

GESUNDHEITSZIELE VERORTEN, FORMULIEREN UND MESSBAR MACHEN: MANUAL ZUR INDIGER-ONLINEHILFE



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	03
Warum sind Gesundheitsziele wichtig?	04
Wie ist die Onlinehilfe aufgebaut?	05
▶ Allgemeine Nutzungshinweise zur Onlinehilfe	
▶ Die Problemstellung	
▶ Die Zielgruppen	
▶ Die Dimensionen von Gesundheit	
▶ Die Zielsetzungen	
▶ Die Leistungen	
Wie werden Gesundheitsziele verortet?	09
▶ Gesundheitsproblem	
▶ Körperfunktionen und -strukturen	
▶ Aktivitäten	
▶ Teilhabe	
▶ Umweltfaktoren	
▶ Personbezogene Faktoren	
Welche Zielgrößen gibt es?	13
▶ Alltagsaktivitäten und Selbstständigkeit	
▶ Gesundheitsförderliche Gestaltung der Umwelt	
▶ Gesundheitskompetenz, -wissen und -bewusstsein	
▶ Gesundheitsverhalten	
▶ Inanspruchnahmeverhalten/Einstellungen zu Angeboten	
▶ Körperliche und seelische Gesundheit/Krankheit	
▶ Lebenszufriedenheit	
▶ Mentale Fitness	
▶ Motorische Fähigkeiten/körperliche Fitness	
▶ Psychische Ressourcen	
▶ Psychosoziale Belastungsfaktoren	
▶ Qualität von Unterstützungsangeboten	
▶ Soziale Kontakte/soziale Unterstützung	
▶ Soziale Teilhabe/soziale Integration	
▶ Subjektives Wohlbefinden/Lebensqualität	
Wie wurde die Onlinehilfe entwickelt?	20
▶ Bestandsaufnahmen der Angebote in den GeDiReMo	
▶ Entwicklung einer Evaluationsmatrix	
Literatur	24
Ideen zu Ihren Gesundheitszielen	27



VORWORT

Das Projekt INDiGeR ist die Begleitforschung zum Wettbewerb des Bundesministeriums für Bildung und Forschung »Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen« (GeDiReMo). Ziel des Wettbewerbs war es, »durch Forschungs- und Entwicklungsprojekte zur Bewältigung der komplexen Herausforderungen im Gesundheitsbereich beizutragen. [...] Dabei [ging] es um die Vernetzung von medizinischen, präventiven, pflegerischen und sozialen Angeboten und Dienstleistungen. Zudem [sollte] das Zusammenwirken der maßgeblichen Akteure und Träger regional pilotartig optimiert werden« (BMBF 2018). Die fünf Gewinnerregionen des Wettbewerbs, die über einen vierjährigen Zeitraum gefördert wurden, waren:

- ▶ FISnet in der Region Augsburg/Schwaben (www.fisnet.info),
- ▶ VorteilJena in der Region Jena (www.vorteiljena.de),
- ▶ PNO – Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (www.pno-ortenau.de)
- ▶ QuartiersNETZ im Ruhrgebiet (www.quartiersnetz.de) sowie
- ▶ Chemnitz+ in der Region Mittleres Sachsen (www.zukunftsregion-sachsen.de).

Die fünf Gesundheits- und Dienstleistungsregionen verfolgten dabei ganz unterschiedliche Schwerpunkte. So standen im Projekt FISnet die Entwicklung und Erprobung kooperativer Dienstleistungsnetzwerke im Mittelpunkt, mit denen Angebote zur Gesundheitsförderung für Menschen in der Erwerbs- und Posterwerbsphase zur Verfügung gestellt werden sollten. Im Projekt VorteilJena wurde dagegen durch verschiedene Projekte die soziale Teilhabe über die gesamte Lebensspanne gefördert und im Präventionsnetzwerk Ortenaukreis wurden Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Drei- bis Zehnjährigen und ihrer Familien aufgebaut und entwickelt. Um die Vernetzung insbesondere älterer Bürger untereinander und mit Dienstleistern zu fördern, wurden im QuartiersNETZ ein virtuelles (d.h. internet-basiertes) sowie ein reales Netz aufgebaut. In der Region Chemnitz+ ging es schließlich vor allem um die Entwicklung

von Unterstützungs- und Bildungsangeboten, die ein langes und selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit und im vertrauten Wohnumfeld fördern sollten.

Das Projekt INDiGeR (»Innovative Netzwerke für Dienstleistungen und Gesundheit in den Regionen von morgen«) erforschte die Bedingungen erfolgreicher Arbeit von Netzwerken in Theorie und Praxis. Erarbeitet wurden Gestaltungsoptionen für Strukturen, Prozesse und Technologien zum Aufbau von Dienstleistungsnetzwerken sowie Good Practices im Bereich vernetzter Präventions- und Gesundheitsdienstleistungen auf regionaler Ebene. Darüber hinaus wurden Ansätze und Vorgehensweisen zur Wirkungsmessung der gesundheitsbezogenen Angebote in den Regionen entwickelt und Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Umsetzung der Projekte und die Vernetzung innerhalb der Regionen untersucht.

Das INDiGeR AP5 »summative Evaluation« hatte zum Ziel, zukünftigen Netzwerken Unterstützung bei der Evaluation gesundheitlicher Aspekte zu geben. Dies beinhaltet einerseits Hilfestellungen für die Planung von konkreten Gesundheitszielen und gesundheitsbezogenen Zielgrößen der einzelnen Angebote, d.h. woran gemessen werden kann, ob eine Maßnahme tatsächlich etwas verändert hat, und andererseits ein Konzept zur strukturierten Messung der Akzeptanz und Nachfrage der Bevölkerung für die Netzwerkaktivitäten im gesundheitlichen Bereich.

Ziel dieser Broschüre ist es, eine vom AP5 entwickelte Onlinehilfe zur Planung von Gesundheitszielen hinsichtlich ihrer Inhalte und Funktionalitäten vorzustellen. Zu diesem Zweck wird zunächst die Bedeutung einer strukturierten Planung von Gesundheitszielen vorgestellt. Anschließend wird die Funktionsweise der Onlinehilfe beschrieben. Zwei weitere Beiträge beschäftigen sich mit konkreten Schwerpunkten in der Zielsetzungsplanung, nämlich der Verortung der Interventionsstrategie und der Auswahl von zweckmäßigen Zielgrößen. Zum Schluss werden für Interessierte die wissenschaftlichen Methoden beschrieben, mit denen die Onlinehilfe entwickelt wurde.

WARUM SIND GESUNDHEITSZIELE WICHTIG?

Eine zentrale Herausforderung für Netzwerkakteure, die gesundheitsbezogene Leistungen anbieten wollen, liegt darin, einen nachvollziehbaren Beleg für Effektivität und Nutzen der neu entwickelten Angebote zu liefern. Ein solcher Nutzenbeleg ist eine Voraussetzung für Angebote auf dem ersten Gesundheitsmarkt, d.h. für Angebote, die im Rahmen der »klassischen« Gesundheitsversorgung v.a. durch gesetzliche und private Krankenversicherung oder Pflegeversicherung finanziert werden sollen (G-BA 2013, Ex & Balling 2018, CDC 2011). Aber auch auf dem zweiten Gesundheitsmarkt, auf dem alle privat finanzierten gesundheitsrelevanten Produkte und Dienstleistungen gehandelt werden, kann ein Effektivitätsnachweis ein hilfreiches Verkaufsargument für die möglichen Nutzer der Angebote und für potentielle externe Kostenträger darstellen.

Regionale Netzwerke entstehen häufig, weil Dienstleister sich erhoffen, dass sie in Kooperation mit anderen Akteuren Defizite in der Effektivität oder Effizienz ihrer Angebote beheben können. »Netzwerke entstünden nicht, wenn die [einzelnen] Organisationen in der Lage wären, ihre Aufgaben vollständig zu erfüllen sowie ihre Probleme autonom zu lösen« (INQA 2011). Dabei kann ein Netzwerk als ein »Personengeflecht« beschrieben werden, in dem verschiedene Akteure unterschiedlicher Organisationen zusammenarbeiten und kooperieren, um so eine Aufgabe oder ein Problem besser zu lösen (INQA 2011, Reindl et al. 2008). Die Besonderheit von regionalen Netzwerken ist, »dass Ausgang und Ziel ihrer Aktivitäten die Region ist. Sie wollen sowohl regionale Ressourcen mobilisieren als auch die Region beeinflussen – im Sinne der Effizienzsteigerung bisheriger Interventionen oder im Sinne ihrer Innovierung« (Reindl et al. 2008).

Häufig liegt die übergeordnete Zielsetzung eines Netzwerkes bereits in seiner Entwicklungsphase vor, wohingegen die Festlegung von konkreten gesundheitsbezogenen Zielsetzungen für die einzelnen neu entwickelten oder angepassten Angebote der Netzwerkakteure oft erst im Nachhinein erfolgt (LZG NRW 2016). Diese nachträgliche Festlegung von Zielsetzungen und Zielgrößen kann dazu führen, dass eine spätere Effektivitätsüberprüfung nicht exakt die Wirkungsweise der umgesetzten Maßnahmen abbildet und somit der Effektivitätsnachweis erschwert wird. Im Idealfall finden daher die Überlegungen zur Evaluation von neuen Angeboten bereits parallel zu ihrer Planung und Entwicklung statt (Loss et al. 2010).

Um den Netzwerkakteuren bereits in der Planungsphase von Angeboten eine Hilfestellung für die Formulierung von konkreten Gesundheitszielen anzubieten, wurde die hier vorgestellte Onlinehilfe entwickelt. Diese ermöglicht es, anhand von ausgewählten gesundheitlichen Problemlagen (z.B. konkreten Erkrankungen oder Einschränkungen in der Mobilität) Vorschläge für mögliche Zielgrößen zu erhalten, Zielsetzungen zu konkretisieren und sinnvoll einzugrenzen und unter Einbeziehung der adressierten Gesundheitsprobleme und Zielgruppen die einzelnen Angebote strukturiert zu planen.

Bei der Anwendung der Onlinehilfe sollten Sie beachten, dass die Planung von Angeboten ein komplexes Thema ist, für das Sie sich Zeit nehmen sollten. Hinweise zur Anwendung des Tools sowie die einzelnen Funktionalitäten und Inhalte werden in den folgenden Abschnitten beschrieben. Bei Bedarf kann über die Campus Akademie für Weiterbildung der Universität Bayreuth zusätzlich eine Schulung gebucht werden (<http://s.fhg.de/Netzwerk-Schulung>), bei der Hintergrundwissen zum Gesundheitsbegriff sowie zur Evaluation und zur Planung von Gesundheitszielen und Zielgrößen vermittelt und die Bedienung des Tools praktisch geübt wird.■

WIE IST DIE ONLINEHILFE AUFGEBAUT?

Die Onlinehilfe richtet sich an regionale Akteure, die gesundheitsbezogene Angebote planen, umsetzen und dabei – in Hinblick auf deren längerfristige Finanzierung – einen Nutznachweis anstreben. Die Onlinehilfe strukturiert mit einigen Fragen den Planungsprozess von Maßnahmen, Interventionen und Hilfen, so dass gesundheitsbezogene Zielsetzungen konkretisiert und sinnvoll eingegrenzt werden können und damit ein Nachweis des gesundheitlichen Nutzens dieser neu geschaffenen Angebote erleichtert wird. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die Funktionalitäten der Onlinehilfe und eine Hilfestellung dazu, worauf bei der Bearbeitung der einzelnen Themenfelder zu achten ist.

