

Dokumente³

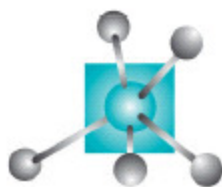
Gesundheitswissenschaften

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr.
Josef Weidenholzer,
Institut für Gesellschafts-
und Sozialpolitik,
Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit
der Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.



Gesundheitspartnerschaft - Kooperation als problemadäquate Lösung im Gesundheitswesen Ein Modell der ARGE-KV

Mag. Dr. Andrea Wesenauer



Linz, 2005

Mag. Andrea Wesenauer, OÖGKK

Gesundheitspartnerschaft –

Kooperation als problemadäquate Lösung im Gesundheitswesen

Ein Modell der ARGE-KV

Die ARGE-KV hat ein Modell zur Lösung der Probleme im österreichischen Gesundheitswesen entwickelt, welches auf internationalen Erfahrungen und neuesten theoretischen Erkenntnissen basiert. Auf die Kernfrage „Wie kann das Gesundheitswesen den Herausforderungen der Zukunft in adäquater Weise begegnen?“ gibt das Kooperationsmodell der Gesundheitspartnerschaft geeignete Antworten.

Ausgangslage

Die Problemlagen im Gesundheitswesen sind mannigfaltig und evident. Von fehlender bedarfsorientierter Versorgungsplanung über Ineffizienzen beim Einsatz teurer Spitzentechnologie und beim Heilmiteleinsatz, kontraproduktive Abrechnungs- und Honorierungssysteme, bis hin zur mangelhaften Steuerung der Finanzmittel reicht die umfangreiche Palette der identifizierten Schwachstellen im Gesundheitswesen.¹ Diese Schwierigkeiten sind aber keineswegs auf Sozialversicherungssysteme bzw Systeme mit mehreren Finanziers beschränkt, sie finden sich größtenteils auch in staatlichen Gesundheitssystemen.²

Bei all diesen Problemen kann das österreichische Gesundheitswesen aber auf respektable Ergebnisse in den Zieldimensionen Gesundheit und Bevölkerungs- und Ergebnisorientierung im EU-Vergleich verweisen.³ So hat Österreich die stärkste Steigerungsrate der Lebenserwartung im EU-Raum zu verzeichnen und wird die höchste Lebenserwartung bei 65-jährigen bis zum Jahr 2010 erreichen.⁴ Bei der Dimension Patientenorientierung liegt Österreich im Ranking der Sozialversicherungsländer, aber auch im Vergleich zu allen EU-Ländern auf Rang drei und damit ganz oben. Bemerkenswert ist, dass auch ärmere und ältere Bevölkerungsschichten bei den Zufriedenheitswerten nicht hinter dem Durchschnitt aller ÖsterreicherInnen zurückliegen, sondern im Gegenteil leicht über dem

¹ Vgl. Völkl/Wesenauer/Ziniel: „Gesundheitspartnerschaft statt Agentur als problemadäquate Lösung“, Präsentationsunterlage

² Vgl. Saltman/Busse/Figueras: Social health insurance systems in western Europe, Open University Press, 2004

³ Vgl. Busse, R: „Erfahrungen mit der Reorganisation von Gesundheitssystemen aus der europäischen Perspektive“, Vortrag im Rahmen der Fachtagung „Der Gesundheit Zukunft geben“, Wien, 9.11.2004

⁴ Vgl. Saltman/Busse/Figueras: Social health insurance systems in western Europe, Open University Press, 2004

durchschnittlichen Zufriedenheitsniveau liegen. Das deutet darauf hin, dass diese Gruppen im System nicht benachteiligt werden.⁵

Grundlagen und Zielsetzung

Angesichts dieser Ausgangslage – Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen auf der einen Seite, aber gute Ergebnisse in zentralen gesundheitspolitischen Dimensionen auf der anderen Seite – stellt sich die Frage nach adäquaten Lösungsansätzen. Die ARGE-KV („Arbeitsgemeinschaft der Krankenversicherungsträger der Unselbstständigen“, eine freiwillige und überfraktionelle Kooperationsplattform) hat mit der „Gesundheits-Partnerschaft“ ein Organisationsmodell entwickelt, welches die Lösung der bestehenden Problemlagen zulässt, ohne dabei Bewährtes zu zerschlagen. Viel mehr wird die Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen neu definiert, um so die Schnittstellenprobleme zu überwinden, Synergien zu nutzen und im Sinne gesundheitspolitischer Zielsetzungen die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen.

