissenschaftlichen Erkenntnissen**

Grundlage für die Definition von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen ist eine Analyse der Ausgangslage. Von besonderem Interesse sind Aspekte, die die Relevanz des Themas beleuchten. Bei den krankheitsbezogenen Zielen sind dies insb. Krankheitslast und Versorgungssituation der Betroffenen. Bei den eher bevölkerungsgruppen- und präventionsbezogenen Zielen leitet sich die Bedeutung durch das mit dem Ziel verbundene Präventionspotential her. Eine umfassende Darstellung des Hintergrunds ist Voraussetzung für die Identifikation von Aktionsfeldern.

Da die Erkenntnislage sich verändert haben kann, muss die Analyse die neuesten wissenschaftlichen und Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung einbeziehen. Außerdem können in der Zwischenzeit Ergebnisse bspw. aus der Geschlechter- und Genderforschung oder Entwicklungen von Strukturen sowie geänderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen vorliegen, die nicht nur in den Problemhintergrund einfließen, sondern die Integration neuer Aspekte in das Gesundheitsziel erfordern. Da die Zielauswahl evidenzbasiert erfolgt, fließen auch neue Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Zielerreichung ein.

Außerdem ist zu prüfen, ob und inwieweit (Teil-)Ziele erreicht wurden, so dass bisherige Schwerpunktsetzungen bei der Zieldefinition und den Startermaßnahmen zu modifizieren sind.

### **5.3.2 Sichtung bestehender Initiativen**

Allen definitorischen Aktivitäten muss eine Sichtung und Analyse bestehender Initiativen und Programme vorangestellt werden, um festzustellen, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht und welche bestehenden Erfahrungen und Initiativen ggf. in die Entwicklung der Gesundheitsziele einbezogen werden können. Bei Themen, die schon anderweitig bearbeitet werden, sind regionale und institutionelle Unterschiede zu beachten. Diese unterschiedliche Ausgangslage muss für jedes (Teil-)Ziel beschrieben werden.

### **5.3.3 Arbeitsweise / Vorgehen**

Neben der wissenschaftlichen systematischen Zielbestimmung ist von hoher Bedeutung, welche Zieldefinitionen, Programme und Konzepte von anderen Akteuren vorliegen. Die

damit verbundenen Erfahrungen sollten unbedingt in den nationalen Zieleprozess eingehen können. Die Konkretisierung des Gesundheitsziels kann entsprechend flexibel erfolgen. So ist z.B. denkbar, dass es Akteure gibt, die großes Interesse haben, bestimmte Maßnahmen unter dem Dach des Gesundheitsziels durchzuführen. Passen die Maßnahmen zusammen, dann sind sie in die Strategien und Teilziele einzuarbeiten. Ebenso ist es denkbar, dass bestimmte Akteure sich für die eine oder andere Bevölkerungsgruppe einsetzen. Lässt sich diese Bevölkerungsgruppe sinnvoll dem Ziel zuordnen, so muss die Definition der Maßnahmen, Strategien und Teilziele von diesem Punkt ausgehen. Denkbar ist auch, dass ein Ziel zu gleicher Zeit von unterschiedlichen Punkten in der Konzeptabfolge konkretisiert wird. Diese Vorgehensweise hat den Vorteil, gleich die Akteure einzubinden, die die Umsetzung der Maßnahmen übernehmen oder mindestens mit Nachdruck vorantreiben können.

Die tatsächliche Möglichkeit, die Bevölkerungsgesundheit zu verbessern, hängt nicht vom definitorischen Willen der Akteure ab, sondern vom Potential der gewählten Maßnahmen.

#### **5.3.4 Akteure**

Die Umsetzung von Gesundheitszielprogrammen kann scheitern, wenn zuerst die Ziele und Maßnahmen definiert werden und dann erst nach den verantwortlichen Akteuren Ausschau gehalten wird.

Die für die Umsetzung von Maßnahmen relevanten Akteure müssen identifiziert und in die Entwicklung der Ziele und Maßnahmen in den Arbeitsgruppen bzw. im Ausschuss eingebunden werden. Nur so kann erreicht werden, dass Verantwortlichkeiten für die Umsetzung übernommen werden. Gleichzeitig haben die Akteure die Möglichkeit, ausgehend von ihren Vorarbeiten und Zuständigkeiten auf die Zieldefinition und Maßnahmen Einfluss zu nehmen. Die Ziele geben einen gemeinsamen Handlungsrahmen vor, erlauben aber gleichzeitig den Akteuren eine flexible Gestaltung in der Umsetzung.

#### **5.3.5 Ressourcen**

Die Einbindung der Akteure gilt auch hinsichtlich der Ressourcen. Die Umsetzung erfolgt über die jeweils zuständigen Akteure, die im Rahmen ihres Versorgungs- bzw. Handlungsauftrags ihre Ressourcen für die Zielerreichung einbringen.

### 5.3.6 Querschnittsanforderungen

Gleichzeitig mit der Auswahl der Gesundheitsziele hat *gesundheitsziele.de* auch Querschnittsanforderungen festgelegt, die bei der Entwicklung der Gesundheitsziele zu beachten sind. Dies bedeutet, dass bei jedem Arbeitsschritt von der (Teil-)Zieldefinition über die Auswahl von Maßnahmen bis zur Evaluation die folgenden Aspekte bearbeitet werden müssen:

- Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung
- Gesundheitliche Chancengleichheit
- Gender Mainstreaming
- Evidenzbasierung von Maßnahmen
- Verzahnung und Integration der Leistungs- und Versorgungsbereiche
- Stärkung der Selbsthilfe
- Präventive Aspekte auch bei Gesundheitszielen mit Krankheitsbezug.

### 5.4 Festlegung des Zielkorridors / Quantifizierung der Ziele

Grundsätzlich wird die Quantifizierung der Gesundheitsziele angestrebt. Hierfür eignen sich jedoch nicht alle Ziele / Teilziele gleichermaßen. Ziele, die sich auf Risikofaktoren und Prävalenzen beziehen können leichter quantifiziert werden als beispielsweise strukturbezogene Ziele.

Erst gegen Ende des Konkretisierungsprozesses, wenn sicher ist, welche Maßnahmen umgesetzt werden, kann der Zielkorridor, also das Maß, um welches die Verbesserung eines Zustandes erreicht werden soll, bestimmt werden.

Für die geeigneten Ziele müssen im nächsten Schritt außerdem Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung entwickelt werden.

### 5.5 Aufbau der Zielkonzepte

Die Zielkonzepte bestehen aus vier Bausteinen:

- Das Oberziel spezifiziert das Handlungsfeld wie z.B. „Tabakkonsum reduzieren“ im Bereich Suchtmittelgebrauch.

- Bei der Konkretisierung des Oberziels werden Aktionsfelder (Prävention, Diagnostik, Patient(inn)enkompetenz, Aufklärung und Versorgung) identifiziert, zu welchen dann Ziele und Teilziele formuliert werden, wie bspw. „Mehr Kinder bleiben Nichtraucher“.
- Um diese Ziele zu erreichen, werden geeignete Maßnahmen und Strategien identifiziert. Außerdem werden die Akteure, die für die Umsetzung verantwortlich sind, benannt und Indikatoren für die Messung der Umsetzung gebildet.
- Aus dem Bündel von Maßnahmen werden sog. Startermaßnahmen abgeleitet, die nicht nur bedeutsam und machbar, sondern auch zeitnah umsetzbar sind.

## 5.6 Evaluation

Die Gesundheitsziele werden als gesamtgesellschaftliche Ziele verstanden, an deren Erreichung viele verschiedene Akteure im Mehrebenensystem beteiligt sind. Anliegen der Evaluation ist es, eine Standortbestimmung hinsichtlich dieser Zielerreichung vorzunehmen.

Evaluation muss von Anfang an in die Entwicklung der Gesundheitsziele einbezogen werden. Es bedeutet, dass die Gesundheitsziele, ihre Umsetzungsstrategien und -maßnahmen klar und überprüfbar formuliert werden. Bei der Aktualisierung eines Ziels ist zu prüfen, ob dies in der vorliegenden Fassung ausreichend erfolgt ist oder der Nachbesserung bedarf. Ziele, die aktuell nicht sofort messbar/erfassbar scheinen wie z. B. „gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen“ müssen durch Zielpräzisierung und geeignete Indikatoren erfassbar gemacht werden.

Die Gesundheitsziele können jeweils unterschiedliche Zieldimensionen haben. So können die Gesundheitsziele, Teilziele, Strategien und Maßnahmen inhaltlich auf Struktur, Prozesse und Ergebnisse fokussieren. In jedem Fall ist zu beachten, dass die jeweils angestrebten Ergebnisse in Relation zum Status-Quo spezifiziert werden.

Indirekte Nutzeneffekte von Gesundheitszielen (z.B. Herstellung einer gemeinsamen Problemsicht, Verständigung über Prioritäten, Vernetzung von Institutionen, Finden gemeinsamer Sprachregelungen über Institutionsgrenzen hinweg, normative Setzungen) sind bisher nicht Bestandteil der Evaluationskonzepte.

Der Evaluationsbeirat sollte in die Aktualisierung der Ziele eingebunden sein. Dies kann durch personelle Überschneidungen sichergestellt sein und/oder dadurch, dass der Evaluationsbeirat in seinen Sitzungen hierüber berät.

### **5.7 Abschlussdokumentation, Zielvereinbarung, Umsetzungsstrategie, Ressourcenvereinbarung**

Wesentliche Merkmale des Prozesses sollten dokumentiert werden. Die einzelnen Konzepte des Konkretisierungspapiers - Ziele, Teilziele, Strategien und Maßnahmen - sollten detailliert ausgefüllt sein. Die jeweils verantwortlichen Akteure sind benannt und die Ressourcenfrage geklärt.

Der Prozess sollte innerhalb von 6-8 Monaten abgeschlossen werden können. Hierin sind etwa vier Sitzungen der Arbeitsgruppe enthalten.

In einer Publikation wird das aktualisierte Gesundheitsziel der (Fach-)Öffentlichkeit bekannt gemacht flankiert von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit durch die Geschäftsstelle bzw. andere Beteiligte.

Gleichzeitig soll z. B. im Rahmen eines Fachgesprächs der Dialog mit denjenigen Akteuren gesucht werden, die als zentral für die Umsetzung insb. der Startermaßnahmen identifiziert wurden. Ziel ist, die konkrete Umsetzung zu fördern und im besten Fall zu verbindlichen Vereinbarungen mit den Akteuren bzw. der Akteure untereinander zu gelangen.

## **6 Checkliste für Zielentwicklung und Maßnahmen**

Was wollen wir mit der Maßnahme / dem Teilziel / Ziel erreichen?

### **6.1 Arbeitsschritte / Organisationsstruktur**

- Wer wird womit beauftragt?

### **6.2 Evaluation**

- Welche Ziele/ Teilziele sind erreicht worden?
- Wie ist der Zielerreichungsgrad quantitativ oder qualitativ zu beschreiben?
- Welche Ziele/ Teilziele wurden nicht erreicht? Welche Gründe gibt es dafür?
- Für welche Ziele/ Teilziele haben sich die Akteure besonders engagiert?

### 6.3 Handlungsbedarf

- Welcher Handlungsbedarf besteht zukünftig:
  - aus epidemiologischer Sicht?
  - aus der Perspektive besonders unterversorgter oder vulnerabler Gruppen hinsichtlich Defiziten in der Versorgung und/oder Prävention
  - hinsichtlich der Systembedingungen (gesetzliche Grundlagen, Finanzierung, etc.) für Prävention und Versorgung

### 6.4 Qualitative Aspekte

- Leistet die Maßnahme / das Teilziel / Ziel einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit?
- Leistet die Maßnahme / das Teilziel / Ziel einen Beitrag zur Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern?
- Ist die Maßnahme / Teilziel / Ziel an den Bedürfnissen von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten ausgerichtet? Wird es von ihnen akzeptiert? Werden sie zur Umsetzung beitragen? Woher wissen wir das?
- Trägt die Maßnahme / das Teilziel / Ziel zur Stärkung der Selbsthilfe bei? Nutzt es die Potentiale der Selbsthilfe?
- Trägt die Maßnahme / das Teilziel / Ziel nachweislich zur Verbesserung der Prävention bzw. Versorgung bei?
- Trägt die Maßnahme / das Teilziel / Ziel zur Verzahnung und Integration der Leistungs- und Versorgungsbereiche bei?
- Warum trägt die Maßnahme / das Teilziel besser als andere mögliche Maßnahmen / Teilziele zur Zielerreichung bei? Basiert die Maßnahme / das Teilziel / Ziel auf ausreichender Evidenz? Haben wir dies systematisch recherchiert und konsensual abgestimmt? Welche Kriterien haben wir dabei angewandt? Gibt es Leitlinien zur Umsetzung?

### 6.5 Strategische Aspekte

- Haben wir die Ausgangs- und Rahmenbedingungen (regional und institutionell) ausreichend recherchiert?

- Sind die Akteure für die Umsetzung „im Boot“? Haben wir notwendige Akteursallianzen bedacht und sind sie sichergestellt?
- Welche Abstimmungsschritte mit anderen Ressorts sind notwendig? Mit welchen? Wann? Wie kann die Abstimmung am besten bewerkstelligt werden (Aufwand – Nutzen)?
- Ist die Koordinierung von nationaler, regionaler, kommunaler und Leistungserbringungsebene sichergestellt? Mit wem? Wann? Mit welchen Instrumenten?
- Welche Ressourcen sind notwendig (monetär / nicht-monetär)? Woher kommen die notwendigen Ressourcen? Ist die Bereitstellung der Ressourcen abgestimmt / sichergestellt? Wie?
- Haben wir eine Kommunikationsstrategie, die eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahme / des Teilziels / Ziels unterstützt?

## 6.6 Umsetzbarkeit und Evaluation

- Sind besondere Anstrengungen (z.B. *gesundheitsziele.de*) notwendig, um das Ziel zu erreichen oder würde das Ziel im Laufe der Zeit ohnehin, d.h. auch ohne besondere Anstrengungen, erreicht?
- Kann das Ziel erreicht werden?
- In welchem Zeitrahmen soll das Gesundheitsziel erreicht werden? Ist der Zeitrahmen angemessen?
- Tragen die einzelnen Maßnahmen / Strategien / Teilziele nachweislich zur Erreichung des gesamten Gesundheitsziels bei? Haben wir die Maßnahmen / Strategien / Teilziele logisch verknüpft (Wirkungsmodell)?
- Ist die Maßnahme / das Teilziel / Ziel verständlich und eindeutig formuliert? Wird klar, was erreicht werden soll und wie die (Zwischen-)Ergebnisse überprüft werden können?
- Wie können wir die Ergebnisse messen (Indikatoren)? Sind die Indikatoren relevant und aussagekräftig?
- Wer überprüft die (Zwischen-)Ergebnisse? Wer führt die Ergebnisse zusammen? Welche Ressourcen sind notwendig? Woher kommen diese Ressourcen?

---

# Evaluation

---

## 7 Evaluation

Die Evaluation der Erreichung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist vor dem Hintergrund einer demokratischen und bürgerbezogenen Werteorientierung der an dem *gesundheitsziele.de*-Prozess Beteiligten zwingend geboten und Konsens.

Evaluation als integrativer Bestandteil von *gesundheitsziele.de* muss somit transparent, methodisch gesichert und effektiv gestaltet sein.

Aufgabe von Evaluation ist die möglichst zuverlässige Erfassung der Wirkungen von Maßnahmen. Ohne Evaluation wäre nicht belegbar, ob Maßnahmen und ihre Bestandteile die gewünschten Outcomes zeigen oder, anders ausgedrückt, ob die eingesetzten Ressourcen Nutzen erbringen.

Eine Evaluation mit diesem Anspruch kann nur erfolgen, wenn das zu Erreichende klar formuliert ist und die Strategie und die Maßnahmen, die zur Erreichung des Ziels führen sollen, im Rahmen eines Wirkungsmodells beschrieben sind. Erst durch die Konkretisierung in einem Maßnahmenplan wird deutlich, welche Maßnahmen auf welchem Weg zur Zielerreichung beitragen sollen. Damit werden die inhaltlichen Voraussetzungen zur Evaluation des Verlaufs und von Ergebnissen geschaffen. Durch die Integration von ergebnisorientierter (Outcome) und verlaufsorientierter (Prozess-) Evaluation entsteht die Möglichkeit zu einer kontinuierlichen, datengestützten Rückkopplung von (Zwischen-) Ergebnissen an die Maßnahmenplanung und die strategische Entscheidungsebene und damit die Voraussetzung für Steuerung, Verbesserung und Wirksamkeitsoptimierung des Programms im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Um die Evaluation von Gesundheitszielprogrammen allgemein und für *gesundheitsziele.de* im Speziellen durchzuführen, sind bestimmte Voraussetzungen erforderlich:

Evaluation muss von Anfang an in die Entwicklung der Gesundheitsziele und ihrer Umsetzungsstrategien und -maßnahmen einbezogen werden.

Die Gesundheitsziele, Strategien und Maßnahmen müssen klar und überprüfbar formuliert werden, d.h. es muss für die Akteure deutlich sein, was erreicht werden soll.

Die Umsetzungsstrategien und -maßnahmen müssen auf Basis bestmöglicher Evidenz entwickelt werden und verdeutlichen, wie sie die Ziele erreichen wollen. Das heißt, sie müssen Antworten auf die Fragen geben, welche Maßnahmen im Rahmen welcher Strategie, unter Verwendung welcher Ressourcen, zu welchen Zeitpunkten welche (Teil-) Ziele erreichen sollen.

In Abhängigkeit von den konkreten Gesundheitszielen, Teilzielen, Interventionsstrategien und Maßnahmen muss festgelegt werden, wie bestmögliche Evaluation sichergestellt werden kann.

Konkrete Evaluationsstrategien und konkrete Indikatoren können nur in Abhängigkeit von konkreten Zielen, konkreten Strategien und konkreten Maßnahmen entwickelt werden. Es kommen solche Indikatoren der Zielerreichung zur Anwendung, die von den Akteuren als geeignet angesehen werden, um die Wirkungen einer Maßnahme zu ermitteln.

Für die Evaluationsindikatoren ist grundsätzlich zu klären, ob und inwieweit vorliegende Daten und Indikatoren – wie vor allem flächendeckende, vollständige Statistiken (z.B. amtliche Statistiken wie Todesursachenstatistik) – Anwendung finden können.

Ferner ist für jedes Ziel zu klären, inwieweit die Verwendung zahlenmäßig erfassbarer, quantifizierbarer Indikatoren notwendig und möglich ist und wo verbale, qualitative Indikatoren Anwendung finden.

Ausgehend von dem Kriterium „Messbarkeit“ für die Auswahl eines Gesundheitsziels lässt sich festhalten, dass alle Ziele erfassbar und evaluierbar sind.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> vgl. hierzu vertiefend Band 37 „Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte“

## Evaluationskonzept

---

# Nationales Gesundheitsziel “Tabakkonsum reduzieren“

---

## **8 Daten und Indikatoren zur Evaluierung des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“**

vorgelegt vom Evaluationsbeirat

erarbeitet von der Unterarbeitsgruppe:

Dr. Christoph Kröger, Institut für Therapieforschung, München

Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Berlin

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Technische Universität, Berlin

Alexander Schulze, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Volker Stander, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Jürgen Töppich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

verabschiedet vom Ausschuss im Oktober 2005

## 8.1 Hintergrund

Mit der exemplarischen Formulierung von Gesundheitszielen zu den fünf Themenfeldern „Diabetes mellitus“, „Brustkrebs“, „Tabakkonsum“, „Gesund aufwachsen“ und „Bürger- und Patientenorientierung“ hat das gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und der „Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung“ (GVG) durchgeführte Projekt „*gesundheitsziele.de*“ der Gesundheitspolitik in Deutschland neue Perspektiven eröffnet. In dem im Februar 2003 vorgelegten Projektbericht „*gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland“ werden nicht nur Gesundheitsziele definiert, sondern bereits konkrete Maßnahmen zu deren Umsetzung empfohlen. Gleichzeitig wird auf die Notwendigkeit verwiesen, die Wirkungen und den Erfolg der Maßnahmen sowie die Zielerreichung zu evaluieren (BMGS 2003).

Die Zuständigkeit für die Planung der Wirksamkeits- und Fortschrittskontrolle liegt bei einem Evaluationsbeirat, der sich darauf verständigt hat, zunächst am Beispiel des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ ein Evaluationskonzept zu entwickeln. Ausgangs- und Bezugspunkt der Konzeptentwicklung sollen die im Juli 2004 vom *gesundheitsziele.de*-Ausschuss verabschiedeten fünf Basismaßnahmen sein, die als wichtige Elemente eines „Nationalen Aktionsplanes zur Verringerung des Tabakkonsums“ verstanden werden (GVG 2004):

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

Bei der Entwicklung des Evaluationskonzeptes steht die Ebene der Outcomeevaluation auf Makroebene, vor allem die Ergebnismessung auf Bevölkerungsebene, im Mittelpunkt. Die Notwendigkeit der Outcomeevaluation ergibt sich aus der Zielformulierung selbst, die auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland bezogen ist, und aus den Basismaßnahmen und Indikatoren, die von den AGs entwickelt wurden, die ebenfalls diesen Gesamtbezug

haben. Für den Evaluationsbeirat ergab sich daraus die Aufgabe, unter methodischen Gesichtspunkten die Verfügbarkeit qualitätsgesicherter repräsentativer Daten zu überprüfen.

## **8.2 Aufgabenstellung**

In einem ersten Schritt sollte eine Übersicht der in Deutschland vorhandenen Datengrundlagen und Erhebungsprogramme zum Tabakkonsum erstellt werden, die zur Evaluierung der Basismaßnahmen herangezogen werden können. Zu diesem Zweck wurde eine Unterarbeitsgruppe der AG 6 ins Leben gerufen, in der das Robert Koch-Institut (RKI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Institut für Therapieforschung (IFT) und das Deutsche Krebsforschungszentrum (dkfz) vertreten sind. Diese Institutionen erhielten den Auftrag, zu prüfen, inwieweit die von ihnen bereitgestellten bzw. vorgehaltenen Daten die Abbildung der Indikatoren ermöglichen, die zur Erfolgs- und Qualitätskontrolle der Basismaßnahmen vorgegeben worden sind. Am 14. März 2005 fand in Berlin das erste Treffen der Unterarbeitsgruppe statt, um die Ergebnisse zu diskutieren und das weitere Vorgehen abzustimmen. Das Robert Koch-Institut wurde beauftragt, die Ergebnisse zusammenzuführen und zu dokumentieren. Auf der 4. Sitzung des Evaluationsbeirates am 22. April 2005 in Berlin wurde die Ergebnisdokumentation zur Diskussion gestellt. Die vorliegende Fassung beinhaltet bereits die Anregungen des Evaluationsbeirates.

## **8.3 Dokumentation der Daten und Indikatoren**

Ausgehend von Kurzbeschreibungen der Basismaßnahmen zur Umsetzung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ (vgl. GVG 2004) werden nachfolgend die Möglichkeiten und Grenzen der Indikatorenbildung auf Basis der vorhandenen Daten beschrieben. Von den von der AG 6 vorgeschlagenen Erfolgsindikatoren werden nur diese berücksichtigt, an denen sich der Erfolg der Basismaßnahmen tatsächlich messen lässt. Die Übersichten im Anhang geben darüber hinaus Auskunft über die zugrunde liegenden Erhebungsinstrumente und machen dadurch zugleich deutlich, inwieweit die aus verschiedenen Quellen stammenden Informationen miteinander vergleichbar sind.

### **8.3.1 Basismaßnahme 1: Tabaksteuererhöhungen**

Kurzbeschreibung: Tabaksteuererhöhungen sind ein Instrument der Tabakkontrollpolitik, von dem unmittelbare Effekte auf die Nachfrage nach Tabakprodukten erwartet werden können. Die Effekte entfalten sich dabei sowohl über einen zunehmenden Ausstieg aus

dem Tabakkonsum als auch einen Rückgang im Rauchbeginn. Bei einem Teil der verbleibenden Raucher ist mit einer Einschränkung des Konsums zu rechnen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist davon auszugehen, dass eine Erhöhung der Preise zu Veränderungen im Rauchverhalten führt.