Die Onlinehilfe zur Planung von Gesundheitszielen ist ein internetbasiertes Tool, das mit der Methode einer strukturierten Befragung arbeitet. Um den Nutzer bei der Festlegung von Gesundheitszielen und der an diesen Zielen orientierten Planung von regionalen Angeboten für festgelegte Zielgruppen zu unterstützen, werden Fragen zu den folgenden Aspekten von Maßnahmen, Interventionen und Hilfen gestellt (vgl. auch die nebenstehende Abbildung):

- ▶ Die Problemstellung: Auf welches gesundheitliche Problem soll reagiert werden?
- ▶ Die Zielgruppen: Bei wem oder für wen sollen Interventionen, Maßnahmen oder Hilfen bezüglich dieses Gesundheitsproblems eingesetzt werden?
- ▶ Die Dimensionen von Gesundheit: Welche gesundheitlichen Aspekte sollen adressiert werden (Erkrankungen/Wohlbefinden, funktionale Einschränkungen, Aktivitäten des täglichen Lebens, Teilhabechancen, unterstützende Umweltfaktoren, personbezogene Ressourcen)?
- ▶ Die Zielsetzungen: Welche konkreten Zielsetzungen sollen verfolgt werden?
- ▶ Die Leistungen: Welche Interventionen, Maßnahmen oder Hilfen sollen umgesetzt werden?

Allgemeine Nutzungshinweise zur Onlinehilfe

Die Onlinehilfe ist als Befragung konzipiert, in der dem Nutzer konkrete Fragen gestellt werden, die in den dazugehörigen Textfeldern oder Checkboxes mittels der Eingabe von Freitexten oder dem Anklicken von Antwortalternativen beantwortet werden können. Von ihrer Fragenstruktur her ist die Onlinehilfe hierarchisch angelegt, d.h. es ist grundsätzlich empfehlenswert, die einzelnen Aspekte der Planung von Gesundheitszielen nacheinander in der Reihenfolge, in der sie aufgeführt werden, zu bearbeiten. Dies ist deshalb so angelegt, weil die bereits gegebenen Antworten von der Onlinehilfe dazu genutzt werden, den weiteren Befragungsverlauf durch Vorschläge und Hilfestellungen anzuleiten.



Ablauf der Befragung durch die Onlinehilfe

Trotzdem kann es manchmal sinnvoll sein, bestimmte Fragen zunächst offen zu lassen, mit der Befragung fortzufahren und später zu den noch nicht bearbeiteten Aspekten zurückzukehren. In diesem Fall kann die Navigation der Onlinehilfe genutzt werden, indem am unteren Ende der einzelnen Seite jeweils auf »Weiter« oder »Zurück« geklickt wird. Außerdem kann der »Fragenindex« verwendet werden, der auf jeder Seite oben rechts ausgewählt werden kann und es ermöglicht, die jeweiligen Aspekte, die bearbeitet werden sollen, direkt anzuwählen. Die Navigation des Browsers (d. h. die Pfeilbuttons zum Wechseln zwischen Internetseiten) kann leider innerhalb der Onlinehilfe nicht verwendet werden.

Die Onlinehilfe ist so angelegt, dass bereits eingegebene Inhalte jederzeit verändert werden können, solange die Befragung noch nicht abgeschlossen ist. Zu diesem Zweck können jedes bereits ausgefüllte Textfeld und jede Check-box auch erneut bearbeitet werden. Da die Befragung mitunter einige Zeit dauern kann, ist es möglich, das Ausfüllen jederzeit zu unterbrechen und später fortzusetzen. Dazu kann auf der Seite oben links der Menüpunkt »Später fortfahren« genutzt werden. In diesem Fall werden die Eingaben auf dem INDiGeR-Server gespeichert. Nach Eingabe einer E-Mailadresse wird ein Link zugesendet, über den zu einem beliebigen späteren Zeitpunkt auf die gespeicherten Eingaben zurückgegriffen werden kann, um diese zu ergänzen oder abzuschließen.

Wenn alle Fragen aus Sicht des Nutzers zufriedenstellend beantwortet worden sind, kann die Befragung abgeschlossen werden, damit die Onlinehilfe das Ergebnis der Befragung ausgeben kann. Dabei werden die eingegebenen Antworten und die von der Onlinehilfe ausgegebenen Texte und Hilfestellungen strukturiert als Dokument ausgegeben. Zu diesem Zweck befindet sich auf der letzten Seite ein »Absenden«-Button. Dabei ist zu beachten, dass nach Betätigung dieses Buttons die eingegebenen Inhalte nicht mehr verändert werden können.

Die Problemstellung

Unter dem Aspekt »Problemstellung« sollte das gesundheitliche Problem, auf das die geplanten Maßnahmen, Interventionen und Hilfen reagieren sollen, ausgeführt werden. Die Problemstellung ist ein zentraler Aspekt in der Onlinehilfe, weil sich alle folgenden Aspekte in der Befragung (also Zielgruppen, Verortung der Gesundheitsziele, Zielsetzungen und Leistungen) auf das Gesundheitsproblem beziehen, das hier beschrieben wird.

Zunächst sollte eine ausführliche Beschreibung der Problemstellung erfolgen, in der alle relevanten Aspekte enthalten sind. Dabei ist es möglich, sich entweder auf ein einzelnes Problemfeld zu konzentrieren (z. B. Einsamkeit im Alter) oder – wenn mit der Intervention mehrere Gesundheitsprobleme zugleich adressiert werden sollen – mehrere Problemfelder zusammen zu beschreiben (z. B. ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht bei Jugendlichen).

Anschließend sollte eine kurze Zusammenfassung der Problemstellung vorgenommen werden. Sollen mehrere Problemfelder zugleich adressiert werden, sollten diese einzeln aufgeführt werden. Für jedes Feld stehen dabei 150 Zeichen zur Verfügung. Die Kurztex te werden im Verlauf der Befragung von der Onlinehilfe dazu genutzt, um auf die adressierten Gesundheitsprobleme zu verweisen.

Die Onlinehilfe zur Planung von Gesundheitszielen finden Sie frei verfügbar im Internet unter

<http://s.fhg.de/icf-tool>



Die Zielgruppen

Der nächste Aspekt umfasst die Zielgruppen, die mit den geplanten Leistungen angesprochen werden sollen (z. B. ältere Menschen über 65 Jahren oder Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren). Die Zielgruppen sind eng mit dem Gesundheitsproblem verbunden, aber auch für die Verortung der Gesundheitsziele und für die Planung der Zielsetzungen und Leistungen relevant.

Die Fragen zu den Zielgruppen sind analog zu den Fragen zum Gesundheitsproblem gestaltet. Auch hier sollte zunächst eine ausführliche Beschreibung der Zielgruppen erfolgen, bei der es möglich ist, mehrere Zielgruppen gleichzeitig zu benennen, z. B. wenn nicht nur für Menschen im Alter von über 65 Jahren, sondern auch für deren Angehörige Interventionen, Maßnahmen oder Hilfen geplant sind.

Anschließend sollte ebenfalls eine kurze Zusammenfassung der Zielgruppen vorgenommen werden. Sollen mehrere Zielgruppen zugleich angesprochen werden, sollten

diese einzeln aufgeführt werden. Die Zeichenbegrenzung beträgt dabei wieder 150 Zeichen. Diese Kurztexte werden im Verlauf der Befragung von der Onlinehilfe dazu genutzt, um auf die angesprochenen Zielgruppen zu verweisen.

Die Dimensionen von Gesundheit

Bevor konkrete Zielsetzungen für die Zielgruppen festgelegt werden, sollte eine Verortung der Interventionsstrategie erfolgen, also festgelegt werden, welche Gesundheitsdimensionen (d.h. Aspekte von Gesundheit) mit den geplanten Interventionen, Maßnahmen oder Hilfen adressiert werden sollen. Dabei ist es sehr wichtig, dass nur diejenigen Dimensionen ausgewählt werden, bei denen eine Veränderung durch das Angebot direkt angestrebt und für wahrscheinlich erachtet wird.

Ziel dieses Vorgehens ist es, die Planung der Zielsetzungen dahingehend zu unterstützen, dass diese begrenzt und auf die realistischerweise veränderbaren Faktoren fokussiert werden kann. Außerdem wird die Verortung der Interventionsstrategie von der Onlinehilfe auch dafür genutzt, bei der Befragung zum Aspekt »Zielsetzungen« Vorschläge für mögliche Themenbereiche von Zielgrößen zu unterbreiten. Die einzelnen Dimensionen von Gesundheit werden in einem der folgenden Beiträge dieser Broschüre (»Wie werden Gesundheitsziele verortet?«) beschrieben. Informationen zu den jeweiligen Gesundheitsdimensionen werden auch von der Onlinehilfe ausgegeben, wenn auf die mit dem Glühbirnensymbol gekennzeichneten Zeilen geklickt

wird. Die Auswahl der Gesundheitsdimensionen und der damit verbundenen Unterkategorien erfolgt in der Onlinehilfe, indem die Checkboxes vor den jeweiligen Kategorien durch einen Klick mit dem Mauszeiger aktiviert werden. Aktivierte Checkboxes werden durch ein darin angezeigtes Häkchen gekennzeichnet.

Die Zielsetzungen

Das zentrale Element in der Befragung durch die Onlinehilfe ist die Festlegung von Zielsetzungen für die geplanten Interventionen, Maßnahmen oder Hilfen. Die Festlegung von Zielsetzungen ist sowohl für die Planung der Leistungen als auch für die spätere Evaluation der Angebote sehr wichtig. Eine Grundlage für eine rationale Zielsetzungsplanung ist die Auswahl von geeigneten Zielgrößen (d.h. von gesundheitsbezogenen Parametern, bei denen eine Veränderung angestrebt wird, z. B. der Anzahl sozialer Kontakte oder dem Bewegungsverhalten).

Es ist sehr wichtig, dass bei der Planung der Zielsetzung nur die wichtigsten Ziele, die realistischer Weise auch erreicht werden können, ausgewählt werden. Es sollte bedacht werden, dass bei unrealistischer Zielplanung ein Nachweis der Wirksamkeit der Interventionen, Maßnahmen und Hilfen schwerlich gelingen kann. Ein erfolgreicher Wirksamkeitsnachweis kann ein entscheidendes Argument für die längerfristige Finanzierung der geplanten Leistungen sein. Die Onlinehilfe nutzt die in der vorangegangenen Befragungsseite ausgewählten Gesundheitsdimensionen für



Vorschläge von möglichen Themenbereichen, aus denen beschriebene Zielgrößen ausgewählt oder eigene Ideen für Zielgrößen entwickelt werden können. Informationen zu den jeweiligen Themenbereichen werden von der Onlinehilfe ausgegeben, wenn auf die mit dem Glühbirnensymbol gekennzeichneten Zeilen geklickt wird. Dabei werden wissenschaftliche Definitionen der zugrunde liegenden Konstrukte und konkrete Beispiele für Zielgrößen aus den GeDiReMo vorgestellt, Beispiele aus der Literatur für mögliche Messinstrumente gegeben und Chancen und Grenzen der verfügbaren Messmethoden diskutiert. Die nutzbaren Themenbereiche für Zielgrößen werden auch in einem der folgenden Beiträge dieser Broschüre (»Welche Zielgrößen gibt es?«) beschrieben.

Im ersten Textfeld sollte so spezifisch wie möglich beschrieben werden, was genau mit den geplanten Interventionen, Maßnahmen und Hilfen erreicht werden soll (z.B. Steigerung der Anzahl der sozialen Kontakte von älteren Menschen über 65 Jahren, die an Einsamkeit leiden, innerhalb der nächsten 12 Monate). Es ist dabei möglich, mehrere Zielsetzungen gemeinsam zu beschreiben.

Anschließend sollte mit einer maximalen Länge von 150 Zeichen eine kurze Zusammenfassung der Zielsetzungen vorgenommen werden. Sollen mehrere Zielsetzungen zugleich geplant werden, sollten diese einzeln aufgeführt werden. Die Kurztexte werden im Verlauf der Befragung von der Onlinehilfe dazu genutzt, um auf die geplanten Zielsetzungen zu verweisen.

Die Leistungen

Als letzter Schritt in der Befragung durch die Onlinehilfe werden die Leistungen beschrieben, d.h. die konkreten Inhalte und Wirkmechanismen der geplanten Interventionen, Maßnahmen oder Hilfen. Die Planung der Leistungen wird von der Onlinehilfe dadurch unterstützt, indem die Kurzzusammenfassungen der adressierten Gesundheitsprobleme, der angesprochenen Zielgruppen, der ausgewählten Gesundheitsdimensionen und der geplanten Zielsetzungen erneut angezeigt werden. Dies soll ermöglichen, dass die Leistungsplanung auf diese Aspekte fokussiert wird.

