

Endbericht

Befragung zur Evaluation des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de*

im Auftrag von *gesundheitsziele.de*

Autorinnen:

wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

wissenschaftliche Bearbeitung: Cristina Ciupitu-Plath, MscPH

Ina Pöche-Guckelberger, MPH

1 Hintergrund und Zielsetzung der Evaluation des Gesamtprozesses *gesundheitsziele.de*

Ein Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik in Deutschland sind die nationalen Gesundheitsziele, die seit dem Jahr 2000 durch das Forum *gesundheitsziele.de* entwickelt werden. Ihr Ziel ist es, einen Beitrag zur Versorgungsqualität zu liefern und die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten bzw. zu verbessern (GVG 2010). Diese Gesundheitsziele konzentrieren sich auf Bereiche, in denen ein besonderer Handlungsbedarf besteht, greifen strukturelle Defizite auf und zeigen den Veränderungsbedarf an. Sie können sich auf Prävention und Gesundheitsförderung, Früherkennung, Diagnostik, Therapie, ambulante und stationäre Versorgung sowie Rehabilitation und Pflege beziehen (Maschewsky-Schneider et al. 2009).

Der den Gesundheitszieleprozess tragende Kooperationsverbund umfasst derzeit 120 Organisationen aus Bund, Ländern, Kommunen, Kostenträgern, Leistungserbringern, Wissenschaft, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, Fach- und Industrieverbänden, Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie Selbsthilfegruppen. 16 Trägerorganisationen aus diesem Kreis finanzieren diesen Prozess, der von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. koordiniert wird (Maschewsky-Schneider et al. 2009, Hess 2012). Der Kooperationsverbund konzentriert sich nicht nur auf die Entwicklung, Etablierung und Evaluation nationaler Gesundheitsziele, sondern unterstützt, neben dem Informationsaustausch über den Zieleprozess auf Länderebene, gemeinsame Strategien zur Umsetzung der Gesundheitsziele der beteiligten Partnerorganisationen (Hess 2012). Für den Gesamtprozess ist es von Bedeutung, inwieweit die Gesundheitsziele sich in konkretes Handeln der Akteure umsetzen lassen bzw. inwieweit Maßnahmen ergriffen werden, die zur Zielerreichung beitragen. Bisher wurden einzelne nationale Gesundheitsziele unter Heranziehung repräsentativer Datenquellen insbesondere aus der Gesundheitsberichtserstattung evaluiert. Ihr Nutzen und ihre Relevanz für einzelne Kooperationspartner sowie der Umsetzungsprozess als solches wurden jedoch nicht untersucht.

Ziel der Evaluation des Gesamtprozesses ist die Identifikation des Mehrwerts von *gesundheitsziele.de* für die Akteure sowie die Ermittlung der Schnittstellen und Interaktionen zwischen ihnen. Hierbei steht die Analyse der Mechanismen zwischen dem Gesundheitszieleprozess und den Kooperationspartnern im Mittelpunkt. Zum einen wird den einzelnen Akteuren die Einschätzung der Relevanz der erarbeiteten nationalen Gesundheitsziele ermöglicht. Zum anderen soll der Nutzen des gesamten nationalen Gesundheitszieleprozesses und die Erfassung des Durchdringungsgrades

des Zielegedankens bei den beteiligten Kooperationspartnern identifiziert werden (Maschewsky-Schneider & Thelen 2012).

2 Methoden

2.1 Vorgehensweise

Im Rahmen der Evaluation des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de* hat sich folgende übergreifende Fragestellung ergeben: *Welche Relevanz und welchen Nutzen haben die nationalen Gesundheitsziele für Bund, Länder, Kommunen, Verbände und Organisationen?*

Diese übergreifende Forschungsfrage ist anhand von Leitfragen während des von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. organisierten Workshops diskutiert worden. Die gewonnenen Erkenntnisse über die Relevanz und den Nutzen des Zieleprozesses für die Arbeit der beteiligten Akteure haben Berücksichtigung in der anschließenden Evaluation des Gesamtprozesses gefunden.

Die erste Phase der Evaluation des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de* hatte einen qualitativ-partizipativen Charakter. Während einer von der GVG organisierten Veranstaltung wurden im Rahmen mehrerer Workshops mögliche Dimensionen diskutiert, die in den zweiten Teil der Evaluation einbezogen werden sollen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Veranstaltung waren Vertreter/innen der Kostenträger und Leistungserbringer (Workshop 1), des Bundes, der Länder und Kommunen (Workshop 2) sowie der Patientenorganisationen, Selbsthilfe, Prävention und Gesundheitsförderung (Workshop 3).

Gemeinsam identifizierten und entwickelten die Akteure Kriterien für die Relevanz und den Nutzen des Gesamtprozesses anhand folgender Leitfragen:

- Was erwarten Sie von der Plattform *gesundheitsziele.de*?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit den nationalen Gesundheitszielen gemacht?
- Welche Strategien und Modellprojekte wurden vor dem Hintergrund der bestehenden Gesundheitsziele angestoßen und umgesetzt?
- Wodurch kann der Mehrwert des Kooperationsverbundes gestärkt werden?
- In welcher Form wäre eine Gesamtevaluation für Ihre Organisation nützlich?

Die zweite Phase der Evaluation des Gesamtprozesses von *gesundheitsziele.de* hatte dagegen einen quantitativ-repräsentativen Charakter, indem eine Befragung der Träger und Partner von *gesundheitsziele.de* durchgeführt wurde.

Untersuchungsgruppe: Im Rahmen einer quantitativen Totalerhebung wurden alle Träger und Partner von *gesundheitsziele.de* zur Relevanz und dem Nutzen des Gesamtprozesses für ihre Organisation bzw. Institution befragt. Der Fragebogen ist von der für die Gesundheitsziele verantwortliche Leitungsebene der Träger und Mitgliedsorganisationen beantwortet worden.

Erhebungsinstrument: Die Träger und Partner wurden per E-Mail eingeladen an der Befragung teilzunehmen. Mit dieser E-Mail haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine programmierte PDF-Datei des Fragebogens erhalten, die am PC ausgefüllt werden konnte. Die elektronische Form ist gewählt worden, um den Ablauf der Befragung zu erleichtern, ein zeit- und ortsunabhängiges Ausfüllen des Fragebogens ist so ermöglicht worden. Gleichzeitig ist ermöglicht worden, dass der Fragebogen sowohl in der Rohfassung als auch ausgefüllt für etwaige interne Abstimmungsprozesse innerhalb der Organisationen ausgedruckt und bearbeitet werden konnte.

Erhebungsdimensionen: Die Relevanz der nationalen Gesundheitsziele sowie der Nutzen des gesamten nationalen Gesundheitszieleprozesses sind in die quantitativ-repräsentative Erhebung eingegangen. Neben den in den Workshops vorgelegten Leitfragen sind in den Fragebögen folgende von den Akteuren identifizierte Kriterien für die Erhebungsdimensionen eingeflossen:

- Bedeutung der Nationalen Gesundheitsziele und des Nationalen Zieleprozesses
 - Legitimations- und Argumentationsfunktion der Gesundheitsziele
 - Auswirkungen der Rahmenbedingungen auf das eigene Handeln
 - Konkurrenzsituation zu anderen Aktivitäten
 - Grad der Verbindlichkeit der Gesundheitsziele
- Praktische Umsetzung der Gesundheitsziele und aktive Mitarbeit am Zieleprozess
 - Transfer der Gesundheitsziele in die Praxis
 - Erfahrungen erfolgreicher Ziele für die Verbreitung anderer Ziele
 - Inanspruchnahme des Netzwerks für die eigene Arbeit

- Nutzung der Infrastruktur von *gesundheitsziele.de* (Infopool)
- Zukünftige Ausrichtung der Nationalen Gesundheitsziele und des Zieleprozesses
 - Umfang der Mitarbeit
 - Umsetzung der bisher vereinbarten Gesundheitsziele
 - Entwicklung neuer Gesundheitsziele
 - Strategien der Öffentlichkeitsarbeit
 - Grad der Verbreitung der Gesundheitsziele in der Öffentlichkeit
 - Grad der Verbreitung von Handlungsaktivitäten in der Öffentlichkeit
 - Rolle der Geschäftsstelle von *gesundheitsziele.de*

Struktur des Fragebogens: Neben der Einordnung der Organisation in Teil A weist der Fragebogen vier weitere Abschnitte auf. Teil B fragt nach der Bedeutung der nationalen Gesundheitsziele und des nationalen Zieleprozesses. In Teil C sind die bisherigen praktischen Erfahrungen mit dem Zieleprozess abgefragt, in Teil D sind Fragen zum Gesundheitszieleprozess gestellt und im letzten Teil E ist danach gefragt worden wie der Zieleprozess zukünftig ausgerichtet sein soll.

	<u>Abschnitt des Fragebogens</u>	<u>Anzahl der Fragen</u>
A	Einordnung der Organisation/ Institution	1
B	Bedeutung der nationalen Gesundheitsziele	8
C	Praktische Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele	5
D	Gesundheitszieleprozess	5
E	Zukünftige Ausrichtung der nationalen Gesundheitsziele	10
	GESAMT	29

Erhebungszeitraum und Datenauswertung: Die Befragung ist im Zeitraum von 1.Mai 2013 bis zum 30. Juni 2013 durch das Robert Koch-Institut durchgeführt worden. Im Juli 2013 hat eine Nachfassaktion stattgefunden, um einen möglichst hohen Rücklauf der Fragebögen sicherzustellen.

Rücklauf: Insgesamt haben an der Befragung 69 der 124 Organisationen/Institutionen des Kooperationsverbundes teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 55,6%.

2.2 Auswertungsprotokoll

Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die rohen Studiendaten von Experten an dem Robert-Koch-Institut eingelesen und als MS Office Excel-Tabelle aufbereitet. Nach Erhalt der Daten wurde durch die Auswertungsbeauftragten von der Berlin School of Public Health ein Codebuch erstellt. Um die Rohdaten statistisch auswerten zu können, wurden sie dementsprechend durchgehend kodiert. Folgende Antwort-Kategorien wurden einheitlich für alle Fragen kodiert:

98: Keine Angabe möglich

99: Weiß nicht

999: Fehlender Wert.

