

Relevanz und Nutzen der nationalen Gesundheitsziele für Bund, Länder, Kommunen, Verbände und Organisationen

DOKUMENTATION

Fachveranstaltung

22. November 2012, Berlin

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.





Relevanz und Nutzen der nationalen Gesundheitsziele für Bund, Länder, Kommunen, Verbände und Organisationen

1	Gemeinsame Zielorientierung – Die nationalen Gesundheitsziele in Deutschland	4
2	Theoretische Einordnung I: Evaluation komplexer Interventionen	7
3	Theoretische Einordnung II: Partizipative Qualitätsentwicklung und Evaluation	11
4	Einführung in die Workshops	14
5	Parallele Workshops	15
5.1	Workshop 1	15
5.2	Workshop 2	17
5.3	Workshop 3	19
6	Podiumsdiskussion	22
7	Fazit	23

1 Gemeinsame Zielorientierung – Die nationalen Gesundheitsziele in Deutschland

Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Ausschusses gesundheitsziele.de

Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

Um einen Einblick in die bisherigen Arbeiten des Kooperationsverbundes zu geben, ging Dr. Hess zunächst auf die Geschichte des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* ein. Derzeitige Aktivitäten, Erfolge und Ergebnisse wurden anschließend dargestellt. Anhand der bisherigen Ergebnisse wurden die Potentiale von *gesundheitsziele.de* erläutert und die Strategie des Kooperationsverbundes von 2013 bis 2015 vorgestellt. Im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* sind mittlerweile alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens vertreten und die Anzahl der Partnerorganisationen nimmt stetig zu. Waren im Jahr 2008 noch 87 Partner im Verbund vertreten, so sind es im Jahr 2012 bereits 120 Kooperationspartner. Damit stehe der Kooperationsverbund, so Dr. Hess, auf einer festen Basis.

Arbeitsweise des Kooperationsverbundes

Aktionszyklus

Die Arbeitsweise des Kooperationsverbundes orientiert sich am Public Health Aktionszyklus: Auf Basis einer Analyse der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung erfolgt die Auswahl und Definition der Gesundheitsziele. Die Akteure im Kooperationsverbund setzen die Ziele dann dezentral und eigenständig um und folgen somit dem Prinzip der Selbstverpflichtung. Ein Grundprinzip, so Dr. Hess, das maßgeblich zum Erfolg beigetragen hat, sei die Freiwilligkeit. Die nationalen Gesundheitsziele in Deutschland werden von unten nach oben (bottom-up) definiert und nicht top-down, wie es beispielsweise in Österreich der Fall ist. Dies entspricht dem deutschen Gesundheitswesen, einem pluralistischen System, das stark durch selbstverwaltete Strukturen geprägt ist.

Rückblick auf den Entstehungsprozess der Gesundheitsziele

WHO-Programm Health for all/ Gesundheit 21

Um einen Einblick in den Entstehungsprozess der nationalen Gesundheitsziele in Deutschland zu geben, erinnerte Dr. Hess nochmals an den Ausgangspunkt von *gesundheitsziele.de*. Im Rahmen des WHO-Programms „Health for all/ Gesundheit 21“ stieß die GVG e.V. 1998 die Initiative an, auch in Deutschland nationale Gesundheitsziele zu etablieren.

Ein GMK-Beschluss im Jahr 1999 griff das WHO-Programm auf und forderte eine zielorientiertere Gesundheitspolitik für Deutschland: „Gesundheitspolitik sollte zukünftig auf allen Ebenen zielorientierter als bisher erfolgen. Sie [die GMK] wendet sich deshalb an die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden, die Verabschiedung tragfähiger Gesundheitsziele voranzutreiben“ (72. GMK).

Nach definitorischen und exemplarischen Vorarbeiten im GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung“ verständigte man sich daraufhin auf Gespräche mit dem BMG zur Einführung von Gesundheitszielen. Damit schloss Deutschland an die internationale und nationale Zieldebatte an. Von 2000 bis 2006 wurde *gesundheitsziele.de* zunächst auf Initiative des BMG und der GMK als Modellprojekt aus Bundesmitteln und einem Eigenbetrag der GVG e.V. etabliert und finanziert. Seit 2007 werden die Kosten von *gesundheitsziele.de* gemeinsam von Kostenträgern, Leistungserbringern, Institutionen der Selbsthilfe, Politik und Wissenschaft getragen.

Von Beginn an wollte man sicherstellen, dass die Wirkung der Gesundheitsziele erfasst und bewertet wird. Zur wissenschaftlichen Begleitung des Projektes wurde deshalb 2004 ein Evaluationsbeirat eingerichtet. Dieser berät den Kooperationsverbund bei der Auswahl neuer Gesundheitsziele, bei der Aktualisierung bereits bestehender Ziele und hat bislang drei Evaluationskonzepte erarbeitet.

Das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ ist ein gutes Beispiel für erfolgreiche Umsetzung, auch wenn, so Dr. Hess, die Ursachen und Wirkungszusammenhänge schwer nachweisbar seien. So ist es bei einer so komplexen Intervention wie den nationalen Gesundheitszielen eine große Herausforderung zu filtern, welche Maßnahmen auf das Ziel zurückzuführen sind.

Nichtsdestotrotz zeigen sich positive Effekte: Das 2003 vorgelegte Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ enthielt beispielsweise die Anregung und die Forderung, eine nationale Strategie zur Tabakprävention aufzusetzen. 2008 hat der Drogen- und Suchtrat Empfehlungen für ein Nationales Aktionsprogramm Tabakprävention vorgelegt, die dem im Gesundheitsziel geforderten „policy mix“ entsprechen und sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen umfassen.

Status Quo der nationalen Gesundheitsziele

Insgesamt kann der Prozess der nationalen Gesundheitsziele also ausgesprochen positiv bewertet werden. Gegenwärtig koordiniert die Kooperationsplattform *gesundheitsziele.de* das Zusammenwirken von 120 verschiedenen Organisationen, entwickelt anschlussfähige Konzepte und Instrumente und gibt wichtige Impulse. Zudem hat der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, beim Präventionskongress der Bundesvereinigung Prävention und Aufklärung (BVPAG) am 12. November 2012 die nationalen Ziele als vorbildlichen Prozess gelobt.

7 nationale
Gesundheitsziele

Auch das Output des Projekts bis heute kann sich sehen lassen. Bislang sind folgende Ziele erarbeitet und zum Teil aktualisiert worden:

- Diabetes Mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankungen früh erkennen und behandeln (2003)
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003)
- Tabakkonsum verringern (2003)
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
- Gesund älter werden (2012)

Die Mitglieder des Kooperationsverbundes wollen aber nicht nur Ziele formulieren und Debatten anstoßen, sondern haben sich auch in einer gemeinsamen Erklärung zur Umsetzung im Rahmen folgender Aktivitäten verpflichtet:

Gemeinsame Erklärung
2010

- Aktive Mitarbeit bei Gesundheitszieleprozessen, d.h. Entwicklung/ Quantifizierung, Evaluation und Aktualisierung von Gesundheitszielen
- Ausrichtung der eigenen Aktivitäten an den Gesundheitszielen
- Umsetzung von zielführenden Maßnahmen
- Stärkung der politischen Verankerung
- Dezentrale Öffentlichkeitsarbeit
- Stärkung der Kooperation und Vernetzung

Erfolge und Ergebnisse

Erfolge und Ergebnisse

Grundsätzlich konnte im Vortrag von Dr. Hess festgestellt werden, dass der Kooperationsverbund durch die Gesundheitsziele in den vergangenen zwölf Jahren wesentliche Impulse gegeben hat. So wurde im Bundestag im Herbst 2012 ein Patientenrechtegesetz verabschiedet, das noch vom Bundesrat bestätigt werden muss. Auch hier ist nicht eindeutig erfassbar, ob dieses Gesetz in einem kausalen Zusammenhang mit dem Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ steht. Dennoch: Das Ziel und die Diskussion in der Öffentlichkeit haben dazu beigetragen, dass die Sensibilität für dieses Thema in der Bevölkerung und in der Politik seitdem gewachsen ist.

