

07



/ 07

Welche Bedeutung  
kommt **Gesundheitszielen**  
im Gesundheitswesen zu?

## GESUNDHEITSZIELE ALS ELEMENT GESUNDHEITSPOLITISCHER GESTALTUNG

---

- / Im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de vereinbaren die Akteure im Gesundheitswesen Ziele als ein ergänzendes politisches Steuerungselement, die eine gemeinsame Orientierung unterstützen.*

---

- / Gesundheitsziele sollen zur Erhaltung bzw. zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen.*

---

- / Seit 2000 haben die Akteure von gesundheitsziele.de acht nationale Gesundheitsziele entwickelt, mit dem im Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz wurden diese Ziele ins Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen.*

---

- / Die Vereinbarung von Gesundheitszielen findet sich heute auf allen Ebenen – national, in den Ländern und in den Kommunen.*

---

- / Die Entwicklung konsensualer Gesundheitsziele, ihre Umsetzung und ihre Evaluation benötigen eine solide Datenbasis.*

## 7.1

### GESUNDHEITSZIELE ALS ELEMENT GESUNDHEITSPOLITISCHER GESTALTUNG

Mit der 1977 eingeleiteten Strategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« (”Health for All”) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist zunehmend auch die (Weiter-)Entwicklung von nationalen Gesundheitssystemen in den Blickpunkt gerückt worden. Die WHO, Regionalbüro für Europa, formulierte für die europäische Region in ihrer letzten Aktualisierung aus dem Jahr 2005 ein Rahmenkonzept über wirksame Umsetzungsstrategien. Diese können den einzelnen Nationalstaaten als Instrument zur Erreichung einer besseren Gesundheit für alle dienen [1]. Nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die 1986 durch die WHO verabschiedet wurde, soll zudem die Verantwortung für Gesundheitsförderung von allen Politiksektoren getragen werden. Einzelpersonen und Gruppen, Ärztinnen, Ärzte und andere im Gesundheitswesen Tätige, Gesundheitseinrichtungen und der Staat sollen gemeinsam Versorgungssysteme entwickeln, die stärker an gesundheitsfördernden Maßnahmen ausgerichtet sind und über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgehen [2]. Das ”Health for All”-Programm und die Ottawa-Charta können somit als Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen sowie einer gesundheitsfördernden Politik angesehen werden. Sie haben den Gesundheitszieleprozess in den europäischen Staaten und somit auch in Deutschland eingeleitet.

Bis 2010 hatten 41 von 53 Staaten der WHO-Europa Konzepte zu Gesundheitszielen entwickelt [3]. Ausrichtungen, Gestaltung und Organisation des Zielprozesses gestalten sich international allerdings sehr unterschiedlich. Ursache hierfür sind die verschiedenen politischen und Gesundheitssysteme der einzelnen Länder [4]. Probleme bereitet auch, dass der Begriff »Gesundheitsziel« international nicht einheitlich definiert wird. Im englischen Raum werden beispielsweise Bezeichnungen wie ”goals”, ”objectives” und ”targets” gebraucht – mit zum Teil sehr unterschiedlichen Abgrenzungen und Verwendungen. Ebenso unterscheiden sich die inhaltlichen Ausrichtungen von Gesundheitszielen im internationalen Bereich [4, 5]. Eine internationale Arbeitsgruppe hat acht charakteristische Merkmale von Gesundheitszielen formuliert: Diese sollen partizipativ, konsensorientiert, transparent, effektiv, effizient, messbar, umfassend und konkret beschrieben sein sowie auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen [6]. Nach van Herten und Gunning-Schepers sollen sich Gesundheitsziele an den »SMART«-Kriterien orientieren und somit ”specific” (spezifisch), ”measurable” (messbar), ”accurate” (genau), ”realistic” (realistisch) und ”time bound” (zeitgebunden) sein [7].

In Deutschland wurden seit etwa Mitte der 1980er-Jahre auf Bundesebene Grundlagen für nationale Gesundheitsziele geschaffen [8, 9]. Auf der 72. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 1999 sprachen sich die Gesundheitsministerinnen und -minister der Länder dafür aus, die Gesundheitspolitik zielorientierter zu gestalten. Die GMK appellierte an Verantwortliche in Bund, Ländern und Gemeinden, die Verabschiedung tragfähiger Gesundheitsziele voranzutreiben [10]. Auch

der Sachverständigenrat hat sich in mehreren Gutachten für die Entwicklung von Gesundheitszielen ausgesprochen [11–14].

## 7.2

### GESUNDHEITSZIELE.DE: KONSENSPLATTFORM FÜR NATIONALE GESUNDHEITSZIELE IN DEUTSCHLAND

#### 7.2.1

##### POLITISCHE EINORDNUNG NATIONALER GESUNDHEITSZIELE

Im pluralistisch strukturierten deutschen Gesundheitssystem verteilen sich Verantwortung und Zuständigkeiten der gesundheitlichen Versorgung zwischen Bund, Ländern und Kommunen auf der einen sowie den (selbstverwalteten) Kostenträgern und Leistungserbringern auf der anderen Seite [15]. Das führt dazu, dass Zielprozesse auf verschiedenen Ebenen stattfinden und dass sie auch konkurrierende Interessen verfolgen können [16]. Um die Gesundheit der Bevölkerung langfristig zu erhalten und nachhaltig zu verbessern sowie die Qualität und Effizienz der Versorgung zu optimieren, ist es notwendig, die verschiedenen Akteure zusammenzuführen und einen Konsens über gemeinsame Ziele zu fördern [17, 18]. In diesem Sinne wird von Gesundheitszieleprozessen gesprochen. Sie sind gekennzeichnet durch einen systematischen, fachlichen Dialog von Akteuren im Gesundheitssystem auf der Basis von Gesundheitsdaten. Die gemeinsame Orientierung an Zielen hilft, strukturelle Hürden und Einzelinteressen von Akteuren teilweise zu überwinden.

Gesundheitsziele stehen in engem Zusammenhang mit gesundheitspolitischen und versorgungsbezogenen Entwicklungen und greifen wichtige Themen auf, die langfristiger Strategien und Handlungsansätze bedürfen. Sie fokussieren auf mögliche Defizite in verschiedenen Handlungsbereichen, benennen Veränderungsbedarfe und formulieren daraufhin strategische Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems [18, 20]. Darüber hinaus fördern Gesundheitsziele politische Debatten über gesundheitsrelevante Themen [21]. Die auf Partizipation und Konsens ausgelegte Entwicklungsweise der Gesundheitsziele schafft zudem die Voraussetzung für ihre breite Akzeptanz [16, 17, 22]. Sie spiegeln sich daher in zielorientierten Programmen und Prozessen auf Bundes- und Länderebene sowie auf kommunaler Ebene wider [18].