Erfolgsindikatoren: Preisgestaltung der Tabakwaren, Prävalenz- und Inzidenzraten

Daten und Indikatoren: Die breiteste Datengrundlage für Aussagen zu Reaktionen auf die Preisgestaltung der Tabakwaren wird durch die Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ der BZgA bereitgestellt, z.B. Beurteilung des Zigarettenpreises oder Veränderung des Rauchverhaltens nach der Preiserhöhung. Anhaltspunkte liefern auch der telefonische Gesundheitssurvey 2005 des RKI und eine Erhebung des IFT-Nord, die sich explizit auf die Wirkung von Tabaksteuererhöhungen bezieht (Isensee, Hanewinkel 2004). Darüber hinaus kann auf amtliche Statistiken zurückgegriffen werden, u.a. um die Preiselastizität der Nachfrage oder den Verbraucherpreisindex zu bestimmen (siehe Anlage B1).

Die Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen lässt sich z.B. auf Grundlage der Gesundheitssurveys des RKI und des Epidemiologischen Suchtsurveys des IFT ermitteln. Aussagen über die Verbreitung des Rauchens im Kindes- und Jugendalter sind anhand von Daten der Drogenaffinitätsstudie und der Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ der BZgA sowie der europäischen Schülerstudie zum Konsum von Alkohol und anderen Drogen des IFT möglich. Die Entwicklung der Inzidenzzahlen des Rauchens lässt sich nur von Datengrundlagen ableiten, die in regelmäßigen Abständen wiederholt werden (z.B. Gesundheitssurveys des RKI, Drogenaffinitätsstudie der BZgA oder Epidemiologischer Suchtsurvey des IFT).

### **8.3.2 Basismaßnahme 2: Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung**

Kurzbeschreibung: Tabakwerbung erhöht nachweislich die Nachfrage nach Tabakprodukten und beeinflusst die Markenwahl. Gleichzeitig wird ein positives gesellschaftliches Klima für den Tabakkonsum erzeugt und das Rauchen in Zusammenhang mit Lebensstilen und Erlebniswerten gesetzt. Dies gilt nicht nur für die direkte Bewerbung von Tabakprodukten, sondern auch für indirekte Formen der Werbung, z.B. das Markensponsoring. Wie bei Tabaksteuererhöhungen ist davon auszugehen, dass ein Verbot von Tabakwerbung

sowohl das Einstiegs- als auch das Ausstiegsverhalten beeinflusst und sich bei verbleibenden Rauchern in einem geringeren Konsum niederschlägt.

Erfolgsindikatoren: Verringerung der Werbe- und Sponsoringausgaben durch die Tabakindustrie

Daten und Indikatoren: Die Daten der Bevölkerungsbefragungen können hier bislang keinen Aufschluss geben. Denkbar wäre z.B. nach der Wahrnehmung von Tabakwerbung oder nach der Akzeptanz von Werbeverböten zu fragen. Die Nielsen-Werbeforschung stellt Informationen bereit, die Rückschlüsse auf die Senkung der Werbeträger-bezogenen Gesamtausgaben der Tabakindustrie zulassen. Diese sind allerdings kostenpflichtig. Die Datengrundlage zur Erfolgskontrolle der Basismaßnahme „Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung“ ist damit als unzureichend zu bezeichnen (siehe Anlage B2).

### **8.3.3 Basismaßnahme 3: Schutz vor Passivrauchen**

Kurzbeschreibung: Die Passivrauchexposition ist – wenn auch in geringerem Ausmaß – mit den gleichen Krankheiten und Beschwerden assoziiert wie das Aktivrauchen. Bei Personen, die regelmäßig Passivrauch ausgesetzt sind, ist u.a. die Auftretenswahrscheinlichkeit von Herzinfarkt, Schlaganfall, chronischer Bronchitis und Lungenkrebs erhöht (IARC 2004; USDHHS 2004). Die Realisierung rauchfreier Arbeitsplätze, Schulen, Krankenhäuser und gastronomischer Betriebe ist ein Weg, um die Passivrauchbelastung der Bevölkerung zu senken. Erforderlich sind daneben systematische Beratungskonzepte, um auch die Passivrauchexposition in Privathaushalten zu verringern und Frauen während der Schwangerschaft beim Ausstieg aus dem Rauchen zu unterstützen.

Erfolgsindikatoren: Differenziertes Monitoring zur Erfassung des Passivrauchens, Zunahme rauchfreier Bereiche bzw. Einrichtungen, Zunahme der rauchfreien Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Daten und Indikatoren: Aussagen zur Passivrauchexposition sind z.B. anhand von Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 des RKI möglich (Belastung am Arbeitsplatz, zu Hause oder in der Freizeit). Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI wird zudem nach dem Rauchverhalten der Mutter während der Schwangerschaft und Stillzeit gefragt.

In der Drogenaffinitätsstudie und Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ der BZgA werden Einstellungen zum Passivrauchen und zu Rauchverboten erhoben; in der Jugendbefragung außerdem Einschätzungen zur Gefährlichkeit des Passivrauchens. Das IFT stellt die breiteste Datengrundlage zur Passivrauchexposition bereit. Neben Befragungsdaten aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey stehen auch Informationen zu rauchfreien Räumen in Gaststätten (Nichtraucherinitiative) und zu rauchfreien Krankenhäusern (Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser) zur Verfügung (siehe Anlage B3).

#### **8.3.4 Basismaßnahme 4: Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit**

Kurzbeschreibung: Durch Beendigung des Rauchens lässt sich in jedem Alter ein Gesundheitsgewinn und eine Erhöhung der ferneren Lebenserwartung erzielen. Beispielsweise halbiert sich innerhalb von zwei Jahren das Risiko, an einer durch den Tabakkonsum bedingten Herzkrankheit zu sterben. 15 Jahre nach dem Rauchstopp entspricht das Herzinfarktrisiko dem eines lebenslangen Nierauchers. Um die Aufhörbereitschaft zu fördern und aufhörwillige Raucher bei ihrem Vorhaben zu unterstützen, sind entsprechende Beratungs- und Entwöhnungsangebote erforderlich. Ergänzend bedarf es regelmäßiger und breit gestreuter Informationen über die Schädlichkeit des Rauchens.

Erfolgsindikatoren: Prävalenz der Raucher und der Aufhörwilligen in der Bevölkerung, Entwicklung der Abstinenzquote, Inanspruchnahme von Tabakentwöhnungsmaßnahmen

Daten und Indikatoren: Die Erhebungen des RKI geben Auskunft über Raucher-, Exraucher- und Nieraucherquoten. In einzelnen Erhebungen wurde zudem nach der Aufhörbereitschaft, Aufhörversuchen und dabei verwendeten Hilfsmitteln gefragt. Auch die Drogenaffinitätsstudie und die Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ der BZgA geben Auskunft über Raucher-, Exraucher und Nieraucherquoten und enthalten eine Frage zur Aufhörbereitschaft. Weitere Fragen beziehen sich auf den Wunsch nach Informationen über Hilfestellungen zur Beendigung des Rauchens und zum diesbezüglichen Kenntnisstand, zur Einschätzung der Wirksamkeit von Angeboten der Tabakentwöhnung und zur Motivation für einen Rauchstopp. Die Erhebungen des IFT geben u.a. Auskunft über die Motivation zum Aufhören, wobei eine Differenzierung zwischen verschiedenen Phasen möglich ist. Daneben können Aussagen zur Nutzung von Entwöhnungskursen und die Inanspruchnahme von Entwöhnungshilfen getroffen werden (siehe Anlage B4).

### **8.3.5 Basismaßnahme 5: Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen**

Kurzbeschreibung: Die Verhinderung eines frühen Rauchbeginns ist ein zentrales Anliegen der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik. Erforderlich sind dazu sowohl individuumszentrierte Maßnahmen, wie z.B. Programme zur Lebenskompetenzförderung, als auch strukturelle Maßnahmen wie Regulierungen des Angebots und der Zugänglichkeit zu Tabakprodukten sowie die Förderung rauchfreier Schulgelände, Ausbildungs- oder Sportstätten. Von einer erfolgreichen Tabakprävention im Kindes- und Jugendalter ist eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums in der Bevölkerung zu erwarten, da nach dem 18. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit eines Einstiegs in das Rauchen nur noch gering ist.

Erfolgsindikatoren: Umfang der schulischen Maßnahmen zur Tabakprävention, Verankerung der Lehrinhalte zur Tabakprävention, Teilnahme an Programmen der Tabakprävention

Daten und Indikatoren: Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI, die Drogenaffinitätsstudie und Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ der BZgA sowie die europäische Schülerbefragung zum Alkoholkonsum und anderen Drogen des IFT lassen allesamt Aussagen zur Verbreitung des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen zu. Sofern diese in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, lassen sich Zeitreihen abbilden, die über Veränderungen im Einstiegsverhalten und Einstiegsalter informieren. Die Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ fokussiert zudem auf der Behandlung des Tabakkonsums im Schulunterricht. Erhebungen des IFT enthalten Fragen zu Einstellungen von Schülern zum Rauchen bzw. Nichtrauchen. Darüber hinaus kann zur Evaluation dieser Basismaßnahme auf Statistiken zurückgegriffen werden, die z.B. Auskunft über die Zahl der Länder mit Gesetzen zur rauchfreien Schule geben (siehe Anlage B5).

## **8.4 Fazit**

Der Evaluationsbeirat hat sich in seinem Konzept auf die Ebene der Ergebnismessung auf Bevölkerungsebene konzentriert. Es werden vor allem Indikatoren des Rauchverhaltens, Wissens, Einstellungen und Akzeptanz von Maßnahmen herangezogen, punktuell – soweit verfügbar – auch Indikatoren auf struktureller Ebene. Dieses Herangehen entspricht

dem Grundgedanken von *gesundheitsziele.de*, Ziele auf der Makroebene für die gesamte Bundesrepublik Deutschland zu formulieren.

Das Robert Koch-Institut, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Institut für Therapieforschung stellen bundesweit repräsentative Daten zum Tabakkonsum von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen bereit. Ergänzt werden diese durch amtliche und Verbandsstatistiken sowie weitere Erhebungen mit regionalem oder lokalem Bezug, die zumindest zu einzelnen Aspekten Aussagen erlauben. Die erstellte Übersicht zeigt, dass für den Bereich „Tabakkonsum reduzieren“ in Deutschland eine vergleichsweise sehr gute Datenlage besteht, die die eingangs formulierten Kriterien der Qualität und Repräsentativität erfüllen.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass einige der Erhebungen nicht regelmäßig durchgeführt werden, so dass deren Wert für die Messung von Effekten im Zeitverlauf gering ist und diese Daten zunächst nur einen Beitrag zur Ist-Analyse leisten. Die Fortführung derartiger Routineerhebungen ist deshalb zwingend geboten. Einschränkend ist hervorzuheben, dass auch bei Vorliegen von regelmäßigen Erhebungen eine unmittelbare Messung von Wirkungen der einzelnen Basismaßnahmen oftmals nicht möglich ist, da diese nicht nur zeitlich genau abgestimmte Prä-Post-Vergleiche voraussetzen, sondern auch die methodische Kontrolle weiterer Einflussfaktoren. Mit dem hier vorgelegten Evaluationskonzept lassen sich demzufolge nur Gesamteffekte im Bereich der Tabakprävention messen.

Zu einigen Themenbereichen fehlen bislang aussagekräftige Daten und insbesondere Längsschnittdaten, z.B. zur Wahrnehmung von Tabaksteuererhöhungen, Tabakwerbep Verbote und nationalen Aufklärungs- und Präventionskampagnen. Der Evaluationsbeirat empfiehlt deshalb die routinemäßige Evaluation von bundesweit angelegten Maßnahmen und Kampagnen, um die Wahrnehmung und Akzeptanz in der Bevölkerung zu erfassen. Als Beispiel kann hier die Studie „rauchfrei 2005“ der BZgA dienen, die bereits einige Fragen zur Wahrnehmung von TV-/Kinospots, Anzeigen, Plakaten, Broschüren etc. zum Thema Rauchen bzw. Nichtrauchen enthielt. Möglichkeiten erschließen sich darüber hinaus über die Gesundheitssurveys des RKI und die Erhebungen des IFT. Eine wesentliche Voraussetzung ist allerdings die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen, um eine solche, an aktuellen Aktivitäten der Tabakkontrolle und Tabakprävention ausgerichtete Abfrage in die Erhebungen integrieren zu können.

Um die Grundlagen für die Evaluation zu verbessern, sollte eher an der Weiterentwicklung und Abstimmung der vorhandenen Erhebungsprogramme und Erfassungssysteme als an der Schaffung neuer Datenquellen angesetzt werden. Wünschenswert wäre, wenn die Routineerhebungen dauerhaft sichergestellt werden (z.B. durch gesetzliche Regelungen), da nur so eine langfristige Verfügbarkeit aussagekräftiger und verlässlicher Daten zum Tabakkonsum, die eine notwendige Voraussetzung für die Umsetzung und Evaluation der vorgeschlagenen Basismaßnahmen sind, gewährleistet werden kann. Eine weitere Verbesserung der Informations- und Handlungsgrundlage würde aus dem weiteren Ausbau des Themas Tabakkonsum in der Gesundheitsberichterstattung resultieren. Neben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind hier auch die Länder und Kommunen sowie weitere Akteure, z.B. die Krankenkassen, gefragt. Nach Aussagen der GKV werden in der Dokumentation der Maßnahmen nach § 20 SGB V ab 2006 die Aktivitäten zum Bereich „Tabakkonsum reduzieren“ spezifisch dargestellt werden, sodass dann auch Daten zur Basismaßnahme 4 (Entwöhnungsangeboten) zur Verfügung stehen werden.

Um die Übersichtlichkeit und Transparenz von durchgeführten Maßnahmen zu erhöhen, könnte eine Dokumentationsstelle eingerichtet werden, die themenbezogene Gesundheits- und Präventionsberichte sammelt und allgemein zur Verfügung stellt. Auch im Hinblick auf Aktivitäten und Interventionen zur Umsetzung der fünf Basismaßnahmen wäre eine systematische Dokumentation hilfreich, da diese die Vernetzung der Anbieter bzw. zuständigen Akteure unterstützen würde.

## Literatur

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003) *gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bonn, BMGS

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung (2004) AG 6 Tabakkonsum reduzieren: Basismaßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. Köln, GVG

Isensee B, Hanewinkel R (2004) Evaluation der Tabaksteuererhöhung vom 1. Januar 2003. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 771-779

International Agency for Research on Cancer (2004) IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC, Lyon

US Department of Health and Human Services (2004) The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. USDHHS, Atlanta, Georgia

## Abkürzungen

ABNR	Aktionsbündnis Nichtraucher
BDTA	Bund der Tabakautomatenaufsteller
BGS98	Bundes-Gesundheitssurvey 1998
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BVG	Bundesvereinigung für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAS	Drogenaffinitätsstudie
dkfz	Deutsches Krebsforschungszentrum
DNGFK	Deutsches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser
ENSH	European Network of Smokefree Hospitals
ESPAD	Europäische Schülerbefragung zum Konsum von Alkohol und anderen Drogen
GSTel03	Telefonischer Gesundheitssurvey 2003
GSTel04	Telefonischer Gesundheitssurvey 2004
GSTel05	Telefonischer Gesundheitssurvey 2005
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V.
IARC	International Agency for Research on Cancer
IFT	Institut für Therapieforschung
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
NUST <sub>0</sub>	Nationaler Untersuchungssurvey 1984-86
NUST <sub>1</sub>	Nationaler Untersuchungssurvey 1987-88
NUST <sub>2</sub>	Nationaler Untersuchungssurvey 1990-91
RKI	Robert Koch-Institut
SURVEY OST	Gesundheitssurvey OST 1991-92
USDHHS	US Department of Health and Human Services
WIRK-Projekt	Wirksamkeit intensivierter Rauchentwöhnung in Kliniken

## 8.5 Anlage B1, Basismaßnahme 1: Tabaksteuererhöhungen

RKI			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Prävalenz und Inzidenz des Rauchens	Raucher-, Exraucher- bzw. Nieraucherquote; Anteil der täglichen Raucher	Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?  Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich? Rauchen Sie zurzeit? Rauchst Du zurzeit?	NUST0, NUST1, NUST2, SURVEY OST, BGS98  GSTel03, GSTel04, GSTel05  KiGGS (Elternbefragung) KiGGS
	Anteil der starken Raucher	Wie viel rauchen Sie jetzt gewöhnlich pro Tag (Zigaretten mit Filter, Zigaretten ohne Filter, selbst gedrehte Zigaretten, Zigarren/Zigarillos/Stumpen, Pfeife)? Wie viel rauchen Sie zurzeit durchschnittlich am Tag (Zigaretten, Zigarren/Stumpen/ Zigarillos, Pfeifen)? Wie viele Zigaretten rauchen Sie zurzeit durchschnittlich am Tag? Wie viele Zigaretten rauchst Du zurzeit?	NUST0, NUST1, NUST2, SURVEY OST  BGS98  GSTel03, GSTel04, GSTel05  KiGGS

RKI			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Preisgestaltung der Tabakwaren	Subjektive Bewertung der Preissteigerung	Als Sie mit dem Rauchen aufgehört haben (aufhören wollten), hat es da eine Rolle gespielt, dass die Tabakwaren teurer geworden sind?	GSTel05
		Hat die Preiserhöhung dazu geführt, dass Sie weniger rauchen als früher?	GSTel05
		Hat die Preiserhöhung dazu geführt, dass Sie auf eine andere Marke oder andere Tabakwaren umgestiegen sind?	GSTel05

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Prävalenz und Inzidenz des Rauchens	Tabakkonsum (Selbsteinschätzung)	Würden Sie sich gegenwärtig bezeichnen: als ständiger Raucher, Gelegenheitsraucher oder als Nichtraucher? (Falls jemals im Leben geraucht)	1. DAS 2004 (Seite 9, Frage 66) 2. bundesweit 3. 12- bis 25-Jährige
	Raucherquote (basierend auf 30-Tage-Prävalenz)	Wenn Sie jetzt einmal an die letzten 30 Tage denken, seit dem... : An wie vielen Tagen haben Sie mindestens 1 Zigarette ganz	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 4, Frage 24) DAS 2004

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
		oder teilweise geraucht? (in den letzten 30 Tagen geraucht und mehr als 100 Zigaretten im Leben)	(Seite 9, Frage 69) 2. bundesweit 3. 12- bis 25-Jährige
	Intensität des Zigarettenkonsums	Wie viele Zigaretten rauchen Sie zurzeit im Durchschnitt pro Tag? (Wenn innerhalb der letzten 30 Tage geraucht)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 4, Frage 27) DAS 2004 (Seite 10, Frage 73) 2. bundesweit 3. 12- bis 25-Jährige
Preisgestaltung der Tabakwaren	Beurteilung der Höhe des Zigarettenpreises durch die Befragten	Ist der Preis für eine Schachtel Zigaretten Ihrer Meinung nach zu hoch, gerade richtig oder zu niedrig? (An alle)  Was kostet zurzeit ein Päckchen Zigaretten bzw. Tabak von der Marke, die Sie hauptsächlich rauchen? (Falls Raucher)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 5, Frage 32) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige 1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 5, Frage 31) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
	Veränderung der persönlichen Ausgaben für den Kauf von Zigaretten	Wenn Sie daran denken, wie viel Geld Sie im Monat für Zigaretten und Tabak ausgeben: geben Sie zurzeit mehr Geld aus als vor den Preiserhöhungen, ist es etwa gleich	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 6, Frage 32F) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
		oder geben Sie jetzt weniger aus? (Falls Raucher)	
Preisgestaltung der Tabakwaren	Preiserhöhung als Grund für die Aufgabe des Rauchens	In den letzten drei Jahren hat es bei Zigaretten und Tabak mehrere Preiserhöhungen gegeben. Haben Sie hauptsächlich wegen der Preiserhöhungen bei Zigaretten und Tabak aufgehört zu rauchen, oder haben Sie hauptsächlich aus anderen Gründen aufgehört? (Falls ab 2002 Nichtraucher geworden = max. vor 3 Jahren = Exraucher)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 5, Frage 32A)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 19-Jährige</li> </ol>
	Preiserhöhung als Grund für die Reduktion des Rauchens	<p>Rauchen Sie hauptsächlich wegen der Preiserhöhungen weniger Zigaretten oder rauchen Sie hauptsächlich aus anderen Gründen weniger? (Falls: Rauche weniger)</p> <p>In den letzten drei Jahren hat es bei Zigaretten und Tabak mehrere Preiserhöhungen gegeben. Rauchen Sie jetzt weniger als vor diesen Preiserhöhungen, rauchen Sie gleich viel oder rauchen Sie jetzt mehr Zigaretten als vor den Preiserhöhungen? (Falls Raucher)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 5, Frage 28)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 19-Jährige</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 5, Frage 32B)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 19-Jährige</li> </ol>

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
	Preiserhöhung als Grund für den Kauf billigerer Produkte	<p>Kaufen Sie jetzt wegen der Preiserhöhungen bei Zigaretten verstärkt preisgünstigere Tabakprodukte wie zum Beispiel No Name Zigaretten, Zigaretten vom Schwarzmarkt, Tabak zum selber drehen oder Zigaretten zum selber stecken? (Falls Raucher)</p> <p>Welche der folgenden Tabakprodukte kaufen Sie verstärkt, seit die Preise für Zigaretten erhöht wurden? (Falls verstärkt NO Name Zigaretten etc. gekauft werden)</p>	<p>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 5, Frage 32D)</p> <p>2. bundesweit</p> <p>3. 12- bis 19-Jährige</p> <p>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 5, Frage 32E)</p> <p>2. bundesweit</p> <p>3. 12- bis 19-Jährige</p>

IFT			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle

IFT			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Prävalenz und Inzidenz des Rauchens	Prävalenz	Fragen zum Raucherstatus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IFT: Evaluation „Auf dem Weg zur Rauchfreien Schule“</li> <li>2. landesweit, Bayern</li> <li>3. entfällt</li>   <li>11. IFT: Leben und Gesundheit (Fragen 20 – 23)</li> <li>12. bundesweit</li> <li>13. bundesweit repräsentativ</li> </ol> <p>IFT-BMGS: ESPAD-Studie</p>
Preisgestaltung der Tabakwaren	Befürwortung in der Bevölkerung	Befürworten Sie die Erhöhung der Tabaksteuer?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Befragung (Buss-Erhebungen) des IFT-Nord in Kiel im Auftrag des BMGS <a href="http://www.ift-nord.de/archiv">www.ift-nord.de/archiv</a></li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 3 repräsentative Befragungen</li> </ol>
	Veränderungen aufgrund der Steuererhöhung	Ist die Steuererhöhung für Sie eine Anlass, über Ihr Rauchverhalten nachzudenken?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Befragung (Buss-Erhebungen) des IFT-Nord in Kiel im Auftrag des BMGS <a href="http://www.ift-nord.de/archiv">www.ift-nord.de/archiv</a></li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 3 repräsentative Befragungen</li> </ol>

IFT			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
		Ist die Steuererhöhung für Sie eine Anlass, Ihr Rauchverhalten zu verändern?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Befragung (Buss-Erhebungen) des IFT-Nord in Kiel im Auftrag des BMGS <a href="http://www.ift-nord.de/archiv">www.ift-nord.de/archiv</a></li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 3 repräsentative Befragungen</li> </ol>

DKFZ			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Preisgestaltung der Tabakwaren	Verbraucherpreisindex	Amtliche Statistik	1. Statistisches Bundesamt (Fachserie 17/ Reihe 7: Preise) 2. bundesweit 3. entfällt
	Tabaksteueranteil, gemessen am Endverbraucherpreis	Ableitung aus der amtlichen Statistik	1. Statistisches Bundesamt (Fachserie 14/ Reihe 9.1.1: Finanzen/Steuern) 2. bundesweit 3. entfällt
Verlaufs-/Verkaufs-Statistik zum Tabakkonsum	Preiselastizität der Nachfrage	Ableitung aus der amtlichen Statistik	1. Beispielhaft Neubauer et al. 2004 2. bundesweit 3. entfällt
	Tabaksteuereinnahmen	Amtliche Statistik	1. Finanzministerium 2. bundesweit 3. entfällt
Beschlüsse des Bundestages, des Bundesrates, der Gesundheitsministerkonferenz etc.	Tabaksteuererhöhungen		

## 8.6 Anlage B2, Basismaßnahme 2: Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung

DKFZ			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Verringerung der Werbe- und Sponsoringausgaben der Tabakindustrie	Senkung der Werbeträger-bezogenen Gesamtausgaben der Tabakindustrie		1. Nielsen-Werbeforschung 2. bundesweit 3. entfällt
Bestehen eines umfassenden Tabakwerbeverbotes	Gesetzliche Vorschriften zur Regelung der Tabakwerbung		
	Freiwillige Selbstbeschränkungsvereinbarungen mit der Tabakindustrie		