Neben den Erfolgen auf nationaler Ebene begleitet der Kooperationsverbund auch den Informationsaustausch über den Zieleprozess der Bundesländer und unterstützt gemeinsame Umsetzungsstrategien verschiedenster Partnerorganisationen. Das zeige, so Dr. Hess, dass der konsensbasierte Kooperationsverbund aus sich heraus wertvoll sei. Die Plattform sei etabliert und schaffe Vertrauen zwischen den Akteuren. Die Summe des gemeinsamen Handelns ist damit mehr als die Summe der Einzelaktivitäten.

Potentiale von *gesundheitsziele.de*

Auch wenn der Kooperationsverbund schon einige Erfolge vorzuweisen hat, ist das Potential noch nicht vollständig ausgeschöpft. Der Kooperationsverbund kann dazu beitragen, die im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems begrenzten Mittel optimal einzusetzen. Durch eine Verständigung auf gemeinsame Schwerpunkte gibt es verlässliche Absprachen zur Kooperation. Gemeinsames Handeln an von den Partnern definierten Schnittstellen wird dadurch möglich. Zum anderen könnten die Gesundheitsziele durch eine abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung schärfen.

Ausblick

Strategie des Kooperationsverbundes 2013 bis 2015

Die nächsten Schritte des Kooperationsverbundes wurden in einem Strategiepapier für die Periode 2013 bis 2015 festgelegt. Im Fokus der Arbeiten liegen insbesondere die Stärkung der Umsetzung, die Auswahl neuer Gesundheitsziele und die Evaluation von Einzelzielen und des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de*. Eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit soll zur stärkeren Umsetzung der Gesundheitsziele beitragen und adressiert damit auch, was Gesundheitsminister Daniel Bahr bei seinem Vortrag im Rahmen des Präventionskongresses bemängelte, nämlich dass es zu wenige Verbindlichkeiten gebe und die Ziele in der Öffentlichkeit zu wenig bekannt seien.

Die Aufmerksamkeit vermehrt auf eine stärkere Umsetzung und Evaluation der Gesundheitsziele zu richten, ist auch ein Anliegen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), die einer der Träger des Gesundheitszieleprozesses ist. Bekräftigt wurde dies durch einen Beschluss der 85. GMK der Länder vom 28. Juni 2012. In diesem würdigte die GMK die von *gesundheitsziele.de* bis dato geleistete Arbeit, mit der dazu beigetragen werden konnte, die Grundlagen zur Entwicklung und Etablierung von Gesundheitszielen und prioritären Handlungsfeldern nicht nur auf Bundesebene, sondern auch auf Landesebene zu fördern und zu unterstützen. Die GMK erwartet aber nun eine verstärkte Umsetzung und Evaluierung der bisher formulierten Gesundheitsziele, um somit zu einer Überprüfung der Nachhaltigkeit zu gelangen.

Deshalb ist jetzt der richtige Zeitpunkt, die Frage zu stellen, welchen Nutzen und welche Relevanz die Ziele für die einzelnen Kooperationspartner haben und wie die Ziele noch besser umgesetzt werden können. Dies soll, so machte Herr Dr. Hess in seinem Vortrag deutlich, im Rahmen der Evaluation des Gesamtprozesses ermittelt werden.

Evaluation des
Gesamtprozesses

2 Theoretische Einordnung I: Evaluation komplexer Interventionen

Dr. Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Berlin

Die theoretische Einordnung der Evaluation von komplexen Interventionen von Dr. Thomas Lampert vom Robert Koch-Institut sollte die Teilnehmer für die Workshops am Nachmittag vorbereiten.

Einführung

Der Vortrag skizzierte die Ergebnisse einer gemeinsamen Tagung des Robert Koch-Institutes und des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit am 5. Dezember 2011 in Berlin. Die einzelnen Beiträge wurden inzwischen in der Dokumentation „Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?“ publiziert. Teil 1 dieser Dokumentation bezieht sich dabei vorrangig auf Modellierungsmöglichkeiten und -grenzen, während in Teil 2 einige Praxisbeispiele zu finden sind.

Präventionsorientierte Interventionen können mehrere inhaltliche, unter Umständen wechselwirkende, Dimensionen beinhalten, die von verschiedenen Akteuren auf unterschiedlichen Programmebenen umgesetzt werden. Dennoch sind sie unter einem strategischen Dach gebündelt und lassen sich damit als ein Programm oder eine Strategie darstellen und legitimieren (Kuhn et al. 2012, S. 11).

Theoretische Ausgangs- und Anknüpfungspunkte

Komplexe Interventionen zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus mehreren Einzelkomponenten bestehen, die sich wechselseitig bedingen und ihrerseits in komplexe Kontexte implementiert werden (Mühlhauser et al. 2012, S. 43). Komplexe Interventionen sind demnach Interventionsprogramme, die mehrere Projekte und Einzelaktivitäten unter einer übergeordneten strategischen Zielsetzung bündeln und oft verschiedene Settings und Themen,

Was macht komplexe
Interventionen aus?

unterschiedliche Akteure, Sektoren und konzeptionelle Ansätze vereinbaren und sich meist auf größere Populationen beziehen (Reisig 2012, S. 124). Das sind zum Beispiel Behandlungsprogramme für Diabetiker, die neben Medikamenten auch Patientenschulungen beinhalten.

Die Dimensionen der Komplexität werden durch die Gemeinsamkeiten aller Definitionen deutlich. So findet man in vielen Definitionen zentrale Begrifflichkeiten wie:

- Komponenten/ Maßnahmen (zum Beispiel Projekte, Vernetzung oder Gesetzesänderungen)
- Akteure (zum Beispiel Länder, Kommunen, Krankenkassen oder Verbände)
- Outcomes (zum Beispiel Krankheiten, Risikofaktoren oder Ressourcen)
- Zielgruppen (zum Beispiel Kinder, sozial Benachteiligte oder Migranten)
- Kontexte/ Settings (zum Beispiel Kitas, Schulen, Stadtteile oder Betriebe)

Schwierigkeiten bei der Evaluation von komplexen Interventionen

Bei der Evaluation von komplexen Interventionen müssen viele Einzelkomponenten und deren Interaktionen beobachtet und bewertet werden. Es geht also um die Evaluation von Ergebnissen, Strukturen und Prozessen. Wenn mehrere Maßnahmen gleichzeitig wirken, sei es sehr schwer, so Dr. Lampert, eine gemeinsame Wirkung zu erfassen. Auch die Evaluation einzelner Maßnahmen lässt nicht unbedingt einen Schluss auf die Wirkung der Gesamtstrategie zu. Der Beitrag der Einzelkomponenten zum Gesamtnutzen der Intervention ist oftmals unklar. Außerdem sind komplexe Interventionen mehr als die Summe der Einzelkomponenten. Dies bedeutet, dass der Gesamtnutzen sich nicht vollständig über die Wirkung der Einzelkomponenten erschließt.

Des Weiteren setzt die Evaluation komplexer Interventionen die Einbeziehung zusätzlicher, qualitativ anderer Evaluationsaspekte oder Fragestellungen voraus. Hierzu gehören zum Beispiel die strategische Koordination der Einzelaktivitäten, die Qualität der Vernetzung, die Synergien oder Antagonismen zwischen Komponenten und Ebenen und die Herausbildung gemeinsamer Präventionskulturen bzw. Qualitätsansprüche (Reisig 2012, S. 124-125).

Anforderungen an die Evaluation komplexer Interventionen: Bisherige Erfahrungen

Umgang mit Komplexität

Die Komplexität erfordert einen spezifischen Umgang bei der Evaluation der Intervention: Wichtig sind eine differenzierte Beschreibung des Evaluationsgegenstandes sowie die Berücksichtigung aller Komponenten und möglichen Wechselwirkungen. Sowohl die Intervention als auch die Evaluation müssen eine solide theoretische Fundierung haben. Diese sei, so Dr. Lampert, bei den Gesundheitszielen sowohl bei der Gesamtkonzeption als auch bei den Einzelzielen sehr gewissenhaft vorgenommen worden. Gegenstand und Ausrichtung der Evaluation (Konzept, Prozesse, Strukturen und/ oder Ergebnisse) müssten gleichzeitig unter inhaltlichen und Machbarkeitsgesichtspunkten eingegrenzt werden, um so die Komplexität zu reduzieren und eindeutige kausale Mechanismen herauszuarbeiten.