Mit dem im Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), wurde erstmals eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitsziele in Deutschland geschaffen. Laut Präventionsgesetz soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen folgende, vom Kooperationsverbund erarbeitete Gesundheitsziele – inklusive der jeweiligen Teilziele – berücksichtigen:

- / **Diabetes mellitus Typ 2:**  
Erkrankungsrisiko senken,  
Erkrankte früh erkennen und behandeln
- / **Brustkrebs:**  
Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- / **Tabakkonsum reduzieren**

7.1  
7.2



### INFOBOX 7.1

#### NATIONALE GESUNDHEITSZIELE

Nationale Gesundheitsziele sind ein ergänzendes gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument, das einer gemeinsamen Orientierung im Gesundheitswesen dient. Gesundheitsziele sollen zur Erhaltung bzw. zur nachhal-

tigen Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen, indem sie Prioritäten und langfristige Perspektiven entwickeln, Sektor übergreifende Handlungsfelder benennen, Ressourcen bündeln und die Qualität von Prävention, Behandlung (Kuration) und Rehabilitation verbessern (vgl. [19]).

- / **Gesund aufwachsen:**  
Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung
- / **Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen:**  
Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken
- / **Depressive Erkrankungen:**  
verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
- / **Gesund älter werden**
- / **Alkoholkonsum reduzieren [23].**

### 7.2.2

#### ORGANISATIONSSTRUKTUR DES KOOPERATIONSVERBUNDES GESUNDHEITSZIELE.DE

Das Forum gesundheitsziele.de wurde im Jahr 2000 auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der GMK als Modellprojekt ins Leben gerufen und bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) in Köln angesiedelt [17]. Der GVG-Ausschuss zur medizinischen Orientierung im Gesundheitswesen entwickelte ein Konzept, wie Gesundheitsziele in Deutschland auf nationaler Ebene etabliert werden können. Im Ausschuss vertreten waren damals bereits alle relevanten Institutionen der Selbstverwaltung. Bis 2006 wurde das Projekt aus Eigenmitteln der GVG und aus Bundesmitteln finanziert. Nach dem Ende der Modellförderung erklärten sich die beteiligten Akteure bereit, den Gesundheitszieleprozess weiterzuführen sowie finanziell zu unterstützen. Daraufhin entstand 2007 der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Anlässlich dieser Verstärkung haben die beteiligten Akteure eine gemeinsame Erklärung über den Nutzen und die Notwendigkeit einer gemeinsamen Zielformulierung veröffentlicht. Die empfohlenen Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele sollen in Selbstverpflichtung und auf Grundlage der vorhandenen Ressourcen umgesetzt werden. Inzwischen besteht der Kooperationsverbund aus mehr als 120 Akteuren des Gesundheitswesens [17].

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de setzt sich aus verschiedenen Gremien zusammen, die in die Entscheidungsprozesse, strategischen Planungen und den Zieleprozess direkt involviert sind (Abb. 7.1). In allen Gremien des Kooperationsverbundes werden Entscheidungen im Konsens getroffen [24].

Der Steuerungskreis ist das zentrale Beschlussgremium. Er entscheidet über die Auswahl neuer Gesundheitsziele sowie über die strategische Ausrichtung des Kooperationsverbundes. Der Ausschuss ist eine fachliche Diskussionsplattform, die die Zieleentwicklung

und die Evaluationsprojekte inhaltlich begleitet und fachlich abnimmt, und die die Aktualisierung von Gesundheitszielen beschließt. Für die Entwicklung der Ziele und die Bearbeitung anderer konkreter Aufgaben setzt der Ausschuss Arbeitsgruppen ein, mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft, Politik und Selbstverwaltung sowie aus verschiedenen Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens. Dies gewährleistet eine breite fachliche Spannweite und die Einbeziehung der verschiedenen Perspektiven der beteiligten Akteure. Der Evaluationsbeirat erarbeitet Evaluationskonzepte für die einzelnen Gesundheitsziele und für den Gesamtprozess. Er entwickelt und adaptiert die Auswahlverfahren für neue Gesundheitsziele und übernimmt die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung des Zielprozesses. Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes organisiert und moderiert den Zielprozess und die Zusammenarbeit im Kooperationsverbund.

