

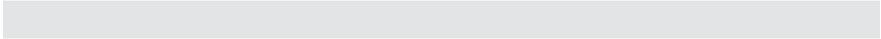


Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Der Europäische Gesundheitsbericht 2015

Der Blick über
die Ziele hinaus – neue
Dimensionen der Evidenz



Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Sie fungiert als leitende und koordinierende Stelle auf dem Gebiet des internationalen Gesundheitswesens und in Fragen der öffentlichen Gesundheit. Zu den in der Satzung verankerten Aufgaben der WHO gehört es, auf dem Gebiet der menschlichen Gesundheit objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein. Dieser Verantwortung wird sie teilweise durch ihre Publikationsprogramme gerecht, mit denen sie den Ländern dabei behilflich sein möchte, eine Politik zu führen, die der Gesundheit ihrer Bevölkerung dient, und sich mit ihren dringlichsten gesundheitspolitischen Anliegen auseinanderzusetzen.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, von denen jedes sein eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme der von ihm betreuten Mitgliedstaaten abgestimmtes Programm hat. In der Europäischen Region leben fast 900 Mio. Menschen in einem Gebiet, das sich vom Nordpolarmeer im Norden bis zum Mittelmeer im Süden und vom Atlantischen Ozean im Westen bis zum Pazifischen Ozean im Osten erstreckt. Das Programm der WHO für die Europäische Region unterstützt alle dortigen Mitgliedstaaten bei der Entwicklung und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, -systeme und -programme; es hilft ihnen ferner dabei, Gesundheitsgefahren zu verhüten bzw. zu überwinden, sich auf künftige gesundheitliche Herausforderungen einzustellen und für Maßnahmen für die öffentliche Gesundheit einzutreten und diese umzusetzen.

Um eine möglichst breite Verfügbarkeit ihrer autoritativen Informationen und ihrer gesundheitlichen Leitlinien zu gewährleisten, sorgt die WHO für eine weite internationale Verbreitung ihrer Publikationen und fördert auch deren Übersetzung und Anpassung. Die Bücher der WHO tragen zum Schutz und zur Förderung von Gesundheit sowie zur Prävention und Bekämpfung von Krankheit bei. Damit sind sie auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Hauptziels der Organisation, allen Menschen die Erreichung eines möglichst guten Gesundheitszustands zu ermöglichen.

Der Europäische Gesundheitsbericht 2015

Der Blick über
die Ziele hinaus – neue
Dimensionen der Evidenz



CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Der Europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz.

1. DELIVERY OF HEALTH CARE – EPIDEMIOLOGY AND STATISTICS. 2. HEALTH POLICY. 3. HEALTH STATUS INDICATORS.
4. PUBLIC HEALTH – TRENDS. 5. MORTALITY – STATISTICS. 6. REGIONAL HEALTH PLANNING. I. World Health Organization.

ISBN 978 92 890 3430 2

(NLM-Klassifizierung: WA 900)

eISBN 978 92 890 3432 6

ISBN 978 92 890 3430 2

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City
Marmorvej 51
DK-2100 Kopenhagen Ø
Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

© Weltgesundheitsorganisation 2015

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation

unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Der Europäische Gesundheitsbericht 2015

Der Blick über
die Ziele hinaus – neue
Dimensionen der Evidenz

Inhalt

Danksagung	vi
Abkürzungen	viii
Vorwort	xi
Zentrale Aussagen	xiv

01

Überblick	1
Ziele und Zielgruppen	1
Der Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“	2
Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“	4
Wohlbefinden und seine kulturellen Rahmenbedingungen	5
Neue Dimensionen von Gesundheitsinformationen und Evidenz	5

02

Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“	7
Zentrale Aussagen	7
Einführung	8
Dachziel 1: Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region	9
Dachziel 2: Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region	28
Dachziel 3: Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region	32
Dachziel 4: Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region	38
Dachziel 5: Allgemeine Gesundheitsversorgung und das Recht auf Gesundheit	45
Dachziel 6: Mitgliedstaaten legen nationale Zielvorgaben oder Ziele fest	50

03

Wohlbefinden und seine kulturellen Rahmenbedingungen	57
Zentrale Aussagen	57
Einführung	58
Überblick über die bislang geleistete Arbeit	62
Beobachtung von subjektivem Wohlbefinden: einige Herausforderungen	64
Kulturelle Rahmenbedingungen der Messung von subjektivem Wohlbefinden	68
Die Untersuchung der kulturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit durch die WHO	72

04

Neue Dimensionen von Gesundheitsinformationen und Evidenz	81
Zentrale Aussagen	81
Einführung	82
Überwachung der Indikatoren von „Gesundheit 2020“ zu Mortalität und Risikofaktoren	84
Die Beobachtung gesundheitlicher Ungleichgewichte.....	86
Die Beobachtung von Wohlbefinden	89
Die Kontrolle der Breitenwirkung und des Erfolgs von „Gesundheit 2020“	89
Beobachtung und Kontrolle jenseits von „Gesundheit 2020“	92
Auf ein integriertes Gesundheitsinformationssystem für Europa hinarbeiten	96
Neue Ansätze zu Gesundheitsinformationen und Evidenz	97
Die Notwendigkeit internationaler Zusammenarbeit	100

Literatur	109
------------------------	------------

Anhang 1. Fachlicher Kontext der in dem Bericht verwendeten Daten und Indikatoren	129
--	------------

Danksagung

Der Europäische Gesundheitsbericht 2015 wurde unter der Gesamtaufsicht von Claudia Stein (Direktorin, Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation, WHO-Regionalbüro für Europa) ausgearbeitet. Die Hauptautoren waren Marieke Verschuuren (Chefredakteurin und Medizinische Epidemiologin), Nils Fietje (Sachbearbeiter Forschung), Fern Greenwell (kommissarische Leiterin des Referats Gesundheitsinformation, Kontrolle und Analyse), Thara Raj (Beraterin) und Claudia Stein, alle von der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation, WHO-Regionalbüro für Europa.

Grundlegende Orientierung und Fachkompetenz gewährleistete der Redaktionsausschuss des WHO-Regionalbüros für Europa. Ihm gehörten Gunta Lazdane (Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf), Srdan Matic (Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt), Piroška Östlin (Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden) und Govin Permanand (Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit) an.

Zu dem Bericht trugen ferner bei: Sarah Atkinson (Universität Durham, Durham (Vereinigtes Königreich)); Mohan J. Dutta (Nationale Universität von Singapur, Singapur); Dóra Guðrún Guðmundsdóttir (Gesundheitsdirektion, Reykjavik (Island)); Mona Heurgren (Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl, Stockholm (Schweden)); Henk Hilderink (Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM), Bilthoven (Niederlande)); Pamela Rendi-Wagner (Gesundheitsministerium, Wien (Österreich)); Tara Womersley (unabhängige Beraterin, Aberdeen (Vereinigtes Königreich)); Galina Evdokushkina, Alla Ivanova, Victoria Semyonova und Elena Zemlyanova (WHO-Kooperationszentrum für Gesundheitsstatistik und Analyse, Moskau (Russische Föderation)); sowie Sara Barragan Montes, Joao Breda, Matteo Dembech, Andrey Egorov, Clayton Hamilton, Manfred Huber, Tanja Kuchenmüller, Enrique Loyola, Frederiek Mantingh, Marco Martuzzi, Kristina Mauer-Stender, Mark Muscat, Natela Nadareishvili, Ivo Rakovac, Oliver Schmoll, Dinesh Sethi, Santino Severoni, Abigail Shefer, Karyn Tate, Sarah Thomson und Martin Willi Weber (WHO-Regionalbüro für Europa).

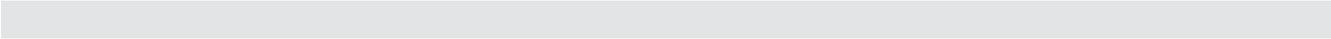
Mitglieder des Europäischen Beratungsausschusses für Gesundheitsforschung und der Expertengruppe für kulturelle Rahmenbedingungen von Gesundheit des WHO-Regionalbüros für Europa fungierten als externe Gutachter und steuerten konstruktive Kommentare und Vorschläge bei.

Abkürzungen

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	Körper-Masse-Index
CARINFONET	Gesundheitsinformationsnetzwerk der zentralasiatischen Republiken
COSI	Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter
EHII	Europäische Gesundheitsinformations-Initiative
EU	Europäische Union
EVIPNet	Evidence-informed Policy Network
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
HBSC	Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (Studie)
HEN	Health Evidence Network
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
ILOSTAT	Hauptabteilung Statistik der Internationalen Arbeitsorganisation
NCD	nichtübertragbare Krankheiten
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Polio	Poliomyelitis
POSE	Simulierung eines Polio-Ausbruchs zu Übungszwecken
RCC	Regionale Zertifizierungskommission für die Poliomyelitiseradikation
RIVM	Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (Niederlande)
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen
UNESCO	Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen

Abkürzungen der in manchen Abbildungen und Tabellen verwendeten Länderbezeichnungen

ALB	Albanien
AND	Andorra
ARM	Armenien
AUT	Österreich
AZE	Aserbaidschan
BIH	Bosnien und Herzegowina
BLR	Belarus
BEL	Belgien
BEL (Fl)	Belgien (flämischsprachig)
BEL (Fr)	Belgien (französischsprachig)
BUL	Bulgarien
CRO	Kroatien
CYP	Zypern
CZH	Tschechische Republik
DEN	Dänemark
DEU	Deutschland
ENG	England
EST	Estland
FIN	Finnland
FRA	Frankreich
GEO	Georgien
GRE	Griechenland
HUN	Ungarn
ICE	Island
IRE	Irland
ISR	Israel
ITA	Italien
KAZ	Kasachstan
KGZ	Kirgisistan
LTU	Litauen
LUX	Luxemburg
LVA	Lettland
MAT	Malta
MDA	Republik Moldau
MKD	Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien
MNE	Montenegro
MON	Monaco
NET	Niederlande



NOR	Norwegen
POL	Polen
POR	Portugal
ROM	Rumänien
RUS	Russische Föderation
SCT	Schottland
SMR	San Marino
SPA	Spanien
SRB	Serbien
SVK	Slowakei
SVN	Slowenien
SWE	Schweden
SWI	Schweiz
TJK	Tadschikistan
TKM	Turkmenistan
TUR	Türkei
UKR	Ukraine
UNK	Vereinigtes Königreich
UZB	Usbekistan
WLS	Wales



Vorwort: Fortschritte bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ erzielen und neue Formen von Evidenz nutzen

Ich freue mich, Ihnen den Europäischen Gesundheitsbericht 2015 vorstellen zu können. Er ist eine unentbehrliche Ressource für die 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO, in der über Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ berichtet wird. Dieser Bericht präsentiert Trends für die Indikatoren von „Gesundheit 2020“ und gewonnene Erkenntnisse aus einzelnen Ländern zu der Frage, wie sie wirksame Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit ergriffen haben, um die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Bevölkerung zu verbessern. Er geht auch auf neue Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit ein, die in den letzten Jahren entstanden sind. Um wirksam auf diese Herausforderungen zu reagieren, werden neue Formen von Evidenz benötigt. Dieser Bericht bietet einen Überblick über die innovative Arbeit, die jetzt geleistet wird, um die Messung und die Interpretation von Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern.