Evaluations-erfordernisse

Da nicht alle Interaktionen erfassbar sind, müssen die Evaluationserfordernisse priorisiert werden. Die Evaluation soll sich also auf Ausschnitte komplexer Interventionen konzentrieren. Diese Ausschnitte gilt es dann aber vollständig zu erfassen. Dazu gehören die politischen

Entscheidungs- und Steuerungsprozesse, die Relevanz der Maßnahme für das gesamte Interventionsprogramm und die Dynamik des Erkenntnisgewinns bzw. Wissenszuwachs („increasing evidence“). Dabei ist es von höchster Wichtigkeit, eindeutige und transparente Kriterien für die Priorisierung und Selektion des Evaluationsgegenstandes festzulegen. Gleiches gilt auch für die Auswahl einer entsprechenden Methodik.

Bei der Anwendung multimodaler Evaluationsverfahren erfordern komplexe Interventionen auch eine komplexe Evaluation. Rein quantitative Verfahren stoßen hier an ihre Grenzen, was eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Verfahren („mixed methods“) notwendig macht. Denkbar sind „objektive“ oder „partizipative“ Verfahren. Dabei muss die Entscheidung getroffen werden, ob man eine Fremd- oder eine Selbstevaluation durchführen möchte. Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, ob es Präferenzen für bestimmte Methoden der beteiligten Forschungsdisziplinen und Akteure gibt. Demzufolge gibt es kein Standardverfahren für die Evaluation komplexer Interventionen.

In einem nächsten Schritt müssen verschiedene Evaluationsebenen unterschieden werden. So gibt es die Ebene der Einzelprojekte und Maßnahmen, in der spezifische Ausrichtungen und Zielsetzungen angestrebt werden. Die Ebene Programmbereich verwirklicht vor allem integrative und verbindende Elemente. Mit übergeordneten Zielsetzungen und Rahmenbedingungen befasst sich die Ebene des Gesamtprogramms. Alle Ebenen einer komplexen Intervention sind miteinander verknüpft. Dieser Verknüpfung muss im Rahmen der Evaluation Rechnung getragen werden.

Bei der Evaluation von komplexen Interventionen spielt die Datenlage eine entscheidende Rolle. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) und das Gesundheitsmonitoring tragen wesentlich zu einer Verbesserung der Datenlage bei. Diese zwei Informationsquellen, die regelmäßig bevölkerungsrepräsentative Daten verfügbar machen, geben Aufschluss über relevante Themenbereiche und bieten aussagekräftige Indikatoren für die Evaluation. Die bedarfsgerechte Erhebung der Indikatoren ermöglicht eine indikatorenbasierte Berichterstattung, die als Grundlage für die Evaluation dienen kann. Eine enge Abstimmung zwischen der Datenerhebung, der Berichterstattung und den Evaluationsanforderungen ist dabei grundlegend.

Rolle der GBE und
des Monitorings

Beitrag der Gesundheitsberichterstattung zur Evaluation von *gesundheitsziele.de*

Sowohl die Gesundheitsberichterstattung des Bundes als auch das Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut (RKI) stellen wichtige Daten für die Evaluation komplexer Interventionen bereit.

Evaluation von
gesundheitsziele.de

Das Gesundheitsmonitoring am RKI beinhaltet drei Komponenten: die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), eine in ein- bis zweijährigen Abständen durchgeführte telefonische Befragung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS), die neben Befragungen auch medizinische Untersuchungsteile umfasst, sowie den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), der Befragungs- und Untersuchungsdaten zur gesundheitlichen Situation der heranwachsenden Bevölkerung liefert.

Die GBE gibt es mittlerweile seit 15 Jahren. Als Datengrundlage dienen neben den Gesundheitssurveys zahlreiche epidemiologische Studien, Registerdaten, amtliche Statistiken, Routinedaten sowie Datenbanken. Insgesamt kann auf mehr als 100 Datenquellen zurückgegriffen werden. Die GBE wird in unterschiedlicher Form publiziert: Veröffentlicht werden Themenhefte, Beiträge, GBE kompakt und die in größeren zeitlichen Abständen erscheinenden Berichte „Gesundheit in Deutschland“. Darüber macht das Online-Informationssystem der GBE (IS-GBE) fortlaufend aktuelle Daten und Fakten zur gesundheitlichen Situation in Deutschland im Internet verfügbar.

Den Daten der GBE und des Gesundheitsmonitorings kommt für die Entwicklung, Aktualisierung und Evaluation der nationalen Gesundheitsziele große Bedeutung zu. Bezüglich der Evaluation kam dies bislang in Bezug auf drei Gesundheitsziele zum Tragen:

- Tabakkonsum reduzieren (Kröger et al. 2010)
- Depressive Erkrankungen: Verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (Bermejo et al. 2009)
- Patient(inn)ensouveranität stärken (Horch et al. 2009)

GBE, Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsziele

Bei der konzeptionellen und methodischen Weiterentwicklung der GBE und des Gesundheitsmonitorings werden die Informationsbedarfe des nationalen Gesundheitszieleprozesses berücksichtigt und damit ein wichtiger Beitrag zur Evaluation und Aktualisierung der vorhandenen Gesundheitsziele sowie zur Formulierung und Etablierung neuer Gesundheitsziele geleistet.

Literatur

Bermejo, I. et al. (2009): Evaluation des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. In: Bundesgesundheitsblatt, 52, S. 897-904.

Horch, K. et al. (2009): Ansätze zur Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveranität stärken“. In: Bundesgesundheitsblatt, 52, S. 889-896.

Kröger, C. et al. (2010): Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum verringern“. In: Bundesgesundheitsblatt, 53, S. 91-102.

Kuhn, J. et al. (2012): Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen. In: Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin: S. 9-14.

Mühlhauser, I. et al. (2012): Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. In: Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin: S. 43-55.

Reisig, V. (2012): Evaluation der Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. In: Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin: S. 119-126.

3 Theoretische Einordnung II: Partizipative Qualitätsentwicklung und Evaluation

Dipl. Psych. Martina Block, MPH, Institut für Soziale Gesundheit, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Hintergrund der partizipativen Qualitätsentwicklung

Die Partizipative Qualitätsentwicklung und Evaluation wurde von der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) im Rahmen von zwei Kooperationsprojekten mit Gesundheit Berlin e.V. und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) entwickelt. Beide Projekte setzten Methoden und Instrumente Partizipativer Qualitätsentwicklung im Kontext der Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Zielgruppen ein.

Partizipative Qualitätsentwicklung basiert auf international anerkannten Konzepten und Methoden der Qualitätsentwicklung und der partizipativen Sozialforschung. Sie betont die Partizipation als Kernprinzip der Qualitätsentwicklung, die sonst in diesen Prozessen häufig eine untergeordnete Rolle spielt. Auf die Bedeutsamkeit von Beteiligung wies bereits Sherry Arnstein 1969 hin. Sie prägte die beiden folgenden Zitate:

„Die Idee der Bürgerbeteiligung ist ein bisschen wie Spinat essen; niemand hat etwas dagegen, weil es im Prinzip gut für einen ist.“

„Es gibt einen wesentlichen Unterschied zwischen dem Durchlaufen eines leeren Rituals der Partizipation und dem Verfügen über die Macht, die man braucht, um die Ergebnisse des Prozesses zu beeinflussen.“ (Arnstein 1969)

Prinzipiell ist zwar niemand gegen eine Beteiligung, aber eine tatsächliche Einflussnahme wird insbesondere der Zielgruppe selten zugestanden. Beteiligung im Kontext Partizipativer Qualitätsentwicklung bedeutet eine möglichst große Teilhabe und Teilnahme aller im Sinne einer gleichberechtigten Zusammenarbeit zwischen Leitung, Mitarbeitenden und Adressat/inn/en, um die Qualität des Projektes kontinuierlich weiterzuentwickeln. Zwischen Praxis, Wissenschaft, Kostenträgern und Zielgruppe(n), die in alle Aspekte der Planung, Durchführung und Bewertung einbezogen werden, existiert eine partnerschaftliche Beziehung, Partizipation ist also nicht nur ein Mittel, sondern auch das Ziel der Arbeit. Die Partizipation der Zielgruppe ermöglicht letztendlich lokale und praxisrelevante Erfahrungen einzubeziehen. Zur Bestimmung des Grades der Partizipation wurden in einer Weiterentwicklung der Arbeiten von Arnstein verschiedene Stufen der Beteiligung definiert, die von Nicht-Beteiligung bis zur Entscheidungsmacht reichen (Wright 2010, S. 42).