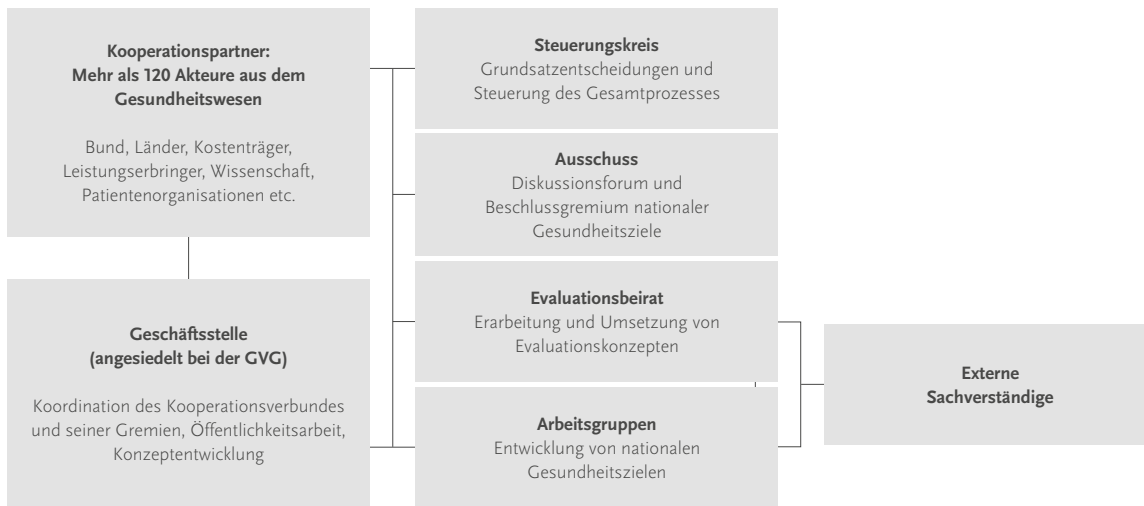
### 7.2.3

#### NATIONALE ZIELBEREICHE

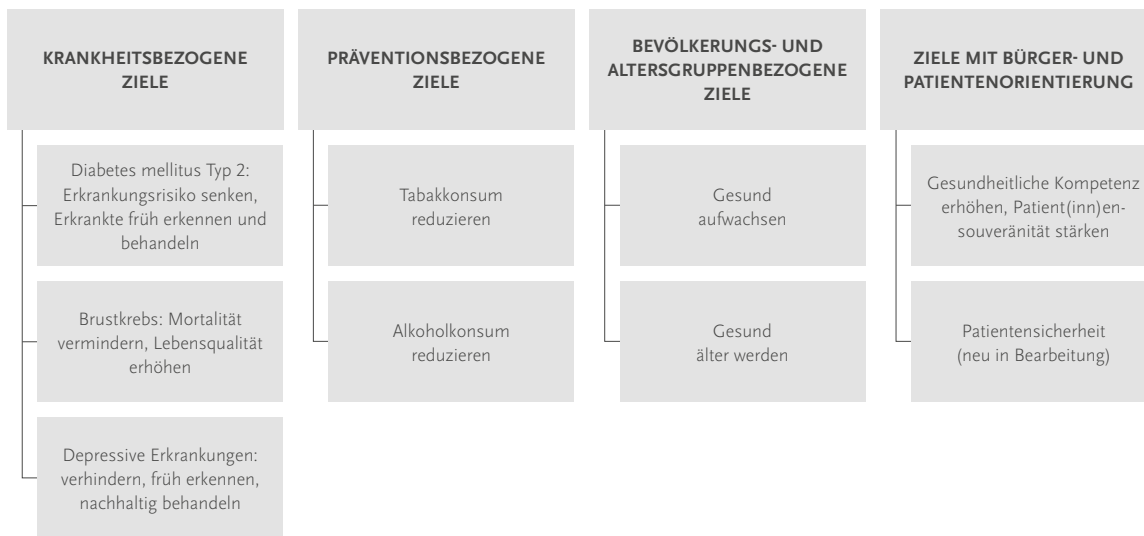
Die Plattform gesundheitsziele.de hat in ihrem 15-jährigen Bestehen differenzierte Gesundheitsziele auf einer breiten methodischen Grundlage entwickelt. Die Auswahl der Zielthemen und die Entwicklung, Aktualisierung und Evaluation der Ziele erfolgt mit wissenschaftlichen Methoden, Konzepten und Instrumenten, welche ständig weiterentwickelt und geprüft werden [18]. Die bisher erarbeiteten nationalen Gesundheitsziele [26] sind verschieden ausgerichtet: So gibt es krankheits- und präventionsbezogene Ziele, Ziele mit Bevölkerungs- und Altersgruppenbezug sowie mit Bürger- und Patientenorientierung (Abb. 7.2). Dadurch werden verschiedene Bevölkerungsgruppen in den Zielen adressiert [25, 27]. Die Ziele werden vor dem Hintergrund von Querschnittsanforderungen formuliert, die in jeder Phase der Zielerarbeitung und in allen Zielbereichen berücksichtigt werden sollen [18, 28]:

- / Gender Mainstreaming
- / Gesundheitliche Chancengleichheit
- / Bürger- und Patientenbeteiligung
- / Stärkung der Selbsthilfe
- / Prävention auch bei Krankheitszielen
- / Evidenzbasierung
- / Sektorale Verzahnung und Integration

Um die Umsetzung der Querschnittsanforderung »gesundheitliche Chancengleichheit« zu unterstützen,



◀ **Abbildung 7.1**  
Organigramm Kooperationsverbund Gesundheitsziele.de  
Quelle: [25]



◀ **Abbildung 7.2**  
Nationale Gesundheitsziele  
Quelle: eigene Darstellung nach [27]

hat eine Expertengruppe des Evaluationsbeirats zudem einen »Leitfaden Gesundheitliche Chancengleichheit« entwickelt und 2015 publiziert [29]. Er fokussiert auf drei zentrale Merkmale sozialer Diversität: Geschlecht, sozioökonomischer Status und Migration. Für jeden der drei Bereiche wurden Leitfragen formuliert, mit denen gesundheitliche Risiken und Ressourcen in unterschiedlichen sozialen Gruppen identifiziert sowie Handlungsbedarfe abgeleitet werden können. Eine dritte Leitfrage gilt jeweils dem Bereich Partizipation und wie diese ermöglicht werden kann.

eines Priorisierungsverfahrens werden in den Gremien des Kooperationsverbundes potenziell relevante Themenbereiche identifiziert. Der Evaluationsbeirat bewertet unter Beteiligung externer Fachleute die ausgewählten Themen. Grundlage für seine Bewertung sind die folgenden Auswahlkriterien mit verschiedenen Dimensionen und Indikatoren. Diese integrieren auch die genannten Querschnittsanforderungen sowie politische, umsetzungs- und implementierungsbezogene Merkmale [20, 28, 32]:

#### 7.2.4

#### ZIELPROZESS: AUSWAHL, ENTWICKLUNG, UMSETZUNG UND EVALUATION

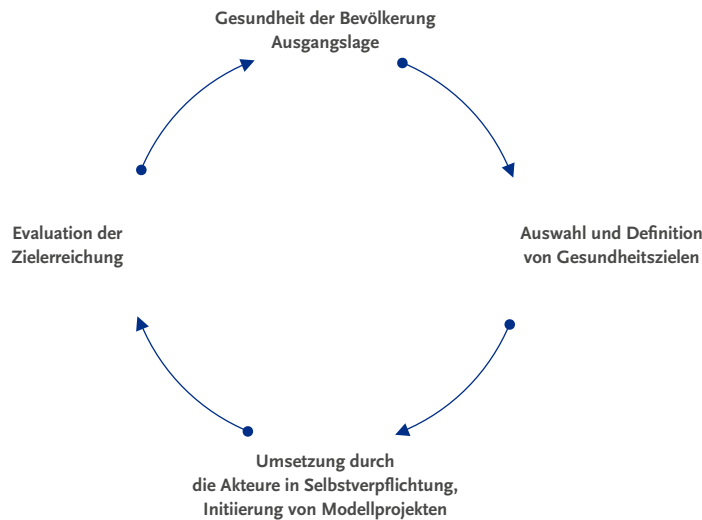
Analog zum Public-Health-Aktionszyklus erfolgt der Zielprozess in vier Schritten: erstens Analyse, zweitens Auswahl und Entwicklung von Gesundheitszielen, drittens Umsetzung von Maßnahmen und viertens Evaluation der Zielerreichung [16] (Abb. 7.3).

#### ANALYSE UND AUSWAHL

Der Auswahl eines Gesundheitsziels liegt ein transparentes Verfahren auf der Basis eines Kriterienkatalogs und epidemiologischer Daten zugrunde. Im Rahmen

1. Schweregrad (Mortalität, bevölkerungsbezogene Krankheitslast)
2. Verbreitung
3. Verbesserungspotenzial
4. Volkswirtschaftliche Relevanz
5. Ethische Aspekte
6. Chancengleichheit
7. Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung
8. Messbarkeit
9. Machbarkeit (Instrumente und Akteure)
10. Beteiligungsmöglichkeit von Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten
11. Rechtlicher Rahmen.

► **Abbildung 7.3**  
Aktionszyklus  
gesundheitsziele.de  
Quelle: [30]



Die Kriterienanalyse ermöglicht einen transparenten Diskussions- und Entscheidungsprozess, an dessen Ende die Festlegung von Zielthemen durch den Steuerungskreis und ihre inhaltliche Bearbeitung in multidisziplinären Arbeitsgruppen steht [18, 24].

#### ZIELENTWICKLUNG

Die eigentliche Zielentwicklung erfolgt in zwei Phasen: Konkretisierung und Operationalisierung (Abb. 7.4).