Der Europäische Gesundheitsbericht ist eine Flaggschiff-Veröffentlichung, die das WHO-Regionalbüro für Europa alle drei Jahre herausgibt. Im Bericht von 2012 wurden die Ausgangswerte von 2010 für die Fortschrittskontrolle in Bezug auf die Dachziele von „Gesundheit 2020“ beschrieben. Im Europäischen Gesundheitsbericht 2015 werden nun die seitdem erzielten Fortschritte präsentiert. Die Dachziele betreffen die Senkung der vorzeitigen Mortalität, die Erhöhung der Lebenserwartung, den Abbau von Ungleichgewichten, die Stärkung des Wohlbefindens, die Sicherung der allgemeinen Gesundheitsversorgung und die Festlegung nationaler Ziele in den Ländern. Eine Bestandsaufnahme der verfügbaren Daten für alle diese sechs Dachziele ergab sowohl positive Entwicklungen als auch Felder, in denen in der Region intensivierete Anstrengungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit unternommen werden müssen.

Im Europäischen Gesundheitsbericht 2012 wurden Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Messung von Fortschritten bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und der Berichterstattung darüber thematisiert, insbesondere im Hinblick auf die Messung von

Wohlbefinden. Als ein Ergebnis erfolgreicher Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und den Mitgliedstaaten beginnt das WHO-Regionalbüro für Europa, diese Schwierigkeiten zu untersuchen. Der Bericht präsentiert einen aktuellen Überblick über diese Arbeit sowie Vorschläge für neue Quellen qualitativer Evidenz zur Beschreibung und Beobachtung von Wohlbefinden im Kontext von „Gesundheit 2020“. Fakten und Zahlen reichen nicht aus, um sinnvoll darüber Bericht zu erstatten, was es bedeutet, in der Europäischen Region gesund zu sein und Wohlbefinden zu verspüren. Wie in diesem Bericht dargelegt wird, bedarf es stattdessen neuer Formen von Evidenz, um die Erfahrungen von Gesundheit und Wohlbefinden vollständig zu erfassen.

Der von den Mitgliedstaaten angenommene Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ ist ein wichtiger Schwerpunkt dieses Berichts. Meine Mitarbeiter im WHO-Regionalbüro für Europa bemühen sich gemeinsam mit den Ländern, deren Kapazitäten zur Erfassung von Fortschritten bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ auszubauen. Für die umfassende Beobachtung der Gesundheit der Bevölkerung reichen die Indikatoren des Kontrollrahmens für „Gesundheit 2020“, der einige wichtige Bereiche der öffentlichen Gesundheit nicht abdeckt, jedoch nicht aus. Zudem bedeutet die Beobachtung der Gesundheit der Bevölkerung mehr als die Analyse von Daten und Indikatoren: Genauso wichtig ist es, sicherzustellen, dass Gesundheitsinformationen im Prozess der Politikgestaltung wirksam genutzt werden. Dieser Bericht beschreibt zentrale Chancen und Herausforderungen der Aufgabe, Gesundheitsinformationen und Evidenz an die Erfordernisse des 21. Jahrhunderts anzupassen.

In erster Linie zeigt der Europäische Gesundheitsbericht 2015 Fortschritte auf der regionalen Ebene auf. Ich bin jedoch zuversichtlich, dass er sich auch als eine nützliche Informationsquelle für politische Entscheidungsträger erweisen und ihnen helfen wird, Bereiche zu ermitteln, die weiter untersucht werden müssen und politische Maßnahmen auf der nationalen Ebene erfordern. Diese Veröffentlichung sollte für alle Fachleute aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit, für wissenschaftliche Einrichtungen, nichtstaatliche Organisationen und andere Gruppen von Interesse sein, die zu „Gesundheit 2020“ sowie zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region beitragen möchten.

Um die Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsinformationen, mit denen die Region konfrontiert ist, effizient und nachhaltig zu bewältigen, bedarf es breiter internationaler Zusammenarbeit. Harmonisierung, Kooperation sowie die Weitergabe von Wissen, Erfahrungen und bewährten Beispielen für gute Praxis sind wesentliche Elemente. Ich hoffe deshalb, dass dieses Buch die Mitgliedstaaten und andere Akteure ermuntern wird, der Europäischen Gesundheitsinformation-Initiative beizutreten, einer Kooperation zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa, europäischen Institutionen und Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO zur Verbesserung der Informationen, auf die sich die Politik stützt. Nur durch die Bündelung aller Kräfte kann die Forschungs- und Entwicklungsagenda zum Thema Gesundheitsinformationen produktiv und nachhaltig vorankommen.

Zsuzsanna Jakab
WHO-Regionaldirektorin für Europa

Zentrale Aussagen

Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“

Innerhalb nur weniger Jahre nach der Ausarbeitung des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ übernehmen immer mehr Länder die darin enthaltenen Prinzipien und Ansätze und nutzen sie zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens ihrer Bürger.

Die Europäische Region der WHO ist auf Kurs, um die Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ in Bezug auf die Senkung der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronischen Atemwegserkrankungen um 1,5% jährlich bis 2020 zu erreichen. Die bedeutendsten Fortschritte in der Region resultieren aus Verbesserungen in Ländern mit der höchsten vorzeitigen Mortalität.

Alkohol- und Tabakkonsum sowie Übergewicht und Adipositas bleiben in der Region wichtige Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Region weist die weltweit höchsten Raten von Alkohol- und Tabakkonsum auf, und Schätzungen der WHO zeigen Anstiege der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zwischen 2010 und 2014 in nahezu allen Ländern.

Trotz der insgesamt hohen Durchimpfung gegen Masern in der Region bestehen Impflücken in der Bevölkerung fort, die in anhaltender endemischer Übertragung und einigen landesweiten Ausbrüchen resultieren.

Die Unterschiede zwischen den höchsten und den niedrigsten gemeldeten Werten für die Indikatoren von „Gesundheit 2020“, die mit den sozialen Determinanten von Gesundheit (Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung, Grundschulbesuch und Arbeitslosigkeit) verknüpft sind, haben sich verringert. Vorläufige Daten lassen darauf schließen, dass sich dieser Trend seit 2010 fortgesetzt hat, wenngleich die absoluten Unterschiede zwischen den Ländern groß bleiben.

Der Wert für Eigenleistungen von Patienten als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit auf der regionalen Ebene (24%) hat sich seit 2010 nicht verändert. 2012 lag dieser Anteil in nur 12 der

53 Länder in der Region unterhalb der kritischen Schwelle für die Verhütung katastrophal hoher Gesundheitsausgaben von 15%.

Wohlbefinden und seine kulturellen Rahmenbedingungen

Mit der Annahme von „Gesundheit 2020“ beauftragten die Mitgliedstaaten das WHO-Regionalbüro für Europa, das Wohlbefinden der Bevölkerung in der Region zu messen und ganzheitlich darüber Bericht zu erstatten.

Wohlbefinden ist ein verbindendes Konzept, das für viele Politikbereiche von Bedeutung ist. Sich mit Wohlbefinden zu befassen, bietet eine wichtige Gelegenheit, um einen gesamtstaatlichen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO zu nutzen.

Ein zunehmender Bestand an Evidenz zeigt, dass:

- Wohlbefinden auf der lokalen und nationalen Ebene zuverlässig gemessen werden kann;
- die Ergebnisse etwas zeigen, das durch andere Messungen nicht erfasst wird; und
- die Gestaltung politischer Maßnahmen unter Berücksichtigung von Wohlbefinden die Durchführung gesundheitsbezogener Programme, Dienstleistungen und Leistungen verbessern kann.

Wohlbefinden wird auf der subjektiven individuellen Ebene erfahren; es kann durch eine Reihe von Indikatoren auf der Bevölkerungsebene auch objektiv dargestellt werden, etwa durch Bildung, Einkommen und die Wohnsituation. Der großen Komplexität von Wohlbefinden lässt sich nur mit einem interdisziplinären integrierten Gesundheitsforschungsansatz Rechnung tragen. Dies wird eine dauerhaftere Nutzung unterschiedlichen Arten qualitativer Evidenz erfordern, um die aus Befragungen zu Wohlbefinden verfügbaren quantitativen Daten zu verbessern.

Der Vergleich von Daten zu subjektivem Wohlbefinden zwischen Gruppen aus sehr unterschiedlichen kulturellen Kontexten bleibt eine Herausforderung. Weil kulturelle Rahmenbedingungen großen

Einfluss auf das Wohlbefinden haben, muss ihre Bedeutung für das Wohlbefinden und für Gesundheit allgemein systematischer untersucht werden.

Zur Verbreitung von Informationen über Wohlbefinden sollte ein stärker partizipatorisch ausgerichteter Ansatz auf der Grundlage der Mitsprache lokaler Gemeinschaften genutzt werden. Eine von oben nach unten verlaufende Berichterstattung erfasst wahrscheinlich nicht die große Vielfalt der kulturellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer Gesundheit und Wohlbefinden angesiedelt sind.

Im Januar 2015 begann die WHO mit einer Untersuchung der kulturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit, die die Erkenntnisse über den Einfluss von Kultur auf das Wohlbefinden und auf Gesundheit allgemein aufbereiten soll. Eines ihrer längerfristigen Ziele besteht darin, mehr Instrumente und Methoden hervorzubringen, um Wohlbefinden zu messen und darüber Bericht zu erstatten.

Neue Dimensionen von Gesundheitsinformationen und Evidenz

Manche der Hauptprobleme mit Datenbeständen, die als Grundlage des Kontrollrahmens für „Gesundheit 2020“ verwendet wurden, beziehen sich auf die Datenqualität, die Regelmäßigkeit der Erhebung und die Aktualität der Meldungen. Verbesserungen der Zertifizierungs- und Kodierungspraktiken werden die Qualität der Daten zu Todesursachen beträchtlich stärken. Die Einhaltung des empfohlenen Grads der Detailliertheit der Meldungen an die WHO durch die Mitgliedstaaten würde den Nutzwert und die Vergleichbarkeit von Indikatoren auf der Grundlage dieser Daten weiter erhöhen.

Die WHO und viele Länder haben im Bereich der öffentlichen Gesundheit einen Paradigmenwechsel vollzogen, in dessen Rahmen sich der Schwerpunkt von Tod und Krankheit zu Gesundheit und Wohlbefinden verlagert hat. In Gesundheitsinformationen sollte mehr Gewicht auf subjektive und qualitative Daten gelegt werden, um sicherzustellen, dass sie diese Veränderung widerspiegeln.

Zur Verbesserung der Berichterstattung über Gesundheit und Wohlbefinden in der gesamten Europäischen Region sollte erwogen werden, nicht-traditionelle Quellen von Gesundheitsinformationen zu untersuchen. Historische Aufzeichnungen und anthropologische Beobachtungen könnten nützliche Informationsquellen zum Thema Wohlbefinden sein. Datenquellen wie soziale Medien, Mobiltelefonaten und elektronische Patientenakten können regelmäßige Gesundheitsstatistiken um neue Einsichten erweitern.

Die Erfolgskontrolle von „Gesundheit 2020“ sollte optimiert werden, indem über die üblichen Indikatoren hinausgeschaut und ihr Themenspektrum um Konzepte wie die Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften, Befähigung und Zugehörigkeitsgefühl erweitert wird.

Zur effizienten und zukunftsfähigen Bewältigung der aktuellen Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsinformationen bedarf es breiter internationaler Zusammenarbeit. Die Länder sollten die Festlegung von Prioritäten für solche internationalen Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten vorantreiben.

Die Europäische Gesundheitsinformations-Initiative ist ein WHO-Netzwerk von Akteuren einschließlich der Mitgliedstaaten, das sich für die Verbesserung der Gesundheit in der Region durch Verbesserung der Informationen einsetzt, auf die sich die Politik stützt. Sie unterstützt die Entwicklung eines einheitlichen europäischen Gesundheitsinformationssystems gemäß der Beschreibung in der 2010 vom WHO-Regionalbüro für Europa und der Europäischen Kommission angenommenen gemeinsamen Erklärung.