## 8.7 Anlage B3, Basismaßnahme 3: Schutz vor Passivrauchen

RKI			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Differenziertes Monitoring zur Erfassung des Passivrauchens	Passivrauchexposition	Raucht Ihr (Ehe-)Partner?	NUST1, NUST2, SURVEY OST
		Wird in dem Raum bzw. in den Räumen, in denen Sie Ihrer Hauptbeschäftigung nachgehen, von anderen regelmäßig geraucht?	NUST1, NUST2, SURVEY OST
		Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?	BGS98
		Wie viele Personen rauchen in Ihrem Haushalt?	BGS98
		Wie häufig hältst Du dich in Räumen auf, in denen geraucht wird?	KiGGS
		Rauchen Freunde/Freundinnen, die Dir wichtig sind?	KiGGS
		Wird in der Gegenwart Ihres Kindes in der Wohnung geraucht?	KiGGS (Elternbefragung)
		Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht?	KiGGS (Elternbefragung)
		Hat die Mutter des Kindes während der Stillzeit geraucht?	KiGGS (Elternbefragung)

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Differenziertes Monitoring zur Erfassung der Prävalenz des Passivrauchens	Einschätzung der Gefährlichkeit des Passivrauchens	Wie gesundheitsschädlich ist es Ihrer Meinung nach, wenn man – ohne selbst zu rauchen – Zigarettenrauch einatmet? (An alle) Wie sicher oder unsicher sind Sie sich, dass das Einatmen von Zigarettenrauch <....> ist? (Falls Schädlichkeit eingeschätzt)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 12, Frage 62) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige 1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 12, Frage 63) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
	Einstellungen zum Rauchen/ Passivrauchen	Wie sehr interessieren Sie sich dafür, wie sich das Rauchen auf die Gesundheit auswirkt?	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 12, Frage 64) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
	Einstellung zum Rauchen in geschlossenen Räumen (bezogen auf das Passivrauchen)	Intro: Stellen Sie sich bitte vor, Sie sind mit anderen Menschen in einem Raum, zum Teil sind es Freunde oder Freundinnen und einige davon Raucher. Ich nenne Ihnen jetzt mehrere unterschiedliche Situationen in diesem Raum. Sagen Sie mir bitte jedes Mal, was Sie tun würden. 1. In dem Raum wurde bereits geraucht	1. DAS 2001 (Seite 38, Frage 60A)

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
		und der Zigarettenrauch in der Luft ist deutlich wahrnehmbar. Ein oder mehrere der Raucher stecken sich eine Zigarette an. Würden Sie die dann bitten, nicht zu rauchen, oder würden Sie das nicht tun? (An alle)	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 25-Jährige</li> </ol>
Differenziertes Monitoring zur Erfassung der Prävalenz des Passivrauchens	Einstellung zum Rauchen in geschlossenen Räumen (bezogen auf das Passivrauchen)	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Es sind kleine Kinder anwesend und ein oder mehrere Raucher stecken sich eine Zigarette an. Würden Sie die dann bitten, nicht zu rauchen, oder würden Sie das nicht tun? (An alle)</li> <li>3. Sie selbst hätten einen Schnupfen und ein oder mehrere Raucher stecken sich eine Zigarette an. Würden Sie die dann bitten, nicht zu rauchen, oder würden Sie das nicht tun? (An alle)</li> <li>4. Es ist eine schwangere Frau anwesend und ein oder mehrere Raucher stecken sich ein Zigarette an. Würden Sie die dann bitten, nicht zu rauchen, oder würden Sie das nicht tun? (An alle)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DAS 2001 (Seite 38, Frage 60B)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 25-Jährige</li> <li>1. DAS 2001 (Seite 38, Frage 60C)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 25-Jährige</li> <li>1. DAS 2001 (Seite 39, Frage 60D)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 25-Jährige</li> </ol>

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
	Einstellungen zu Rauchverboten	Wenn Ihre Schule eine rauchfreie Schule würde, an der nicht geraucht werden darf, wären Sie damit einverstanden, oder wären Sie damit nicht einverstanden? (Falls nicht rauchfreie Schule)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 17, Frage 99F)</li> <li>bundesweit</li> <li>12- bis 19-Jährige</li> </ol>
	Zunahme rauchfreier Bereiche bzw. Zunahme von Einrichtungen, Betrieben und Organisationen mit einem vollständigen Rauchverbot	<p>Ist es an Ihrem Arbeitsplatz erlaubt, während der Arbeitszeit zu rauchen? (Falls in Ausbildung, erwerbstätig oder wehrpflichtig)</p> <p>Ist es in Ihrer Schule erlaubt, während der Unterrichtspausen zu rauchen? (Falls Schüler oder in Ausbildung)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 16, Frage 97)</li> <li>bundesweit</li> <li>12- bis 19-Jährige</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 16, Frage 99)</li> <li>bundesweit</li> <li>12- bis 19-Jährige</li> </ol>
Differenziertes Monitoring zur Erfassung der Prävalenz des Passivrauchens	Zunahme rauchfreier Bereiche bzw. Zunahme von Einrichtungen, Betrieben und Organisationen mit einem vollständigen Rauchverbot	Wie ist das Rauchen an Ihrer Schule im Einzelnen geregelt? Dürfen Schüler auf dem Schulhof rauchen: überall auf dem Schulhof, nur in bestimmten Raucherzonen, oder ist das Rauchen überall auf dem Schulhof generell verboten? (Falls Schüler oder in Ausbildung)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 16, Frage 99A)</li> <li>bundesweit</li> <li>12- bis 19-Jährige</li> </ol>
		Ist das Rauchen innerhalb des Schulgebäu-	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jugendbefragung „rauchfrei 2005“</li> </ol>

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
		des für Schüler verboten? (Falls Schüler oder in Ausbildung)	(Seite 16, Frage 99B) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
		Gibt es in Ihrer Schule besondere Raucherzimmer für die Schüler, die rauchen wollen? (Falls Schüler oder in Ausbildung)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 16, Frage 99C) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
	Zunahme rauchfreier Bereiche bzw. Zunahme von Einrichtungen, Betrieben und Organisationen mit einem vollständigen Rauchverbot	Wo dürfen Lehrer in Ihrer Schule rauchen: auf dem Schulhof, in den Fluren des Schulgebäudes, in besonderen Räumen, oder dürfen Lehrer an Ihrer Schule überhaupt nicht rauchen?	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 16, Frage 99D) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
	Raucher im Haushalt	Wie viele Personen des Haushalts, in dem Sie wohnen, rauchen Zigaretten, Sie selbst mitgezählt?	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 17, Frage 115) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige

IFT			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Differenziertes Monitoring zur Erfassung der Prävalenz des Passivrauchens	Expositionshäufigkeit	Wie häufig halten Sie sich in Räumen auf, in denen geraucht wird? (zu Hause; Arbeitsplatz; Freizeit)	1. Bevölkerungsbefragung des IFT (Frage 43) 2. bundesweit 3. repräsentativ
	Problembewusstsein wird ausgedrückt	Meiden Sie nach Möglichkeit Orte (wie z.B. Kneipen ...), an denen viel geraucht wird?  Wie sehr stört es Sie, wenn andere in Ihrer Gegenwart rauchen?	1. Bevölkerungsbefragung des IFT (Frage 45) 2. bundesweit 3. repräsentativ 1. Bevölkerungsbefragung des IFT (Frage 44) 2. bundesweit 3. repräsentativ
	Verbesserung der strukturellen Maßnahmen in Suchtrehabilitationskliniken	Politikfragebogen: Verbote, Regeln, Konsequenzen, etc.	1. IFT: WIRK-Studie 2. bundesweit 3. Suchtreha-Kliniken
	Maßnahmen werden befürwortet	Fragebogen	1. IFT: Evaluation „Auf dem Weg zur Rauchfreien Schule“ 2. in Bayern 3. Schulen 4.

IFT			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Zunahme rauchfreier Bereiche bzw. Einrichtungen	Erklärung der jeweiligen Gaststätten	Verfügen Sie über einen Raum, in dem das Rauchen untersagt ist	Nichtraucherinitiative
	Anzahl der Einrichtungen mit Nichtraucherschutz (Quantität) – differenziert nach Einrichtungstypen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. a Ist in öffentlichen Krankenhausedokumenten eine Rauchfreipolitik festgelegt?</li> <li>1. b Kann man in Ihrem Lokal rauchfrei essen?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. a. Fragebogen DNGFK (Krankenhaus)</li> <li>1. b. Umfrage des ABNR (Gaststätten)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. entfällt</li> </ol>
	Umfang der Beschränkungen in den Einrichtungen, d.h. totales oder partielles Rauchverbot (Qualität) – differenziert nach Einrichtungstypen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. a Im Krankenhaus ist das Rauchen in Arbeitsbereichen, Kantinen, Cafeterien und Gemeinschaftsräumen untersagt.</li> <li>1. c Wie würden Sie derzeit den Stand der Maßnahme-Entwicklung bezüglich des Nichtraucherschutzes in Ihrem Haus am ehesten beschreiben?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. a. Fragebogen DNGFK (Krankenhaus)</li> <li>1. c. Fragebogen BVG (Arbeitsplätze)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. entfällt</li> </ol>

DKFZ			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Zunahme rauchfreier Krankenhäuser	Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser	Zählroutine und Rauchfreiheitsstatus der Krankenhäuser	Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
	Umsetzung von Schutzmaßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen	Fragebogen des ENSH zur Tabakkontrollpolitik an Krankenhäusern Anzahl der Krankenhäuser mit einer expliziten Nichtraucherschutzpolitik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IFT: Studie „Nationale Bestandsaufnahme zum Thema: Nichtraucherschutz und Tabakentwöhnung in Krankenhäusern und Krankenpflegeschulen“</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. repräsentativ, verzerrt durch Rücklauf</li> </ol>

## 8.8 Anlage B4, Basismaßnahme 4: Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit

RKI			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Prävalenz des Rauchens und der Aufhörwilligen in der Bevölkerung	Raucher- und Exraucherquote	Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?  Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?	NUST0, NUST1, NUST2, SURVEY OST, BGS98  GSTel03, GSTel04, GSTel05
	Aufhörbereitschaft	Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, das Rauchen aufzugeben oder einzuschränken, oder haben Sie ernsthaft daran gedacht?  Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Tag oder mehr nicht geraucht, weil Sie mit dem Rauchen aufhören wollten?  Welches waren die wichtigsten Gründe mit dem Rauchen aufzuhören?  Welche Hilfsmittel haben Sie verwendet, als Sie mit dem Rauchen aufhören wollten?  Haben Sie irgendwelche Hilfsmittel verwendet, als Sie mit dem Rauchen aufgehört haben?	NUST0, NUST1, NUST2, SURVEY OST  BGS98, GSTel03, GSTel05  BGS98  GSTel03  GSTel05

RKI			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
		Als Sie mit dem Rauchen aufgehört haben (aufhören wollten), hat es da eine Rolle gespielt, dass die Tabakwaren teurer geworden sind?	GSTel05
	Alter bei Beendigung des Rauchens	Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? Wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen aufgehört haben?	NUST0, NUST1, NUST2, SURVEY OST GSTel05
Entwicklung der Abstinenzquote	Nie- und Nichtraucherquote	Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit? Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?	NUST0, NUST1, NUST2, SURVEY OST, BGS98 GSTel03, GSTel04, GSTel05

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Prävalenz der Raucher und der Aufhörwilligen in der Bevölkerung	Einstiegsalter/Lebenszeit-Prävalenz	Kommen wir jetzt einmal auf das Rauchen zu sprechen. Können Sie sich noch erinnern, in welchem Alter Sie zum ersten Mal geraucht haben?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DAS 2004 (Seite 9, Frage 65)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 25-Jährige</li> </ol>
	Tabakkonsum (Selbsteinschätzung)	Würden Sie sich gegenwärtig bezeichnen: als ständiger Raucher, Gelegenheitsraucher oder als Nichtraucher? (Falls jemals im Leben geraucht)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DAS 2004 (Seite 9, Frage 66)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 25-Jährige</li> </ol>
	Zigarettenkonsum: Lebenszeit-Prävalenz (Anm: weniger als 100 Zigaretten im Leben geraucht = Nichtraucher (WHO-Definition))	Bei den nächsten Fragen geht es um das Zigarettenrauchen: Haben Sie bisher in Ihrem Leben mehr als 100 Zigaretten geraucht, waren es weniger als 100 Zigaretten oder haben Sie noch nie eine Zigarette geraucht? (An alle)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 4, Frage 23) DAS 2004 (Seite 9, Frage 68)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 25-Jährige</li> </ol>
	Raucherquote (basierend auf 30-Tage-Prävalenz)	Wenn Sie jetzt einmal an die letzten 30 Tage denken, seit dem... : An wie vielen Tagen haben Sie mindestens 1 Zigarette ganz oder teilweise geraucht? (in den letzten 30 Tagen geraucht und mehr als 100 Zigaretten im Leben)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 4, Frage 24) DAS 2004 (Seite 9, Frage 69)</li> <li>2. bundesweit</li> <li>3. 12- bis 25-Jährige</li> </ol>

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
	Intensität des Zigarettenkonsums	Wie viele Zigaretten rauchen Sie zurzeit im Durchschnitt pro Tag? (Wenn innerhalb der letzten 30 Tage geraucht)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 4, Frage 27) DAS 2004 (Seite 10, Frage 73) 2. bundesweit 3. 12- bis 25-Jährige
	Einstiegsalter und Dauer des täglichen Rauchen	Wann haben Sie angefangen täglich zu rauchen? Sagen Sie mir bitte, wie alt Sie zu diesem Zeitpunkt waren. (Wenn täglich geraucht wird)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 4, Frage 26) DAS 2004 (Seite 10, Frage 26) 2. bundesweit 3. 12- bis 25-Jährige
Prävalenz der Raucher und der Aufhörwilligen in der Bevölkerung	Einstiegsalter und Dauer des täglichen Rauchen	Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht? (Wenn mehr als 100 Zigaretten im Leben geraucht)	1. DAS 2004 (Seite 10, Frage 72) 2. bundesweit 3. 12- bis 25-Jährige
	Art der gerauchten Zigaretten	Rauchen Sie hauptsächlich die normalen, fertig verpackten Zigaretten, oder rauchen Sie hauptsächlich selbst gedrehte oder selbst gestopfte Zigaretten? (An alle)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 5, Frage 28) DAS 2004 (Seite 9, Frage 67) 2. bundesweit 3. 12- bis 25-Jährige
	Bereitschaft zur Beendigung des Rauchens	Überlegen Sie zurzeit, innerhalb der nächsten 6 Monate mit dem Rauchen aufzuhören? (Falls in den letzten 30 Tagen ge-	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 9, Frage 45) DAS 2004 (Seite 12, Frage 81)

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
		<p>raucht)</p> <p>Haben Sie vor, in den letzten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören? (Falls überlegt aufzuhören)</p> <p>Haben Sie es schon einmal oder mehrmals versucht, mit dem Rauchen aufzuhören? (Falls Raucher)</p>	<p>2. bundesweit</p> <p>3. 12- bis 25-Jährige</p> <p>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 9, Frage 46)</p> <p>DAS 2004 (Seite12, Frage 82)</p> <p>2. bundesweit</p> <p>3. 12- bis 25-Jährige</p> <p>1. DAS 2004</p> <p>2. bundesweit</p> <p>3. 12- bis 25-Jährige</p>
Inanspruchnahme von Tabakentwöhnungsmaßnahmen in den verschiedenen Settings	Informationsbedürfnis von Rauchern über Hilfestellungen zur Beendigung des Rauchen	Würden Sie sich gerne einmal genauer informieren, wie man es macht, wenn man mit dem Rauchen aufhören will? (Falls Raucher)	<p>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 11, Frage 56)</p> <p>2. bundesweit</p> <p>3. 12- bis 19-Jährige</p>
	Kenntnis von Beratungsmöglichkeiten zum Nichtrauchen	Welche der folgenden Beratungsmöglichkeiten zum Nichtrauchen kennen Sie? (Falls Raucher)	<p>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 11, Frage 59)</p> <p>2. bundesweit</p> <p>3. 12- bis 19-Jährige</p>
Inanspruchnahme von Tabakentwöhnungsmaßnahmen in	Einschätzung der Wirksamkeit von Beratungsmöglichkeiten bei der Beendi-	Es gibt ja verschiedene Möglichkeiten, sich das Rauchen abzugewöhnen. Man kann	<p>1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 11, Frage 57)</p>

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
den verschiedenen Settings	gung des Rauchens	z.B. schrittweise immer weniger rauchen bis man nach einiger Zeit ganz aufgehört hat. Was glauben Sie, würden Sie es mit dieser Methode schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören? (Falls Raucher)  Bei einer anderen Methode hört man von einem Tag auf den anderen ganz auf zu rauchen. Was glauben Sie, würden Sie es mit dieser Methoden schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören? (Falls Raucher)	2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige  1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 11, Frage 58) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
	Motivation zur Beendigung des Rauchens	Wie hoch schätzen Sie Ihre Motivation ein, mit dem Rauchen aufzuhören? (Falls Raucher)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 10, Frage 50) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
Entwicklung der Abstinenzquote in der Bevölkerung	Entwicklung der Nieraucherquote (seit 1973) (siehe auch Basismaßnahme 2)	Kommen wir jetzt einmal auf das Rauchen zu sprechen. Können Sie sich noch erinnern, in welchem Alter Sie zum ersten Mal geraucht haben? (An alle)	1. DAS 2004 2. bundesweit 3. 12- bis 25-Jährige

IFT			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Prävalenz der Raucher und der Aufhörwilligen	Prävalenz	Fragen zum Raucherstatus	IFT: Leben und Gesundheit; bundesweit repräsentativ Fragen 20 – 23
Die Motivation mit dem Rauchen aufzuhören ist erhöht.	Stadium der Aufhörmotivation	Fragen zur Aufhörmotivation	IFT: Leben und Gesundheit; Bundesweit repräsentativ Fragen 36, 37; Gesamtbevölkerung IFT: WIRK-Projekt
Ausweitung qualitätsgesicherter Beratungsangebote zur Tabakentwöhnung	Anzahl der angebotenen Entwöhnungshilfen	Wie viel Kursmaterialien wurden verkauft? Zählroutine	IFT: Verkaufsstatistik "Rauchfrei in 10 Schritten", bundesweit, umfassend, repräsentativer Indikator Statistik der Krankenkassen zu den Angeboten, bundesweit, repräsentativ  IFT: Evaluation WIRK-Projekt, Untergruppe der Alkoholabhängigen Raucher IFT: Statistik der ausgebildeten Anbieter von Tabakentwöhnungskursen
		Datenbank mit Anbietern von evidenzbasierten Entwöhnungsangeboten Zählroutine	Noch nicht existent

IFT			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Inanspruchnahme von Entwöhnungsangeboten in verschiedenen Settings	Anzahl der Teilnehmer an Entwöhnungskursen	Wer hat Sie bei Ihrem letzten Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, beraten? Welche Methode haben sie bei Ihrem letzten Versuch mit dem Rauchen aufzuhören verwendet?	IFT: Leben und Gesundheit; bundesweit repräsentativ Fragen 40, 41 Statistik der Krankenkassen zur Inanspruchnahme (bundesweit, repräsentativ) IFT: Evaluation WIRK-Projekt, Untergruppe der Alkoholabhängigen Raucher (bundesweit, nicht repräsentativ) bzw. rauchender Mütter in Mutter-Kind-Rehabilitationsklinik-einrichtungen (bundesweit, nicht repräsentativ)

DKFZ			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Implementierung textlicher und bildlicher Warnhinweise sowie von Entwöhnungsinformationen auf Tabakprodukten	Erhöhung der absoluten Anruferzahl bei den deutschen Rauchertelefonen (BZgA etc.) - falls Hotline Nummer auf der Schachtel abgebildet	Zählroutine	1. Rauchertelefon des DKFZ 2. bundesweit 3. entfällt

## 8.9 Anlage B5, Basismaßnahme 5: Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen

RKI			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Allgemeiner Bezug	Raucher-, Exraucher- bzw. Nieraucherquote	Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?  Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?	NUST0, NUST1, NUST2, SURVEY OST, BGS98  GSTel03, GSTel04, GSTel05
	Alter bei Rauchbeginn	Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben, regelmäßig – wenn auch nur in kleinen Mengen – zu rauchen?  Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, regelmäßig zu rauchen, wenn auch nur in kleinen Mengen?  Wie alt warst Du, als Du angefangen hast, regelmäßig Zigaretten zu rauchen?	NUST0, NUST1, NUST2, SURVEY OST  BGS98, GSTel03, GSTel04, GSTel05  KiGGS

BZgA			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Verankerung von ausführlichen Lehrinhalten zur Tabakprävention in den Curricula für Lehrkräfte und Pädagogen	Nichtrauchen im Unterricht behandelt	Haben Sie in den letzten 12 Monaten im Schulunterricht das Thema Nichtrauchen ausführlich behandelt, ich meine mindestens zwei Schulstunden lang? (Falls Schüler oder in Ausbildung)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 17, Frage 100) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
		Haben Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrer Schule an einer Veranstaltung außerhalb des regelmäßigen Unterrichts teilgenommen, in der das Thema Nichtrauchen ausführlich behandelt wurde? (Falls Schüler oder in Ausbildung)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 17, Frage 101) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige
		Seit einigen Jahren gibt es einen Wettbewerb für Schulklassen mit dem Namen „Be smart don't start“. Es geht darum, dass alle Schulklassen mindestens ein halbes Jahr lang nicht rauchen. Haben Sie persönlich schon einmal an dem Wettbewerb „Be smart don't start“ teilgenommen? (An alle)	1. Jugendbefragung „rauchfrei 2005“ (Seite 17, Frage 101A) 2. bundesweit 3. 12- bis 19-Jährige

IFT			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Allgemeiner Bezug	Prävalenz	Fragen zum Rauchstatus	1. IFT: Evaluation „Auf dem Weg zur Rauchfreien Schule“ 2. landesweit, Bayern 3. entfällt  FT-BMGS: ESPAD-Studie
	Einstellungen der Schüler zum Rauchen	Fragebogenskala zu Attraktivität des Rauchens	1. IFT: Evaluation „Auf dem Weg zur Rauchfreien Schule“ 2. landesweit, Bayern 3. entfällt
	Anzahl rauchender Schüler		1. Schulbefragungen in Münster (Prof. Keil) 2. regional 3. entfällt

DKFZ			
Erfolgsindikator/ Qualitätskontrolle	Indikator	Indikatorfrage	Quelle
Allgemeiner Bezug	Rückgang der Zahl von Zigarettenautomaten oder Zunahme von Automaten mit altersbeschränkter Nutzbarkeit (z.B. mit Geldkarte)	Verbandsstatistik	1. BDTA – Zahlen und Fakten 2. bundesweit 3. entfällt
	Anzahl der Länder mit Gesetzen zur rauchfreien Schule		

## 8.10 Anmerkungen zu den Anlagen B1 bis B5

<b>Basismaßnahme:</b>	Referenz = Benennung der Maßnahmen 1-5 des Papiers der AG 6
<b>Erfolgsindikator/Qualitätskontrolle:</b>	wie sie in den Basismaßnahmen 1-5 von der AG 6 benannt wurden
<b>Indikator:</b>	Zuordnung von vorhandenen Indikatoren der an der Erstellung der Synopse beteiligten Institutionen zu den ‚Erfolgsindikatoren‘ der AG 6
<b>Indikatorfrage:</b>	wie erfragt (Frageformulierung), wie erhoben (z.B. Statistiken)
<b>Quelle:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. genaue Angaben des Studiennamens (inkl. Fragebogen etc.)</li> <li>2. räumlicher Bezug (lokal, regional, landesweit, bundesweit)</li> <li>3. Repräsentativität</li> </ol>

RKI-Quellen: Nationale Untersuchungssurveys 1984-86 (NUST0; 25-69 Jahre), 1987/88 (NUST1 ;25-69 Jahre) und 1990/91 (NUST2; 25-69 Jahre), Gesundheitssurvey Ost 1991/92 (SURVEY OST; 18-79 Jahre), Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98; 18-79 Jahre), telefonische Gesundheitssurveys 2003 (GSTel03; 18+ Jahre), 2004 (GSTel04; 18+ Jahre) und 2005 (GSTel05; 18+ Jahre) sowie Kinder und Jugendgesundheitssurvey 2003-06 (KiGGS; 0-17 Jahre). Alle Surveys sind bundesweit repräsentativ.

