

Eckpunkte zur Ausarbeitung von Gesundheitszielen

basierend auf:

- **Empfehlungen des Evaluationsbeirates zur Quantifizierung von Gesundheitszielen (Quantifizierungspapier) vom 25.06.2010**
- **Kriterienkatalog des Evaluationsbeirates vom 24.10.2012**
- **Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“ durch die UAG des Evaluationsbeirates vom 30.09.2014**
- **Beratung und Konsentierung durch den Evaluationsbeirat am 17.11.2016, am 25.04.2017 und (final) am 13.11.2017**
- **Zustimmende Kenntnisnahme durch den Ausschuss des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* am 13.12.2017 und des Steuerungskreises am 23.01.2018**

1. Grundlage der Eckpunkte zur Ausarbeitung von Gesundheitszielen

Zur wissenschaftlichen Fundierung der Gesundheitsziele in Deutschland wurde durch den Steuerungskreis des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* 2004 ein Evaluationsbeirat eingerichtet. Der Evaluationsbeirat hat schon frühzeitig ein mehrstufiges Auswahl- und Ausarbeitungsverfahren konzipiert, bestehend aus

- Befragungen und Abstimmungen im Kreis der Träger- und Partnerorganisationen (Steuerungskreis und Ausschuss),
- Bestandsaufnahmen zum Wissensstand (wissenschaftliche Kriterienanalysen) zu möglichen Zielideen als Grundlage der Auswahl von Zielen durch den Ausschuss,
- der Erarbeitung von Zielen in dafür eingerichteten Arbeitsgruppen entlang Orientierungspunkten wie den Empfehlungen zur Quantifizierung von Gesundheitszielen und den Leitfragen zur Stärkung der „Gesundheitlichen Chancengleichheit“ als Querschnittsanforderung und
- den nachfolgenden Evaluationen einzelner Maßnahmen, Teilziele oder auch kompletter Gesundheitsziele.

Mit diesen Instrumenten wird darauf abgezielt, die Bearbeitung der Gesundheitsziele im Sinne eines „Public Health Action Cycle“ als ein lernendes System zu konzipieren, das sich kontinuierlich weiterentwickelt.

Das vorliegende Eckpunktepapier zielt darauf ab, diesen Prozess der Auswahl, Formulierung und Evaluation von Gesundheitszielen für alle Beteiligten sowie für die interessierte Öffentlichkeit transparent darzustellen. Die damit intendierte Transparenz und Kommunikation soll auch hier dazu beitragen, den Prozess der Zielerarbeitung und -evaluation laufend weiterzuentwickeln und zu verbessern.

1.1. Kriterien zur Ausarbeitung von Gesundheitszielen

Zur Auswahl und Entscheidung darüber, ob sich ein Themenfeld zur Entwicklung von Gesundheitszielen eignet, wird, dem pragmatischen Ansatz von *gesundheitsziele.de* folgend, auf Grundlage von konsensualen Entscheidungsprozessen kriteriengestützt geprüft, ob und in welcher Ausrichtung die Ausarbeitung exemplarischer Gesundheitsziele möglich und konsensbildend ist.

Diese Prüfung basiert auf unterschiedlichen Informationsarten:

- Literatur
- Stellungnahmen externer Expertinnen und Experten sowie Institutionen
- Einschätzung und Datenabfragen der Expertinnen und Experten in den Gremien (Steuerungskreis, Ausschuss, Evaluationsbeirat sowie bestehenden AGs)
- Machbarkeitsabfrage zu den Instrumenten und Akteuren

Dabei werden die dreizehn Kriterien des Kriterienkatalogs des Evaluationsbeirates vom 24.10.2012 berücksichtigt, nicht nur hinsichtlich der Auswahl von Themenfeldern, sondern auch zur Förderung der Transparenz der Diskussion und des Auswahlprozesses.

Bei diesen 13 Kriterien handelt es sich um die Nachfolgenden:

- (1) Schweregrad - 1. Mortalität
- (2) Schweregrad – 2. Bevölkerungsbezogene Krankheitslast
- (3) Verbreitung
- (4) Verbesserungspotenzial
- (5) Volkswirtschaftliche Relevanz
- (6) Ethische Aspekte
- (7) Chancengleichheit
- (8) Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung
- (9) Messbarkeit
- (10) Machbarkeit - 1. Instrumente
- (11) Machbarkeit - 2. Akteure
- (12) Beteiligungsmöglichkeit von Bürger(inne)n und Patient(inn)en
- (13) Rechtlicher Rahmen

Die ausführliche Darstellung dieser 13 Kriterien zur Auswahl von Gesundheitszielen (Kriterienkatalog) findet sich in Anlage 1.

Diese Kriterien werden durch Arbeitsgruppen mit Fachexpertinnen und –experten bewertet. Die Arbeitsgruppen bestehen überwiegend aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Sie erstellen eine Kriterienanalyse als Expertise für den Ausschuss des Kooperationsverbundes, der diese abschließend bewertet und priorisiert. Die Expertisen sind in der Regel – so wie es der Kriterienkatalog vorsieht - versehen mit konkreten Indikatoren, über die sich Prävalenz, Dringlichkeit, Verbesserungspotenziale sowie Machbarkeiten abbilden.

Die vom Ausschuss befürwortete Kriterienanalyse stellt die wichtigste Grundlage dar, die während der weiteren Bearbeitung berücksichtigt werden sollte. Auch bei einer – i.d.R. naheliegenden - Entscheidung für eine andere Systematik des Gesundheitsziels, z.B. entlang von Lebensphasen, Versorgungsketten o.ä., sollte dennoch immer wieder Rückbezug genommen und sichergestellt werden, dass die in der Kriterienanalyse herausgearbeiteten Aspekte in der notwendigen Tiefe bei der Formulierung von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen berücksichtigt werden.