Partizipative Evaluation

„Partizipative Evaluation ist ein beteiligungsorientiertes Modell, welches bereits in die Entwicklung der Evaluationsfragen alle Beteiligten und Betroffenen einbezieht. Der gesamte Evaluationsprozess wird gemeinsam gestaltet. Das Ergebnis spiegelt eine gemeinsame datengestützte und wertbasierte Perspektive aller Beteiligten auf ein Programm, Projekt oder eine Organisation wider.“ (Zitat: Block et al. 2008/2012)

Partizipative Evaluation

„Im partizipativen Ansatz herrscht eine Mischung aus externer und interner Evaluation. Auch wenn Projektmitarbeitende alle Daten erheben, werden sie zusammen mit allen Akteur/inn/en ausgewertet. Die Selbstevaluation bildet den Kern des partizipativen Ansatzes. Alle verwendeten Evaluationsmaßnahmen werden in der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ausgehandelt, sodass ein gewisser öffentlicher Aspekt immer vorhanden ist, der eher einer Fremdevaluation ähnelt“ (Wright 2004).

Für die Planung und Durchführung einer Evaluation wird die folgende Vorgehensweise von Block und Kolleg/inn/en (Block et al. 2008/2012) empfohlen.

1. Welche Maßnahme soll evaluiert werden? Wer soll/ muss beteiligt werden (Zusammenarbeit)? Gegebenenfalls Einladungen an gewünschte Beteiligte aussprechen.
2. Klärung der Frage: Wozu wird die Evaluation durchgeführt? Was versprechen wir uns von ihr?
3. Klärung der Adressat/inn/en der Evaluation. Für wen wird sie durchgeführt (zum Beispiel aus eigenem Interesse der Einrichtung; auf Anforderung des Zuwendungsgebers etc.)
4. Klärung der Frage: Was wissen wir schon über die Wirkung der Maßnahme? (Bestandsaufnahme)
5. Entwicklung einer Fragestellung für die Evaluation. Die wichtigste Frage ist hier meist: Erreichen wir unsere Ziele? Werden die Indikatoren, die den Erfolg der Teilziele/ Meilensteine und des Gesamtzieles anzeigen, erfüllt? (ZiWi-Methode, vgl. von Unger et al. 2008)
6. Entwicklung eines methodischen Designs (Zeitplan, Auswahl der Erhebungsinstrumente). Je nach formulierten Indikatoren (ZiWi-Methode), werden die Methoden der Datengewinnung ausgewählt. Hierzu gehört auch die Klärung, welche Arten von Daten möglich und nötig sind.
7. Erhebung von Daten
8. Aufbereitung und Auswertung der Daten
9. Verwertung der Ergebnisse (Veröffentlichung, Nutzung, Schlussfolgerungen für Verbesserungen ziehen)

(Die obige Darstellung ist dem Kapitel der Autorin „Evaluation“ auf den Internetplattformen www.pq-hiv.de sowie www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de in leicht veränderter Form entnommen.)

Fazit Auch wenn partizipative Prozesse zeitaufwendig und als längerfristige Strategie zu konzipieren sind, ist es lohnenswert eine Evaluation partizipativ zu planen und durchzuführen. Eine partizipative Vorgehensweise bietet sich auch für die Planung und Durchführung der Evaluation des Gesamtprozesses von gesundheitsziele.de an.

Literatur

Arnstein, S. (1969): A Ladder of Citizen Participation. In: Journal of the American Institute of Planners, 4, S. 216-224.

Block, M. et al. (2008/2012 umbenannte Internetressource): Evaluation. <http://www.pq-hiv.de/de/handbuch-pq-hiv/evaluation> (Download November 2012).

Block, M., Wright, M.T. (2009): Partizipative Evaluation. In: D. Kuhn, I. Papies-Winkler, D. Sommer (Hrsg.): Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 233-248.

Unger, H. von et al. (2008): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Praxis: Die „ZiWi-Methode“: Ziele definieren, Wirkungswege skizzieren. In: Info_Dienst für Gesundheitsförderung, 8(2), S. 11-12.

Wright, M. T. (2004): Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. In: R. Rosenbrock, M. Bellwinkel, A. Schröer (Hrsg.): Primäre Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW für Neue Wissenschaft, S. 297-346.

Wright, M.T. (2010) (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Haus Huber.

Internethandbücher Partizipative Qualitätsentwicklung:

Forschungsgruppe Public Health (Wright, M. T., Block, M., von Unger, H.) & Gesundheit Berlin e. V. (2008). Partizipative Qualitätsentwicklung. Internethandbuch.

Forschungsgruppe Public Health (Wright, M. T., Block, M., von Unger, H.) & Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (2008). Qualität praxisnah und partizipativ entwickeln. Interaktive Plattform der Qualitätsentwicklung in der Primärprävention von Aidshilfen.

4 Einführung in die Workshops

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Berlin, School of Public Health, Vorsitzende des Evaluationsbeirates von gesundheitsziele.de

Auf Basis der Vorträge zur theoretischen Einordnung der Evaluation des Gesamtprozesses der nationalen Gesundheitsziele führte Frau Prof. Maschewsky-Schneider in die Workshops ein. Ziel des Vortrags war die Erläuterung der weiteren Vorgehensweise und Einführung in die zu diskutierenden Leitfragen.

Evaluation der nationalen Gesundheitsziele

Seit Beginn der Arbeit von *gesundheitsziele.de* im Jahr 2000 ist das Thema Evaluation mitdiskutiert und sukzessive weiterentwickelt worden. Dabei ist nach wie vor sowohl die Entwicklung von Konzepten für die Evaluation einzelner nationaler Gesundheitsziele als auch die Bewertung des Gesamtprozesses Gegenstand der Arbeiten. Bei der Evaluation der Einzelziele geht es vor allem um die Überprüfung der Wirkungen und Ergebnisse (beispielsweise prozentuale Senkung der Raucheranzahl, Reduktion der Prävalenz von Diabetes Mellitus etc.) als Folge der Umsetzung der thematischen Einzelziele.

Die Evaluation des Gesamtprozesses

Die Evaluation des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de* strebt dagegen die Analyse der Mechanismen zwischen dem Gesundheitszieleprozess und seinen Kooperationspartnern an. Dabei soll erfasst werden, welchen Nutzen und welche Relevanz die nationalen Gesundheitsziele für alle beteiligten Kooperationspartner haben. Dabei geht es vor allem um die Wechselwirkungen zwischen dem Prozess und den einzelnen Akteuren. Es soll erfasst werden, ob durch den Gesundheitszieleprozess Initiativen in den Institutionen der Kooperationspartner angestoßen werden und in welchem Maße die Partner von diesem Prozess profitieren. Ziel der Veranstaltung und anschließenden Befragung, so Prof. Maschewsky-Schneider sei die Verbesserung des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de* und die Steigerung des Nutzens der nationalen Gesundheitsziele.