## Evaluationskonzept

---

### Nationales Gesundheitsziel

**"Depressive Erkrankungen:  
verhindern, früher erkennen,  
nachhaltig behandeln"**

---

## **9 Konzept zur Evaluierung des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“**

Erarbeitet von der Unterarbeitsgruppe (UAG) des Evaluationsbeirates:

Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Freiburg (Federführung) <sup>11</sup>:

Karin Böhm, Statistisches Bundesamt

Dr. Jutta Hundertmark-Mayser, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppe e.V. c/o  
NAKOS

Thomas Lampert, Robert Koch-Institut

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Charité - Universität Berlin

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Universitätsklinikum Leipzig

Vorgelegt vom Evaluationsbeirat

Verabschiedet vom Ausschuss im Juli 2007

---

<sup>11</sup> Unter Mitarbeit von Dr. I. Bermejo, Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung

## Anmerkung

Bei der Abfassung des Berichtes wurden zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Sprache weitgehend die Empfehlungen des wissenschaftlichen Rats der Dudenredaktion berücksichtigt. Die eindeutigste Form der sprachlichen Gleichstellung ist die Doppelnennung [Patientinnen und Patienten]. Wo diese aus stilistischen oder sprachökonomischen Gründen nicht möglich ist, kommen die Klammersetzung [Patient(inn)en] und der Schrägstrich [Patientin/Patient] zum Einsatz.

Bei Komposita [Patientenorientierung/Patientinnenorientierung] wurde, wenn eine Umformulierung nicht möglich war, auf Doppelnennung und Klammersetzung verzichtet.

Für Komposita, deren beide Teile aus einer Personenbezeichnung bestehen [Patientenvertreter/Patientinnenvertreterinnen], ist die Doppelnennung nicht sinnvoll und die Klammersetzung nicht empfohlen.

## 9.1 Einleitung

Seit über fünf Jahren arbeiten mehr als 70 Organisationen des Gesundheitswesens im Rahmen des Projektes „*gesundheitsziele.de*“ (Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland) zusammen. Im Jahr 2006 wurde das sechste nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ formuliert und publiziert (BMG-Bericht 2006). Hierbei haben Vertreterinnen und Vertreter verantwortlicher Institutionen des Gesundheitswesens, aus Selbsthilfe und Patientenvertretung sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sechs Aktionsfelder definiert, in denen Verbesserungspotenziale mobilisiert werden können. Darüber hinaus wurden aus einer Vielzahl von Maßnahmenvorschlägen Startermaßnahmen empfohlen, um Akteurinnen/Akteure konkrete Impulse für die Umsetzung zu geben. Alle verantwortlichen Akteurinnen/Akteure und Entscheidungsträger sind nun aufgerufen, die wissenschaftlich fundierten und konsentierten Ziele und Maßnahmenvorschläge in ihren jeweiligen Zuständigkeitsfeldern verantwortlich umzusetzen.

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der Versorgung (Murray & Lopez, 1997; Wittchen et al., 2000). Die volkswirtschaftlichen Kosten sind erheblich (Luppa et al. 2007). Man rechnet damit, dass bis zum Jahr 2030 Depressionen in den Industriestaaten die häufigste Ursache und weltweit die zweithäufigste Ursache von erkrankungsbedingten Belastungen sein werden (WHO, 2001; Mathers & Loncar, 2006). Dabei sind depressive Erkrankungen auch im Kindes- und Jugendalter von zentraler Bedeutung. So zeigen beispielweise die Ergebnisse der bundesweiten Kinder- und Jugendstudie KiGGS (Bundesgesundheitsblatt 2007), dass auch ein erheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland unter psychischen Problemen leidet. Von zentraler Priorität sind daher verstärkte Maßnahmen zur Prävention depressiver Erkrankungen bzw. zur Vermeidung einer Chronifizierung sowie die Gewährleistung einer wirksamen und qualitativ hochwertigen Versorgung für alle depressiv Erkrankten (Alonso et al., 2004).

## 9.2 Zielformulierungen zu den verschiedenen Aktionsfeldern

Die multiprofessionell und versorgungssektorenübergreifend zusammengesetzte Arbeitsgruppe 9 zum Gesundheitsziel Depression hat vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Evidenz und evaluierter Praxiserfahrungen folgende Aktionsfelder benannt, in denen

Verbesserungspotentiale mobilisiert werden können und für diese Bereiche Ziele, Teilziele und Maßnahmen definiert: (1) Aufklärung, (2) Prävention, (3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie, (4) Stärkung der Patienten und Betroffenen, (5) Rehabilitation und (6) Versorgungsstrukturen.

Alle Akteurinnen/Akteure im Gesundheitswesen sind sich einig, dass die Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen im Hinblick auf die definierten Zielbereiche ein genuiner Bestandteil in der Entwicklung und Formulierung der Gesundheitsziele ist (vgl. a. Angele 2003). Mit der Erarbeitung entsprechender Evaluationsstrategien wurde nach Veröffentlichung des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ eine Arbeitsgruppe beauftragt, die unter Berücksichtigung vorhandener Daten- bzw. Informationsquellen das vorliegende Konzept zur Evaluation der formulierten Ziele erarbeitet hat. Basis hierfür waren die sechs Aktionsfelder mit ihren 24 zentralen Teilzielen und die hierzu formulierten Maßnahmen. Da die über 80 empfohlenen Maßnahmen teilweise sehr anspruchsvoll und nur schrittweise umsetzbar sind, ist es aus ökonomischer wie praktischer Hinsicht sinnvoll, dass das folgende Evaluationskonzept zunächst auf die im Gesundheitsziel als prioritär eingestuft 11 Startermaßnahmen fokussiert. Das Evaluationskonzept sollte zukünftig im Hinblick auf die weiteren im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ definierten Einzelmaßnahmen ausgebaut werden.

Im Folgenden werden diese Startermaßnahmen und ihre zentralen Zielsetzungen beschrieben. Daraus werden mögliche Erfolgsindikatoren abgeleitet, um die Umsetzung dieser Maßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels zu evaluieren. Ein zentrales Ziel war - neben der Identifizierung vorhandener Daten- bzw. Informationsquellen (primär zur Verfügung stehende Routinedaten) - die Prüfung, inwieweit vorhandene Daten zur Bewertung der Erfolgsindikatoren nutzbar sind und welche zusätzlichen Erhebungen zur Evaluation notwendig sein werden. In der tabellarischen Darstellung im Anhang liegt der Fokus auf relevanten Outcome-Variablen. Zusätzlich enthält diese Informationen zu den möglichen Akteurinnen/Akteuren (Institutionen, Organisationen, Gruppierungen) und zur Verfügbarkeit der vorgeschlagenen Daten- bzw. Informationsquellen.

## 9.3 Dokumentation der Daten und Indikatoren

### 9.3.1 Aktionsfeld 1: Aufklärung

Die Bevölkerung verfügt über einen ausreichenden Wissensstand über das Krankheitsbild Depression und seine Folgen, um mit der Erkrankung und den Erkrankten angemessen umgehen zu können.

Startermaßnahmen:

- 1) Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten.
- 2) Anstoß, Ausbau und Koordinierung von regionalen Bündnissen gegen Depression.

Eine unabdingbare Voraussetzung zur Initiierung angemessener Hilfsprozesse besteht in der Verbesserung des Wissens in allen Bevölkerungsschichten über depressive Erkrankungen, ihre Verbreitung, die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten und Kontaktpersonen. Hierbei erscheint es durchaus möglich, mit breit angelegten Maßnahmen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, Veränderungen bzgl. dieses Wissens herbeizuführen. Um dies zu erreichen, wird die Entwicklung und Verbreitung von qualitätsgesicherten, zielgruppenspezifischen und massenwirksamen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten als notwendig erachtet. Zur Umsetzung spielen darüber hinaus die Initiierung von regionalen Bündnissen gegen Depression, die Durchführung von spezifischen Schulungsprogrammen und die Entwicklung gezielter Kooperationen mit Medien eine entscheidende Rolle.

Erfolgsindikatoren: Qualität und Quantität der zielgruppenspezifischen Informationen; Informationsstand der breiten Bevölkerung sowie entsprechender Schlüsselpersonen; Durchdringungsgrad der regionalen Depressionsnetzwerke; konkretes Wissen und Einstellungen von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Professionellen; Verständlichkeit, Nutzbarkeit und Akzeptanz für Betroffene und Interessierte; Grad der sozialen Distanzierung bzw. Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 1): Als Daten- bzw. Informationsquellen können hier insbesondere Informationen der entsprechenden Anbieterinnen und Anbieter von Informations- und Aufklärungsprogrammen (z.B. Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung (BZgA; [www.bzga.de](http://www.bzga.de)), Deutsches Bündnis gegen Depression e.V. ([www.buendnis-depression.de](http://www.buendnis-depression.de)), Fachgesellschaften, Krankenkassen, Gesundheitsportale der Länder) genutzt werden. In erster Linie müssen die entsprechenden Materialien und Instrumente gesichtet und einerseits nach evidenzbasierten Kriterien analysiert (d.h. entsprechen die vermittelten Informationen dem aktuellen Stand der Wissenschaft?), andererseits unter Kriterien wie Allgemeinverständlichkeit (d.h. sind die Informationen auch für Laien und Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand und kulturellem Hintergrund verständlich?) bewertet werden.

Darüber hinaus lassen sich Datenerhebungen des Deutschen Bündnisses gegen Depression (Teilnehmer(innen)- und Veranstaltungszahl) sowie anderer Organisationen/Vereine nutzen, um den gesellschaftlichen Durchdringungsgrad (z.B. Relation Einwohnerinnen/Einwohner zu spezifischen Informationsangeboten) zu analysieren. Aus den bisherigen Analysen der Bündnis-Aktivitäten lässt sich schlussfolgern, dass die öffentliche Aufmerksamkeit durch gezielte Aktionen bezüglich „Depression“ in Bündnis-Regionen deutlich erhöht werden kann (Hegerl et al., 2003). In bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen der Jahre 1990 und 2001 konnte dagegen keine flächendeckende Verbesserung der Einstellung zu depressiv Erkrankten aufgezeigt werden (Angermeyer & Matschinger 2004). Die ergänzende Analyse der Inhalte der Ausbildungscurricula von relevanten Berufsgruppen (z.B. Medizin, Psychologie, Pflege) ermöglicht die Bewertung der Art, Qualität und Quantität der Information über depressive Erkrankungen bei Schlüsselgruppen und – professionen.

Da die o.g. Daten- bzw. Informationsquellen aber kaum Aussagen über den tatsächlichen Wissens- und Kenntnisstand der entsprechenden Personenkreise (breite Bevölkerung und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren) ermöglichen, sind zusätzliche repräsentative Erhebungen von Wissen und Einstellungen sinnvoll. Als mögliche Datenzugänge können Ergänzungen im Gesundheitsmonitor (z.B. Bertelsmann), die Integration entsprechender Erhebungsinstrumente in das bundesweite Gesundheitsmonitoring des RKI und weitere bevölkerungsrepräsentative und auf besondere Zielgruppen ausgerichtete Studien zum Wissen und zu den Einstellungen der Bevölkerung hinsichtlich depressiver Störungen und deren Determinanten dienen.

### 9.3.2 Aktionsfeld 2: Prävention

Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert.

Startermaßnahmen:

- 1) Flächendeckende Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch spezifische, niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote,
- 2) Förderung psychischer Gesundheit in der Schule,
- 3) Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes, um Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Belastungen und zur Förderung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz;
- 4) Verhinderung von Nachahmungssuiziden durch Maßnahmen zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien.

Zur Reduzierung der gesamtgesellschaftlichen Krankheitslast sind Maßnahmen der Prävention ein effektiver Weg, die Entwicklung depressiver Störungen zu verhindern, diese frühzeitig zu erkennen und frühzeitig geeignete Behandlungsmaßnahmen einzuleiten sowie Chronifizierungen und Rückfällen vorzubeugen. Hierbei sind v.a. Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien sowie Maßnahmen zur frühzeitigen Intervention bei Gruppen mit einem erhöhten Risiko wichtig. Eine besondere Aufmerksamkeit verdient angesichts der hohen Prävalenz von suizidalen Handlungen bei depressiv Erkrankten der Bereich der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen.

Erfolgsindikatoren: Anzahl und Inhalte/Qualität der Angebote zur psychischen Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen und zur Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern; Anzahl und Nutzer(innen)/Teilnehmer(innen) bei Angeboten des betrieblichen Arbeitsschutzes; Inhalte/Qualität von Medienberichten zum Thema Suizide; Zahl an Suizidversuchen und Suizide; Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 2): Aus der Analyse nationaler epidemiologischer und europäischer Vergleichstudien lassen sich Aussagen zu den Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen ableiten (z.B. Jacobi et al., 2002, 2004; Wittchen & Jacobi, 2005). Anhand der Daten der statistischen Landesämter lässt

sich die regionale Entwicklung der Suizidzahlen analysieren und in Beziehung zu spezifischen Maßnahmen setzen. Aus den bisher vorliegenden regionalen Analysen des Nürnberger Bündnisses gegen Depression (Awareness- und Präventionsprojekte) kann ein signifikanter Rückgang der suizidalen Handlungen und der Suizidversuche abgeleitet werden. Zur eindeutigen Bewertung der Wirksamkeit ist allerdings die Analyse größerer und repräsentativer Datensätze notwendig (Althaus et al., 2006).

Der Umgang der Medien mit den Themen Depression und Suizidalität lässt sich durch die spezifische quantitative und inhaltliche Auswertung entsprechender Medienberichte und Pressespiegel analysieren. Zusätzlich können die Maßnahmen der regionalen Depressionsnetzwerke (v.a. der Bündnisse gegen Depression) zur Verbesserung der Medien-Selbstkontrolle, zur Information der allgemeinen Bevölkerung durch die Medien und zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien ausgewertet werden. So zeigen beispielsweise bisherige Analysen, dass durch intensive Arbeit mit Journalistinnen und Journalisten und flächendeckende Einführung sogenannter „Medienguides“ die Suizidberichterstattung positiv beeinflusst und ein Rückgang der Berichte zum Thema Suizidalität erreicht werden kann (Schäfer et al., 2006).

Hinsichtlich betrieblicher depressionsspezifischer Präventionsangebote und Angebote der Gesundheitsförderung können die jeweiligen Statistiken der Anbieter von Beratungs- und Hilfsangeboten (z.B. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Fachverbände, Berufsgenossenschaften) sowie der sozialen und medizinischen Dienste in (Mittel- und) Großbetrieben analysiert werden. Hierbei ist aber davon auszugehen, dass aufgrund einer geringen Systematik bei der Datengenerierung und einem unterschiedlichen Differenzierungsgrad diese nur eine eingeschränkte Aussagekraft im Hinblick auf die relevanten Qualitätsindikatoren haben werden.

Neben einer im Hinblick auf die Erfolgsindikatoren spezifischen Analyse vorhandener Daten sind aber zusätzliche systematische Erhebungen notwendig, da viele notwendige Informationen nur ansatzweise und unspezifisch vorhanden sein werden. So sind zur vergleichenden Analyse von bevölkerungs- und risikogruppenbezogenen Inzidenz- bzw. Prävalenzraten, v.a. chronifizierter depressiver Erkrankungen, die regelmäßige Erhebung epidemiologischer Daten, z.B. mittels geeigneter Erhebungsinstrumente im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI, sinnvoll und notwendig. Dabei sollten die Fragenkomplexe,

wie „Gesundheitszustand und Belastungsgrad der Kinder und Eltern Betroffener“ und „Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem“ depressionsspezifisch erweitert werden. Hinsichtlich betrieblicher depressionsspezifischer Angebote der Gesundheitsförderung könnten beispielsweise das SOEP-Panel und das IAB-Betriebspanel<sup>12</sup> um Fragestellungen zur Berücksichtigung psychischer, insbesondere depressionsspezifischer Belastungen am Arbeitsplatz erweitert werden. Auch der Einbezug dieser Themen in die Forschungsschwerpunkte des BIBB<sup>13</sup> wäre in diesem Zusammenhang zu nennen.

### **9.3.3 Aktionsfeld 3: Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie**

Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und unterschiedlicher Chronizität werden frühzeitig erkannt und mit wissenschaftlich anerkannten und klinisch wirksamen Verfahren umfassend und schnell behandelt mit dem Ziel, Suizide zu verhindern, Krankheitsphasen zu verkürzen und die Gesundheit möglichst schnell wiederherzustellen bzw. Funktionseinschränkungen zu vermindern.

Startermaßnahme: Versorgungsebenenspezifische Implementierung von evidenzbasierten und allgemein konsentierten Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen.

Erfolgsindikatoren: Vorhandensein von Leitlinien und Graduierungsgrad (S1-S3); Aktualität der Leitlinien; explizite Implementierungs- und Evaluationsstrategien; Nutzung und Akzeptanz der Leitlinien in der Praxis; Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Entscheidend für eine adäquate Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten ist die Verbreitung und konkrete Anwendung evidenzbasierter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Hierfür ist zu prüfen, inwieweit wissenschaftlich anerkannte und kli-

---

<sup>12</sup> Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung (jährlicher Rhythmus) privater Haushalte in Deutschland und stellt für die sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Grundlagenforschung Mikrodaten bereit. Das IAB-Betriebspanel ist eine repräsentative Arbeitgeberbefragung zu betrieblichen Bestimmungsgrößen der Beschäftigung durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

<sup>13</sup> Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) ist das nationale und internationale Kompetenzzentrum zur Erforschung und Weiterentwicklung der beruflichen Aus- und Weiterbildung.

nisch wirksame Behandlungsverfahren im ambulanten und stationären Bereich angewendet werden.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 3): In einem ersten Schritt können aktuelle vorhandene Leitlinien zu depressiven Erkrankungen zusammengestellt und bewertet werden. Als Ausgangspunkt kann der Leitlinien-Clearingbericht „Depression“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ, 2003) genutzt werden, welcher insbesondere im Hinblick auf nationale Leitlinien ergänzt werden sollte. Als weitere Daten- bzw. Informationsquellen können das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) des ÄZQ ([www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de)), die Datenbank der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF; [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de)), der Deutschen Rentenversicherung Bund ([www.deutscherentenversicherung-bund.de](http://www.deutscherentenversicherung-bund.de)) sowie medizinischer und psychologischer Fachgesellschaften genutzt werden. Zur Erfassung spezifischer Empfehlungen von Fach- und Berufsgruppen bzw. Versorgungsbereichen sollten auch weitere Akteurinnen/Akteure in die Analyse einbezogen werden.

Neben der Bewertung des Entstehungsprozesses und der Güte (z.B. Graduierungsgrad S1 bis S3) ist eine Analyse und Bewertung der in den Leitlinien aufgeführten Implementierungs- und Evaluationsstrategien im Hinblick auf ihren Praxisbezug erforderlich. Hier zeigten bisherige Reviews den größten Optimierungsbedarf (Härter et al. 2001; ÄZQ 2003). Da diese aber nur eine Aussage über Art und Güte von Umsetzungsempfehlungen zulässt, sollten auch konkrete Daten und Informationen zur tatsächlichen Anwendung und Akzeptanz in der Praxis erhoben und analysiert werden. Hierfür könnten in einem ersten Schritt diesbezügliche wissenschaftliche Studien und Projekte (v.a. aus der Versorgungsforschung) zusammenfassend analysiert werden. Dabei lassen sich aus der Analyse von Versorgungsforschungsstudien in Deutschland im Bereich depressiver Erkrankungen sowohl bzgl. der Akzeptanz als auch der Praxisanwendung Verbesserungspotentiale ableiten (vgl. Härter et al., 2003; Härter & Bermejo, 2006; Härter et al., 2006). Zusätzlich müssten – z.B. anhand verschiedener Daten- bzw. Informationsquellen der Fachgesellschaften und Berufsverbände - Informationen über konkrete Umsetzungsempfehlungen an deren Mitgliederinnen und Mitglieder (d.h. Empfehlungen bzgl. des Einsatzes evidenzbasierter

Methoden) der in Leitlinien dargestellten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gesammelt und bewertet werden.

Aus Projekten zum Qualitätsmanagement und/oder zu spezifischen Programmen in Kliniken, Arztnetzen oder Einzelpraxen (vgl. Qualitätsmanagementprojekte im Kompetenznetz Depression; [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)) lassen sich Aussagen zu den Effekten von Leitlinienimplementierung bzgl. zentraler Struktur- (z.B. Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Praxis-/ Klinikmerkmale, Überweisungs-, Warte- und Behandlungszeiten, Latenz der Befund-/Berichtübermittlung, QS-Maßnahmen), Prozess- (z.B. durchgeführte diagnostische Maßnahmen, Substanz, Dosierung bei Pharmakotherapie, Art und Umfang an Psychotherapie) und Ergebnisindikatoren (z.B. Therapieeffekte/Symptomreduktion, Patientenzufriedenheit, Behandlungsdauer) ableiten (vgl. Härter et al., 2004; Schneider et al., 2005; Sitta et al., 2005). Diese Modellprojekte belegen, dass durch eine stärkere Leitlinienorientierung ärztlicher Entscheidungen, eine vernetzte Versorgung und die Einführung von Case-Management-Strategien eine substantielle Verbesserung des Behandlungserfolges in der Depressionsbehandlung erzielt werden kann (Härter et al., 2006). Eine zentrale Rolle für übergreifende und weiterführende Fragestellungen können interdisziplinäre Forschungsverbünde (z.B. Forschungsnetz „Psychische Gesundheit“) und spezifische Projekte der Versorgungsforschung zum Praxistransfer evaluierter QM-Programme, zur Integrierten Versorgung und Case-Management spielen.

Für konkrete und praxisbezogene Aussagen zur Akzeptanz und von Effekten evidenzbasierter Leitlinien in der ambulanten und stationären Behandlung sind ergänzende systematische Erhebungen notwendig. Hierbei sollten die o.g. zentralen Qualitätsindikatoren um weitere spezifische Indikatoren (z.B. erleichterte Zugangswege, optimierte Behandlungszeiten, Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, Effektivität und Wirtschaftlichkeit, soziale und berufliche Reintegration) in Kliniken bzw. Arztnetzen vor und nach der expliziten Implementierung von Leitlinien analysiert werden. Andererseits können auch solche Kliniken bzw. Arztnetzen mit anderen Kliniken bzw. Arztnetze verglichen werden, die Leitlinien nicht explizit einsetzen. Hierbei kann auf spezifische Erfahrungen und Resultate verschiedener Projekte, z.B. im Rahmen des Kompetenznetzes Depression, zurückgegriffen werden (Schneider et al., 2005).

#### **9.3.4 Aktionsfeld 4: Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen**

Die Position der Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen und ihrer Angehörigen ist gestärkt.

Startermaßnahmen:

- 1) Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde (Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen) zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen;
- 2) Bundesweiter Einsatz von evaluierten Fortbildungsprogrammen zur „Partizipativen Entscheidungsfindung“ für depressiv Erkrankte.

Der stärkere Einbezug von Patientinnen und Patienten und Angehörigen in den medizinischen Entscheidungsprozess ist ein zentrales Element bei der Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten. Ziel ist ein höheres Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und realistischere Erwartungen über Verlauf und Behandlung zur Verbesserung der aktiven Mitarbeit der Patientinnen und Patienten und der Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Die Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfekontaktstellen und indikationsbezogenen Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Multiplikatorenschulungen dient hier der zielgerichteten Beratung und Unterstützung von Betroffenen.

Erfolgsindikatoren: Art, Anzahl, Inhalte und Teilnehmer(innen) von Fortbildungsprogrammen zur „Partizipativen Entscheidungsfindung“; Anzahl spezifisch weiter- bzw. fortgebildeter relevanter Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen); Art und Intensität der spezifischen Inhalte zur Patientenbeteiligung in den jew. Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 4): Zur Evaluation der Startermaßnahmen sind z.B. Inhalte und Ergebnisse der Modellprojekte im Förderschwerpunkt „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ (Bundesministerium für Gesundheit; [www.patient-als-partner.de](http://www.patient-als-partner.de)) nutzbar. Im Rahmen eines ersten Modellpro-

jektes konnten positive Effekte der Inhalte zur Patientenbeteiligung hinsichtlich einer größeren Patienten- und Ärztezufriedenheit, einer höheren Patienten-Compliance und verbesserte Behandlungseffekte bei depressiven Erkrankungen gezeigt werden (Loh et al., 2007). Insbesondere die Transferprojekte der 2. Förderphase des BMG- Förderschwerpunkts beschäftigen sich explizit mit der Weiterentwicklung, Implementierung und Evaluation von Konzepten und Programmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Betroffenen sowie Ärztinnen und Ärzten.

Aus den hier gewonnenen Daten können Rückschlüsse auf Akzeptanz und mögliche Effekte solcher Fortbildungsprogramme sowie auf die Erreichbarkeit relevanter Berufsgruppen gezogen werden. Durch eine zusätzliche Analyse der Ausbildungscurricula relevanter Berufsgruppen lassen sich darüber hinaus Aussagen über den Verbreitungs- und Durchdringungsgrad des Konzeptes der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ machen. Diesbezügliche Befragungen zeigten, dass trotz bereits vorliegender Erfahrungen mit dem Ansatz der partizipativen Patientenbeteiligung in der Lehre ein höherer Stellenwert gewünscht wird und ein Bedarf an Lehrmaterialien besteht (Loh et al., 2006).