1.2. Leitfragen zur gesundheitlichen Chancengleichheit

Eine besondere Schwierigkeit liegt dabei in der konsequenten Berücksichtigung ethischer Aspekte und der durchgängigen Priorisierung gesundheitlicher Chancengleichheit. Die besondere Betonung dieser Anforderung ist aus mehreren Aspekten heraus geboten. So normiert SGB V, § 20 Absatz 1 Satz 2 i.d.F. vom 25.07.2015 Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung dahingehend, dass diese „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ sollen. Damit wird dem empirischen Befund des „Präventionsparadox“ (Caplan 1967) bzw. „Präventionsdilemmas“ (Bauer 2005) Rechnung getragen, nach dem gerade bei Menschen mit hohem Präventionsbedarf wenig von Gesundheitsangeboten erreicht werden. Sie gezielt zu adressieren, bedarf gut durchdachter, sensibler Strategien.

Erforderlich ist es, diesen Aspekten besondere Beachtung zu schenken und alle Ziele, Teilziele und Maßnahmen auf ihre ethischen Auswirkungen, insb. hinsichtlich gesundheitlicher Chancengleichheit, überprüft werden.

Die UAG des Evaluationsbeirates zur Stärkung der Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“ hat daher nach mehrmonatiger Beratung am 30.09.2014 Leitfragen vorgelegt, die nachfolgend von den Gremien des Kooperationsverbundes zustimmend zur Kenntnis genommen wurden. Sie beziehen sich auf die Ungleichheitsdimensionen

1. sozio-ökonomischer Status,
2. Migrationshintergrund und
3. Geschlecht (Gender)

Zu diesen Ungleichheitsdimensionen wurden jeweils Reflektionsfragen formuliert. Diese bündeln sich zu den Bereichen

- a) Identifikation von Risiken und Ressourcen,
- b) Ableitung des Handlungsbedarfes und
- c) Gestaltung der Partizipation.

Im Ergebnis soll die Identifikation der sozialen Gruppen mit besonders hohem Handlungsbedarf zur Priorisierung von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen genutzt werden. Insofern sie zur Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit beitragen können, sollen sie höher priorisiert werden; wo ihre Effekte niedrig, unklar oder möglicherweise sogar gegenteilig sind, sollen die entsprechenden Ziele, Teilziele und Maßnahmen geringer bewertet und ggf. auch auf sie verzichtet werden.

Die komplette Auflistung der Leitfragen mit ihren detaillierten Reflektionsfragen findet sich in Anlage 3.

1.3. Indikatoren zur Evaluierbarkeit

Der Bereich der Messbarkeit ist bereits im Kriterienkatalog als Punkt 9 aufgenommen. Jedoch wird die Frage im Kriterienkatalog noch in allgemeiner Form aufgenommen. Hier geht es zunächst einmal eher allgemein darum, ob im jeweiligen Handlungsfeld Indikatoren für eine Primär- oder Sekundäranalyse vorliegen bzw. formuliert werden können (wobei Sekundärdaten i.d.R. „datenstabiler“ sind, insoweit sie regelmäßig erhoben werden). Avisiert wird hier bereits die spätere Bewertung der Fortschritte zur Zielerreichung. Dabei wird davon ausgegangen, dass auch zukünftig der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* möglicherweise nicht die Ressourcen haben wird, eigenständige Datenerhebungen vorzunehmen. Vielmehr soll geprüft werden, ob Routinedaten von Ämtern oder Kosten- und Leistungsträgern (z.B. Stat. Bundesamt, Gemeinsamer Bundesausschuss, Sozialversicherungen) vorliegen.

Dafür wird im Kriterienkatalog bereits die Frage der Datenstabilität erhoben, die z.B. durch Darstellung der gesetzlichen und finanziellen Basis des jeweiligen Datenpools in der Kriterienanalyse beantwortet werden kann. Es geht dabei um die Perspektive, ob die dauerhafte Verfügbarkeit der Datenquellen gegeben ist.

Die Bewertung im Rahmen der Kriterienanalyse erfolgt jedoch nicht nur auf Basis einer systematischen Erhebung, sondern auch auf Grundlage der Einschätzung von Expertinnen und Experten (Expertenevidenz).

Dieser Fragestellung sollte im Rahmen der Zielausarbeitung möglichst umfassend nachgegangen werden. Anzustreben ist dabei, dass für alle Ziele, Teilziele und Maßnahmen einzeln jeweils mindestens einen, möglichst sogar mehrere Indikator(en) zur jeweiligen Zielerreichung benannt werden. Eine solche durchgängige Verknüpfung der Ziele, Teilziele und Maßnahmen ist bereits in einigen Gesundheitszielen berücksichtigt, in anderen jedoch noch gar nicht.

Mögliche Anhaltspunkte für die Ausformulierung der einzelnen Ziele, Teilziele und Maßnahmen lassen sich aus folgenden Kriterien ableiten:

- Kriterien für die Quantifizierung, insbesondere hinsichtlich
 - Darstellung der durch Maßnahmen intendierten Wirkungsmechanismen
 - Adressatinnen und Adressaten der Ziele und Maßnahmen
 - bestehende Datenquellen, ihre Ausgangslage (Zeitpunkt T_0) und ihre angestrebte Entwicklung (Zeitpunkte T_1, T_2, T_3, \dots)
- Kriterien für qualitative Indikatoren
- Evidenzverweise und Quellen der einzelnen Textabschnitte

Die jeweilig auszuwählenden Kriterien orientieren sich an den konkreten Zielen, Teilzielen und Maßnahmen. Anhaltspunkte dafür liefert das in Anlage 2 abgedruckte Quantifizierungspapier des Evaluationsbeirats vom 24.10.2010.

Das Quantifizierungspapier und die hier skizzierte Indikatorenbildung soll als Ermunterung verstanden und genutzt werden, sich im Rahmen der eingerichteten Arbeitsgruppen der Frage der wissenschaftlichen Fundierung sowie der Evaluierbarkeit der Ziele, Teilziele und Maßnahmen in der Zielausarbeitung sowie in der Zielüberarbeitung systematisch zu stellen.