Die Beschreibung der Leistungen sollte beinhalten, welche konkreten Interventionen, Maßnahmen oder Hilfen zu den beschriebenen Gesundheitsproblemen bei den bzw. für die genannten Zielgruppen mit den festgelegten Zielsetzungen umgesetzt werden sollen. Dabei sollte beachtet werden, dass die Interventionen, Maßnahmen oder Hilfen geeignet sein müssen, die festgelegte Zielsetzung zu erreichen. Außerdem sollte ausgeführt werden auf welche Weise die jeweilige Leistung eine Veränderung im Sinne der Zielsetzung bewirken kann. Auch die Beschreibung der Leistungen kann noch kurz zusammengefasst werden. Sollen mehrere Leistungen zugleich geplant werden, sollten diese einzeln aufgeführt werden. Für jedes Feld stehen dabei wieder 150 Zeichen zur Verfügung. ■



WIE WERDEN GESUNDHEITSZIELE VERORTET?

Bevor die Zielsetzung von Angeboten formuliert werden kann, ist es wichtig, sich darüber Gedanken zu machen, welche Gesundheitsdimensionen (oder: gesundheitsbezogenen Aspekte) adressiert werden sollen. Eine Fokussierung auf Gesundheitsdimensionen bei der Planung von Gesundheitszielen kann dabei helfen, die Zielsetzung einzugrenzen, damit nur diejenigen Gesundheitsziele formuliert und in ihrer Zielerreichung überprüft werden, die auch durch das geplante Angebot beeinflusst werden können. In der Onlinehilfe werden die ausgewählten Gesundheitsdimensionen außerdem dazu benutzt, um daraus Vorschläge für thematisch passende Zielgrößen abzuleiten.

Die in diesem Beitrag vorgestellten Gesundheitsdimensionen entsprechen weitgehend dem Vorschlag der »Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)« der Weltgesundheitsorganisation (DIMDI 2005), die um Vorschläge zu den »personbezogenen Faktoren« (Grotkamp et al. 2012) und um die Komponente »Gesundheitsproblem« erweitert wurde. Ergänzende Informationen zu diesem Klassifikationssystem finden sich in einem der folgenden Beiträge (»Wie wurde die Onlinehilfe entwickelt?«). Im Folgenden werden die einzelnen Gesundheitsdimensionen und ihre Unterkategorien beschrieben sowie Hinweise und Beispiele dafür gegeben, in welchen Fällen die Gesundheitsdimensionen und ihre Unterkategorien ausgewählt werden sollten.

Gesundheitsproblem

Unter Gesundheitsproblem werden entweder die in der Regel durch einen Leistungserbringer im Gesundheitssystem berichteten körperlichen und seelischen Erkrankungen und Syndrome (wie z.B. Depressionen, chronische Rückenschmerzen oder das metabolische Syndrom) oder die durch den Patienten selbst berichteten Einschränkungen des subjektiven Wohlbefindens bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verstanden.

In der Onlinehilfe sollte »Gesundheitsproblem« dann ausgewählt werden, wenn dieses durch Maßnahmen, Interventionen oder Hilfen konkret adressiert, d. h. z. B. durch medikamentöse oder nicht-medikamentöse Präventionsangebote oder Therapien im Entstehen bzw. Fortschreiten

gehemmt oder gebessert bzw. geheilt werden soll (z. B. Prävention der Entstehung von Schlaganfällen).

Körperfunktionen und -strukturen

Der Begriff der Körperfunktionen bezeichnet die verschiedenen physiologischen und psychologischen Funktionen des menschlichen Körpers, wie z. B. Motorik, Sinneswahrnehmungen, Vital- und Abwehrfunktion sowie kognitive und emotionale Prozesse. Unter Körperstrukturen werden die unterschiedlichen anatomischen Teile des Körpers wie Organe oder Gliedmaßen verstanden.

In der Onlinehilfe sollten die einzelnen Funktionen und Strukturen dann ausgewählt werden, wenn eine Schädigung im entsprechenden Bereich durch Maßnahmen, Interventionen oder Hilfen konkret adressiert werden soll (z. B. Rückgewinnung motorischer Fähigkeiten nach einer durch einen Schlaganfall verursachten Lähmung).

Zu Körperfunktionen und -strukturen gehören:

- ▶ Mentale Funktionen (z. B. psychische Energie und Antrieb, Schlaf, Emotionen, Denken und Gedächtnis) und Strukturen des Nervensystems
- ▶ Sinnesfunktionen und Schmerz sowie das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
- ▶ Stimm- und Sprechfunktionen und Strukturen, die daran beteiligt sind
- ▶ Funktionen und Strukturen des Herz-Kreislaufsystems, des Blutes, des blutbildenden Systems sowie des Immun- und Atmungssystems
- ▶ Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des hormonellen Systems und damit in Zusammenhang stehende Strukturen
- ▶ Funktionen der Harn- und Geschlechtsorgane und des reproduktiven Systems und damit in Zusammenhang stehende Strukturen
- ▶ Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Funktionen und Strukturen
- ▶ Haut, Haare, Nägel, sowie Talg-, Schweiß- und Brustdrüsen und damit in Zusammenhang stehende Funktionen

Aktivitäten

Mit Aktivitäten sind die Aufgaben oder Handlungen gemeint, die der Einzelne im Alltag verrichten muss. Dazu gehören einerseits basale kognitive Fähigkeiten, wie z.B. das Erlernen neuer Fertigkeiten oder der Umgang mit Stress. Andererseits gehören dazu auch praktische Handlungen, wie die Verständigung mit anderen Menschen oder die Fähigkeiten zur Mobilität und Selbstversorgung.

In der Onlinehilfe sollten die unten aufgeführten Aktivitäten dann ausgewählt werden, wenn die Beeinträchtigung von Aufgaben oder Handlungen im Alltag durch Maßnahmen, Interventionen oder Hilfen konkret adressiert werden soll (z. B. Verbesserung der Fähigkeiten, sich selbst zu waschen, nach einer durch einen Schlaganfall verursachten Lähmung).

Zu Aktivitäten gehören:

- ▶ die Fähigkeit zu Lernen und zur Wissensanwendung (z. B. sich neue Fertigkeiten aneignen, Lesen und Schreiben, Probleme lösen oder Entscheidungen treffen)
- ▶ allgemeine Aufgaben und Anforderungen (d. h. anfallende Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen oder mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
- ▶ Kommunikation und Verständigung mit anderen Menschen und die Nutzung von Kommunikationsgeräten und -techniken
- ▶ Mobilität, d. h. die eigene Körperposition ändern und aufrechterhalten, Gegenstände tragen und handhaben, Gehen und sich fortbewegen sowie die Nutzung von Fahrzeugen und anderen Transportmitteln
- ▶ Selbstversorgung, d.h. Körperpflege, das Benutzen der Toilette, Anziehen und Ablegen von Kleidung, Essen und Trinken sowie der Erhalt der eigenen Gesundheit.



Teilhabe

Unter Teilhabe wird das Einbezogenensein in eine Lebenssituation verstanden. Dazu gehören Kontakte und Beziehungen zu anderen Menschen und der individuelle Zugang zu wichtigen Lebensbereichen und zur Daseinsentfaltung, z.B. in Arbeit, Freizeit oder sozialem Engagement. Inwieweit Personen an unterschiedlichen Lebenssituationen teilhaben, hängt in hohem Maße auch von den individuellen Präferenzen der Personen ab. Verbesserte Teilhabechancen müssen sich also nicht unbedingt in eine verbesserte Teilhabe umsetzen.

In der Onlinehilfe sollten die einzelnen Bereiche der Teilhabe dann ausgewählt werden, wenn die konkrete Beeinträchtigung der Teilhabe im Alltag durch Maßnahmen, Interventionen oder Hilfen konkret adressiert werden soll (z.B. Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsmarkt durch Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung nach Schlaganfall).

Zu den Bereichen der Teilhabe gehören:

- ▶ häusliches Leben, z.B. Beschaffung von Wohnraum und Waren des täglichen Bedarfs, das Erledigen von Hausarbeiten wie Kochen, Abwasch und Reinigen des Wohnraums, und die Unterstützung der anderen Haushaltsmitglieder
- ▶ interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, z.B. kontextuell und sozial angemessen mit anderen interagieren sowie formelle, informelle, Familien- und intime Beziehungen aufbauen und aufrechterhalten
- ▶ bedeutende Lebensbereiche, z.B. Bildung, Arbeit und wirtschaftliches Leben
- ▶ Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben, z.B. Erholung und Freizeitgestaltung, Religion und soziales oder politisches Engagement



Umweltfaktoren

Umweltfaktoren beschreiben den Lebenshintergrund eines Menschen in Bezug auf seine physikalische und soziale Umwelt. Umweltfaktoren können die Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen und die Beeinträchtigung der Aktivitäten oder Teilhabe einer Person mit einem Gesundheitsproblem positiv oder negativ beeinflussen. Dabei kommen Umweltfaktoren sowohl im individuellen Kontakt als auch auf gesellschaftlicher Ebene zum Tragen. Zu den Umweltfaktoren gehören auch Aspekte, die durch Interventionen nur sehr bedingt beeinflussbar sind, z. B. das Klima oder die Bevölkerungsdichte und -zusammensetzung. In der Onlinehilfe sollten die einzelnen Umweltfaktoren dann ausgewählt werden, wenn die in der physikalischen oder sozialen Umwelt bestehenden Unterstützungsfaktoren oder Barrieren bezüglich des Umgangs mit dem entsprechenden Gesundheitsproblem durch Maßnahmen, Interventionen oder Hilfen konkret adressiert werden sollen (z. B. Förderung von behindertengerechtem Wohnraum für Personen mit Mobilitätseinschränkungen nach einem Schlaganfall).

Zu den Umweltfaktoren gehören:

- ▶ Produkte und Technologien, z. B. Verbrauchsgüter, Transportmittel, Kommunikationsmedien, Werkzeuge, Maschinen und Bürogegenstände, religiöse und Kulturgüter, Sport- und Freizeitgeräte, öffentliche und private Gebäude, Aspekte der Flächennutzung sowie Vermögenswerte
- ▶ natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt, z. B. Geographie, Bevölkerung, Flora und Fauna, Klima, Licht, Geräusche/Lärmbelastung, Zeitzyklen, Land-, Wasser- und Luftverschmutzung, Natur- und Umweltkatastrophen sowie Konflikte und Kriege.
- ▶ das Vorhandensein von Unterstützung und Beziehungen, z. B. Familie, Freunde, Seinesgleichen (Peers), Autoritätspersonen und Untergebene, persönliche Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde, Fachleute (z. B. der Gesundheitsberufe) sowie domestizierte Tiere
- ▶ individuelle Einstellungen von anderen Personen, z. B. von Familie, Freunden, Seinesgleichen (Peers), Autoritätspersonen und Untergebenen, persönlichen Hilfs- und Pflegepersonen, Fremden oder Fachleuten (z. B. der Gesundheitsberufe) sowie gesellschaftliche Einstellungen, Normen und Konventionen
- ▶ Dienste (z. B. durch die öffentliche Hand oder Sozialversicherungen finanzierte Leistungserbringer und kommerzielle Anbieter), Systeme (z. B. Behörden und Ämter) und Handlungsgrundsätze (z. B. Gesetze und Verordnungen), z. B. der Wirtschaft, des Bau-, Kommunikations- oder Transportwesens, des Wohnungswesens, für zivilen Schutz und Sicherheit oder Rechtspflege, des Gesundheitswesens, der sozialen Sicherheit oder sozialen Unterstützung, des Bildungs- oder Arbeitswesens und der Politik

Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren beschreiben den Lebenshintergrund eines Menschen in Bezug auf seine eigene Person. Personbezogene Faktoren können die Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen und die Beeinträchtigung der Aktivitäten oder Teilhabe positiv oder negativ beeinflussen. Zu den personbezogenen Faktoren gehören auch Aspekte, die durch Interventionen nur sehr bedingt beeinflussbar sind, z. B. Alter, Intelligenz und Gesundheitsstörungen in der Vergangenheit.