Die ARGE-KV formulierte folgende Zielsetzungen, die mit einem neuen Modell verfolgt werden sollten:

- Die Ausrichtung der Versorgung an gesundheitspolitischen Zielen
- Die Sicherung eines gleichen Zugangs zum Gesundheitswesen
- Die Ansiedelung der Leistungen dort, wo sie in der definierten und aus Patientensicht optimalen Qualität am kostengünstigsten angeboten werden können – das erfordert Qualitätsstandards und transparente und vergleichbare Kostenstrukturen als Entscheidungsgrundlage
- Eine bessere Abstimmung der Planung zwischen ambulanten und stationären Leistungen zur Vermeidung von Parallelstrukturen, Über- und Unterversorgung, Fehlversorgung, sowie Doppel- und Mehrfachuntersuchungen auf Grund von Informationsdefiziten und fehlender gemeinsamer Qualitätsstandards
- Die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards für Gesundheitsleistungen, vor allem im niedergelassenen Bereich
- Die Schaffung eines unabhängigen Qualitätsbenchmarking
- Die optimale Lösung der Schnittstellen aus Kunden- bzw. PatientInnensicht, sowie eine bessere Information der PatientInnen über Behandlungsoptionen, Qualität, Risiken und Kosten
- Die Integration aller Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens von der Prävention über Kuration, bis hin zur Pflege und Hospiz

⁵ Vgl. Saltmann/Busse/Figueras: ebenda

- Die Abstimmung der Anreizsysteme im Gesundheitswesen zur Beseitigung bestehender Problemlagen
- Die durchgehende Einbeziehung der Finanziere in die Entscheidungsfindung
- Schaffung von Strukturen, die eine permanente Weiterentwicklung des Systems – im Sinne der lernenden Organisation – ermöglichen
- Rasche Umsetzbarkeit im Rahmen der bestehenden rechtlichen Möglichkeiten

Neue Strukturen zur Erreichung der strategischen Ziele im Gesundheitswesen

Zur Erreichung dieser Ziele wurde das Modell der Gesundheitspartnerschaften entwickelt. Es basiert auf den Erfahrungen mit der Reorganisation von Gesundheitssystemen – vor allem im europäischen Raum - sowie auf neuesten Erkenntnissen der System-, Steuerungs- und Organisationstheorie.

Zum kleinen Einmaleins der Organisationstheorie gehört die Forderung „Structure follows Strategy“⁶ – Struktur muss also der Strategie folgen, was bedeutet, dass die geeigneten Strukturen erst nach der Festlegung der strategischen Zielsetzungen und Orientierungen definiert werden können. Erst wenn die grundsätzlichen Eckpunkte im Hinblick auf strategische Orientierungen feststehen und damit festgelegt wurde, was durch eine Organisation bzw. mehrere Organisationen erreicht und bewirkt werden soll, kann auch die geeignete Organisationsform entworfen werden. Strukturreform kann damit nie Selbstzweck sein – strategische Neuausrichtung und die damit verbundenen Zielsetzungen sind Voraussetzung dafür.

Auf Basis der von der ARGE-KV formulierten strategischen Ziele für das Gesundheitswesen wurde eine geeignete Organisationsform entwickelt, die eine optimale Umsetzung der strategischen Orientierungen ermöglicht. Bei der Entwicklung dieser Strukturen wurden neben den strategischen Zielen, die durch die neue Organisation erreicht werden sollten, auch die Eigenheiten der Steuerung hochkomplexer Expertenorganisationen – wie sie im Gesundheitswesen zu finden sind – berücksichtigt.

