

K. Horch<sup>1</sup> · G. Hölling<sup>2</sup> · G. Klärs<sup>3</sup> · U. Maschewsky-Schneider<sup>4</sup> · S. Sängers<sup>5</sup> ·  
 H. Schellschmidt<sup>6</sup> · M.-L. Dierks<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Abt. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut, Berlin

<sup>2</sup> Patientenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V., Bielefeld

<sup>3</sup> Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln

<sup>4</sup> Berlin School of Public Health, Berlin

<sup>5</sup> Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin

<sup>6</sup> Wissenschaftliches Institut der AOK (WiO), Bonn

<sup>7</sup> Patientenuniversität, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

## Ansätze zur Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“

Bürgerorientierte Reformen des Gesundheitswesens werden auf internationaler Ebene von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie von den europäischen Gesundheitsministern bereits seit Jahren als wesentlicher Beitrag zu mehr Wirtschaftlichkeit, Qualität und Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen angesehen. Expertendiskussionen in Deutschland, Empfehlungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002, 2003) [1, 2], die Gesundheitspolitik und nicht zuletzt das nationale Forum *gesundheitsziele.de* haben sich dieser Position im Sinne einer nutzerorientierten Gestaltung des Gesundheitswesens angenommen.

Die Bedeutung der Patient(inn)en- und Bürger(innen)orientierung im Zusammenhang mit der Entwicklung nationaler Gesundheitsziele wurde mit der Etablierung einer eigenständigen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ im nationalen Programm „*gesundheitsziele.de*“ unterstrichen. Die Arbeitsgruppe verabschiedete Ziele und Maßnahmen zu den vier Aktionsfeldern „Transparenz erhöhen“, „Kompetenz entwickeln“, „Patient(inn)enrechte stärken“ und „Beschwerdemanagement verbessern“. Darüber hinaus ist die Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung als einer von vier

Querschnittsbereichen im nationalen Gesundheitszieleprozess definiert worden, der Relevanz für alle Zieldefinitionen und gesundheitszielbezogenen Maßnahmen hat. Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger und Souveränität ihres Handelns im Gesundheitswesen sind, so die Begründung, besonders wichtig unter dem Gesichtspunkt der Prävention krankheitsrelevanten Verhaltens und der qualitätsverbesserten Behandlung bereits eingetretener Erkrankungen. Dies betrifft unter anderem die Zielthemen mit Krankheitsbezug (Diabetes, Brustkrebs, depressive Erkrankungen), Zielthemen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Tabakkonsum) und zu Bevölkerungs- und Altersgruppen (Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung bei Kindern und Jugendlichen) (<http://www.gesundheitsziele.de/>).

### Gesundheitsziele für Deutschland – gesundheitspolitisches Instrument und nationaler Prozess

Bereits mit der Gesundheitsministerkonferenz (1999) und dem Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [3] wurde für eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik an Gesundheits-

zielen, für die Entwicklung von Disease-Management-Programmen für chronische Erkrankungen und für eine weitere Qualitätsentwicklung plädiert. Dabei wurde empfohlen, explizite gesundheitliche Ziele für das deutsche Gesundheitswesen zu thematisieren und geeignete Netzwerke für deren Umsetzung zu entwickeln. Dieser Thematik hat sich das Forum Gesundheitsziele Deutschland mit dem Projekt *gesundheitsziele.de* angenommen. Die gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) bringt zahlreiche Fachleute aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens in einem Forum der GVG zusammen. Seit Dezember 2000 wurden gemeinsam mit Patient(inn)en- und Selbsthilfevertreter(inne)n Grundlagen für die Entwicklung tragfähiger Gesundheitsziele erarbeitet und der Politik exemplarische Ziele mit konkreten Umsetzungsstrategien vorgelegt [4].

Der seit 2007 aus den Reihen der Akteure finanzierte Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* entwickelt mit seiner Arbeit Gesundheitsziele als ergänzendes Instrument der Gesundheitspolitik und versteht sich als Aktivierungs- und Impulsprogramm für gesundheitspolitische Weichenstellungen, als Sammlungs-, Mo-

derations- und Strukturierungsforum für konkrete zielbezogene Debatten. *gesundheitsziele.de* fungiert außerdem als Informationsplattform zur Verbreitung der in den Abstimmungsprozessen gewonnenen Ergebnisse und Vereinbarungen an Politik, Fachkreise, Multiplikator(inn)en und Öffentlichkeit [5].

### Die Etablierung von Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung – ein nationales Ziel der Gesundheitspolitik

Die Erhöhung gesundheitlicher Kompetenzen und die aktive Beteiligung von Patient(inn)en, Versicherten und Bürger(inne)n ist, so die abschließende Empfehlung der Arbeitsgruppe 8 bei *gesundheitsziele.de* „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“, für die Veränderung ihres Gesundheits- und Krankheitsverhaltens und damit für die Prävention, für verbesserte Behandlungserfolge und die Erhöhung der Lebensqualität bei bereits eingetretenen Erkrankungen von großer Bedeutung. Die Mitgestaltung des Gesundheitssystems durch Betroffene (auch der Selbsthilfe) befördert den Wissenstransfer sowie die Stärkung demokratischer Elemente im Gesundheitswesen und trägt zur Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung bei [6]. An der Arbeitsgruppe 8 beteiligten sich Vertreter/innen aus den Bereichen der Patient(inn)en- und Verbraucherberatung, der Selbsthilfe, der Wohlfahrtsverbände, der Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Wissenschaft, der Bundesländer und Kommunen, der Frauengesundheitsbewegung, der Gewerkschaften, der pharmazeutischen Industrie und des BMG.