2. Anwendung der Eckpunkte in der Ausarbeitung von Gesundheitszielen

Die unter 1. zusammen gestellten Kriterien, Leitfragen und Indikatoren für die einzelnen Gesundheitsziele sollen zukünftig noch stärker berücksichtigt werden, wozu auch die hier vorgelegten Eckpunkte beitragen sollen. Ein Bezugspunkt ist dabei die Berücksichtigung der Gesundheitsziele gemäß SGB V, § 20 Absatz 3 sowie die Erstellung des Präventionsberichtes gemäß SGB V, § 20d Absatz 4, der Vorschläge zur Weiterentwicklung der Gesundheitsziele beinhalten kann.

2.1. Evaluation bereits verabschiedeter Gesundheitsziele

Es gibt insgesamt neun Gesundheitsziele, die durch den Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* bislang konsentiert wurden. Teilweise wurden auch Aktualisierungen vorgenommen.

Die Gesundheitsziele sind bislang in folgendem Umfang evaluiert worden.

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
Bislang keine Evaluation.
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003)
Bislang keine Evaluation.
- Tabakkonsum reduzieren (2003; Aktualisierung 2015)
Evaluationskonzept 2005 und Evaluation/ Zwischenbewertung 2010.
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
Evaluationskonzept und Evaluation des Teilzieles „Setting Kita“ 2015.
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)
Evaluationskonzept 2006.
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
Evaluationskonzept 2007; Aktualisierung und Bewertung Zwischenstand 2017.
- Gesund älter werden (2012)
Evaluation: geplant ab 2018.
- Alkoholkonsum reduzieren (2015)
Evaluation: noch kein Evaluationskonzept
- Gesundheit rund um die Geburt (2017)
Evaluation: noch kein Evaluationskonzept

Zudem befindet sich ein Gesundheitsziel „Patientensicherheit“ in der Ausarbeitung.

Bei weiteren Evaluationen wird empfohlen, diese insbesondere unter Berücksichtigung der unter 1. genannten Kriterien, Leitfragen und Indikatoren vorzunehmen. Die Evaluation sollte auch Aussagen dazu bereithalten, welche Aktualisierung des jeweiligen Gesundheitsziels, Teilziels oder Maßnahmen empfohlen werden, um die zukünftige Evaluierbarkeit zu erhöhen und insgesamt die Zielorientierung zu schärfen.

2.2. Begleitung der Ausarbeitung von Gesundheitszielen durch den Evaluationsbeirat

Bei neu auszuarbeitenden oder grundsätzlich zu überarbeitenden Gesundheitszielen unterstützt der Evaluationsbeirat die eingerichteten Arbeitsgruppen bei den Zielformulierungen und ihrer Systematisierung.

Der Evaluationsbeirat bietet den Arbeitsgruppen Unterstützung an, indem dieser regelmäßig Zwischenergebnisse zu den erarbeiteten Zielformulierungen mit den Arbeitsgruppen rückkoppelt.

Dabei fungiert der Evaluationsbeirat nicht als aktives Mitglied der einzelnen Arbeitsgruppen, sondern bietet obligatorische Zielberatung für den oder die Sprecher/in und einzelne weitere Mitglieder der Arbeitsgruppen. Diese ziehen den Evaluationsbeirat konsultativ zu Rate.

So sollen die Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitsgruppe nach ihren konstituierenden Sitzungen im Evaluationsbeirat über die Zielentwicklungen berichten. Die Mitglieder des Beirats beraten, wie eine solche Möglichkeit des Austausches systematisch in den Prozess der jeweiligen Zielformulierungen integriert werden kann. Dazu werden jeweils zwei bis drei von der AG zu benennende Mitgliedern der jeweiligen Arbeitsgruppe zu Sitzungen des Evaluationsbeirats eingeladen.

Durch dieses Vorgehen können schon frühzeitig im Prozess Probleme mit der späteren Evaluierbarkeit und der wissenschaftlichen Fundierung der Ziele vorgebeugt werden können. Insbesondere soll dabei die Frage im Mittelpunkt stehen, wie die zuvor auf Grundlage des Kriterienkatalogs ausgearbeiteten Kriterienanalysen stärker in den Bearbeitungsprozess berücksichtigt und hinsichtlich Indikatorenbildung konkretisiert werden können.

2.3. Gesamtevaluation des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de und des Zielprozesses durch den Evaluationsbeirat

Neben der Evaluierung von Einzelzielen wurde 2007 eine erste Erhebung unter den Mitgliedsorganisationen und den Kooperationspartnern durchgeführt.

2013 erfolgte eine Gesamtevaluation des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* und des Zielprozesses durch den Evaluationsbeirat von *gesundheitsziele.de*.

Zur Vorbereitung der Evaluation wurde im November 2012 der Workshop "Relevanz und Nutzen der nationalen Gesundheitsziele für Bund, Länder, Kommunen, Verbände und Organisation" in Berlin durchgeführt.

Anschließend wurde ein Evaluationskonzept entwickelt und die Kooperationspartner wurden befragt. Ziel der Befragung war es herauszufinden, welchen Nutzen die einzelnen Kooperationspartner aus der gemeinsamen Arbeit ziehen, welche Relevanz die Gesundheitsziele für sie haben, wie die Ziele in der eigenen Institution umgesetzt und wie dies gegebenenfalls verbessert werden könnte.

Abschließend wurde die Gesamtevaluation auf einen weiteren Workshop im Februar 2014 bilanziert und erste Maßnahmen hinsichtlich Transparenz, Öffentlichkeitsarbeit und Verstärkung des Arbeitsprozesses eingeleitet. Auch die Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und die hier vorgelegten Eckpunkte zur Ausarbeitung von Gesundheitszielen wurden im Nachgang durch den Evaluationsbeirat eingeleitet.

