

Leitfaden

Goal Attainment Scaling (Zielerreichungsskalen)

Ina Schaefer

April 2015

Kontakt

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Tel. 0521 106 -67273 / -3834 (Sekretariat)
petra.kolip@uni-bielefeld.de

Eine erste Fassung dieses Leitfadens wurde im Zug der Begleitforschung der „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ im Rahmen der Initiative IN FORM (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Förderzeitraum: Oktober 2008 bis April 2011) entwickelt. Die Aktualisierung erfolgte ebenfalls im Rahmen einer Projektförderung des BMG zur „Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ (Förderzeitraum: Juli 2012 bis Dezember 2014). Die jeweiligen Projekte zur Begleitforschung wurden von Prof. Dr. Petra Kolip geleitet.

Auf einen Blick: Goal Attainment Scaling (GAS).....	3
1 Anwendung von Goal Attainment Scaling in der Gesundheitsförderung.....	4
2 Was ist Goal Attainment Scaling?	5
3 Wozu dient Goal Attainment Scaling?	5
4 Wie geht man beim Goal Attainment Scaling vor?	6
Definition und Auswahl der Ziele	6
Formulierung der Zielsetzung	7
Auswahl der Indikatoren und Skalierung.....	8
5 Beispiele für Zielerreichungsskalen in der Gesundheitsförderung.....	10
6 Bewertung der Zielerreichung	13
7 Braucht Goal Attainment Scaling eine externe Unterstützung?	13
8 Wie hoch ist der Arbeitsaufwand?	14
9 Was kann Goal Attainment Scaling, was erfordert andere Instrumente?	15
Literatur	16

Auf einen Blick: Goal Attainment Scaling (GAS)

Was ist GAS?

Goal Attainment Scaling ist ein Instrument zur Überprüfung selbst gesteckter Ziele. Es erfordert zunächst die Festlegung eines oder mehrerer konkreter und messbarer Ziele. Für jedes Ziel werden dann Indikatoren ausgewählt, mit deren Hilfe die Zielerreichung überprüft werden kann. Diese Indikatoren werden in eine 5-stufige Skala überführt, in deren Mitte das erwartete Ergebnis steht. Davon ausgehend werden je zwei Stufen nach oben („mehr als erwartet“ und „viel mehr als erwartet“) und zwei Stufen nach unten („weniger als erwartet“ und „viel weniger als erwartet“) gebildet. GAS ermöglicht damit eine klare Zieldefinition zu Beginn eines Projektes (Planungsqualität) sowie die (ggf. prozessbegleitende) Überprüfung der Zielerreichung (Prozess- und/oder Ergebnisqualität).

Welche Ziele eignen sich für GAS?

Zielerreichungsskalen sind flexibel – sie können für unterschiedliche Ziele auf mehreren Ebenen in verschiedenen Kontexten eingesetzt werden. In der Gesundheitsförderung und Prävention eignet sich GAS sowohl für Ziele bezogen auf eine Veränderung im Verhalten von Menschen als auch für Ziele bezogen auf Veränderungen im Lebensumfeld der Menschen.

Wann und wofür sollte GAS angewendet werden?

GAS sollte möglichst im Planungsprozess und vor Beginn der Umsetzung begonnen werden. Wenn GAS für die Prozessevaluation eingesetzt wird, können auch Zwischenziele formuliert werden, die dann im Prozess fortgeschrieben und adaptiert werden. GAS unterstützt so die Qualitätsentwicklung im Arbeitsprozess. GAS kann außerdem für die Überprüfung der Ergebnisqualität (Ergebnisevaluation) eingesetzt werden.

Welche Voraussetzungen erfordert die Anwendung von GAS?

GAS erfordert Zeit und die Bereitschaft, sich auf einen zunächst abstrakt erscheinenden Prozess einzulassen. Außerdem erfordert die Formulierung von Skalen, die sich eindeutig bewerten lassen, Übung. Hilfreich ist daher zumindest eine einführende Schulung, empfehlenswert ist eine kontinuierliche externe Begleitung.

Warum sollte GAS angewendet werden

GAS unterstützt die Qualitätsentwicklung im Bereich der Planungsqualität sowie der Prozess- und/oder Ergebnisqualität. GAS ermöglicht die Überprüfung selbst gesteckter Ziele und ...

- ➡️ sorgt für eine Konkretisierung und Strukturierung des Arbeitsprozesses, indem Klarheit, Verbindlichkeit und Transparenz bezüglich der gemeinsamen Ziele und gemeinsam zu bewältigenden Aufgaben gefördert werden;
- ➡️ intensiviert die Zusammenarbeit und vertieft das gegenseitige Vertrauen;
- ➡️ kann überhöhte Erwartungen auf ein realistisches Maß begrenzen und so die Motivation aller Beteiligten stärken.