Das Zielthema gliedert sich in die folgenden vier Bereiche, die besonders bedeutsam für die vielschichtigen Prozesse der Einbindung und Erhöhung gesundheitlicher Kompetenz sind:

Zielbereich 1: Transparenz erhöhen,

Zielbereich 2: Kompetenz entwickeln,

Zielbereich 3: Patient(inn)enrechte stärken,

Zielbereich 4: Beschwerdemanagement verbessern.

### Evaluation auf verschiedenen Ebenen

Ebenso wie bei allen anderen definierten Gesundheitszielen wird auch für das Ziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Wirkungen und den Erfolg der Ziele und der damit verbundenen Maßnahmen zu evaluieren, wobei die Evaluation von Anfang an in die Entwicklung der Gesundheitsziele und ihrer Umsetzungsstrategien und -maßnahmen einbezogen werden sollte [7, 8]. Gesundheitsziele sollen ergebnisorientiert sein und einen messbaren Beitrag zum Erhalt und zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung leisten. Zugleich soll der Prozess den Aufbau nachhaltiger Strukturen in der Gesundheitspolitik beziehungsweise im Gesundheitswesen anregen und Grundlagen für gemeinsames Handeln schaffen [9].

Eine wesentliche Herausforderung für Gesundheitszielprozesse ist es, Ziele konkret, realistisch und evaluierbar zu formulieren. Dazu werden Indikatorensysteme benötigt, die im Sinne eines Monitorings, periodische Veränderungen abbilden können. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) kann mit ihren drei wesentlichen Funktionen – Problemwahrnehmung, Information und Evaluation – maßgeblich auch für Gesundheitszielstrategien prozessbegleitend wirksam werden [10, 11].

### Datenquellen und Indikatoren

Beim Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ liegt der Evaluations-schwerpunkt darin, die Wirkung der entsprechenden Ziele und Maßnahmen auf die Nutzer/innen beziehungsweise deren Wahrnehmung (summative Evaluation) abzubilden, das heißt vor allem auf einer Ergebnismessung auf Bevölkerungsebene. Dabei werden auf allen Ebenen des Zielprozesses (programmbegleitend und ergebnissichernd) für die Problemwahrnehmung, die Umsetzungsbeurteilung und Bewertung des Erfolgs einschließlich der Defizitanalysen solide und belastbare Daten benötigt. Diese Bedingung lässt sich jedoch insbesondere wegen der Komple-

xität des Gesundheitszieles „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität erhöhen“ und seiner jeweiligen Zielbereiche nur teilweise realisieren. Erhebliche Informationslücken und die Heterogenität der vorliegenden Informationen ermöglichen nur eine eingeschränkte Erfassung und Evaluation der zu betrachtenden Zielbereiche „Transparenz erhöhen“, „Kompetenz entwickeln“, „Patient(inn)enrechte stärken“ und „Beschwerdemanagement verbessern“. Sie machen zugleich offene methodische und theoretische Fragen der Versorgungsforschung deutlich, wie unter anderem einen mangelnden Bevölkerungsbezug, die fehlende Integration vulnerabler Bevölkerungsgruppen (zum Beispiel behinderte Menschen) und auch die Zugänglichkeit der Nutzerbewertungen für die interessierte Öffentlichkeit [12].

Die Sichtung vorliegender Studien und Befragungen zeigt, dass Erwartungen und Bewertungen der Nutzer/innen des Gesundheitswesens kaum erfasst werden. Erste Ansätze einer verstärkten Nutzerorientierung finden sich in den telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes (<http://www.rki.de>). Diese Orientierung sollte künftig weiter ausgebaut und um Erwartungs- und Präferenzfragen ergänzt werden [12]. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung, der Bewertungen und Erfahrungen der Nutzer/innen in den Mittelpunkt seiner Befragung stellt [13] (<http://www.bertelsmann-stiftung.de>). Weitere für eine Evaluation dieses Zieles geeignete Daten lassen sich insbesondere aus den NAKOS-Datenbanken<sup>1</sup> (<http://www.nakos.de>) und der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (durch die Stabsstelle Patientenorientierung) (<http://www.patienten-information.de>) gewinnen. Ergänzend können auch Ergebnisse anderer Bevölkerungsstudien punktuell genutzt werden.

Zusätzlich zu den aufgeführten Bevölkerungsbefragungen führen zahlreiche Interessengruppen im Gesundheitswesen, von den Kostenträgern über die Leis-

<sup>1</sup> NAKOS: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

### Ansätze zur Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“

#### Zusammenfassung

Die Etablierung von Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung ist ein nationales Ziel der Gesundheitspolitik. Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* hat den Zielbereich „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ definiert und in der gleichnamigen Arbeitsgruppe 8 vier zentrale Handlungsfelder identifiziert: Transparenz erhöhen, Kompetenz entwickeln, Patient(inn)enrechte stärken und Beschwerdemanagement verbessern. Ebenso wie bei allen anderen von *gesundheitsziele.de* definierten Zielen wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Wirkungen und den Erfolg der Ziele und der damit verbundenen Maßnahmen zu evaluieren. Es wurde eine Expert(inn)engruppe beauftragt, eine Evaluationsstrategie zu erarbeiten, Erfolgsindikatoren zu definieren und die Verfügbarkeit von Datenquellen zur Evaluation zu prüfen. Im Hinblick auf das Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ liegt der Schwerpunkt der Evaluation darauf, die Wirkung der entsprechenden Ziele und Maßnahmen auf die Nutzer/innen beziehungsweise deren

Wahrnehmung (summative Evaluation) abzubilden, das heißt, es liegt vor allem auf einer Ergebnismessung auf Bevölkerungsebene. Die Sichtung vorliegender Studien und Befragungen zeigt, dass Erwartungen und Bewertungen der Nutzer/innen des Gesundheitswesens bisher kaum erfasst werden. Zugleich macht die Analyse deutlich, dass für eine kontinuierliche und systematische Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ und der Umsetzung von Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung im Gesundheitswesen überhaupt, vorrangig kontinuierliche Daten genutzt werden sollten. Sinnvoll wäre es zudem, in diese Erhebungen bislang unterrepräsentierte Indikatorfragen aufzunehmen und die Umsetzung des Gesundheitsziels auch für vulnerable Bevölkerungsgruppen, zum Beispiel alte Menschen in Pflegeheimen, zu thematisieren.