Theoretische Einordnung

Die Diskussionen in den Workshops sollten immer wieder auf die theoretische Einordnung von Dr. Thomas Lampert und Dipl.Psych. Martina Block zurückgreifen. Dafür haben die Teilnehmer in den einführenden Vorträgen Hilfestellungen genannt bekommen, die in den Workshops nützlich sein können. So hat Dr. Lampert deutlich gemacht, dass komplexe Interventionen nach ausgereiften Evaluationskonzepten fragen. Die nationalen Gesundheitsziele sprechen alle relevanten Bereiche des Gesundheitssystems an: Es gibt Ziele zur Prävention, Diagnostik, Therapie, aber auch zur Rehabilitation und angemessenen Versorgungsstrukturen. Schon das zeigt die Komplexität der nationalen Gesundheitsziele. Darüber hinaus umfassen sie sowohl Indikatoren, die Gesundheit beeinflussen wie die Lebensweise und das Gesundheitsverhalten, aber auch Determinanten wie die soziale Lage, das Geschlecht oder die Arbeitssituation. Gleichzeitig konzentrieren sie sich auf das Gesamtergebnis für die Gesundheitssituation, die aus einer Kette von Maßnahmen resultiert. Zudem beschränken sich die nationalen Gesundheitsziele nicht allein auf die bloße Zielformulierung, sondern definieren auch die Maßnahmen und Zielgruppen, die zur Umsetzung des jeweiligen Ziels und seiner Teilziele beitragen können.

Die Gesundheitsziele sind derzeit auf eine dezentrale Umsetzung angewiesen und können nur als Empfehlungen verstanden werden. Dabei zielen sie auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und strukturelle Ebenen wie Bund, Länder, Kommunen oder weitere umsetzende Organisationen. Vor diesem Hintergrund können die nationalen Gesundheitsziele als komplexe Interventionen eingestuft werden.

Gesundheitsziele sind komplexe Interventionen

Ziel der Workshops sollte es laut Prof. Maschewsky-Schneider sein herauszufinden, nach welchen Kriterien die Mitglieder und Partner von *gesundheitsziele.de* die Bedeutung und Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit beurteilen. Darüber hinaus will man die Kooperationspartner nicht nur befragen, sondern auch den Evaluationsprozess gemeinsam gestalten. Deshalb, so Prof. Maschewsky-Schneider, wähle man einen partizipativen Ansatz bei dieser Beurteilung des Gesamtprozesses. Man wolle die Leitfragen gemeinsam diskutieren und festlegen, welche Indikatoren für die Evaluation des Gesamtprozesses treffend seien. Demnach diskutiere man bei dieser Vorgehensweise die Methodik während man gleichzeitig erste Ergebnisse der Evaluation diskutiere.

5 Parallele Workshops

5.1 Workshop 1

Vertreter/innen der Kostenträger und Leistungserbringer

Moderation: Dr. Anke-Christine Saß (RKI)

Berichterstattung: Ulrich Mohr (Verband der Ersatzkassen e.V.)

Bisherige praktische Erfahrungen mit *gesundheitsziele.de*

Die Beteiligten diskutierten zunächst ihre Erfahrungen mit *gesundheitsziele.de*.

Die Entwicklung von Gesundheitszielen ist mittlerweile etabliert und anerkannt und der Kooperationsverbund wird von allen Beteiligten als Mehrwert gesehen. Dabei wurde betont, dass die im nationalen Zieleprozess bestehenden Netzwerke von den Kooperationspartnern für die eigene Arbeit genutzt werden und so Parallelstrukturen vermieden werden können. Die Vernetzung auf bestimmten Ebenen funktioniert gut und hat zu positiven Umsetzungsergebnissen geführt. Dabei sehen die Beteiligten *gesundheitsziele.de* als gemeinsamen Lernprozess. Die Gesundheitsziele werden als Handlungsempfehlungen (zum Beispiel in Bezug auf Qualitätskriterien, Evaluationskriterien etc.) verstanden, geben Orientierung und helfen zu priorisieren.

Nutzung der Gesundheitsziele

Ein positives Beispiel für die Umsetzung ist das von *gesundheitsziele.de* und der Barmer GEK gemeinsam betreute Modellprojekt „Verrückt! Na und?“. Der Erfolg des Programms ist auch auf das Engagement von *gesundheitsziele.de* zurückzuführen.

Umsetzung

Bei der Umsetzung nutzen die Institutionen die Gesundheitsziele allerdings unterschiedlich. Grundsätzlich werden in den Institutionen die Ziele nicht vollständig und in Gänze umgesetzt, sondern vielmehr passende Teilziele ausgewählt, die als Anregung für die Umsetzung genutzt werden. So wurde beispielsweise das Ziel „Tabakkonsum reduzieren“ in der Bundesärztekammer aufgegriffen und für die Qualifizierung der Ärzte in der Prävention genutzt. Positiv bewertet wird die systematische Begleitung bei der Umsetzung eines Gesundheitsziels durch die Arbeitsgruppe, die auch für die Zielformulierung zuständig war, wie es bei dem Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ erstmals der Fall ist.

Nach wie vor gebe es aber, so die Beteiligten, bei der Umsetzung der Gesundheitsziele Verbesserungsbedarf. Als Gründe für die geringe Umsetzung werden fehlende Ressourcen, unzureichender Einfluss und die eingeschränkte Legitimation von *gesundheitsziele.de* genannt. Allerdings dürfe der Kooperationsverbund nicht mit falschen Erwartungen überfrachtet werden. Weder ist er Entscheider, noch hat er Mittel zur Finanzierung einzelner Maßnahmen zur Verfügung. Er biete auch kein Forum, in dem Leistungswünsche formuliert werden sollen, über die nur an anderer Stelle (Gesetzgeber, Selbstverwaltung) entschieden werden kann. Aber auch eine Verpflichtung zur Umsetzung durch den Gesetzgeber hätte keinen umfassenden Einfluss auf die Umsetzung der Ziele, da dieser nicht auf alle für die Umsetzung wichtigen Institutionen Einfluss nehmen kann.

Bekanntheitsgrad

gesundheitsziele.de ist ein Kooperationsverbund, der vom freiwilligen Engagement seiner Mitglieder lebt. Ein höherer Verpflichtungsgrad stellt von daher das Selbstverständnis von *gesundheitsziele.de* in Frage. Deshalb müssen andere Wege gewählt werden, dem Zieleprozess mehr praktische Relevanz zu verleihen, so manche Beteiligte. Ein erster Schritt ist, die nationalen Gesundheitsziele noch bekannter zu machen. Der Durchdringungsgrad von *gesundheitsziele.de* in unterschiedlichen Einrichtungen auf verschiedenen Ebenen kann zwar zum Teil positiv bewertet werden, ist aber an vielen Stellen noch verbesserungswürdig. Gerade ältere Gesundheitsziele geraten im Laufe der Zeit in Vergessenheit, so dass die Basis in den einzelnen Institutionen keine Informationen zu den in den Zielen definierten Umsetzungsmaßnahmen hat. Ein Weg zu größerer Bekanntheit ist die Verbreitung des Logos von *gesundheitsziele.de*. Derzeit sind nicht alle mit den Gesundheitszielen in Beziehung stehenden Maßnahmen und Projekte mit dem entsprechenden Logo gekennzeichnet. Mehr Transparenz und ein stärkerer Bekanntheitsgrad von *gesundheitsziele.de* würden mehr Akzeptanz schaffen, die Legitimation des Kooperationsverbundes erhöhen und letztendlich auch die Umsetzung stärken.

Zukünftige Ausrichtung des Prozesses und praktische Vorschläge

Öffentlichkeitsstrategie

Um einen stärkeren Bekanntheitsgrad zu erreichen und somit die Umsetzung zu stärken, wünscht sich die Gruppe eine systematische Strategie für die Öffentlichkeitsarbeit. So soll unter anderem die Verwendung des *gesundheitsziele.de*-Logos verstärkt werden. Zielgruppe ist dabei einerseits die Öffentlichkeit, aber auch die beteiligten Organisationen. Auch andere Akteure und Multiplikatoren sollten durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit für die Gesundheitsziele gewonnen werden.