1 Anwendung von Goal Attainment Scaling in der Gesundheitsförderung

Goal Attainment Scaling (GAS) wurde ursprünglich von Thomas Kiresuk und Robert Sherman (1968) zur Evaluation im Bereich der klinischen Psychologie entwickelt. Es ist ein standardisiertes Instrument, das dazu anregt, (Behandlungs-)Ziele gemeinsam mit Patientinnen und Patienten zu definieren und diese so stärker in den Behandlungsprozess einzubinden. Das Instrument ist offen konzipiert und kann unabhängig vom inhaltlichen Kontext angewendet werden (Kiresuk, Smith & Cardillo 1994).

Goal Attainment Scaling als Instrument für die Formulierung eindeutiger und messbarer Ziele hat sich in verschiedenen Anwendungsbereichen bewährt. GAS wird in der Psychiatrie, Rehabilitation, in der Physiotherapie, Rheumatologie und in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten eingesetzt. In der Schweiz ist GAS Pflichtbestandteil der ambulanten Ergotherapien (vgl. www.ergotherapie.ch/index.cfm?nav=41&id=21 [17.03.2015]). Dagegen wird GAS in der Gesundheitsförderung bislang nur selten eingesetzt, obwohl Untersuchungen überwiegend aus dem Bereich der Organisationspsychologie den Schluss zulassen, dass sich Zielsetzungen in allen Bereichen positiv auf den Arbeitsprozess auswirken, in denen Individuen oder Gruppen Einfluss auf das Ergebnis haben (Locke & Latham 2006).

Im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention wurde Goal Attainment Scaling zunächst im Rahmen der Förderinitiative „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ (Bundesministerium für Gesundheit, Förderzeitraum: März 2009 – Februar 2011) erprobt (Schaefer & Kolip 2010). Nachdem sich das Instrument in diesem Rahmen für die Qualitätsentwicklung und Ergebnisevaluation settingbezogener Aktivitäten der Gesundheitsförderung bewährt hat, wurde es auch in anderen Interventionsvorhaben eingesetzt, so z.B. im Rahmen der Förderinitiative „Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ (BMG, Förderzeitraum: Juli 2012 bis Dezember 2014). Die Erfahrungen aus beiden Fördervorhaben sind Basis dieses Leitfadens.

Mittlerweile liegen auch Erfahrungen aus weiteren Gesundheitsförderungskontexten vor. So wird GAS seit Anfang 2013 im Rahmen der Evaluation der Modellprojekte „Gesunder Landkreis – Runde Tische zur Regionalen Gesundheitsförderung“ in acht Gesundheitsämtern in Bayern eingesetzt (vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/eva-evaluation-der-modellprojekte-gesunder-landkreis-runde-tische/> [16.03.2015]).

2 Was ist Goal Attainment Scaling?

Bei dem Verfahren des Goal Attainment Scaling werden zunächst projektbezogene (oder individuelle) Ziele definiert. Wichtig ist, dass die Ziele konkret formuliert werden und ein Zeitpunkt für die Überprüfung der Zielerreichung festgelegt wird. Empfehlenswert ist hier die Orientierung an den „SMART-Kriterien“ (siehe Abschnitt *Formulierung der Zielsetzung*, Seite 7/8). Anschließend werden ein Indikator bzw. mehrere Indikatoren festgelegt, die das Ziel messbar machen („operationalisieren“). Auf dieser Grundlage wird zu einem späteren Zeitpunkt die Zielerreichung erfasst. Es wird eine 5-stufige Skala formuliert, in deren Zentrum das erwartete Ergebnis zu einem bestimmten Zeitpunkt steht. Davon ausgehend werden zwei Stufen nach oben („mehr als erwartet“ und „viel mehr als erwartet“) und zwei Stufen nach unten („weniger als erwartet“ und „viel weniger als erwartet“) festgelegt (für ein Beispiel siehe S. 11f.).

Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt dann zu dem in der Skala festgelegten Zeitpunkt.