#### Schlüsselwörter

Bürger- und Patientorientierung · Gesundheitsziele · Evaluation · Datenquellen · Indikatoren

### Evaluating the health target “Increasing health competence, strengthening patient sovereignty”

#### Abstract

Establishing citizen and patient orientation is a national objective of German health policy. The cooperation network *gesundheitsziele.de* has defined the target area “Increasing health competence, strengthening patient sovereignty”, and its Working Group 8, which bears the same name, has identified four key areas for action: increasing transparency, developing competence, strengthening patients’ rights, and improving complaint management. As in the case of all the other targets defined by *gesundheitsziele.de*, attention is drawn to the need to evaluate the effects and success of the targets and related measures. A group of experts was given the task of developing an evaluation strategy, defining success indicators, and examining the availability of data sources for evaluation. With regard to the health target “Increasing health competence, strengthening patient sovereignty”, the evaluation is focusing on what effect the corresponding targets and measures are having on users and how

they are perceived (summative evaluation), i.e., primarily on measuring outcomes at the population level. An examination of available studies and surveys shows that to date little is known about the expectations and assessments of health-service users. At the same time, the analysis makes it clear that priority should be given to using continuous data in order to arrive at a continuous and systematic evaluation of the “Increasing health competence, strengthening patient sovereignty” health target and the implementation of citizen and patient orientation in health-care in general. It would also be useful to include all hitherto underrepresented indicator questions in these surveys and to also examine the implementation of the health target among vulnerable population groups, e.g., elderly people in nursing homes.

#### Keywords

Citizen and patient orientation · Health targets · Evaluation · Data sources · Indicators

tungserbringer bis hin zu kommerziellen Instituten mehr oder weniger regelmäßig Befragungen von Patient(inn)en, Versicherten oder Kund(inn)en durch oder erheben auch Routinedaten, die ebenfalls Indikatoren für die Überprüfung des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ abbilden [14, 15, 16, 17, 18]. So stellen Nutzerbefragungen in den Institutionen der gesundheitlichen Versorgung inzwischen eine anerkannte und häufig praktizierte Form der Integration von Patient(inn)en, Versicherten und Bürger(inne)n in die Qualitätsbewertung dar [12]. Diese Daten werden zum Teil veröffentlicht beziehungsweise könnten auf Anfrage zugänglich gemacht werden, sodass sie punktuell für eine Beurteilung der Realisierung von Zielen und Teilzielen im Gesundheitszieleprozess infrage kämen [15, 19]. Dazu zählen auch international ausgerichtete vergleichende Analysen [20, 21]. Kaum erfasst werden die Nutzerurteile bestimmter Patient(inn)engruppen, zum Beispiel in Alten- und Pflegeheimen. Für eine vertiefende Sicht auf die Nutzerperspektive, auch besonders vulnerabler Zielgruppen [Personen mit Migrationshintergrund, alte Patient(inn)en, Patient(inn)en in der Palliativversorgung], bietet sich der Einsatz qualitativer Forschungsmethoden an (zum Beispiel Gruppendiskussionen), um qualitätsverbessernde Potenziale einrichtungsbezogen zu identifizieren [12]. Insgesamt lässt sich mit Blick auf die Datenquellen aus Nutzerbefragungen feststellen, dass die Erhebungsinstrumente oft nicht transparent und vergleichbar sind.

Die Analyse der hier aufgezeigten verschiedenen Ebenen einer Erfassung der Nutzerperspektive und entsprechender Datenquellen macht deutlich, dass für eine kontinuierliche und systematische Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ und der Umsetzung von Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung im Gesundheitswesen überhaupt vorrangig kontinuierliche Daten genutzt werden sollten, die für wissenschaftliche Zwecke mehr oder weniger regelmäßig erhoben und zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden. Sinnvoll wäre es zudem, in diese Erhebungen zukünftig Indikatorfra-

**Tab. 1** Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken – Zielbereiche und Teilziele. Teilziele, für die bislang Startermaßnahmen entwickelt wurden, sind kursiv dargestellt

<p>Zielbereich 1 Transparenz erhöhen Bürger/innen und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt.</p>	<p><i>Teilziel 1.1:</i> Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt.</p> <p><i>Teilziel 1.2:</i> Eine patient(inn)en- und bürger(innen)orientierte Vermittlung und Erläuterung bereitgestellter Gesundheitsinformationen wird gewährleistet.</p> <p><i>Teilziel 1.3:</i> Gesundheitsinformationen für spezifische Bevölkerungsgruppen sind verfügbar.</p>
<p>Zielbereich 2 Kompetenz entwickeln Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar.</p>	<p><i>Teilziel 2.1:</i> Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert; selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt.</p> <p><i>Teilziel 2.2:</i> Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitsbezogener Kompetenzen sind angeregt und erschlossen.</p> <p><i>Teilziel 2.3:</i> Patient(inn)enorientierte Arbeitsweisen und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt.</p>
<p>Zielbereich 3 Patient(inn)enrechte stärken Die kollektiven Patient(inn)enrechte sind ausgebaut, die individuellen Patient(inn)enrechte sind gestärkt und umgesetzt.</p>	<p><i>Teilziel 3.1:</i> Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert.</p> <p><i>Teilziel 3.2:</i> Die Verbesserung und bürgernahe Ausgestaltung der Patient(inn)enrechte ist realisiert.</p> <p><i>Teilziel 3.3:</i> Individuelle und kollektive Patient(inn)enrechte sind bekannt und von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt: sie werden wirksam umgesetzt.</p>
<p>Zielbereich 4 Beschwerdemanagement verbessern Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen.</p>	<p><i>Teilziel 4.1:</i> Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en, im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert.</p> <p><i>Teilziel 4.2:</i> Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)Fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten.</p> <p><i>Teilziel 4.3:</i> Das medizinische Gutachterwesen und die Haftungsregelungen bei Behandlungsfehlern sind patientengerecht weiterentwickelt.</p>