Die im ersten Diskussionsblock angesprochene mangelhafte Transparenz sollte mit Blick auf die relevanten Entscheider verstärkt werden, um so auch die Akzeptanz und Legitimation der Gesundheitsziele zu erhöhen.

Die Arbeit und Arbeitsweisen des Kooperationsverbundes, seine Zusammensetzung und die Entscheidungsprozesse müssen für jeden Interessierten einsehbar sein. Es muss klar definiert und öffentlich zugänglich sein, welche Akteure am Gesundheitszieleprozess mitwirken, wie Themen für eine Zielformulierung gefunden werden und wie die Zielauswahl erfolgt. Für die Zukunft erhofft sich die Gruppe, dass ältere Gesundheitsziele auch nach der Auswahl neuer Ziele nicht in Vergessenheit geraten und weiterhin einzelne Ziele bei neuer Datenlage aktualisiert werden. Außerdem ist es von großem Interesse der Beteiligten, dass auch europäische Entwicklungen stärkere Beachtung finden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die Bedeutung und der Nutzen des Gesundheitszieleprozesses wird von den Akteuren unterschiedlich bewertet. Einigkeit besteht aber soweit, dass die Gesundheitsziele Orientierung geben und helfen zu priorisieren. Zukünftig wünschen sich die Beteiligten, dass die Gesundheitsziele öffentlichkeitswirksamer werden, um die Legitimation zu erhöhen. Dabei wäre die Entwicklung einer Strategie für Öffentlichkeitsarbeit hilfreich. Des Weiteren sollten bereits publizierte Ziele weiterhin durch die Öffentlichkeitsarbeit begleitet werden. Um den Einfluss der Gesundheitsziele deutlich zu machen, sollte der Einsatz des Logos forciert werden. Darüber hinaus sprach man sich insgesamt für eine stärkere Berücksichtigung der europäischen Dimension aus.

Fazit

5.2 Workshop 2

Vertreter/innen des Bundes, der Länder und Kommunen

Moderation: Dr. Thomas Ziese, Robert Koch-Institut

Berichterstattung: Dr. Andreas Böhm, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Bisherige praktische Erfahrungen mit gesundheitsziele.de

Workshop 2 brachte die politische Ebene des Kooperationsverbundes zusammen. Da Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen leider verhindert waren, konzentrierte sich die Diskussion der Beteiligten auf die Relevanz und den Nutzen der nationalen Gesundheitsziele für den Bund und die Länder. Sowohl der Bund als auch die Länder in Form der GMK sind Träger des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de.

Erfahrungen

Zunächst diskutierten die Beteiligten ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitszieleprozess. Alle Beteiligten lobten den umfassenden Ansatz der Gesundheitsziele und betonten den Mehrwert des Kooperationsverbundes. Das Netzwerk wird von den Beteiligten genutzt und die nationalen Gesundheitsziele dienen insbesondere für die Länder als gute Orientierung bei der Entwicklung von Gesundheitszielen auf Länderebene. In einzelnen Bundesländern wurden die nationalen Ziele für die Landesziele sogar übernommen. Viele nutzen die Ausarbeitungen zu den nationalen Gesundheitszielen und sprechen Partner im Kooperationsverbund an, um diese auch für den Landesprozess zu gewinnen. Insbesondere der Infopool auf der Website www.gesundheitsziele.de wird von den Beteiligten geschätzt. Er bietet einen guten Überblick über die Aktivitäten der Länder in Sachen Gesundheits- und Präventionsziele und hilft die eigenen Aktivitäten mit den nationalen Zielen und den Zielen anderer

Bundesländer zu koordinieren. Auch die Verknüpfung der Gesundheitsziele mit der Gesundheitsberichterstattung erweist sich als hilfreich. Dennoch spielen die Gesundheitsziele keine übergeordnete Rolle bei den Landeszielen. Die Länder konzentrieren sich auf die Gesundheitsziele auf Landes- und kommunaler Ebene, die den jeweiligen Länderschwerpunkten entsprechen. Insbesondere die begrenzten Ressourcen schränken die Fachabteilungen bei der Berücksichtigung der nationalen Gesundheitsziele ein.

Rahmenprobleme bei der Umsetzung

Dieser Umstand führt zu Problemen bei der Umsetzung der nationalen Ziele, da diese teilweise in Konkurrenz zu weiteren Aktivitäten der politischen Ebene stehen. So ist auch beispielsweise anderen Ressorts die Arbeit der Gesundheitsziele schwer zu vermitteln. Aus der Sicht mancher Beteiligten wird durch die fehlende Verbindlichkeit der Ziele die Umsetzung gefährdet. Insgesamt sprachen sich alle Workshop-Teilnehmer für mehr Präsenz der nationalen Gesundheitsziele in der Politik und der Bevölkerung aus, um eine stärkere Umsetzung zu ermöglichen. Chancen bestehen dabei insbesondere in einer besseren Aufbereitung der Berichte. Zielgruppenorientiertes Informationsmaterial für die politische Ebene würde die Wahrnehmung der Gesundheitsziele verbessern, da meist zu wenig Zeit vorhanden ist, um einen umfassenden Bericht vollständig zu lesen. Insgesamt stellte die Gruppe fest, dass bevölkerungsbezogene Gesundheitsziele leichter zu vermitteln sind als krankheitsbezogene Ziele. Hier zeigte sich das Spannungsfeld zwischen Politik und Fachebene.

Zusammenfassung

Zusammenfassend wurden folgende Erfahrungen mit den Gesundheitszielen beschrieben:

- Die nationalen Gesundheitsziele haben eine Orientierungsfunktion für die Zielprozesse in den Ländern und bieten ein konzeptionelles Fundament
- Die Schnittstelle zu den Kommunen sollte verbessert werden, um eine ähnlich gute Zusammenarbeit wie zwischen der Bund- und Länderebene zu ermöglichen
- Die durch den nationalen Zieleprozess entstandenen Netzwerke können für die Länderebene genutzt werden
- Das Gerüst der nationalen Gesundheitsziele ist der eigentliche Mehrwert
- Gesundheitsziele stehen immer in Konkurrenz zu anderen Vorhaben
- Die Öffentlichkeitsarbeit sollte erweitert werden, um die Sichtbarkeit der nationalen Gesundheitsziele zu erhöhen
- Bei der Weiterentwicklung der Ziele erwartet die Gruppe, dass bei Bearbeitung neuer Ziele ältere Ziele nicht in Vergessenheit geraten
- Es wird vorgeschlagen, die Öffentlichkeit durch Beteiligungsverfahren stärker in den Prozess der Gesundheitsziele zu integrieren. Die Perspektive der Gesundheitsexperten wird durch beispielsweise Planungszellen und Bürgergutachten ergänzt, insbesondere wenn es um Wertentscheidungen geht

Evaluation des Gesamtprozesses *gesundheitsziele.de*

Evaluation

In einem zweiten Diskussionsblock konzentrierte sich die Gruppe auf die Frage, wie im Rahmen einer Evaluierung die Umsetzung der Ziele angemessen dargestellt werden kann. Ein

Teil der Gruppe sprach sich dafür aus, dass eine Fokusgruppe auf der leitenden politischen Ebene gebildet werden sollte, um so den Einfluss der Gesundheitsziele auf die politische Arbeit abzubilden. Ein großes Anliegen der Gruppe war es, dass im Rahmen einer Evaluierung die Projekte und Maßnahmen erfasst werden, die von dem nationalen Zieleprozess angestoßen wurden. Des Weiteren sollte in einer Akteursanalyse geprüft werden, ob weitere Akteure für den Kooperationsverbund gewonnen werden müssten, um die Basis noch breiter zu gestalten.

