

**Daten und Indikatoren zur Evaluierung des Gesundheitsziels  
„Gesundheitliche Kompetenz erhöhen,  
Patientensouveränität stärken“**

vorgelegt vom Evaluationsbeirat im Forum *gesundheitsziele.de*

erarbeitet von der Unterarbeitsgruppe: Evaluierung des Gesundheitsziels  
“Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“:

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

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

Dr. Kerstin Horch, Robert-Koch-Institut, Berlin

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Vorsitzende des Evaluationsbeirates,  
TU-Berlin

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

Dr. Henner Schellschmidt, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn

Köln, Mai 2006

## **Daten und Indikatoren zur Evaluation des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken"**

Die Bedeutung der Patienten- und Bürgerorientierung<sup>1</sup> im Zusammenhang mit der Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen wurde mit der Etablierung einer eigenständigen Arbeitsgruppe (AG 8) "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken" unterstrichen. Die Arbeitsgruppe verabschiedete Ziele und Maßnahmen unter den vier Stichworten "Transparenz erhöhen", "Kompetenz entwickeln", "Patientenrechte stärken" und "Beschwerdemanagement verbessern". Darüber hinaus ist die Bürger- und Patientenorientierung als einer von vier Querschnittsbereichen im nationalen Gesundheitsziele-Prozess definiert worden, der Relevanz für alle gesundheitszielbezogenen Maßnahmen haben soll.

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

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

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

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

Günter Hölling, Vorsitzender AG 8, BAG der PatientInnenstellen, Bielefeld

Dr. Kerstin Horch, Robert-Koch-Institut, Berlin

Hildegard Klus, GVG, Berlin

Prof. Dr. Ulrike Maschewski-Schneider, Vorsitzende des Evaluationsbeirats, TU-Berlin

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

Dr. Henner Schellschmidt, Wissenschaftliches Institut der AOK , Bonn

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnungen Patient, Versicherter, Bürger oder Nutzer werden in der maskulinen Form benutzt, ohne dass dabei unterstellt, dass weibliche Personen an der Thematik keinen Anteil haben. Aus Gründen der Lesbarkeit wird jedoch darauf verzichtet, in jeder Formulierung zusätzlich eine feminine Form einzufügen.

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

Dieses Papier und die dort empfohlenen Startermaßnahmen bildeten die Grundlage für ein erstes Indikatorenpapier zur Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken", das im Dezember 2003 vorgelegt wurde (Dierks 2003). Aus Sicht des Evaluationsbeirates waren die dort ermittelten Indikatoren gut geeignet, die Entwicklung des Gesundheitsziels abzubilden. Deshalb wurde im Rahmen der detaillierten Konzepterstellung überprüft, welche Datenquellen in welcher Qualität für die vorgeschlagenen Indikatoren zur Verfügung stehen und an welcher Stelle in bereits bestehende Routineerhebungen gegebenenfalls Fragen integriert werden könnten. Darüber hinaus war zu prüfen, ob zusätzlich gezielte Erhebungen vorgeschlagen bzw. Instrumente neu entwickelt werden sollten. Im Dezember 2005 fand ein erstes Treffen der Arbeitsgruppe statt, Prof. Dierks wurde beauftragt, die Ergebnisse zusammenzufassen und zu dokumentieren.

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

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

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

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

von Patientenvertreter(innen) in Entscheidungsgremien, werden entsprechende Analysen vorgeschlagen.

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

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

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

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

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

Dazu wären im Sinne eines noch festzulegenden „theoretical sampling“ Menschen unterschiedlicher Herkunft, mit unterschiedlichen Erkrankungen, unterschiedlicher Nähe zum Gesundheitssystem und diversen anderen Einteilungskriterien einzuladen, um deren Erfahrungen, Erwartungen und Forderungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsziel zu erfassen und im Zeitverlauf zu analysieren. Die wissenschaftlichen Ergebnisse sollen zudem für die Überprüfung und (Neu)Formulierung von Indikatoren aus Sicht der Betroffenen genutzt werden und entsprechend in Repräsentativerhebungen einfließen. Insofern ist das skizzierte Vorgehen eine konsequente Fortführung der Leitidee einer "Bürger- und Patientenorientierung".