Die Konkretisierungsphase umfasst fünf Schritte. Ausgangspunkt ist die Kriterienanalyse, welche zur Formulierung eines Oberziels führt (z. B. »Tabakkonsum reduzieren«). Auf dieser Grundlage werden Handlungsfelder identifiziert, welche den Gesamtinhalt des Gesundheitsziels abbilden und Handlungsbedarfe (etwa Prävention oder Versorgung) benennen. Zu jedem Handlungsfeld werden geeignete Ziele und Teilziele formuliert.

In der Operationalisierungsphase werden Umsetzungsstrategien, Maßnahmen, Startermaßnahmen und Indikatoren für die Evaluation entwickelt. Die Umsetzungsstrategie enthält Aussagen zum Interventionsbereich, Interventionsansatz sowie der Interventionsstrategie. Sie beschreibt, wo Handlungen ansetzen sollen (Setting, Ebene), was getan werden soll (verhaltens- und verhältnisorientiert) und wie gehandelt werden soll (z. B. Aufbau neuer Strukturen). Als Maßnahmen werden hier einzelne oder kollektive Handlungen bezeichnet, mit klar benannter Verantwortlichkeit und gegebenenfalls einem zeitlichen Rahmen. Unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Evidenz werden die Maßnahmen exemplarisch zusammengetragen; sie gelten als Empfehlungen an die Akteure. Aus diesen Maßnahmen werden teilweise Startermaßnahmen ausgewählt, die besonders bedeutsam sind und sich für eine zeitnahe Umsetzung eignen [18].

#### UMSETZUNG

Grundsätzlich basiert die Umsetzung der Gesundheitsziele auf der Selbstverpflichtung der Akteure, niedergelegt in der gemeinsamen Erklärung. Darüber hinaus fördert der Kooperationsverbund ihre Umsetzung, indem er Möglichkeiten zur Vernetzung und des voneinander Lernens bereitstellt. Die Umsetzung wird auch durch die

kontinuierliche Begleitung der Zielumsetzung unterstützt. Beispielsweise konzipiert die Arbeitsgruppe »Gesund älter werden« Informationsmaterialien und initiiert Workshops zur Umsetzung des Gesundheitsziels. Dieses Modell soll zunehmend auch auf die anderen Arbeitsgruppen übertragen werden.

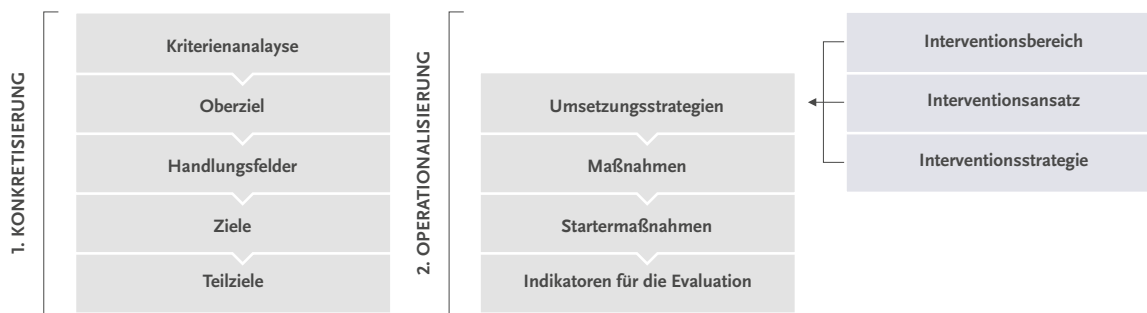
#### EVALUATION

Die Evaluation ist ein integrativer Bestandteil des Gesundheitszielprozesses. Nur so lässt sich die Umsetzung der Ziele und der einzelnen Maßnahmen sowie der Einsatz der verwendeten Ressourcen belegen [18]. Die Messbarkeit der Gesundheitsziele soll durch spezifische, schon bei der Formulierung von (Teil-) Zielen definierte Indikatoren gewährleistet werden [22]. Ziel der Evaluation von nationalen Gesundheitszielen ist die Abbildung der Maßnahmenumsetzung und des Zielerreichungsgrades. Die Ergebnisse der Evaluation ermöglichen eine Anpassung des jeweiligen Gesundheitsziels [31].

Grundlage für die Evaluation nationaler Gesundheitsziele sind Konzepte, die vom Evaluationsbeirat unter Mitarbeit von wissenschaftlichen Fachleuten und den Datenhaltern erarbeitet werden. Für vier der nationalen Gesundheitsziele liegen solche Evaluationskonzepte vor:

- / Tabakkonsum reduzieren [32]
- / Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln [33]
- / Patient(inn)ensouveränität stärken [34]
- / Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita [35].

Ein weiteres Konzept ist für die Evaluation des Gesundheitsziels »Gesund älter werden« geplant. Zwei Gesundheitsziele wurden bereits umfassend evaluiert: »Tabakkonsum reduzieren« [32] und das Teilziel »Gesund aufwachsen im Setting Kita« [35]. Zudem wurde Anfang 2014 der Gesamtprozess von gesundheitsziele.de wissenschaftlich evaluiert. Darauf aufbauend wurden gemeinsam mit den Akteuren Handlungsempfehlungen für den Gesamtprozess formuliert [36].



◀ **Abbildung 7.4**  
Phasen der Zielentwicklung und Arbeitsschritte  
Quelle: [18]

### 7.3 HANDLUNGSFELDER DER LÄNDER UND KOMMUNEN

#### 7.3.1 GESUNDHEITZIELE IN DEN LÄNDERN

Noch bevor in Deutschland Gesundheitsziele auf Bundesebene formuliert wurden, verfügten einige Länder und Kommunen über konkrete Erfahrungen und Projekte [37]. Vorreiter sind hier Hamburg (1992) und Nordrhein-Westfalen (1994). Inzwischen wurden in einigen Ländern bereits sehr konkrete Ziele mit Ober- und Teilzielen definiert [3, 38]. Nahezu alle Länder orientieren sich heute bei der Formulierung konkreter Ziele oder einzelner Handlungsfelder an den acht nationalen Gesundheitszielen [34].

Am häufigsten haben die Länder Themen und Maßnahmen zur Bekämpfung von Krebserkrankungen sowie zu den Bereichen »Gesund aufwachsen« und »Gesund älter werden« formuliert. Weitere Zieleinitiativen sind sehr vielfältig und können hier nur exemplarisch erwähnt werden. So finden sich Ziele oder Handlungsfelder zu Themen wie beispielsweise chronische Erkrankungen und Schlaganfall in Rheinland-Pfalz, Erste Hilfe für Schüler in Bremen, Gesundheit arbeitsloser Menschen in Sachsen, Gesundheitsinformation sowie Rückenleiden in Nordrhein-Westfalen, Verletzungsprävention (»Safe Region – Sicheres Brandenburg«) in Brandenburg, Säuglingssterblichkeit in Schleswig-Holstein, Stressbewältigung in Mecklenburg-Vorpommern und Zahngesundheit in Sachsen-Anhalt [3, 39].