Dies diente der Erleichterung der Erkennung und entsprechend gesonderten Auswertung dieser Antwortkategorien. Im Anschluss an ihre Kodierung in der MS Office Excel-Datei wurden die Studiendaten in die statistische Software IBM SPSS Statistics 22 zu ihrer Auswertung importiert.

Im ersten Auswertungsschritt wurden Häufigkeitsanalysen für alle quantitativen Variablen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden anhand von Balkendiagrammen abgebildet, da alle eingeschlossenen Variablen kategorial waren. Bei den Fragen, die mehr als eine Antwort zuließen, wurde eine Mehrfachantwortanalyse durchgeführt, bei der die 'Ja'-Antworten gezählt wurden. Dabei wurde für jede Antwortmöglichkeit sowohl der Prozentsatz aus allen Antworten (ergibt 100%), als auch der Prozentsatz aus allen teilnehmenden Institutionen (N), die die jeweilige Antwortmöglichkeit angekreuzt haben, gerechnet, was häufig mehr als 100% ergab.

Die vorgesehenen Filterfragen (B2, C1, E1, E4) wurden entsprechend berücksichtigt. Für weitere Auswertungen wurden nur die Fälle eingeschlossen, bei denen die Filterbedingungen erfüllt wurden.

Für die Auswertung der Frage B3 („Wie sind die Gesundheitsziele ausgerichtet, die von teilnehmenden Organisationen/Institutionen festgelegt wurden?“) wurde zunächst eine zusätzliche Variable erstellt, deren Wert auf 1 gesetzt wurde, wenn eine Organisation/Institution ein eigenes Gesundheitsziel in einer konkreten Ausrichtung benannte. Im Anschluss wurde eine Mehrfachantwortanalyse durchgeführt, um eine Übersicht von der thematischen Ausrichtung der Gesundheitsziele zu gewinnen. Analog wurde bei Frage C4 („Nennen Sie bitte max. 5 eigene Projekte

und Maßnahmen, die zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele beigetragen haben und machen Sie Angaben zum Prozess der Durchführung“) eine zusätzliche Variable gebildet, die zählte, wie viele der teilnehmenden Organisationen ein Projekt in der jeweiligen Kategorie (Projekt 1, Projekt 2, usw.) eingetragen haben, um eine Übersicht über die Anzahl der angebotenen Projekte zu erstellen. Als nächstes wurden die Variablen Bestandsaufnahme, Qualitätssicherung und Evaluation einer Mehrfachantwortanalyse unterzogen, in der die Häufigkeit der positiven Antworten gezählt wurde.

In dem zweiten Schritt wurde durch die Auswertung der fehlenden Werte die Häufigkeit der übersprungenen Fragen bei den Variablen ermittelt, bei denen dies nicht aus den bereits durchgeführten Häufigkeitsanalysen ersichtlich wurde.

Nach der ersten Sichtung der Häufigkeitsanalysen wurden tiefergehende Auswertungen durchgeführt. So wurden bei ausgewählten Fragen Kreuztabellen erstellt, um ein detailliertes Bild der Antworten nach Organisationskategorien zu liefern. Dafür wurde die Variable umkodiert, die der Frage A1 („Welchem Bereich ist die Organisation/Institution, die Sie vertreten, zuzuordnen?“) entsprach. Hierbei wurden die acht Organisationen/Institutionen, die sich der Kategorie „Sonstige“ zugeordnet hatten, erneut in die vorhandenen Kategorien eingegliedert. Um eine valide Umkodierung zu erzielen, wurde die Kategorie „Industrieverband“ durch „Industrie“ ersetzt.

Außerdem wurde zusätzlich für Frage D4 („In welcher Form verwenden Sie das Logo *gesundheitsziele.de*?“) eine Häufigkeitsanalyse für alle teilnehmenden Institutionen durchgeführt, die bei Frage E7.3 („Die Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sollte in Zukunft durch eine stärkere Verbreitung des Logos organisiert werden“) eine positive Antwort gaben.

Die qualitativen Variablen wurden zuerst durch das Auswertungsteam in Bezug auf ihre Aussagekraft und Inhalt evaluiert. Die Fragen, bei denen wenige Antworten verzeichnet wurden, wurden nicht weiter ausgewertet, sondern die Antworten wurden als solches aufgelistet. Für Kernfragen wie B3, B5 und C4 wurden nachträglich Kategorien gebildet, die eine quantitative Analyse der Antworten ermöglichten. Hierfür wurden Häufigkeitsanalysen durchgeführt, die einen quantitativen Überblick über die qualitative Ausrichtung der gewonnenen Informationen lieferten.

3 Ergebnisse

A1: Welchem Bereich ist die Organisation/Institution, die Sie vertreten, zuzuordnen?

7 Organisationen/Institutionen sind dem Bund, 14 den Ländern¹ und 3 den Kommunen zuzuordnen. Des Weiteren haben 12 Kostenträger und 6 Leistungserbringer sowie 3 Fachverbände und 5 Industrieverbände teilgenommen. Die Patientenorganisationen sind dreimal und die Selbsthilfe zweimal vertreten. Außerdem sind 6 Verbände/Organisationen der Gesundheitsförderung bzw. Prävention und 8 wissenschaftliche Einrichtungen unter den Teilnehmern (Abb. A1, Tab. A1).

B1: Worin sehen Sie für Deutschland die Bedeutung der nationalen Gesundheitsziele?

Fast alle Befragten halten die Zielorientierung für sinnvoll, sowohl um die Gesundheitspolitik auf vorrangige Gesundheitsprobleme der Zukunft auszurichten (67 von 69) (Abb. B1.1, Tab. B1.1) als auch um die Gesundheit der Bevölkerung besser fördern zu können (66 von 69) (Abb. B1.2, Tab. B1.2).

Im Vergleich dazu bejahen nur 54 von 69 Teilnehmern den Sinn der Zielorientierung als Mittel zur Kräftebündelung im deutschen Gesundheitssystem. Zwar wird diese Aussage nur viermal verneint, aber knapp 16% der Organisationen/ Institutionen (N=11) können keine Angabe machen, wissen es nicht oder haben die Aussage übersprungen (Abb. B1.3, Tab. B1.3).

Darüber hinaus liegt für einige Teilnehmer die Bedeutung der nationalen Gesundheitsziele unter „Sonstiges“ u. a. in der Integration unterschiedlicher Interessen zu einem gemeinsamen Ziel, in der wirkungsvollen interdisziplinären Zusammenarbeit, in der Entwicklung eines gemeinsamen Problemverständnisses oder der Tatsache, dass verschiedene Akteure an einen Tisch gebracht würden. Eine zielorientiertere Gesundheitspolitik wird auch als nützlich für Patienten angesehen. An anderer Stelle wird sie zwar grundsätzlich für sinnvoll erachtet, allerdings müssten die Länder und die anderen Akteure über ausreichend Freiräume verfügen, um die Umsetzung nach ihren Vorstellungen gestalten zu können. Außerdem sollte die Definition von Gesundheitszielen nach Auffassung eines Teilnehmers die notwendige Flexibilität für regionale Anpassungen aufweisen.

¹

12 der 16 Länder haben geantwortet

B2. Haben Sie Gesundheitsziele oder vergleichbare Strategien/ Handlungsfelder für Ihre eigene Organisation bzw. Ihren eigenen Politikbereich festgelegt?

In der Mehrzahl der Organisationen/ Institutionen, die an der Befragung teilgenommen haben (49 von 69), sind Gesundheitsziele oder vergleichbare Strategien/ Handlungsfelder festgelegt worden. Nur in 15 Organisationen/ Institutionen hat es keine Festlegung gegeben (Abb. B2.1, Tab. B2.1).

B3: Wenn ja, wie sind diese Gesundheitsziele ausgerichtet?

In 7 der 49 Organisationen/ Institutionen, die Gesundheitsziele oder vergleichbare Strategien/ Handlungsfelder festgelegt haben, sind diese nur eine allgemeine Ausrichtung der jeweiligen Organisation bzw. des jeweiligen Politikbereiches. Dagegen haben 38 Organisationen/ Institutionen die Gesundheitsziele auf konkrete Themenfelder ausgerichtet. 4 haben diese Frage übersprungen bzw. nicht beantwortet (Abb. B3.1, Tab. B3.1).

In den meisten Fällen beziehen sich die Gesundheitsziele auf Themen der Gesundheitsförderung und Prävention (N=35), gefolgt von Krankheitsbildern (N=32), Lebensphasen (N=30) und Risikofaktoren (N=27). Versorgungsstruktur Aspekte inklusive Pflege und Rehabilitation spielen eine eher untergeordnete Rolle (N=17). Die unter „Sonstiges“ aufgeführten Themen (N=14) sind den anderen fünf Kategorien zugeordnet worden (Tab. B3.2).

In der Gruppe der Risikofaktoren sind 31 Themenfelder genannt worden, die den Bereichen Rauchen, Alkohol, Lebensstil, Ernährung und Bewegung, Suchtmittel, Vorsorge/ Früherkennung und Sonstige zugeordnet worden sind. „Rauchen“ sowie „Lebensstil, Ernährung und Bewegung“ sind die Kategorien, die mit jeweils 6 Nennungen am häufigsten vorkommen, gefolgt von „Alkohol“, „Suchtmittel“ und „Vorsorge/ Früherkennung“ mit jeweils 3 Nennungen (Abb. B3.3, Tab. B3.3). Die Rubrik „Sonstige“ weist ebenfalls viele Nennungen auf (N=10), allerdings sind hier unterschiedliche Themen wie Brustkrebs, Gefahren durch Verletzungen, Sonnenexposition, Genderaspekte der Versorgung, u.a., die jeweils nur einmal genannt worden sind, zusammengeführt.