Die Arbeitsgruppe zog zum Abschluss der Sitzung folgendes Fazit: Die Gesundheitsziele bieten große Vorteile, indem sie einen Diffusionseffekt auf andere Prozesse haben. Die Plattform selbst wird als ausgesprochen sinnvoll erachtet, darf aber nicht zum Selbstzweck werden. Es sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass das Potential der Gesundheitsziele angemessen genutzt wird, indem sie eine Referenzstruktur bieten. Die nationalen Gesundheitsziele stoßen keine neuen Debatten an, halten sie aber auf der Agenda und gestalten sie mit. Die Länder könnten bei der Umsetzung und Evaluierung von eigenen Zieleprozessen stärker unterstützt werden.

Fazit

Der Kooperationsverbund sollte den Austausch zwischen den Ländern auch bei Fragen der Evaluation fördern. Auf der anderen Seite haben die Länder in ihrer AOLG Arbeitsgruppe GPRS die Begleitung von Gesundheitszielen durch die GBE bereits diskutiert und hierzu Vorschläge gemacht. Für die Felder Tabakkonsum und Gesund Älter werden liegen bereits Zwischenergebnisse von einem Bund-Länder-Workshop in Stuttgart 2011 vor.

5.3 Workshop 3

Vertreter/innen der Patientenorganisationen, Selbsthilfe, Prävention und Gesundheitsförderung

Moderation: Dr. Monika Köster (BZgA)

Berichterstattung: Prof. Dr. Raimund Geene, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Grundsätzliche Erwartungen an den Prozess

In einem ersten Schritt definierte die Gruppe ihre grundsätzlichen Erwartungen an den Prozess. Nach Ansicht der Workshop-Beteiligten müssten die Gesundheitsziele, die Startermaßnahmen und gute Beispiele der Umsetzung in der Öffentlichkeit mehr „Gehör finden“. Dabei stellte sich unmittelbar die Frage, was konkret angestoßen wird, nachdem ein Gesundheitsziel verabschiedet wurde. Die grundsätzliche Erwartung, die Gesundheitsziele stärker in die Praxis zu transferieren, leitete die Gruppe zur Frage, warum einige Ziele eine positive Entwicklung erfahren, in der Öffentlichkeit gut aufgenommen werden und somit stärkere Effekte erzielen als andere Gesundheitsziele. Die Gruppe stellt fest, dass insbesondere das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ große Popularität erfahren hat.

Gute Beispiele?

Die Beteiligten regten an, die Erfahrung mit den Arbeiten der Arbeitsgruppe „Gesund älter werden“ zu nutzen, um die erfolgsversprechende Vermittlung eines Gesundheitsziels zu

erfassen und auf andere Ziele zu übertragen. Ein stärkerer Austausch zwischen den einzelnen Arbeitsgruppen innerhalb des Kooperationsverbundes sollte bei der Identifikation von Good-Practice-Modellen zu Verbreitung und Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele helfen.

Einige Beteiligte äußerten außerdem den Wunsch nach einer stärkeren Systematisierung der Ziele. So gibt es derzeit zwei bevölkerungsbezogene Ziele – „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ – und vier krankheitsbezogene Ziele. Bei einer stärkeren Systematisierung müssten alle Lebensphasen von den einzelnen Gesundheitszielen abgedeckt werden. Entsprechend müsste dann noch ein Ziel für die Lebensmitte gefunden werden. Denkbar wäre ein Ziel zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“. Aus der Sicht mancher Beteiligten gehöre zu einer Systematisierung, auch Querschnittsthemen wie Bildung und Patientensouveränität zu identifizieren und so übergreifende Schlussfolgerungen und Synergien bei einzelnen Maßnahmen zu ermöglichen. Die Workshop-Beteiligten sprachen sich außerdem dafür aus, die Bevölkerung stärker anzusprechen. Hierzu müssten neue Wege gefunden werden, um diese Gruppe zu mobilisieren.

Müssen Gesundheitsziele verbindlicher werden?

Des Weiteren diskutierte die Gruppe Möglichkeiten der größeren Verbindlichkeit von nationalen Gesundheitszielen. Finanzielle Anreize oder gesetzliche Vorgaben wären ein Weg, um mehr Verbindlichkeiten bei der Umsetzung der Gesundheitsziele zu schaffen. Gesetzliche Vorhaben könnten auch dazu führen, dass die Aktivitäten zu Gesundheitszielen auf den Ebenen Bund, Länder und Kommunen vereinheitlicht würden. Dieser Punkt wurde kontrovers diskutiert. Einige Beteiligten sprachen sich gegen eine Vereinheitlichung der Zieleprozesse auf allen politischen Ebenen aus. Die individuelle Beteiligung der Länder und Kommunen und deren unterschiedliche Strategien können auch als Bereicherung für den Gesamtprozess verstanden werden. Diese Vielfalt hilft, verschiedene Zugangswege zu eröffnen. Außerdem ist es auf diese Weise möglich, den regionalen Bezug herzustellen und entsprechend der regionalen Gegebenheiten zu (re-)agieren. Hierfür müssten die Ziele allerdings stärker auf die Ebene der Bundesländer und Kommunen „heruntergebrochen“ werden.

Bisherige praktische Erfahrungen

Umsetzung

Die bisherigen Erfahrungen der Gruppe zeigten, dass die Ziele insbesondere als Legitimations- und Argumentationshilfe genutzt werden. Darüber hinaus wird der Kooperationsverbund bei den Beteiligten als gemeinsamer Lernprozess verstanden: Gemeinsame Werte und Ziele werden im Rahmen der Kooperationsplattform definiert und verschiedene Gruppen, wie beispielsweise Ärzte und Sozialverbände, können so voneinander lernen. Diese Art der Zusammenarbeit führt auch zu Kooperationen, die über die Plattform hinausgehen und Initiativen außerhalb des Kooperationsverbundes anstoßen.

Die bisherigen praktischen Erfahrungen zeigen außerdem, dass die Umsetzung der Startermaßnahmen, die im Rahmen der Zielformulierung definiert werden, noch verbesserungswürdig ist. Fehlende Ressourcen und Anreize werden hier als Gründe für die mangelhafte Umsetzung gesehen. Das gilt insbesondere für Organisationen außerhalb des Kooperationsverbundes, aber auch für Institutionen, die sich als Mitglied des Kooperationsverbundes im Rahmen der gemeinsamen Erklärung zur Umsetzung verpflichtet haben.

Die Gruppe erörterte die Möglichkeiten einer stärkeren Begleitung sowohl interner als auch externer Akteure bei der Umsetzung der jeweiligen Gesundheitsziele. Ähnlich wie die Arbeitsgruppe „Gesund älter werden“ könnten andere Arbeitsgruppen die Umsetzung des formulierten Gesundheitsziels vorantreiben. Denkbar wäre, laut manchen Beteiligten, auch eine größere Beratung bei der Umsetzung durch die Geschäftsstelle. Mangelnde Ressourcen lassen aber eine noch stärkere Belastung der Geschäftsstelle derzeit nicht zu.

Zukünftige Ausrichtung des Prozesses und praktische Vorschläge

Der zukünftige Fokus des Kooperationsverbundes sollte laut Gruppe vor allem in einer stärkeren Verbreitung der Ziele liegen. Ob eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit und stärkere Begleitung durch die Arbeitsgruppen zu mehr Umsetzung führt, hänge auch, so die Gruppe, von der weiteren Rolle des Gesetzgebers ab. Entscheidend sei hier, ob eine gesetzliche Verpflichtung die Umsetzung regeln wird oder die Akteure weiterhin ausschließlich in Selbstverpflichtung aktiv sind.

Stärkere Verbreitung
der Gesundheitsziele

Wenn die Akteure die Ziele weiterhin auf der Selbstverpflichtungsebene umsetzen sollen, so wäre es sinnvoll, die Aufgaben der Geschäftsstelle um den „Umsetzungsauftrag“ zu erweitern. Allerdings waren sich die Beteiligten einig, dass dieser Vorschlag wesentlich mehr Ressourcen für die Geschäftsstelle erfordern würde.