Träger der Gesundheitszieleprozesse sind meist die zuständigen Landesministerien. Allerdings gibt es auch themenspezifische Bündnisse und Arbeitsgruppen, welche als Initiatoren agieren [3]. Dabei können Landesgesundheitsdienstgesetze den rechtlichen Rahmen für beispielsweise präventive oder gesundheitsfördernde Maßnahmen vorgeben. In den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein finden Gesundheitsziele beziehungsweise gesundheitsbezogene Zielsetzungen gesetzliche Erwähnungen. Ein Bezug zwischen Gesundheitszielen und gesetzlich verankerten Prozessen existiert auch in Mecklenburg-Vorpommern durch den Landesaktionsplan für Gesundheitsförderung und Prävention und in Nordrhein-Westfalen durch die gesetzlich etablierte Landesgesundheitskonferenz, die unter anderem für die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen zuständig ist [3].

Durch einen Beschluss der 79. Gesundheitsministerkonferenz (2006), der eine stärkere gemeinsame inhaltliche Orientierung in dem stark untergliederten Gesundheitswesen in Deutschland fordert, wurden nationale Gesundheitsziele als eine wichtige Unterstützung hervorgehoben. Sie können den Austausch zwischen den Ländern, aber auch mit anderen Partnern befördern. Sie sollen neben dem Austausch Optimierungsbedarfe bei der Prozessentwicklung, Erarbeitung von Vorgehensweisen und Vereinbarungen sichtbar machen [17]. Außerdem nehmen Vertreterinnen und Vertreter der Länder regelmäßig an den Gremiensitzungen von gesundheitsziele.de teil. Nicht zuletzt unterstützen die Länder den Zielprozess auf nationaler Ebene auch finanziell. Synergieeffekte zwischen dem nationalen Prozess und den Prozessen in den Ländern, aber auch zwischen den Ländern können so effizienter genutzt und gefördert werden [17]. Vor diesem Hintergrund hat gesundheitsziele.de im Jahr 2011 auf ihrer Internetseite einen Infopool zu den Gesundheitszielen der Länder eingerichtet. Dieser stellt die einzelnen Zielbereiche der Länder vor und enthält weitergehende, regelmäßig aktualisierte Informationen, einschließlich Trägerschaft, Finanzierung und rechtlichen Grundlagen. So haben die Länder die Möglichkeit, ihr Vorgehen darzustellen und sich gegenseitig auszutauschen [24].

Zu einzelnen Zielen hat die Gesundheitsministerkonferenz Stellung genommen bzw. die Umsetzung empfohlen. Zuletzt hat die GMK den kommunalen Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« als eine geeignete Initiative für die Umsetzung des Gesundheitsziels »Gesund aufwachsen« empfohlen [40]. Die 85. GMK hat im Jahr 2012 das Gesundheitsziel »Gesund älter werden« als »eine wichtige Grundlage für ihre eigenen Zielprozesse und prioritären politischen Handlungsfelder in diesem Bereich« bezeichnet [41].

Insgesamt sind somit die Länder für eine gemeinsame Zielorientierung im Gesundheitswesen unerlässlich. So kann gesundheitsziele.de bei zu formulierenden Zielen an bereits bestehende Konzepte und Projekte anknüpfen und von den Erfahrungen der Länder profitieren und von den Erfahrungen der Länder profitieren. Umgekehrt inspiriert die nationale Zieleentwicklung die Länder bei der Gestaltung ihrer Zielprozesse und priorisierten Handlungsfelder. Durch die praktische Umsetzung von nationalen Konzepten in den Ländern (z. B. in Form von Länderprogrammen und -initiativen) können zudem die praktische Eignung der Maßnahmen überprüft und Weiterentwicklungsoptionen identifiziert werden [17].

## 7.3



### 7.3.2

#### GESUNDHEITSZIELE IN DEN KOMMUNEN

Für die Erarbeitung kommunaler Gesundheitsziele sind die nationalen Zielformulierungen von großer Bedeutung. Sie dienen als theoretische Grundlage und fördern die Konsensfindung, welche für die Realisierung einzelner Maßnahmen eine tragende Rolle spielt [42]. Einen wichtigen Beitrag zur Zielentwicklung auf kommunaler Ebene leistet das »Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland«. Das Netzwerk ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Städten, Kreisen und Bezirken, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention kommunal umzusetzen. In diesem Zusammenhang unterstützt das Netzwerk die Formulierung kommunaler Gesundheitsziele [43]. Seit der Gründung im Jahr 1989 traten insgesamt 75 Städte dem »Gesunde Städte-Netzwerk« bei [44].

Eine Gesamtschau der Aktivitäten der Kommunen liegt leider nicht vor [45]. Einige Beispiele sollen im Folgenden vorgestellt werden. So wurden beispielsweise in Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern) im Jahr 2003, ausgehend von einem Bürgerschaftsbeschluss, Projekte und Maßnahmen zu Kindervorsorgeuntersuchungen und zum Nichtraucherschutz erarbeitet. Eine daran anschließende Bürgerbefragung ermittelte von der Bevölkerung bevorzugte (priorisierte) Gesundheitsziele. Auf dieser Grundlage konnten 2008 insgesamt fünf kommunale Gesundheitsziele festgelegt werden: eine präventive, bedarfsgerechte Familienförderung, eine gesunde Umwelt, die Sensibilisierung für gesunde Ernährung, gesundes Aufwachsen und Aktivität im Alltag, die Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz und die Verbesserung der individuellen Lebenslage. Die Umsetzung der Ziele, die bis zum Jahr 2015 festgelegt wurde, ist durch verschiedene Projekte wie beispielsweise »gesunde Schule« untermauert [46].

Zum »Gesunde Städte-Netzwerk« gehört auch Kassel (Hessen). Im Rahmen einer verwaltungsinternen Arbeitsgruppe wurden hier 2012 drei strategische Gesundheitsziele formuliert. Diese beziehen sich auf kommunale Präventionspotenziale, Gesundheit in allen Lebensphasen und Gesundheitschancen sozial Benachteiligter. Darauf aufbauend wurden insgesamt 43 operative Ziele mit verschiedenen Untermaßnahmen erarbeitet [47].

Die Stadt Bielefeld in Nordrhein-Westfalen verabschiedete 2003 erstmals die Gesundheitsziele »Bürgerinnen- und Bürgerorientierung«, »Gesundheitliche Chancengleichheit« und »Prävention und Gesundheitsförderung«. Diese waren zunächst für einen Zeitraum von fünf Jahren festgeschrieben. Zur Zielerreichung wurden eine Reihe von Projekten und Maßnahmen durch verschiedene lokale Organisationen, Institutionen, Arbeitsgruppen, Netzwerke und Einzelpersonen initiiert. Nach einer Auswertung im Jahr 2009, die unter anderem im Rahmen einer Bürgerbefragung stattfand, wurden die Ober- und Teilziele unter dem Titel »Bielefelder Gesundheitsziele 2015« fortgeschrieben. Mit Hilfe der verschiedenen Akteure sollen diese bis 2015 umgesetzt werden. Grundlage für die Zielformulierungen ist die gesundheitliche Lage und Versorgung der Stadt Bielefeld, welche durch Daten der kommunalen

Gesundheitsberichterstattung ermittelt wird. Auch der Nutzen von Projekten und Maßnahmen wird auf der Grundlage von kommunalen Daten abgeschätzt [48]. In vielen Ländern gibt es neben den Landes- auch kommunale Gesundheitskonferenzen, in denen Gesundheitsziele und Strategien erarbeitet, verabschiedet und umgesetzt werden [49].