Bei den Krankheitsbildern sind 62 Nennungen in die Kategorien Brustkrebs, Suchtmittel, Krebs, Diabetes/ metabolisches Syndrom, Herz-Kreislaufkrankungen, psychische Erkrankungen, Demenz & Alzheimer, Übergewicht/ Adipositas, Mundgesundheit und sonstige eingeordnet worden. Die psychischen Erkrankungen (N=13), Diabetes/ metabolisches Syndrom (N=9), Krebs (N=9) und Brust-

krebs (N=8) sind hierbei am häufigsten vertreten. Selten wurden Herz-Kreislaufkrankungen (N=3), Demenz & Alzheimer (N=3) und Übergewicht/ Adipositas (N=2) genannt (Abb. B3.4, Tab.B3.4). Zu den „Sonstigen“ (N=7) zählen beispielsweise Muskel-Skelett-Erkrankungen, Multimorbidität und Sturzprophylaxe.

Der Großteil der Gesundheitsziele, die sich auf die Lebensphasen beziehen (N=46), widmen sich der Kindheit und Jugend (N=20) bzw. der zweiten Lebenshälfte (N=16). Die Erwerbsphase ist nur in 4 Fällen genannt worden (Abb. B3.5, Tab. B3.5). Nennungen wie Medikalisierung von Frauenleben, Demografie und Männergesundheit fallen in den Bereich „Sonstige“ (N=6).

Gesundheitsziele in Hinblick auf Versorgungsstruktur Aspekte, einschließlich Pflege und Rehabilitation sind in 24 Fällen genannt und den Rubriken Versorgungskooperationen (N=4), -konzepte (N=6), Qualifizierung (N=1), Versorgungsmanagement (N=5), Forschung (N=2) und Sonstige (N=6) zugeordnet worden (Abb. B3.6, Tab. B3.6). Unter „Sonstige“ fallen allgemeine Nennungen wie Krebs oder Brustkrebs.

Solche, die die Gesundheitsförderung und Prävention betreffen (N=51), beziehen sich auf die Themenbereiche Suchtprävention (N=5), Prävention von somatischen (N=5) sowie psychischen Erkrankungen (N=4), Förderung von Lebensstilveränderungen (N=10), betriebliche Gesundheitsförderung (N=6) und Gesundheitsförderung im Setting (N=4), Präventionsgesetz, -strategien und -konzepte (N=7) sowie Sonstige (N=10) (Abb. B3.7, Tab. B3.7). Die Gesundheit von Arbeitslosen, Medical Home und individuelle Prävention sind neben anderen unter „Sonstige“ subsumiert worden.

B4: Welche Bedeutung haben die nationalen Gesundheitsziele für Ihre Organisation bzw. Ihren Politikbereich?

Rund 66% der Organisationen/ Politikbereiche, die an der Befragung teilgenommen haben (46 von 69), sind der Auffassung, dass die nationalen Gesundheitsziele für die Entwicklung eigener Gesundheitsziele hilfreich seien, währenddessen knapp 19% dies verneinen (N=13) (Abb. B4.1, Tab. B4.1.1). Dieser Trend wird in der differenzierten Auswertung nach Bereichen bestätigt mit Ausnahme der Leistungserbringer, die diese Aussage mehrheitlich verneinen (Tab. B4.1.2).

Für eine ähnlich große Anzahl an Organisationen/ Institutionen (N=42) stellen die nationalen Gesundheitsziele Handlungsempfehlungen für die eigene Arbeit dar. In 16 Organisationen/ Institutionen ist dies nicht der Fall (Abb. B4.2, Tab. B4.2.1). Bis auf die Mehrheit der Industrieverbände bestätigen alle anderen Organisationskategorien dieses Ergebnis in der differenzierten Auswertung

(Tab. B4.2.2).

Die nationalen Gesundheitsziele als Argumentations- und Legitimationshilfe für die eigene Arbeit verwenden 75% der Befragten (52 von 69), lediglich 20% (N=14) tun dies nicht (Abb. B4.3, Tab. B4.3.1). Auch hier zeigt sich in der differenzierten Betrachtung der gegenläufige Trend bei den Industrieverbänden (Tab. B4.3.2).

Dagegen dienen die Ziele nur in 14 Organisationen/ Institutionen der Priorisierung der Arbeit. In 42 Einrichtungen ist das nicht der Fall und in 13 Fällen ist keine Angabe möglich, die Antwort nicht gewusst oder die Aussage übersprungen worden (Abb. B4.4, Tab. B4.4.1). Die differenzierte Auswertung bestätigt diesen Trend für alle Bereiche mit Ausnahme der Leistungserbringer (Tab. B4.4.2).

Ein ähnliches Bild zeigt die Bedeutung der nationalen Gesundheitsziele für die Strukturierung der Arbeit der Organisationen/ Institutionen. In 10 Fällen wird die Bedeutung bejaht, 43 Teilnehmer verneinen diese. Allerdings ist in 23% der Fälle (N=16) weder eine Angabe noch eine Aussage möglich („weiß nicht“) oder ist die Aussage übersprungen worden (Abb. B4.5, Tab. B4.5.1).

Im Gegensatz zur großen Mehrheit der befragten Einrichtungen (N=60) sind die nationalen Gesundheitsziele nur in einer Organisation/ Institution ohne Bedeutung (Abb. B4.6, Tab. 4.6.1).

Ferner stehen für die große Mehrheit (N=61) die nationalen Gesundheitsziele nicht in Konkurrenz zu den eigenen Gesundheitszielen, lediglich für 2 wissenschaftliche Einrichtungen besteht eine Konkurrenzsituation(Abb. B4.7, Tab. 4.7.1, Tab. 4.7.2).

Ergänzend wurde von den Befragten unter „Sonstiges“ u.a. angegeben, dass die nationalen Gesundheitsziele in 378 Gesundheitsämtern als Leitlinie teilweise verwendet würden, um regionale Gesundheitsziele zu entwickeln und dass sie indirekt Bedeutung hätten, da durch Disease-Management-Programme ein Beitrag zur Zielerreichung geleistet würde.

B5: Sind die Themenfelder der nationalen Gesundheitsziele oder Teilziele in Ihren eigenen Zielen oder vergleichbaren Strategien/ Handlungsfeldern enthalten?

Knapp 90% der Organisationen/ Institutionen (62 von 69) haben die Themen der nationalen Gesundheitsziele in den eigenen Zielen oder vergleichbaren Strategien/ Handlungsfeldern verankert (Abb. B5.1, Tab. B5.1).

Die meisten Handlungsfelder oder vergleichbaren Strategien beziehen sich auf die Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen“ (N=54) und „Gesund älter werden“ (N=52) gefolgt von „Tabakkonsum reduzieren“ (N=47) und „Patientensouveränität (N=47), „Depressive Erkrankungen“ (N=35),

„Diabetes Mellitus Typ 2“ (N=30) sowie „Brustkrebs“ (N=30).

Innerhalb der Themenfelder der nationalen Gesundheitsziele werden von den Befragten unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Versorgungsstrukturen (N=10) und Prävention, Gesundheitsförderung/ Früherkennung (N=9) spielen als Handlungsfelder im Bereich von Diabetes Mellitus Typ 2 die größte Rolle. Weniger verankert sind Handlungen in den Bereichen Rehabilitation (N=2) und Politik bzw. Programme (N=2). Die Kategorie „Sonstige“ (N=7) enthält Themenfelder wie z.B. Adipositasprogrammbewertungen (Abb. B5.2, Tab. B5.2).

Vorrangig werden Strategien, die der Politik (N=8) und Versorgung (N=8) zuzuordnen sind, zur Realisierung des Gesundheitsziels „Brustkrebs“ umgesetzt, gefolgt von Maßnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung/ Früherkennung (N=5), Rehabilitation (N=3) und Palliativmedizin (N=1). In die Rubrik „Sonstige“ (N=5) sind unspezifische Angaben eingeordnet worden (Abb. B5.3, Tab. B5.3). Die Handlungsfelder Prävention/ Aufklärung (N=17) und Tabakentwöhnung/ Tabakreduktion (N=11) sind bei der Reduktion des Tabakkonsums von großer Bedeutung. Seltener sind die Bereiche der Evaluation von Nichtraucherprogrammen/ Schulungen (N=2), der Politik und Programme/ Gesetze (N=7) sowie der Versorgungsstrukturen (N=3) genannt worden. Unter die Kategorie „Sonstige“ (N=7) fallen Themen wie Tabak und Mundgesundheit (Abb. B5.4, Tab. B5.4).

Maßnahmen im Bereich von Politik und Programmen (N=11) sowie Prävention, Information und Gesundheitsförderung (N=9) sind Teil des Ziels „Gesund aufwachsen“. Außerdem sind Strategien zur Bewegungsförderung (N=6) und zur Stärkung von Ernährungskompetenzen und -verhalten (N=6) sowie verschiedenen Versorgungs- und Hilfestrukturen (N=6) hier verankert. Dagegen sind die Kategorien Sprachförderung (N=1), Mutter-Kind-Gesundheit (N=2) und Anti-Sucht (N=3) weniger bedeutsam. Handlungsfelder wie die Erhöhung der Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche, Mundgesundheit, Impfschutz und die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind unter „Sonstiges“ (N=10) zusammengefasst worden (Abb. B5.5, Tab. B5.5).

Aufklärung, Information, Kampagnen & Beratung, Schulung & Erziehung (N=13) sowie der Stärkung von Kompetenzen/ Patient(innen)souveränität (N=9) sind Handlungsfelder, um die gesundheitlichen Kompetenzen zu erhöhen und die Patient(innen)souveränität zu stärken. Seltener vertreten sind Strategien der Gesundheitsförderung/ Prävention (N=4), der Politik (N=4) und der Selbsthilfe/ Unterstützungsangebote (N=3). Maßnahmen, die den Aufbau sozialer Netze für ältere Menschen und die Gesundheit von Arbeitslosen betreffen sowie Forschungstätigkeiten zu diesem Gesundheitsziel, u.a. sind Teil der Kategorie „Sonstige“ (N=14) (Abb. B5.6, Tab. B5.6).

Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen (N=9) und Versorgungsstrukturen (N=8) sind für das Thema der depressiven Erkrankungen erkennbar wichtig. Die Bereiche der Kuration (N=3), Rehabilitation (N=2) und Pflege (N=1) spielen eine eher untergeordnete Rolle. Ebenso scheinen die Felder der Politik (N=3) und der Information, Aufklärung, Kampagnen und Schulungen (N=2) von geringerer Bedeutung zu sein. Arbeitsschwerpunkte wie Medikamentenmissbrauch und unspezifische Nennungen sind unter „Sonstige“ (N=7) gebündelt worden (Abb. B5.7, Tab. B5.7).

Prävention/ Früherkennung und Gesundheitsförderung (N=15) sowie die Politik (N=8) sind ebenfalls wichtige Handlungsfelder des Ziels „Gesund älter werden“. Der Bereich der Lebensqualität, Selbständigkeit und Teilhabe von älteren Menschen (N=5) auf der einen Seite sowie Mundgesundheit (N=4), Gesundheitsuntersuchungen (N=3), Rehabilitation (N=3) und Pflege/ Unterstützung von Angehörigen (N=3) auf der anderen Seite sind von den Teilnehmern seltener genannt worden. Einzelne Nennungen zu Landesinitiativen, Informationsangeboten und Schulungsprogrammen sind der Kategorie „Sonstige“ (N=11) zugeordnet (Abb. B5.8, Tab. B5.8).

B6: Welche Faktoren sind für die Übernahme nationaler Gesundheitsziele in Ihrer eigenen Arbeit eher förderlich bzw. hinderlich?

Die aktuellen Schwerpunkte der eigenen Organisation/ Institution oder des eigenen Politikbereichs werden von rund 56% der Befragten (39 von 69) als förderlich für die Übernahme nationaler Gesundheitsziele angesehen. Nur knapp 3% (2 von 69) sehen die aktuellen Schwerpunkte als hinderlich an. Allerdings können 40% der teilnehmenden Einrichtungen keine Angabe machen, wissen es nicht oder haben diese Aussage übersprungen (28 von 69) (Abb. B6.1, Tab. B6.1.1). Bei der differenzierten Auswertung nach Bereichen ist auffällig, dass knapp die Hälfte der Einrichtungen, die dem Bund, den Ländern und den Kostenträgern zuzuordnen sind, keine Angabe machen können (Tab. B6.1.2).

Gleichfalls können knapp 50% der Teilnehmer (34 von 69) nicht beantworten oder haben diese Aussage übersprungen, inwieweit die verfügbaren Ressourcen in der eigenen Organisation/ im eigenen Politikbereich für die Übernahme nationaler Gesundheitsziele förderlich oder hinderlich sind. 26% der Organisationen (18 von 69) schätzen die verfügbaren Ressourcen als eher förderlich und knapp 25% (17 von 69) als eher hinderlich ein (Abb. B6.2, Tab. B6.2.1). Hier zeigt die differenzierte Auswertung nach Bereichen, dass vor allem Einrichtungen, die dem Bund, den Kostenträgern und den Industrieverbänden zuzuordnen sind, keine Angabe möglich ist. (Tab. B6.2.2).

Darüber hinaus wurde unter „Sonstiges“ u.a. angemerkt, dass bei Mitgliedsorganisationen lediglich die Übernahme angeregt werden kann und zuweilen die Politik darüber entscheidet, ob Maßnahmen in bestimmten prioritären Themenfeldern im Rahmen von Gesundheitszielprozessen oder in anderer Form bearbeitet werden sollen.

B7: Der rechtliche Status Quo sieht derzeit keine Verbindlichkeit für die nationalen Gesundheitsziele vor. Ist die fehlende Verbindlichkeit bzw. die freiwillige Selbstverpflichtung für die Übernahme nationaler Gesundheitsziele in Ihrer eigenen Arbeit eher förderlich bzw. hinderlich?

Die fehlende Verbindlichkeit der nationalen Gesundheitsziele wird lediglich von knapp 22% (15 von 69) der Einrichtungen als eher förderlich angesehen. 29% (20 von 69) sehen dies als eher hinderlich an. Demgegenüber stehen knapp 50% (34 von 69) der Befragten, die keine Angabe machen können oder keine Antwort wissen (Abb. B7.1, Tab. B7.1.1).

Immerhin knapp 40% der Organisationen/ Institutionen (27 von 69) erscheint die freiwillige Selbstverpflichtung der nationalen Gesundheitsziele als eher förderlich und nur knapp 19% (13 von 69) empfinden diese als eher hinderlich. Auch hier ist es 42% der Befragten (N=29) nicht möglich, eine Angabe zu machen oder sie wissen keine Antwort auf die Frage (Abb. B7.2, Tab. B7.2).

B8: Welche der folgenden Aspekte des nationalen Gesundheitszieleprozesses sind für Ihre Organisation bzw. Ihren Politikbereich von Bedeutung?

Die Ergebnisoffenheit des Gesundheitszieleprozesses hält die große Mehrheit (54 von 69) Organisationen/ Institutionen für sehr wichtig bzw. wichtig. Nur für 8 Befragte ist das ein weniger wichtiger bzw. unwichtiger Aspekt (Abb. B8.1, Tab. B8.1).

Außerdem halten viele Teilnehmer (61 der 69) die Möglichkeit, von den Erfahrungen der anderen Akteure profitieren zu können, für sehr wichtig bzw. wichtig wobei das 5 Einrichtungen weniger wichtig ist (Abb. B8.2, Tab. B8.2).

Auch das Einbringen der eigenen strategischen Ausrichtung und prioritären Handlungsfelder in den Gesundheitszieleprozess ist von einer großen Mehrheit der Teilnehmer (56 von 69) als sehr wichtig oder wichtig benannt worden. Lediglich 10 finden diese Möglichkeit weniger wichtig oder unwichtig (Abb. B8.3, Tab. B8.3).

Dieselbe Anzahl von Teilnehmer empfindet die gemeinsamen Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung als sehr wichtig bzw. wichtig (56 von 69), währenddessen dies 9 Ein-

richtungen als weniger wichtig wahrnehmen (Abb. B8.4, Tab. B8.4).

Eine geringere Anzahl, jedoch immer noch die Mehrheit (43 von 69), hält das Profitieren von der wissenschaftlichen Begleitung bei der Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszielen für sehr wichtig oder wichtig ist. Für 22 Befragte ist das für weniger wichtig bzw. unwichtig (Abb. B8.5, Tab. B8.5).

Vor allem der Mehrwert, der aus unterschiedlichen Erfahrungen und Perspektiven resultiert, ist von den meisten Organisationen/ Institutionen (61 von 69) als sehr wichtig oder wichtig betrachtet worden. Nur 6 Teilnehmer sehen diesen Mehrwert als weniger wichtig an (Abb. B8.6, Tab. B8.6).

C1: Welche Erfahrungen haben Sie bislang in Ihrer Organisation oder Ihrem Politikbereich mit der Umsetzung nationaler Gesundheitsziele gemacht?

Nur in einer der 69 Organisationen/ Institutionen, die teilgenommen haben, werden die nationalen Gesundheitsziele insgesamt umgesetzt. Die Mehrheit der Teilnehmer (N=42) wählen Teilziele aus und setzen diese um. Kaum Umsetzung finden die nationalen Gesundheitsziele in 6 Einrichtungen. 8 Organisationen haben keine Angabe gemacht und in 12 Fällen werden die Gesundheitsziele nicht übernommen (Abb. C1, Tab. C1).

C2: Wenn Sie mit nationalen Gesundheitszielen in Ihrer Organisation oder Ihrem Politikbereich arbeiten, wie werden diese umgesetzt (Mehrfachantworten möglich)?

Am häufigsten werden zur Umsetzung nationaler Gesundheitsziele Informationen verbreitet und Öffentlichkeitsarbeit betrieben (N=39), gefolgt von Durchführungen von Tagungen und Kongressen (N=29) und dem Aufbau von Vernetzungsstrukturen (N=24). Die Entwicklung von Programmen (N=22), Beratungsleistungen (N=19), Weiterbildung und Kursangebote (N=19), die Zertifizierung von Handlungsaktivitäten (N=5) sowie die Einrichtung eigener Geschäftsbereiche (N=3) sind weitere Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele (Tab. C2).

Zusätzlich sind unter „Sonstige“ u.a. die Integration der Gesundheitsziele in eigene Vorhaben, Qualitätsmanagement in der Prävention, die Einrichtung eines eigenen Präventionszentrums, das Einbringen von Informationen und Haltungen in eigene Behandlungen sowie die Förderung der regionalen Knoten in den Landesarbeitsgemeinschaften Gesundheit genannt worden.

C3: Zu welchen nationalen Gesundheitszielen sind in Ihrer Organisation bzw. Ihrem Politikbereich Umsetzungen erfolgt (Mehrfachantworten möglich)?

Nach Aussage der 54 Organisationen/Institutionen, die diese Frage beantwortet haben, betreffen die meisten Maßnahmen die beiden Gesundheitsziele, die sich auf die Lebensphasen beziehen (jeweils N=38). Die Reduktion des Tabakkonsums umfasst 34 und die Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz und Stärkung der Patient(innen)souveränität 32 Handlungen. Dem folgen die auf Krankheitsbilder bezogenen Gesundheitsziele Depressive Erkrankungen (N=24), Diabetes Mellitus Typ 2 (N=22) und Brustkrebs (N=21) (Tab C3.1).

C4: Nennen Sie bitte max. 5 eigene Projekte und Maßnahmen, die zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele beigetragen haben und machen Sie Angaben zum Prozess der Durchführung.

Von den 57 Organisationen/Institutionen, die diese Frage beantwortet haben, haben mehr als die Hälfte bis zu drei Projekte angegeben (N=35). 4 oder 5 Projekte werden von 23 bzw. 17 Befragten angegeben (Tab. C4.1). 135 der 162 Projekte sind durch eine Bestandsaufnahme vorbereitet worden, 99 Projekte folgten einem Qualitätssicherungsverfahren und 105 der 162 Projekte sind evaluiert worden (Tab. C4.2).