Eine Gesamtevaluation sollte nach Meinung des Evaluationsbeirates wiederholt stattfinden und kann, je nach Bereitstellung entsprechender Ressourcen, neben schriftlichen Akteursbefragungen auch weitere methodische Bausteine qualitativer und quantitativer Sozialforschung umfassen.

Anlage 1:

13 Kriterien zur Auswahl von Gesundheitszielen

(Kriterienkatalog des Evaluationsbeirates vom 24.10.2012)

(1) Schweregrad - 1. Mortalität

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

Als Indikatoren dienen:

- Sterblichkeit auf je 100.000 Einwohner
- vermeidbare, vorzeitige Sterblichkeit
- attributables Risiko

(2) Schweregrad – 2. Bevölkerungsbezogene Krankheitslast

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

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

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

(3) Verbreitung

Die wesentlichen Indikatoren zur Verbreitung sind:

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

(4) Verbesserungspotenzial

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

- maximal bzw. realistisch vermeidbar
- positiv beeinflussbar
- internationales Benchmarking (z.B. Eurostat)

- geringe Compliance trotz wirksamer Instrumente
- Interventionsmöglichkeit
- Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität
- bestehende Strukturen, Strategien, Maßnahmen.

(5) Volkswirtschaftliche Relevanz

Bei der Bestimmung der volkswirtschaftlichen Relevanz wird in erster Linie auf die direkten Kosten als Kennziffer zurückgegriffen. Sie beziffern den krankheitsbedingten monetären Ressourcenverbrauch als Folge der Behandlung einer Krankheit, der Durchführung einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme. Zu beachten ist jedoch, dass aufgrund von Abgrenzungsproblemen z.B. Eigenleistungen im privaten Verbrauch, wie Fahrtkosten zur Gesundheitseinrichtung, Diätkosten, krankheitsbedingter Umbau oder die Veränderung der Ausstattung von Wohnungen und Gebäuden unberücksichtigt bleiben. Zuordnungsprobleme ergeben sich auch bei multiplen Erkrankungen. Hier werden die Kosten der Hauptdiagnose zugeordnet (Statistisches Bundesamt 2010).

In der Literatur finden sich verschiedene Ansätze, mit deren Hilfe die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod entstandenen Ressourcenverluste in monetäre Größe überführt werden können. Angesichts der teilweise erheblichen Unterschiede in der Höhe der indirekten Kosten, die sich aus der Verwendung der unterschiedlichen Bewertungsverfahren ergeben können, konzentriert sich die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts auf die Darstellung der direkten Krankheitskosten. Die ebenfalls ermittelten verlorenen Erwerbsfähigkeitsjahre geben allerdings eine gute Orientierung über die indirekten volkswirtschaftlichen Kosten einer Krankheit (Statistisches Bundesamt 2010). Ausgewählte Indikatoren:

- Direkte Krankheitskosten
- Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen
- Krankheitskosten in Arztpraxen
- Krankheitskosten in Zahnarztpraxen
- Krankheitskosten in (teil-)stationären Einrichtungen
- Krankheitskosten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Investitionen, die wegen ihres Vorleistungscharakters und den damit verbundenen krankheits- und periodenbezogenen Zuordnungsproblemen – den internationalen Standards entsprechend – in den Krankheitskosten unberücksichtigt bleiben, werden in den Gesundheitsausgaben mitberücksichtigt. Ausgewählte Indikatoren:

- Gesundheitsausgaben für Arzneimittel
- Gesundheitsausgaben für therapeutische Leistungen

Einkommensleistungen sind nicht Bestandteil der Gesundheitsausgaben. Sie dienen zum Lebensunterhalt der Kranken, Berufs- oder Erwerbsunfähigen. Dies geschieht durch die Zahlung von Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeldern, vorzeitigen Renten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie durch die Entgeltfortzahlung bei Krankheit und Mutterschaft.

- Einkommensleistungen.

(6) Ethische Aspekte

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

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

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

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

(7) Chancengleichheit

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

- Geschlecht
- Soziale Lage¹
- Schultypen (bei Kindern)
- Migrantinnen und Migranten.

(8) Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung

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

(9) Messbarkeit

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

(10) Machbarkeit - 1. Instrumente

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

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

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

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

¹ Ergänzung gemäß Beschluss des Steuerungskreises vom 23. Januar 2018: Unter Punkt „(7) Chancengleichheit“ wird in der Aufzählung zwischen den Punkten „Soziale Lage“ und „Schultypen (bei Kindern)“ der Punkt „Altersgruppen“ hinzugefügt.

(11) Machbarkeit - 2. Akteure

gesundheitsziele.de verfolgt einen pragmatischen und damit handlungsorientierten Ansatz. So wurde auf eine theoretische Diskussion der potenziellen Träger der Strategien und Maßnahmen für die zur Auswahl stehenden Ziele und Teilziele verzichtet. Stattdessen wurde im Rahmen der Machbarkeitsabfrage konkret die Beteiligungsbereitschaft abgefragt:

Würden Sie sich eventuell (personell, finanziell) an der konkreten Entwicklung dieses Gesundheitsziels beteiligen?

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

(12) Beteiligungsmöglichkeit von Bürger(inne)n und Patient(inn)en

Die Beteiligungsmöglichkeit von Bürgerinnen und Bürgern sowie von Patientinnen und Patienten im Sinne von a) „community participation“, also der politischen Beteiligung sowie b) bei der konkreten Entscheidung bspw. unterschiedlicher Präventions- oder Therapiewege wurde bewertet. Die Beteiligungsmöglichkeit bezieht sich sowohl auf die strukturelle Beteiligung von Selbsthilfe- und Patient(inn)enorganisationen bzw. deren Vertreter/innen als auch auf die Selbsthilfebewegung selbst.