### 7.4

#### VERLÄSSLICHE DATENBASIS UND GESUNDHEITSZIELE

Für alle Schritte im Zieleprozess (Analyse und Auswahl von Zielthemen, Formulierung und Entwicklung von Gesundheitszielen, Umsetzung von Maßnahmen und Evaluation der Zielerreichung (siehe Kapitel 7.2.4) werden verlässliche Daten benötigt. Für das wissenschaftlich-partizipative Auswahlverfahren von Gesundheitszielen bilden Daten aus verschiedenen Datenquellen die Grundlage, wie zum Beispiel aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Analysen des Sachverständigenrates, Ansätze der Leitlinienentwicklung, Umfragen sowie weitere Expertisen und Untersuchungen. Leistungserbringer, Kostenträger, Patientinnen- und Patientenvertretungen sowie Bund, Länder und Gemeinden können so den Anspruch erheben, handlungsorientierte Ziele auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse erarbeitet zu haben.

Auch für die Phasen der Umsetzung von Maßnahmen und der Evaluation der Zielerreichung werden solide und belastbare Daten benötigt (programmbegleitend und ergebnissichernd). Die Messbarkeit des Erreichungsgrades einzelner Maßnahmen sowie der Zielorientierung insgesamt ist eine zentrale Anforderung an die Gestaltung des Gesamtprozesses. Voraussetzung dafür ist, dass mittels definierter Indikatoren eine Quantifizierung des Ziels beziehungsweise der Zielerreichung möglich wird. Mit entsprechenden Evaluationskonzepten werden geeignete Indikatoren und Datenquellen bestimmt, um den Grad der Zielerreichung zu messen. Die Evaluationskonzepte basieren vornehmlich auf vorhandenen Daten, wie zum Beispiel aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, den Evaluationsdaten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und aus den Präventionsberichten der Krankenkassen.

Ein wichtiges Instrument für den Gesundheitszieleprozess ist der Datenfundus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Abb. 7.5). Über [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) macht das Statistische Bundesamt den Daten- und Informationsbestand der Gesundheitsberichterstattung des Bundes der Öffentlichkeit zugänglich. Den Kern des Informationssystems bilden rund 200 Datenquellen, die in aussagekräftigen Indikatoren zusammengefasst sind. Zusätzlich werden ausgewählte Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und Daten aus dem Fundus der WHO und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) angeboten.

Die existierenden amtlichen Statistiken und Prozessdaten der gesundheitlichen Versorgung lassen nur partiell Rückschlüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Personengruppen zu. Für die Gesundheitsberichterstattung werden daher auch Daten aus

einmalig oder regelmäßig durchgeführten Studien genutzt. Beispiele sind das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts und das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW). Der Vorteil dieser Surveys liegt in den flexiblen Möglichkeiten, neue Fragestellungen anzugehen, sowie in den umfassenden personenbezogenen Informationsgewinnungs- und Auswertungsmöglichkeiten.

Die Gesundheitsberichterstattung verfügt somit inzwischen über eine breite Informationsbasis, sowohl durch die überwiegend jährlich fortgeschriebenen Daten und Indikatoren des Informationssystems der GBE als auch durch die vom Robert Koch-Institut in mehrjährigen Abständen durchgeführten Befragungs- und Untersuchungssurveys. Die nationalen Surveys schließen Datenlücken des Informationssystems zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und beseitigen Defizite hinsichtlich der bundesweiten Repräsentativität von Daten.

Am Robert Koch-Institut wurde seit Ende der 2000er-Jahre ein verlässliches Monitoringsystem etabliert, das wiederholte Gesundheitssurveys für Kinder und Erwachsene in geeigneten zeitlichen Abständen umfasst [50]. Dabei werden bei einem Kern gleichbleibender Themenbereiche zusätzliche Module in den Fragenkanon aufgenommen, um aktuelle gesundheitspolitische beziehungsweise Public Health-relevante Fragestellungen zu berücksichtigen. So wurde das Fragenspektrum auch im Hinblick auf das Gesundheitszieleprogramm auf Bundesebene zu fast allen bisher etablierten Zielthemen erweitert, zu Diabetes, Depressionen, Rauchen, aber auch zum Bereich der Bürger- und Patientenorientierung, vor allem Fragen zur Transparenz (Gesundheitsinformationen) und Kompetenz.

Mit dem weiteren Ausbau des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut steht ein Instrument zur Verfügung, das sich flexibel an gesundheitspolitische Erfordernisse anpassen lässt und damit auch geeignet ist, spezifische Informationsbedarfe von gesundheitsziele.de abzudecken.

Insgesamt steht dem Gesundheitszieleprozess über das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung ein erheblicher Anteil der in Deutschland verfügbaren Gesundheits(system)-Daten zur Verfügung. Dieses

umfangreiche Angebot kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass beispielsweise für Aufgaben bei der Evaluation von Gesundheitszielen zusätzliche Informationen verfügbar gemacht oder generiert werden müssen, um qualifizierte Aussagen machen zu können [51].

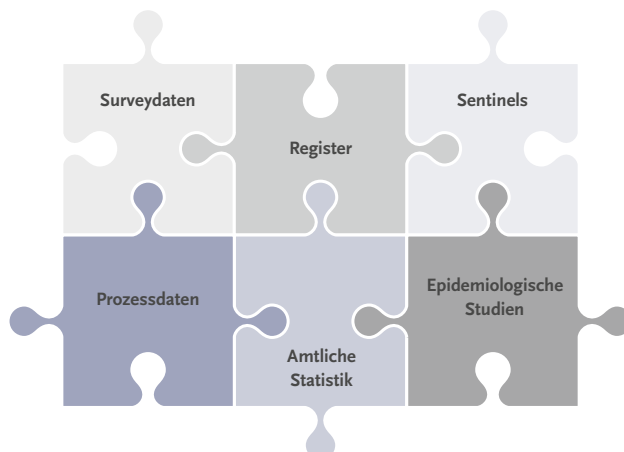
## 7.5 FAZIT

Gesundheitsziele werden in Deutschland zunehmend als ein gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument akzeptiert und verwendet. Die Vereinbarung von Gesundheitszielen findet sich heute auf allen Ebenen – national, in den Ländern und in den Kommunen. Ein Grund für ihre Verbreitung ist das zunehmende Interesse der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen, sich zu wichtigen Themen auf gemeinsame Ziele zu verständigen, hierzu Ressourcen zu bündeln und Akteure außerhalb des Gesundheitswesens, die auch Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, einzubeziehen (“Health in All Policies”). Die Akzeptanz von Gesundheitszielen wird zudem gefördert durch die breite Einbindung von Expertinnen und Experten bei der Zielentwicklung, die Evidenzbasierung bei der Erarbeitung und den Konsens, mit dem die Ziele beschlossen werden.