Die 162 genannten Projekte lassen sich auf 14 Kategorien verteilen. Der größte Anteil fällt auf das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ (N=25), gefolgt von Projekten, die sich auf die Ziele „Depressive Erkrankungen“ (N=18), „Diabetes Mellitus Typ 2“ (N=15) und den Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Fachinformation, Qualifizierung/ Schulung (N=15) beziehen. Darüber hinaus sind jeweils 14 Projekte im Bereich der Tabakreduktion und Prävention/ Gesundheitsförderung durchgeführt worden. Das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ ist in 12, „Brustkrebs“ und „Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenzen“ in jeweils 9 Projekten verfolgt worden. Maßnahmen im Bereich von Politik und von Versorgungskonzepten und -strukturen sind jeweils achtmal verwirklicht worden. Darüber hinaus sind je 4 Mutter/Kind-Projekte und selbsthilfebezogene Projekte umgesetzt worden (Abb. C4, Tab. C4.3).

C5: Erfolgt die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele in Ihrer Organisation bzw. Ihrem Politikbereich zusammen mit Kooperationspartnern?

In knapp 44% der Organisationen/Institutionen (25 von 57) werden die Aktivitäten/ Maßnahmen gemeinsam mit Partnern des Kooperationsbundes durchgeführt. Bei rund 31% der Einrichtungen (18 von 57) erfolgt die Umsetzung durch Partner außerhalb des Kooperationsbundes und 14% der Teilnehmer (8 von 57) realisieren die Projekte allein (Abb. C5, Tab. C5).

D1: Welchen Beitrag hat Ihre Organisation bzw. Ihr Politikbereich bisher im Kooperationsverbund geleistet (Mehrfachantworten möglich)?

Mehr als zwei Drittel der Einrichtungen (47 von 68) nimmt regelmäßig an den Arbeitsgruppen und knapp die Hälfte (30 von 68) nimmt regelmäßig an den Sitzungen des Steuerungskreises teil. Die Hälfte der Teilnehmer (N=34) hat angegeben, dass sie einen finanziellen Beitrag leisten. Nur 18 Teilnehmer bieten *gesundheitsziele.de* eine Plattform für Publikationen zur Verbreitung der Gesundheitsziele. 15 der 68 Organisationen/ Institutionen beziehen *gesundheitsziele.de* in eigene Maßnahmen ein, 14 laden *gesundheitsziele.de* zu eigenen Veranstaltungen ein und 2 Einrichtungen beteiligen sich gar nicht. 11 Organisationen/ Institutionen geben in der Kategorie „Sonstiges“ u.a. an, dass sie an der Ausarbeitungen von Gesundheitszielen beteiligt gewesen oder dass Ressourcen in Form von Räumlichkeiten bereitgestellt worden seien. Ein Vertreter merkt an, dass seine Organisation *gesundheitsziele.de* zu einem erheblichen Anteil mitfinanziere (Tab. D1).

D2: Wie bewerten Sie die Transparenz der Arbeit im Gesundheitszieleprozess?

Den Prozess und die Arbeitsweise der nationalen Gesundheitsziele schätzt die große Mehrheit der teilgenommenen Organisationen/ Institutionen (50 von 69) als transparent ein. 7 verneinen dies und 12 können keine Angabe machen oder wissen es nicht (Abb. D2, Tab. D2).

D3: In welcher Form haben Sie die Plattform *gesundheitsziele.de* bislang im Rahmen Ihrer eigenen Tätigkeit in Anspruch genommen (Mehrfachantworten möglich)?

Bei der Umsetzung eines Gesundheitsziels sind knapp die Hälfte der Einrichtungen (27 von 58) von einer entsprechenden Arbeitsgruppe begleitet worden. Etwas weniger (N=21) haben das Netzwerk der Kooperationspartner und 33 den Infopool auf *gesundheitsziele.de* in Anspruch genommen. Die entwickelten Konzepte und Qualitätskriterien der Plattform wurden von 25 Organisationen/ Institutionen genutzt (Tab. D3).

D4: Das Gesundheitsziele-Logo darf ausschließlich von Trägern und Partnern von *gesundheitsziele.de* und, falls vorhanden, von deren Mitgliedsorganisationen verwendet werden. In welcher Form verwenden Sie das Logo *gesundheitsziele.de*?

Lediglich knapp 35% der Teilnehmer (24 von 69) verweisen auf ihrer Website auf die Kooperation mit *gesundheitsziele.de*. Die Hälfte (N=35) tut dies nicht und knapp 15% haben keine Angabe gemacht oder diese Aussage übersprungen (N=10) (Abb. D4.1, Tab. D4.1.1). Die differenzierte Auswertung nach Bereichen bestätigt diese Aussage mit Ausnahme der Institutionen, die dem Bund, den Patientenorganisationen und der Selbsthilfe zuzuordnen sind, die mehrheitlich auf die Kooperation hinweisen. Bei den Verbänden/ Organisation der Gesundheitsförderung bzw. Prävention und wissenschaftlichen Einrichtungen hält es sich die Waage (Tab. D4.1.2).

Nur eine kleine Gruppe (9 von 69) kennzeichnet einzelne Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele mit dem Logo von *gesundheitsziele.de*. Mehr als die Hälfte (N=39) verneint dies und knapp ein Drittel der Organisationen/ Institutionen (N=21) können keine Angabe machen oder haben zu dieser Aussage keine Stellung bezogen (Abb. D4.2, Tab. D4.2).

Noch weniger (3 von 69) stellen das Logo ihren Mitgliedsorganisationen zur Verfügung, währenddessen knapp 60% (N=41) dies nicht tun. 36% (N=25) können keine Angabe machen, wissen keine Antwort oder haben diese Aussage übersprungen (Abb. D4.3, Tab. D4.3.1).

Somit verwenden auch nur 4% der Einrichtungen (3 von 69) das Logo, derweil knapp 58% es nicht tun. Auch hier hat eine vergleichbar große Anzahl der Teilnehmer (N=26) keine Angabe gemacht, keine Einschätzung getroffen („weiß nicht“) oder keine Stellung bezogen (Abb. D4.4, Tab. D4.4.1).

Zusätzlich ist unter „Sonstiges“ beispielsweise angegeben, dass die Verwendung des Logos entweder nicht so wichtig oder nicht möglich sei und eine Organisation/ Institution verwendet das Logo zeitweise als Banner unter E-Mails.

D5: Welchen Nutzen hat der Gesundheitszieleprozess für Ihre eigene Arbeit?

Aus dem fach- bzw. ressortübergreifenden Informationsaustausch ziehen rund 85% der Einrichtungen (59 von 69) einen Nutzen, lediglich 6% der Organisationen/ Institutionen (N=4) geben an, dass sie von dem Informationsaustausch nicht profitieren (Abb. D5.2, Tab. D5.2). Immerhin 81% der Teilnehmer (56 von 69) nutzen die Erfahrungen der anderen Akteure, was ebenfalls von knapp 6%

der Einrichtungen (N=4) verneint wird (Abb. 5.1, Tab. D5.1). Den Lerneffekt für alle Beteiligte empfinden etwas weniger (50 von 69) als gewinnbringend. Nur 7% (N=5) sehen keinen Nutzen und etwa 20% der Befragten (N=14) machen keine Angabe, wissen es nicht oder haben die Aussage übersprungen (Abb. D.5.4, Tab. D.5.4).

Die fach- bzw. ressortübergreifende Zusammenarbeit erscheint mehr als zwei Drittel der Organisationen/ Institutionen (47 von 69) als lohnenswert, wogegen 10 Befragte dies nicht bejahen. 12 Teilnehmer können keine Angabe machen, wissen es nicht oder haben gar keine Aussage getroffen (Abb. D5.3, Tab. D5.3).

E1: Laut derzeitigem rechtlichen Status Quo sind die nationalen Gesundheitsziele selbstverpflichtend und nicht verbindlich. Wie sollten die nationalen Gesundheitsziele in Zukunft ausgerichtet sein?

Für knapp 61% der Organisationen/ Institutionen (42 von 69) sollen die nationalen Gesundheitsziele auch zukünftig selbstverpflichtend bleiben. Knapp 16% (N=11) lehnen dies ab und 23% (N=16) haben keine Aussage getroffen (Abb. E1.1, Tab. E1.1.1).

Immerhin wünschen knapp 48% der Einrichtungen (33 von 69) mehr Verbindlichkeit, was gleichzeitig von knapp 32% der Befragten (N=22) abgelehnt wird. Auch hier haben sich 20% der Organisationen/ Institutionen (N=14) einer Aussage enthalten (Abb. E1.2, Tab. E1.2).

E2: Wie könnte eine stärkere Verbindlichkeit hergestellt werden?

Eine stärkere Verbindlichkeit könnte nach Einschätzung der Befürworter beispielsweise durch Einbindung der nationalen Gesundheitsziele in andere Gesundheitsprogramme, Gesetze und Initiativen (Präventionsgesetz oder Öffentlicher Gesundheitsdienst) oder durch ein stärkeres Engagement des Bundesministerium für Gesundheit und der Gesundheitsministerkonferenz erreicht werden. Das Bundesministerium für Gesundheit sollte verbindlicher mitarbeiten und Ergebnisse in die Gesetzgebung überführen. Neben dem Bundesministerium für Gesundheit sollte außerdem der Gesundheitsausschuss des Bundestages stärker eingebunden und das Bundeskanzleramt für die Sache gewonnen werden. Darüber hinaus wurde angeregt, finanzielle Förderinstrumente zu schaffen, die mit ausreichend Gestaltungsspielraum für die unterste Ebene an den Dreischritt Bund/ Länder/ Kommunen gekoppelt werden sollten. Dabei könnten vorhandene Strukturen auf Landes- und kommunaler Ebene zur verbindlichen Umsetzung (Landesgesundheitskonferenzen und kom-

munale Gesundheitskonferenzen) genutzt werden. Des Weiteren wird eine Aufstockung der finanziellen Mittel für Projekt- und Aktionsförderung aus Bundesmitteln gefordert. Auch sollten die Gesundheitsziele ergebnisorientierter sein und mit der Selbstverwaltung priorisiert werden.