01

A photograph of a forest floor covered in fallen yellow and orange leaves. The sun is shining brightly from the upper left, creating a lens flare effect and illuminating the scene. The background shows a dense forest of tall, thin trees with some fallen branches on the ground.



Überblick

Dieser Überblick beschreibt die Ziele und Zielgruppen des Europäischen Gesundheitsberichts 2015, bietet Informationen über den Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ – dem Rückgrat des Berichts – und umreißt den Inhalt der Hauptkapitel.

Ziele und Zielgruppen

Der Europäische Gesundheitsbericht wird alle drei Jahre als eine Flaggschiff-Publikation des WHO-Regionalbüros für Europa veröffentlicht. Die Hauptziele der Ausgabe von 2015 des Berichts sind:

- die Berichterstattung über bislang erzielte Fortschritte in Bezug auf die Dachziele von „Gesundheit 2020“ in der Region;
- die Beschreibung neuer Dimensionen von Gesundheitsinformationen und Evidenz, die in den kommenden Jahren berücksichtigt werden müssen, um die Überwachung der gesundheitlichen Situation im Hinblick auf „Gesundheit 2020“ und darüber hinaus, einschließlich der Messung subjektiven Wohlbefindens, zu optimieren.

Angesichts der starken Fokussierung auf Fortschritte in Bezug auf die Dachziele des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ sind politische Entscheidungsträger die Hauptzielgruppe dieses Berichts. Da er jedoch auch auf die epidemiologische

Situation in der Europäischen Region sowie den Bedarf an Gesundheitsinformationen und Innovationen eingeht, wird der Bericht auch für andere Nutzer von Gesundheitsinformationen wie Experten im Bericht der öffentlichen Gesundheit, wissenschaftliche Einrichtungen, Medien, nichtstaatliche Organisationen und Vereinigungen von Patienten und Gesundheitsfachkräften von Interesse sein. Zusätzlich zum vollständigen Bericht ist auch eine kurze Zusammenfassung verfügbar (1).

Der Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“

Die 53 Mitgliedstaaten in der Region nahmen „Gesundheit 2020“ 2012 auf der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa als das neue gesundheitspolitische Rahmenkonzept der Europäischen Region an. Es unterstützt gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen mit dem Ziel, Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung signifikant zu verbessern, Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich abzubauen, die öffentliche Gesundheit zu stärken und nachhaltige bürgernahe Gesundheitssysteme zu gewährleisten, die allgemein zugänglich sind und Chancengleichheit sowie qualitativ hochwertige Leistungen bieten. Seine vier vorrangigen Bereiche sind:

- Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen;
- Bekämpfung der großen Krankheitslast aufgrund nichtübertragbarer und übertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region;
- die Stärkung bürgernaher Gesundheitssysteme, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten sowie von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen;
- die Schaffung unterstützender Umfeldler und widerstandsfähiger Gemeinschaften (2).

Um die Wirkung der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ zu überwachen, wurde in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten ein Kontrollrahmen entwickelt, der auf der 63. Tagung des Regionalkomitees angenommen wurde. Dieser Kontrollrahmen besteht aus Bereichen, Dachzielen, Quantifizierungen und Kernindikatoren (siehe Tabelle 1.1) (3). Die Kernindikatoren dienen als Grundlage für die Erfolgskontrolle von „Gesundheit 2020“ auf der

regionalen Ebene. Daneben werden auch zusätzliche Indikatoren präsentiert, die in umfassenderer Weise als Basis für die Festlegung von Zielvorgaben und die Fortschrittsüberwachung auf der nationalen Ebene genutzt werden können. Der Kontrollrahmen umfasst insgesamt 37 Indikatoren: 19 Kernindikatoren (von denen einige für mehr als ein Dachziel genutzt werden) und 18 zusätzliche Indikatoren. Die Indikatoren von „Gesundheit 2020“ wurden von zwei speziell für diese Aufgabe zusammengestellten Expertengruppen einschließlich nationaler Vertreter entwickelt. Weiterführende Informationen über den Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ und seine Entwicklung finden sich in Anhang 1.

Tabelle 1.1.
Überblick über den Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“

Bereich	Dachziel	Quantifizierung	Kernindikatoren
Krankheitslast und Risikofaktoren	Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region	Senkung der vorzeitigen Mortalität	Vorzeitige Mortalität, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Übergewicht/Adipositas
		Eliminierung impfpräventabler Krankheiten	Durchimpfung gegen Masern/Röteln und Polio
		Verringerung der Sterblichkeit aufgrund äußerer Ursachen	Mortalität aufgrund äußerer Todesursachen
Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten	Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region	Erhöhung der Lebenserwartung	Lebenserwartung bei Geburt
	Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region	Abbau der durch soziale Determinanten bedingten gesundheitlichen Kluft in der Bevölkerung der Europäischen Region	Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung bei Geburt, Anteil der Kinder, die nicht die Grundschule besuchen, Arbeitslosenquote, (sub)nationale Politik gegen gesundheitliche Ungleichgewichte, Gini-Koeffizient (Einkommensverteilung)
	Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region	Muss noch festgelegt werden	Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung, Bevölkerung mit so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen, Gini-Koeffizient (Einkommensverteilung), Arbeitslosenquote, Anteil der Kinder, die nicht die Grundschule besuchen
Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme	Allgemeine Gesundheitsversorgung und das „Recht auf Gesundheit“	Entwicklung hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung	Eigenleistungen der Privathaushalte für Gesundheit, Durchimpfung gegen Masern/Röteln und Polio, Gesamtgesundheitsausgaben
	Mitgliedstaaten legen nationale Ziele bzw. Zielvorgaben fest	Schaffung von Verfahren zur Aufstellung nationaler Zielvorgaben	Schaffung von Verfahren zur Aufstellung nationaler Zielvorgaben, Harmonisierung nationaler Konzepte mit „Gesundheit 2020“

Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“

Kapitel 2 bewertet die erzielten Fortschritte bei der Verwirklichung der im Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ definierten Dachziele im Vergleich zum Jahr 2010, dem von den Ländern festgelegten Bezugspunkt. Es beschreibt regionale Trends und länderübergreifende Unterschiede in Bezug auf die Kernindikatoren für die Erfolgskontrolle von „Gesundheit 2020“. In manchen Fällen werden auch zusätzliche Indikatoren verwendet, um ein vollständigeres Bild zu zeichnen. Die epidemiologischen Informationen werden durch anregende Beispiele für gute Praxis aus den Ländern und Übersichten über politische Fortschritte in der Region ergänzt.

Bei der Entwicklung des Kontrollrahmens für „Gesundheit 2020“ wurde pragmatisch entschieden, ihn straff zu halten und Überschneidungen zu vermeiden, woraus der Grundsatz resultierte, Zielvorgaben und Indikatoren auszuschließen, die bereits Teil bestehender Rahmenkonzepte der WHO oder anderer vereinbarter Rahmenkonzepte waren. Ausnahmen von dieser Regel betreffen die erste Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ im Hinblick auf die Senkung der vorzeitigen Mortalität und die diesbezüglichen Kernindikatoren, die auch Teil des globalen Kontrollrahmens für nichtübertragbare Krankheiten der WHO sind (4). Angesichts ihrer Bedeutung für die Europäische Region wurden diese als wesentlich für den Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ eingestuft und es wurde beschlossen, sie beizubehalten, sie jedoch mit dem globalen Kontrollrahmen in Einklang zu bringen. Die Nichtberücksichtigung bestehender Zielvorgaben und Indikatoren hat zur Konsequenz, dass der Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ nicht alle Bereiche der öffentlichen Gesundheit mit Bedeutung für die Europäische Region und innerhalb des Aufgabenbereichs des WHO-Regionalbüros für Europa abdeckt, weil manche bereits durch andere Rahmenkonzepte überwacht werden. Infolgedessen deckt Kapitel 2 nicht das vollständige Spektrum der öffentlichen Gesundheit ab: Es konzentriert sich auf diejenigen Bereiche und Themen, die im Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ berücksichtigt wurden, und nicht auf diejenigen, die bereits durch andere Rahmenkonzepte wie dem Europäischen Aktionsplan HIV/AIDS 2012–2015 oder die Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit (5, 6) überwacht werden.

Wohlbefinden und seine kulturellen Rahmenbedingungen

„Gesundheit 2020“ deckt drei Hauptbereiche (siehe Tabelle 1.1) ab, von denen einer Wohlbefinden umfasst. Aufbauend auf den Grundlagen des Europäischen Gesundheitsberichts 2012, in dem versucht wurde, erste Indikatoren für die Beobachtung von Wohlbefinden im Kontext von „Gesundheit 2020“ zu ermitteln, wurden diese Indikatoren jetzt erprobt und angewendet. Kapitel 3 präsentiert Ergebnisse und Fragen, die bei der Entwicklung dieses neuen Bereichs der öffentlichen Gesundheit berücksichtigt werden müssen.

Wenngleich in den Ländern und bei internationalen Organisationen weiterhin vielfältige Arbeiten geleistet werden, befinden sich die Indikatoren zur Messung und Beobachtung von Wohlbefinden noch im Entwicklungsstadium. Es ist jedoch klar geworden, dass Aktivitäten zur Messung und Beobachtung von Wohlbefinden mit ganz eigenen Herausforderungen verbunden sind, weil sie nicht nur objektive, sondern auch subjektive Maße umfassen. Mit subjektiven Maßen zu arbeiten, ist bekanntlich problematisch: Es wirft Fragen nach der Verständlichkeit von Messinstrumenten und ihrer Anwendbarkeit auf Bevölkerungsgruppen sowie den Einfluss kultureller Vorurteile auf, aus denen sich wiederum Fragen nach der Interpretation und der Vergleichbarkeit subjektiver Maße ergeben. In Kapitel 3 wird detailliert auf diese Themen eingegangen, wobei der Schwerpunkt auf der Frage liegt, wie kulturelle Rahmenbedingungen Messungen von Wohlbefinden beeinflussen. Außerdem wird die Entwicklungsarbeit in diesem Bereich nachgezeichnet.

Neue Dimensionen von Gesundheitsinformationen und Evidenz

Kapitel 4 untersucht den weiteren Bedarf an Gesundheitsinformationen und Evidenz zur Verbesserung der Überwachung der Umsetzung und der Wirkung von „Gesundheit 2020“. Es fasst die in den Kapiteln 2 und 3 ermittelten Herausforderungen und Chancen zusammen und stellt diese in einen größeren Kontext, indem es auf den Bedarf an Informationen und Evidenz über „Gesundheit 2020“ hinaus eingeht und Verknüpfungen mit laufender Arbeit und vielversprechenden Entwicklungen in der Region herstellt. Dabei wird auch auf Fragen im Zusammenhang mit etablierten traditionellen Datensammlungen und Indikatoren sowie zukünftigem Bedarf an Informationen und Evidenz eingegangen.

02





Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“

Zentrale Aussagen

Innerhalb nur weniger Jahre nach der Ausarbeitung des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ übernehmen immer mehr Länder die darin enthaltenen Prinzipien und Ansätze und nutzen sie zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens ihrer Bürger.

Die Europäische Region ist auf Kurs, um die Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ in Bezug auf die Senkung der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronischen Atemwegserkrankungen um 1,5% jährlich bis 2020 zu erreichen. Die bedeutendsten Fortschritte in der Region resultieren aus Verbesserungen in Ländern mit der höchsten vorzeitigen Mortalität.