In der Onlinehilfe sollten die einzelnen personbezogenen Faktoren sollte dann ausgewählt werden, wenn die mit der eigenen Person verbundenen Unterstützungsfaktoren oder Barrieren bezüglich des Umgangs mit dem entsprechenden Gesundheitsproblem durch Maßnahmen, Interventionen oder Hilfen konkret adressiert werden sollen (z. B. Erhöhung des Wissen des Betroffenen über den Umgang mit einer Behinderung nach Schlaganfall).

Zu den personbezogenen Faktoren gehören:

- ▶ allgemeine Merkmale einer Person, z. B. Alter, Geschlecht und genetische Faktoren
- ▶ physische Faktoren, z. B. Körperbau, Muskelkraft, Geschicklichkeit, Ausdauer und Funktionskapazitäten von Herz, Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel und den Sinnesorganen
- ▶ mentale Faktoren, z. B. Faktoren der Persönlichkeit (z. B. Emotionalität, Zuverlässigkeit, Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, Selbstvertrauen, Optimismus) und Faktoren der Intelligenz und bewussten Informationsverarbeitung
- ▶ Einstellungen (z. B. Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, zu Interventionen und technischen Hilfen, zum Annehmen und Geben von Hilfe und Unterstützung sowie Lebenszufriedenheit), Grundkompetenzen (z. B. Sozial-, Selbst-, Handlungs- und Medienkompetenz) und Verhaltensweisen (z. B. Ernährungs-, Bewegungs-, Genussmittelkonsum- und Sexualgewohnheiten)
- ▶ Lebenslage (z. B. finanzielle, Beschäftigungs- oder Wohnsituation und Einbindung in das direkte familiäre und soziale Umfeld) und sozioökonomische/-kulturelle Faktoren (z. B. sozioökonomischer Status, kultureller Hintergrund, Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Gruppen, sprachliche Verständigungsmöglichkeiten sowie gesundheitsbezogener und allgemeiner Bildungsstand)
- ▶ andere Gesundheitsfaktoren, z. B. Gesundheitsstörungen in der Vergangenheit ■

WELCHE ZIELGRÖSSEN GIBT ES?

Ein wichtiger Schritt in der Planung von Gesundheitszielen ist die Auswahl von relevanten Zielgrößen, die durch die Intervention bzw. das gesundheitsbezogene Angebot beeinflusst werden sollen. Ein Ergebnis der Bestandsaufnahmen in den GeDiReMo ist eine Übersicht aller Zielgrößen, die in den untersuchten Regionen eine Rolle gespielt haben und die nun in der Onlinehilfe als Good-Practice-Beispiel für die Planung zukünftiger Angebote genutzt werden können. Diese Sammlung möglicher Zielgrößen wird in diesem Beitrag nach Themenbereichen sortiert vorgestellt. Dabei werden wissenschaftliche Definitionen der zugrunde liegenden Konstrukte und konkrete Beispiele für Zielgrößen aus den GeDiReMo vorgestellt. Außerdem werden Beispiele aus der Literatur für mögliche Messinstrumente gegeben und Chancen und Grenzen der verfügbaren Messmethoden diskutiert.

Insgesamt wurden in den fünf GeDiReMo 15 unterschiedliche Themenbereiche für Zielgrößen identifiziert, die in der Praxis eine unterschiedlich große Rolle spielten. So war z. B. der Themenbereich »Gesundheitskompetenz, -wissen und -bewusstsein« in allen Regionen vertreten und spielte in 45 % der insgesamt 170 gesundheitsbezogenen Angebote eine Rolle. Dagegen war z. B. der Themenbereich »mentale Fitness« nur in drei der fünf Regionen und in 2 % der Angebote in Betracht gezogen worden. Eine Übersicht über die Häufigkeiten der einzelnen Themenbereiche findet sich in der untenstehenden Tabelle. Die Themenbereiche selbst werden im Folgenden in alphabetischer Reihenfolge detailliert beschrieben. Die wissenschaftlichen Methoden, mit denen die Themenbereiche identifiziert wurden, finden sich im folgenden Beitrag (»Wie wurde die Onlinehilfe entwickelt?«).

THEMENBEREICH	REGIONEN (n=5)	MASSNAHMEN (n=170)
Gesundheitskompetenz, -wissen und -bewusstsein	5 (100 %)	76 (45 %)
Soziale Teilhabe/soziale Integration	5 (100 %)	73 (43 %)
Inanspruchnahmeverhalten/Einstellungen zu Angeboten	5 (100 %)	50 (29 %)
Soziale Kontakte/soziale Unterstützung	4 (80 %)	49 (29 %)
Psychische Ressourcen	5 (100 %)	45 (26 %)
Subjektives Wohlbefinden/Lebensqualität	4 (80 %)	40 (24 %)
Körperliche und seelische Gesundheit/Krankheit	5 (100 %)	37 (22 %)
Alltagsaktivitäten und Selbstständigkeit	4 (80 %)	34 (20 %)
Psychosoziale Belastungsfaktoren	5 (100 %)	24 (14 %)
Gesundheitsverhalten	5 (100 %)	22 (13 %)
Lebenszufriedenheit	4 (80 %)	22 (13 %)
Qualität von Unterstützungsangeboten	3 (60 %)	15 (9 %)
Gesundheitsförderliche Gestaltung der Umwelt	3 (60 %)	11 (6 %)
Motorische Fähigkeiten/körperliche Fitness	3 (60 %)	7 (4 %)
Mentale Fitness	3 (60 %)	4 (2 %)

Übersicht über die Häufigkeit der identifizierten Themenbereiche für Zielgrößen

Alltagsaktivitäten und Selbstständigkeit

Alltagsaktivitäten (auch »Aktivitäten des täglichen Lebens« genannt) sind »wiederkehrende Tätigkeiten zur Erfüllung der physischen und psychischen menschlichen Grundbedürfnisse, die bei Erkrankungen und im Alter Schwierigkeiten bereiten können« (Zalpour 2014). Zu diesen gehören z. B. Aspekte der Mobilität (wie selbstständiges Gehen oder Fahren mit dem Rollstuhl), der Selbstversorgung (z. B. Körperpflege oder Nahrungsaufnahme) und auch des häuslichen Lebens (wie Mahlzeiten zubereiten oder andere Haushaltsaufgaben wahrzunehmen).

Selbstständigkeit bezeichnet üblicherweise den »Grad der alltagsrelevanten Unabhängigkeit (körperlich und/oder psychisch) von Hilfe (z. B. professioneller Unterstützung)« (DEGAM 2017). Im Bereich von Alltagsaktivitäten und Selbstständigkeit geht es nicht um die körperliche Funktionsfähigkeit an sich, sondern eher darum, welche Auswirkungen die (ggf. bereits kompensierten) funktionalen Einschränkungen auf den Alltag der Person haben.

In den untersuchten Regionen wurden neben den namensgebenden Zielgrößen auch inhaltlich ähnliche Konstrukte wie z. B. der »Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von älteren Mietern mit potentiellen Unterstützungsbedarf« genannt. Manche der von den Regionen angegebenen Zielgrößen in diesem Themenbereich waren weiter gefasst und nicht nur bezogen auf reine Alltagsaktivitäten. So berührten die Zielgrößen z. T. auch die Kontakte und Beziehungen zu anderen Menschen oder die Teilhabe z. B. am Arbeitsleben oder an Freizeitaktivitäten.

Die Beurteilung von Alltagsaktivitäten und Selbstständigkeit von Personen erfolgen oft durch Selbstauskünfte von Betroffenen oder durch Fremdauskünfte von pflegenden Angehörigen oder professionellen Pflegekräften, die einen längeren Zeitraum mit den betroffenen Personen verbracht haben (z. B. Lübke et al. 2004; Lawton & Brody 1969). Bestimmte, diesem Themenbereich zugeordnete Zielgrößen, wie z. B. »Verbleib in der eigenen Häuslichkeit«, können alternativ auch an einfachen externen Ersatzindikatoren festgemacht werden, z. B. der Anzahl der Wohnjahre in der eigenen Häuslichkeit.

Gesundheitsförderliche Gestaltung der Umwelt

Eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Umwelt bedingt, dass die natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. Stadtmorphologie oder Straßenverkehrswege), Produkte und Technologien (z. B. Kommunikationsmedien oder medizinische Hilfsprodukte), informelle und

formelle soziale Kontakte (z. B. zu Freunden oder Arbeitskollegen/Vorgesetzten) sowie gesellschaftliche und staatliche Dienste (z. B. des Bildungs- oder Gesundheitswesens) auf eine Weise gestaltet sind, die für die Gesundheit des Einzelnen förderlich sind (DIMDI 2005).

Beispiele aus den untersuchten Regionen waren ein »Zugang zu gesunder Nahrung in Schulen«, »gesundheitsförderliche und -schädliche Faktoren in der Zusammenarbeit mit Arbeitskollegen« und »Feinstaubbelastung in Wohngebieten«. Die Bewertung der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Umwelt kann z. B. über Selbstauskünfte der Betroffenen oder die (objektive) Messung von Parametern wie Wegstrecken, Emissionen oder Lärm erfolgen.

Gesundheitskompetenz, -wissen und -bewusstsein

Gesundheitskompetenz bezeichnet die »Fähigkeiten und Fertigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden« (RKI 2015). Gesundheitswissen kann als Kenntnis darüber, welche Produkte und Verhaltensweisen gesundheitsförderliche oder schädliche Wirkungen entfalten können und wie Gesundheitsstörungen wie z. B. chronische Krankheiten verhindert oder – wenn sie bereits bestehen – gebessert oder im Fortschreiten gehemmt werden können, verstanden werden. Gesundheitsbewusstsein wird als willentlich vertretene Überzeugungen bezüglich der Bedeutung sowie des Werts von Gesundheit und der entsprechenden Lebensweise definiert.

Beispiele aus den untersuchten Regionen für Zielgrößen in diesem Themenbereich waren »Sensibilität für Konsequenzen eines möglichen Krankenhausaufenthaltes«, »Wissen um Belastungsfaktoren und Stressoren im Arbeitsalltag«, »Sensibilität für altersbedingte Veränderungen« oder »Einstellungen bezüglich gesunder Ernährung«.

Die valide Messung von Gesundheitskompetenz, -wissen und -bewusstsein ist komplex, da eine einfache Befragung von Betroffenen zwar eine Selbsteinschätzung liefern kann (z. B. Sørensen et al. 2013), diese Selbsteinschätzung aber nicht unbedingt mit objektiv beobachtbaren Befunden deckungsgleich sein muss. So kann jemand der sich subjektiv gefühlt gesund ernährt, die gesundheitlichen Wirkungen der von ihm bevorzugten Nahrungsmittel falsch einschätzen. Alternativ zu Selbsteinschätzungen können gesundheitsrelevante Wissensbestände, Einstellungen und Kompetenzen bei den Betroffenen auch mit einem standardisierten Prüfverfahren (z. B. per Multiple-Choice-Test) ermittelt werden.

Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten bezeichnet »eine präventive Lebensweise, die Schäden fernhält, die Fitness fördert und somit auch die Lebenserwartung verlängern kann. Körperliche Aktivität, präventive Ernährung, Kondombenutzung bei neuen Sexualpartnern, Anlegen von Sicherheitsgurten und Zahnpflege sind Beispiele dafür« (Schwarzer 2004). In den von uns untersuchten Regionen wurden z.B. auch das »Gesundheitsverhalten am Arbeitsplatz«, das »Erkennen und Vermeiden von Brandursachen« oder das »Mediennutzungsverhalten bei Jugendlichen« als Zielgröße benannt.

Das aktuelle Gesundheitsverhalten wird häufig durch Selbstauskünfte der betreffenden Personen erhoben (z.B. Craig et al. 2003; Bush 1998; Dlugosch & Krieger 1995), aber auch Beobachtungen kommen als Untersuchungsmethode in Frage (Di Iorio 2005). Beide Verfahren haben jeweils eigene Vor- und Nachteile. So ermöglichen Selbstauskünfte die relativ ressourcenschonende Beforschung größerer Personengruppen, sind aber gleichzeitig anfällig für sozial erwünschtes Antwortverhalten und Erinnerungsfehler. Beobachtungen teilen diese Fehlerquellen nicht, sind aber dagegen relativ aufwändig und deshalb nur für kleinere Fallzahlen geeignet.