Diesen Argumenten wird entgegen gehalten, dass die Verbindlichkeit für die Kommunen selbstverpflichtend bleiben muss, solange es keine klare Finanzierung zur Umsetzung nationaler Gesundheitsziele für die Kommunen gäbe. Eine Verbindlichkeit auf Basis von Regelungen im SGB V oder anderer Gesetze wird in einem Fall strikt abgelehnt. Es wird hier die Meinung vertreten, dass die Verbindlichkeit gestärkt würde, wenn die Politik den Prozess der Gesundheitsziele insgesamt ernster nehmen und die Ziele stärker in der Gesetzgebung berücksichtigen würde. Dazu braucht es keinen Zwang zur Umsetzung durch den Gesetzgeber, dieser würde den Prozess von *gesundheitsziele.de* nur zerstören.

E3: Wie sollte mit den nationalen Gesundheitszielen zukünftig weiter verfahren werden?

Wenn es nach der Mehrheit der Befragten ginge (40 von 69), dann sollen in der Zukunft regelmäßig neue nationale Gesundheitsziele entwickelt werden. Das findet dagegen bei 15 keine Zustimmung (Abb. E3.1, Tab. E3.1.1). Die Auswertung nach Bereichen zeigt, dass sowohl die Einrichtungen der Länder als auch die Organisationen der Gesundheitsförderung bzw. Prävention mehrheitlich die Entwicklung neuer nationaler Gesundheitsziele ablehnen (Tab. E3.1.2).

Für bereits verabschiedete Ziele wünschen fast alle Organisationen/ Institutionen (67 von 69) eine regelmäßige Aktualisierung (Abb. E3.2, Tab. E3.2.1).

Eher unentschlossen sind die Teilnehmer, ob ältere Ziele nach einiger Zeit aus dem Kooperationsverbund entlassen und nicht weiter bearbeitet werden sollten. Nur 19 von 69 stimmen mit ja, dagegen verneinen 29 die Aussage. Allerdings können 21 Befragte keine Angabe machen, sich nicht äußern („weiß nicht“) oder haben die Aussage übersprungen (Abb. E3.3, Tab.E3.3.1). In der detaillierten Auswertung wird deutlich, dass die Kostenträger und die Industrieverbände im Gegensatz zu allen anderen Bereichen mehrheitlich eine Entlassung älterer Gesundheitsziele aus dem Kooperationsverbund befürworten. Bei Einrichtungen des Bundes hält es sich die Waage (Tab. E.3.3.2).

Sehr wichtig erscheint den Befragten die Definition von Erfolgsindikatoren für bereits verabschiedete Gesundheitsziele. Fast alle Teilnehmer (66 von 69) wünschen, dass solche Erfolgsindikatoren festgelegt werden sollten, nur einmal wird das verneint (Abb. E3.4, Tab. E3.4.1).

Außerdem fordert die Mehrheit der Organisationen/ Institutionen (50 von 69) die Quantifizierung

dieser Erfolgsindikatoren für verabschiedete Ziele, was von nur 6 Teilnehmern verneint wird. 13 Einrichtungen können keine Angabe machen, wissen es nicht oder haben die Aussage übersprungen (Abb. E3.5, Tab. E3.5.1) und fast 95% der Organisationen/ Institutionen (65 von 69) begrüßen die Durchführung von Evaluationen bereits verabschiedeter Ziele anhand der festgelegten Indikatoren (Abb. E3.6, Tab. E3.6.1).

E4: Sollte zukünftig die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele durch den Kooperationsverbund und die zuständige Arbeitsgruppe verstärkt begleitet werden?

Die Mehrheit der 69 Befragten (N=37) steht auf dem Standpunkt, dass die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele zukünftig durch den Kooperationsverbund und die jeweilige Arbeitsgruppe verstärkt begleitet werden sollte. Lediglich 16 Teilnehmer finden eine verstärkte Begleitung unnötig. Allerdings können 16 Einrichtungen keine Einschätzung abgeben („weiß nicht“), keine Angabe machen oder haben die Frage übersprungen (Abb. E4, Tab. E4.1). Umgekehrt zur Gesamtauswertung zeigt sich bei einer näheren Betrachtung der verschiedenen Bereiche, dass die Kostenträger mehrheitlich eine verstärkte Begleitung ablehnen (Tab. E4.2).

E5: Wenn ja, welches der bereits verabschiedeten Gesundheitsziele sollte stärker durch die zuständige Arbeitsgruppe bei der Umsetzung begleitet werden?(Mehrfachantworten möglich).

Mehr Begleitung wünschen sich die Befürworter in erster Linie bei den beiden die Lebensphasen betreffenden Gesundheitszielen „Gesund älter werden“ (N=28) und „Gesund aufwachsen“ (N=26) sowie dem Ziel „Patient(innen)souveränität (N=20). An vierter Stelle steht das krankheitsbezogene Ziel „Depressive Erkrankungen“ (N=18), gefolgt von „Tabakkonsum verringern“ (N=17), „Diabetes Mellitus Typ 2“ (N=13) sowie „Brustkrebs“ (N=8) (Tab. E.5).

E6: Was müssten die am Zieleprozess Beteiligten in Zukunft für eine stärkere Umsetzung tun?

Nach Einschätzung der großen Mehrheit der Organisationen/ Institutionen (61 von 69) wäre es sehr wichtig bzw. wichtig, dass die Umsetzungsaktivitäten der am Zieleprozess Beteiligten in Zukunft sichtbarer gemacht werden. Nur vier Einrichtungen halten dies für weniger wichtig (Abb. E6.1, Tab. E6.1).

Die zukünftige verbindliche Festlegung des Beitrags zur Umsetzung der Gesundheitsziele halten immerhin noch 46 Einrichtungen für sehr wichtig bzw. wichtig im Gegensatz zu 15 Teilnehmer, de-

nen eine solche Festlegung weniger wichtig oder unwichtig erscheint (Abb. E6.2, Tab. E6.2).

Ferner wird unter „Sonstiges“ u.a. eine Einbindung in gesundheitspolitische Zielsetzungen, die Evidenzbasierung der Ziele, eine einheitliche Plattform sowie mehr Präsenz in der (Fach-)Öffentlichkeit von den Organisationen/ Institutionen als sehr wichtig für eine zukünftige stärkere Umsetzung der Gesundheitsziele erachtet.

E7: Wie sollte die Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit in Zukunft organisiert werden?

Knapp 60% der Befragten (N=41) wünschen die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie der zukünftigen Öffentlichkeitsarbeit. 10 lehnen dies ab und 18 können keine Aussage treffen, machen keine Angabe oder haben die Aussage nicht beantwortet (Abb. E7.1, Tab. E7.1.1).

Ebenfalls fordern 67% der Einrichtungen (N=46) eine Strategie für eine vermehrte mediale Aufmerksamkeit in der Zukunft, was von gut 11% (N=8) abgelehnt wird. Knapp 22% der Teilnehmer (N=15) haben dazu keinen Standpunkt, machen keine Angabe oder haben dieses Aussage übersprungen (Abb. E7.2, Tab. E7.2.1).

Was die stärkere Verbreitung des Logos in der Zukunft betrifft, ist das Bild nicht eindeutig. Lediglich 29 Organisationen/ Institutionen treffen eine Aussage (ja=21, nein=8). Dagegen legen sich 40 Befragte nicht fest („weiß nicht“), machen keine Angabe oder haben die Aussage nicht beantwortet (Abb. E7.3, Tab. E7.3.1). Von den 21 Befürwortern verweisen heute lediglich 11 auf ihrer Website auf die Kooperation mit *gesundheitsziele.de* und 5 kennzeichnen einzelne Maßnahmen mit dem Logo. Wiederum nur 3 Organisationen/ Institutionen stellen das Logo ihren Mitgliedsorganisationen zur Verfügung und lediglich die Mitgliedsorganisationen zweier Einrichtungen verwenden das Logo zur Kennzeichnung von Maßnahmen (Tab. E7.3.2, Tab. E7.3.3, Tab. E7.3.4, Tab. E7.3.5).

Zusätzlich wird unter „Sonstiges“ von einigen Teilnehmern u.a. mehr Präsenz auf Fachtagungen zu den Zielethemen und die Ausbreitung in andere Sozialversicherungsbereiche und auf politischer Ebene gefordert sowie mehr Verantwortung hinsichtlich Bund, Ländern und Gemeinden erwartet. Das Bundeskanzleramt soll als Sponsor gewonnen und Politik in Dialogveranstaltungen eingebunden werden. Bezüglich der Verwendung des Logos wurde angemerkt, dass es mit viel Aufwand verbunden ist ohne dass der Nutzen dazu in einem guten Verhältnis steht.

E8: Wie sollten die nationalen Gesundheitsziele in Zukunft außerhalb des Kooperationsverbundes bekannter gemacht werden?

Für sehr wichtig oder wichtig halten rund 87% der teilgenommenen Organisationen/ Institutionen (N=60) die Bereitstellung von Informationen über die nationalen Gesundheitsziele auf der Website und in Printmedien für Externe. Lediglich 10% (N=7) sind der Auffassung, dass dies weniger wichtig ist (Abb. E8.1, Tab. E8.1).

Eine vergleichbar große Anzahl (N=62) steht auf dem Standpunkt, dass Informationen für die Fachöffentlichkeit sehr wichtig oder wichtig sind und 4 Einrichtungen halten solche Informationen für weniger wichtig (Abb. E8.2, Tab. E8.2).

Auch die Durchführung von Workshops/ Tagungen für die Fachöffentlichkeit ist für viele Befragte sehr wichtig oder wichtig (N=52). Für 12 sind solche Angebote eher weniger wichtig oder unwichtig (Abb. E8.3, Tab. E8.3).

Im Vergleich zu den Informationen für die Fachöffentlichkeit finden weniger Befragte die Bereitstellung von speziellen Informationen für die Bürger sehr wichtig oder wichtig (N=41). Gar 25, das entspricht 36% der Teilnehmer, halten die Bereitstellung solcher Bürgerinformationen für weniger wichtig bzw. unwichtig (Abb. E8.4, Tab. E8.4).