Indikatoren:

- Strukturen der Beteiligung (quantitative Darstellung der Gremien und der einbezogenen Patient(inn)engruppen sowie der Institutionen und Aktivitäten) (Datenquelle: nicht vorhanden, Erhebung erforderlich)
- Strukturen der Selbsthilfe (Anzahl der Selbsthilfegruppen und -organisationen) (Datenquellen: Datenbank NAKOS, Internetrecherche)
- Förderung der Selbsthilfe im Rahmen des § 20 Abs. 4 SGB V (Anzahl der Förderanträge, Höhe der zugewiesenen Finanzmittel) (Datenquelle: GKV)
- Finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe durch Bund und Länder (Quelle: entsprechende Haushalte)
- Bürgerschaftliches Engagement (Beteiligung in Kommunalpolitik, Bürgerinitiativen etc.) (Datenquelle: SOEP 2001)
- Ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen, Verbänden etc. bzw. Bereitschaft hierzu (Datenquelle: SOEP 2001, Freiwilligen Survey 2004)
- Beeinflussbarkeit des individuellen Umgangs mit Erkrankung (Selbstmanagement)
- Beeinflussbarkeit der Risikofaktoren durch individuelles, gesundheitsbezogenes Handeln.

(13) Rechtlicher Rahmen

Die bei der Umsetzung von Gesundheitszielen zu berücksichtigenden rechtlichen Rahmenbedingungen sind in Deutschland vielfältig. Für die Auswahl von potenziellen Gesundheitszielen ist es daher notwendig, die Implikationen, die sich aus dem mit einem Thema verbundenen bestehenden Rechtsrahmen ergeben, zu berücksichtigen. Gesetze, Verordnungen und Richtlinien auf Landes- und Bundesebene sind daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie ggf. Teilaspekte des untersuchten Themas bereits verbindlich rechtlich regeln. Die sich daraus ergebenden Leistungsansprüche sowie die Leistungsträger sollen benannt werden.

Vor der Auswahl eines neuen Gesundheitszieles ist zudem eine Überprüfung der Zuständigkeiten erforderlich, die abklären soll, durch wen und inwieweit die Maßnahmen zur Zielerreichung bereits durch rechtliche Verantwortung und Leistungen der Akteure umgesetzt werden.

Anlage 2:

Empfehlungen des Evaluationsbeirates zur Quantifizierung von Gesundheitszielen

(Quantifizierungspapier vom 25.06.2010)

Quantifizierung von Gesundheitszielen

Gesundheitsziele sind ein ergänzendes Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Sie fokussieren auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen, aber auch auf verbesserte Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Sie unterstützen damit planmäßiges Handeln und fördern sowohl Transparenz als auch die gemeinsame Wahrnehmung und Lösung von Herausforderungen.

Für Gesundheitsziele gibt es verschiedene Anforderungen. Eine dieser Anforderungen besagt, dass die Ziele nach dem SMART²-Ansatz gewählt werden sollten, d.h. dass sie: **S**pecific (*sometimes also Simple*) (spezifisch/einfach), **M**easurable (messbar), **A**chievable (akzeptiert), **R**ealistic (realistisch), **T**imely (terminiert) sein sollen.

Auch wenn Gesundheitsziele je nach Thema und Komplexität diese Anforderungen unterschiedlich erfüllen, ist die Messbarkeit eine der zentralen Anforderungen. Voraussetzung dafür ist, dass mittels definierter Indikatoren eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung möglich ist. Neben dieser Konkretisierung von Gesundheitszielen, die durch eine Quantifizierung erfolgt, ist diese „Messbarkeit“ auch eine der zentralen Voraussetzungen für den PDCA-Zyklus (*plan, do, check, act*).

Allerdings ist die stärkere Transparenz, die mit einer Quantifizierung einhergeht, potentiell auch von Nachteil. So kann ein „Nichterreichen“ der Zielvorgabe beispielsweise dazu führen, dass den für die Umsetzung verantwortlichen Institutionen „Versagen“ vorgeworfen wird und/ oder Demotivation bzw. Resignation zur Folge hat. Die wesentlichen Vor- und Nachteile werden nachfolgend angeführt:

Vorteile

- Konkretisierung der Zielsetzung und der zugrunde liegenden Maßnahmen
- Der Prozess der Quantifizierung kann durch die notwendige vorherige Diskussion (z.B. von geeigneten Indikatoren, Grad der beabsichtigten Zielerreichung etc.) zu mehr Transparenz, einer stärkeren öffentlichen Diskussion,
- und damit zu höherer Akzeptanz, Verantwortungsbereitschaft und Verbindlichkeit der Zielerreichung führen.
- Möglichkeit der Evaluation in Bezug auf Prozess- und Ergebnisqualität, dadurch ggf. auch Generierung von Evidenz in Bezug auf Wirkung der eingesetzten Maßnahmen.

Nachteile

- Die Quantifizierung von Gesundheitszielen kann Ressourcen binden, die an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt werden könnten.
- Allein aus wissenschaftlicher Sicht kann oft nur schwer bestimmt werden, bei welchem Ziel welches Zielkriterium wie quantifiziert werden sollte.

² "SMART" kann für verschiedene Abkürzungen stehen. Auch gibt es abweichende Übersetzungen.

- Überprüfbarkeit der Zielerreichung führt zu einer stärkeren Verpflichtung der beteiligten Institutionen, was möglicher Weise nicht gewünscht ist.
- Nichterreicherung der Zielvorgaben kann zu Vorwürfen gegenüber beteiligten Institutionen führen und sich demotivierend auf den Gesundheitszielprozess auswirken.³

Um die potentiellen Vorteile zu maximieren und die Nachteile so gering wie möglich zu halten, sollten vor bzw. bei der Quantifizierung von Gesundheitszielen bestimmte **Kriterien** erfüllt sein.