Der Wandel der Steuerungskonstruktion ist notwendig, um die Leistungsfähigkeit der betroffenen Organisationen – im Sinne der strategischen Ziele – zu steigern und einen effektiven, gesellschaftlich verantwortlichen Einsatz öffentlicher Ressourcen sicher zu stellen.⁷ Eine hierarchisch-bürokratische Lenkung dieser Expertenorganisationen, sowohl im Inneren, als auch im Verhältnis zu den Trägern und Financiers, aber auch die Überantwortung an den Markt, sind nicht in der Lage die Leistungsfähigkeit der

⁶ vgl. Mintzberg H: The Structure of Organization, Engelwood Cliffs, 1979

Organisationen und ihre spezifische Art der Leistung zu garantieren.⁸ Macht und Geld als Steuerungsmedien greifen zu kurz, um wirksame Steuerung von Expertenorganisationen zu ermöglichen. Neue Steuerungskonzepte, die den hohen Anforderungen entsprechen, basieren auf Aushandlungsprozessen als Steuerungsmedium.⁹

Soziale Systeme sind davon gekennzeichnet, dass sie sich nicht in eine inhaltliche Richtung zwingen lassen. Sie haben eine Eigendynamik und einen Eigensinn und verarbeiten Impulse von außen nach eigenen Fähigkeiten, internen Strukturen und Mustern. Sie reagieren nicht im Sinn einer trivialen Maschine, bei der ein bestimmter Input einen bestimmten Output erwarten lässt. Steuerung kann daher nur wirksam werden, wenn Rahmenbedingungen für die Selbstentwicklung geschaffen werden – das wiederum bedeutet nicht, auf Einflussnahmen zu verzichten – nur die Formen und Ansatzpunkte ändern sich.¹⁰ In Aushandlungsprozessen wird Selbstbindung und damit Identifikation mit dem Vereinbarten erzeugt – eine optimale Voraussetzung für die Zielverfolgung und Umsetzung.¹¹ Geeignete Instrumente der Selbstevaluierung müssen dieses System ergänzen. Selbstorganisation ist in Expertenorganisationen jeder anderen Art von Organisation überlegen. Die Neukonzeption geeigneter Strukturen muss auf dieses Faktum Rücksicht nehmen, um als Basis für die Implementierung eines geeigneten Steuerungskonzeptes zur Erreichung der strategischen Ziele im Gesundheitswesen dienen zu können.

Kooperation statt Hierarchie ist also die geeignete Steuerungsform und damit der Schlüssel zum Erfolg bei der Führung von Expertenorganisationen – dies lässt sich nicht nur spieltheoretisch¹² ab- und herleiten, auch internationale branchenübergreifende Erfahrungen in der Reorganisation großer Organisationen und Systeme (Atomindustrie, Autobranche,...) sowie Erfahrungen mit Reorganisationen im Gesundheitsbereich zeigen dies.¹³ Kooperative Systeme sind dadurch gekennzeichnet, dass es keine hierarchischen Beziehungen zwischen den Subsystemen und ihren Organisationen gibt. Je selbständiger und handlungsfähiger die Kooperationspartner sind, desto leichter fällt die Beziehungsgestaltung. Um Kooperation wirksam werden zu lassen, braucht es gemeinsame Ziele, Spielregeln sowie Strukturen für die Zusammenarbeit.

⁷ Vgl. Grossmann/Scala: Intelligentes Krankenhaus, Springer, Wien/New York, 2002

⁸ Vgl. Willke, H.: Systemtheorie III: Steuerungstheorie, UTB, 2001.

⁹ Vgl. Grossmann/Scala: Intelligentes Krankenhaus, Springer, Wien/New York, 2002

¹⁰ vgl. Grossmann, R.: Führung in der Expertenorganisation Universität, Vortrag am IFF Wien 2001

¹¹ vgl. Bähr, K.: Steuerung sozialer Systeme, Beitrag zu einer System- und Akteurtheorie übergreifenden Theoriebildung, Hagen, 2001

¹² vgl. Axelrod, R.: Die Evolution der Kooperation, München, 1995 sowie Hofstadter, R.: Tit for Tat. In: Spektrum der Wissenschaft, 60-66

Ein wirksames Steuerungskonzept muss darüber hinaus die laufende Anpassung an geänderte Rahmenbedingungen ermöglichen. Die Dynamik mit der sich die Voraussetzungen und Gegebenheiten im Gesundheitswesen entwickeln, bedürfen geeigneter Möglichkeiten der Erkennung und Beantwortung in Form von veränderten Handlungsoptionen. Die laufende Weiterentwicklung des Systems in Form vorausschauender Selbsterneuerung muss im Steuerungsansatz mitgedacht und strukturell unterstützt werden, um eine langfristige und tragfähige Basis für die Neuausrichtung des Gesundheitswesens zu bilden.¹⁴