gen zu den Themen der Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ aufzunehmen, die bislang noch unterrepräsentiert sind. Befragungen von Nutzer(inne)n einzelner Institutionen und Versorgungseinrichtungen sollten zunehmend standardisiert und einer öffentlichen Nutzung zugänglich gemacht werden.

### Zu evaluierende Zielbereiche, Teilziele und Maßnahmen des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“

Für die vielschichtigen Prozesse der Einbindung und Erhöhung gesundheitlicher Kompetenz und Stärkung der Souveränität spielen folgende Aspekte eine besondere Rolle:

- die Verfügbarkeit, Vermittlung und Aneignung von Gesundheitsinformationen,
- die Steigerung gesundheitlicher Kompetenzen der Bürger/innen und Patient(inn)en durch individuelle und gruppen- beziehungsweise selbsthilfemittelte Unterstützung sowie die Förderung einer patient(inn)enorientierten Arbeitsweise von Institutionen und Leistungserbringern,
- die Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungen im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen,
- ein verbessertes System des Beschwerde- und (Behandlungs-)Fehlermanagements, das die Bedürfnisse der Betroffenen stärker berücksichtigt.

Diese Aspekte wurden bei der Auswahl von Einzelzielen für die jeweiligen Zielbereiche berücksichtigt.

Den Problemzusammenhängen für die aufgeführten Ziele und Teilziele entsprechend, wurden nach der Analyse von Praxisbeispielen und der wissenschaftlichen und politischen Diskussion Maßnahmen zu den vier Zielen formuliert. Da nicht alle Maßnahmen sofort umgesetzt werden können, hat die Arbeitsgruppe daraus eine Auswahl getroffen. Als sogenannte Startermaßnahmen wurden diejenigen ausgewählt, bei denen der Konsens unter den Arbeitsgruppenmitgliedern am höchsten war, die am ehesten umsetzbar und machbar erschienen und bei denen zunächst keine wichtigen gesundheitspolitischen Entwicklungen abzuwarten waren. Diese wurden vom Arbeitsausschuss der GVG verabschiedet und dienen auch der öffent-

lichen Diskussion. ■ **Tab. 1** zeigt, für welche Teilziele entsprechende Startermaßnahmen bislang entwickelt wurden (siehe kursive Markierung in ■ **Tab. 1**).

## Zielbereich 1: Transparenz erhöhen

Gesunde wie kranke Menschen benötigen qualitätsgesicherte, verständliche und leicht zugängliche Informationen, um verantwortungsbewusste und autonome Entscheidungen über die eigene Gesundheit und Behandlung treffen zu können. Deshalb sollten, so die Festlegung, Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen, zu Leistungserbringern, zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden. In diesem Zusammenhang kommt dem Internet eine zunehmende Bedeutung zu. *Übersicht 1* zeigt die Startermaßnahme, mit der dieses Teilziel umgesetzt werden soll. Für eine Evaluation kann als Erfolgsindikator die bislang wahrgenommene Transparenz von Angeboten dienen, ebenso der Wunsch der Bevölkerung nach Transparenzdaten überhaupt. Zudem geben das allgemeine Vertrauen und die allgemeine Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen auch einen Eindruck davon, wie die Transparenz und Qualität von den Nutzer(inne)n im Zeitverlauf wahrgenommen werden.

Um Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten [Art, Umfang, Arbeitsschwerpunkte, Integration der Nutzer/innen, Umgang der Nutzer/innen mit den Transparenzinformationen, Effekte auf das Nutzer(innen)verhalten] zur Etablierung und Arbeitsweise unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen zu erhalten, müssten Bestandsaufnahmen und Teiluntersuchungen durchgeführt werden, zusätzlich können die oben genannten Datenquellen herangezogen werden.

Wenig verfügbar sind vergleichende Informationen über die Qualität der Behandlung. Inzwischen werden verschiedene Instrumente wie beispielsweise Patient(inn)enquittungen, Qualitätsberichte oder vergleichende Krankenhausbewertungen entwickelt, um mehr Transparenz im Gesundheitswesen herzustellen. Da diese jedoch vorrangig von professionellen

Akteuren für professionelle Akteure konzipiert sind, ist die Nutzungsfreundlichkeit der Informationen sehr gering.

Der „Gesundheitsmonitor 2007“ beschäftigt sich mit der Qualität und Transparenz der Gesundheitsversorgung aus Perspektive der Versicherten. Entsprechende Datenanalysen und theoretische Erklärungsansätze liefern wertvolle Hinweise für eine Orientierung der Versorgung an Versicherteninteressen [13].

## Zielbereich 2: Kompetenz entwickeln

Menschen brauchen diverse Kompetenzen, wenn sie die Angebote des Gesundheitssystems nutzen wollen und wenn es um den Umgang mit der eigenen Gesundheit und Krankheit geht. Diese Kompetenzen können über das professionelle Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem oder auch durch die Selbsthilfe, und hier vor allem auch die organisierte Selbsthilfe, vermittelt werden. Dieses Teilziel soll mit den in *Übersicht 2* dargestellten Startermaßnahmen umgesetzt werden.