Kriterien zur Quantifizierung von Gesundheitszielen
Das jeweilige Gesundheitsziel muss durch gesundheitspolitische Maßnahmen beeinflussbar sein. ⁴
Evidenzbasierung der zugrunde gelegten Ursache (hier: Maßnahmen) – Wirkungsmechanismus (hier: Grad der Zielerreichung).
Klare Verantwortlichkeit für Umsetzung von Maßnahmen
Die Zielsetzung inklusive der quantitativen Vorgaben wird im Konsens mit den beteiligten Akteuren formuliert (top-down und bottom-up).
Spezifische(r) Indikator(en) , die wissenschaftlich fundiert ausgewählt wurden und im Beobachtungszeitraum stabil, d.h. gleich bleibend definiert sind sowie von den Beteiligten akzeptiert werden. Die Anzahl der Indikatoren sollte möglichst gering sein.
Vorhandene und verlässliche Datengrundlage der ausgewählten Indikatoren zum Zeitpunkt T_0 (Start der Maßnahmen).
Vertretbarer (Dokumentations-Erhebungs-)Aufwand in Bezug auf die festgelegten bzw. zu messenden Indikatoren, der von den verantwortlichen Akteuren akzeptiert wird (Best Case: Prozessdaten, die schon (routinemäßig) erhoben werden).
Finanzierung/Ressourcen für die Überprüfung der Zielerreichung sind gesichert .

Empfehlung

Unter Abwägung der Vor- und Nachteile empfiehlt der Evaluationsbeirat zu prüfen, inwieweit sich bei den bisher entwickelten Gesundheitszielen von *gesundheitsziele.de* ein Teilziel für eine beispielhafte Quantifizierung eignet. Dies sollte insbesondere bei den derzeit in Überarbeitung befindlichen Gesundheitszielen „Brustkrebs“ und „Tabakkonsum reduzieren“ berücksichtigt werden. Die AG 6, die das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ aktualisiert, sollte die Kriterien für die Quantifizierung einzelner Ziele in enger Anbindung an den Evaluationsbeirat in der Anwendung überprüfen. Für jedes Oberziel sollte ein quantifiziertes Teilziel definiert werden.

Einzelne Bundesländer haben bereits Gesundheitsziele quantifiziert (Bayern, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt). Die dortigen Erfahrungen hinsichtlich Zielauswahl, Zeitrahmen, Indikatorenbildung und Evaluation sollten genutzt werden, um Anregungen für die Quantifizierung auf nationaler Ebene geben zu können.

³ Die Nichterreicherung der Zielvorgaben bedeutet nicht automatisch, dass die zugrunde liegenden Maßnahmen erfolglos waren. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn die gewählten Messindikatoren nicht spezifisch genug sind oder ein entsprechender säkularer Trend gegenläufig wirksam ist.

⁴ Änderung gemäß Beschluss des Steuerungskreises vom 23. Januar 2018: Unter der Überschrift „Kriterien zur Quantifizierung von Gesundheitszielen“ wird der erste Satz geändert und ein zweiter Satz wird hinzugefügt, so dass der erste Absatz wie folgt lautet: „Das jeweilige Gesundheitsziel muss nicht ausschließlich durch gesundheitspolitische Maßnahmen beeinflussbar sein. Entsprechend des „health in all policies“-Ansatzes wird auf eine breite gesellschaftliche Verankerung gesetzt.“

Anlage 3:

Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“

(Leitfragen Chancengleichheit der UAG des Evaluationsbeirates vom 30.09.2014)

Im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* ist wiederholt auf die Wichtigkeit des Themas 'Chancengleichheit' hingewiesen worden. An mehreren Stellen wird explizit betont, dass die nationalen Gesundheitsziele einen Betrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit leisten sollen. Im Kriterienkatalog zur Auswahl von Gesundheitszielen werden 13 Kriterien aufgelistet, darunter auch das Kriterium 'Chancengleichheit'. In diesem Zusammenhang heißt es: "Die Verteilung von Risikofaktoren und Erkrankungen über die Bevölkerung ist in vielen Fällen durch eine Ungleichverteilung über verschiedene soziale Schichten und Bevölkerungsgruppen charakterisiert. Gleichsam gibt es soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme von (...) präventiven Maßnahmen. *gesundheitsziele.de* will (...) auch zur Schließung der Krankheits- und Gesundheitskluft beitragen." Unter der Überschrift 'Systematik der Gesundheitsziele' wird betont: "Alle Ziele müssen zudem Querschnittsanforderungen – wie Gender Mainstreaming, gesundheitliche Chancengleichheit, Evidenzbasierung – erfüllen."

Trotz dieser expliziten Hinweise auf den Stellenwert des Themas 'gesundheitliche Chancengleichheit' besteht die Gefahr, dass es bei der konkreten Entwicklung von Gesundheitszielen in den Hintergrund gerät. Eine so komplexe Anforderung wie 'Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit' ist mit erheblichem Aufwand verbunden, bezogen auf die Analyse möglicher Ansatzpunkte und auch bezogen auf die politische Durchsetzung. Bei der Entwicklung eines nationalen Gesundheitsziels sind zudem viele Anforderungen zu beachten, eine einzelne Querschnittsanforderung wie 'Chancengleichheit' kann dabei leicht aus dem Blickfeld geraten.

Der Evaluationsbeirat hat daher eine Unterarbeitsgruppe beauftragt, eine Anleitung zur Stärkung der Querschnittsanforderung 'Gesundheitliche Chancengleichheit' zu entwickeln. Die hiermit vorgelegte Anleitung besteht aus einer Liste von Leitfragen und einem Glossar zur näheren Erläuterung einiger zentraler Begriffe. Ausgangspunkt ist die folgende zentrale Erkenntnis:

Gesundheit wird wesentlich durch soziale Determinanten (engl. social determinants of health) geprägt. Dies gilt für die Mehrheitsbevölkerung genau wie für gesellschaftliche Untergruppen als Teil der Bevölkerung. Die Mitglieder einer Gruppe weisen wichtige gemeinsame Merkmale auf, auch wenn es bei den Lebensbedingungen und den Chancen auf soziale Teilhabe große Unterschiede geben kann. Definieren lassen sich die Gruppen z.B. über Merkmale wie Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status, Erwerbsstatus, Lebensform, Wohnregion und Migrationshintergrund.