Alkohol- und Tabakkonsum sowie Übergewicht und Adipositas bleiben in der Region wichtige Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Region weist die weltweit höchsten Raten von Alkohol- und Tabakkonsum auf, und Schätzungen der WHO zeigen Anstiege der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zwischen 2010 und 2014 in nahezu allen Ländern.

Trotz der insgesamt hohen Durchimpfung gegen Masern in der Region bestehen Impflücken in der Bevölkerung fort, die in anhaltender endemischer Übertragung und einigen landesweiten Ausbrüchen resultieren.

Die Unterschiede zwischen den höchsten und den niedrigsten gemeldeten Werten für die Indikatoren von „Gesundheit 2020“, die mit den sozialen Determinanten von Gesundheit (Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung, Grundschulbesuch und Arbeitslosigkeit) verknüpft sind, haben sich verringert. Vorläufige Daten lassen darauf schließen, dass sich dieser Trend seit 2010 fortgesetzt hat, wenngleich die absoluten Unterschiede zwischen den Ländern groß bleiben.

Der Wert für Eigenleistungen von Patienten als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit auf der regionalen Ebene (24%) hat sich seit 2010 nicht verändert. 2012 lag dieser Anteil in nur 12 der 53 Länder in der Region unterhalb der kritischen Schwelle für die Verhütung katastrophal hoher Gesundheitsausgaben von 15%.

Einführung

Dieses Kapitel enthält die Berichterstattung über Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ auf der regionalen Ebene im Vergleich zum Bezugsjahr 2010. Seine Struktur folgt dem für diesen Zweck entwickelten Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ (3), der Dachziele, Quantifizierungen für diese Dachziele und Kernindikatoren für jeden der drei Hauptbereiche von „Gesundheit 2020“ enthält: Krankheitslast und Risikofaktoren; Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten; und Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme (siehe [Tabelle 1.1](#)). Der Kontrollrahmen enthält darüber hinaus zusätzliche Indikatoren: Die Länder werden ermuntert, diese für weitere informative Kontrollmaßnahmen auf der nationalen Ebene zu nutzen; sie verfolgen jedoch nicht die Fortschritte auf der regionalen Ebene. Die Berichterstattung über regionale Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ in diesem Kapitel basiert folglich ausschließlich auf den Kernindikatoren. In einigen Fällen werden jedoch zusätzliche Indikatoren beschrieben, um ein vollständigeres Gesamtbild zu zeichnen.

Im Abschnitt über Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ in Kapitel 1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass Zielvorgaben und Indikatoren, die bereits Teil bestehender Rahmenkonzepte der WHO oder anderer

Rahmenkonzepte sind, im Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ nicht berücksichtigt wurden (mit einer Ausnahme). Dieses Kapitel bietet deshalb keinen umfassenden Überblick über alle bedeutsamen Bereiche der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region, weil es sich ausschließlich auf die in dem Kontrollrahmen behandelten Bereiche und Themen konzentriert.

In diesem Kapitel werden vorzugsweise Indikatoren aus WHO-Quellen verwendet. Die Daten liefern eine Momentaufnahme der Situation zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts. Die Datenbanken der WHO werden regelmäßig aktualisiert, sodass sich manche der präsentierten regionalen Durchschnitts-, Maximal- und Minimalwerte abhängig von den Meldungen der Länder an die WHO im Lauf der Zeit verändern werden. Außerdem ist die Datenbasis auf der regionalen Ebene für mehrere der Kernindikatoren von „Gesundheit 2020“ für die ersten Jahre seit dem Bezugsjahr 2010 noch nicht vollständig, was es erschwert, Schlussfolgerungen über Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ zu ziehen. Weitere Details zu den verwendeten Indikatoren und Datenquellen sowie zur Datenverfügbarkeit enthält Anhang 1.

Dachziel 1: Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region

Für dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ gibt es drei Quantifizierungen, die sich auf die vorzeitige Mortalität aufgrund der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten, impfpräventable Krankheiten und äußere Todesursachen beziehen. Für jede Quantifizierung werden eine Zusammenfassung der Fortschritte und vollständige Beschreibungen der zugehörigen Indikatoren präsentiert.

Zusammenfassung der Fortschritte: vorzeitige Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten

Die erste Quantifizierung ist eine durchschnittliche jährliche Senkung der kombinierten vorzeitigen Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten um 1,5% bis 2020. Die hiermit verknüpften Kernindikatoren sind:

- Vorzeitige Mortalität insgesamt (von 30 bis unter 70 Jahren) für die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronische Atemwegserkrankungen);
- Prävalenz des aktuellen Tabakkonsums bei ab 18-Jährigen;
- Gesamtalkoholkonsum pro Kopf bei ab 15-Jährigen;
- Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei ab 18-Jährigen.

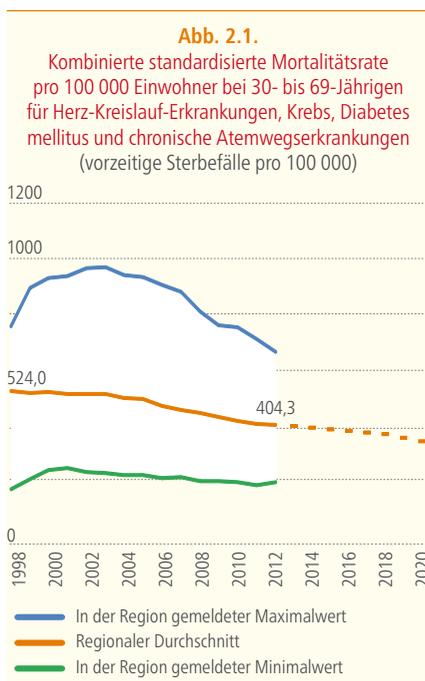
Die durchschnittliche jährliche Senkung der vorzeitigen Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten über die ersten drei Beobachtungsjahre (2010 - 2012) beträgt 2,0%. Die Region ist deshalb derzeit auf Kurs, das Ziel zu erreichen. Die Zahl der Länder in der Region, für die Daten für 2011 und 2012 verfügbar sind, ist jedoch suboptimal (35 beziehungsweise 28 von 53). Dies bedeutet, dass die Senkungsrates seit 2010 nur als eine vorläufige Schätzung betrachtet werden sollte.

Alkohol- und Tabakkonsum sowie Übergewicht und Adipositas zählen in der Europäischen Region zu den größten Problemen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts waren von den Ländern gemeldete Daten, die eine Bewertung von Entwicklungen bei diesen Risikofaktoren auf der regionalen Ebene seit 2010 zulassen würden, nicht verfügbar. Unabhängig davon ging der Gesamtalkoholkonsum im Zeitraum von 2005 bis 2010 in der Region um 10% zurück, und dieser Trend dürfte mehrere Jahre anhalten. Schätzungen der WHO zufolge sank zwischen 2010 und 2012 die Prävalenz des Tabakkonsums in fast allen Ländern, für die Daten verfügbar sind. Die meisten sind jedoch nicht auf Kurs, was das Erreichen der globalen Zielvorgabe einer relativen Reduzierung des aktuellen Tabakkonsums um 30% bis 2025 betrifft (4). Besonders besorgniserregend ist, dass laut Schätzungen der WHO die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zwischen 2010 und 2014 in allen 51 Ländern in der Region, für die Daten verfügbar sind, zugenommen hat.

Bei der Senkung der vorzeitigen Mortalität ist die Europäische Region auf Kurs

Die durchschnittlichen standardisierten Mortalitätsraten für vorzeitige Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten in der gesamten Region sanken zwischen 1998 und 2012 von 524 auf 404 Todesfälle pro

100 000 Einwohner, was einer durchschnittlichen jährlichen Senkung um 1,8% entspricht (siehe Abb. 2.1). Die Senkungsrate stieg in diesem Zeitraum von 0,8% zwischen 1998 und 2008 auf 2,6% zwischen 2006 und 2012. Um die Zielvorgabe einer durchschnittlichen jährlichen Senkung um 1,5% im Vergleich zum regionalen Durchschnitt im Bezugsjahr 2010 zu erreichen, muss die standardisierte Mortalitätsrate von 420 Todesfälle pro 100 000 Einwohner auf 361 pro 100 000 Einwohner sinken (veranschaulicht durch die gestrichelte Linie in Abb. 2.1). Die durchschnittliche jährliche Senkungsrate für den Zeitraum von 2010 bis 2012 beträgt 2,0%, was signalisiert, dass die Region auf Kurs ist, um das Dachziel von „Gesundheit 2020“ zu erreichen. Da für 2011 und 2012 nur Daten aus 35 beziehungsweise 28 Ländern in der Region verfügbar waren, sollte dies als eine vorläufige Schätzung betrachtet werden. Nach Eingang der restlichen Daten muss diese Situation noch einmal bewertet werden.



Hinweise: Verwendete Codes laut der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, (ICD 10): Herz-Kreislauf-Erkrankungen: I00 - I99, Krebs: C00 - C97, Diabetes mellitus: E10 - E14, chronische Atemwegserkrankungen: J40 - J47. Die gestrichelte Linie repräsentiert einen Trend einer jährlichen Senkung der vorzeitigen Mortalität um 1,5% bis 2020 im Einklang mit dem Dachziel von „Gesundheit 2020“, berechnet unter Verwendung der folgenden Formel für die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate: $\text{standardisierte Mortalitätsrate}_{\text{Zeit2}} = \text{standardisierte Mortalitätsrate}_{\text{Zeit1}} \times (1+i)^n$ mit i = Wachstumsrate von -1,5% und n = Anzahl der Jahre.

Quelle: Detaillierte Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region (7).

Aus Abb. 2.1 geht hervor, dass die Senkungsrate der vorzeitigen Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten seit Mitte der 2000er Jahre in den Ländern, die die höchsten standardisierten Mortalitätsraten melden, wesentlich steiler nach unten geht, als in denjenigen, die die niedrigsten melden, wo sie während der gesamten 2000er Jahre so gut wie unverändert blieb. Folglich beruhen die Fortschritte beim regionalen Durchschnitt fast vollständig auf Verbesserungen in Ländern, die mit den höchsten Werten für die vorzeitige Mortalität begannen. Die Trends bei den Maximal- und Minimalwerten der standardisierten Mortalitätsrate müssen jedoch umsichtig interpretiert werden, weil diese die höchsten und die niedrigsten in der Region in einem bestimmten Jahr gemeldeten Werte repräsentieren und sich nicht notwendigerweise jedes Jahr auf dasselbe Land beziehen. Sie können in manchen Fällen Ausdruck von Lücken oder Verzögerungen der nationalen Meldungen sein, insbesondere in den letzten Jahren.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs: Hauptursachen vorzeitiger Mortalität

Die Indikatoren von „Gesundheit 2020“ für vorzeitige Mortalität umfassen Tod infolge Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronischer Atemwegserkrankungen; diese nichtübertragbaren Krankheiten sind maßgeblich für Todesfälle bei 30- bis 69-Jährigen verantwortlich und sind zu einem großen Teil vermeidbar. Die separate Analyse des relativen Beitrags jeder

Ursache hilft, den Gesamttrend bei der vorzeitigen Mortalität zu verstehen (siehe Abb. 2.2).