Inanspruchnahmeverhalten / Einstellungen zu Angeboten

Mit dem Inanspruchnahmeverhalten werden Verhaltensweisen, Handlungen und Gewohnheiten bezeichnet, die im Zusammenhang mit der Gesunderhaltung, der Gesundheitswiederherstellung und der Gesundheitsverbesserung stehen (Ziegelmann 2002). Die individuellen Einstellungen der entsprechenden Person beeinflussen dabei, inwieweit die Nutzung eines Gesundheitsdienstes als notwendig erachtet wird (Andersen 1995) und ob bestimmte Angebote anderen Angeboten vorgezogen werden (z.B. ob die stationäre Notfallversorgung besser als die ambulante Notfallversorgung eingeschätzt wird, vgl. Scherer et al. 2017).

In den untersuchten Regionen wurden z.B. die »Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten« wie z.B. dem Sozialdienst und psychiatrischer oder psychotherapeutischer Unterstützung, die »Nutzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention« oder auch die »Motivation, Unterstützung für individuelle Problemlagen in Anspruch zu nehmen« als Zielgrößen definiert. Die Inanspruchnahme von Angeboten kann z.B. durch Selbstauskünfte von Betroffenen erfasst (z.B. Heinrich et al. 2008) oder in Form einer Sekundärdatenanalyse aus Abrechnungsdaten und offiziellen Statistiken extrahiert werden. Selbstauskünfte ermöglichen die Einbeziehung einer breiteren Auswahl an soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Daten der Studienteilnehmer als Sekundärdatenanalysen. Allerdings können bei Selbstauskünften in der Regel nur deutlich kleinere Stichproben be-



forscht werden als dies in Sekundärdatenanalysen möglich ist. Zudem können Selbstauskünfte durch Erinnerungsfehler beeinträchtigt werden, so dass eine retrospektive Erfassung der ambulanten Inanspruchnahme sich in der Regel auf die letzten drei Monate und eine Erfassung der stationären Inanspruchnahme sich auf die letzten sechs Monate beschränken sollte.

Körperliche und seelische Gesundheit/Krankheit

Körperliche und seelische Erkrankungen und Syndrome (wie z. B. Depressionen, chronische Rückenschmerzen oder das metabolische Syndrom) werden in der Regel durch einen Leistungserbringer im Gesundheitssystem berichtet, können aber auch durch Selbstauskünfte von Patienten, Angehörigen oder anderen, nahestehenden Personen erfasst werden.

In den untersuchten Regionen spielten z. B. »Adipositas«, »stressbedingte Erkrankungen«, »gesundheitliche Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat«, »Straßenverkehrsunfälle«, »Essstörungen« oder »Mediensucht« als Zielgröße eine Rolle. Körperliche und seelische Erkrankungen von Patienten können z. B. über spezifische Krankheitslisten oder durch standardisierte Instrumente zur Erfassung der Gesamtkrankheitslast erfasst werden (z. B. Charlson et al. 1994; Miller et al. 1992; von Korff et al. 1992).

Da Interventionen im Gesundheitsbereich in der Regel erst nach mehreren Jahren einen Einfluss auf den objektiv messbaren Gesundheitszustand nehmen, kann es sinnvoll sein, ergänzend intermediäre Zielgrößen zu wählen,

bei denen ein starker Zusammenhang mit objektiven Gesundheitsaspekten vermutet werden kann und direkt nach Intervention eine Veränderung messbar ist, z. B. Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahmeverhalten/Einstellungen zu Angeboten oder Gesundheitskompetenz, -wissen und -bewusstsein (vgl. Nutbeam 1998).

Lebenszufriedenheit

Lebenszufriedenheit wird definiert als »die Einschätzung der allgemeinen Lebenslage einer Person durch sie selbst, [...] bezieht sich auf einen längeren Zeitraum und schließt die Bewertung ganz verschiedener Bereiche wie Partnerschaft, Beruf, Finanzen, Gesundheit usw. ein« (Asendorpf 2014). Lebenszufriedenheit kann sich dabei auf das Leben als Ganzes beziehen, sie kann aber auch auf Teilaspekte beschränkt sein. So wurden z. B. in den untersuchten Regionen die Zielgrößen »Arbeitszufriedenheit« und »Wohnzufriedenheit« festgelegt.

Lebenszufriedenheit ist eine vergleichsweise stabile Einstellung gegenüber dem eigenen Leben und ist in der Regel nur zu einem geringeren Teil von aktuellen Ereignissen abhängig (Lucas et al. 2003). Trotzdem werden Aspekte der Lebenszufriedenheit gerne als Zielgröße gesundheitsbezogener Maßnahmen gewählt, da Veränderungen von Zufriedenheitsaspekten gewöhnlich kurzfristiger nachweisbar und leichter messbar sind als beispielsweise Aspekte des Krankheitsgeschehens oder Behinderung und vorzeitige Sterblichkeit. Die Lebenszufriedenheit wird in der Regel durch Selbstauskünfte der befragten Personen erfasst (z. B. Beierlein et al. 2015; Schumacher et al. 2003).



Mentale Fitness

Unter mentaler Fitness können verschiedene Aspekte der kognitiven Funktionsfähigkeit zusammengefasst werden, wie z.B. die Fähigkeit nachzudenken und Informationen zu verarbeiten, Erinnerungsvermögen, Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit, sprachliche Verständigungsfähigkeit und Rechenfähigkeit.

Insbesondere im Kontext von Prävention und Erkennung von Demenzerkrankungen spielt die mentale Fitness als Zielgröße eine gewisse Rolle (Jessen et al. 2011). Aspekte der mentalen Fitness können z.B. durch Selbst- oder Fremdeinschätzungen (z.B. Morris 1993), durch kognitive Leistungstest (z.B. van der Elst 2006; Welsh et al. 1992; Tombaugh & McIntyre 1992) oder durch hirnelektrische Diagnostik (z.B. EEG, MRT) erhoben werden.

Motorische Fähigkeiten/körperliche Fitness

Motorische Fähigkeiten können differenziert werden in Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Koordination und Beweglichkeit (Tittlbach et al. 2004). Körperliche Fitness kann als gute körperliche Verfassung oder Leistungsfähigkeit definiert werden. Zielgrößen aus den Regionen, die diesem Themenbereich zugeordnet wurden, sind z. B. »Beweglichkeit«, »Körperhaltung und motorische Fähigkeiten«, aber auch »Gangsicherheit« oder »Geh- und Balancefähigkeit«. Die Zielgrößen »motorische Fähigkeiten« und »körperliche Fitness« lassen sich durch Messverfahren (z. B. Ergometer), motorische Tests auf Basis von Bewegungsaufgaben (z. B. Podsiadlo & Richardson 1991), Selbstauskünfte der untersuchten Personen (z. B. Bös et al. 2002) und Verhaltensbeobachtungen (z.B. Schrittzähler) ermitteln (Tittlbach et al. 2004).

Psychische Ressourcen

Unter psychischen Ressourcen werden u.a. Persönlichkeitsfaktoren, Kompetenzen und Einstellungen verstanden, die dem Einzelnen dabei helfen können, mit Gefühlen und alltäglichen Herausforderungen auf eine weniger die Gesundheit belastende Weise umzugehen. In den untersuchten Regionen wurden in diesem Bereich z.B. die »Fähigkeit eigene Bedürfnisse zu kommunizieren«, der »Umgang mit negativen Gefühlen«, »Selbstwertgefühl«, »Selbstsicherheit«, »Selbstwirksamkeitserwartung« und »Bewältigungsstrategien« als Zielgrößen definiert.

Dabei wird unter Selbstwirksamkeitserwartung verstanden, inwieweit eine Person erwartet, schwierige Situationen (z.B. Erkrankungen oder Überforderungssituationen) selbst bewältigen zu können (Warner 2014). Unter Bewältigungsstrategien, die häufig auch »Coping« genannt

werden, wird »jede Form der Auseinandersetzung bzw. des Umgangs mit psychischen und physisch als belastend empfundenen Situationen (...) oder erwarteten Ereignissen, welche die Ressourcen einer Person berühren oder übersteigen« gefasst (Faltermaier und Lessing 2014). So können Menschen auf Herausforderungen z. B. mit Ablenkung und Verdrängung oder mit der Suche nach möglichst langfristigen Lösungen reagieren.

Allgemein handelt es sich bei psychischen Ressourcen um psychologische Konstrukte, die nicht direkt beobachtbar oder einer Befragung zugänglich sind, sondern jeweils indirekt über eine Reihe von Indikatoren erfasst werden müssen (z.B. Leppert et al. 2008; Roth et al. 2008; Hinz et al. 2006). Meist werden diese psychologischen Testbatterien in persönlichen Interviews eingesetzt. Je nach Test sind aber auch schriftliche oder telefonische Befragungen möglich.

Psychosoziale Belastungsfaktoren

Psychosoziale Belastungen sind belastende Faktoren der Umwelt, die Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit eines Menschen haben (Peter 2009). Dazu gehören z.B. fehlende soziale Unterstützung oder sogenannte Gratifikationskrisen (Rödel et al. 2004), d. h. z. B. hohe berufliche Anforderungen bei gleichzeitig geringer Be- bzw. Entlohnung.



Zielgrößen der Regionen, die dem Themenbereich »psychosoziale Belastungsfaktoren« zugeordnet wurden, sind z. B. das wahrgenommene »Belastungserleben«, »reaktive Depressivität« oder die »Stressbelastung«. Psychosoziale Belastungsfaktoren können über psychologische Testbatterien in persönlichen, telefonischen oder schriftlichen Befragungen erfasst werden (z. B. Hinz & Brähler 2011; Terluin et al. 2006; Fliege et al. 2001).

Qualität von Unterstützungsangeboten

Die Qualität von Unterstützungsangeboten kann in erster Linie danach beurteilt werden, inwieweit mit dem Angebot gesundheitlicher Bedarf oder zumindest gesundheitsrelevante Bedürfnisse abgedeckt werden und inwieweit eine Wirksamkeit bzw. Effektivität der Angebote gegeben ist. In den untersuchten Regionen wurden daneben auch eine Reihe vermittelnder Faktoren als Zielgröße genannt, wie etwa die Qualität von Informationen (z. B. ob diese »altersgerecht« gestaltet ist), sowie Zielgrößen, die Aspekte der Kommunikation und Beziehung zwischen Anbietern und Empfängern gesundheitlicher Leistungen betreffen.

Qualitätsaspekte von gesundheitsbezogenen Maßnahmen sind schwierig zu messen. Auf Ebene der Angebote werden häufig sogenannte Qualitätsindikatoren bemüht, d. h. aus Befragungs- oder Prozessdaten zusammengestellte Struktur-, Prozess- oder Ergebnisgrößen, die mit aus der Wirksamkeitsforschung oder Expertenmeinung abgeleiteten Sollwerten verglichen werden (SVR Gesundheit 2012). Eine einfachere Erhebungsmethode ist die Zufriedenheitsmessung auf Nutzerebene, die aber nur bedingt mit anderen Qualitätsdimensionen zusammenhängt.

Soziale Kontakte/soziale Unterstützung

Unter sozialen Kontakten können Beziehungen zwischen einzelnen Personen verstanden werden, die sich hinsichtlich Art (z. B. familiäre, nachbarschaftliche oder Arbeitsbeziehung) sowie Kontakthäufigkeit und -intensität unterscheiden können. Mit sozialer Unterstützung sind ganz

allgemein die Möglichkeiten eines Individuums, Unterstützung und Hilfe aus dem persönlichen sozialen Netz zu erhalten, gemeint (Hermann 2014).