Das Zukunftskonzept der Gesundheitspartnerschaft

Das Modell der Gesundheitspartnerschaften berücksichtigt die Eigenheiten der hochgradig ausdifferenzierten Expertenorganisationen im Gesundheitswesen. Es baut auf einem kooperativen Steuerungsansatz auf, welcher eine evolutionäre Entwicklung des Gesundheitswesens auf Grundlage der strategischen Zielsetzungen ermöglicht. Die Kooperation basiert auf Aushandlungsprozessen der Kooperationspartner, die Selbstbindung erzeugen und damit die Voraussetzung für die konkreten Maßnahmen bilden. Die Steuerung erfolgt in Form eines Regelkreislaufes. Ziele bilden die Basis für die Planung und Umsetzung der Maßnahmen. Die laufende Evaluierung der Ergebnisse in den verschiedenen strategischen Zieldimensionen (Gesundheit, Bevölkerungsorientierung, gleicher Zugang zu Technologie, faire und nachhaltige Finanzierung) ist Ausgangs- und Zielpunkt für die Beobachtung der Veränderung, das Erkennen von Problemlagen und schließlich die Neufestlegung von Zielen. Die laufende Weiterentwicklung in Form der vorausschauenden Selbsterneuerung ist so systematisch verankert.

Das Modell der Gesundheitspartnerschaft basiert auf folgenden Eckpunkten

- Die Kooperationspartner bleiben in ihrer jetzigen Form erhalten, sie arbeiten aber unter klar geregelten kooperativen Entscheidungsmechanismen zusammen. Kooperation schließt Dominanz eines Partner aus.
- Die Kooperationspartner definieren gemeinsam, welche konkreten Ziele (langfristig, mittel- und kurzfristig) angestrebt werden, welcher Nutzen aus der Erreichung dieser Ziele erwartet wird und wie die Effekte auf die Partner aufgeteilt werden. Das zwingt alle Partner, ihr Handeln an klar messbaren Zielen auszurichten. Die gemeinsame Definition der Ziele führt dazu, dass diese auch von allen Beteiligten getragen werden und so die notwendige Identifikation für die Zielverfolgung und letztlich für die Zielerreichung geschaffen ist.

¹³ Vgl. Reber, G.: Problemlösung durch Steuerungsmodelle in der Organisation und Schnittstellen des österreichischen Gesundheitswesens, unveröffentlichtes Manuskript, Universität Linz, 2004

¹⁴ Vgl. Wimmer, R, et al: Systemische Strategieentwicklung

- Der Ausgangspunkt für die Kooperation sind gesundheits- und sozialpolitische Ziele in den Dimensionen Gesundheit, Bevölkerungs- und Patientenorientierung, gleicher Zugang zu Spitzentechnologie, faire und nachhaltige Finanzierung.
- Die Arbeit der Systempartner erfolgt in Projektform. Bearbeitet werden konkrete Problembereiche zur Erreichung der gemeinsam definierten Ziele. Dies ermöglicht die notwendige Priorisierung und Fokussierung auf zentrale Ziele und Problembereiche. Die projektformige Bearbeitung ermöglicht eine zielgenaue Ressourcensteuerung, sowie klare Ergebnismessungen.
- Die laufende Überprüfung der Zielerreichung dient der Erfolgskontrolle, der Abweichungsanalyse und dem Entwickeln notwendiger Gegensteuerungsmaßnahmen. Die Evaluierungsergebnisse sind Basis für neue Zielvereinbarungen.

Dezentrale und zentrale Elemente im Modell der Gesundheitspartnerschaft

Das Modell der Gesundheitspartnerschaft beinhaltet sowohl dezentrale, als auch zentrale Elemente, wobei der Schwerpunkt auf den Landes-Gesundheitspartnerschaften – also auf der dezentralen Komponente liegt. Dort, wo zentrale Strukturen im Kooperationsmodell Vorteile versprechen, wurden sie berücksichtigt.