Neben den Stärken und Vorteilen des Prozesses wurden auch Schwächen deutlich: Dem nationalen Gesundheitszieleprozess fehlte es viele Jahre an Verbindlichkeit, und es gab keine legislative Grundlage. Das Selbstverständnis nationaler Gesundheitsziele als Dachziele für Aktivitäten der beteiligten Akteure auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen konkurriert mit dem Interesse aller Beteiligten und auch der Notwendigkeit, eigene Schwerpunkte zu setzen. Gesundheitsziele stoßen auch an die Grenzen, die durch Föderalismus und Selbstverwaltung gesetzt sind [16].

Da die Orientierung an den nationalen Gesundheitszielen jedoch nicht verpflichtend ist, bleibt die flächendeckende Anwendung von Gesundheitszielen eine große Herausforderung. Es gibt aber zunehmend Verschränkungen zwischen den Gesundheitszielen auf nationaler, Länder- und kommunaler Ebene, die dazu beitragen, die Zielprozesse auf allen Ebenen auf gemeinsame Fragen auszurichten und zu harmonisieren. Dennoch bleibt die Umsetzung der Ziele in der Fläche auch für die kom-

# 7.4 7.5



◀ **Abbildung 7.5**  
Datenquellen der  
Gesundheitsberichterstattung  
des Bundes (GBE)

menden Jahre eine große Aufgabe. Wichtige Impulse sind diesbezüglich zu erwarten durch die Nennung der nationalen Gesundheitsziele im »Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention« (Präventionsgesetz), das 2015 in Kraft getreten ist. Die Gesundheitsziele sind darin eine der Referenzgrößen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien für die Leistungen in primärer Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigen soll.

Der nationale Gesundheitszieleprozess hat somit über die Jahre eine deutliche Aufwertung und zunehmende Aufmerksamkeit in Fachwelt und Gesundheitspolitik erfahren. Das stellt entsprechende Anforderungen an Größe und Organisation des Zieleprozesses. Zukünftig stellt sich die Aufgabe, den Prozess an sich ändernde gesundheitspolitische Rahmenbedingungen anzupassen. Inhaltlich wird auch weiterhin eine wesentliche Aufgabe sein, die Umsetzung der Gesundheitsziele zu unterstützen. Dabei bedarf es auch eines besonderen Fokus' auf die nicht vom Präventionsgesetz berührten Bereiche. Weitergeführt werden sollte auch die Diskussion zur Frage der Verbindlichkeit von Gesundheitszielen über das Präventionsgesetz hinaus auf den verschiedenen Ebenen. Außerdem ist es notwendig, die Zusammenarbeit zwischen allen gesellschaftlichen Kräften zu fördern, die Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung haben.

## LITERATUR

1. World Health Organisation (2005) Das Rahmenkonzept »Gesundheit für alle« für die Europäische Region der WHO. Aktualisierung 2005. Europäische Schriftreihe »Gesundheit für alle«, Nr. 7. WHO, Kopenhagen
2. World Health Organisation (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (Stand: 20.05.2015)
3. Thietz J, Hartmann T (2012) Das Spannungsfeld von Gesundheitszielen im Föderalismus in Deutschland. *Präv Gesundheitsf* 7(4):308-315
4. Michelsen K, Brand H (2010) Quantifizierte Gesundheitsziele: Den Kinderschuhen entwachsen? Erfahrungen und Diskussion außerhalb Europas. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (Hrsg) EU-Gesundheitspolitik im nicht harmonisierten Bereich – Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. nanos Verlag, Bonn, S. 141-159
5. Williamson DL, Milligan CD, Kwan B et al. (2003) Implementation of provincial/territorial health goals in Canada. *Health Policy* 64(2):173-191
6. Wismar M, Ernst K, Srivastava D et al. (2006) Health targets and (good) governance. *Euro Observer The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies* 8(1):1-8
7. van Herten LM, Gunning-Schepers LJ (2000) Targets as a tool in health policy. Part I: Lessons learned. *Health Policy* 53(1):1-11
8. Weber I, Meyer MR, Flatten G (1987) Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten: unveröffentlichter Zwischenbericht
9. Weber I, Abel M, Altenhofen L (1990) Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen, Fakten, Perspektiven. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
10. Gesundheitsministerkonferenz (1999) TOP 8.4 Ziele für die Gesundheitspolitik. Antrag Nordrhein-Westfalen. Beschluss der 72. GMK am 9./10. Juni 1999 in Trier. [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) (Stand: 20.05.2015)
11. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994) Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Nomos-Verlag, Baden-Baden
12. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995) Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Nomos-Verlag, Baden-Baden
13. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. BT-Drs. 14/5660, 14/5661, 14/6871, Berlin
14. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. BT-Drs. 16/6339, Berlin
15. Bodner L (2013) Öffentliches Gesundheitswesen. In: Nagel E (Hrsg) Das Gesundheitswesen in Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 25-40
16. Hess R (2012) gesundheitsziele.de – Ein sinnvoller Prozess mit strukturellen Hürden. *GGW* 12(2):16-23
17. Klärs G, Hess R (2010) Neun Jahre gesundheitsziele.de - Bilanzierung, Sachstand, Perspektiven. Die BKK 2010(01):40-47
18. Angele S, Klärs G (2010) Quantifizierte Gesundheitsziele: Erfahrungen aus dem Deutschen nationalen Gesundheitszieleprozess in Deutschland: Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (Hrsg) EU-Gesundheitspolitik im nicht harmonisierten Bereich - Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. nanos Verlag, Bonn, S. 161-175
19. Thelen M (2012) Nationale Gesundheitsziele gemeinsam gestalten – Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. *NDV* 2012(3):132-134
20. Maschewsky-Schneider U, Klärs G, Ryl L et al. (2009) gesundheitsziele.de – Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 52(7):764-774
21. Wismar M, Schwartz FW (2004) Gesundheitsziele. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz, S. 126-128
22. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2010) Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) (Stand: 20.05.2015)
23. Deutscher Bundestag (Hrsg) (2015) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Drucksache 18/4282. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804282.pdf> (Stand: 19.05.2015)
24. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2015) Website des Kooperationsverbundes. [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) (Stand: 20.05.2015)
25. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2015) Gemeinsame Ziele für mehr Gesundheit. <http://gesundheitsziele.de//cms/medium/815/gz-factsheet-final130529.pdf> (Stand: 26.08.2015)
26. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015) Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015. In: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (Hrsg) Bundesanzeiger, BAnz AT 19052015 B3, S. 1-20
27. Brasseit U, Wismar M (2002) Inhaltliche Ausrichtung und konkrete Themen - Zielkorb zur exemplarischen Auswahl für gesundheitsziele.de. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (Hrsg) gesundheitsziele.de - Forum Gesundheitsziele Deutschland: Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH, Berlin, S. 71-100
28. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2012) Überarbeiteter Kriterienkatalog zur Auswahl von Gesundheitszielen. Evaluationsbeitr., 24.10.2012. [www.gesundheitsziele.de//cms/medium/1017/Kriterienkatalog\\_final\\_121024.pdf](http://www.gesundheitsziele.de//cms/medium/1017/Kriterienkatalog_final_121024.pdf) (Stand: 20.05.2015)

29. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2015) Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln
30. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2015) Was sind Gesundheitsziele? [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) (Stand: 18.05.2015)
31. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2008) Ziele auswählen, entwickeln und evaluieren. Zentrale Konzepte von gesundheitsziele.de. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln
32. Kröger C, Mons U, Klärs G et al. (2010) Evaluation des Gesundheitsziels »Tabakkonsum reduzieren«. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 53(2):91-102
33. Bermejo I, Klärs G, Böhm K et al. (2009) Evaluation des nationalen Gesundheitsziels »Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln«. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 52(10):897-904
34. Horch K, Hölling G, Klärs G et al. (2009) Ansätze zur Evaluation des Gesundheitsziels »Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)en-souveränität stärken«. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 52(10):889-896
35. Geene R, Kliche T, Borkowski S (2015) Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita. Erfolgsabschätzung und Ableitung eines Evaluationskonzeptes. [www.gesundheitsziele.de/cms/medium/1017/Kriterienkatalog\\_\\_\\_final\\_121024.pdf](http://www.gesundheitsziele.de/cms/medium/1017/Kriterienkatalog___final_121024.pdf) (Stand: 27.05.2015)
36. Maschewsky-Schneider U, Ciupitu-Plath C, Pöche-Guckelberger I (2013) Befragung zur Evaluation des Gesamtprozesses von gesundheitsziele.de. Endbericht. [www.gesundheitsziele.de/cms/medium/1139/GZ\\_Endbericht\\_Evaluation\\_Gesamtprozess.pdf](http://www.gesundheitsziele.de/cms/medium/1139/GZ_Endbericht_Evaluation_Gesamtprozess.pdf) (Stand: 18.05.2015)
37. Kuppe G (2007) Vorwort Gesundheitsziele im Föderalismus – Programm der Länder und des Bundes. nanos Verlag, Bonn
38. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2007) Gesundheitsziele im Föderalismus - Programme der Länder und des Bundes. nanos Verlag, Bonn
39. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2012) Gesundheitsziele und prioritäre Handlungsfelder – Eine Übersicht des Bundes und der Länder. [www.gesundheitsziele.de/cms/medium/627/Gesundheitsziele\\_Bund\\_Laender\\_120827.pdf](http://www.gesundheitsziele.de/cms/medium/627/Gesundheitsziele_Bund_Laender_120827.pdf) (Stand: 15.04.2015)
40. Gesundheitsministerkonferenz (2014) Unterstützung des kommunalen Partnerprozesses »Gesund aufwachsen für alle!« und Umsetzung gesundheitsziele.de. Beschluss der 87. GMK am 26./27.06.2014 in Hamburg. [www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=192&jahr=2014](http://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=192&jahr=2014) (Stand: 27.05.2015)
41. Gesundheitsministerkonferenz (2012) Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels »Gesund älter werden«. Beschluss der 85. GMK am 27./28.06.2012 in Saarbrücken. [www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=85\\_09.01&jahr=2012](http://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=85_09.01&jahr=2012) (Stand: 27.05.2015)
42. Petzold C (2005) Die Arbeit mit Gesundheitszielen auf kommunaler Ebene - das Beispiel der Stadt Bielefeld. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (Hrsg) Gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele für Deutschland Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Akademische Verlagsgesellschaft AKA GmbH, Berlin, S. 89-104
43. Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (2004) Gesunde Städte-Aktionsprogramm: Kommunale Kompetenz für Gesundheit. Beschluss der Gesunde Städte-Mitgliederversammlung am 05.05.2004 in Halle/Saale. [www.gesunde-staedte-netzwerk.de/uploads/media/H\\_Aktionsprogramm\\_Gesunde\\_Staedte\\_2004.pdf](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/uploads/media/H_Aktionsprogramm_Gesunde_Staedte_2004.pdf) (Stand: 20.05.2015)
44. Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (2015) Webseite des Gesunde Städte-Netzwerks. [www.gesunde-staedte-netzwerk.de](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de) (Stand: 20.05.2015)
45. Lütke EW (2013) Kommunale Gesundheitslandschaften. Springer, Heidelberg
46. Thonack J, Böhme K (2010) Kommunale Prävention: Gesundheitsziele bürgernah erarbeiten. Dtsch Arztebl Int 107(30):A1452-A1453
47. Jantzen C (2013) Gesundheitsziele der Stadt Kassel mit Beteiligung der KISS. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2013. DAG SHG, Gießen, S. 111-119
48. Stadt Bielefeld, Dezernat 3, Umwelt und Klimaschutz (2011) Bielefelder Gesundheitsziele 2015. [www.bielefeld.de/ftp/dokumente/Gesundheitsziele2015.pdf](http://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/Gesundheitsziele2015.pdf) (Stand: 20.05.2015)
49. Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (2015) Stellungnahme des Gesunde Städte – Netzwerkes der Bundesrepublik Deutschland zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) [www.bundestag.de/blob/370358/3084acdaa7cc72f46903a6b9001e8884/gesunde-staedte-netzwerk-data.pdf](http://www.bundestag.de/blob/370358/3084acdaa7cc72f46903a6b9001e8884/gesunde-staedte-netzwerk-data.pdf) (Stand: 27.05.2015)
50. Kurth BM (2012) Das RKI-Gesundheitsmonitoring – was es enthält und wie es genutzt werden kann. Public Health Forum 20(3):4.e1-e3
51. Horch K, Ziese T (2005) Das Zusammenspiel von Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszielen. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (Hrsg) gesundheitsziele.de: Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. AKA Verlag, Heidelberg, S. 245–250

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

**Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel:  
Welche Bedeutung kommt Gesundheitszielen im Gesundheitswesen zu?**

## **IMPRESSUM**

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.  
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis

### **Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

### **Redaktion**

Dr. Anke-Christine Saß (verantw.)  
PD Dr. Thomas Lampert  
Dr. Franziska Prütz  
Stefanie Seeling  
Anne Starker  
Dr. Lars E. Kroll  
Alexander Rommel  
Dr. Livia Ryl  
Dr. Thomas Ziese

### **Redaktionsassistentz**

Gisela Dugnus  
Kerstin Möllerke

### **Bezugsquelle**

E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.rki.de/gesundheitsbericht](http://www.rki.de/gesundheitsbericht)  
Tel.: 030-18754-3400  
Fax: 030-18754-3513

### **Gestaltung**

SHORT CUTS GmbH, Berlin

### **Umschlaggestaltung**

WEBERSUPIRAN.berlin

### **Druck**

H. Heenemann GmbH & Co.KG, Berlin

ISBN 978-3-89606-225-3

DOI 10.17886/rkipubl-2015-003-7

### **Zitierweise**

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut  
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums  
für Gesundheit