Über zentrale Internetseiten bzw. Selbsthilfeorganisationen von Patientinnen/Patienten und Angehörigen lassen sich Informationen über Schulungsmaterialien und -programme für Patientinnen und Patienten erfassen und im Hinblick darauf analysieren, inwieweit die Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen zu Behandlungsalternativen in einer für Laien verständlichen Art und Weise formuliert sind. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Qualität der vorhandenen Informationen. Hier kann z. B. geprüft werden, inwieweit die vorhandenen Informationsmaterialien, Patientenleitlinien und Entscheidungshilfen Qualitätszertifikaten (HoN- bzw. Afgis-Kriterien) entsprechen bzw. wo und welche Verbesserungspotentiale vorhanden sind. Dabei ist die Sichtweise der Betroffenen unbedingt zu erfassen (z.B. über Patientenbefragungen, Befragungen von Selbsthilfegruppen). Dies könnte beispielsweise unter Nutzung der Strukturen existierender Betroffenen-Netzwerke wie bspw. der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) ([www.nakos.de](http://www.nakos.de)) geschehen. Das spezifisch für Betroffene eingerichtete Diskussionsforum des Kompetenznetzes Depression ([www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)) stellt hierbei mit seinen vielfältigen Angeboten und der hohen Zahl an Nutzerinnen und Nutzern ein weiteres und sehr dynamisches Element der Selbsthilfe dar.

Von besonderer Bedeutung sind zielgruppenspezifisch konzipierte Materialien (z.B. in relevanten Fremdsprachen, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte). Darüber hinaus sind Informationen wichtig, inwiefern die Organisationen der Patienten- und (Angehörigen-)Selbsthilfe durch die Behandelnden aus dem stationären und ambulanten Bereich fachlich beraten und unterstützt werden. Hierfür liegen allerdings kaum auswertbare Daten vor, so dass hier zusätzliche Erhebungen notwendig erscheinen. Desgleichen trifft auch für die Bewertung von Programmen und Projekten der Integrierten Versorgung im Hinblick auf die Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen zu.

Die Erfassung der realen Beteiligung von Patientinnen und Patienten am Behandlungsprozess (Grad und Qualität) ist allerdings nur durch ergänzende Studien möglich, in denen die Arzt-Patienten-Interaktionen spezifisch analysiert werden.

### **9.3.5 Aktionsfeld 5: Rehabilitation**

Die Führung und Langzeitbehandlung depressiv kranker Menschen einschließlich der Hilfen zur Bewältigung der Krankheit und ihrer Auswirkungen auf den Langzeitverlauf, die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und die Lebensqualität werden bedarfs- und fachgerecht verbessert bzw. weiterentwickelt.

Startermaßnahmen:

- 1) Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen;
- 2) Erweiterung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX i um die Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“.

Aufgrund des oftmals rezidivierenden oder chronischen Verlaufs depressiver Erkrankungen ist in vielen Fällen eine mehrdimensionale, rehabilitativ orientierte Behandlung, bei der die vorliegenden Fähigkeits- und Partizipationsstörungen integriert sind, notwendig. Diese ist bereits Teil der Akutbehandlung und leitet bei Bedarf über zur Rehabilitation im engeren Sinne.

Erfolgsindikatoren: Anzahl und Konkretisierungsgrad wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen; real umgesetzte Maß-

nahmen zur Wiedereingliederung; Zahl und Inhalt der erweiterten betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 5): Im Hinblick auf die Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen kann auf die Arbeiten und Ergebnisse eines von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projektes zur Formulierung von Indikationskriterien für die differentielle Zuweisung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen zur Rehabilitation - in Abgrenzung zur Krankenhaus- bzw. ambulanten Behandlung - zurückgegriffen werden. Des Weiteren können auch die Ergebnisse und Empfehlungen der Entwicklung einer nationalen S3- bzw. Versorgungsleitlinie Depression sowie der bereichsspezifischen Leitlinie zur rehabilitativen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen und Depression (s. [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)) genutzt werden. Durch den Einbezug von Expertinnen und Experten aus allen Versorgungsbereichen und –sektoren ist zu erwarten, dass die hier formulierten Kriterien gleichermaßen evidenzbasiert wie praxisorientiert sein werden. Inwiefern diese Kriterien und Empfehlungen in der konkreten Praxis umgesetzt werden, muss mit gesonderten Erhebungen und Datenanalysen geprüft werden. Hierfür sind interdisziplinäre Forschungsverbände bzw. -netze notwendig.

Zur Bewertung von Maßnahmen zur betrieblichen Wiedereingliederung im Hinblick auf besondere Berücksichtigung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz ist die Analyse von Daten der Arbeitgeberverbände, Berufs- und Fachverbände, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften notwendig. Inwiefern die hier vorliegenden Daten ausreichend zur Bewertung dieser Startermaßnahme zur Rehabilitation sind, ist noch nicht hinreichend geklärt. Es ist aber davon auszugehen, dass diesbezüglich keine spezifischen Daten vorliegen. Hier müssten die Routineerhebungen der entsprechenden Organisationen und Institutionen um Fragen zur spezifischen Orientierung der Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagement an den Belangen von Menschen mit depressiven Erkrankungen erweitert werden. Hierzu gehört neben der besonderen Berücksichtigung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz auch die Berücksichtigung der spezifischen Auswirkungen einer depressiven Erkrankung auf die kognitive und emotionale Belastbarkeit der Betroffenen.

### 9.3.6 Aktionsfeld 6: Versorgungsstruktur

Die Versorgungsstrukturen (ambulante und stationäre Einrichtungen, Rehabilitationskliniken etc.) sind jedem depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich.

Startermaßnahme: Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in vernetzten Versorgungsstrukturen und verbesserte Koordination des Zugangs zu vorhandenen Versorgungseinrichtungen durch z.B. Integrationsverträge nach § 140 SGB V.

Um die Behandlung depressiv Erkrankter bedarfsgerecht zu organisieren, sind Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenführung der Leistungen verschiedener Bereiche notwendig. Hierbei sind einerseits Konzepte zu nennen, die die verschiedenen Versorgungssektoren und spezifischen Behandlungsschritte einbeziehen (Akut-, Erhaltungstherapie, Rückfallprophylaxe, Nachsorge, effektive Patientenbegleitung, ambulante, stationäre und Rehabilitationsbehandlung). Andererseits sind Konzepte von Bedeutung, die durch veränderte Finanzierungsformen (z.B. regionale Psychriatriebudgets) eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung erreichen wollen (Roick et al. 2005).

Erfolgsindikatoren: Anzahl und Schwerpunkte von Netzwerken, Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Patientinnen und Patienten; Effektivitätsmaße (Wirksamkeit der Behandlung); Evaluationsergebnisse; leitlinienorientierte Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen; bedarfsgerechte Zugangswege; abgestimmter Gesamtbehandlungsprozess; Qualität der Beteiligung der Patientenselbsthilfe (z.B. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) bei Gestaltung von IV-Verträgen .

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 6): In erster Linie ist eine Analyse der Datenbanken und Daten- bzw. Informationsquellen der Fachverbände im Hinblick auf die real umgesetzten Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 ff SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V und der Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V notwendig. So kann bspw. auf Internetseiten von Fachgesellschaften der aktuelle Stand zur Integrierten Versorgung zu depressiven Erkrankungen abgerufen werden, aus dem sich Informationen zu den organisatorischen und inhaltlichen Rahmenbedingungen ableiten lassen (z.B. [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)). Als zusätzliche Daten- bzw. Informationsquellen zur Prüfung einer flä-

chendeckenden und bedarfsgerechten fachgruppen- und sektorenübergreifenden Versorgungsangebote können Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS; [www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)) und der Landesgeschäftsstellen, der Krankenkassen sowie Daten der Ländergesundheitsministerien und Gesundheitsämter einbezogen und analysiert werden. Durch die zusammenfassende Analyse dieser Daten- bzw. Informationsquellen könnte die Erstellung regionaler sowie einer bundesweiten „Landkarte“ an Angeboten und Netzwerken für depressive Patientinnen und Patienten möglich werden.

Hierbei sollten nicht nur Anzahl und inhaltliche Schwerpunkte der Netzwerke, die Anzahl und berufliche Orientierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Zahl der einbezogenen Patientinnen und Patienten erfasst und bewertet werden. Wichtig wäre auch die Prüfung der konkreten diagnostischen und Therapieangebote hinsichtlich deren Leitlinienorientierung. Am aussagekräftigsten im Hinblick auf das zentrale Ziel des Aktionsfeldes 6 ist allerdings die Analyse und Bewertung der Effekte und Evaluationsergebnisse der jeweiligen Netzwerke. Hierfür können die netzwerkeigenen Evaluationsberichte und Analysen genutzt werden, wobei durch eine übergreifende Analyse der Ergebnisse der verschiedenen Netzwerke i.S. einer Übersichtsarbeit zusätzliche Informationen und Schlussfolgerungen gewonnen werden können. Hierbei könnten die Daten bereits realisierter IV-Modelle (z.B. in den Regionen Hamburg, Lübeck/Herzogtum Lauenburg, Aachen, München, Südbaden) evaluiert werden. Inwiefern die öffentlich zugänglichen Daten hierfür ausreichend sind, wäre zu prüfen. Ideal wäre der Zugriff auf die Originaldaten zur Durchführung von zusammenfassenden Analysen.

Zur umfassenden Bewertung im Hinblick auf die Erfolgsindikatoren sind zusätzliche systematische Erhebungen notwendig, da notwendige Informationen nur unsystematisch vorhanden sein werden. Hierbei können, aufbauend auf den vorhandenen Daten der Netzwerke, weitere Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erfasst und analysiert werden. Insbesondere zur Evaluation der Zugangsmöglichkeiten und –barrieren von Patientinnen und Patienten zu den Angeboten der ambulanten, stationären bzw. rehabilitativen Versorgungseinrichtungen sind ergänzende Datenerhebungen notwendig. Hierbei könnten wesentliche dieser Informationsbedarfe über zusätzliche Module im Rahmen des RKI-Gesundheitsmonitorings bedient werden und in spezifischen Studien Patientinnen und Pa-

tienten und Angehörige hinsichtlich der genutzten Behandlungsangebote und der erlebten Barrieren und Schwierigkeiten befragt werden.

#### **9.4 Fazit**

Das Evaluationskonzept hat sich aus umsetzungsstrategischen Überlegungen heraus auf die im Gesundheitsziel als primär eingestuften Startermaßnahmen für die 6 Aktionsfelder konzentriert. Hierzu wurden zentrale und für die gesamte Bundesrepublik relevante mögliche Evaluationskriterien formuliert. Nach Darlegung der vorliegenden Datenlage im Hinblick auf die jeweiligen Aktionsfelder wurden notwendige Ergänzungen und Erweiterungen der Datenlage diskutiert. Ein wichtiger Aspekt lag in der Erörterung der Verfügbarkeit und Erweiterbarkeit der entsprechenden Daten- bzw. Informationsquellen.

Im weiteren Verlauf muss das Evaluationskonzept hinsichtlich der noch nicht explizit einbezogenen Einzelmaßnahmen systematisch erweitert werden.

In einigen Bereichen, v.a. „Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie“, „Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen“ und „Versorgungsstruktur“ liegen bereits Erfahrungen und Ergebnisse aus Modellprojekten vor, die allerdings nur eingeschränkte Aussagekraft aufgrund ihrer regionalen Fokussierung zulassen. Für weitergehende und praxisbezogene Aussagen sind zusammenfassende Analysen dieser Daten- bzw. Informationsquellen und ergänzende systematische Erhebungen notwendig.

Zu den meisten Erfolgsindikatoren allerdings fehlen aussagekräftige Daten, um eine diesbezügliche konkrete Evaluation durchführen zu können. So sind auf der Basis der aktuell vorhandenen Daten und Informationen nur sehr eingeschränkt konkrete Aussagen und Bewertungen möglich, da notwendige Informationen nur unsystematisch vorhanden sind.

Für eine umfassende Evaluation müssen für die hier genannten Erfolgsindikatoren konkrete Kriterien zur Zielerreichung (z.B. Wie viele Menschen sollten durch spezifische Präventionsmaßnahmen erreicht werden? Wie soll der Grad der Distanzierung erfasst und bewertet werden? Wie wird der Grad der Patientenbeteiligung bewertet?) definiert werden, um die Wirkung und Folgen der jeweiligen Maßnahmen überprüfen zu können.

Für eine umfassende und fundierte Bewertung der geforderten Startermaßnahmen sind zusätzliche systematische Erhebungen notwendig, die Zeitreihen zu einzelnen Erfolgsindi-

katoren, insbesondere im Hinblick auf die Aktionsfelder „Aufklärung“, „Prävention“ und „Rehabilitation“, liefern. In diesem Zusammenhang müssten bestehende Routineerhebungen um Fragen zu relevanten Maßnahmen und Erfolgsindikatoren erweitert werden.

Insgesamt lässt sich ein deutlicher Nachholbedarf bezüglich der Generierung und dem Aufbau aussagekräftiger Daten- bzw. Informationsquellen (primär zur Verfügung stehende Routinedaten) feststellen. Falls entsprechende Daten- bzw. Informationsquellen vorliegen, sind diese häufig nicht zur Evaluation und Bewertung der relevanten Erfolgsindikatoren geeignet.

Entsprechend Beschlüssen in der EU und in der Bundesregierung sollen die Unterschiede zwischen den Lebensverhältnissen und Bedürfnissen von Frauen und Männern systematisch und die Perspektive der Geschlechtsdifferenzierung in allen Aktionsfeldern berücksichtigt werden (Gender Mainstreaming). Dieser zentrale Aspekt ist in den bisher vorliegenden Daten- bzw. Informationsquellen und Analysen nur unzureichend berücksichtigt worden. Daher sollten geschlechtsspezifische Besonderheiten bei der Darstellung berücksichtigt, die relevanten Daten geschlechtsspezifisch bzw. nach Geschlecht differenziert dargestellt und analysiert und bei Schlussfolgerungen auf geschlechtsspezifische Besonderheiten eingegangen werden.

Für bewertende Aussagen zum Erreichen der Gesundheitsziele sowie für die Darstellung von Entwicklungen und Zusammenhängen im Rahmen der Evaluation müssen verschiedene Erfolgsindikatoren im Zusammenhang mit einer Aussage zusammenfassend analysiert werden.

Bei der Auswahl, Darstellung und Interpretation der Indikatoren ist deren Bezug auf weitere Indikatorensysteme auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/indicators/indic\\_data\\_de.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/indic_data_de.htm)) zu beachten und entsprechend einzubeziehen.

Ein wesentlicher Indikatorenbereich dieses Gesundheitsziels muss die Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit sein. Da diese insbesondere durch die Nutzerinnen und Nutzer, Patientinnen und Patienten, Betroffenen sowie Angehörigen beurteilt werden kann, muss diese Perspektive in allen Methoden und Zugängen berücksichtigt werden. In diesem Zusam-

menhang ist eine enge Verzahnung des Gesundheitsziels Depression mit dem Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ sinnvoll.

## Literatur

- Alonso J, Angermeyer M, Bernert S et al. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand*, 109 (suppl. 420), 47-54.
- Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U (2006). Veränderung der Häufigkeit suicidalen Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt*, 78, 272-282.
- Angele S (2003). Die Entwicklung von Gesundheitszielen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 46, 109-113.
- Angermeyer MC, Matschinger H (2004). Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? *J Affect Disord*, 83, 177-82.
- ÄZQ (2003). Leitlinien-Clearingbericht Depression.  
(<http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearing-berichte/index/depression/00depression/7depression/view#volltext>)
- Bundesgesundheitsblatt (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, Bd. 50, Heft 5/6.
- Härter M, Bermejo I, Aschenbrenner A, Berger M (2001). Analyse und Bewertung aktueller Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69, 390-401
- Härter M, Bermejo I, Niebling W (Hrsg.) (2007). *Praxismanual Depression – Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen*. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Härter M, Bermejo I, Ollenschläger G, Weingart O, Schneider F, Gaebel W, Hegerl U, Niebling W, Berger M (2006). Improving quality of care for depression - The German action programme for the implementation of evidence-based guidelines. *Int J Qual Health Care*, 18, 113-119.
- Härter M, Bermejo I (2006). Leitlinien – Entwicklung und Umsetzung von Depressionsleitlinien in Deutschland In Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg.). *Volkskrankheit Depression. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Heidelberg, Springer, 387-404.

- Härter M, Schneider F, Gaebel W, Berger M (Hrsg.) (2003). Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis. *Z ärztl Fortbild Qualsich*, 97 (suppl. V), 9-91.
- Härter M, Sitta P, Keller F, Metzger R, Wiegand W, Schell S, Stieglitz RD, Wolfersdorf M, Felsenstein M, Berger M (2004). Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Depressionsbehandlungen in Baden-Württemberg. *Nervenarzt*, 75, 1083-1091.
- Hegerl U, Althaus D, Stefanek J (2003). Public attitudes towards treatment of depression: Effects of an information campaign. *Pharmacopsychiat*, 36, 288-291.
- Jacobi F, Wittchen H-U, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 34, 597-611.
- Jacobi F, Wittchen HU, Müller N, Höltling C, Sommer S, Lieb R, Höfler M, Pfister H (2002). Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: Aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *Int J Methods Psychiatr Res*, 11, 1-18.
- Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Härter M (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns*, 65, 69-78.
- Loh A, Simon D, Rockenbauch K, Härter M (2006). Partizipative Entscheidungsfindung – Stellenwert und Verbreitung in der medizinischen Ausbildung. *Z Med Psychol*, 15, 87-92.
- Luppa M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG (2007). Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord*, 98, 29-43.
- Mathers CD, Loncar D (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3, e442. doi:10.1371/journal.p.med.0030442.
- Murray CJ, Lopez AD (eds.) (1997). The global burden of disease. Global burden of disease and injury series (volume I). Harvard University Press, Harvard.
- Roick C, Deister A, Zeichner D, Birker T, König HH, Angermeyer MC (2005). Das Regionale Psychiatricbudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiatr Prax*, 32, 177-84.

- Schäfer R, Althaus D, Brosius HB, Hegerl U (2006). Suizidberichte in Nürnberger Printmedien - Häufigkeit und Form der Berichterstattung vor und nach der Implementierung eines Medienguides. *Psychiat Prax*, 33, 132-137.
- Schneider F, Härter M, Brand S, Sitta P, Menke R, Hammer-Filipiak U, Kudling K, Heindl A, Herold K, Frommberger U, Elmer O, Hetzel G, Witt G, Wolfersdorf M, Berger M, Gaebel W (2005). Guideline adherence of inpatient depression treatment. *Brit J Psychiat*, 187, 462-469.
- Sitta P, Brand S, Schneider F, Gaebel W, Berger M, Wolfersdorf M, Härter M (2005). Qualitätsindikatoren in der Praxis. Ergebnisse aus einem Qualitätssicherungsprojekt des Kompetenznetzes Depression. *Nervenheilkunde*, 5, 388-396.
- WHO, World Health Report 2001, p. 11. <http://www.who.int/whr/2001>.
- Wittchen HU, Jacobi F (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neurospsychopharm*, 15, 357-376.
- Wittchen HU, Müller N, Schmidtkunz B, Winter S, Pfister H (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeiten und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". *Fortschr Med*, 118 (suppl. I), 4-10.

## 9.5 Anhang: Gesundheitsziel Depression – Indikatoren und Daten-/Informationsquellen zur Evaluation der Startermaßnahmen

### 9.5.1 Anhang 1: Aktionsfeld „Aufklärung“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen <sup>14</sup>	Verfügbarkeit
Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualität und Quantität der Informationen</li> <li>• Verständlichkeit und Nutzbarkeit (v.a. für Laien)</li> <li>• Akzeptanz und Nutzung (v.a. durch Betroffene)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Patientinnen/Patienteninformationen existieren?</li> <li>• Wie ist deren Evidenzbasierung?</li> <li>• Wie verständlich und nutzbar sind die Materialien?</li> </ul>	Deutsches Bündnis gegen Depression (DBgD), Kompetenznetz Depression (KND), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Krankenkassen, Selbsthilfe und Patientenorganisationen, Patientenberatungsstellen, Verbraucherzentralen	DBgD, ÄZQ, Krankenkassen, Reha-Träger, Pharmaindustrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht bundesweit verfügbar</li> <li>• Spezifische Erhebungen notwendig</li> </ul>
Anstoß, Ausbau, und Koordinierung von regionalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchdringungsgrad der regionalen Depressionsnetzwerke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie viele Veranstaltungen wurden abgehalten (pro Re-</li> </ul>	Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., Kompetenznetz Depression,	DBgD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale Daten beim DBgD vorhanden</li> </ul>

<sup>14</sup> Die hier genannten Daten- und Informationsquellen beinhalten vielfältige Formate und Inhalte, die einen unterschiedlichen Differenzierungsgrad aufweisen. Inwiefern die genannten Datenquellen für die Beantwortung der spezifischen Indikatorfragen hinreichend geeignet sind oder ob Ergänzungen bzw. zusätzliche Spezifizierungen im Hinblick auf die Indikatoren notwendig sind, muss im Einzelfall geprüft werden.