Das Kooperationsmodell ist dezentral angelegt. Das bedeutet, dass vor allem auf Länderebene geplant und umgesetzt wird. Dies ermöglicht eine optimale Versorgungsplanung – ausgehend von lokalen Problemlagen und unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen. Die Bedürfnisse der Bevölkerung können so optimal in die Zielsetzungen der Kooperationspartner Eingang finden. Darüber hinaus sind alle wichtigen Akteure im Gesundheitswesen auf Länderebene organisiert (Spitäler, Ärzte, Apotheken, usw.) – auch aus diesem Grund ist ein Modell auf Länderebene zielführend.

Auf Bundesebene findet eine Bündelung der Ziele und Pläne der Landes-Gesundheitspartnerschaften statt. Das ermöglicht es, tatsächlich übergreifende Versorgungsregionen zu definieren und abgestimmt zu planen. Auch Schwerpunktleistungen (zB bestimmte Behandlungsmethoden in Spitälern) und Problemlagen, die bundesweit einer Bearbeitung zugeführt werden sollen, können so definiert werden. Die Umsetzung erfolgt wiederum im Rahmen der Landes-Gesundheitspartnerschaft.

Ziele, Maßnahmenplanung und Evaluierung als wesentliche Elemente im Steuerungsprozess

Der Steuerungsprozess im Rahmen der Gesundheitspartnerschaft ist als Bottom-up/Top-down-Prozess konzipiert und berührt sowohl die Landes- als auch die Bundesebene.

Ausgehend von den Problemlagen in den Bundesländern, werden Gesundheitsziele in den beschriebenen Zieldimensionen definiert und vereinbart. Sie bilden die Basis für die gemeinsame Planung der notwendigen Maßnahmen, sowie die Festlegung der Erfolgskriterien, an Hand derer die spätere Evaluierung der Zielerreichung erfolgen soll. Die Umsetzung der definierten Maßnahmen erfolgt durch die Systempartner auf Landesebene.

Im Rahmen der Landes-Gesundheitspartnerschaften werden auch überregionale Problemlagen erkannt und an die Bundeskonferenz der Gesundheitspartnerschaften weitergeleitet. Diese koordiniert die Zielabstimmung auf Bundesebene und ergänzt sie durch Themen, die von der Gesundheitspolitik aufgenommen werden. In diesem Rahmen werden auch die Kriterien festgelegt, welche als Basis für die Erfolgsmessung dienen. Die Maßnahmenplanung und Umsetzung dieser Ziele wird wiederum von der Gesundheitspartnerschaft auf Landesebene übernommen. Auch für die gemeinsamen Ziele ist eine laufende Ergebnisüberprüfung vorgesehen.

Evaluierung, öffentliche Transparenz und Benchmarking

Die laufende Überprüfung der Ergebnisse und öffentliche Transparenz sind wesentliche Elemente im Kooperationsmodell der Gesundheitspartnerschaft. Sie werden durch Soll-Ist-Vergleiche, Benchmarking und Gesundheitsberichterstattung hergestellt. Dadurch wird die Veränderung des Systems im Zeitreihenvergleich und damit die Zielerreichung im zeitlichen Verlauf sichtbar. Darüber hinaus wird es auch möglich, unterschiedliche Lösungsansätze im Hinblick auf ihre Wirksamkeit zu vergleichen. Gesunder Wettbewerb in der Erreichung gesundheitspolitischer Zielsetzungen und Lernen vom Besten, führen dabei zu einer laufenden Effektivitäts- und Effizienzsteigerung des Gesamtsystems. Die Weiterentwicklung ist damit im Gesamtsystem als Automatismus integriert.

Die Strukturen der Gesundheitspartnerschaft

Zur Umsetzung der steuerungstheoretischen Ansätze sind für die Gesundheitspartnerschaft folgende Strukturelemente sinnvoll: Gesundheitspartnerschaft auf Landesebene, Bundeskonferenz der Gesundheitspartnerschaft, sowie Institute für Gesundheitsberichterstattung und Qualitätssicherung.