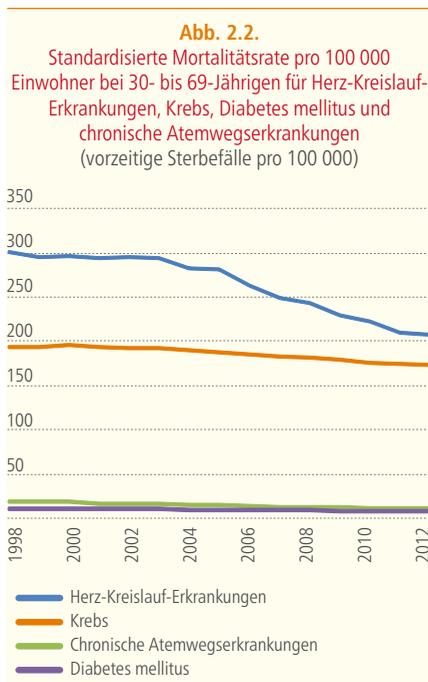
Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassen alle Erkrankungen des Herzens und der Kreislaufsysteme wie koronare Herzkrankheit, Angina, Herzinfarkt, kongenitale Herzkrankheit und Schlaganfall. Ischämische Herzkrankheit und Schlaganfall waren die führenden Todesursachen in der Region im Jahr 2010 (8). Die vorzeitige Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten geht fast zur Hälfte auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück. Folglich war die beschleunigte Senkung der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachten Todesfälle ab Mitte der 2000er Jahre auch für den Abwärtstrend der vorzeitigen Mortalität insgesamt in der ganzen Region mitverantwortlich. Diese Senkung kann ein Ergebnis von besseren Präventivmaßnahmen sein, beispielsweise des Umstands, dass Menschen sich gesünder verhalten, oder von verbesserten lebensrettenden Maßnahmen für Personen, die einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erlitten haben.

Obwohl die Sterberate für Krebs seit Mitte der 2000er Jahre nach und nach zurückgegangen ist, hat sich der Anteil der vorzeitigen Mortalität insgesamt aufgrund dieser Ursache erhöht, weil die Sterberate aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen rascher gesunken ist. Der Anteil von Krebs an der vorzeitigen Mortalität betrug 1998 etwas über ein Drittel (37%) und ist kontinuierlich auf 43% im Jahr 2012 gestiegen.

Auf chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus entfällt mit zusammengenommen etwa 6% der kleinste Anteil der vorzeitigen Todesfälle. Ihr Beitrag zur vorzeitigen Mortalität hat sich im Zeitverlauf nicht geändert (siehe Abb. 2.2).

Bei der Erfüllung der Zielvorgabe in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten sind die Länder trotz rückläufigen Tabakkonsums nicht auf Kurs

Zwischen 2010 und 2012 sank die Prävalenz des Tabakkonsums bei Erwachsenen in 39 der 41 Länder, für die Schätzungen der WHO verfügbar sind; der durchschnittliche Rückgang¹ belief sich



Hinweis: Verwendete Codes laut ICD-10: Herz-Kreislauf-Erkrankungen: I00 - I99, Krebs: C00 - C97, Diabetes mellitus: E10 - E14, chronische Atemwegserkrankungen: J40 - 47.

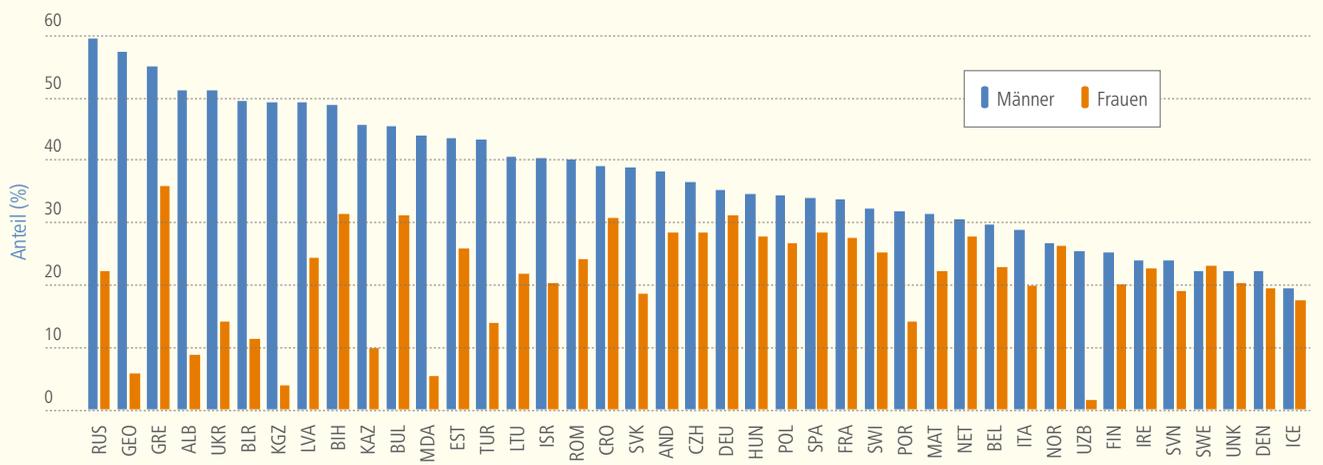
Quelle: Detaillierte Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region (7).

¹ Durchschnittliche ungewichtete Verringerung, berechnet ohne Berücksichtigung der Größe der Bevölkerung der Länder.

auf 1,8% (9). Zusätzliche Analysen der WHO zeigen jedoch, dass nur bei 11 Ländern in der Region die Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie die im globalen Kontrollrahmen für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten enthaltene Zielvorgabe einer Reduzierung um 30% bis 2025 verwirklichen (4): In den meisten Ländern reicht die Geschwindigkeit, mit der der Trend nachlässt, nicht aus, um die Zielvorgabe zu erreichen (10).

2012 wies die Europäische Region mit 30% von allen WHO-Regionen die höchste regionale durchschnittliche Rate des Tabakkonsums auf – mit allerdings beträchtlichen Unterschieden zwischen den Ländern. Sie verzeichnete auch die höchste regionale durchschnittliche Rate des Tabakkonsums bei Frauen. Die höchsten und die niedrigsten nationalen Raten für das Rauchen von Tabakwaren waren 59% und 19% bei Männern sowie 36% und 1% bei Frauen (siehe Abb. 2.3). Es sollte darauf hingewiesen werden, dass es sich bei diesen Daten um Schätzungen handelt, die von der WHO für den globalen Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten angestellt wurden (9). Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts waren keine von einem Land gemeldete neuere Daten verfügbar, um die Entwicklungen seit 2010, dem Bezugsjahr von „Gesundheit 2020“, zu bewerten; Trenddaten waren nur für

Abb. 2.3.
 Altersstandardisierte Prävalenzschätzungen für derzeitiges Rauchen von Tabakwaren bei Erwachsenen, 2012



Hinweis: Die WHO verwendet Standardmethoden zur Berechnung von Schätzungen, um die länderübergreifende Vergleichbarkeit zu maximieren. Diese Daten können deshalb von den offiziellen Statistiken von Mitgliedstaaten abweichen.

Quelle: Globaler Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten (9).

den Zeitraum von 2000 bis 2008 verfügbar (11). Diese zeigen jedoch einen deutlich abnehmenden Trend, und die Schätzungen für 2010 und 2012 lassen darauf schließen, dass dieser anhält. Dieser Abwärtstrend beim Tabakkonsum hat zu einer Senkung der vorzeitigen Mortalität und zu einem Anstieg der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten beigetragen, insbesondere bei Männern (12).

Der hohe Tabakkonsum in der Europäischen Region hat auch zur Folge, dass sie weltweit einen der höchsten auf Tabakkonsum zurückzuführenden Anteile von Todesfällen aufweist. Von der WHO 2012 durchgeführte Analysen (auf der Grundlage von Daten von 2004) zeigten, dass der Anteil der über 30-Jährigen in der Region 16% betrug. Im Gegensatz dazu lagen die Anteile in der Region Afrika und der Region Östlicher Mittelmeerraum bei 3% beziehungsweise 7%; der globale Durchschnitt beläuft sich auf 12%. In der Europäischen Region ist bei 30- bis 44-Jährigen nahezu einer von fünf vorzeitigen Todesfällen und bei 45- bis 49-Jährigen einer von drei vorzeitigen Todesfällen auf Tabakkonsum zurückzuführen. Was nichtübertragbare Krankheiten betrifft, sind 85% der durch Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs verursachten Todesfälle und 16% der durch ischämische Herzkrankheit verursachten Todesfälle auf Tabakkonsum zurückzuführen. Gleiches gilt für 26% der Tuberkulose-Todesfälle und 24% aller Todesfälle infolge Infektionen der unteren Atemwege bei den übertragbaren Krankheiten (13).

Das im Februar 2005 in Kraft getretene Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ist der erste weltweite Vertrag im Bereich der öffentlichen Gesundheit und dient der Bekämpfung der negativen gesundheitlichen, sozialen, umweltbezogenen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und der Belastung durch Tabakrauch (14). Die Wirksamkeit von Maßnahmen in unterschiedlichen Politikbereichen ist umfassend belegt (15, 16). Beispielsweise lässt sich aus der wissenschaftlichen Literatur ablesen, dass nur wenige Monate nach dem Inkrafttreten gesetzlicher Rauchverbote die Zahl der Krankenhauseinweisungen nach Herzinfarkten um 20 bis 40% sinken kann (17).

Die Europäische Region steht in Bezug auf Alkoholkonsum und alkoholbedingte Schäden weltweit an erster Stelle

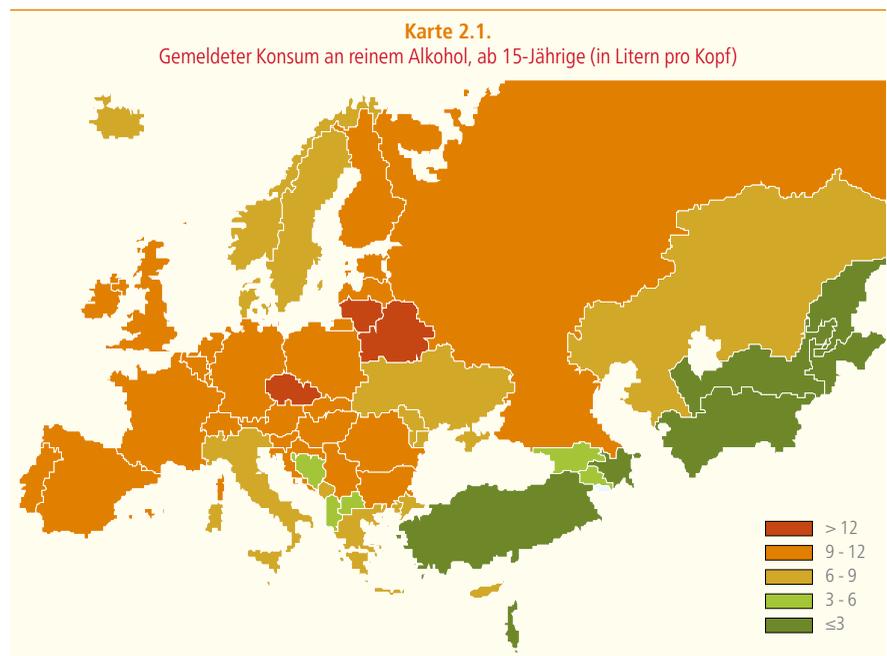
Der Alkoholkonsum in der Europäischen Union ist der höchste auf der Welt, was in einer höheren Prävalenz der Alkoholabhängigkeit

und von Störungen aufgrund von Alkoholkonsum als in anderen WHO-Regionen resultiert (siehe Tabelle 2.1). Das Ausmaß des Alkoholkonsums variiert jedoch stark zwischen den Ländern in der Europäischen Region und reicht von jährlich 0,32 bis 14,37 Liter pro Kopf (siehe Karte 2.1). In ähnlicher Weise unterscheidet sich das Ausmaß des schädlichen Alkoholkonsums bei den ab

Tabelle 2.1.
Gesamtalkoholkonsum pro Kopf, Prävalenz der Alkoholabhängigkeit und
Prävalenz von Störungen aufgrund von Alkoholkonsum in WHO-Regionen, 2010

WHO-Region	Gesamtkonsum pro Kopf (ab 15-Jährige) (in Litern reinen Alkohols)	Prävalenz der Alkoholabhängigkeit (%)	Prävalenz von Störungen aufgrund von Alkoholkonsum (%)
Afrika	6,0	1,4	3,3
Gesamtamerika	8,4	3,4	6,0
Östlicher Mittelmeerraum	0,7	0,2	0,3
Europäische Region	10,9	4,0	7,5
Südasien	3,5	1,7	2,2
Westpazifik	6,8	2,3	4,6
Global	6,2	2,9	4,1

Quelle: Globales Informationssystem der WHO für Alkohol und Gesundheit (18).