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen <sup>14</sup>	Verfügbarkeit
Bündnissen gegen Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der regionalen Bündnisse gegen Depression (DBgD)</li> <li>Inanspruchnahmequote (Relation zw. Bevölkerung und Teilnehmerinnen/Teilnehmer)</li> </ul>	<p>gion)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie viele Teilnehmerinnen/Teilnehmer?</li> <li>Wie viele sind geplant?</li> <li>Wie ist die Relation von Bevölkerung zu Teilnehmerinnen/Teilnehmern?</li> </ul>	Fachgesellschaften, BZgA, Krankenkassen, Selbsthilfe, Bundesländer, Kommunen, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Re-Analyse vorhandener Daten für bundesweite Aussagen notwendig</li> </ul>
Reduktion der sozialen Distanz zu depressiv Erkrankten	<ul style="list-style-type: none"> <li>konkretes Wissen und Einstellungen von Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Professionellen</li> <li>Reduktion der sozialen Distanz zu depressiv Erkrankten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie ist der Wissens- und Kenntnisstand der Bevölkerung bzw. von Experten? Entspricht dieser dem aktuellen Wissensstand?</li> <li>Wie hoch ist der Grad der Distanzierung zu Depressiven?</li> </ul>	Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., Kompetenznetz Depression, Fachgesellschaften, Robert-Koch-Institut (RKI), Krankenkassen, Selbsthilfe	Repräsentative Erfassung / Erhebungen von Wissen und Einstellungen von Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Professionellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hier sind spezifische Betroffenenbefragungen, Ergänzungen im Gesundheitsmonitoring des RKI sowie auf besondere Zielgruppen gerichtete Studien nötig</li> </ul>

## 9.5.2 Anhang 2: Aktionsfeld „Prävention“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/Informationsquellen	Verfügbarkeit
Flächendeckende Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch spezifische, niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angebote zur Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern</li> <li>Effektivität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Angebote gibt es?</li> <li>Wer nimmt daran teil?</li> <li>Werden diese evaluiert? mit welchem Resultat?</li> <li>Wie ist der Zugangsweg hierzu?</li> </ul>	Beratungsstellen, Schulen, KiTas, Kliniken, Jugend- und Gesundheitsämter, Fachkliniken, sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten und andere im Gesundheitswesen Tätige	Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Berufs- und Fachverbände, Bundesverband der Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht bundesweit verfügbar</li> <li>Spezifische Erhebungen notwendig</li> </ul>
Förderung psychischer Gesundheit in Schulen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl, Inhalte/Qualität, Nutzerinnen/Nutzer, Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Angebote von Präventionsangeboten in Schulen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Angebote gibt es?</li> <li>Wer nimmt daran teil?</li> <li>Werden diese evaluiert? mit welchem Resultat?</li> </ul>	Beratungsstellen, Schulen, KiTas, Jugend- und Gesundheitsämter, Schulpsychologischer Dienst und andere im Gesundheitswesen Tätige	Schulen und Schulämter, Lehrerberufs- und Fachverbände	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht bundesweit verfügbar</li> <li>Spezifische Erhebungen notwendig</li> </ul>
Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes um Maßnahmen zur Reduzie-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl, Inhalte/Qualität, Nutzerinnen/Nutzer, Teilnehmerin-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Maßnahmen gibt es?</li> <li>Welche Inhalte haben diese?</li> </ul>	Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Fachverbände, Berufsgenossenschaften, Kranken-	Informationen aus den sozialen und medizinischen Diensten in Betrieben	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht bundesweit verfügbar</li> <li>Spezifische Erhebungen not-</li> </ul>

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/Informationsquellen	Verfügbarkeit
<p> rung psychischer Belastungen und zur Förderung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz</p>	<p>nen/Teilnehmer der Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effektivität</li> <li>• Angaben zum betrieblichen Gesundheitsmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wer nimmt teil?</li> <li>• Wie werden diese bewertet?</li> </ul>	<p>kassen, Rentenversicherungsträger, Integrationsämter und Selbsthilfe</p>		<p>wendig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusätzliche Module im SOEP-Panel, IAB-Betriebspanel</li> </ul>
<p>Verhinderung von Nachahmungssuiziden durch Maßnahmen zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien, z.B. Schließen von „Pressestillhalte-Abkommen“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl, Inhalte/Qualität von entsprechenden Medienberichten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Medien berichten wie?</li> <li>• Wie werden die Berichte in der Bevölkerung aufgenommen?</li> <li>• Welche Abkommen existieren?</li> <li>• Welche Konsequenz haben sie?</li> </ul>	<p>Presse, Funk, Fernsehen, FSK (Freiwillige Selbstkontrolle), „Internet-Provider“, Gesetzgeber, Presserat</p>	<p>Medienberichte, Pressespiegel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daten aus regionalen Projekten des DBgD liegen vor</li> <li>• Bundesweite, repräsentative Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung.</li> </ul>
<p>Die Rate an Suiziden und Suizidversuchen ist gesenkt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen</li> <li>• Anzahl von Suizi-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie hoch sind Inzidenz-/ Prävalenzraten?</li> <li>• Zahl der Suizide</li> </ul>	<p>RKI, Beratungsstellen, Gesundheitsämter, sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Be-</p>	<p>Todesursachenstatistiken der statistischen Bundes- &amp; Landesämter, Gesundheitsmonitoring des RKI, Bündnisse ge-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daten liegen teilweise vor und können direkt analysiert werden</li> </ul>

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/Informationsquellen	Verfügbarkeit
	den <ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl von Suizidversuchen</li> </ul>	und –versuche? <ul style="list-style-type: none"> <li>Veränderung über die Zeit hinweg?</li> <li>Lassen sich Beziehungen zu externen Faktoren erkennen?</li> </ul>	handelnde und andere im Gesundheitswesen Verantwortliche, Fachkliniken	gen Depression, Krankenhausdiagnosestatistiken, KBV-Daten, ADT-Panel <sup>15</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zusätzliche Module im Gesundheitsmonitoring, Gesundheitssurveys für bevölkerungs- und risikogruppenbezogene Daten</li> </ul>
Unnötige Frühverrentung, Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und allgemeine Partizipationsprobleme als Risikofaktor für Chronifizierung aufgrund von depressiven Erkrankungen sind redu-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depressionsbezogene AU-Tage</li> <li>Anzahl depressionsbedingter Frühberentungen</li> <li>Grad der sozialen/gesellschaftlichen Partizipation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl depressionsbedingter AU-Tagen und EU-Anträge?</li> <li>Wie hoch ist der Anteil depressiver Patientinnen/Patienten, die sich vom sozialen und gesellschaftli-</li> </ul>	Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Krankenkassen  Selbsthilfegruppen, Bundesverband der Angehörigen	AU-Diagnosen, EU-Diagnosedaten, Informationen aus den sozialen und medizinischen Diensten in Betrieben  Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Bundesverband der Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daten zu AU und EU liegen teilweise vor und können direkt analysiert werden</li> <li>Daten zur sozialen Partizipation liegen nicht vor.</li> <li>Spezifische Erhebungen not-</li> </ul>

<sup>15</sup> Das ADT-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland beinhaltet Daten zum versicherten-, diagnose- und leistungsbezogenen Behandlungsgeschehen bei Patientinnen/Patienten niedergelassener Ärztinnen/Ärzte

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/Informationsquellen	Verfügbarkeit
ziert.		chen Leben ausge- schlossen fühlen?			wendig

### 9.5.3 Anhang 3: Aktionsfeld „Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
Versorgungsebenenspezifische Implementierung der evidenzbasierten und allgemein konsentierten Leitlinie Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhandensein von LL, Graduierung (S1-S3), Aktualität,</li> <li>• Explizite Implementierungs- und Evaluationsstrategien</li> <li>• Nutzung und Akzeptanz der LL</li> <li>• Indikatoren der Struktur,- Prozess- und Ergebnisqualität (QI) in der Versorgung</li> <li>• Effektivität und Wirtschaftlichkeit</li> <li>• Existenz einer Patientenleitlinie Depression (PLL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche LL sind in D vorhanden?</li> <li>• Welche sind evidenzbasiert und konsentiert?</li> <li>• Wie werden diese bewertet?</li> <li>• Welche LL werden in der Praxis genutzt?</li> <li>• Werden adäquate QI benannt?</li> <li>• Welche Effekte auf zentrale QI lassen sich erkennen?</li> <li>• Sind LL wirtschaftlich anwendbar?</li> <li>• Ist in den vorhandenen LL eine entsprechende PLL integriert?</li> <li>• Wie ist die Nutzung und Akzeptanz der PLL?</li> </ul>	Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, gesetzliche und private Krankenkassen, Reha-Kostenträger, Bundespsychotherapeutenkammer, u.a.	ÄZQ, Fachgesellschaften, AWMF, Deutsche Rentenversicherung (DRV)  QM-Projekte, –programme und Forschungsprojekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestandsaufnahme und spezifische Analysen notwendig</li> <li>• Regionale Daten von QM-Modellprojekten vorhanden</li> <li>• Bundesweite, repräsentative Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung.</li> <li>• Spezifische Erhebungen notwendig</li> </ul>

#### 9.5.4 Anhang 4: Aktionsfeld „Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
Bundesweiter Einsatz von evaluierten Fortbildungsprogrammen zur Erhöhung der Patientinnen/Patientenbeteiligung am medizinischem Entscheidungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>Art, Anzahl, Inhalte/Qualität, Nutzerinnen/Nutzer, Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Angebote, Anzahl spezifisch weiter- bzw. fortgebildeter Ärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Fortbildungsprogramme existieren?</li> <li>Welche PEF-Elemente werden vermittelt?</li> <li>Welche und wie viele Teilnehmerinnen/Teilnehmer gibt es?</li> <li>Wie werden diese Fortbildungsprogramme evaluiert?</li> <li>Werden Patientinnen/Patienten nach solchen FB stärker beteiligt?</li> </ul>	Aus- und Weiterbildungsprogramme unterstützt u.a. von Universitäten (medizinische Fakultäten), Landesärztl. und Psychotherapeutenkammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Berufsverbände und Fachgesellschaften	Transferprojekte BMG, Patientenbefragungen (spezifische Versorgungs-forschungsprojekte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daten aus regionalen Projekten liegen vor</li> <li>Für bundesweite Aussagen sind weitere Erhebungen notwendig</li> </ul>
Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde (Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeut(inn)en, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrich-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Art und Intensität der spez. Inhalte in den jew. Curricula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In welchen und wie vielen Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula sind PEF-Module integriert?</li> <li>Welchen Stellenwert nehmen sie ein?</li> </ul>	Landesärztekammern, Landespsychotherapeutenkammern, Weiterbildungsstätten (Kliniken und Praxen), Berufs- und Fachverbände, Kassenärztliche	Ärzttekammern, Psychotherapeutenkammern, weitere Ausbildungsinstitutionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daten aus Modellprojekten liegen vor</li> <li>Für bundesweite Aussagen sind weitere Erhebungen notwendig</li> </ul>

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
tungen) zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen			Vereinigungen, andere Weiterbildungseinrichtungen		
Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, shared decision making) bei depressiven Erkrankungen findet flächendeckend, fach- und sektorenübergreifend statt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grad der Patientenbeteiligung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie und in welchem Umfang sind Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen beteiligt?</li> </ul>	Selbsthilfe und Patientenorganisationen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeuten/Psychotherapeuten und andere im Gesundheitswesen Tätige, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen	Zusatzsurveys, spezifische Versorgungsforschungsprojekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung.</li> <li>Erhebungen notwendig, soweit möglich entsprechende Instrumente im Rahmen des Gesundheitsmonitoring des RKI</li> </ul>
Qualifizierung von Mitarbeiter/innen in Selbsthilfekontaktstellen und indikationsbezogenen Selbst-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Art, Anzahl, Inhalte/Qualität, Nutzerinnen/Nutzer, Teilnehmerin-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Qualifizierungsprogramme existieren?</li> <li>Wie werden diese evaluiert?</li> <li>Welche und wie viele Teilneh-</li> </ul>	Selbsthilfe und Patientenorganisationen, Aus- und Weiterbildungsinstitu-	Zusatzerhebungen, spezifische Versorgungsforschungsprojekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung.</li> <li>Erhebungen</li> </ul>

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
hilfeorganisationen	nen/Teilnehmer der Angebote	merinnen/Teilnehmer gibt es?	tionen		notwendig

### 9.5.5 Anhang 5: Aktionsfeld „Rehabilitation“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informations- quellen	Verfügbarkeit
Erweiterung des betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX um die Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahl real umgesetzter Maßnahmen</li> <li>• Inhalt der erweiterten betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie viele Maßnahmen gibt es?</li> <li>• Wie viele Personen profitieren davon?</li> <li>• Welche Inhalte haben sie?</li> <li>• Wie werden diese akzeptiert und bewertet?</li> </ul>	Betriebe, Arbeits- und Gesundheitsministerium, Arbeitgeber- und Fachverbände, Berufsgenossenschaften, DRV	Daten der Arbeitgeberverbände, DRV, Berufs- und Fachverbände, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestandsaufnahme und spezifische Analysen notwendig</li> <li>• weitere Erhebungen notwendig</li> </ul>
Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl und Konkretisierungsgrad von Kriterien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Kriterien existieren?</li> <li>• Sind diese evidenzbasiert?</li> <li>• Sind diese in der Praxis bekannt/werden sie angewendet?</li> <li>• Bewähren sie sich in der Praxis?</li> </ul>	Einrichtungen der Reha- und Versorgungsfor- schung, Fachgesellschaften, niedergelassene Ärztinnen/ Ärzte, Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfe	MDK, DRV, Reha- Forschungsverbände	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daten aus Modellprojekt liegen vor</li> <li>• Spezifische Analyse notwendig</li> </ul>

### 9.5.6 Anhang 6: Aktionsfeld „Versorgungsstruktur“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in vernetzten Versorgungsstrukturen und verbesserte Koordination des Zugangs zu vorhandenen Versorgungseinrichtungen durch z.B. Integrationsverträge nach § 140 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl und Schwerpunkte von Netzen, Teilnehmerinnen/Teilnehmer, Patientinnen/Patienten</li> <li>Effektivitätsmaße</li> <li>Evaluationsergebnisse</li> <li>LL-orientierte Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen</li> <li>Bedarfsgerechte Zugangswege</li> <li>Abgestimmter Gesamtbehandlungsprozess</li> <li>Qualität der Beteiligung der Patientinnen/Patientenselbsthilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche spez. Netze existieren?</li> <li>Wie viele Teilnehmerinnen/Teilnehmer haben sie?</li> <li>Wie werden diese angenommen?</li> <li>Welche Inhalte und Konzepte haben diese?</li> <li>Wie ist deren Effektivität und Effizienz?</li> <li>Welche Maßnahmen werden real umgesetzt?</li> <li>Wie einfach/schnell ist der Zugang für Patientinnen/Patienten?</li> <li>Kann eine bundesweite Landkarte an Angeboten erstellt werden?</li> <li>Existieren Patientinnen/Patientenbezogene Behandlungspläne?</li> <li>Wie wurde die Patientinnen/Patientenselbsthilfe in den</li> </ul>	Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Hausärztinnen/-ärzte, Fachärztinnen/-ärzte, Psychotherapeut(inn)en, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste	z.B. BQS, DGPPN, Krankenkassen, KVn, Fachverbände, Rehabilitation, Verschreibungsdaten zu Medikamenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bestandsaufnahme und spezifische Analysen notwendig</li> <li>Regionale Daten von IV-Modellprojekten vorhanden</li> <li>Bundesweite, repräsentative Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung.</li> <li>Spezifische Erhebungen notwendig</li> </ul>

		Entwicklungs- und Implementierungsprozess eingebunden?			
--	--	--	--	--	--

## Evaluationskonzept

---

### Nationales Gesundheitsziel

**„Gesundheitliche Kompetenz  
erhöhen, Patient(inn)ensouveränität  
stärken“**

---

## **10 Daten und Indikatoren zur Evaluierung des nationalen Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“**

vorgelegt vom Evaluationsbeirat

erarbeitet von der Unterarbeitsgruppe:

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover

Günter Hölling, Vorsitzender der AG 8 im Forum *gesundheitsziele.de*, BAG der PatientInnenstellen, Bielefeld

Dr. Kerstin Horch, Robert Koch-Institut, Berlin

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Technische Universität, Berlin

Dr. Sylvia Sänger, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin

Dr. Henner Schellschmidt, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn

verabschiedet vom Ausschuss im Juli 2006

## 10.1 Einleitung

Die Bedeutung der Patienten- und Bürgerorientierung<sup>16</sup> im Zusammenhang mit der Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen wurde mit der Etablierung einer eigenständigen Arbeitsgruppe (AG 8) "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken" unterstrichen. Die Arbeitsgruppe verabschiedete Ziele und Maßnahmen unter den vier Stichworten

- Transparenz erhöhen
- Kompetenz entwickeln
- Patientenrechte stärken
- Beschwerdemanagement verbessern

Darüber hinaus ist die Bürger- und Patientenorientierung als einer von vier Querschnittsbereichen im nationalen Gesundheitsziele-Prozess definiert worden, der Relevanz für alle gesundheitszielbezogenen Maßnahmen haben soll.

Die Erhöhung gesundheitlicher Kompetenzen und die aktive Beteiligung von Patient(inn)en, Versicherten und Bürger(inn)en ist, so die abschließende Empfehlung der Arbeitsgruppe 8, für die Veränderung ihres Gesundheits- und Krankheitsverhaltens und damit für die Prävention, für verbesserte Behandlungserfolge und die Erhöhung der Lebensqualität bei bereits eingetretenen Erkrankungen von großer Bedeutung. Die Mitgestaltung des Gesundheitssystems durch Betroffene befördert den Wissenstransfer und die Stärkung demokratischer Elemente im Gesundheitswesen (vgl. AG 8 2004).

Ebenso wie bei allen anderen definierten Gesundheitszielen wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Wirkungen und den Erfolg der Ziele und der damit verbundenen Maßnahmen zu evaluieren, wobei die Evaluation von Anfang an in die Entwicklung der Gesundheitsziele und ihrer Umsetzungsstrategien und –maßnahmen einbezogen werden sollte (GVG 2002, BMGS 2003).

---

<sup>16</sup> Die Bezeichnungen Patient, Versicherter, Bürger oder Nutzer werden in der maskulinen Form benutzt, ohne dass dabei unterstellt wird, dass weibliche Personen an der Thematik keinen Anteil haben. Aus Gründen der Lesbarkeit wird jedoch darauf verzichtet, in jeder Formulierung zusätzlich eine feminine Form einzufügen.

Für die Erarbeitung von Evaluationskonzepten zeichnet der Evaluationsbeirat verantwortlich, der für das Thema „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ eine Unterarbeitsgruppe mit folgenden Mitgliedern eingesetzt hat:

- Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover
- Günter Hölling, Vorsitzender AG 8, BAG der PatientInnenstellen, Bielefeld
- Dr. Kerstin Horch, Robert Koch-Institut, Berlin
- Prof. Dr. Ulrike Maschewski-Schneider, Vorsitzende des Evaluationsbeirats, TU-Berlin
- Dr. Sylvia Sängler, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin
- Dr. Henner Schellschmidt, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn

Die AG 8 hatte in ihrem Abschlussbericht die vier oben genannten zentralen Ziele formuliert, denen sie jeweils drei Teilziele zuordnete. In einem weiteren Schritt wurden in der AG 8 zu den 12 Teilzielen ein bis drei Maßnahmen entwickelt (insgesamt 27 Maßnahmen). Da nicht alle Teilziele und Maßnahmen sofort umgesetzt werden können, wählte die Arbeitsgruppe sechs zentrale Teilziele und sieben sogenannte „Startermaßnahmen“ aus. Bei diesen handelt es sich um Maßnahmen, bei denen der Konsens unter den Arbeitsgruppenmitgliedern am höchsten war, die am ehesten umsetzbar und machbar erschienen und bei denen nicht wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen abzuwarten waren. Ein entsprechendes Empfehlungspapier wurde 2003 verabschiedet (AG 8: Empfehlungen für Startermaßnahmen aus der Sicht der AG 8, 2003).

Dieses Papier und die dort empfohlenen Startermaßnahmen bildeten die Grundlage für ein erstes Indikatorenpapier zur Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken", das im Dezember 2003 vorgelegt wurde (Dierks 2003). Aus Sicht des Evaluationsbeirates waren die dort ermittelten Indikatoren gut geeignet, die Entwicklung des Gesundheitsziels abzubilden. Deshalb wurde im Rahmen der detaillierten Konzepterstellung überprüft, welche Datenquellen in welcher Qualität für die vorgeschlagenen Indikatoren zur Verfügung stehen und an welcher Stelle in bereits bestehende Routineerhebungen gegebenenfalls Fragen integriert werden könnten. Darüber hinaus war zu prüfen, ob zusätzlich gezielte Erhebungen vorgeschlagen bzw. Instrumente neu entwickelt werden sollten. Im Dezember

2005 fand ein erstes Treffen der Arbeitsgruppe statt, Prof. Dierks wurde beauftragt, die Ergebnisse zusammenzufassen und zu dokumentieren.

## **10.2 Dokumentation der Daten und Indikatoren**

Das vorliegende Evaluationskonzept setzt auf der Ebene der sieben Startermaßnahmen an, berücksichtigt aber auch die Ebene der Teilziele.

Als zentraler Endpunkt wurde definiert, wie die intendierten Ziele die Wahrnehmung und das Verhalten der Nutzer beeinflussen. Strukturdaten (Anzahl und Frequentierung von Einrichtungen, Qualifikation der Mitarbeiter, Umfang und Dissemination von Informationen etc.) könnten, und hier insbesondere im Rahmen von Längsschnitterhebungen, den Auf- und Ausbau von Institutionen und Angeboten, deren Nachhaltigkeit und Neukonzeption nachzeichnen. Sie stehen allerdings nicht in gebündelter Form zur Verfügung und sind - nicht zuletzt angesichts der Fülle der einbezogenen Themen und der damit verbundenen Institutionen - nur unter Einsatz umfangreicher Ressourcen zu erheben.

Gleiches gilt für Prozessdaten, die sich auf Abläufe, Nutzung und interne Prozesse beziehen und auch Hinweise darauf geben können, ob und wie sich mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen realisieren lässt. An den Stellen, an denen Prozess- und Strukturinformationen besonders relevant sind (z.B. beim Thema Qualitätstransparenz oder zur Beteiligung von Patientenvertreter(innen) in Entscheidungsgremien, werden entsprechende Analysen vorgeschlagen.

Es ist bekannt, dass zahlreiche Interessengruppen im Gesundheitswesen - von den Kostenträgern über die Leistungserbringer bis hin zu kommerziellen Instituten - , mehr oder weniger regelmäßig Befragungen von Patienten, Versicherten oder Kunden durchführen bzw. Daten erheben, die mögliche Indikatoren für die Überprüfung des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken" abbilden. Diese Daten werden zum Teil veröffentlicht bzw. könnten auf Anfrage zugänglich gemacht werden, so dass sie punktuell für eine Beurteilung der Realisierung von Zielen und Teilzielen im Gesundheitsziele-Prozess infrage kämen. Dazu zählen sicher auch die interessanten, international ausgerichteten vergleichenden Analysen.

Für ein kontinuierliches Monitoring sind allerdings Quellen geeigneter, die für wissenschaftliche Zwecke mehr oder weniger kontinuierlich erhoben und zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden. Bei der Auswahl der Datenquellen für das vorliegende Konzept erfolgte deshalb eine Konzentration auf öffentlich zugängliche Datenbanken (in Einzelfällen wurde im Vorfeld mit den Datenhaltern besprochen, unter welchen Bedingungen eine Nutzung der Surveydaten möglich ist), u.a. die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, das Sozioökonomische Panel, die ALLBUS Umfrage oder der Bertelsmann Gesundheitsmonitor (eine Kurzbeschreibung der Datenquellen s. S. 12f).

Die folgende Skizzierung der Gesundheitsziele, der Teilziele und der daraus exemplarisch abgeleiteten Maßnahmen zeigt, dass sehr unterschiedliche Bereiche, Institutionen und Outcomes durch die Ziele adressiert werden. Die entsprechenden Informationen bzw. Indikatoren müssen aus unterschiedlichen Datenquellen zusammengeführt werden, zudem stehen für Teilfragen keine oder nicht ausreichende Informationen zur Verfügung.

Deshalb wird vorgeschlagen, in Ergänzung zu den Analysen vorhandener Datenquellen, gezielt Erhebungen durchzuführen, zudem wäre es sinnvoll, in laufende Surveys interessierende Fragen neu aufzunehmen, gegebenenfalls im Rahmen spezieller Module. In der anliegenden Übersicht zu möglichen Indikatoren und Datenquellen sind entsprechende Vorschläge enthalten.

Schließlich ist vorgesehen, in die Evaluation des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken" Patienten, Versicherte und Bürger aktiv einzubinden. Geeignet sind dazu wissenschaftliche Verfahren, die einerseits einen Erkenntnisgewinn versprechen, die andererseits offen und interaktiv gestaltet sind und Raum lassen für die Bedürfnisse und Themen der Betroffenen (Lamnek 1989), bewährt haben sich unter dieser Prämisse qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung. Unter Nutzung eines entsprechenden Forschungsdesigns sollten jährlich 8 – 10 Gruppendiskussionen mit Nutzern des Gesundheitswesens durchgeführt werden.

Dazu wären im Sinne eines noch festzulegenden „theoretical sampling“ Menschen unterschiedlicher Herkunft, mit unterschiedlichen Erkrankungen, unterschiedlicher Nähe zum Gesundheitssystem und diversen anderen Einteilungskriterien einzuladen, um deren Erfahrungen, Erwartungen und Forderungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsziel zu

erfassen und im Zeitverlauf zu analysieren. Die wissenschaftlichen Ergebnisse sollen zudem für die Überprüfung und (Neu)Formulierung von Indikatoren aus Sicht der Betroffenen genutzt werden und entsprechend in Repräsentativerhebungen einfließen. Insofern ist das skizzierte Vorgehen eine konsequente Fortführung der Leitidee einer "Bürger- und Patientenorientierung".

Lesehinweis: Die folgende Darstellung der Gesundheitsziele, Teilziele und Maßnahmen orientiert sich an der Ordnung und Nummerierung des Originalkonzeptes der AG 8. Da im folgenden nur die prioritären Teilziele und Maßnahmen angesprochen werden, ist die Nummerierung entsprechend lückenhaft.

### **10.3 Ziel 1: Transparenz erhöhen**

Gesunde wie kranke Menschen benötigen qualitätsgesicherte, verständliche und leicht zugängliche Informationen, um verantwortungsbewusste und autonome Entscheidungen hinsichtlich der eigenen Gesundheit und Behandlung treffen zu können. Deshalb sollten, so die Festlegung in Teilziel 1.1, Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen, zu Leistungserbringern, zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden. *Als eine Maßnahme (1.1.1) wurde die Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit formuliert.*<sup>17</sup>

Als Erfolgsindikator kann die bislang wahrgenommene Transparenz von Angeboten dienen, ebenso der Wunsch der Bevölkerung nach Transparenzdaten überhaupt. Zudem geben das allgemeine Vertrauen und die allgemeine Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen auch einen Eindruck darüber, wie die Transparenz und Qualität von den Nutzerinnen und Nutzern im Zeitverlauf wahrgenommen werden.

Zur Etablierung und Arbeitsweise (unabhängiger) Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen und damit verbundene Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten (Art,

---

<sup>17</sup> Als „unabhängig“ wird ein Beratungs- und Informationsangebot dann definiert, wenn es nicht von Instanzen oder Akteuren unterhalten wird, die zugleich Leistungsanbieter oder Kostenträger sind und daher als nicht frei von Eigeninteressen gelten.

Umfang, Arbeitsschwerpunkte, Integration der Nutzer, Umgang der Nutzer mit den Transparenzinformationen, Effekte auf das Nutzerverhalten) müssten Bestandsaufnahmen und Teiluntersuchungen durchgeführt werden, ansonsten können die oben genannten Datenquellen herangezogen werden.