Eine Besonderheit des Goal Attainment Scaling ist, dass die Anwendung partizipativ erfolgt. Das bedeutet, dass die Ziele und die angestrebten Zielerreichungen gemeinsam durch alle an einer Intervention Beteiligten formuliert werden (partizipativer Ansatz). Neben den Akteurinnen und Akteuren, die an der Planung und Umsetzung der Intervention mitwirken, sind daher auch Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe gleichberechtigt an der Festlegung der Ziele, der Bildung der Zielerreichungsskala sowie an der späteren Bewertung der Zielerreichung zu beteiligen. Dies setzt häufig zunächst eine Verständigung über die gemeinsamen Ziele voraus, so dass eine zusätzliche externe Unterstützung und Begleitung dieser Arbeitsschritte empfehlenswert ist (siehe Abschnitt *Braucht Goal Attainment Scaling eine externe Unterstützung?* auf Seite 13).

Die Formulierung der Ziele und die Anwendung von GAS sollte möglichst im Planungsprozess und vor Beginn der Umsetzung erfolgen. Wird GAS für die Prozessbegleitung eingesetzt, muss die Zielerreichung nicht zwangsläufig in einem Schritt bis zum Abschluss der Intervention formuliert werden. Für die Unterstützung der Prozessoptimierung ist es sogar sinnvoll, die Zielerreichungsskala zunächst für ein nahes Zwischenziel zu beschreiben und anschließend fortzuschreiben. GAS ist dann vor allem ein Instrument zur Verbesserung der Planungs- und Prozessqualität.

3 Wozu dient Goal Attainment Scaling?

Goal Attainment Scaling unterstützt eine realitätsnahe Zielformulierung und gibt Auskunft über den Grad der Zielerreichung hinsichtlich der formulierten Ziele.

Voraussetzung ist eine einvernehmliche Verständigung über die Ziele des Interventionsvorhabens. Diese Ziele müssen realistisch und präzise formuliert sein, so dass Indikatoren abgeleitet werden können, die eine Überprüfung der Zielerreichung ermöglichen.

Die Formulierung des erwarteten und der davon abweichenden Ergebnisse innerhalb der 5-stufigen Skala erfordert eine Reflexion einerseits über das erwartbare Ergebnis und andererseits über den gemeinsamen Maßstab im Sinne des „Was ist mehr und viel mehr als erwartet?“ und „Was ist weniger und viel weniger als erwartet?“.

Von den „Aktionsbündnissen Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ sowie den „Modellvorhaben zum Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ wurden die Zielerreichungsskalen überwiegend begleitend zum Arbeitsprozess eingesetzt und in mehrere Zwischenziele unterteilt.

Goal Attainment Scaling unterstützt die Qualitätsentwicklung im Bereich der Planungs- und Prozessqualität insbesondere durch:

- Klärung der Ziele und Erwartungen, ggf. auch Nivellierung überhöhter Erwartungen,
- Strukturierung des Arbeitsprozesses,
- Förderung von Verbindlichkeit und Transparenz bezüglich der gemeinsam zu bewältigenden Aufgaben,
- Intensivierung der Zusammenarbeit, Vertiefung des gegenseitigen Vertrauens und die Identifikation mit dem Vorhaben.

Goal Attainment Scaling unterstützt außerdem die Ergebnisevaluation in Bezug auf ausgewählte Ziele, sofern sie nicht im Rahmen der Prozessbegleitung modifiziert wurden und ermöglicht dann Aussagen über den Grad der Zielerreichung.

4 Wie geht man beim Goal Attainment Scaling vor?

Wie unter Punkt 2 bereits beschrieben, sind entsprechend der partizipativen Vorgehensweise beim GAS die nachfolgend beschriebenen Arbeitsschritte jeweils gemeinschaftlich durch die Akteurinnen und Akteure im Interventionsvorhaben und die Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe vorzunehmen.

Definition und Auswahl der Ziele

Interventionsvorhaben in der Gesundheitsförderung verfolgen vielfältige Zielsetzungen auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Bereichen. Dabei lassen sich grundlegend Ziele auf Ebene der Implementation und Durchführung einer Intervention (Prozessebene) sowie Ziele auf Ebene der intendierten Wirkung(en) einer Intervention (Ergebnisebene) unterscheiden. Für die Anwendung von Zielerreichungsskalen ist zunächst die Verständigung über die jeweils konkreten Zielsetzungen eines Interventionsvorhabens (möglichst auf beiden Ebenen) erforderlich. Danach ist festzulegen, welche Ziele mit Hilfe von Zielerreichungsskalen überprüft werden sollen. Zielerreichungsskalen lassen sich sowohl für prozessbezogene als auch für ergebnisbezogene Ziele formulieren.