Kurze
Handreichung
der Teilziele

Als erster und machbarer Schritt bei gleichen Ressourcen wird von der Gruppe erachtet, für die einzelnen Ziele und Teilziele eine kurze „Handreichung“ zu entwickeln. Damit wäre jedem Akteur die Möglichkeit gegeben, einen Überblick über alle Ziele zu bekommen. Außerdem schlugen die Beteiligten vor, die gemeinsamen Probleme beziehungsweise, wie eingangs erläutert, die Schnittstellen und zentralen Erkenntnisse der Ziele zu identifizieren und so eine stärkere Systematisierung der Ziele zu erreichen.

Wichtige Punkte für die Gruppe bei der Verbesserung des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de* waren vorrangig, dass neben neuen Zielen auch ältere Ziele wieder stärker in den Blick genommen werden. Außerdem äußerte man den Wunsch nach einer stärkeren Systematik bei den Gesundheitszielen. Um mehr Umsetzung zu erreichen, sollte die Selbstverpflichtung verbindlicher, verstärkte Öffentlichkeitsarbeit betrieben und Akteure bei der Umsetzung begleitet werden. Insgesamt würdigte die Gruppe die Gesundheitsziele als wichtige Plattform, die vielen Institutionen Argumentationshilfen für Maßnahmen bietet.

Fazit

6 Podiumsdiskussion

Moderation: Katrin Brand, WDR

Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele

Umsetzung stärken

Zunächst diskutierte die Gruppe, in welcher Form die Gesundheitsziele bislang umgesetzt werden konnten. Dabei nannten die Berichterstatter Beispiele, in denen sich die Gesundheitsziele positiv ausgewirkt haben. So hat beispielsweise das Modellprojekt „Verrückt! Na und?“ große Aufmerksamkeit erlangt. Das Projekt wird seit 2010/ 2011 vom Kooperationsverbund begleitet und zeigt positive Effekte. Auch in den Arbeitsgruppen sind bestätigende Effekte des Zieleprozesses zu beobachten: die AGs zu den Themen Brustkrebs und Gesund aufwachsen haben Kooperationen zwischen einzelnen Institutionen und die Einbindung neuer Stakeholder gefördert.

Insgesamt wurde der Prozess nach 12 Jahren Gesundheitszielen von den Beteiligten ausgesprochen positiv gewürdigt. Sie besitzen eine nicht zu unterschätzende Referenzfunktion und sind eine wichtige Orientierungshilfe. Allerdings, so viele Beteiligte, müsse die Umsetzung weiter gestärkt werden. Die von vielen Beteiligten attestierte geringe Umsetzung sei dadurch begründet, so manche Beteiligte, dass die Ziele eher breit angelegte Public Health Ziele sind und Länder sowie Kommunen Schwierigkeiten haben, die Ziele innerhalb der eigenen Institution bis zur Leitungsebene zu kommunizieren. Deshalb sei eine Strategie für weitere Kommunikationsmaßnahmen wünschenswert.

Außerdem äußerten manche Beteiligte den Wunsch, dass neben den in den letzten Jahren veröffentlichten Gesundheitszielen („Gesund aufwachsen“, „Gesund älter werden“) in Zukunft auch die älteren Zielformulierungen stärker bei der Umsetzung begleitet würden. Diese Maßnahmen sind allerdings stark abhängig von den verfügbaren Ressourcen.

Spannungsfeld zwischen Politik und Fachwelt

Zudem wurde auch die Frage diskutiert, ob ggf. mehr Mitarbeit der Politik notwendig sei, um die Ziele besser umsetzen zu können. Einige Beteiligte sprachen sich für eine stärkere gesetzliche Verankerung aus, da ein gesetzlicher Auftrag in der eigenen Institution die Ausrichtung von Maßnahmen an den Gesundheitszielen erleichtern würde. Außerdem sollte bei der Beurteilung der Umsetzung das Spannungsfeld zwischen Politik und Fachwelt in den Blick genommen werden. Die Praxis zeigt, dass nicht alle vorgeschlagenen Maßnahmen von der politischen Ebene umgesetzt werden. Die Gruppe wünscht sich aber für die nationalen Gesundheitsziele eine ähnlich gute Zusammenarbeit von Politik und Selbstverwaltung, wie beispielsweise beim Nationalen Krebsplan zu beobachten. Einige Beteiligte sprachen sich außerdem für eine stärkere Bürgerbeteiligung am Gesundheitszieleprozess aus, um so nicht nur das Fachwissen der Experten in die Zielausarbeitungen einzubeziehen, sondern auch die Vorstellungen der Bürgerinnen und Bürger hinsichtlich nationaler Gesundheitsziele in den Prozess zu integrieren.

7 Fazit

Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Ausschusses von gesundheitsziele.de

Die Mitglieder des Kooperationsverbundes erachten den Prozess der nationalen Gesundheitsziele als nützliche und wirksame Plattform. Dies stellte sich nach einer theoretischen Einordnung der Evaluation des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de* und der Diskussion der zugrunde liegenden Leitfragen in Kleingruppen und im Plenum klar heraus. Als positiv wurde von den Beteiligten erachtet, dass die nationalen Gesundheitsziele eine Orientierung für die Kooperationspartner bieten und dazu beitragen eigene Maßnahmen zu priorisieren. Die Vielfalt der Ziele hat den Vorteil, dass die Akteure die Gesundheitsziele unterschiedlich und jeweils für ihre Zwecke passend nutzen können. Die Gesundheitsziele waren und sind wichtige Argumentationshilfen für Maßnahmen, die in unterschiedlichen Institutionen des Gesundheitswesens angestoßen werden. Darüber hinaus gestalten die nationalen Gesundheitsziele relevante Debatten in der deutschen Gesundheitspolitik und halten wichtige Themen auf der Agenda.

Gesundheitsziele bieten Orientierung

Nichtsdestotrotz darf die Plattform kein Selbstzweck werden. Gesammelt wurden deshalb auch Defizite im Gesamtprozess und Vorschläge für die zukünftige Ausrichtung. Einig waren sich alle Beteiligten, dass es Verbesserungspotential bei der Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele gibt. Unterschiedliche Ansätze könnten diesen Umstand beheben: Zum einen gab es Stimmen, die sich für mehr Verbindlichkeit wie beispielsweise eine gesetzliche Grundlage aussprachen. Neben mehr Verbindlichkeit wurde vor allem eine systematische Öffentlichkeitsstrategie als vielversprechende Methode erachtet. Dabei sollte man die Ziele nicht nur bekannter machen, sondern auch spezifische Instrumente als eine Art „Handreichung“ für die unterschiedlichen Ebenen der Umsetzung entwerfen. Denkbar wäre auch die kontinuierliche Begleitung der Umsetzung durch die jeweiligen Arbeitsgruppen.

Die Veranstaltung am 22. November 2012 war bei der Evaluation des Gesamtprozesses ein erster Schritt. Weitere Indikatoren für die Bewertung des Gesamtprozesses werden in 2013 gesammelt, um die Wirksamkeit der nationalen Gesundheitsziele systematisch zu erfassen. Zunächst wird ein Konzept für die Gesamtevaluation erarbeitet, in die auch die Ergebnisse der Fachveranstaltung einfließen. Anschließend soll dann eine Befragung der Kooperationspartner durchgeführt werden.

Weitere Schritte

Die Veranstaltung hat wichtige Hinweise für die Evaluation des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de* gegeben. Das Fazit der Beteiligten war, dass die Leitfragen die wichtigsten Erfolgsindikatoren von *gesundheitsziele.de* erfassen. Die Partner äußerten zudem den Wunsch, dass bei der Evaluation nicht nur die Arbeitsebene zum Potential der nationalen Gesundheitsziele befragt werden sollte. Auch die leitende Ebene, die letztendlich über die für die Umsetzung notwendigen Ressourcen entscheidet, sollte ihre Erwartungen an den Prozess definieren können.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

Geschäftsstelle *gesundheitsziele.de*

Projektkoordination: Andrea Kuhn

Hansaring 43, 50670 Köln

Tel.: +49 (0)221 912867-28

Fax.: +49 (0)221 912867-10

a.kuhn@gvg.org

www.gesundheitsziele.de