#### **10.4 Ziel 2: Kompetenz entwickeln**

Menschen brauchen diverse Kompetenzen, wenn sie die Angebote des Gesundheitssystems nutzen wollen und wenn es um den Umgang mit der eigenen Gesundheit und Krankheit geht. Diese Kompetenzen können über das professionelle Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem oder auch durch die Selbsthilfe, und hier vor allem die organisierte Selbsthilfe, vermittelt werden. Das Teilziel 2.1 "Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert, selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inn)en und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt", wird in folgender Maßnahme dargestellt:

Maßnahme 2.1.1: Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen, Betrieben u.a. durch BZgA, Krankenkassen, Ärzte und regionale Transferstellen.

Wie bereits in der Einleitung skizziert, ist eine längsschnittliche Darstellung der Entwicklung gesundheitsbezogener Angebote von Bildungseinrichtungen und gesundheitsbezogenen Einrichtungen aufwändig, wenngleich vermutlich entsprechende Daten aus den Jahresberichten von Bildungseinrichtungen extrahiert werden könnten. Für die Überprüfung des Gesundheitsziels sind die Indikatoren sinnvoll, die sich auf das Gesundheitsverhalten und gesundheitsbezogene Einstellungen von Menschen beziehen. Einstellungen und Verhalten wiederum können - wenn auch nicht unmittelbar und isoliert betrachtet - auf Entwicklungen im Bereich der Schulung und Gesundheitsförderung zurückgeführt werden. Dazu gehört beispielsweise das Gefühl der Selbstwirksamkeit und Kontrolle der Nutzer: Wie sehr fühlen sie sich in der Lage, ihre Gesundheit zu beeinflussen? Nehmen sie Angebote der Gesundheitsförderung und Früherkennung wahr? Wie gut sind sie über diese Angebote informiert? Welche Rolle spielen Kosten und Anreizsysteme in diesem Zusammenhang?

Selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Menschen im Gesundheitswesen zeigen sich unter anderem darin, dass Versicherte ihre Krankenkasse wechseln, dass Patienten eine Zweitmeinung einholen, den Arzt wechseln und dass sie sich über verschiedene Medien informieren. Dabei spielt auch eine Rolle, wie sich der Umgang der Bevölkerung mit Gesundheit und Krankheit außerhalb des professionellen Systems entwickelt, wie Menschen ihre Fähigkeit, selbstbestimmt mit der eigenen Gesundheit umzugehen, einschätzen und wie sich ihr Umgang mit dem Gesundheitssystem entsprechend verändert.

Teilziel 2.2 fokussiert auf die Stärkung der Selbsthilfemöglichkeiten, in der daraus abgeleiteten Maßnahme 2.2.2 wird die vollständige Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen und des § 29 SGB IX durch die Träger der Rehabilitation gefordert.

Hier sollten Strukturdaten erhoben werden, die im Verlauf die Anzahl der Unterstützungseinrichtungen in der Selbsthilfe (Kontaktstellen), die Anzahl (geschätzt) der Selbsthilfegruppen im zeitlichen Verlauf, die diversen Themen, zu denen Selbsthilfegruppen existieren und schließlich die Informationen über die Umsetzung der entsprechenden Paragraphen (insbesondere in Bezug auf die Ausschüttung der finanziellen Ressourcen) ermöglichen (Robert Koch-Institut 2004). Angaben können über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), die gesetzlichen Krankenkassen und die Träger der Rehabilitation sowie über die Informationen zur Selbsthilfeförderung durch die Bundes- und Landesressorts zugänglich gemacht werden.

Eine Studie zur Kooperation der Selbsthilfe mit den anderen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen mit der Frage, wie sich die Selbsthilfe in das System integriert hat, wurde 2004 durchgeführt, eine Folgestudie wird empfohlen (Dierks et al. 2005).

Zudem können die Nutzung, die Akzeptanz und der Informationsgrad über Selbsthilfegruppen in der Bevölkerung über Angaben im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts analysiert werden.

### 10.5 Ziel 3: Patient(inn)enrechte stärken

Im Bereich der Patient(inn)enrechte sind Verbesserungen in Bezug auf den Informationsgrad der Nutzer über diese Rechte, die Durchsetzung der individuellen Rechte sowie ein Ausbau der kollektiven Rechte nötig.

Zunächst wurde als ein Teilziel (3.1) formuliert: Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inn)en und Patient(inn)en in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert, die *Maßnahme 3.1.1 fasst dieses Teilziel wörtlich zusammen.*

Indikator ist zunächst die tatsächliche Umsetzung dieser Forderung. Um zu Aussagen zu kommen, sollte eine Bestandsaufnahme auf der nationalen, regionalen und institutionellen Ebene erfolgen mit der Frage, in welchen gesetzlich festgelegten Entscheidungsgremien Beteiligung stattfindet und ob und wie darüber hinaus auf freiwilliger Basis weitere Beteiligungsformen etabliert sind (vgl. Robert Koch-Institut 2006). Entsprechende Daten liegen zur Zeit nicht vor, eine Erhebung ist erforderlich. Zudem sollte mittelfristig erfasst werden, wie sich die Beratungsbeteiligung der Patientenvertreter auf die Entscheidungsprozesse auswirkt, wie die Beteiligten die Zusammenarbeit bewerten und wie sie die Effekte der gemeinsamen Arbeit einschätzen. Darüber hinaus sollte über die repräsentativen Bevölkerungsbefragungen ermittelt werden, inwieweit die Bevölkerung Informationen über die Beratungsbeteiligung hat, wie sie diese einschätzt und welche Erwartungen die Nutzer des Gesundheitswesens an die weitere Arbeit haben.

Aus Routineerhebungen lassen sich im Längsschnitt Aussagen zum bürgerschaftlichen Engagement, zum Ehrenamt und zur politischen Beteiligung formulieren. Die hier enthaltenen Indikatorfragen bilden den Gesundheitsbereich teilweise ab und geben einen Anhaltspunkt, ob und wie sich hier Einstellungen und Verhalten auf Bevölkerungsebene entwickeln.

Teilziel 3.3 bezieht sich auf den Bekanntheitsgrad individueller und kollektiver Patientenrechte, die von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und wirksam umgesetzt werden sollen. *Maßnahme 3.3.1 fordert entsprechend die aktive Information der Bürger(inn)en und Patient(inn)en über die individuellen und kollektiven Patientenrechte durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens.*

Als Strukturinformation wäre hier die Auflagenzahl und der Verteilungsgrad der Broschüre "Patientenrechte" zu nennen, interessant auch die Zugriffszahlen auf entsprechende Internetseiten, beispielsweise des Bundesministeriums für Gesundheit, wo diese Broschüre zum Download zur Verfügung gestellt wird. Zudem sollte der im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zum Thema "Patientenrechte" erhobene Wissensstand der Bevölkerung zu den Patientenrechten sowie ihre Zufriedenheit mit der Durchsetzung ihrer Rechte erfasst und im Zeitverlauf analysiert werden.

#### **10.6 Ziel 4: Beschwerdemanagement verbessern**

Die Bewältigung von Situationen, die mit möglichen Fehlern in der Gesundheitsversorgung und/oder mit Konflikten im Umgang mit Professionellen im Gesundheitssystem bzw. mit Kostenträgern zu tun haben, ist für die Betroffenen häufig schwierig. Deshalb lautet Teilziel 4.1: Die Position von Beschwerdeführerinnen, insbesondere von geschädigten Patient(innen) im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert. Darunter finden sich zwei Maßnahmen:

Maßnahme 4.1.1: Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträgerunabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern.

Maßnahme 4.1.2: Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen wie z.B. Patientenstellen, Patientenfürsprecher oder Patientenombudspersonen

Für die Frage, inwieweit flächendeckende anbieter- und kostenträgerunabhängige Beratungseinrichtungen zur Verfügung stehen und wie sich im Zeitverlauf Entwicklungen nachzeichnen lassen, müssen entsprechende Bestandsaufnahmen durchgeführt, die Nutzerzahlen der Einrichtungen erfasst und die Effekte der Arbeit der Einrichtungen analysiert werden.

Exemplarisch könnten Angaben aus der begleitenden Evaluation der unabhängigen Patienten- und Verbraucherberatung genutzt werden, die seit 2002 modellhaft von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gefördert wird.

Die Informationen (Jahresberichte, Daten etc.) der abhängigen Beratungseinrichtungen (Krankenkassen § 66 SGB V, Schiedsstellen, Widerspruchsausschüsse, Medizinische

Dienste der Krankenkassen) über Anzahl, Inhalt und Erfolg von Beschwerden können als Indikatoren für die Entwicklung des Gesundheitsziels "Beschwerdemanagement verbessern" dienen. Eine vergleichbare Erfassung wäre bei anderen geeigneten Anlaufstellen (Patientenstellen, Ombudsstellen, Einrichtungen der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung) sinnvoll. Ebenfalls nutzbar sind mittelfristig die Ergebnisse des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und die hier erarbeitete Übersicht über Behandlungsfehlerregister.

Schließlich sollten Aussagen der Nutzer zum Thema "Beschwerden" aus dem Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts und des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors in die Evaluation einfließen.

## 10.7 Fazit

Zusammenfassend lassen sich folgende Eckpunkte für die Evaluation des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken" darstellen:

- Die Evaluation sollte auf die Wahrnehmung der Entwicklung der Gesundheitsziele aus der Perspektive der Patienten, Versicherten und Bürger fokussieren.
- Die vor diesem Hintergrund erfolgte Analyse vorliegender Repräsentativbefragungen zeigt, dass zahlreiche Indikatoren für die Erreichung von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen bereits auf Bevölkerungsebene erfasst werden, wenngleich erwartungsgemäß nicht alle Aspekte gleichermaßen breit abgebildet werden können.
- Die Daten liegen für die Vergangenheit längsschnittlich vor. Voraussetzung für eine sinnvolle weitere Evaluation ist, dass die Erhebungen auch zukünftig durchgeführt werden (können) und die definierten Indikatoren, möglicherweise ergänzt durch weitere Fragen (beispielsweise im Rahmen eines speziellen Moduls des telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts), auch zukünftig erfasst werden.
- Zusätzliche Untersuchungen sind erforderlich, um zu den Zielen relevante Strukturinformationen zu erheben und Bedarfsfragen zu klären. Zudem sollten in dem gesundheits- und gesellschaftspolitisch neuen Aktionsfeld der Patientenbeteiligung gezielt Erhebungen zur Akzeptanz und Wirkung dieser Aktivitäten unter Einbezug aller Akteure erfolgen.

- Auch bei regelmäßigen Erhebungen ist, angesichts der Bandbreite des Gesundheitsziels, der damit verbundenen Indikatoren und der vielfältigen Einflussmöglichkeiten auf die Indikatoren, ein linearer Einfluss spezifischer Maßnahmen vermutlich nicht abbildbar. Dazu müssten spezifische Studien begleitend zur Implementation ausgewählter Maßnahmen und Programme erfolgen.
- Bislang kaum thematisiert ist die Umsetzung des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken" für vulnerable Bevölkerungsgruppen, z.B. alte Menschen in Pflegeheimen, Menschen in psychiatrischen Einrichtungen, Migranten etc., die zudem in die standardisierten Bevölkerungsbefragungen kaum integriert sind. Hier sind zukünftig zielgruppenspezifische Maßnahmen und entsprechende Evaluationsverfahren zu entwickeln.
- Ebenfalls bislang nur rudimentär erfasst sind geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Umsetzung des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“. Dieser Aspekts sollte bei der Auswertung von Routinedaten und bei der Erfassung neuer Daten explizit Berücksichtigung finden.
- In die (Weiter)Entwicklung des Gesundheitsziels und der Indikatoren sollten im Rahmen eines begleitenden, qualitativen Monitorings die Nutzer des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung vulnerabler Gruppen aktiv einbezogen werden, um damit die Leitidee einer "Bürger- und Patientenorientierung" konsequent umzusetzen.

## Literatur

- AG 8 "Gesundheitskompetenz erhöhen – Patientensouveränität stärken" (2004). Empfehlungen für Startermaßnahmen aus Sicht der AG 8 "Gesundheitskompetenz erhöhen – Patientensouveränität stärken". 2003, Köln. <http://gesundheitsziele.de/> [7.4.2006].
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003). *gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn.
- Dierks ML (2003). Arbeitspapier zur Überprüfung des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken". Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln.
- Dierks ML, Kurtz V, Fricke E, Schmidt T, Seidel G (2005). Kooperationsformen und -häufigkeit der unabhängigen Patientenunterstützung und der Selbsthilfeeinrichtungen in Deutschland - Ergebnisse der Studie "Selbsthilfe – Kooperation und Beteiligung in Deutschland (SeKBD). *Psychomed*; 17(1): 21-28.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2002). *Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte*. Schriftenreihe der GVG, Band 37, Aka GmbH, Berlin.
- Lamnek S (1989). *Qualitative Sozialforschung Band 2. Methoden und Techniken*. Psychologie Verlagsunion, München.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004). *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Themenheft 23*. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006). *Bürger- und Patientenorientierung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Themenheft 31*. Robert Koch-Institut, Berlin.

## **10.8 Anmerkungen zu den Datenquellen:**

### **10.8.1 Bundesgesundheitsurvey 1998 (BGS98)**

Repräsentative Untersuchung zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland. Interviews und Gesundheitsuntersuchungen. 7.124 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Robert Koch-Institut.

### **10.8.2 Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03)**

Repräsentative Telefonbefragung. 8.313 Personen aus der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Robert Koch-Institut.

### **10.8.3 Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel04)**

Repräsentative Telefonbefragung. 7.341 Personen aus der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Robert Koch-Institut.

### **10.8.4 Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel05)**

Wiederbefragung von Teilnehmern des ersten telefonischen Gesundheitssurveys; 4401 Personen; neuer Querschnitt: 7668 Personen. Robert Koch-Institut.

### **10.8.5 Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel06)**

Repräsentative Telefonbefragung. Geplant ca. 5.6000 Teilnehmer. Robert Koch-Institut.

### **10.8.6 EU-Statistik über Einkommens- und Lebensbedingungen (EU-SILC)**

Befragung von bundesweit ca. 14 000 Haushalten im Rahmen der neuen EU-Statistik, u.a. auch zum Thema Einschätzung des Gesundheitszustandes.

### **10.8.7 Gesundheitsmonitor**

Repräsentative schriftliche Bevölkerungsbefragung im halbjährlichen Rhythmus, Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren zu Fragen der Gesundheitsversorgung, 1.500 Befragte pro Welle, Beispielfragen aus Welle IX, Oktober/November 2005, Bertelsmann Stiftung (Daten können nach Absprache zur Verfügung gestellt werden).

### **10.8.8 ALLBUS**

Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS). Repräsentative Bevölkerungsbefragung. Persönliche Interviews. Umfrageserie zu Einstellungen, Verhaltensweisen und Sozialstruktur der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland in

zweijährigem Abstand. Wahlberechtigte Personen, 3.300 pro Befragung. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) und Zentralarchiv für empirische Sozialforschung (ZA) innerhalb der Gesellschaft sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS) (Public-Use-File).

#### **10.8.9 AIDS im öffentlichen Bewusstsein**

Jährliche telefonische Repräsentativbefragung der Bevölkerung über 16 Jahre, 3601 Befragte, altersmäßig disproportional geschichtete Stichprobe zugunsten der jüngeren Bevölkerung unter 44 Jahren. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

#### **10.8.10 NAKOS-Datenbanken**

Nationale Datenbanken der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) mit Informationen über bundesweite Selbsthilfeorganisationen und –vereinigungen, lokale Selbsthilfekontaktstellen und Unterstützungseinrichtungen sowie internationale Adressen.

#### **10.8.11 Sozioökonomisches Panel**

Das SOEP ist eine jährliche Wiederholungsbefragung von Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern. Die Stichprobe umfasste im Erhebungsjahr 2004 mehr als 12.000 Haushalte mit fast 24.000 Personen. "Serviceeinrichtung für die Forschung" im Rahmen der Leibniz-Gemeinschaft (WGL) mit Sitz am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin (Public-Use-File).

#### **10.8.12 FreiwilligenSurvey**

Repräsentativbefragungen 1999 und 2004, Wohnbevölkerung in Deutschland ab 14 Jahren, telefonische Interviews (N=15.000) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Panelbefragung, Daten stehen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Institutionen auf Anfrage zur Verfügung.

## 10.9 Indikatoren und Datenquellen zur Evaluation des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken"

Lesehinweis 1: Die folgende Darstellung der Gesundheitsziele, Teilziele und Maßnahmen orientiert sich an der Ordnung und Nummerierung des Originalkonzeptes der AG 8 zum Gesundheitsziel "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken". Da in der folgenden Übersicht nur die prioritären Teilziele und Maßnahmen angesprochen werden, ist die Nummerierung entsprechend lückenhaft.

Lesehinweis 2: Die in den Tabellen grau unterlegten Zeilen weisen darauf hin, dass für die Evaluation neue Untersuchungen vorgeschlagen werden bzw. die Integration neuer Fragen in bestehende Surveys als erforderlich angesehen wird.

### 10.9.1 Ziel 1      **Transparenz erhöhen**

<b>Teilziel 1.1</b>	Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt.
<b>Maßnahme 1.1.1</b>	Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit

Indikatoren	Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
<p>Transparenz über die Qualität der Einrichtungen des Gesundheitswesens</p> <p>Bewertung der Auffindbarkeit von Transparenzinformationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie in den letzten 12 Monaten vor einem Arzt- oder Krankenhausbesuch Informationen gesucht, ob Sie in dieser Einrichtung in den richtigen Händen sind?</li> <li>Und bei welchen der folgenden Stellen haben Sie sich informiert?...bei einem anderen Arzt, ...bei Familienangehörigen oder Freunden, ... im Internet,... bei der Ärztekammer,... im Ärzte- oder Krankenhausführer, ... bei meiner Krankenkasse</li> <li>... und haben Sie die Information, die Sie suchten auch gefunden?</li> </ul>	GSTel06	Bundesweit und repräsentativ



<p>Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung der abhängigen (von Kosten- und Leistungsträgern vorgehalten) und unabhängigen Einrichtungen (unabhängig von vermuteten Partialinteressen der Kosten- und Leistungsträger) zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen</li> <li>• Nutzung dieser Einrichtungen (Nutzergruppen etc.)</li> </ul>	<p>Recherche und Dokumentation der vorliegenden Angebote</p>	<p>Erhebungen erforderlich Bestandsaufnahmen und -analysen</p>
---	--	--	--

## 10.9.2 Ziel 2 Kompetenz entwickeln

<b>Teilziel 2.1</b>	Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert. Selbstbewusste und selbst bestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich der Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt.
<b>Maßnahme 2.1.1</b>	Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen, Betrieben u. a. durch BZgA, Krankenkassen, Ärzte und regionale Transferstellen

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Kursangebote zum selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anbietende Institutionen, Art der Angebote, Nutzerfreundlichkeit, Lerneffekte</li> <li>Zertifizierte Kurse</li> </ul>	Vorliegende Verzeichnisse der Anbieter (Volkshochschulen, Krankenkassen Reha-Träger)	Erhebungen erforderlich  Bestandsaufnahmen und -analysen
Teilnahme an Maßnahmen zum selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verschiedene Anbieter wie Krankenkassen, Volkshochschulen, Gesundheitsämter oder Selbsthilfegruppen führen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch. Diese werden in unterschiedlicher Form angeboten z.B. als Kurse, Übungen oder Beratung. Haben Sie schon einmal an solchen Maßnahmen teilgenommen? Z.B. ... zur Raucherentwöhnung,...zur Entspannung/ Stressbewältigung, ...zur Ernährung (inklusive Gewichtsreduktion)... oder zur Bewegung (Rückengymnastik, Walking)</li> </ul>	BGS98,GSTel06	Bundesweit und repräsentativ

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Bonusprogramme und Anreizsysteme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenntnis von Bonusprogrammen der Krankenkassen</li> <li>• Nutzung dieser Programme</li> </ul>	Gesundheitsmonitor, Welle IX	Bundesweit und repräsentativ
Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit in Bezug auf Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Folgenden lese ich Ihnen einige Meinungen vor, die man über Gesundheit haben kann. Bitte sagen Sie mir jeweils, inwieweit sie dieser Meinung zustimmen. Sie können...</li> <li>• Z.B. Gesundheit ist eine Frage von guter Anlage und Glück</li> </ul>	GSTel04,05 ALLBUS 2004; Frage 121	Bundesweit und repräsentativ
Selbstmanagement von Gesundheit und Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Laien"kompetenz, Umgang mit Gesundheit und Krankheit im sozialen Umfeld</li> </ul>	Integration entsprechender Fragen in Surveys wünschenswert	
Bereitschaft, sich an Entscheidungen bezüglich von Diagnostik und Therapie aktiv zu beteiligen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aussagen zur Beteiligung an Entscheidungen, z.B. "Mein Hausarzt sollte mich auf dem Laufenden halten, aber im Allgemeinen sollte er entscheiden, wie er mich am besten behandelt".</li> </ul>	Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 25.	Bundesweit und repräsentativ
Arztbesuche bzw. Verzicht auf Arztbesuche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie in den letzten 12 Monaten auf einen Arztbesuch (Zahnarztbesuch) verzichtet, obwohl dieser aus gesundheitlichen Gründen notwendig gewesen wäre?</li> </ul>	EU-Statistik über Einkommens- und Lebensbedingungen (EU-SILC), Frage 54f	Bundesweit, repräsentativ, europäischer Vergleich
Selbstbestimmtes Handeln in Bezug auf Kontakte mit Ärzten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie einen Behandlungsvorschlag Ihres Hausarztes abgelehnt haben und es ihm gesagt bzw. nicht gesagt haben?</li> <li>• Haben Sie schon einmal den Hausarzt gewechselt, weil Sie mit seiner Behandlung nicht einverstanden waren?</li> </ul>	Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 27 und 29 Frage 32	Bundesweit und repräsentativ

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Selbstbestimmte Handlungsweisen in Bezug auf Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie schon einmal von einer gesetzlichen Krankenkasse zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse gewechselt?</li> <li>In welchem Jahr denn?</li> <li>Was war für Sie beim letzten Wechsel am Wichtigsten? Beitragshöhe /Beitragssatz, Freundlichkeit und Service, Großzügigkeit bei Genehmigungen, spezielle Krankheits-/Gesundheitsprogramme, Sonstiges, Arbeitsplatzwechsel/ berufsbedingt, w.n., k.A.</li> <li>Haben Sie seit 1996 schon einmal die Krankenkasse gewechselt?</li> </ul>	GSTel04  GSTel04 GSTel04  Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 100	Bundesweit und repräsentativ
Interesse an Gesundheitsthemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich versuche, viele Informationen über Gesundheitsthemen zu bekommen, die mich betreffen</li> <li>Ich achte nicht speziell auf Informationen über Gesundheitsthemen, interessiere mich aber dafür</li> <li>Ich bin nicht sehr an Informationen über Gesundheitsthemen interessiert</li> </ul>	Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 80 ff.	Bundesweit und repräsentativ
Informationssuche allgemein	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zu welchen Gesundheitsthemen haben Sie in den letzten 12 Monaten Informationen gesucht?</li> </ul>	Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 87	Bundesweit und repräsentativ

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
<p>Informationsverhalten zu gesundheitlichen Themen</p> <p>Wer nutzt welche Quellen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Folgenden nenne ich Ihnen verschiedene Möglichkeiten, sich über gesundheitliche Themen zu informieren. Bitte sagen Sie jeweils, ob sie diese Informationsmöglichkeiten – häufig, - manchmal, - selten, - oder - nie nutzen.</li> <li>Auflistung diverser Informationsquellen</li> <li>Und welche der zuvor von Ihnen genannten Informationsmöglichkeiten nutzen Sie am häufigsten, wenn Sie gesundheitliche Fragen haben?</li> </ul>	<p>GSTel03,04,05</p> <p>GSTel04</p>	<p>Bundesweit und repräsentativ</p>
Nützlichkeit von Informationsquellen	Welche Ihrer Informationsquellen haben sich in der Vergangenheit bei der Suche nach Gesundheitsinformationen als besonders ergiebig erwiesen?	Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 90	Bundesweit und repräsentativ
Qualität von Informationen und Kenntnis über Qualitätslabel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suche nach qualitätsgesicherten Informationen</li> <li>Kenntnis von Qualitätslabeln im Internet (z.B. HON, AfigiS)</li> </ul>	Fragen in bestehende Surveys integrieren	
Bekanntheit ausgewählter Leistungen der Sozialversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist Ihnen bekannt, dass man bei der Rentenversicherung [BfA, LVA] Leistungen auf eine medizinische Rehabilitation beantragen kann - oft auch Kuren genannt?</li> <li>Ist Ihnen bekannt, dass man bei der Rentenversicherung [BfA, LVA] aus gesundheitlichen Gründen auch einen Antrag auf Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation stellen kann?</li> </ul>	GSTel04	Bundesweit und repräsentativ
Informationsgrad in Bezug auf Reformen im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fühlen Sie sich ausreichend darüber informiert, wie sich aktuelle Reformen im Gesundheitswesen auf Ihre persönliche Gesundheitsversorgung auswirken könnten?</li> </ul>	Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 81	Bundesweit und repräsentativ