Wie bereits in der Einleitung skizziert, ist eine längsschnittliche Darstellung der Entwicklung gesundheitsbezogener Angebote von Bildungseinrichtungen und gesundheitsbezogener Einrichtungen aufwendig, wenngleich vermutlich entsprechende Daten aus den Jahresberichten der Bildungseinrichtungen extrahiert werden könnten. Für die Überprüfung des Gesundheitsziels sind Indikatoren sinnvoll, die sich auf das Gesundheitsverhalten von Menschen beziehen, das auf die Entwicklungen im Bereich der Schulung und Gesundheitsförderung zurückzuführen ist. Dazu gehört beispielsweise das Gefühl der Selbstwirksamkeit und Kontrolle der Nutzer/innen, das Ausmaß der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung und Früherkennung, der Grad der Informiertheit über diese Angebote, die Auswirkung von Kosten und Anreizsystemen in diesem Zusammenhang.

Selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Menschen im Gesundheitswesen zeigen sich auch daran, ob sie ihre Krankenkasse wechseln, ob sie eine Zweitmeinung einholen, den Arzt/die Ärztin wechseln und wie sie sich informieren [Bertelsmann Gesundheitsmonitor ([### Übersicht 1](http://</a></p></div><div data-bbox=)

#### Startermaßnahme zu Teilziel 1.1

Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit.

#### Ausgewählte Indikatoren

- Transparenz über die Qualität der Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Bewertung der Auffindbarkeit von Transparenzinformationen

### Übersicht 2

#### Startermaßnahme zum Teilziel 2.1

Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller kommunikativer und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen, Betrieben unter anderem durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Krankenkassen, Ärzte/Ärztinnen und regionale Transferstellen

#### Ausgewählte Indikatoren

- Kursangebote zum selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit
- Teilnahme an Maßnahmen zum selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit
- Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit in Bezug auf Gesundheit und Krankheit
- Selbstbestimmtes Handeln in Bezug auf Kontakte mit Ärzten und Krankenkassen
- Informationssuche allgemein
- Teilnahme an Angeboten zur Früherkennung

[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)) und telefonische Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (<http://www.rki.de>)). Hier zeigen sich zugleich Überschneidungen zum Zielbereich „Transparenz erhöhen“.

Zu klären ist zukünftig, wie sich der Umgang der Bevölkerung mit Gesundheit und Krankheit außerhalb des professionellen Systems entwickelt, wie die Menschen ihre Fähigkeit, selbstbestimmt mit der eigenen Gesundheit umzugehen, einschätzen und wie sich ihr Umgang mit dem Gesundheitssystem verändert.

Teilziel 2.2 (■ **Tab. 1**) fokussiert auf die Stärkung der Selbsthilfemöglichkeiten. Daraus leitet sich die in *Übersicht 3* dargestellte Startermaßnahme ab.

Zur Beurteilung der Umsetzung des Teilziels 2.2 sollten Strukturdaten erhoben

### Übersicht 3

#### Startermaßnahme zum Teilziel 2.2

Vollständige Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V durch die Gesetzlichen Krankenkassen und des § 29 SGB IX durch die Träger der Rehabilitation

#### Ausgewählte Indikatoren

- Teilnahme an Selbsthilfe
- Strukturen der Selbsthilfe
- Kooperation und Akzeptanz der Selbsthilfe

### Übersicht 4

#### Startermaßnahme zum Teilziel 3.1

Förderung einer weitgehenden Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(innen) an Entscheidungsprozessen und Beratungen im Gesundheitswesen

#### Ausgewählte Indikatoren

- Strukturen der Beteiligung
- Wissen und Einschätzungen
- Bewertung der Beteiligung

### Übersicht 5

#### Startermaßnahme zum Teilziel 3.3

Aktive Informationen der Bürger(inne)n und Patient(innen) über die individuellen und kollektiven Patient(inn)enrechte durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens

#### Ausgewählte Indikatoren

- Dissemination von Informationen zu Patient(inn)enrechten
- Kenntnisstand Patient(inn)enrechte
- Durchsetzen von Ansprüchen gegenüber Kostenträgern

werden, die im Verlauf die Anzahl der Unterstützungseinrichtungen in der Selbsthilfe (Kontaktstellen), die Anzahl (geschätzt) der Selbsthilfegruppen im zeitlichen Verlauf und schließlich die Informationen über die Umsetzung der entsprechenden Paragraphen (insbesondere in Bezug auf die Ausschüttung der entsprechenden finanziellen Ressourcen) ermöglichen. Angaben können über NAKOS und die Gesetzlichen Krankenkassen zugänglich gemacht werden. Zusammenfassende Informationen finden sich in einem entsprechenden Themenheft des RKI [22].

Eine Studie zur Kooperation der Selbsthilfe mit den anderen Akteuren im deut-

schon Gesundheitswesen unter der Fragestellung, wie sich die Selbsthilfe in das System integriert hat, wurde 2004 durchgeführt, eine Folgestudie wird empfohlen [23].

Zudem können die Nutzung, Akzeptanz und der Informationsgrad über Selbsthilfegruppen in der Bevölkerung über Angaben im telefonischen Gesundheitssurvey des RKI [24] und im Gesundheitsmonitor (<http://www.bertelsmannstiftung.de>) analysiert werden.

### Zielbereich 3: Patient(inn)enrechte stärken

Im Bereich der Patient(inn)enrechte sind Verbesserungen im Informationsgrad der Nutzer/innen über diese Rechte, bei der Durchsetzung der individuellen Rechte sowie ein Ausbau der kollektiven Rechte nötig.