Im Feld der sozialen Unterstützung kann die objektiv messbare soziale Unterstützung von der wahrgenommenen sozialen Unterstützung unterschieden werden (Krohne 2017). Während es bei ersterem auf die zählbare Anzahl der Kontakte ankommt, sind bei letzterem inhaltlich ausgewählte Dimensionen entscheidend, z. B. ob andere Personen vorhanden sind, zu denen man sich zugehörig fühlt und die im Bedarfsfalle emotionale (z. B. mit denen man Freud und Leid teilen kann) oder auch ganz praktische Unterstützung bieten könnten (die z. B. im Urlaub auf die Wohnung aufpassen).

Zielgrößen aus diesem Themenbereich spielten in den untersuchten Regionen z. B. eine Rolle, wenn durch Interventionen die sozialen Kontakte zwischen verschiedenen Menschen gesteigert, das soziale Miteinander gefördert oder Vereinsamung und Isolation von Menschen bestimmter Zielgruppen reduziert werden sollte. Weitere Zielgrößen aus den Regionen waren z. B. das »Gefühl, von anderen wahrgenommen zu werden«, »nachbarschaftliche Konflikte«, aber auch das »Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb einer Gemeinschaft«.

Sowohl für die Messung sozialer Kontakte und sozialer Isolation (z. B. Lubben et al. 2006) als auch für die Messung sozialer Unterstützung (z. B. Fydrich et al. 2007) gibt es psychologische Testbatterien, die in persönlichen, telefonischen oder schriftlichen Befragungen eingesetzt werden können.



Soziale Teilhabe/soziale Integration

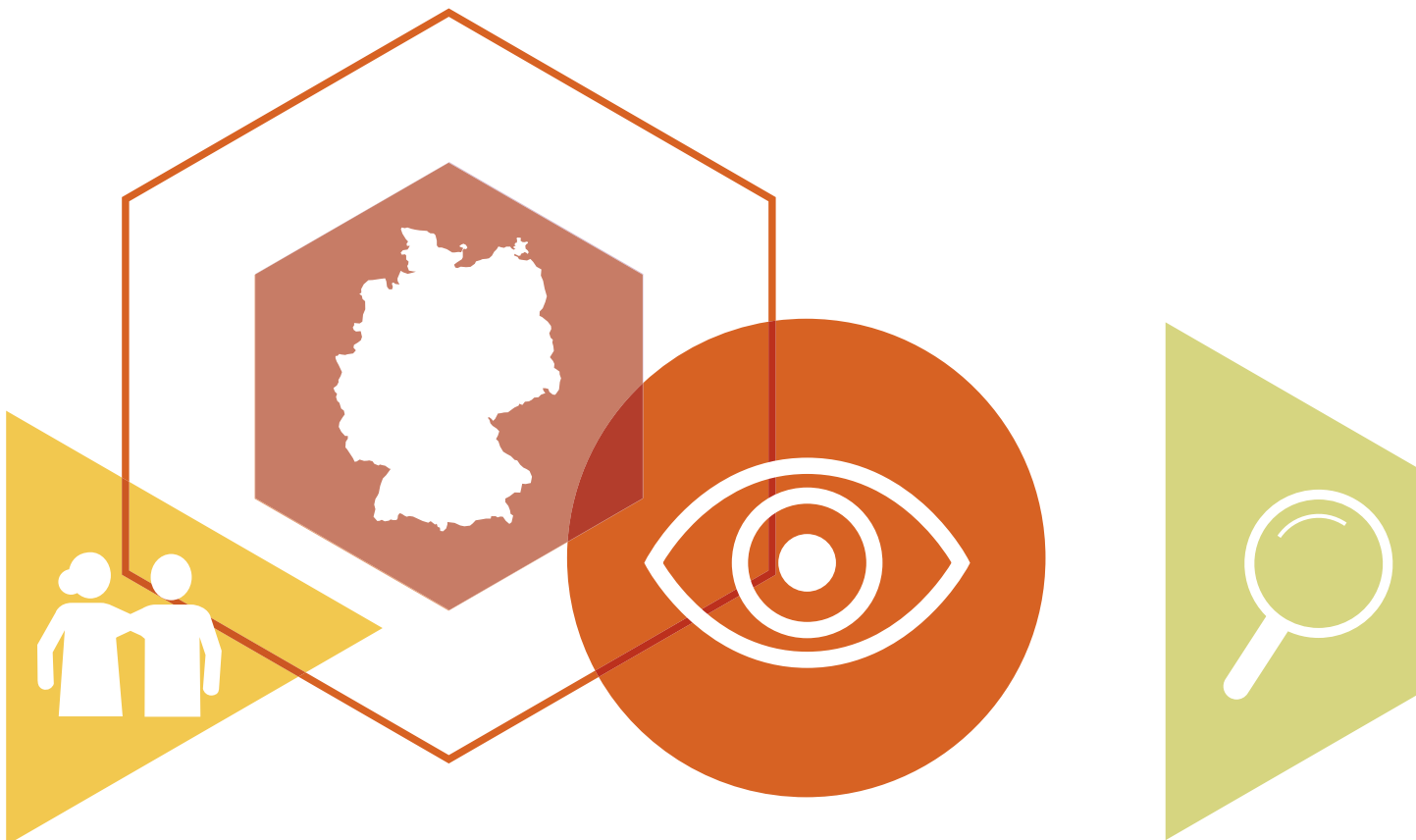
Soziale Teilhabe kann über drei verschiedene Definitionen beschrieben werden: a) als das Einbezogenensein in die Gesellschaft, b) als die Möglichkeit des Engagements in der Gesellschaft sowie c) als soziale Aktivitäten mit anderen Personen (Piškur et al. 2014). Teilhabe kann außerdem bedeuten, dass sich Menschen in Bereichen entfalten können, die ihnen persönlich wichtig sind (INSOS Schweiz). Soziale Integration kann dagegen so definiert werden, dass einzelne Personen oder Personengruppen Werte und/oder Normen von anderen Gesellschaftsteilen übernehmen.

In den untersuchten Regionen waren Zielgrößen, die diesem Themenbereich zugeordnet wurden, relativ stark vertreten. Beispiele waren die »Arbeitsfähigkeit«, die »Einbindung in Kommunikations- und Entscheidungsprozesse«, oder auch das »Interesse an der Lebensgeschichte älterer Menschen«. Sowohl das Konstrukt der (sozialen) Teilhabe als auch die soziale Integration können über standardisierte Selbstbeurteilungsbögen gemessen werden (z.B. Wilkie et al. 2005; von Wietersheim et al. 1989).

Subjektives Wohlbefinden/Lebensqualität

Das subjektive Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sind zwei eng beieinander liegende, teilweise überlappende Konstrukte (Schumacher et al. 2003). So bildet gesundheitsbezogene Lebensqualität »körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen« ab (Ellert und Kurth 2013). Das subjektive Wohlbefinden wird in der psychologischen Forschung häufig auch mit Glück gleichgesetzt. Personen werden dabei »als glücklich bezeichnet, wenn sie eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen sowie häufig positive und selten negative Stimmungen und Gefühle« wahrnehmen (Eid 2014). Bei beiden Konstrukten handelt es sich um subjektive Aspekte von Gesundheit bzw. Krankheit.

In der Messung dieser Faktoren können objektiv messbare Konstrukte der Lebensqualität und des subjektiven Wohlbefindens von rein subjektiv messbaren Konstrukten, die von der Hypothese ausgehen, dass der einzelne nur selbst bestimmen kann, was zu seiner Lebensqualität/seinem Wohlbefinden beiträgt, unterschieden werden. Die objektive Messung erfolgt in der Regel über standardisierte Fragenkomplexe (z.B. Bullinger et al. 1995; EuroQoL Group 1990), während die subjektive Messung z.B. über eine globale Frage an Betroffene erfolgen kann (z.B. »Auf einer Skala zwischen 0 und 10, wie gut haben Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt?«). ■



WIE WURDE DIE ONLINEHILFE ENTWICKELT?

In der wissenschaftlichen Begleitforschung des INDiGeR AP5 »summative Evaluation« zu den GeDiReMo war bereits früh ersichtlich, dass die Angebote der Regionen zumeist gut und präzise beschrieben werden konnten, Angaben zu Zielsetzungen aber häufig ungenau waren. Es fehlten teilweise konkrete und messbare Zielsetzungen, Zielsetzungen waren nicht sehr spezifisch oder wenig realistisch oder es wurde eine schwer zu erreichende Fülle an unterschiedliche Zielsetzungen benannt. Aus diesem Grund wurde im Rahmen des Begleitforschungsprojektes eine Onlinehilfe entwickelt, die zukünftige Regionen bei einer rationalen Planung der gesundheitsbezogenen Zielsetzung helfen kann. Grundlage dieser Onlinehilfe waren Bestandsaufnahmen der regionsspezifischen gesundheitsbezogenen Angebote in den GeDiReMo und eine auf dieser Basis entwickelte Evaluationsmatrix. Dieser Beitrag beschreibt die wissenschaftliche Vorgehensweise und die damit gewonnenen Projektergebnisse des INDiGeR AP5 »summative Evaluation«.

Bestandsaufnahmen der Angebote in den GeDiReMo

Jede der fünf GeDiReMo hat in ihrem Projektverlauf eine Vielzahl von unterschiedlichen Dienstleistungsangeboten mit einem Bezug zu Gesundheit entwickelt und/oder bestehende Angebote an das Gesamtkonzept der jeweiligen Region angepasst. Die Angebote wurden zum größten Teil während der durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projektlaufzeit in die Versorgung implementiert. Dabei wurden häufig sehr unterschiedliche Inhalte und Zielsetzungen gewählt und verschiedene Zielgruppen angesprochen.

Im Rahmen der Arbeit des INDiGeR AP5 »summative Evaluation« wurde für jede Region eine umfassende Bestandsaufnahme der Angebote erstellt. Auf diese Weise sollten die unterschiedlichen Angebote der fünf GeDiReMo vollständig erfasst und Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Zielsetzungen und Zielgrößen der einzelnen gesundheitsbezogenen Angebote festgestellt werden. Das

Ziel der Bestandsaufnahmen war es, Hilfestellungen für die Evaluation von zukünftigen Gesundheits- und Dienstleistungsregionen zu entwickeln.

Die Bestandsaufnahmen beinhalteten die Dokumentation von Inhalt und Ablauf der Angebote, die Zielgruppen, die von den Angeboten profitieren sollten, die Zielsetzungen der Angebote sowie die in der Zielsetzung adressierten Zielgrößen – also das, was konkret durch die Maßnahme verändert werden sollte (z.B. das Bewegungsverhalten oder das gesundheitsbezogene Wissen der Zielgruppe). Als Datenquellen für die Bestandsaufnahmen wurden Internetauftritte, Veröffentlichungen, interne Projektdokumente und Rückfragen an Projektverantwortliche genutzt.

Es wurden ausschließlich diejenigen Maßnahmen dokumentiert, die bis zu einem bestimmten Stichtag entwickelt worden waren. Vor Abschluss der Bestandsaufnahmen erfolgte jeweils eine Konsentierung mit der entsprechenden Region. Insgesamt wurden in den fünf GeDiReMo 170 gesundheitsbezogene Angebote entwickelt, mit denen 693 Zielgrößen verfolgt wurden. Das Verfahren der Bestandsaufnahme wird ausführlich am Beispiel der GeDiReMo »Chemnitz+« in einem veröffentlichten Buchbeitrag beschrieben (Schäfer et al. 2018).

Um einen besseren Überblick über die praxisrelevanten Zielgrößen geben zu können, wurden diese nach Fertigstellung aller fünf Bestandsaufnahmen regionenübergreifend zu sprachlich vereinheitlichten Clustern zusammengefasst und in einem zweiten Schritt in thematisch ähnliche Bereichen gegliedert. Die einzelnen Themenbereiche wurden dabei aus dem vorhandenen Datenmaterial (also den Bestandsaufnahmen) induktiv abgeleitet und mit geeigneten Bezeichnungen versehen. Anschließend erfolgte ein Abgleich mit der wissenschaftlichen Literatur im jeweiligen Themengebiet.