Trotzdem erscheint mehr als der Hälfte der Organisationen/ Institutionen (40 von 69) die Erhöhung des Bekanntheitsgrades der nationalen Gesundheitsziele für die Allgemeinheit mittels neuer Medien sehr wichtig oder wichtig, währenddessen 20 von ihnen den Einsatz der Social Media weniger wichtig oder unwichtig finden. 9 Teilnehmer können sich dazu nicht äußern („weiß nicht“) oder haben die Aussage nicht beantwortet (Abb. E8.5, Tab. E8.5).

Außerdem wurde unter „Sonstiges“ vorgeschlagen, dass für die Ausbildung der Gesundheitsberufe Studienbriefe zu den Gesundheitszielen erstellt werden sollten. Als weitere Möglichkeiten zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades der Gesundheitsziele werden zum einen proaktive Informationen relevanter Entscheidungsträger gesehen und zum anderen das Einbinden von Meinungsbildnern in die Umsetzung gesehen.

E9: Welche Informationen/ Materialien sollten den Partnerorganisationen in Zukunft für die Verbreitung und Umsetzung zur Verfügung gestellt werden?

44 Befragte finden die Bereitstellung eines Newsletters sehr wichtig oder wichtig, und für 18 Teilnehmer ist das weniger wichtig bzw. unwichtig (Abb. E9.1, Tab. E9.1).

Dagegen halten fast alle (N=62) die Website *gesundheitsziele.de* für sehr wichtig bzw. wichtig, für 4 Organisationen ist dies weniger wichtig oder unwichtig (Abb. E9.2, Tab. E9.2).

Im Gegensatz dazu ist es für 32 der 69 Organisationen weniger wichtig oder unwichtig, dass Informationsmaterial in den Partnerorganisationen verbreitet wird. Den 21 Einrichtungen, denen das sehr wichtig oder wichtig ist, halten hierbei u.a. Informationen über die Ziele und ihre quantitativen Indikatoren sowie den Sachstand für sehr wichtig. Eine inhaltliche Übersicht mit Handlungsfeldern für die Partnerorganisationen, eine Dokumentation zu den Zielen (Lang- und Kurzfassung) und Informationen, z.B. bei aktualisierten Zielen/Teilzielen und zu Projekten/ Maßnahmen, werden ebenfalls als wichtig erachtet (Abb. E9.3, Tab. E9.3).

Auch Standardvorträge zu den Gesundheitszielen halten immerhin 26 der Befragten für sehr wichtig und wichtig. Dem gegenüber stehen 39 Teilnehmer, die solche Vorträge eher weniger wichtig und unwichtig finden (Abb. E9.4, Tab. E9.4).

Die Bereitstellung von Standardartikeln zu den Gesundheitszielen erscheint wiederum der Mehrheit (N=42) sehr wichtig und wichtig. Für eine geringere Zahl der Befragten (N=23) ist das weniger wichtig und unwichtig (Abb. E9.5, Tab. E9.5).

Einer noch größeren Gruppe (N=53) ist die Bereitstellung von zielgruppengerechten Leitfäden zur Umsetzung der Gesundheitsziele sehr wichtig und wichtig, nur 11 Organisationen/ Institutionen ist das weniger wichtig und unwichtig. Dreimal war keine Angabe oder keine Aussage möglich („weiß nicht“) und zweimal wurde die Aussage übersprungen (Abb. E9.6, Tab. E9.6).

Ergänzt wurde unter „Sonstiges“ u.a., dass Kennzahlen und eine gesundheitsökonomische Kosten/Nutzen-Evaluation und PowerPoint-Präsentationen zu einzelnen Gesundheitszielen/Prozessen/wissenschaftlichen Ergebnissen bereitgestellt werden sollten. Anleitungen, wie die Umsetzung von Gesundheitszielen evaluiert werden können, werden außerdem als nützliche Information verstanden. Betont wird außerdem, dass Social Media für die Verbreitung und Umsetzung genutzt werden sollte. Des Weiteren wird erwähnt, dass in Berlin eine Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung zur Begleitung der Prozesse existiert, die Informationsmaterialien, Newsletter, etc. erstellt.

E10: Welche Visionen haben Sie für die nationalen Gesundheitsziele?

Die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren in allen Bereichen halten fast alle Teilnehmer für sehr wichtig und wichtig (N=62). Für eine sehr kleine Minderheit (N=3) ist das weniger wichtig (Abb. E10.1, Tab. E10.1.1).

Weniger Teilnehmer, aber immer noch die Mehrheit (N=50), ordnen die Einbindung der Bürger als

sehr wichtig und wichtig ein. Dagegen halten 15 eine Bürgerbeteiligung für weniger wichtig und unwichtig (Abb. E10.2, Tab. E10.2.1).

In einem vergleichbaren Verhältnis halten die Befragten die Orientierung der nationalen Gesundheitsziele an internationalen Vereinbarungen für sehr wichtig/ wichtig (N=51) bzw. weniger wichtig/unwichtig (N=16) (Abb. E10.3, Tab. E10.3.1).

Fast allen Beteiligten (N=61) ist es sehr wichtig und wichtig, dass die Gesundheitsziele Bestandteil politischer Strategien werden. Nur 5 Einrichtungen ist das weniger wichtig und unwichtig (Abb. E10.4, Tab. E10.4).

Knapp die Mehrheit der Teilnehmer (36 von 69) erachtet einen gesetzlichen Auftrag zur Entwicklung von Gesundheitszielen für sehr wichtig und wichtig. Ein Drittel (N=23) findet das eher weniger wichtig oder unwichtig. 7 Organisationen/ Institutionen können keine Angabe machen, wussten keine Antwort oder haben die Aussage übersprungen (Abb. E10.5, Tab. E10.5.1). Einrichtungen des Bundes, der Kostenträger und der Industrieverbände ist ein gesetzlicher Auftrag weniger wichtig/ unwichtig ist (Tab. E10.5.2).

Demgegenüber ist die gesetzliche Verankerung bereits bestehender Gesundheitsziele nur einer Minderheit der Einrichtungen sehr wichtig und wichtig (26 von 69). 33 halten eine solche gesetzliche Verankerung eher für weniger wichtig und unwichtig (Abb. E10.6, Tab. E10.6.1). Die detaillierte Auswertung zeigt, dass u.a. die Fachverbände und wissenschaftlichen Einrichtungen eine gesetzliche Vereinbarung als sehr wichtig/ wichtig einschätzen (Tab. E10.6.2).

Fast alle Teilnehmer (67 von 69) wiederum halten eine regelmäßige Überprüfung der Gesundheitsziele in Hinblick auf die Zielerreichung für sehr wichtig und wichtig (Abb. E10.7, Tab. E10.7.1).

Zusätzlich ist den Organisationen/ Institutionen u.a. sehr wichtig, dass die Freiwilligkeit bei der Umsetzung erhalten bleiben müsse. Der Sinn und Zweck des Zieleprozesses an sich müsse regelmäßig reflektiert werden und Schnittstellen zwischen Bund und Ländern, Gesundheitszielen und Gesundheitsberichtserstattung sowie dem Zieleprozess und Fachgesellschaften weiterentwickelt werden. Auch wird eine Einbindung der Gesundheitsziele in laufende Studien der GBE, z.B. DEGS, KIGGS, und den Schulunterricht („nicht 'nur' Suchtprävention“) gefordert. Außerdem müssen, nach Meinung eines Teilnehmers, Darstellung und Informationen die breite Öffentlichkeit erreichen. Die Bürger sollen durch geeignete Verfahren der Bürgerbeteiligung stärker eingebunden und der Nutzen der Gesundheitsziele für sie besser transportiert werden. Es wird ein Nachdenken über das Verhältnis von Expertenforderungen/-normen in Sachen Gesundheit und den Vorstellungen /Nor-

men der Bürgerinnen und Bürger gewünscht. Ebenso erscheint eine Verbesserung der Datenlage für das eigene Handeln (Daten für Taten) erstrebenswert. Dazu gehören Evaluation der Einzelmaßnahmen im Setting, Bundesforschungsvorhaben im Bereich Public Health und die Unterstützung bei der Qualitätsentwicklung vor Ort. Projekte/Prozesse, die durch unterschiedlichen Kooperationspartner entwickelt und gesteuert werden, sollen aus Gründen der Transparenz zusammengeführt werden („Gesund aufwachsen“, BZgA, *gesundheitsziele.de*, u.a.). Die Umsetzung der Selbstverpflichtung der Kooperationspartner von *gesundheitsziele.de* und die konkreter Projekte und Maßnahmen zu verabschiedeten Gesundheitszielen erscheinen ebenso wichtig wie das Konsensprinzips bei der Entwicklung von Gesundheitszielen.

4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die nationalen Gesundheitsziele werden von der großen Mehrheit der Teilnehmer als sinnvoll angesehen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, die Gesundheitspolitik auf vorrangige Gesundheitsziele der Zukunft auszurichten und in einem föderalen Gesundheitssystem die Kräfte zu bündeln und unterschiedliche Interessen zu integrieren (B1). Der Grundgedanke des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* wird damit von allen Beteiligten gestützt und mitgetragen.

In vielen Fällen stellen die nationalen Gesundheitsziele Handlungsempfehlungen für die Arbeit der Teilnehmer dar und helfen bei der Priorisierung der Arbeit. Ferner ist bedeutsam, dass von den Erfahrungen der anderen Akteure im Gesundheitszieleprozess profitiert und gemeinsam Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung entwickelt werden können. Positiv wird bewertet, dass der Prozess ergebnisoffen ist und eigene strategische Ausrichtungen und Handlungsfelder eingebracht werden können. Die unterschiedlichen Erfahrungen und Perspektiven stellen einen eigenen Mehrwert und einen Lerneffekt für alle Beteiligten dar. (B4, B8, D5)

Da ein Nutzen aus der gemeinsamen Tätigkeit im Rahmen des Gesundheitszieleprozess gezogen werden kann, sollte unserer Einschätzung nach die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren weiter gefördert und gestärkt werden. Dies kann dazu führen, dass zukünftig der Anteil von Mitgliedern ansteigt, der gemeinsam mit Partnern des Kooperationsbundes Gesundheitsziele umsetzt und damit gemeinsame Lernprozesse befördert, von dem die Beteiligten profitieren können.