Die erste Startermaßnahme zum Zielbereich „Patient(inn)enrechte stärken“ entspricht dem Teilziel 3.1 (■ **Tab. 1, Übersicht 4**):

Als Erfolgsindikator ist die tatsächliche Umsetzung dieser Forderung zu sehen. Um zu Aussagen zu kommen, sollte eine Bestandsaufnahme auf der nationalen, regionalen und institutionellen Ebene mit der Frage erfolgen, in welchen gesetzlich festgelegten Entscheidungsgremien eine Beteiligung stattfindet und ob und wie darüber hinaus auf freiwilliger Basis entsprechende Beteiligungsformen etabliert sind. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden gesetzliche Grundlagen für die institutionelle Patient(inn)enbeteiligung geschaffen. In § 140f SGB V ist ein Mitberatungsrecht der Patient(inn)enverbände und Selbsthilfeorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz vorgesehen. Sachkundige Personen wurden von den Patient(inn)enverbänden und Selbsthilfeorganisationen benannt. Daten für die Evaluation dieses Teilziels liegen gegenwärtig nicht vor, eine Erhebung ist unseres Erachtens dringend geboten. Zudem sollte mittelfristig erfasst werden, wie sich die Beratungsbeteiligung der Patient(inn)envertretung auf die Entscheidungsprozesse auswirkt, wie die Beteiligten die Zusammenarbeit bewerten und wie sie die Effekte der gemeinsamen Arbeit

einschätzen. Erste Ansätze einer Bewertung dieser Kriterien der Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung finden sich in einer Studie zur Beteiligung von Patient(inn)envertretungen im Gemeinsamen Bundesausschuss [25]. Aktuelle Möglichkeiten der Patient(inn)enbeteiligung in den Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden von [26] beschrieben. Darüber hinaus sollte über repräsentative Bevölkerungsbefragungen ermittelt werden, inwieweit die Bevölkerung Informationen über die Möglichkeiten der Beratungsbeteiligung hat, wie sie diese einschätzt und welche Erwartungen die Nutzer/innen des Gesundheitswesens an die weitere Arbeit haben.

Aus Routineerhebungen (zum Beispiel Freiwilligen-Survey) lassen sich im Längsschnitt Aussagen zum bürgerschaftlichen Engagement, zum Ehrenamt und zur politischen Beteiligung formulieren. Diese Indikatorfragen zielen zwar nicht nur auf den Gesundheitsbereich, sondern beziehen auch Beteiligungen in ganz unterschiedlichen Bereichen ein, sie geben aber einen Anhaltspunkt darüber, ob und wie sich hier Einstellungen und Verhalten auf Bevölkerungsebene entwickeln.

Eine weitere Startermaßnahme (*Übersicht 5*) bezieht sich auf den Bekanntheitsgrad individueller und kollektiver Patient(inn)enrechte, die von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und wirksam umgesetzt werden sollen.

Als eine einfach zu erhebende Strukturinformation sind hier die Auflagenzahl und der Verteilungsgrad der Broschüre „Patientenrechte“ zu nennen. Unter diesem Gesichtspunkt sind auch die Zugriffszahlen auf die entsprechenden Internetseiten interessant, die diese Broschüre zum Download zur Verfügung stellen, beispielsweise des BMG. Zudem sollte der im Rahmen der telefonischen Gesundheitssurveys des RKI bislang einmalig erhobene Wissensstand der Bevölkerung zu den Patient(inn)enrechten sowie ihrer Zufriedenheit mit der Durchsetzung ihrer Rechte weiterhin erfasst und im Zeitverlauf analysiert werden.

### Zielbereich 4: Beschwerde-management verbessern

Medizinische Behandlungsfehler, Beschwerden und deren Behebung bezie-

hungsweise Management (Beschwerde-management) werden zunehmend in der fachlichen und nichtfachlichen Öffentlichkeit diskutiert. Dem liegt einerseits eine steigende Zahl an medizinischen Behandlungsfehlern, aber auch eine gesteigerte Wahrnehmung dieser Problematik durch Patient(inn)en und die (Fach-)Öffentlichkeit zugrunde, die vielfältige Ursachen haben können [27]. Von Patient(inn)enstellen und Selbsthilfekontaktstellen wird die Zunahme von Anfragen im Bereich Behandlungsfehler auch auf mangelhafte oder fehlende Kommunikationsprozesse im Arzt-Patient(inn)en-Verhältnis zurückgeführt [28]. Die Bewältigung von Situationen, die mit möglichen Fehlern in der Gesundheitsversorgung und/oder mit Konflikten im Umgang mit Professionellen im Gesundheitssystem beziehungsweise mit Kostenträgern zu tun haben, ist für die Betroffenen häufig schwierig. Deshalb soll im Rahmen von Zielbereich 4 eine Weiterentwicklung des Beschwerde- und Fehlermanagements erreicht werden, das es Versicherten und Patient(inn)en zunehmend ermöglicht, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen. Dazu wurden drei Teilziele (■ **Tab. 1**) und zwei Startermaßnahmen entwickelt (*Übersicht 6*).

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

Exemplarisch könnten Angaben aus der begleitenden Evaluation der unabhängigen Patient(inn)en- und Verbraucherberatung genutzt werden, die seit 2002 modellhaft von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gefördert wird. Ebenfalls exemplarisch sind Daten der Gesetzlichen Krankenkassen – soweit sie zur Verfügung gestellt werden können – für Analysen unter Berücksichtigung von Zeitvergleichen geeignet.

Die Informationen [Jahresberichte et cetera der abhängigen Beratungseinrichtungen (Schiedsstellen, Krankenkas-

sen, Widerspruchsausschüsse)] über Anzahl, Inhalt und Erfolg von Beschwerden können als Indikatoren für die Entwicklung des Gesundheitsziels „Beschwerdemanagement verbessern“ dienen. Eine vergleichbare Erfassung wäre bei anderen geeigneten Anlaufstellen [Patient(inn)enstellen, Ombudsstellen, Einrichtungen der unabhängigen Verbraucher- und Patient(inn)enberatung] sinnvoll.