Da das Verfahren der Themenbildung im hohen Maße von subjektiven Entscheidungen abhängig ist, haben zwei Wissenschaftler unterschiedlicher Fachgebiete (Soziologe und Gesundheitswissenschaftlerin/Physiotherapeutin) unabhängig voneinander gearbeitet und unterschiedliche Standpunkte durch Konsensbildung aufgelöst.

Nach Ausschluss der Duplikate konnten 388 unterschiedlichen Zielgrößen identifiziert werden, die zu 134 Clustern in 15 Themenbereichen zusammengefasst wurden. Die Themenbereiche der Zielgrößen werden im Rahmen der Onlinehilfe als »Good-Practice-Beispiele« präsentiert und in einem der vorangegangenen Beiträge dieser Broschüre (»Welche Zielgrößen gibt es?«) ausführlich beschrieben.

Entwicklung einer Evaluationsmatrix

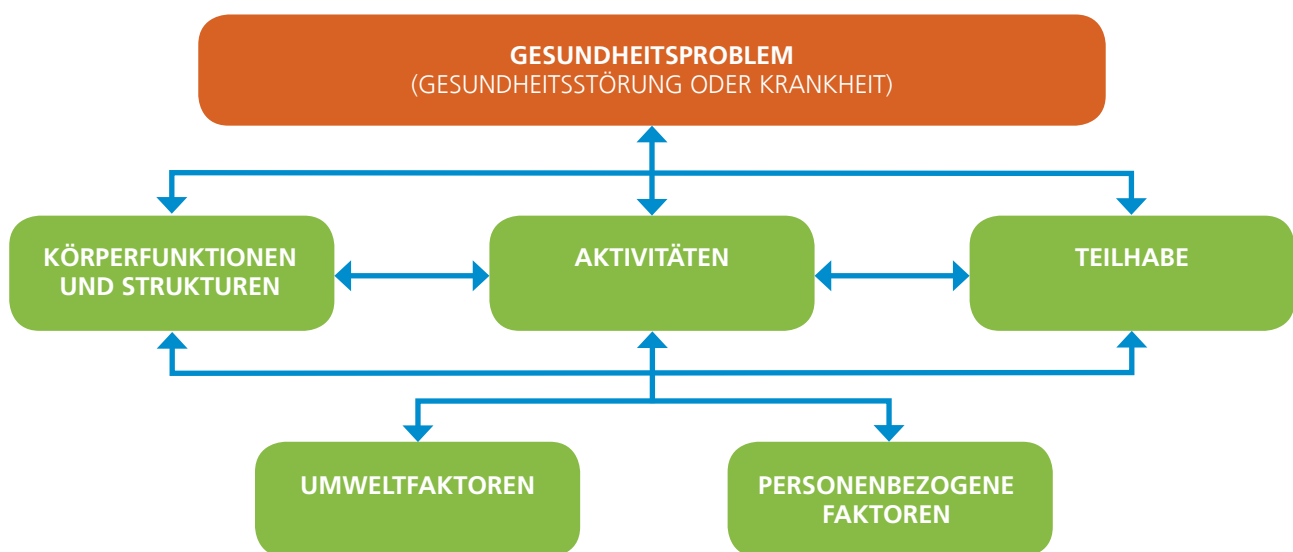
Die in den GeDiReMo identifizierten Zielgrößen wurden mit Hilfe einer erweiterten und für das Forschungsprojekt angepasste Fassung der »Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)« der Weltgesundheitsorganisation (DIMDI 2005) codiert. Dadurch konnten die Zielgrößencluster und Themenbereiche in einen größeren Kontext gestellt werden, in der eine systematische Verortung nach unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Aspekten (»Gesundheitsdimensionen«) ermöglicht wurde und alle im wissenschaftlichen Kontext diskutierten Zielgrößen, die für ein gesundheitsbezogenes Angebot relevant sein können, beinhaltet waren. Durch die Nutzung der ICF wurde zudem eine »gemeinsame Sprache« verwendet, die einen Vergleich der Zielsetzungen der Angebote aus den GeDiReMo ermöglichte, die in ganz unterschiedlichen Problemstellungen, Settings, Zielgruppen und Kooperationszusammenhängen entwickelt wurden.

Die ICF beinhaltet folgende Komponenten: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe, Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren. Da die »personbezo-

genen Faktoren« in der ICF ursprünglich nicht klassifiziert waren, wurde die ICF um Vorschläge einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention zu den »personbezogenen Faktoren« (Grotkamp et al. 2012), ergänzt. Außerdem wurde die ICF um die Komponente »Gesundheitsproblem« erweitert, die ursprünglich nicht Teil der ICF-Komponenten war. Aufgrund der Vielzahl möglicher Gesundheitsstörungen wurde die Komponente »Gesundheitsproblem« dabei nicht mit einzelnen Codes hinterlegt.

Da die ICF vom INDiGeR AP5 »summative Evaluation« modifiziert wurde und Missverständnissen bei Personen, die mit der ICF vertraut sind, vorgebeugt werden soll, werden im Folgenden die ICF-Komponenten als »Gesundheitsdimensionen« bezeichnet. Die einzelnen Dimensionen und Unterkategorien der wie oben beschrieben erweiterten ICF werden in der untenstehenden Abbildung schematisch dargestellt und in einem der vorangegangenen Beiträge dieser Broschüre (»Wie werden Gesundheitsziele verortet?«) inhaltlich beschrieben.

Um die Verortung der in den GeDiReMo identifizierten Zielgrößen möglichst wenig von subjektiven Sichtweisen abhängig und damit intersubjektiv nachvollziehbar zu machen, erfolgte die Codierung durch zwei unabhängige Wissenschaftler unterschiedlicher Fachgebiete (siehe oben) und wurde anschließend durch eine externe Arbeitsgruppe der Medizinischen Hochschule Hannover überprüft. Unterschiedliche Standpunkte zwischen den Wissenschaftlern wurden mittels Konsensbildung aufgelöst. Beispiele für die konkrete Verortung von Zielgrößen finden sich in der Infobox auf der folgenden Seite.



Modell der erweiterten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF nach DIMDI 2005)

WIE WURDE BEI DER KODIERUNG DER ZIELGRÖSSEN VORGEGANGEN?

Für jede der identifizierten Zielgrößen wurden eine oder mehrere inhaltlich passende Gesundheitsdimensionen und Unterkategorien aus dem Klassifikationssystem der ICF bestimmt.

Beispiel 1

Zielsetzung des Angebots

Steigerung der körperlichen Aktivität

Zielgröße des Angebots

Körperliche Aktivität

Gesundheitsdimension

Personbezogene Faktoren (i)

Unterkategorie

Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensweisen (i4), Bewegungsgewohnheiten (i456)

Beispiel 2

Zielsetzung des Angebots

Verbesserung der Fähigkeit zur Ausübung von Alltagsaktivitäten

Zielgröße des Angebots

Alltagsaktivitäten

Gesundheitsdimension

Aktivitäten und Teilhabe (d)

Unterkategorie I

Lernen und Wissensanwendung (d1)

Unterkategorie II

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (d2)

Unterkategorie III

Kommunikation (d3)

Unterkategorie IV

Mobilität (d4)

Unterkategorie V

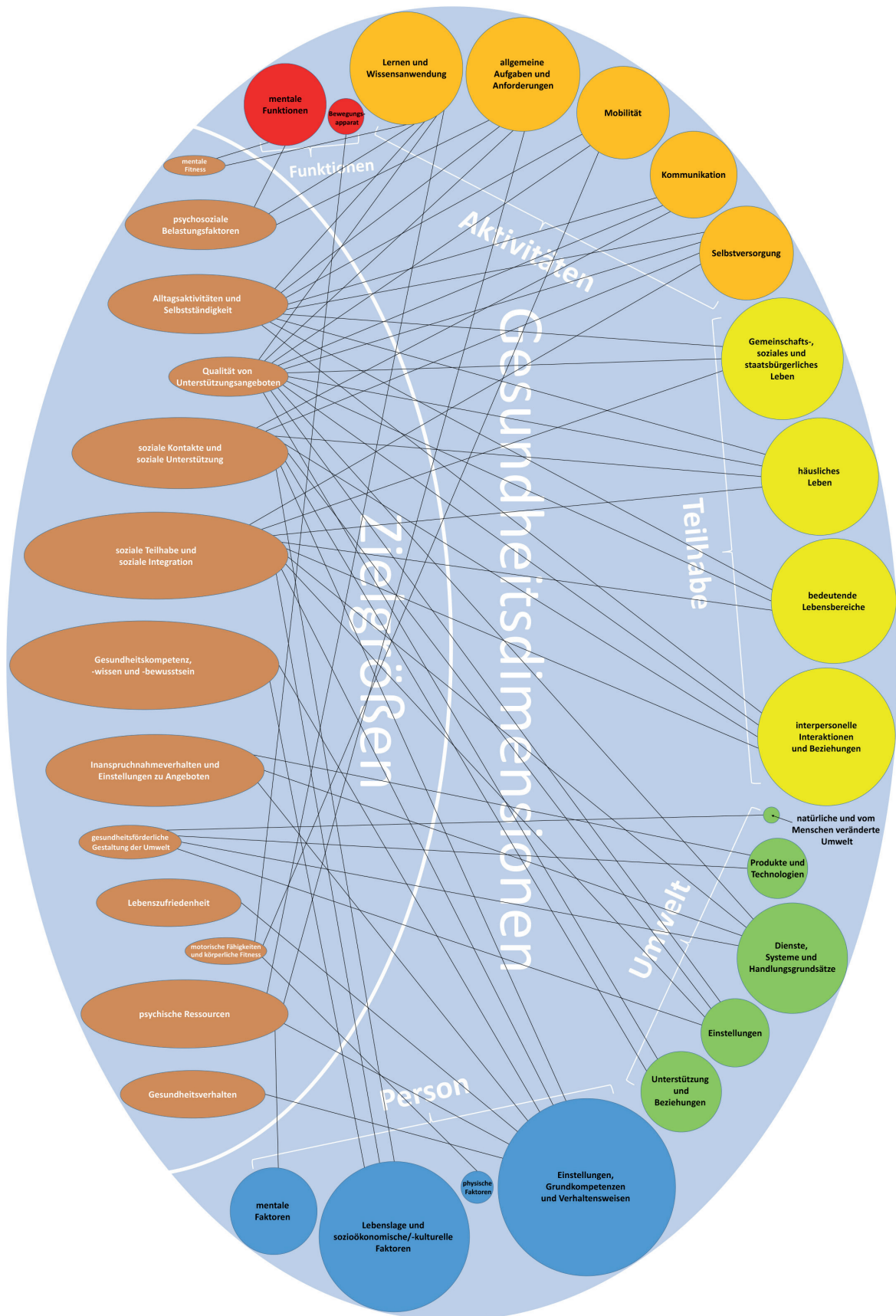
Selbstversorgung (d5)

Die Verortung der Zielgrößen in der erweiterten ICF wird im Folgenden als »Evaluationsmatrix« bezeichnet. Insgesamt wurden für die Verortung der 693 Zielgrößen 1.666 Codierungen verwendet, die fünf unterschiedliche Gesundheitsdimensionen, 22 verschiedene Unterkategorien und 110 unterschiedliche (vierstellige) Codes umfassen.

Eine grafische Aufbereitung der Evaluationsmatrix findet sich in der Abbildung auf der gegenüberliegenden Seite. Die Zuordnung der Themenbereiche von Zielgrößen zu Gesundheitsdimensionen und den jeweiligen Unterkategorien wird dabei durch schwarze Linien verdeutlicht. Die Kreise und Ellipsen sind von ihrem Flächeninhalt her proportional zur Häufigkeit der Nennung der entsprechenden Themenbereiche bzw. der Häufigkeit der Codierung der entsprechenden Gesundheitsdimensionen und ihrer Unterkategorien. Außerdem ist zu beachten, dass die Zielgrößen »körperliche und seelische Gesundheit/Krankheit« und »subjektives Wohlbefinden/Lebensqualität« nicht dargestellt werden, weil die Dimension »Gesundheitsproblem« wie oben beschrieben nicht mit ICF-Codierungen hinterlegt ist.