Wenn die Ziele des Interventionsvorhabens noch nicht präzise geklärt sind

Die Forderung nach konkreten und überprüfbaren Zielsetzungen zieht verschiedene Fragen nach sich: Was unterscheidet konkrete von unkonkreten Zielsetzungen? Sind Ziele das gleiche wie Maßnahmen oder wie grenzen sich Ziele und Maßnahmen voneinander ab?

Ziele wie „individuelles Gesundheitsverhalten verbessern“ oder „gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen“ sind in der Regel das übergeordnete Ziel von Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Eine Überprüfung dieser Zielsetzungen ist jedoch erst möglich, wenn zuvor präzise festgelegt wird, was genau bewirkt werden soll. Welches Verhalten genau soll verändert werden und bei welchen Personen? Was genau soll im Umfeld dieser Personen passieren? Nur ein konkret beschriebenes Ziel (was, wer, in welchem Ausmaß usw.) kann auch konkret überprüft werden.

Ergebnisbezogene Ziele in der Gesundheitsförderung beschreiben demnach eine künftige Veränderung bei der Zielgruppe, in ihrem sozialen Umfeld und/oder in ihrer Lebensumwelt. Mit Hilfe verschiedener Maßnahmen, die im Zuge einer Intervention umgesetzt werden (Angebote schaffen, Freiflächen gestalten, neue Kooperationen aufbauen usw.) sollen diese Wirkungen erreicht werden. Diese Maßnahmen bedürfen zunächst einer (erfolgreichen) Implementation bzw. Umsetzung, bevor die erwünschten Ergebnisse erreicht werden können. Insofern gibt es in der Gesundheitsförderung und Prävention neben den ergebnisbezogenen Zielen immer auch prozessbezogene Ziele.

Eine Hilfestellung für die Einordnung und Typisierung von Zielen und eine Abgrenzung gegenüber Maßnahmen bietet das Outcome-Modell von Nutbeam (2000), das von Ruckstuhl und Abel (2001) weiter entwickelt wurde.¹

Formulierung der Zielsetzung

Ziele, deren Zielerreichung überprüft werden soll, müssen präzise und realistisch formuliert werden. Was zunächst wie eine Selbstverständlichkeit klingt, kann sich im Laufe des Arbeitsprozesses als mühevoll entpuppen. Eine wichtige Unterstützung können hierbei die schon 1981 von Doran publizierten „SMART-Kriterien“ sein. Hinter dieser Buchstabenkombination verbergen sich folgende Anforderungen an die Zielformulierung:

¹ Dieses Modell findet auch in dem Qualitätssicherungssystem „quint-essenz“ Verwendung. Weitere Informationen dazu unter: www.quint-essenz.ch/de/files/Ergebnismodell_11.pdf und im Abschnitt *Was kann Goal Attainment Scaling, was erfordert andere Instrumente?* auf Seite 15.

- S** Spezifisch: Es ist klar formuliert, was durch die Intervention genau bewirkt werden soll.
- M** Messbar: Es wird festgelegt, wie bzw. anhand welches Indikators die Erreichung des Zieles überprüft werden soll.
- A** Anspruchsvoll: Das Erreichen des Zieles ist eine Herausforderung, das Ziel ist nicht zu niedrig gesteckt.
- R** Realistisch: Das Ziel ist aber auch nicht zu anspruchsvoll, so dass das Erreichen illusorisch bleibt.
- T** Terminiert: Es wird festgelegt, in welchem Zeitraum das Ziel erreicht werden soll bzw. wann die Zielerreichung überprüft werden soll.

Weitere Hilfen für die Arbeit mit Zielen

Eine praxisnahe Arbeitshilfe für die Festlegung von Zielen einschließlich Übungsbeispielen für die Anwendung der „SMART-Kriterien“ wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (2011) entwickelt und steht unter http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/quintessenz_Broschuere.pdf zur Verfügung.

Weitere Hilfestellungen für die Formulierung SMARTer Ziele finden Sie auch auf den Seiten des Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen unter: https://www.lzg.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiative/evaluation/leitfaden_selbstevaluation/planungsqualitaet_smarte_ziele/index.html

Informationen zur Arbeit mit Zielen in der Gesundheitsförderung und Prävention sind auch verfügbar auf der Webseite Partizipative Qualitätsentwicklung unter <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de>.

Auswahl der Indikatoren und Skalierung

Nicht immer ist die Überprüfung der Zielerreichung direkt anhand der Zieldefinition möglich. Zur Überprüfung der Zielerreichung ist es in der Regel erforderlich, einen Indikator auszuwählen. Ein Indikator kann definiert werden als „ein Hilfsmittel, das Informationen zur Verfügung stellt, anhand derer die Veränderung bestimmter Sachverhalte angezeigt werden kann“ (Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2010, Seite 18). Dieser Indikator wird dann z.B. mit Hilfe eines Dokumentationsbogen, Fragebogens oder einem anderen Instrument erfasst.