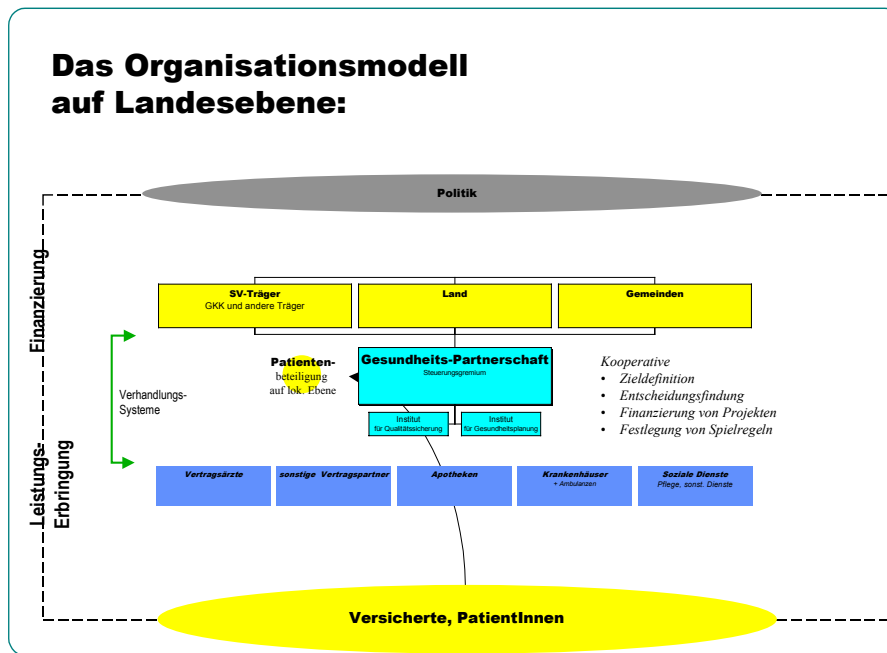


Abb: Das Modell der Gesundheitspartnerschaft auf Landesebene

Auf Landesebene sind die wesentlichen Finanziers im Gesundheitswesen – Sozialversicherungsträger, Land und Gemeinden – in der Gesundheitspartnerschaft als Steuerungsgremium vertreten. Das Festlegen gemeinsamer verbindlicher Spielregeln und Entscheidungsmechanismen (in Form einer Geschäftsordnung), die Definition gemeinsamer Ziele, die Entscheidungsfindung über die Durchführung und Finanzierung von konkreten Projekten zur Erreichung der vereinbarten Ziele – all das erfolgt kooperativ zwischen den Beteiligten in entsprechenden Vereinbarungsprozessen.

Die Leistungserbringer werden in die Maßnahmenplanung und Zielumsetzung über vertragliche Beziehungen eingebunden. Auch hier sind Aushandlungsprozesse, die in verbindliche Vereinbarungen münden, die Grundlage für die Kooperation. Die Basis für alle Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitspartnerschaft sind die Bedürfnisse und der Bedarf der Versicherten und der PatientInnen. Die Politik bildet den Rahmen.

Die Koordination der Zielvereinbarungsprozesse und die laufende Evaluierung der Zielerreichung wird durch das Institut für Gesundheitsplanung wahrgenommen. Transparenz im Hinblick auf Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen schafft das Institut für Qualitätssicherung.

Die Gesundheitspartnerschaften auf Landesebene werden auf Bundesebene in der Bundeskonferenz der Gesundheitspartnerschaften vertreten. Es gelten die gleichen Grundsätze wie auf Landesebene.