Schließlich sollten Aussagen der Nutzer/innen zum Thema „Beschwerden“ aus dem telefonischen Gesundheitssurvey des RKI und des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors in die Evaluation einfließen und weiterhin kontinuierlich für Zeitvergleiche erhoben werden.

## Fazit

**Die Formulierung und Umsetzung nationaler Gesundheitsziele zur Stärkung der Patient(inn)ensouveränität und zur Stärkung von Kompetenzen sowohl im Umgang mit Gesundheit und Krankheit als auch bei der Selbstbestimmung und Orientierung in einem zunehmend komplexeren Gesundheitssystem sind ein aktiv gestaltender Beitrag zur Weiterentwicklung bestehender Ansätze einer Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung im Gesundheitswesen. Für die Evaluation von Teilzielen und Maßnahmen existieren Datenquellen auf Bevölkerungsebene und bei den Institutionen der Leistungserbringer und Leistungsträger, die jedoch aufgrund ihrer Heterogenität und Erhebungsdiskontinuität nur eingeschränkte Bewertungen ermöglichen. Insbesondere für die Messung von Effekten im Zeitverlauf – unter anderem von Prä-Post-Vergleichen – sind kontinuierliche Informationen eine wesentliche Voraussetzung. Letztendlich bedarf es zur Gewährleistung einer Evaluation des gesamten gesundheitspolitischen Umsetzungsprozesses der zunehmenden Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung im Gesundheitswesen eines stetigen Monitorings sowie zusätzlicher gezielter Erhebungen von Nutzererfahrungen und -bewertungen. Dafür ist die Datengrundlage zu verbessern. Einen wesentlichen Ansatz hierfür bieten die Gesundheitssurveys des RKI [29, 30],**

## Übersicht 6

### Startermaßnahme zum Teilziel 4.1

- Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträgerunabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandler(inne)n oder Kostenträgern
- Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen, wie zum Beispiel Patient(inn)enstellen, Patient(inn)enfürsprecher/innen oder Patient(inn)enombudspersonen

### Ausgewählte Indikatoren

- Beschwerden und Institutionen
- Bekanntheitsgrad unabhängiger Beratungsangebote

die bereits partiell für eine Evaluation geeignete Fragestellungen aufgenommen haben. Neben einem Kern gleichbleibender Themenbereiche zur Verbreitung von Erkrankungen, Risikofaktoren und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werden aktuelle gesundheitspolitische beziehungsweise public-health-relevante Fragestellungen zum Beispiel zur Evaluation von Gesundheitszielen integriert. Mit der Fortführung der Erhebungswellen der telefonischen Gesundheitssurveys (GEDA) im Rahmen des umfassenden Gesundheitsmonitorings des RKI wird 2009 ein Zusatzmodul „Informationsverhalten und Souveränität von Bürger(inne)n und Patient(inn)en“ implementiert. Die Strukturierung des Instrumentes orientiert sich an den vier Zielbereichen des hier betrachteten Gesundheitsziels. Die Ergebnisse tragen zu einer Verbesserung der Datenlage zu diesem Themenbereich bei und werden, auch unter Berücksichtigung bereits vorhandener Informationen aus vorangegangenen Befragungen, einen Beitrag zur Evaluation des Gesundheitsziels leisten. Von großer Relevanz für eine Evaluation ist der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung. Hier werden Erfahrungen der Versicherten und Patient(inn)en in der ambulanten Versorgung kontinuierlich analysiert und Betrachtungen zu gesundheitspolitischen Fragestellungen vorgenommen. Zur mittel- und langfristigen Umsetzung der formulierten Maßnahmen trägt auch

die Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss als unabhängiges wissenschaftliches Institut gegründet wurde (<http://www.iqwig.de>).

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt der Evaluation sollte die Einbeziehung patient(inn)enbezogener Informationen (auch institutionsbezogen) sein. Unter der Qualitätsperspektive wird davon ausgegangen, dass die Betroffenen selbst, vor dem Hintergrund ihrer individuellen Situation, wertvolle Hinweise auf Verbesserungspotenziale, beispielsweise auch über Schnittstellen der Versorgung, liefern können [12].

Zusätzlich zu einer Verbesserung der Datenlage wird eine systematische und kontinuierliche Dokumentation sowohl der vorhandenen Informationen als auch der Aktivitäten und Maßnahmen zur Umsetzung der vier Teilziele empfohlen. Dies würde nicht nur der Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ dienen, sondern auch die Vernetzung und Abstimmung von Datenhaltern sowie Akteuren fördern. Zusammenfassend lassen sich folgende Eckpunkte festhalten:

1. Die Analyse der vorliegenden Repräsentativbefragungen, insbesondere der telefonischen Gesundheitssurveys des RKI, des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors und der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (durch die Stabsstelle Patientenorientierung) zeigt, dass zahlreiche Indikatoren für die Erreichung von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen bereits auf Bevölkerungsebene erfasst werden, wenn gleich erwartungsgemäß nicht alle Aspekte gleichermaßen abgebildet werden können.
2. Diese Daten liegen für die Vergangenheit im Querschnitt und teilweise längsschnittlich vor. Voraussetzung für eine sinnvolle weitere Evaluation ist die Weiterführung dieser Erhebungen – möglicherweise ergänzt durch weitere Fragen, die auf Anregung von [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) integriert werden.