Die Auswahl und Überprüfung der Eignung eines Indikators kann mit Hilfe der von „quint-essenz“ empfohlenen „ZWERG-Kriterien“ erfolgen²:

- Z** Zentrale Bedeutung: Der Indikator liefert aussagekräftige Hinweise auf das jeweilige Ziel.
- W** Wirtschaftlichkeit: Der Indikator lässt sich mit vernünftigem Aufwand erheben.
- E** Einfachheit: Der Indikator ist für jedermann verständlich und nachvollziehbar.
- R** Rechtzeitigkeit: Die Daten sind zu einem nützlichen Zeitpunkt verfügbar.
- G** Genauigkeit: Der Indikator bietet einen verlässlichen Maßstab.

Anhand des ausgewählten Indikators wird in einem nächsten Schritt festgelegt, bis zu welchem Zeitpunkt welches Ergebnis erwartet werden kann (realistischer Sollwert). Dieses erwartete Ergebnis beschreibt die mittlere Stufe der Zielerreichungsskala (0 – Bewertung).

Von dem erwarteten Ergebnis ausgehend werden zwei Stufen nach oben gebildet: „mehr als erwartet“ (+1 – Bewertung) und „viel mehr als erwartet“ (+2 – Bewertung).

Von dem erwarteten Ergebnis ausgehend werden zwei Stufen nach unten gebildet: „weniger als erwartet“ (-1 – Bewertung) und „viel weniger als erwartet“ (-2 – Bewertung).

Wann kann die Zielerreichungsskala eindeutig bewertet werden?

Um sicherzustellen, dass die Zielerreichungsskala zu dem festgesetzten Zeitpunkt eindeutig bewertet werden kann, sollte sie möglichst nur einen Indikator enthalten. Außerdem dürfen keine Überschneidungen oder Lücken zwischen den Skalierungsstufen vorkommen.

Eine Überprüfung der Zielerreichungsskala in Bezug auf die genannten Punkte ist anhand folgender Fragen möglich:

1. Besteht die Skala aus mehr als einem Indikator bzw. ist es sinnvoll, die genannten Indikatoren zu verknüpfen?
2. Werden alle Ergebnismöglichkeiten berücksichtigt oder kann es ein Ergebnis geben, das in keiner der fünf Stufen zugeordnet werden kann? Gibt es Überschneidungen zwischen den Bewertungsstufen?
3. Sind alle Zielerreichungsgrade formuliert, d.h. besteht die Skala aus 5 Stufen?
4. Sind die Formulierungen eindeutig und verständlich?

² Auch für die Auswahl von Indikatoren und die Anwendung der „ZWERG-Kriterien“ sind Anwendungsbeispiele und Übungsmöglichkeiten ausgeführt in der Arbeitshilfe der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.: „von gefühlt zu gemessen. Einführung in Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention“, verfügbar unter: http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/quint-essenz_Broschuere.pdf.

5 Beispiele für Zielerreichungsskalen in der Gesundheitsförderung

Wie bereits dargestellt, ist GAS ein offen konstruiertes Instrument und kann deshalb für alle denkbaren Interventionen und Ziele eingesetzt werden.

Nachfolgend werden Beispiele für die Anwendung von GAS für Interventionen der Bewegungsförderung ausgeführt. Als Zielgruppe wurden Seniorinnen und Senioren ausgewählt. Beispiel 1 bezieht sich dabei zunächst auf die Implementation und Inanspruchnahme eines Bewegungsangebots. Im Kern wird hier überprüft, ob es gelingt, die Seniorinnen und Senioren für eine regelmäßige Teilnahme an einer Spaziergangsgruppe zu motivieren. GAS wird hier also für die Prozessevaluation eingesetzt. Die Überprüfung der Zielerreichung lässt sich leicht anhand einer Teilnehmerdokumentation durchführen.

Der Fokus des Ziels in Beispiel 2 liegt auf der beabsichtigten Verhaltensänderung bei den Seniorinnen und Senioren, und zwar der Erhöhung der Alltagsaktivität. Als Maßstab werden hier die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde gelegt (WHO 2011). Diese empfiehlt eine gesundheitswirksame Bewegungsaktivität von mindestens 150 Minuten pro Woche. Als gesundheitswirksame Bewegung gelten bei Personen ab 65 Jahren auch Spaziergänge. Hier wird GAS also für die Ergebnis- bzw. Wirkungsevaluation eingesetzt, da auf die Wirkung fokussiert wird und die Ziele nicht im Zuge des Prozesses (Zwischenziele) modifiziert werden.