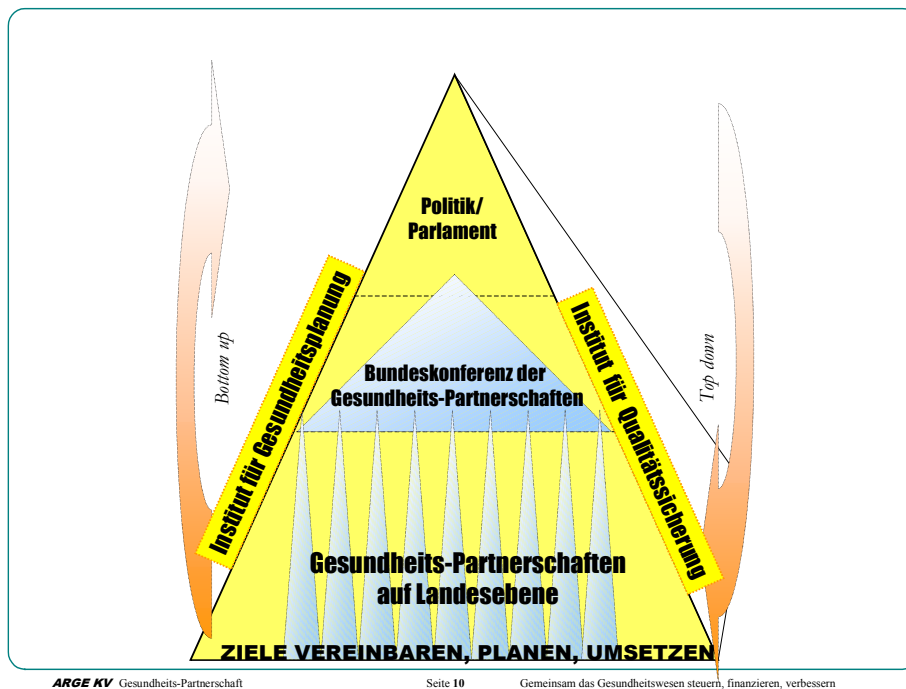


Abb. Die Zusammenarbeit der Ebenen im Modell der Gesundheitspartnerschaft

Erfahrungen und Erfolge

Das Modell der Gesundheitspartnerschaft ist kein theoretisches, sondern kann auf konkrete Erfahrungswerte in einzelnen Bundesländern verweisen. Modelle, die auf ähnlichen Überlegungen wie das vorgestellte Modell der Gesundheitspartnerschaft basieren, wurden bereits in Vorarlberg (Vorarlberger Gesundheitsfonds), Niederösterreich (NÖGUS), Salzburg (Kooperation zwischen Land und GKK) und Oberösterreich (OÖ Gesundheitskonferenz) umgesetzt. Im Rahmen dieser partnerschaftlichen Modelle konnte bewiesen werden, dass die Vereinbarung von Gesundheitszielen als Basis für die Maßnahmenplanung durch die Systempartner ein adäquates Mittel zur Lösung konkreter Problembereiche ist. Es konnte auch gezeigt werden, dass Kooperationsmodelle der richtige Ansatz zur Erreichung Gesundheitspolitischer Ziele sind.

OÖ-Gesundheitsziel „Zahngesundheit“ als Beispiel für erfolgreiche Kooperation

Im Rahmen der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz wurden die Gesundheitsziele für Oberösterreich bis zum Jahr 2010 zwischen dem Land, der OÖGKK und den Statutarstädten Linz und Wels vereinbart. Eines dieser Ziele (Ziel 2) ist dem Thema Zahngesundheit gewidmet:

„Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 50% der Kinder der Altersgruppe 6 kariesfrei sein und 12-jährige Kinder sollten im Durchschnitt maximal 3 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen. Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80% der Kinder der Altersgruppe 6 kariesfrei sein und 12-jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.“

Die Umsetzung verschiedener Maßnahmen auf Basis dieser Zielvereinbarung hat zu einer wesentlichen Verbesserung der Kariesmorbidität der Kinder geführt. Waren im Schuljahr 1995/96 noch 74,4 % der 6-jährigen an Karies erkrankt, so konnte der Prozentsatz bis zum Schuljahr 2002/03 auf 49,3% gesenkt werden. In der Altersgruppe der 10-jährigen gelang eine Reduzierung der an Karies erkrankten Kinder im selben Zeitraum von 90,2% auf 53,5%. Zur Beurteilung der Ergebnisse ist jedoch nicht nur der Zeitreihenvergleich relevant. Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen ist insbesondere der Vergleich mit einer Kontrollgruppe aus einer angrenzenden (und damit vergleichbaren) Region interessant. Ein solcher Vergleich ermöglicht eine Einschätzung darüber, in wie weit die erzielten Ergebnisse auf die gesetzten Maßnahmen zurückzuführen sind, bzw. ob die Veränderung auch ohne Maßnahmen – zB durch eine generelle Verbesserung der Lebensbedingungen - in einem ähnlichen Ausmaß eingetreten wären. Hatten in Oberösterreich Kinder im Schuljahr 2002/03 durchschnittlich 1,39 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne, so waren es in der Kontrollgruppe aus der angrenzenden Region immerhin 3,32.

Im konkreten Beispiel konnte damit nicht nur die Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen, sondern der gesundheitspolitische Nutzen der Versicherten, der aus Kooperationsmodellen erwächst, nachgewiesen werden.

Abb.: Evaluierungsergebnisse – OÖ Gesundheitsziel 2