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Informationsgrad in Bezug auf neue Versorgungsformen	<ul style="list-style-type: none"> <li>DMP's, Bonusregelungen, Kostenerstattung, Selbstbehalte, Beitragsrück-erstattung</li> </ul>	Gesundheits- monitor, Welle IX, Frage 111	Bundesweit und repräsentativ
Wissen über Krankheitssymp- tome	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich lese Ihnen jetzt eine Liste mit Symptomen zum Schlaganfall vor. Sa- gen Sie mir bitte jeweils, ob Sie bereits wussten, dass das entsprechende Symptom auf einen Schlaganfall hindeuten kann.</li> <li>Kennen Sie jemanden persönlich, der schon einmal einen Schlaganfall hatte?</li> <li>Ich lese Ihnen jetzt eine Liste mit Symptomen zum Herzinfarkt vor. Sagen Sie mir bitte jeweils, ob Sie bereits wussten, dass das entsprechende Symptom auf einen Herzinfarkt hindeuten kann:</li> <li>Kennen Sie jemanden persönlich, der schon einmal einen Herzinfarkt hat- te?</li> </ul>	GSTel04  GSTel04  GSTel06  GSTel06	Bundesweit und repräsentativ
Informationsstand über HIV/AIDS und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Div. Fragen zur Einschätzung von Infektionsgefahr, Übertragungswegen, Heilung</li> </ul>	Aids im öffentlichen Bewusstsein (BzgA; 2004)	Bundesweit und repräsentativ
Wissen über spezielle Vorsor- gemaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>War Ihnen bekannt, dass Frauen im gebärfähigen Alter Folsäure einneh- men sollten? Hinweis: Folsäure ist für die Vorbeugung von Fehlbildungen des Neuralrohrs (offener Rücken) während der frühen Schwangerschaft bedeutsam.</li> </ul>	BGS98, GSTel05	Bundesweit und repräsentativ
Informiertheit über Angebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Teilnahme an einem sogenannten Gesundheits-Check-Up, d.h. an</li> </ul>	GSTel06	Bundesweit und

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
zur Früherkennung und Nutzung der Angebote	<p>einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-, Nieren- oder Zucker-Krankheiten wird von den Krankenkassen ab einem bestimmten Alter empfohlen. Fühlen Sie sich ausreichend über den möglichen Nutzen dieser Vorsorge-Untersuchung informiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie schon einmal an einer solchen Untersuchung teilgenommen?</li> </ul>		repräsentativ
Teilnahme an Angeboten zur Früherkennung  Gründe für Nichtteilnahme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie schon einmal an einem sogenannten Gesundheits-Check-Up, d.h. an einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Zucker-, Nieren- und Herz-Kreislaufkrankheiten teilgenommen?</li> <li>Aus welchen Gründen haben Sie von diesem Angebot bislang keinen Gebrauch gemacht? Trifft eine der folgenden Aussagen für Sie zu?</li> </ul>	GSTel03, 04, 05,	Bundesweit und repräsentativ
Impfungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie sich schon einmal gegen Grippe impfen lassen?</li> <li>Haben Sie für die letzte Wintersaison eine Gripeschutzimpfung erhalten?</li> <li>Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt hinsichtlich Schutzimpfungen beraten?</li> <li>Haben Sie sich an den Rat des Arztes gehalten?</li> <li>Wurden Sie in den letzten 5 Jahren gegen Zecken geimpft?</li> <li>Sind Sie jemals gegen Wundstarrkrampf, auch Tetanus genannt, geimpft worden?</li> <li>Wie lange liegt Ihre letzte Tetanus Impfung zurück?</li> </ul>	<p>BGS98, GSTel03,05 GSTel04  GSTel06  GSTel06  GSTel04,06  GSTel06</p>	Bundesweit und repräsentativ
Beratung zu Schutzimpfungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wurden Sie in den letzten 5 Jahren hinsichtlich Schutzimpfungen beraten?</li> </ul>	GSTel04	Bundesweit und repräsentativ

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Und von wem wurden Sie beraten? (...Arzt,...Krankenkasse,...Gesundheitsamt)</li> </ul>		
Information über Schutzimpfungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fühlen Sie sich ausreichend über den Nutzen von Schutzimpfungen informiert?</li> <li>Fühlen Sie sich ausreichend über mögliche Risiken von Schutzimpfungen informiert?</li> </ul>	GSTel06  GSTel04,06	Bundesweit und repräsentativ
Teilnahme an Krebsfrüherkennung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie schon einmal an einer Krebs-Früherkennungs-Untersuchung teilgenommen?</li> <li>Nehmen Sie regelmäßig, also mindestens einmal im Jahr an einer solchen Früh-Erkennungs-Untersuchung teil?</li> <li>Und wann hatten Sie die letzte Früh-Erkennungs-Untersuchung? ...und war das Ihre erste Früh-Erkennungs-Untersuchung?</li> </ul>	GSTel04, 06  GSTel03, 04, 05, 06,  GSTel04	Bundesweit und repräsentativ
Teilnahmemotive und Anreize  Hinderungsgründe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wissen Sie noch, was der Grund oder Anlass für diese Untersuchung war?</li> <li>Würden Sie regelmäßiger zur Früh-Erkennungs-Untersuchung gehen, wenn die Krankenkassen dafür einen finanziellen Anreiz bieten würden?</li> <li>Gibt es bestimmte Gründe, warum Sie bisher noch an keiner (Krebs)Früh-Erkennungs-Untersuchung teilgenommen haben? Welche der folgenden Aussagen treffen für Sie zu?</li> </ul>	GSTel04  GSTel04  GSTel04 GSTel04 GSTel06	
Informiertheit über Krebsfrüherkennung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Krankenkassen empfehlen auch die Teilnahme an Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen ab einem bestimmten Alter. Fühlen Sie sich ausreichend über den möglichen Nutzen dieser Früh-Erkennungs-Untersuchungen informiert?</li> </ul>	GSTel06	Bundesweit und repräsentativ
Bekanntheit von speziellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wissen Sie, dass für Diabetiker spezielle Schulungen angeboten werden?</li> </ul>	GSTel03,05	Bundesweit und

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Schulungen (z.B. Diabetiker Schulungen)	<p>Hinweis: Diabetiker-Schulungen vermitteln Informationen zur Erkrankung, zur Therapie und zum Umgang mit der Erkrankung im Alltag.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie schon einmal an einer Diabetiker-Schulung teilgenommen?</li> </ul>	GSTel03,05	repräsentativ
Effekte der Schulung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kommen Sie seit der Schulung mit ihrem Diabetes besser zurecht?</li> </ul>	GSTel03,05	Bundesweit und repräsentativ

### 10.9.3 Ziel 2 Kompetenz entwickeln

<b>Teilziel 2.2</b>	Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitsbezogener Kompetenzen sind angeregt und erschlossen
<b>Maßnahme 2.2.2</b>	Vollständige Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen und des §29 SGB IX durch die Träger der Rehabilitation

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Teilnahme an Selbsthilfe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie sich auch schon einmal über Selbsthilfegruppen informiert</li> <li>Haben Sie schon einmal wegen Ihrer eigenen - oder der Gesundheit eines anderen - an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen?</li> <li>War das wegen Ihrer eigenen Gesundheit?</li> <li>Würden Sie die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe auch anderen empfehlen?</li> </ul>	<p>GSTel03, 05</p> <p>GSTel03,04,05</p> <p>GSTel03,04,05</p>	Bundesweit und repräsentativ

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
		GSTel04	
Strukturen der Selbsthilfe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der Kontaktstellen</li> <li>Anzahl der Selbsthilfegruppen (auch virtueller Gruppen)</li> <li>Anzahl der Selbsthilfeorganisationen</li> <li>Themen, zu denen Selbsthilfegruppen existieren</li> </ul>	Datenbank NAKOS; Recherchen im Internet	Vollerhebung, bundesweit, Schätzung
Tatsächliche finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben durch GKV und RV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der Anträge auf finanzielle Unterstützung</li> <li>Bewilligte und abgelehnte Anträge</li> <li>Zugewiesene Finanzmittel</li> </ul>	Nach Absprache möglich: GKV Renten- versicherung	
Finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe durch Bundes- und Landesressorts	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finanzielle Förderung durch Bund und Länder</li> </ul>	Bundeshaushalt Landeshaushalte	
Kooperation und Akzeptanz der Selbsthilfe	<p>Kooperationen mit diversen Institutionen einschließlich der Ärzteschaft</p> <p>Bewertung der Kooperation</p> <p>Bewertung der Einflussmöglichkeiten</p> <p>Vernetzung der Selbsthilfe</p>	Baseline-Studie vorhanden, weitere Erhebungen wünschenswert	

### 10.9.4 Ziel 3 Patientenrechte stärken

<b>Teilziel 3.1</b>	Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(innen) in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert.
<b>Maßnahme 3.1.1</b>	Förderung einer weitgehenden Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungsprozessen und Beratungen im Gesundheitswesen.

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Strukturen der Beteiligung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantitative Darstellung der Gremien und der einbezogenen Patientengruppen</li> <li>Quantitative Darstellung der Institutionen und Aktivitäten (z.B. Entwicklung von Leitlinien, Mitarbeit in Ethikkommissionen, Kosten- und Leistungsträger, div. Gremien und Initiativen)</li> </ul>	Bestandsaufnahmen Recherche und Dokumentation	Erhebungen erforderlich
Bewertung der Beteiligung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewertung der Beteiligung durch die Akteure</li> <li>Akzeptanz der Patientenvertreter</li> <li>Bewertung der Prozesse und Ergebnisse</li> </ul>	Quantitative und qualitative Studien erforderlich	Erhebungen erforderlich
Wissen und Einschätzung der Bevölkerung bezüglich der Beteiligung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integration entsprechender Fragen in laufende Surveys (RKI, Gesundheitsmonitor)</li> </ul>		
Bürgerschaftliches Engagement im Bereich von Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beteiligung in Parteien, in der Kommunalpolitik, Bürgerinitiativen</li> <li>Welche der folgenden Tätigkeiten üben Sie in ihrer freien Zeit aus?</li> </ul>	SOEP 2001	Bundesweit und repräsentativ
Ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich von Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ehrenamtliche Tätigkeiten in Vereinen, Verbänden oder sozialen Diensten</li> </ul>	SOEP 2001	Bundesweit und repräsentativ

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche der folgenden Tätigkeiten üben Sie in ihrer freien Zeit aus?</li> <li>• Ehrenamtliches Engagement, investierte Zeit, Bereitschaft zu ehrenamtlichen Engagement</li> </ul>	FreiwilligenSurvey 1999 und 2004	Bundesweit und repräsentativ
Politische Beteiligung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zufriedenheit mit den Möglichkeiten der politischen Beteiligung</li> </ul>	SOEP 1998	Bundesweit und repräsentativ

### 10.9.5 Ziel 3 Patientenrechte stärken

<b>Teilziel 3.3</b>	Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt; sie werden von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und wirksam umgesetzt.
<b>Maßnahme 3.3.1</b>	Aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über die individuellen und kollektiven Patientenrechte durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Dissemination von Informationen zu Patientenrechten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verteilung der Broschüre "Patientenrechte"</li> <li>Zugriffe auf entsprechende Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit</li> </ul>	Gesetzliche Krankenkassen, Bundesministerium für Gesundheit	Exemplarisch
Kenntnisstand Patientenrechte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche der folgenden Patientenrechte waren Ihnen bereits bekannt? <ul style="list-style-type: none"> <li>Recht auf freie Arztwahl</li> <li>Recht auf Einholen einer ärztlichen Zweit-Meinung</li> <li>Recht auf qualifizierte und sorgfältige Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst</li> <li>Recht auf Beratung durch die Krankenkasse</li> <li>Recht auf Selbstbestimmung über Art und Umfang der medizinischen Behandlung</li> <li>Recht auf umfassende Aufklärung</li> <li>Recht auf Einsicht in Krankenunterlagen</li> <li>Recht auf vertrauliche Behandlung der Daten (Schweigepflicht)</li> </ul> </li> </ul>	GSTel06	Bundesweit und repräsentativ

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
	Recht auf Schadenersatz bei Behandlungsfehler		
Bewertung der Umsetzbarkeit von Patientenrechten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie schätzen Sie generell die Möglichkeit ein, Ihre Rechte als Patient wahrzunehmen?</li> </ul>	GSTel06	Bundesweit und repräsentativ
Durchsetzen von Ansprüchen im ambulanten Bereich	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie schon einmal den Arzt gewechselt, weil Sie mit der Behandlung Ihrer Rückenschmerzen nicht zufrieden waren?</li> </ul>	GSTel03	Bundesweit und repräsentativ
Durchsetzen von Ansprüchen in der Arzt-Patienten-Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie einen Behandlungsvorschlag Ihres Hausarztes abgelehnt haben und es ihm gesagt bzw. nicht gesagt haben?</li> <li>Haben Sie schon einmal den Hausarzt gewechselt, weil Sie mit seiner Behandlung nicht einverstanden waren?</li> </ul>	Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 27 und 29  Frage 32	Bundesweit und repräsentativ
Durchsetzen von Ansprüchen gegenüber Kostenträgern	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie schon einmal von einer gesetzlichen Krankenkasse zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse gewechselt?</li> </ul>	GSTel04  Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 100	Bundesweit und repräsentativ
Patientenquittung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie Ihren Arzt schon einmal um eine Leistungs- und Kostenübersicht gebeten?</li> </ul>	Gesundheitsmonitor, Welle IX, Frage 55 ff.	Bundesweit und repräsentativ

#### 10.9.6 Ziel 4 **Beschwerdemanagement verbessern**

<b>Teilziel 4.1</b>	Die Position von Beschwerdeführerinnen, insbesondere von geschädigten Patient(innen) im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert.
<b>Maßnahme 4.1.1</b>	Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträgerunabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern.
<b>Maßnahme 4.1.2</b>	Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen wie z.B. Patientenstellen, Patientenfürsprecher oder Patientenombudspersonen

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Beschwerden und Institutionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie sich schon einmal über eine ärztliche Behandlung beschwert?</li> <li>• Und an wen haben Sie sich dabei gewendet? <ul style="list-style-type: none"> <li>an den Arzt/die Ärztin selbst</li> <li>an einen anderen Arzt/eine andere Ärztin</li> <li>an die Krankenhausleitung</li> <li>an den Patientenfürsprecher oder Ombudsmann</li> <li>an die Krankenkasse</li> <li>an eine Schlichtungsstelle</li> <li>an eine Ärztekammer</li> <li>an einen Rechtsanwalt / -anwältin</li> <li>an eine Patientenberatungsstelle</li> <li>an eine Verbraucherzentrale</li> </ul> </li> </ul>	GSTel06	Bundesweit und repräsentativ

Indikatoren	Indikatoren/Indikatorfragen	Datenquelle	Kommentar
Relevanz von Verbraucherzentralen bei Verdacht auf Behandlungsfehler	<ul style="list-style-type: none"> <li>Für wie wichtig halten Sie diese Themen im Einzelnen?</li> </ul> u.a. ....Beratung bei Verdacht auf Behandlungsfehler	Gesundheitsmonitor, Welle IX, 2005, Frage 97	Bundesweit und repräsentativ
Bekanntheitsgrad und Nutzung unabhängiger Beratungsangebote (unabhängig von Kosten- und Leistungsträgern)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kenntnisstand</li> <li>Eigene Nutzung bisher</li> <li>Zu welchen Anliegen</li> <li>Nutzung dieser Einrichtung durch Angehörige oder Freunde</li> <li>Zu welchen Anliegen</li> </ul>	Integration entsprechender Fragen in Surveys	
Bekanntheitsgrad unabhängiger Beratungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kenntnis der Nutzer über Beratungsstellen</li> </ul>	Evaluation Modellprojekte nach § 65b SGB V	Exemplarisch
Nutzung von Unterstützungsinstanzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daten der GKV zur Beratung im Rahmen von § 66 SGB V</li> <li>Daten der Schiedsstellen</li> <li>Daten der unabhängigen Einrichtungen</li> <li>Daten der PKV-Ombudsmänner</li> <li>Daten der Gutachter- und Schlichtungsstellen</li> <li>Daten von Rechtsschutzversicherungen</li> <li>Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund</li> </ul>	Routinedaten der Einrichtungen  Bestandsaufnahmen  Recherche und Dokumentation	Institutionsbezogen  Erhebungen erforderlich
Strukturdaten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Patientenstellen, Patientenfürsprecher, Patientenombudspersonen</li> </ul>	Jahresberichte  Bestandsaufnahmen  Recherche und Dokumentation	Institutionsbezogen  Erhebungen erforderlich

Die im Folgenden aufgeführten Indikatoren können im Zusammenhang mit zahlreichen weiteren Angaben der Gesundheitssurveys (BGS98 und GSTel03-06) und der anderen Standardsurveys ausgewertet werden. Dazu gehören unter anderem:

Themenbereiche	Indikatoren
Soziodemographie, Rahmenbedingungen	Alter, Geschlecht, Nationalität, Religion
	Region
	Bildung, Beruf, Einkommen
	Erwerbsstatus
	Soziale Unterstützung
	Krankenkasse
	Familienstand
Gesundheitsverhalten	Alkoholkonsum
	Tabakkonsum
	Veränderung Körpergewicht
	Körperliche Aktivität
	Medikamente
	Inanspruchnahme Arzt
	Inanspruchnahme Krkhs
Subjektive Angaben, Einstellungen und	Zufriedenheit mit Lebensbereichen
	Subjektiver Gesundheitszustand

Objektive Gesundheit	Achten auf Gesundheit
	Aktivitäten des täglichen Lebens
	Einschränkung übliche Tätigkeit
	Größe, Gewicht
	Krankheiten ärztliche Diagnosen
	Zerrssen- Beschwerdeliste
	Verletzungen, Vergiftungen
	Psychische Gesundheit
	Behinderung
	Blutdruck

---

**Erfolgsindikatoren für den  
Kooperationsverbund  
*gesundheitsziele.de***

---

## 11 Jährliche Erfolgsindikatoren für den Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

- |                  |     |  |
|------------------|-----|--|
| Erfolgsindikator | I   | <b>Die Akteure im Kooperationsverbund leisten aktiv Beiträge zu mehr Zielorientierung im Gesundheitswesen.</b> |
| Erfolgsindikator | II  | <b>Die öffentliche Wahrnehmung und Bekanntheit von <i>gesundheitsziele.de</i> wächst.</b>                      |
| Erfolgsindikator | III | <b><i>gesundheitsziele.de</i> gibt Impulse für vernetztes Handeln.</b>   |

Kooperationsverbund <i>gesundheitsziele.de</i>	
Erfolgsindikatoren	Parameter
<p><b>I: Die Akteure im Kooperationsverbund leisten aktiv Beiträge zu mehr Zielorientierung im Gesundheitswesen.</b></p>	<p><b>Die Akteure im Kooperationsverbund orientieren sich mit ihren Maßnahmen an <i>gesundheitsziele.de</i> und nutzen die entwickelten Konzepte und Qualitätskriterien.</b></p> <p>Auswertung der jährlichen Abfrage bei den Akteuren (die Abfrage bezieht sich auf durchgeführte Maßnahmen des abgelaufenen und geplante Maßnahmen des Folgejahres):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jede/r an <i>gesundheitsziele.de</i> beteiligte Akteur/Organisation führt gemäß seines Handlungsfeldes zielgerichtete Maßnahmen durch.</li> <li>2. Die geplante Maßnahme wurde im Verlauf des Jahres umgesetzt.</li> <li>3. Jeder Akteur (incl. assoziierte Organisationen) im Kooperationsverbund beantragt das Logo für mindestens eine Maßnahme.</li> <li>4. Die Gesamtheit der gemeldeten Maßnahmen deckt die formulierten sechs Gesundheitsziele (Oberziele) ab.</li> <li>5. Die Maßnahmen aller Akteure knüpfen an alle Ziele an, die für die sechs Gesundheitsziele (Oberziele) festgelegt wurden.</li> <li>6. Die vom Evaluationsbeirat entwickelten Konzepte zur Evaluation einzelner Gesundheitsziele werden von den zuständigen Akteuren bei</li> </ol>

Kooperationsverbund <i>gesundheitsziele.de</i>	
Erfolgsindikatoren	Parameter
	<p>der Durchführung eigener Maßnahmen (Surveys, Projekte etc.) aufgegriffen.</p> <p><b>Zusätzliche Indikatoren ab 2008<sup>18</sup>:</b></p> <p>7. Die Gesamtheit der Maßnahmen und ihre Zielgruppen bilden alle Teilziele ab, die für die sechs Gesundheitsziele entwickelt wurden.</p> <p>8. x% der Maßnahmen werden in Kooperation mit anderen Akteuren durchgeführt.</p> <p>9. Mindestens x% der Maßnahmen sind qualitätsgesichert.</p> <p>10. Mindestens x% der Maßnahmen werden evaluiert.</p> <p>11. Im Vergleich zum Vorjahr sind neue Maßnahmen hinzugekommen.</p> <p><b>Logonutzung</b></p> <p>12. Insgesamt gibt es jährlich mind. 80 Logoanträge. Mind. 30 Prozent der Logoinhaber beantragen die Verlängerung der Logonutzung.</p> <p><b>Aktive Mitarbeit im Kooperationsverbund</b></p> <p>13. Regelmäßige und personell kontinuierliche Teilnahme an Sitzungen des SK</p> <p>14. Bei Abfragen der Geschäftsstelle an die Akteure erhöht sich der Rücklauf.</p>

<sup>18</sup> Eine Quantifizierung dieser Indikatoren ist erst möglich mit Eckdaten aus der Abfrage für das Jahr 2007.

Kooperationsverbund <i>gesundheitsziele.de</i>	
Erfolgsindikatoren	Parameter
	<p><b>Die Akteure beziehen <i>gesundheitsziele.de</i> in ihre eigenen Veranstaltungen, Publikationen und Maßnahmen mit ein.</b></p> <p>15. <i>gesundheitsziele.de</i> wird jährlich auf mindestens fünf Veranstaltungen zu aktiver Mitwirkung eingeladen.</p> <p>16. <i>gesundheitsziele.de</i> leistet mindestens fünf Mal jährlich einen Beitrag in Publikationen.</p> <p>17. Es treten jährlich weniger als fünf Fälle auf, bei denen eine angemessene Einbindung nicht stattgefunden hat.</p> <p><b><i>gesundheitsziele.de</i> entwickelt sich inhaltlich weiter.</b></p> <p>18. Auswahl und Erarbeitung eines weiteren Gesundheitszieles ab Ende 2007.</p> <p>19. Ab Ende 2007 bis 2010 Erarbeitung von Evaluationskonzepten zu zwei weiteren Gesundheitszielen, die mit den Erhebungsstrukturen auf Bundes- und Länderebene abzustimmen sind.</p>
<p><b>II Die öffentliche Wahrnehmung und Bekanntheit von <i>gesundheitsziele.de</i> wächst.</b></p>	<p>20. Jährlich gibt es mindestens eine öffentlichkeitswirksame Aktivität des Kooperationsverbundes.</p> <p>In 2007: Start des Kooperationsverbundes durch Veranstaltung und gemeinsame Erklärung, von denen nachhaltige Wirkung für die Weiterentwicklung der nationalen Gesundheitsziele in Deutschland ausgeht.</p> <p>21. Besuche der Website, Anzahl der besuchten Seiten sind mindestens gleich geblieben oder um 10% angestiegen</p>

Kooperationsverbund <i>gesundheitsziele.de</i>	
Erfolgsindikatoren	Parameter
	22. Kontinuierlicher Anstieg der Nennungen in der (Fach-)Presse.
<b>III <i>gesundheitsziele.de</i> gibt Impulse für vernetztes Handeln.</b>	<p><b><i>gesundheitsziele.de</i> initiiert nachweislich Projekte und Aktivitäten.</b></p> <p>23. In 2008 wird von <i>gesundheitsziele.de</i> ein neues Projekt zu einem der Gesundheitsziele initiiert (Bericht der Geschäftsstelle).</p> <p><b><i>gesundheitsziele.de</i> befördert die bessere Vernetzung der verschiedenen Ebenen.</b></p> <p>24. In mindestens fünf Fällen gibt der Kooperationsverbund den Anstoß zur besseren Vernetzung von Aktivitäten. → Berichte der Mitgliedsorganisationen</p>