Hinweis: Daten aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2009 - 2012.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

15-Jährigen stark zwischen den Ländern, wobei 0,4% und 8,3% der niedrigste beziehungsweise der höchste Wert in der Region im Jahr 2010 waren (18). Leider sind regionale Daten zu Trends beim Alkoholkonsum seit 2010 noch nicht verfügbar. Im Zeitraum von 2005 bis 2010 sank der Gesamtalkoholkonsum in der Europäischen Region um 10% und dieser Trend dürfte mehrere Jahre anhalten (19).

Europa stand an vorderster Front, was Maßnahmen zur Verringerung alkoholbedingter Schäden betraf: Die Europäische Region war die erste, die 1992 einen Aktionsplan gegen Alkohol annahm, und 2011 billigten die Mitgliedstaaten den Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020). Dieser umfasst eine Reihe evidenzbasierter Politikoptionen zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (20) (siehe Kasten 2.1). Umfangreiche Belege zeigen die Wirksamkeit und die Kostenwirksamkeit von Maßnahmen wie Interventionen zur Regulierung von Alkoholpreisen, zur Beschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol und zur Bekämpfung von Alkohol am Steuer (21, 22).

Kasten 2.1.

Alkohol und Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

Hintergrund

Die Region verzeichnet seit 1990 einen allgemein abnehmenden Trend des Alkoholkonsums – eines wichtigen Risikofaktors für vorzeitige Mortalität –, weist aber immer noch die höchste Rate aller WHO-Regionen auf.

Ergriffene politische Maßnahmen

Als Reaktion hierauf billigten die Mitgliedstaaten 2011 den Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020). Im Rahmen dieses Plans führten die Europäische Kommission und die WHO zur Erforschung der politischen Situation 2012 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), Beitritts- und Kandidatenländern, Norwegen und der Schweiz (35 Ländern insgesamt) gemeinsam eine Erhebung durch. Dabei wurde gefragt, ob in den zurückliegenden fünf Jahren verschiedene Politikbereiche gestärkt oder geschwächt worden oder unverändert geblieben waren. Die nachstehend beschriebenen Resultate geben die Antworten aller bei der Erhebung berücksichtigten Länder außer den fünf

Kandidatenländern für den Beitritt zur EU wieder.

Resultate

Die positivsten Entwicklungen wurden bei der Bewusstseinsbildung (23 von 30 Ländern), bei Konzepten in Bezug auf Alkohol am Steuer und Gegenmaßnahmen (22 Länder) sowie bei Überwachung und Alkoholforschung (21 Länder) gemeldet. Bedeutsamerweise berichteten zwei Drittel der Länder über die Stärkung von Maßnahmen zur Beschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol – eine der wirksamsten Interventionen, die von der WHO zur Verringerung schädlichen Alkoholkonsums empfohlen werden. 2012 verfügten 23 Länder über eine nationale Alkoholpolitik und von den sieben Ländern ohne eine solche waren sechs dabei, eine auszuarbeiten. Die Länder mit einer nationalen Politik gaben an, dass sie politikbereichsübergreifend war, wobei die Bereiche Gesundheit, Soziales, Verkehr/Straßensicherheit, Bildung, Strafverfolgung und Strafjustiz sowie Finanzen/Steuern am häufigsten genannt wurden. Alle Länder bis

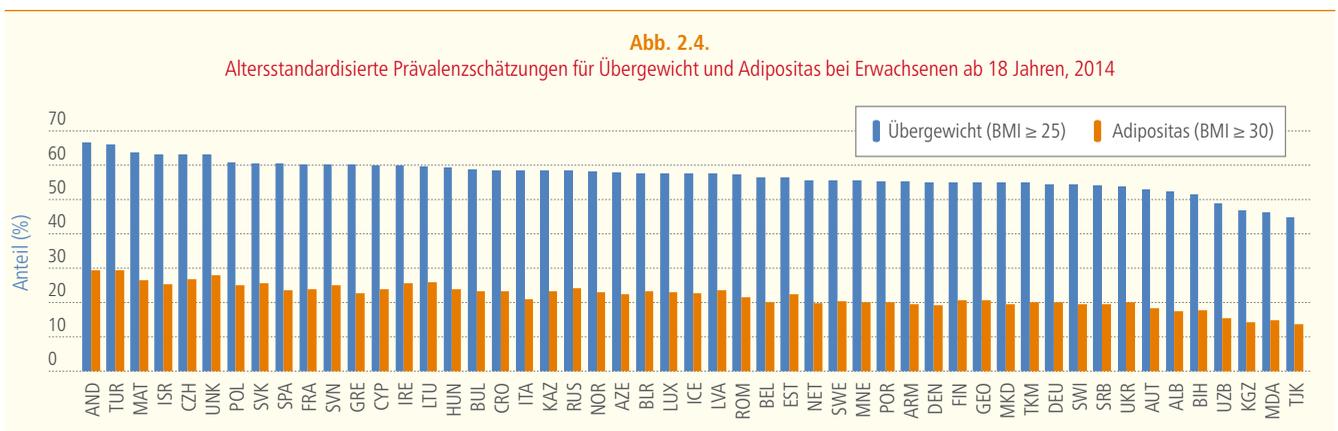
auf eines meldeten, in den zurückliegenden drei Jahren irgendeine Form von nationaler Aktivität zur Bewusstseinsbildung durchgeführt zu haben; diese zielten auf folgende Themen: Alkohol am Steuer (24 Länder), Alkohol und Jugendliche (21 Länder) sowie Alkohol und Gesundheit (19 Länder).

2011 verboten zwei Länder den Verkauf zu nicht kostendeckenden Preisen (Verkauf für einen Preis unter den Produktionskosten), zwei verboten Mengenrabatte wie 2-zum-Preis-von-1-Angebote und fünf meldeten die Verhängung einer zusätzlichen Abgabe auf bestimmte Produkte wie Alkopops und andere Fertiggetränkemischungen. 2012 wurde in einem Land ein Gesetz zur Festlegung eines Mindestpreises je alkoholisches Getränk verabschiedet, das einen Mindestpreis festlegt, unter dem eine bestimmte Menge an reinem Alkohol nicht verkauft werden darf. Der Trend des sinkenden Alkoholkonsums in der Region ist ermutigend: Diese Zunahme an nationalen Handelskonzepten wird den Trend weiter verstärken und letztlich die vorzeitige Mortalität aufgrund von Alkoholkonsum senken (23).

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist alarmierend hoch und steigend

2014 reichte die Prävalenz von Übergewicht – gleichbedeutend mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 25 oder darüber – in 51 Ländern in der Europäischen Region von 44,9% bis 66,9%, während die Prävalenz von Adipositas – gleichbedeutend mit einem BMI von 30 oder darüber – von 13,6% bis 29,5% reichte (siehe Abb. 2.4). Für den globalen Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten wurden von der WHO auch Schätzungen für 2010 erstellt (9): In allen Fällen ist die Prävalenz für die 51 Länder, für die Schätzungen erstellt werden konnten, 2014 höher als 2010. Neuere, von den Ländern regelmäßig gemeldete Daten zu Übergewicht und Adipositas sind auf der regionalen Ebene nicht vorhanden.

Ein Blick auf die globale Lage zeigt, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas am höchsten in der Region Gesamtamerika (61% übergewichtig und 27% adipös bei beiden Geschlechtern) und der Europäischen Region (58,5% übergewichtig, 23% adipös) und am niedrigsten in der Region Südostasien (22% übergewichtig, 5% adipös) ist. In der Europäischen Region, der Region Östlicher Mittelmeerraum und der Region Gesamtamerika sind mehr als 50% der Frauen übergewichtig und grob die Hälfte von diesen ist auch adipös (25%, 24% beziehungsweise 30%). Während bei Männern in der Europäischen Region die Wahrscheinlichkeit, dass



Hinweis: Die WHO verwendet Standardmethoden zur Berechnung von Schätzungen, um die länderübergreifende Vergleichbarkeit zu maximieren. Diese Daten können deshalb von den offiziellen Statistiken von Mitgliedstaaten abweichen.

Quelle: Globaler Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten (9).

sie übergewichtig sind, größer als bei Frauen ist, ist bei Frauen die Wahrscheinlichkeit größer, dass sie adipös sind (9, 24).

Adipositas ist eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert. In vielen Ländern der Europäischen Region hat sich ihre Prävalenz seit den 1980er Jahren verdreifacht. Abgesehen davon, dass ein zu hohes Gewicht verschiedene körperliche Behinderungen und psychologische Probleme verursacht, erhöht es auch drastisch das Risiko der Betroffenen, sich mehrere nichtübertragbare Krankheiten einschließlich Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs und Diabetes mellitus zuzuziehen (25). Mehrere Programme des WHO-Regionalbüros für Europa bemühen sich, die Adipositasepidemie in der Region zu bekämpfen. Dazu zählen auch diejenigen, die sich nicht nur auf körperliche Betätigung und Ernährung konzentrieren, sondern auch auf die sozioökonomischen Determinanten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebs sowie die Gesundheit von Kindern und Erwachsenen.

Die Europäische Region war die erste, die eine spezielle Strategie zugunsten körperlicher Betätigung entwickelte. In der Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten (26) ebenso wie im Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung für die Zeit von 2015 bis 2020 (27) forderten die Mitgliedstaaten eine Strategie, um mit dem Ziel, unter Verwendung eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes Wohlbefinden zu fördern sowie der Belastung durch Adipositas und nichtübertragbare Krankheiten entgegenzuwirken, alle Bevölkerungsgruppen zu körperlicher Betätigung zu ermuntern. Kürzlich veröffentlichte Schätzungen der WHO für 2010 unterstreichen die Notwendigkeit einer solcher Politik: Sie zeigen, dass etwa 20% der Männer und 25% der Frauen in der Europäischen Region unzureichend körperlich aktiv sind (9). Die Strategie dürfte auf der 65. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 2015 behandelt werden.