Die Kombination dieser Merkmale bietet eine Möglichkeit zur Erfassung der sozialen Diversität. Dabei ist zu betonen, dass Menschen zumeist mehreren Untergruppen angehören und demgemäß auch eine Akkumulation und Wechselwirkung der verschiedenen Diversitätsmerkmale auftreten kann. Durch Kombination lassen sich weitere Subgruppen bilden, die jeweils spezifische gesundheitliche Belastungen, spezifische Ressourcen und Präventionspotentiale aufweisen. Auch der Handlungsbedarf unterscheidet sich daher von Gruppe zu Gruppe, bezogen auf Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung. Die gesundheitliche Chancengleichheit lässt sich nur dann verbessern, wenn diese soziale Diversität angemessen berücksichtigt wird und damit soziale Determinanten der Gesundheit angemessene Berücksichtigung erfahren. Die Gefahr der Diskriminierung aufgrund der Gruppenmerkmale sollte nicht außer Acht gelassen werden.

Die Querschnittsanforderung 'Gesundheitliche Chancengleichheit' ist bei der Kriterienanalyse, der Ausarbeitung bzw. Weiterentwicklung der Gesundheitsziele und bei der Evaluation der

Gesundheitsziele zu berücksichtigen. Bei jeder dieser Prozessstufen sind die nachstehenden Leitfragen zu beachten, sie beziehen sich auf drei zentrale Merkmale der sozialen Diversität: auf den sozio-ökonomischen Status, den Migrationshintergrund und das Geschlecht. Zunächst geht es um die Identifikation der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen, die in den unterschiedlichen sozialen Gruppen vorhanden sein können, anschließend um die Ableitung des Handlungsbedarfs.

Danach folgen Fragen zur Partizipation als unverzichtbarem Bestandteil aller Maßnahmen, mit denen der Gesundheitszustand verbessert werden soll. Dahinter steht die Überzeugung, dass eine bestimmte soziale Gruppe nur dann erreicht werden kann, wenn sie frühzeitig und umfassend an Planung und Umsetzung der Maßnahme beteiligt wird.

Leitfragen

Sozio-ökonomischer Status

(z.B. erfasst über Schulbildung, Berufsstatus oder Einkommen):

a) Identifikation der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen

- Welche gesundheitlichen Risiken sind mit geringem Einkommen, niedrigem Berufsstatus und/oder niedriger Schulbildung verbunden (siehe z.B. Arbeitsbedingungen, Wohnumgebung, Zuzahlungen und Selbstbehalte, Gesundheitsverhalten)?
- Welche gesundheitlichen Ressourcen und Präventionspotentiale sind bei den sozialen Gruppen vorhanden (bzw. nicht vorhanden), die ein geringes Einkommen und/oder eine niedrige Schulbildung aufweisen (siehe z.B. Coping-Strategien, soziale Unterstützung, Verständnis der Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote [Stichwort 'health literacy'])?

b) Ableitung des Handlungsbedarfs

- Bei welchen Bildungs-, Berufsstatus- und Einkommensgruppen ist der Handlungsbedarf besonders groß, d.h. wo sind die Belastungen besonders hoch und/oder die Ressourcen besonders gering?
- Werden alle sozialen Gruppen aufgeführt, bei denen der Handlungsbedarf besonders groß ist, und werden sie durch Angaben zu Bildung, Berufsstatus und Einkommen hinreichend beschrieben (d.h. ist eine weitere Konkretisierung erforderlich, z.B. in Bezug auf Alter, Geschlecht oder Migrationshintergrund)?

c) Gestaltung der Partizipation

- Bezogen auf die sozialen Gruppen, deren Gesundheit verbessert werden soll: Wie stark sind sie beteiligt an der Planung und Durchführung der Maßnahmen?
- Gibt es Barrieren in Bezug auf die Partizipations- und Gestaltungsmöglichkeiten? Bei welchen sozialen Gruppen sind diese Barrieren besonders groß, und wie können sie überwunden werden?

Migrationshintergrund

(z.B. erfasst über Herkunftsland der Eltern oder eigene Deutschkenntnisse):

a) Identifikation der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen

- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken aufgrund von Expositionen im Herkunftsland (z.B. durch dort verbreitete Krankheiten, soziale Bedingungen, politische und/oder religiöse Verfolgung)?

- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken aufgrund der Migration selbst (z.B. psychische und körperliche Traumata während der Migration oder der Flucht)?
- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken aufgrund von Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache?
- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken aufgrund kultureller Unterschiede? Dazu gehören z.B. auch die beiden folgenden Problemfelder: unterschiedliche Geschwindigkeiten bei der Akkulturation in Deutschland innerhalb einer Familie (und daraus resultierende Konflikte), Konflikte innerhalb einer Migrantengruppe aufgrund innerer kultureller Diversität.

b) Ableitung des Handlungsbedarfs

- Ergibt sich aufgrund besonderer Risiken ein klar begründeter Handlungsbedarf für Personen mit Migrationshintergrund?
- Sind konkrete Maßnahmen der Unterstützung etwa bei Sprache, Akkulturation, Informationsbedarf ableitbar?
- Wie ist der Handlungsbedarf auch innerhalb der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund differenziert einzuschätzen?

c) Gestaltung der Partizipation

- Wie lässt sich Teilnahme und Teilhabe von Migrantinnen und Migranten an den geplanten Maßnahmen sicherstellen? Gibt es good-practice Beispiele zur Orientierung?
- Wird durch die Ziele und geplanten Maßnahmen ggf. die Partizipation der Gruppe eingeschränkt oder gefährdet? Sind Gegenmaßnahmen notwendig?