Der Mehrheit der Befragten ist es (sehr) wichtig, dass in Zukunft die Umsetzung verstärkt wird, in-

dem die Akteure ihre Umsetzungsaktivitäten sichtbarer machen und verbindlich ihren Beitrag zur Umsetzung festlegen (E6). Das könnte aus unserer Sicht zu einer Stärkung der Vertrauensbildung und Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten führen. Es wäre auch ein wichtiger Beitrag zur nachhaltigen Verankerung von Gesundheitszielen in Deutschland.

Die Mehrheit der befragten Organisationen hat Themen der nationalen Gesundheitsziele in ihren eigenen Zielen und Strategien verankert. (B5) Inhaltlich sind vor allem die Themenfelder der Gesundheitsziele, die sich auf die Lebensphasen, die Patienten(innen)souveränität sowie die Reduktion des Tabakkonsums beziehen in den Zielen oder vergleichbaren Strategien der Partner des Kooperationsverbundes enthalten. Die krankheitsbezogenen Gesundheitsziele sind hier von geringerer Bedeutung. Angaben zur Umsetzung der Ziele bzw. von Teilzielen machen Zweidrittel der Befragten. (C3) Sie ergeben von den inhaltlichen Themenfeldern her ein vergleichbares Bild.

Im Gegensatz dazu ist die Verteilung der von den Befragten angegebenen Projekte, die zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele beitragen (C4), weniger eindeutig. Hier können zwar ebenfalls die meisten Projekte dem Lebensphasen-Ziel „Gesund aufwachsen“ zugeordnet werden, dann folgen jedoch die Kategorien „depressive/ psychische Erkrankungen“, „Diabetes“, „Öffentlichkeitsarbeit, Fachinformation, Qualifizierung und Schulung“, „Tabakkonsum“ sowie „Prävention und Gesundheitsförderung“. Weniger Projekte konnten der späteren Lebensphase zugewiesen werden. Sollten sich die Projekte, die depressive/ psychische Erkrankungen bzw. Diabetes zum Inhalt haben, in erster Linie an ältere Menschen und die, die Öffentlichkeitsarbeit, Fachinformation, Qualifizierung und Schulung zum Thema haben, an Patientinnen und Patienten wenden, würde das oben beschriebene Bild bestätigt werden.

Da für die Gesundheitsziele, die sich auf die Lebensphasen und die Patientensouveränität beziehen, eine stärkere Begleitung durch die Arbeitsgruppen bei der Umsetzung gewünscht wird, verdichtet sich der Eindruck, dass gerade diese drei Ziele für die Kooperationspartner von *gesundheitsziele.de* von vorrangiger Bedeutung sind. Hintergrund dessen könnte sein, dass bezüglich der Krankheitsbilder bereits viele Maßnahmen und gesetzliche Regelungen existieren, im Gegensatz zum Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, der bei der Gesundheit von jungen und älteren Menschen sowie der Patient(innen)souveränität eine große Rolle spielt.

In Bezug auf die Frage, welche Faktoren die Übernahme der nationalen Gesundheitsziele durch die eigene Organisation befördern oder behindern (B6) sind die aktuellen Arbeitsschwerpunkte der eigenen Organisation eher förderlich, während die vorhandenen Ressourcen hierfür oft hinderlich waren oder keine Angabe gemacht werden konnte. Auch ist das Meinungsbild zum rechtlichen Status Quo der Gesundheitsziele zum Zeitpunkt der Abfrage nicht eindeutig. Sowohl bezüglich der fehlenden Verbindlichkeit als auch der freiwilligen Selbstverpflichtung (B7) wurden von vielen Teilnehmern keine Angaben gemacht. Immerhin sieht knapp die Hälfte der Befragten die freiwillige Selbstverpflichtung als förderlich für die Übernahme der nationalen Gesundheitsziele an, aber ein knappes Drittel bewertet die fehlende Verbindlichkeit als eher hinderlich.

Zukünftig wünscht sich mehr als die Hälfte der Teilnehmer den Erhalt der Selbstverpflichtung, aber immerhin auch knapp die Hälfte eine stärkere Verbindlichkeit. (E1) Der Bund bzw. Organisationen auf Bundesebene, Länder und Kostenträger befürworten eindeutig den Erhalt der Selbstverpflichtung, in Bezug auf die zukünftig stärkere Verbindlichkeit haben sie jedoch unterschiedliche Meinungen. Die Kostenträger lehnen die zukünftig stärkere Verbindlichkeit mehrheitlich ab. Die Befragten, die mehr Verbindlichkeit befürworten (E2), fordern u.a. eine Einbindung in andere Gesundheitsprogramme, Gesetze und Initiativen. Vertreter derjenigen, die mehr Verbindlichkeit ablehnen, sind u.a. der Auffassung, dies würde den Prozess von *gesundheitsziele.de* zerstören.

In Bezug auf zukünftige gesundheitspolitische Diskussionen und Regelungen wird die Frage der Verbindlichkeit von nationalen Gesundheitszielen sicher wieder aufgegriffen werden. Eine erneute Abfrage zum rechtlichen Status Quo zu einem späteren Zeitpunkt erscheint sinnvoll. Hier wäre auch zu klären, welche Formen einer stärkeren Verbindlichkeit angestrebt werden sollten und welche Finanzierungsalternativen bevorzugt werden.

In Hinblick auf die Umsetzung nationaler Gesundheitsziele (C2) werden von den Teilnehmern der Befragung am häufigsten Informationen verbreitet und Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Da gleichzeitig die Mehrheit der Teilnehmer eine Verbreitung der Ziele in der Öffentlichkeit für wichtig erachtet und eine gemeinsame Strategie der Öffentlichkeitsarbeit wünscht (E7), sollte unserer Einschätzung nach in der Zukunft eine Strategie zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades der nationalen Gesundheitsziele entwickelt werden. In diesem Zusammenhang könnte der Umgang mit dem Logo

unter den Mitgliedern diskutiert werden, da hier das Meinungsbild ebenfalls nicht eindeutig ist. (E7)

Die Mehrheit der Befragten wünscht sich zukünftig eine verstärkte Begleitung des Umsetzungsprozesses durch den Kooperationsverbund und die jeweilige AG (E4, E5), insbesondere bei den auf Lebensphasen bezogenen Gesundheitszielen „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ wird eine Unterstützung gewünscht.

Die Begleitung des Umsetzungsprozesses in Form der Bereitstellung von Informationen und Materialien ist den Befragten sehr wichtig. Daher wäre es aus unserer Sicht für die Durchsetzung der nationalen Gesundheitsziele bzw. der Umsetzung von Aktivitäten in Zukunft sinnvoll, die Umsetzung stärker durch den Kooperationsbund zu begleiten. Gleichzeitig sollte die Plattform *gesundheitsziele.de* stärker von den Kooperationspartnern in Anspruch genommen werden. Hier stellt sich allerdings die Frage, inwieweit dies in Hinblick auf die verfügbaren Ressourcen auf Seiten der GVG realistisch ist. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu bewerten, dass die am Gesundheitszieleprozess Beteiligten möglicher Weise nur begrenzt über ausreichend Ressourcen zur Umsetzung verfügen (siehe oben, B6) und über den regelmäßigen Beitrag der Träger von *gesundheitsziele.de* hinaus von den Beteiligten finanzielle und andere Beiträge in den Prozess hinein gegeben werden (unentgeltliche Mitarbeit, Bereitstellung von Räumen, Publikationsmöglichkeiten, u.a.m.).

Für die weitere Arbeit wird die Entwicklung neuer Gesundheitsziele mehrheitlich befürwortet (E3), wobei sowohl die Vertreter der Länder und als auch der Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention in sich uneinheitlich antworten. Weitgehend Einigkeit besteht darin, dass die Ziele in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden sollen, dass Erfolgsindikatoren definiert und quantifiziert werden sollten und auch Evaluationen durchgeführt werden sollten. Die Umsetzungsaktivitäten der am Zieleprozess Beteiligten sollten zukünftig sichtbarer gemacht und der jeweilige Beitrag zur Umsetzung verbindlich festgelegt werden (E6).

Als Vision für die Zukunft wünscht sich die Mehrheit der Mitglieder von *gesundheitsziele.de* die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und die Einbindung der Bürger in den Zieleprozess. Darüber hinaus sollten sich ihrer Auffassung nach die nationalen Gesundheitsziele an internationalen Vereinbarungen orientieren und Bestandteil nationaler politischer Strategien wer-

den. Gleichzeitig erscheint nur wenigen die gesetzliche Verankerung der bestehenden Gesundheitsziele bedeutsam, da ihrer Meinung nach die Unabhängigkeit der Gesundheitsziele den Erfolg garantiere. Auch hier zeigt sich wieder das nicht eindeutige Meinungsbild zum rechtlichen Status Quo der Gesundheitsziele. Während ein Teil der Befragten die Einbettung der nationalen Gesundheitsziele in gesundheitspolitische Strategien und somit mehr Verbindlichkeit fordert, sind anderen die freiwillige Selbstverpflichtung und das Konsensprinzip wichtig. Da die Mehrheit der Befragten die verbindliche Umsetzung befürwortet, wäre zu diskutieren, welche Wege es denn gibt, eine solche stärkere Verbindlichkeit herzustellen.

5 Literatur

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2010): gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland. Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. <http://www.gesundheitsziele.de/>, 25.01.2013

Hess R (2012): Gemeinsame Zielorientierung – Die nationalen Gesundheitsziele in Deutschland. In: GVK (Hrsg.): Relevanz und Nutzen der nationalen Gesundheitsziele für Bund, Länder, Kommunen, Verbände und Organisationen. Köln

Maschewsky-Schneider U, Klärs G, Ryl L, Sewöster D, Starker A, Saß A-C (2009): gesundheitsziele.de – Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52: 764-774

Maschewsky-Schneider U, Thelen M (2012): Evaluation nationaler Gesundheitsziele in Deutschland. In: Robert-Koch-Institut, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: 99-104