Für die Überprüfung dieses Ziels ist ein zusätzliches Instrument erforderlich, mit dem das Bewegungsverhalten erfasst werden kann. Die Webseite www.evaluationstools.de hält beispielsweise eine Fülle praxistauglicher Instrumente für die Evaluation bewegungs- und ernährungsbezogener Interventionen bereit.

Für das hier gewählte Beispiel kommt u.a. der „PASE“-Fragebogen infrage (**Physical Activity Scale for the Elderly**). Dieser auch in Deutsch verfügbare Fragebogen kann niedrigschwellig eingesetzt werden (Bearbeitungszeit ca. 10 Minuten). Er erfasst die subjektive Wahrnehmung des Bewegungsverhaltens und ermöglicht eine Einschätzung der körperlichen Aktivität in Minuten. Um die Änderung der körperlichen Aktivität bei der Zielgruppe zu erfassen, muss der Fragebogen mindestens zu zwei verschiedenen Zeitpunkten eingesetzt werden, so dass ein Vergleich ermöglicht wird.

Beispiel 1³

Ziel:	Erhöhung der Alltagsaktivität von Seniorinnen und Senioren durch Einrichtung von Bewegungsangeboten
Indikator:	Regelmäßige Teilnahme an der Spaziergangsgruppe

+ 2 = viel mehr als erwartet	Bis Ende des Jahres findet wöchentlich ein Stadtteilspaziergang statt. Bis zu 80% der teilnehmenden Seniorinnen und Senioren nehmen monatlich an mindestens drei Spaziergängen teil.
+ 1 = mehr als erwartet	Bis Ende des Jahres findet wöchentlich ein Stadtteilspaziergang statt. Bis zu 65% der teilnehmenden Seniorinnen und Senioren nehmen monatlich an mindestens drei Spaziergängen teil.
0 = erwartetes Ergebnis	Bis Ende des Jahres findet wöchentlich ein Stadtteilspaziergang statt. Bis zu 50% der teilnehmenden Seniorinnen und Senioren nehmen monatlich an mindestens drei Spaziergängen teil.
- 1 = weniger als erwartet	Bis Ende des Jahres findet wöchentlich ein Stadtteilspaziergang statt. Bis zu 35% der teilnehmenden Seniorinnen und Senioren nehmen monatlich an mindestens drei Spaziergängen teil.
- 2 = viel weniger als erwartet	Bis Ende des Jahres findet wöchentlich ein Stadtteilspaziergang statt. Weniger als 35% der teilnehmenden Seniorinnen und Senioren nehmen monatlich an mindestens drei Spaziergängen teil.

Wenn die organisatorischen Voraussetzungen (z.B. ausreichend ehrenamtliche Begleitpersonen) für die Durchführung der Spaziergangsgruppe noch nicht feststehen, bietet sich an, die Zielerreichungsskala zunächst für dieses Zwischenziel zu formulieren und dann fortzuschreiben.

³ Für die beste Lesart mit dem „erwarteten Ergebnis“ beginnen.

Beispiel 2⁴

Ziel:	Erhöhung der Alltagsaktivität von Seniorinnen und Senioren durch Einrichtung von Bewegungsangeboten
Indikator:	Körperliche Aktivität pro Woche in Minuten

+ 2 = viel mehr als erwartet	6 Monate nach Start der Spaziergangsgruppe hat sich die wöchentlich für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Seniorinnen und Senioren um mindestens 60 Minuten erhöht.
+ 1 = mehr als erwartet	6 Monate nach Start der Spaziergangsgruppe hat sich die wöchentlich für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Seniorinnen und Senioren um mindestens 45 Minuten erhöht.
0 = erwartetes Ergebnis	6 Monate nach Start der Spaziergangsgruppe hat sich die wöchentlich für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Seniorinnen und Senioren um mindestens 30 Minuten erhöht.
- 1 = weniger als erwartet	6 Monate nach Start der Spaziergangsgruppe hat sich die wöchentlich für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Seniorinnen und Senioren um weniger als 30 Minuten erhöht.
- 2 = viel weniger als erwartet	6 Monate nach Start der Spaziergangsgruppe hat sich die wöchentlich für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Seniorinnen und Senioren nicht erhöht.