Die Evaluationsmatrix wurde deskriptiv ausgewertet, um diese als empirische Datenbasis für Zielgrößenvorschläge in der Onlinehilfe zu nutzen. Anschließend wurde die Onlinehilfe in LimeSurvey Version 2.73 programmiert. Funktionalitäten und Nutzungshinweise für die Onlinehilfe, werden einem der vorangegangenen Beiträge dieser Broschüre (»Wie ist die Onlinehilfe aufgebaut?«) beschrieben. ■





Evaluationsmatrix mit Zuordnung der Themenbereiche von Zielgrößen zu Gesundheitsdimensionen und den jeweiligen Unterkategorien

LITERATUR

- ▶ Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav.* 1995; 36: 1–10.
- ▶ Asendorpf J. Lebenszufriedenheit. In: Wirtz MA (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie.* 18. Aufl. Hogrefe: Bern. 2014, 993.
- ▶ Beierlein C, Kovaleva A et al. Kurzska zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit (L-1). In: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation [ZPID] (Hrsg.). *Elektronisches Testarchiv.* 2015. Online im Internet. URL: <https://www.testarchiv.eu>. Zugriff am 20.06.2018.
- ▶ Bös K, Abel T et al. Der Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-MOT). *Diagnostica.* 2002; 48: 101–11.
- ▶ Bullinger M, Kirchberger I, Ware J. Der deutsche SF-36 Health Survey. *Z Gesundheitswiss.* 1995; 3: 21.
- ▶ Bundesministeriums für Bildung und Forschung [BMBF]. *Bekanntmachungen.* 2018. Online im Internet. URL: <https://www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-776.html>. Zugriff am 25.06.2018.
- ▶ Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med.* 1998; 158: 1789–95.
- ▶ Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide.* Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, 2011.
- ▶ Charlson M, Szatrowski TP et al. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol.* 1994; 47: 1245–51.
- ▶ Craig CL, Marshall AL et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35: 1381–95.
- ▶ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [DEGAM]. *Multimorbidität. S3-Leitlinie.* 2017. Online im Internet. URL: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047I_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf. Zugriff am 07.05.2018.
- ▶ Di Iorio, CK. *Measurement in Health Behavior: Methods for Research and Evaluation.* Jossey-Bass: San Francisco. 2005.
- ▶ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (Hrsg.). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung und Gesundheit.* World Health Organization: Genf. 2005.
- ▶ Dlugosch GE, Krieger W. *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG).* Swets & Zeitlinger BV: Lisse. 1995.
- ▶ Eid M. Wohlbefinden. In: Wirtz MA (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie.* 18. Aufl. Hogrefe: Bern. 2014, 1677.
- ▶ Ellert U, Kurth BM. *Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland.* Bundesgesundheitsbl. 2013; 56: 643–49.
- ▶ EuroQol Group. *EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life.* *Health Policy.* 1990; 16: 199–208.
- ▶ Ex P, Balling S. Eine innovative Gesundheitsversorgung und die Rolle des G-BA. In: Pfannstiel M, Jaeckel R, Da-Cruz P. (Hrsg.): *Innovative Gesundheitsversorgung und Market Access.* Springer Gabler: Wiesbaden. 2018, 17–28.
- ▶ Faltermaier T, Lessing N. Coping. In: Wirtz MA (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie.* 18. Aufl. Hogrefe: Bern. 2014, 340.
- ▶ Fliege H, Rose M et al. Validierung des »Perceived Stress Questionnaire« (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica.* 2001; 47: 142–52.

- ▶ Fydrich T, Sommer G, Brähler E. F-SozU: Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Göttingen: Hogrefe. 2007.
- ▶ Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA]. Aufgabe des G-BA. 2013. Online im Internet. URL: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/methodenbewertung/aufgabe/>. Zugriff am 17.06.2018.
- ▶ Grotkamp S, Cibis W et al. Personbezogene Faktoren der ICF. Gesundheitswesen. 2012; 74: 449–58.
- ▶ Heinrich S, Lippa M et al. Service utilization and health care costs in the advanced elderly. Value in Health 2008; 11: 611–20.
- ▶ Hermann C. Soziale Unterstützung. In: Wirtz MA (Hrsg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie. 18. Aufl. Hogrefe: Bern. 2014, 1448.
- ▶ Hinz A, Schumacher J et al. Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Diagnostica 2006; 52: 26–32.
- ▶ Hinz A, Brähler E. Normative values for the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the general German population. J Psychosom Res. 2011; 71: 74–78.
- ▶ Initiative Neue Qualität der Arbeit [INQA]. Gesundheitsnetzwerke. Ein Leitfaden für Klein- und Mittelbetriebe. 2011. Online im Internet. URL: <http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-41-gesundheitsnetzwerke.pdf>. Zugriff am 21.06.2018.
- ▶ INSOS Schweiz. Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. 2009. Online im Internet. URL: <https://www.insos.ch/assets/Downloads/Broschuere-Konzept-Funktionale-Gesundheit.pdf>. Zugriff am 15.05.2018.
- ▶ Jessen F, Wiese B et al. Prediction of dementia in primary care patients. PLoS One. 2011; 6: e16852
- ▶ Krohne HW. Soziale Unterstützung. In: Krohne HW: Stress und Stressbewältigung bei Operationen. Springer: Berlin, Heidelberg. 2017, 113–30.
- ▶ Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen [LZG NRW]. Ergebnisevaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. 2016. Online im Internet. URL: https://www.praeventionskonzept.nrw.de/_media/pdf/Neue_Projekte/leitfaden_selbstevaluation.pdf. Zugriff am 20.06.2018.
- ▶ Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9: 179–186.
- ▶ Leppert K, Koch B et al. Die Resilienzskala (RS). Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. Klin Diagnost Evaluat. 2008; 1: 226–43.
- ▶ Loss J, Seibold C et al. Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt Anleitung für Gesundheitsförderer. Band III der Schriftenreihe Materialien zur Gesundheitsförderung. Online im Internet. URL: http://www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/manuale_bt_101125_online.pdf. Zugriff am 21.06.2018.
- ▶ Lubben J, Blozik E et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. Gerontologist. 2006; 46: 503–13.
- ▶ Lübke N, Meinck M et al. Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. Z Gerontol Geriat. 2004; 37: 316–26.
- ▶ Lucas RE, Clark AE et al. Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. J Pers Soc Psychol. 2003; 84: 527–39.
- ▶ Miller MD, Paradis CF et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research. Psychiatr Res. 1992, 41: 237–48.
- ▶ Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR). Current version and scoring rules. Neurolog. 1993; 43: 2412–4.
- ▶ Nutbeam D. Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and solutions. Health Promotion International. 1998; 13: 27–44.
- ▶ Peter R. Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 2009.
- ▶ Piškur B, Daniëls R et al. Participation and social participation: are they distinct concepts? Clin Rehabil. 2014; 28: 211–20.
- ▶ Podsiadlo D, Richardson S. The timed «Up & Go»: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. JAGS. 1991; 39: 142–8.

- ▶ Reindl J, Quoika M et al. Regionale Gesundheits-Netzwerke: wie man Unterstützungsstrukturen für kleine und mittlere Unternehmen aufbaut. Ed. Sigma: Berlin. 2008.
- ▶ Robert-Koch-Institut [RKI]. Gesundheit A-Z. Allgemeines zu Gesundheitskompetenz (Health Literacy). 2015. Online im Internet. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/GesKompetenz/Inhalt/gesundheitskompetenz_inhalt.html. Zugriff am 13.05.2018.
- ▶ Rödel A, Siegrist J et al. Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. Z Different Diagnost Psychol 2004; 25: 227–38.
- ▶ Roth M, Decker O et al. Dimensionality and norms of the Rosenberg Self-Esteem Scale in a German general population sample. Eur J Psychologic Assessm. 2008; 24: 190-7.
- ▶ Schäfer I, Stark A et al. Messung von Gesundheitseffekten der Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen (GeDiReMo). In: W. Ganz, T. Eymann, S. Schäfer-Walkmann, H. Hockauf, M. Scherer (Hrsg.). Dienstleistungen und Gesundheit in Regionen: Aspekte vernetzter Wertschöpfung. Fraunhofer-Verlag, Stuttgart. Erscheint 2018.
- ▶ Scherer M, Lühmann D et al. Patients attending emergency departments. Dtsch Arztebl Int. 2017; 114: 645–52.
- ▶ Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe: Göttingen. 2003.
- ▶ Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 3. Aufl. Hogrefe: Göttingen. 2004.
- ▶ Sørensen K, van den Broucke S et al. Measuring health literacy in populations. BMC Public Health. 2013; 13: 948.
- ▶ Sachverständigenrat [SVR] Gesundheit. Sondergutachten. 2012. Online im Internet. URL: <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=421>. Zugriff am 14.05.2018.
- ▶ Terluin B, van Marwijk HWJ et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ). BMC Psychiatry. 2006, 6: 34.
- ▶ Tittlbach S, Knyrim H et al. (2004) Motorische Tests. In: Banzer W, Pfeifer K, Vogt L (Hrsg.): Funktionsdiagnostik des Bewegungssystems in der Sportmedizin. Springer: Berlin, Heidelberg. 2014, 71–86.
- ▶ Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. JAGS 1992; 40: 922–35.
- ▶ van der Elst W, van Boxtel MPJ et al. The Letter Digit Substitution Test. J Clin Exp Neuropsychol 2006, 28: 998–1009.
- ▶ von Korff M, Wagner EH, Saunders K: A Chronic Disease Score From Automated Pharmacy Data. J Clin Epidemiol 1992, 45: 197–203.
- ▶ von Wietersheim J, Ennulat A et al. Konstruktion und erste Evaluationen eines Fragebogens zur sozialen Integration. Diagnostica. 1989; 35: 359–63.
- ▶ Warner L. Selbstwirksamkeitserwartung. In: Wirtz MA (Hrsg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie. 18. Aufl. Hogrefe: Bern. 2014, 1406.
- ▶ Welsh K, Butters N, et al. Detection and staging of dementia in Alzheimer's Disease. Arch Neurol. 1992, 49: 448–52.
- ▶ Wilkie R, Peat G et al. The Keele Assessment of Participation. Qual Life Res. 2005; 14: 1889.
- ▶ Zalpour C (Hrsg.): Springer Lexikon Physiotherapie. 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg 2014.
- ▶ Ziegelmann JP. Gesundheits- und Risikoverhalten. In: Schwarzer R, Jerusalem M, Weber H (Hrsg.). Gesundheitspsychologie von A bis Z. Hogrefe: Göttingen. 2002, 152–55.

IDEEN ZU IHREN GESUNDHEITSZIELEN...

IMPRESSUM

Autoren: Ingmar Schäfer | Anne Stark | Alexander Schletz
Dagmar Lühmann | Martin Scherer

Kontaktanschrift: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
m.scherer@uke.de

Layout: Palmer Hargreaves GmbH

Satz: netsyn.de

Alle Rechte vorbehalten

Das Teilprojekt des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in »INDiGeR – Innovative Netzwerke für Dienstleistungen und Gesundheit in Regionen von Morgen« wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Programm »Innovationen für die Produktion, Dienstleistung und Arbeit von morgen« unter dem Förderkennzeichen 02K12B003 gefördert und vom Projektträger Karlsruhe (PTKA) betreut. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren. Informationen zum Begleitforschungsprojekt INDiGeR:

www.indiger.net

Aus Gründen einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Broschüre auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Bildnachweise:

Titelbild: © Fraunhofer IAO
S. 5 © UKE Hamburg
S. 7 © Diego Cervo – stock.adobe.com
S. 8 © YakobchukOlena – stock.adobe.com
S. 10 © Chepko Danil – stock.adobe.com
S. 11 © Gennadiy Poznyakov – stock.adobe.com
S. 16 © Jenny Sturm – stock.adobe.com
S. 15 © hakase420 – stock.adobe.com
S. 17 © contrastwerkstatt – stock.adobe.com
S. 18 © contrastwerkstatt – stock.adobe.com
S. 21 ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Englische Originalausgabe veröffentlicht von der World Health Organization 2001 International Classification of Functioning, Disability and Health
S. 23 © UKE Hamburg

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

BETREUT VOM



PTKA
Projektträger Karlsruhe
Karlsruher Institut für Technologie