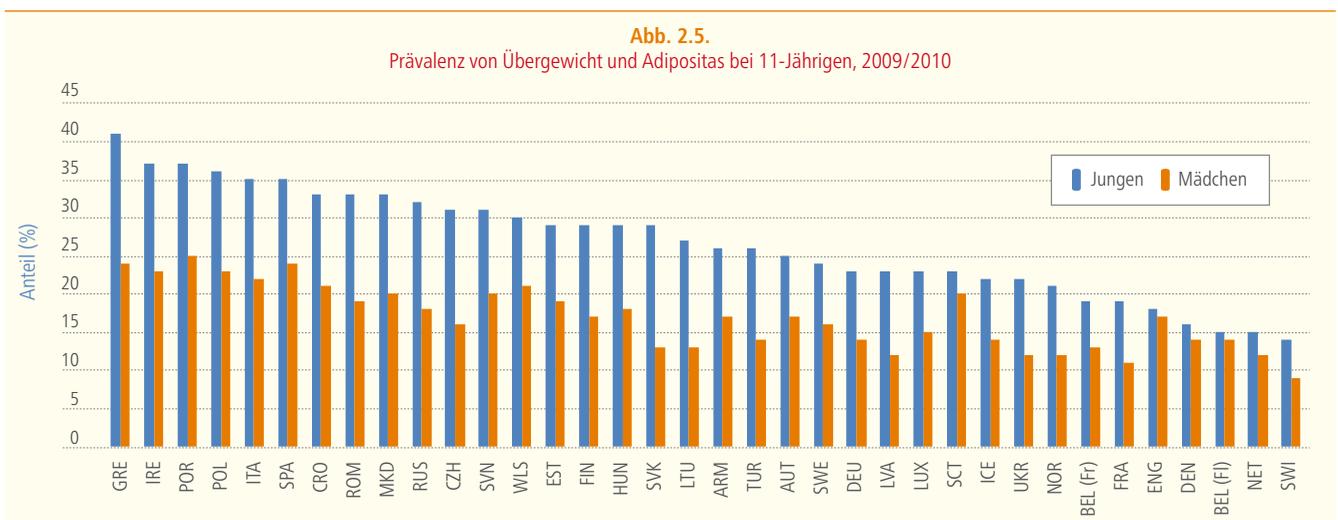
Die WHO unterstützt auch Maßnahmen der Politik, indem sie Informationen über die Wirksamkeit von Interventionen gegen Übergewicht und Adipositas zusammenstellt: beispielsweise in Veröffentlichungen des Health Evidence Network (HEN) (28). Die in diesem Abschnitt präsentierten Daten lassen darauf schließen, dass die potenziellen Gewinne der Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas in der Form von verbesserter Gesundheit und niedrigerer vorzeitiger Mortalität in der Region beträchtlich sind.

Laut einer internationalen Studie sind 23% der 11-Jährigen übergewichtig

Ein zusätzlicher Indikator für diese Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen. Die Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HSBC-Studie), an der 36 europäische Länder oder subnationale Regionen, die Vereinigten Staaten von Amerika und Kanada teilnehmen (29), berichtete 2012 auf der Grundlage von Daten aus Selbsteinschätzungen, dass 11 - 33% der 11-Jährigen übergewichtig oder adipös waren. Die durchschnittliche Prävalenz von Übergewicht und Adipositas betrug bei 11-Jährigen 23%, bei 13-Jährigen 19% und bei 15-Jährigen 16%. In allen teilnehmenden europäischen Ländern und Regionen wiesen Jungen höhere Adipositasraten auf als Mädchen, häufig deutlich höhere (29) (siehe Abb. 2.5).

Die HBSC-Studie konzentriert sich auf Jugendliche. Zur Beobachtung von Veränderungen des Übergewichts bei Kindern im Grundschulalter etablierte die WHO die Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (COSI) (siehe Kasten 2.2).

Wie bei Erwachsenen sind die Hauptrisikofaktoren für Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen eine ungesunde Ernährung und



Hinweis: Einstufung als übergewichtig und adipös auf der Grundlage der Wachstumstabelle der WHO für Kinder im schulpflichtigen Alter und Jugendliche von 5 - 19 Jahren zur Wachstumsbeachtung. Die Ergebnisse zeigen die Anteile mit einem BMI von mehr als einer Standardabweichung über dem durchschnittlichen Referenz-BMI der WHO für ihr Alter.

Quelle: Currie et al. (29).

Kasten 2.2. COSI

Die Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (COSI) wurde 2007 etabliert, um Veränderungen des Übergewichts bei Kindern im Grundschulalter zu beobachten. Mit Hilfe anthropometrischer Ergebnisse der zweiten Runde von COSI (2009/2010) wurden innerhalb von neun Ländern und zwischen ihnen Veränderungen des BMI und des Übergewichts bei Kindern aus den Schuljahren 2007/2008 bis 2009/2010 untersucht. Anhand von Querschnittsproben von 6- bis 9-Jährigen leitete die Studie BMI, anthropometrische Z-Werte und die Prävalenz von Übergewicht aus Messungen von Gewicht und Größe ab. Das System der Z-Werte drückt den anthropometrischen Wert als mehrere Standardabweichungen oder Z-Werte unter oder über dem Referenzmittel- oder -medianwert aus (30). Signifikante Veränderungen zwischen den Runden wurden bewertet. In der zweiten Runde erreichte die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Jungen von 18% bis 57% und bei Mädchen von 18% bis 50%, während die Prävalenz von Adipositas bei Jungen von 6% bis 31% und bei Mädchen von 5% bis 21% reichte. Die südeuropäischen Länder verzeichneten die höchste Prävalenz von Übergewicht. Zwischen den Messungsrunden variierte die absolute Veränderung des mittleren BMI (Wertebereich: von -0,4 bis +0,3) und der Z-Werte für BMI-nach-Alter (Wertebereich: von -0,21 bis +0,14) statistisch signifikant zwischen Ländern. Die größte signifikante Verringerung der Z-Werte für BMI-nach-Alter wurde in Ländern mit höheren BMI-Werten festgestellt und der größte signifikante Anstieg in Ländern mit niedrigeren BMI-Werten (31, 32).

zu wenig körperliche Betätigung. Die HBSC-Studie zeigte, dass 2009/2010 der Anteil der Jugendlichen, die an jedem Schultag frühstückten und täglich Obst aßen, mit dem Alter abnahm, während der Konsum an Softdrinks mit dem Alter zunahm (33). Sie zeigte auch, dass der Anteil der 11-Jährigen, die angaben, sich mindestens eine Stunde täglich moderat bis intensiv körperlich zu betätigen, bei Jungen von 10% bis 43% und bei Mädchen von 7% bis 31% reichte. Die Anteile der 13- und 15-Jährigen waren noch niedriger (29).

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Förderung körperlicher Betätigung bei Kindern und Jugendlichen ein wichtiges Feld ist, auf dem die Politik aktiv werden muss, um Übergewicht und Adipositas zu bekämpfen. Bei einer kürzlich vom WHO-Regionalbüro für Europa durchgeführten Befragung gaben mehr als 90% der Länder an, über eine Politik zu verfügen, die Vorgaben in Bezug auf eine Mindeststundenzahl an Leibeserziehung in Schulen sowie die notwendige Ausstattung von Kindergärten und Schulen mit Sporteinrichtungen enthält. Nur 20% der auskunftgebenden Länder bestätigten jedoch, über eine Politik zu verfügen, die zu Schulen führende Radwege vorschreibt, und gerade einmal 35% gaben an, Maßnahmen eingeführt zu haben, die es unterstützen, den Schulweg zu Fuß zurückzulegen. Diese Resultate machen deutlich, wie schwierig es ist, ressortübergreifende Konzepte zu entwickeln, bei denen die Bildungspolitik mit der Städteplanung und der Verkehrspolitik integriert werden muss, um in höherem Maß unterstützende und sicherere Umfelder zu schaffen, in denen Kinder in allen Alltagssettings körperlich aktiver sein können (34).

Zusammenfassung der Fortschritte: impfpräventable Krankheiten

Die zweite Quantifizierung für Dachziel 1 von „Gesundheit 2020“ ist die dauerhafte Eliminierung ausgewählter impfpräventabler Krankheiten. Der Kernindikator hierfür ist der Anteil der gegen Masern, Poliomyelitis (Polio) und Röteln geimpften Kinder. Weil Kinder heute gewöhnlich mit einem Kombi-Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft werden, wird in diesem Kapitel nur auf die Impfung gegen Masern und Polio eingegangen.

Die durchschnittliche Durchimpfung gegen Masern stieg in der Europäischen Region von 93,4% im Jahr 2010 (Bezugsjahr von

„Gesundheit 2020“) auf 93,7% im Jahr 2011 und 94,6% im Jahr 2012. Obwohl die Durchimpfung insgesamt stetig zunimmt, verzeichnen mehrere Länder eine anhaltende endemische Übertagung und in manchen ist es zu landesweiten Ausbrüchen gekommen. Es muss deshalb mehr getan werden, um das Ziel der Maserneliminierung zu verwirklichen. Insbesondere müssen sich die Länder darauf konzentrieren, durch die Verbesserung der subnationalen Durchimpfung und der Durchimpfung mit der zweiten Dosis Impflücken in der Bevölkerung zu schließen und spezielle Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Die durchschnittliche Durchimpfung gegen Polio betrug in der Region 94,7% im Jahr 2010, 94,4% im Jahr 2011 und 95,4% im Jahr 2012. Es bedarf anhaltender Wachsamkeit, weil Polio-Ausbrüche in anderen WHO-Regionen und suboptimale Durchimpfung in manchen Teilen der Europäischen Region immer noch eine Bedrohung darstellen.

Die Zahl der Masernfälle nimmt trotz verbesserter Durchimpfung zu

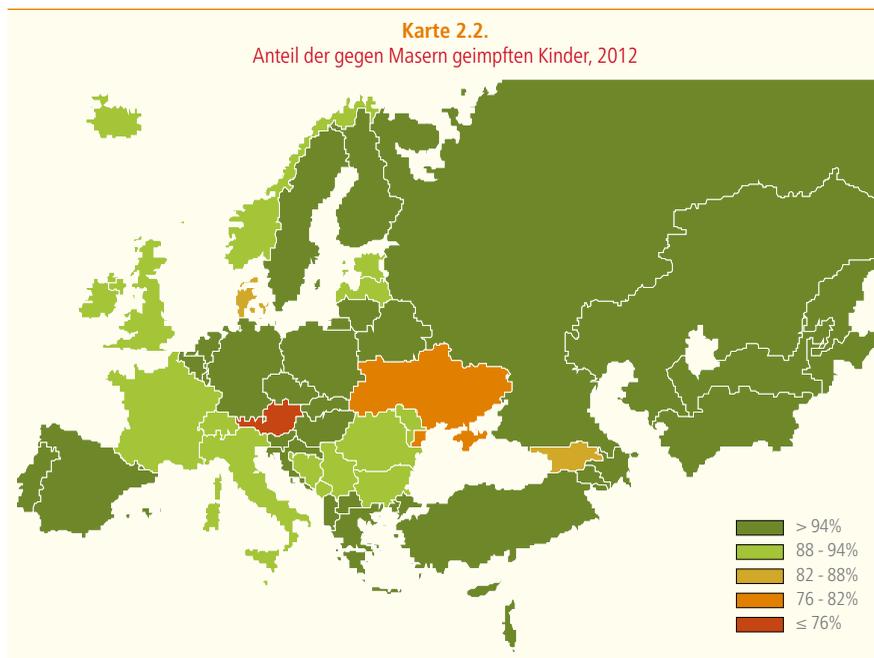
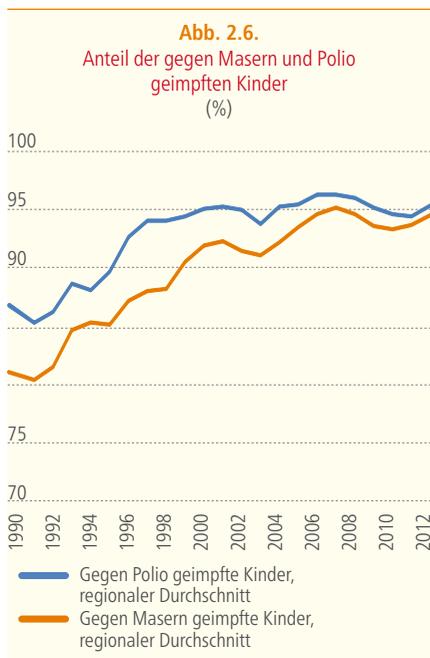
Die Durchimpfung gegen Masern ist in der Europäischen Region stetig von 81% im Jahr 1990 auf etwa 95% im Jahr 2012 gestiegen (siehe Abb. 2.6 und Karte 2.2). Von 93,4% im Jahr 2010 stieg sie auf 93,7% im Jahr 2011 und auf 94,6% im Jahr 2012. Dennoch sind Masern nach einer historisch niedrigen Inzidenzrate in der Zeit von 2007 bis 2009 wieder auf dem Vormarsch: Mehr als die Hälfte der Länder in der Region meldeten für 2013 insgesamt 31 685 Masernfälle. Neun Länder sowohl im westlichen als auch im östlichen Teil der Region meldeten jeweils mehr als 1000 Fälle.