Besonders Verhaltensveränderungen lassen sich häufig nur schwer einschätzen. Es empfiehlt sich deshalb, vor der Festlegung der Zielerreichung sowohl in der Literatur nach entsprechenden Evaluationsergebnissen zu suchen, als auch Erfahrungswissen in der Praxis zu recherchieren. Sinnvoll kann es auch sein, bei Expertinnen oder Experten der Bewegungsförderung nachzufragen.

⁴ Für die beste Lesart mit dem „erwarteten Ergebnis“ beginnen.

6 Bewertung der Zielerreichung

Die Bewertung der Zielerreichung soll zu dem Zeitpunkt durchgeführt werden, der bei der Bildung der Zielerreichungsskala festgelegt wurde. Die Bewertung soll gemeinsam mit denjenigen erfolgen, die auch an der Formulierung der Zielerreichungsskala bzw. -skalen beteiligt waren. Besonders dann, wenn Ziele nicht erreicht werden konnten, bietet die gemeinsame Bewertung Anlass, mögliche Gründe zu diskutieren und ggf. eine Veränderung der Intervention vorzunehmen. Wenn erwartete Ziele regelmäßig nicht erreicht oder „überboten“ werden, kann das auch an der Definition liegen, d.h. die Ziele wurden systematisch zu hoch bzw. zu niedrig angesetzt.

Nicht immer folgen Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention der ursprünglich festgelegten Strategie. Beispielweise können sich anfangs angedachte Angebote als untauglich erweisen, weil sie von der Zielgruppe nicht angenommen werden. Ggf. müssen dann im Prozess die ausgewählten Indikatoren verändert und die Zielerreichungsskala bzw. -skalen neu definiert werden.

7 Braucht Goal Attainment Scaling eine externe Unterstützung?

Im Rahmen der „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ sowie den „Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ wurde die Anwendung der Zielerreichungsskalen durch die wissenschaftliche Begleitung extern unterstützt. Mit den meisten der beteiligten Projekte wurden bis zu eintägige Workshops für die Auswahl der Ziele und die Formulierung der Zielerreichungsskalen durchgeführt. In diesem Rahmen wurden zu meist jeweils drei Zielerreichungsskalen formuliert. Die Workshops wurden von den Teilnehmenden übereinstimmend als angemessene und praktikable Form für die Einführung und Umsetzung der Methode bewertet. Insofern ist eine externe Begleitung bzw. Unterstützung zu Beginn der Arbeit mit Zielerreichungsskalen mindestens empfehlenswert.

Eine externe Begleitung ist zugleich sinnvoll, weil durch eine moderierende Unterstützung ggf. die Verständigung über gemeinsame Ziele erleichtert werden kann. Nicht zuletzt kann eine externe Begleitung die Auswahl und Anwendung von Instrumenten für die Evaluation begleiten.

Wie gelingt es, die Zielerreichungsskala für die Prozessbegleitung „im Blick“ zu behalten?

Es ist keinesfalls unüblich, dass Ziele im Alltag „aus dem Blick“ geraten oder Arbeitsstrategien verändert werden (müssen). Wenn GAS für die Prozessevaluation genutzt wird, ist es daher sinnvoll, die Zielerreichungsskala bzw. -skalen regelmäßig auf ihre Gültigkeit zu prüfen und ggf. anzupassen. Nach den Erfahrungen der Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten hat es sich als hilfreich erwiesen,

- die Zielerreichungsskalen regelmäßig und systematisch in Besprechungen zu thematisieren.

- die Zielerreichungsskalen kleinteilig anzuwenden, also für Zwischenziele zu formulieren und diese jeweils fortzuschreiben.
- die Verantwortung für die Anwendung von GAS innerhalb des Projektes eindeutig zuzuordnen.
- die Zielerreichungsskalen gut sichtbar im Arbeitsbereich aufzuhängen.

8 Wie hoch ist der Arbeitsaufwand?

Insgesamt hängt der Arbeitsaufwand erheblich davon ab, ob eindeutige und präzise Ziele bereits formuliert wurden, ob Kontakte und die Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe bereits erprobt sind und ob Einigkeit über die Zielsetzungen besteht.

Selbst wenn die Ziele bereits einvernehmlich ausgewählt wurden, braucht die Formulierung der Zielerreichungsskalen Zeit, die aber zugleich der Planung des Arbeitsprozesses und der Klärung möglicher Hürden und Widerstände zugute kommt.

Wenn die Zielerreichung mit Hilfe mehrerer Zwischenschritte überprüft wird, muss für die Fortschreibung der Zielerreichungsskala erneut Zeit eingeplant werden. Erfahrungsgemäß ist dies jedoch zeitlich deutlich weniger Aufwand als die Erstanwendung.