Geschlecht (Gender)

a) Identifikation der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen

- Gibt es besondere Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von Frauen und Männern?
- Stehen diese im Zusammenhang mit unterschiedlichen Einflussfaktoren der sozialen Chancengleichheit von Frauen und Männern in der Gesellschaft (z.B. bedingt durch verschiedene Positionen der Geschlechter in der Gesellschaft und deren Auswirkungen auf Bildung, Arbeit, Einkommen, gesellschaftliche Teilhabe, etc.)?
- Stehen diese gesundheitlichen Unterschiede im Zusammenhang mit biologischen Einflussfaktoren bei Frauen und Männern, die die Chancengleichheit der Geschlechter in Hinblick auf den Zugang zu Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung beeinflussen?
- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken bei Menschen mit diverser (sozial und/oder biologisch bedingter) Geschlechtsidentität?

b) Ableitung des Handlungsbedarfs

- Gibt es Gruppen, bei denen ein geschlechtsspezifischer Handlungsbedarf als besonders wichtig angesehen wird?
- Sind Maßnahmen bekannt und verfügbar, mittels derer eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation oder Versorgung erzielt werden kann?
- Könnte die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte (geschlechtsspezifische) Gruppe mit der Vernachlässigung, Ausblendung oder Diskriminierung anderer relevanter Gruppen verbunden sein? Wie kann das vermieden werden?

c) Gestaltung der Partizipation

- Sind die Gruppen, auf die die Ziele und Maßnahmen ausgerichtet werden, in die Entscheidungsfindung eingebunden?
- Werden durch Ziele und Maßnahmen Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Befähigung, Transparenz und Freiwilligkeit gefördert und nicht behindert oder eingeschränkt?

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Vor dem Hintergrund, dass soziale Determinanten die Bevölkerungsgesundheit entscheidend prägen, lautet die zentrale Frage: Bei welchen sozialen Gruppen ist der Handlungsbedarf besonders groß? Diese Gruppen sollten so genau wie möglich beschrieben werden, beispielsweise mit Hilfe der oben genannten Merkmale (d.h. sozio-ökonomischer Status, Migrationshintergrund, Geschlecht). Es gibt jedoch noch eine ganze Reihe weiterer sozialer Merkmale wie z.B. Alter, Familienstand, Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit und beruflicher Status. Durch Kombination der Merkmale können somit soziale Gruppen in vielfältiger Weise charakterisiert werden. Die Antwort auf die Frage, welche soziale Gruppe im Vordergrund steht, wird sich von Thema zu Thema unterscheiden, und selbstverständlich hängt sie auch von den zur Verfügung stehenden empirischen Informationen ab. Hier lassen sich nur zwei allgemeine Hinweise geben: (a) Nach Möglichkeit sollten die Gruppen nicht zu breit definiert werden (z.B. 'alle Personen mit niedriger Bildung') und auch nicht zu eng (z.B. 'alle Männer mit niedriger Bildung, die in einer bestimmten Stadt wohnen'). (b) Im Vordergrund steht nicht die zweifelsfreie Identifizierung der sozialen Gruppe mit dem größten Bedarf, sondern die exemplarische Auswahl von Gruppen mit besonders hohem Bedarf.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass es bei der Beschreibung der sozialen Gruppen nicht zu ungerechtfertigten Verallgemeinerungen und Stereotypisierungen kommen sollte. Eine ungerechtfertigte Verallgemeinerung liegt dann vor, wenn sich die empirischen Ergebnisse auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe beziehen (z.B. Erwachsene in einer bestimmten Altersgruppe), die Ergebnisse aber ohne weitere Prüfung auf eine größere Bevölkerungsgruppe (z.B. alle Erwachsenen) übertragen werden. Mit Stereotypisierung ist gemeint, dass Annahmen über die Wünsche, Fähigkeiten und Limitationen bestimmter sozialer Gruppen formuliert werden, ohne diese Annahmen explizit zu prüfen.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlichen Versorgung werden immer einen Effekt auf das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit haben, d.h. auf die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen. Die Ungleichheit kann kleiner, aber auch größer werden. Es sollte daher immer geprüft werden, ob die Maßnahmen einen Beitrag zur Verringerung der Ungleichheit leisten können, gemäß der Frage: Können von den Maßnahmen auch und vor allem die sozialen Gruppen profitieren, bei denen der Handlungsbedarf besonders groß ist?

Die folgenden Kontrollfragen dienen dazu, die Umsetzung dieser Empfehlungen zu überprüfen:

- Wird bei allen Stufen des Gesundheitszieleprozesses (Kriterienanalyse, Ausarbeitung konkreter Gesundheitsziele, Evaluation) explizit darauf hingewiesen, dass der Handlungsbedarf bei einigen sozialen Gruppen besonders groß ist?
- Werden diese sozialen Gruppen so genau wie möglich benannt?
- Wird bei den einzelnen Ober- und Teilzielen, Strategien und (Starter-) Maßnahmen explizit betont, dass auch und vor allem diese sozialen Gruppen erreicht werden sollten?

Diese Fragen dienen der eigenen Kontrolle, eine schriftliche Beantwortung ist daher nicht erforderlich. Alle Aussagen zum Thema 'Gesundheitliche Chancengleichheit' sollten jedoch in einem gesonderten Kapitel zusammenfassend dargestellt werden.

Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*
Eckpunkte zur Ausarbeitung von Gesundheitszielen

Ausgearbeitet von

Prof. Dr. Raimund Geene

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Beschlossen vom Evaluationsbeirat des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* am 13.11.2017

Zustimmende Kenntnisnahme durch den Ausschuss des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* am
13.12.2017 und des Steuerungskreises am 23.01.2018