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

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

Gesunde wie kranke Menschen benötigen qualitätsgesicherte, verständliche und leicht zugängliche Informationen, um verantwortungsbewusste und autonome Entscheidungen hinsichtlich der eigenen Gesundheit und Behandlung treffen zu können. Deshalb sollten, so die Festlegung in Teilziel 1.1., Informationen zu Gesundheitsprodukten und –dienstleistungen, zu Leistungserbringern, zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden. *Als eine Maßnahme (1.1.1) wurde die Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit formuliert.<sup>2</sup>*

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

Zur Etablierung und Arbeitsweise (unabhängiger) Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen und damit verbundene Struktur, Prozess- und Ergebnisdaten (Art, Umfang, Arbeitsschwerpunkte, Integration der Nutzer, Umgang der Nutzer mit den Transparenzinformationen, Effekte auf das Nutzerverhalten) müssten Bestandsaufnahmen und Teiluntersuchungen durchgeführt werden, ansonsten können die oben genannten Datenquellen herangezogen werden.

---

<sup>2</sup> .Als „unabhängig“ wird ein Beratungs- und Informationsangebot dann definiert, wenn es nicht von Instanzen oder Akteuren unterhalten wird, die zugleich Leistungsanbieter oder Kostenträger sind und daher als nicht frei von Eigeninteressen gelten.

## **Ziel 2: Kompetenz entwickeln**

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

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

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

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

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

Hier sollten Strukturdaten erhoben werden, die im Verlauf die Anzahl der Unterstützungseinrichtungen in der Selbsthilfe (Kontaktstellen), die Anzahl (geschätzt) der Selbsthilfegruppen

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

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

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

### **Ziel 3:            Patientenrechte stärken**

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

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

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

Aus Routineerhebungen lassen sich im Längsschnitt Aussagen zum bürgerschaftlichen Engagement, zum Ehrenamt und zur politischen Beteiligung formulieren. Die hier enthaltenen

Indikatorfragen bilden den Gesundheitsbereich teilweise ab und geben einen Anhaltspunkt, ob und wie sich hier Einstellungen und Verhalten auf Bevölkerungsebene entwickeln.

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Informationen (Jahresberichte, Daten etc.) der abhängigen Beratungseinrichtungen (Krankenkassen § 66 SGB V, Schiedsstellen, Widerspruchsausschüsse, Medizinische Dienste der Krankenkassen) über Anzahl, Inhalt und Erfolg von Beschwerden können als Indikatoren für die Entwicklung des Gesundheitsziels "Beschwerdemanagement verbessern" dienen. Eine vergleichbare Erfassung wäre bei anderen geeigneten Anlaufstellen (Patientenstellen, Ombudsstellen, Einrichtungen der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung) sinnvoll.

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

## Fazit

Zusammenfassend lassen sich folgende Eckpunkte für die Evaluation des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken" darstellen:

1. Die Evaluation sollte auf die Wahrnehmung der Entwicklung der Gesundheitsziele aus der Perspektive der Patienten, Versicherten und Bürger fokussieren.
2. Die vor diesem Hintergrund erfolgte Analyse vorliegender Repräsentativbefragungen zeigt, dass zahlreiche Indikatoren für die Erreichung von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen bereits auf Bevölkerungsebene erfasst werden, wenngleich erwartungsgemäß nicht alle Aspekte gleichermaßen breit abgebildet werden können.
3. Die Daten liegen für die Vergangenheit längsschnittlich vor, Voraussetzung für eine sinnvolle weitere Evaluation ist, dass die Erhebungen auch zukünftig durchgeführt werden (können) und die definierten Indikatoren, möglicherweise ergänzt durch weitere Fragen (beispielsweise im Rahmen eines speziellen Moduls des telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts), auch zukünftig erfasst werden.
4. Zusätzliche Untersuchungen sind erforderlich, um zu den Zielen relevante Strukturinformationen zu erheben und Bedarfsfragen zu klären. Zudem sollten in dem gesundheits- und gesellschaftspolitisch neuen Aktionsfeld der Patientenbeteiligung gezielt Erhebungen zur Akzeptanz und Wirkung dieser Aktivitäten unter Einbezug aller Akteure erfolgen.
5. Auch bei regelmäßigen Erhebungen ist, angesichts der Bandbreite des Gesundheitsziels, der damit verbundenen Indikatoren und der vielfältigen Einflussmöglichkeiten auf die Indikatoren ein linearer Einfluss spezifischer Maßnahmen vermutlich nicht abbildbar. Dazu müssten spezifische Studien begleitend zur Implementation ausgewählter Maßnahmen und Programme erfolgen.
6. Bislang kaum thematisiert ist die Umsetzung des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken" für vulnerable Bevölkerungsgruppen, z.B. alte Menschen in Pflegeheimen, Menschen in psychiatrischen Einrichtungen, Migranten etc., die zudem in die standardisierten Bevölkerungsbefragungen kaum integriert sind. Hier sind zukünftig zielgruppenspezifische Maßnahmen und entsprechende Evaluationsverfahren zu entwickeln.
7. Ebenfalls bislang nur rudimentär erfasst sind geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Umsetzung des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“. Dieser Aspekt sollte bei der Auswertung von Routinedaten und bei der Erfassung neuer Daten explizit Berücksichtigung finden.
8. In die (Weiter)Entwicklung des Gesundheitsziels und der Indikatoren sollten im Rahmen eines begleitenden, qualitativen Monitorings die Nutzer des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung vulnerabler Gruppen aktiv einbezogen werden, um damit die Leitidee einer "Bürger- und Patientenorientierung" konsequent umzusetzen.

## Literatur:

AG 8 "Gesundheitskompetenz erhöhen – Patientensouveränität stärken" (2004). Empfehlungen für Startermaßnahmen aus Sicht der AG 8 "Gesundheitskompetenz erhöhen – Patientensouveränität stärken". 2003, Köln. <http://gesundheitsziele.de/> [7.4.2006]

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

Dierks ML (2003). Arbeitspapier zur Überprüfung des Gesundheitsziels "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken". Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Berlin.

Dierks ML, Kurtz V, Fricke E, Schmidt T, Seidel G (2005). Kooperationsformen und -häufigkeit der unabhängigen Patientenunterstützung und der Selbsthilfeeinrichtungen in Deutschland - Ergebnisse der Studie "Selbsthilfe – Kooperation und Beteiligung in Deutschland (SeKBD). Psychomed; 17(1):21-28.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V (2002). Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG, Aka GmbH, Berlin.

Lamnek S (1989). Qualitative Sozialforschung Band 2. Methoden und Techniken. Psychologie Verlagsunion, München.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004). Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes- Themenheft 23. Robert-Koch-Institut, Berlin.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006). Bürger- und Patientenorientierung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Themenheft 31. Robert-Koch-Institut, Berlin.

## **Anmerkungen zu den Datenquellen:**

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

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

### **Telefonischer Gesundheitsurvey (GSTel03)**

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

### **Telefonischer Gesundheitsurvey (GSTel04)**

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

### **Telefonischer Gesundheitsurvey (GSTel05)**

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

### **Telefonischer Gesundheitsurvey (GSTel06)**

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

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

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

### **Gesundheitsmonitor**

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

### **ALLBUS**

Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS). Repräsentative Bevölkerungsbefragung. Persönliche Interviews. Umfrageserie zu Einstellungen, Verhaltensweisen und Sozialstruktur der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland in zweijährigem Abstand. Wahlberechtigte Personen, 3.300 pro Befragung. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) und Zentralarchiv für empirische Sozialforschung (ZA) innerhalb der Gesellschaft sozialwissenschaftlicher Infrastrukturreinrichtungen (GESIS) (Public-Use-File)

### **Aids im öffentlichen Bewusstsein**

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

### **NAKOS-Datenbanken**

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

### **Sozioökonomisches Panel**

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

### **FreiwilligenSurvey**

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