Wenn schon, denn schon...

... ist eine zentrale Empfehlung, die aus den Erfahrungen aus der Begleitforschung der „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ resultiert. Wie jede Investition in die Qualitätsentwicklung und Evaluation erfordert die Anwendung von GAS Zeit. Diese Investition lohnt sich nur, wenn GAS richtig eingesetzt wird und zum Beispiel die mit Zielerreichungsskalen überprüften Ziele wichtige Ziele für das jeweilige Projekt darstellen. Auch die Überprüfung der Zielerreichung muss angemessen erfolgen. Das Ziel, die körperliche Aktivität zu erhöhen, erfordert beispielsweise immer einen Vorher/Nachher-Vergleich. Unter diesen Voraussetzungen kann GAS zur Qualitätsentwicklung und Evaluation von Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention beitragen.

GAS ist nur ein Verfahren unter vielen für die Erfassung der Wirkung einer Intervention. Eine ausführliche und an Praktikerinnen wie Praktiker gerichtete Einführung in die Selbstevaluation ist verfügbar auf der Webseite des Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen unter:

https://www.lzq.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiative/evaluation/leitfaden_selbstevaluation/

9 Was kann Goal Attainment Scaling, was erfordert andere Instrumente?

GAS unterstützt die Formulierung adäquater Ziele sowie die Operationalisierung der Zielerreichung und trägt in diesem Bereich zur Qualitätsentwicklung bei.⁵ GAS kann außerdem sinnvoll eingesetzt werden, wenn eine Beteiligung der Zielgruppe in der Planung und Durchführung des Interventionsvorhabens gewünscht wird.

Für ein umfassendes Qualitätsmanagement ist es erforderlich, weitere Instrumente einzusetzen. So erfordert das von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz getragene Qualitätsmanagementsystem „quint-essenz“ ebenfalls die Festlegung konkreter Zielsetzungen und die Bildung von Indikatoren zur Überprüfung dieser Ziele. „quint-essenz“ deckt darüber hinaus weitere Qualitätsaspekte ab und kann umfassend für die Qualitätsdimensionen Planung, Struktur, Prozess und Ergebnis eingesetzt werden.

Auch das im Rahmen eines Forschungsprojektes vom Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (WZB) und Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. entwickelte und erprobte Verfahren „Partizipative Qualitätsentwicklung“ deckt gegenüber GAS einen weitergehenden Qualitätsbereich ab. Weitere Informationen dazu sind auf der Webseite www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de verfügbar.

⁵ Die Erfahrungen der Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung durch die Anwendung von GAS wurden in einem Beitrag für die Zeitschrift Prävention (Schaefer & Kolip 2011) zusammengefasst.

Literatur

- Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2010). Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine Schritt für Schritt Anleitung für Gesundheitsförderer. Verfügbar unter: http://www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/manuale_bt_101125_online.pdf [14.03.2015]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1999). Zielfindung und Zielformulierung - ein Leitfaden. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. Verfügbar unter: www.qs-kompodium.de/pdf/Qs21.pdf [07.06.2010].
- Doran, G. T. (1981). "There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives." In: Management Review, Nov 1981, Vol. 70 (11), S. 35 - 36.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. R. (1968). Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programms. In: Community Mental Health Journal, 4(6), S. 443 - 453.
- Kiresuk, T.J., Smith, A. & Cardillo J.E. (Eds.) (1994). Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement. Lawrence Erlbaum: Hillsdale.
- Landesinstitut für Qualifizierung NRW (Hg.) (2006): Netzwerkarbeit erfolgreich gestalten. Bertelsmann: Bielefeld.
- Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (Hrsg.) (2011). Von gefühlt zu gemessen. Einführung in Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: <http://quint-essenz-info.de/virthos/data/files/LVGHBBroschuere.pdf> [14.03.2011].
- Locke, E.A. & Latham G.P. (2006). New directions in goal setting theory. Curr Dir Psychol Sci 15: 265-268.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, Vol. 15 (3), S. 259 - 267.
- Ruckstuhl, B. & Abel, Th. (2001). Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. Eine kommentierte Darstellung des Ansatzes von Don Nutbeam. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 24 (2), S. 35 - 38.
- Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 33 (03), S. 66-69. Verfügbar unter: www.evaluationstools.de/files/pr_vention_1003_s_066-069.pdf [14.04.2011].
- World Health Organisation (WHO) (2011). Global recommendations on physical activity for Health. 65 years and above. Verfügbar unter: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-65years.pdf?ua=1> [14.03.2015]