3. Zusätzliche Untersuchungen sind erforderlich, um gezielt Strukturinformationen zu erheben und Bedarfsfragen zu klären. Zudem sollten im gesundheits- und gesellschaftspolitisch neuen Aktionsfeld der Patient(inn)enbeteiligung gezielt Erhebungen zur Akzeptanz und Wirkung dieser Aktivitäten unter Einbezug aller Akteure erfolgen.
4. Angesichts der Bandbreite des Gesundheitsziels und der damit verbundenen Indikatoren sowie der vielfältigen Einflussmöglichkeiten auf die Indikatoren ist auch bei regelmäßigen Erhebungen ein linearer Einfluss spezifischer Maßnahmen nicht abzubilden.
5. Bislang kaum thematisiert ist die Umsetzung des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ für vulnerable Bevölkerungsgruppen, zum Beispiel alte Menschen in Pflegeheimen, die zudem in die standardisierten Bevölkerungsbefragungen nicht integriert sind. Hier sind zukünftig zielgruppenspezifische Maßnahmen und entsprechende Evaluationsverfahren zu entwickeln.
6. In die (Weiter-)Entwicklung des Gesundheitsziels und der Indikatoren sollten im Rahmen eines begleitenden, qualitativen Monitorings die Nutzer/innen des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung vulnerabler Gruppen aktiv einbezogen werden, um damit die Leitidee einer „Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung“ konsequent umzusetzen.
7. Prozessbegleitend wird eine systematische und kontinuierliche Dokumentation der Datenquellen, Indikatoren und der durchgeführten Maßnahmen des Gesundheitszielprozesses empfohlen.

### Korrespondenzadresse

**Dr. K. Horch**  
Abt. Epidemiologie  
und Gesundheitsberichterstattung,  
Robert Koch-Institut  
Postfach 650261, 13302 Berlin  
[horchk@rki.de](mailto:horchk@rki.de)

### Literatur

1. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
2. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
3. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001. Eigenverlag, Bonn
4. Angele S (2002) Gemeinsam und zielorientiert an umfassenden Konzepten arbeiten. [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) – Forum Gesundheitsziele Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45:47–48
5. Angele S (2005) [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) – Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg) [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) – Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Schriftenreihe der GVG, Band 49:13–23
6. AG 8 ([gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de)) „Gesundheitskompetenz erhöhen – Patient(inn)ensouveränität stärken“ (2004) Empfehlungen für Startermaßnahmen aus Sicht der AG 8 „Gesundheitskompetenz erhöhen – Patient(inn)ensouveränität stärken“. 2003, Köln. <http://gesundheitsziele.de/>
7. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg) (2002) Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG. Aka GmbH, Berlin
8. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) (2003) [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Eigenverlag, Bonn
9. Maschewsky-Schneider U (2005) Programm-, Ziel- und Maßnahmenevaluation bei [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de). In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg) [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de). Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Schriftenreihe der GVG, Band 49:215–225
10. Horch K, Ziese T (2005) Das Zusammenspiel von Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszielen. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg) [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de). Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Schriftenreihe der GVG, Band 49:245–250
11. Ziese T, Horch K (2008) Daten für Taten – Zusammenspiel von Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszielen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg) Datengrundlagen für die Gesundheitsforschung in Deutschland. Statistik und Wissenschaft, Band 9:67–74
12. Dierks ML (2008) Datenquellen und Methoden zur Erfassung der Versorgungsqualität aus Sicht der Nutzer – Behandlungszufriedenheit, Patientenerfahrungen und -bewertungen. In: Kurth BM (Hrsg) Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Konzepte, Anforderungen, Datenquellen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S 197–208
13. Böcken J, Braun B, Amhof R (2007) Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh



14. KTQ (2000) KTQ-Leitfaden zur Patientenbefragung. Eigenverlag, Düsseldorf
15. Egner U, Gerwin H, Schliehe F (2002) Das bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Erfahrungen aus einem mehrjährigen Umsetzungsprozess. *ZaeFQ* 96:4–9
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2007) QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen. <http://www.kbv.de/themen/qualitätsmanagement.html>
17. Bitzer EM, Dörning H, Schwartz FW (2000) Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Asgard Verlag, Sankt Augustin
18. Braun B, Müller R (2006) Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Asgard Verlag, Sankt Augustin
19. Bitzer EM, Dierks ML, Dörning H, Schwartz FW (1999) Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive – Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstrumentes. *Z Gesundheitswissenschaften* 7(3):196–209
20. Coulter A, Magee H (2003) *The European patient of the future*. Open University Press, Maidenhead, Philadelphia
21. Sawicki P (2005) Quality of health care in Germany. A six-country comparison. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. *Med Klin (Munich)* 100:755–768
22. Robert Koch-Institut (2004) *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 23. RKI, Berlin
23. Dierks ML, Kurtz V, Fricke E et al (2005). Kooperationsformen und -häufigkeit der unabhängigen Patientenunterstützung und der Selbsthilfeeinrichtungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie „Selbsthilfe – Kooperation und Beteiligung in Deutschland (SeKBD)“. *Psychomed* 17(1):21–28
24. Gaber E, Hundertmark-Mayer J (2005) Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen – Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Gesundheitswesen* 67:620–629
25. Meinhardt M, Plamper E, Brunner H (2009) Beteiligung von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss. Ergebnisse einer qualitativen Befragung. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 52:96–103
26. Etgeton S (2009) Patientenbeteiligung in den Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* (52):104–110
27. Robert Koch-Institut (2001) *Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 4. RKI, Berlin
28. Ramrath C (1999) Zur Arbeit der Patientenstellen. *Forum Public Health* 7, 26. Schwerpunktheft Patientenorientierung 14
29. Kurth B-M, Ziese T, Tiemann F (2005) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene. Ansätze und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:261–272
30. Kurth B-M, Ziese T (2005) Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. In: Streich W, Braun B, Helmer U (Hrsg) *Surveys im Gesundheitswesen. Entwicklungen und Perspektiven in der Versorgungsforschung und Politikberatung*. Asgard Verlag, Sankt Augustin, S 15–22