Während auf der nationalen Ebene die Durchimpfung mit einer ersten Dosis eines Impfstoffs gegen Masern und Röteln in der Region allgemein hoch ist, sind die Werte für die subnationale Durchimpfung und die Durchimpfung mit der zweiten Dosis in vielen Ländern noch inakzeptabel niedrig. Die meisten Ausbrüche ereigneten sich in der allgemeinen Bevölkerung; manche betrafen jedoch besondere Gruppen wie Gemeinschaften, die Impfungen aus religiösen Gründen ablehnen. 2013 war mehr als ein Drittel der Fälle in der Region 20 Jahre alt oder älter. Dies zeigt, dass Erwachsene, die bei der Ersteinführung von Impfprogrammen gegen Masern nicht geimpft wurden, in

vielen Ländern zu einer anfälligen Gruppe geworden sind (35). Der Europäische Impfaktionsplan 2015–2020 ist eine regionale Ausgestaltung des Globalen Impfaktionsplans, die entwickelt wurde, um den speziellen Erfordernissen und Herausforderungen im Zusammenhang mit Impffragen in der Region Rechnung zu tragen (36).

Die Polio-Übertragung außerhalb der Europäischen Region unterstreicht die Notwendigkeit ständiger Wachsamkeit

Die Gesamtdurchimpfung gegen Polio in der Region stieg von etwa 87% im Jahr 1990 auf 94,7% im Jahr 2010, 94,4% im Jahr 2011 und 95,4% im Jahr 2012 (siehe Abb. 2.6). Im Juni 2013 bewertete die Zertifizierungskommission für die Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region (RCC) das Risiko der fortdauernden Übertragung nach der Einschleppung des Poliovirus in jedem der 53 Länder in der Region: Sie stufte das Risiko in 18 Ländern als



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Kinder, die bis zu ihrem zweiten Geburtstag gegen Masern geimpft wurden (1 Dosis), und den Anteil der Säuglinge, die bis zu ihrem ersten Geburtstag vollständig gegen Polio geimpft wurden (3 Dosen) (im jeweiligen Kalenderjahr).

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Hinweis: Die Karte zeigt den Anteil der Kinder, die bis zu ihrem zweiten Geburtstag gegen Masern geimpft wurden (1 Dosis).

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

intermediär und in vier Ländern als hoch ein. Außerdem wurde in einem Land das Virus in Umweltproben und die Übertragung des Polio-Wildvirus festgestellt. Die Surveillance wurde intensiviert; 2014 kam die RCC nach einem Zeitraum von sechs Monaten ohne Übertragung zu dem Schluss, dass die Übertragung des Polio-Wildvirus in diesem Land zum Stillstand gekommen war. Diese Entwicklungen und die Polio-Ausbrüche in zuvor poliofreien Gebieten in anderen Regionen im Jahr 2013 sind eine deutliche Mahnung, dass die Wachsamkeit aufrechterhalten werden muss, um den poliofreien Status der Europäischen Region zu wahren (35). Ernstfallübungen für einen Polio-Ausbruch können ein guter Weg sein, um die Vorsorge für einen Polio-Ausbruch zu stärken (siehe [Kasten 2.3](#)).

Kasten 2.3.

Vorsorge für einen Polio-Ausbruch in der Europäischen Region

Hintergrund

Seitdem die Weltweite Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung ergriffen wurde, wurden beträchtliche Fortschritte erzielt (37). Unabhängig davon bleibt das Polio-Wildvirus in drei Ländern (Afghanistan, Nigeria und Pakistan) endemisch und durch Einschleppung ausgelöste Ausbrüche ereignen sich weiterhin in poliofreien Gebieten, zuletzt in der Syrischen Arabischen Republik. Deshalb müssen die poliofreien Gebiete auf der Welt wachsam bleiben. Die Europäische Region, die 2002 als poliofrei zertifiziert wurde, verzeichnete 2010 einen durch Einschleppung ausgelösten Ausbruch. Obwohl das Risiko der Übertragung des Poliovirus nach einer Einschleppung innerhalb der Region niedrig ist, machte die RCC darauf aufmerksam, dass in vielen Ländern nationale Aktionspläne für Gegenmaßnahmen gegen das Poliovirus unvollständig oder nicht vorhanden waren, und empfahl, diese Pläne Praxistests zu unterziehen, um für den Fall zukünftiger Ausbrüche ihre Bereitschaft sicherzustellen.

Ergriffene politische Maßnahmen

Um dieser Empfehlung nachzukommen, wurde eine Reihe von Ernstfallübungen durchgeführt. Damit sollten die

Koordinierungs- und Planungskapazitäten von Ländern zur Reaktion auf die Feststellung eines Polio-Ausbruchs überprüft werden. Die Ernstfallübungen wurden in der gesamten Region mit Teilnehmern aus Armenien, Aserbaidschan, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Montenegro, Serbien, der Ukraine und dem Vereinigten Königreich durchgeführt. Um die Kapazität zur Erkennung einer Poliovirus-Einschleppung und die Vorsorge zu verbessern, wurden die Teilnehmer ermuntert, als Teil der Übung ihre nationalen Reaktionspläne zu analysieren und zu aktualisieren. Bei den Ernstfallübungen wurden Elemente der Reaktionspläne wie ihre Koordinierung, die Kommunikation und die Zusammenarbeit auf sowohl der nationalen als auch der internationalen Ebene überprüft. Sie erleichterten es den Teilnehmern, Stärken und Probleme mit dem Ziel zu erkennen, die Reaktionen ihres jeweiligen Landes zu verbessern.

Resultate

Die Ernstfallübungen zeigten, dass die teilnehmenden Länder im Allgemeinen auf die potenzielle Einschleppung des Poliovirus vorbereitet waren, dass der Bereitschaftsstand jedoch noch Verbesserungen bedurfte. Für jedes

Land wurden Stärken und Schwächen aufgedeckt und nützliche Informationen zur Beseitigung von Defiziten wurden präsentiert. Landesberichte an die RCC von 2013 und 2014 ließen erkennen, dass seit der Durchführung der ersten Ernstfallübung viel unternommen wurde. Beispielsweise haben Kinderärzte und Epidemiologen gemeinsame Strategien für die Impfung traditionell unterversorgter Bevölkerungsgruppen definiert. Diese umfassen auch die Ausbildung von Mediatoren innerhalb dieser Gruppen, die Kartierung ihrer Siedlungen und die Entwicklung von Werbematerialien in lokalen Dialekten und Sprachen. Fortbildungsmaßnahmen für alle Gesundheitskräfte wurden ebenfalls eingerichtet.

Ernstfallübungen trugen dazu bei, die teilnehmenden Ländern mit den Bereitschaftsplänen anderer Teilnehmer vertraut zu machen, und förderten das Verständnis und die Zusammenarbeit zwischen Ländern und internationalen Organisationen. Die Erfahrungen und die gewonnenen Erkenntnisse sind auf andere impfpräventable Krankheiten übertragbar und die RCC hat ihre Ausweitung auf andere Länder und subnationale Gebiete gebilligt (38).

Zusammenfassung der Fortschritte: äußere Todesursachen

Die dritte Quantifizierung des Dachziels 1 von „Gesundheit 2020“ ist die Senkung der Mortalität aufgrund äußerer Todesursachen. Kernindikator hierfür sind standardisierte Mortalitätsraten aufgrund von allen äußeren Todesursachen und Verletzungen (ICD-10-Kodes V01 - V99, W00 - W99, X00 - X99 und Y00 - Y98).

Die Mortalitätsrate aufgrund von allen äußeren Todesursachen und Verletzungen sinkt in der Region seit 2002. Im Jahr 2010 (dem Bezugsjahr von „Gesundheit 2020“) betrug die Rate 60,9 pro 100 000 Einwohner und 2011 60,2 pro 100 000 Einwohner. Der regionale Durchschnitt für 2011 basiert jedoch auf Daten aus einer beschränkten Zahl von Ländern und muss deshalb neu bewertet werden, wenn die Mehrzahl der Länder Mortalitätsdaten an die WHO gemeldet hat.

Die Mortalität aufgrund äußerer Todesursachen und Verletzungen sinkt seit 2002

Die Mortalitätsrate aufgrund von allen äußeren Todesursachen und Verletzungen sinkt in der Region stetig seit 2002. Im Jahr 2010 (dem Bezugsjahr von „Gesundheit 2020“) betrug die Rate 60,9 pro 100 000 Einwohner und 2011 60,2 pro 100 000 Einwohner. Es sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass der regionale Durchschnitt für 2011 auf Daten aus einer beschränkten Zahl von Ländern basiert (siehe Tabelle A.2 in Anhang 1). Er sollte deshalb als vorläufig betrachtet werden und muss neu bewertet werden, wenn die Mehrzahl der Länder Mortalitätsdaten an die WHO gemeldet hat.

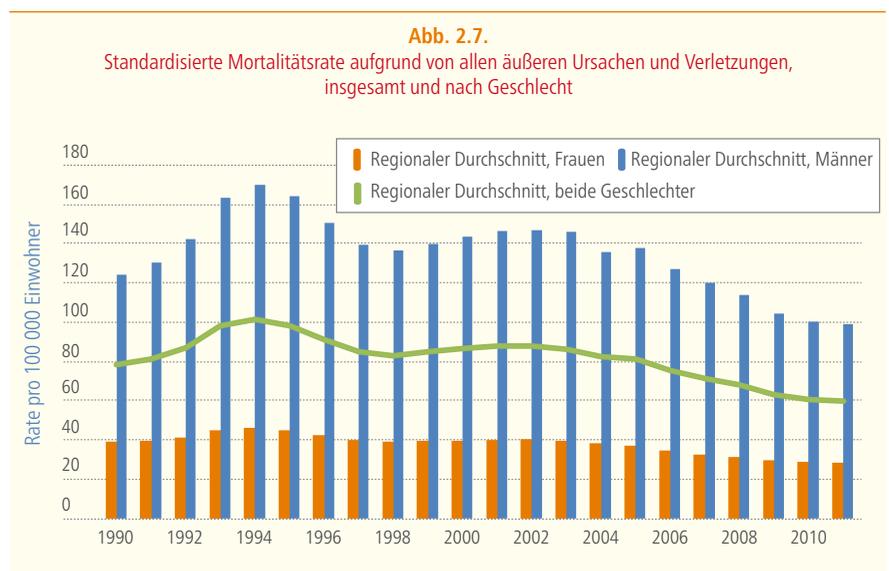
Insbesondere die Mortalitätsraten aufgrund von äußeren Todesursachen und Verletzungen von Männern sind in den letzten Jahren gesunken, wodurch sich der Unterschied zwischen Männern und Frauen auf 72,6 im Jahr 2010 und 71,9 im Jahr 2011 verringert hat. Wenngleich dies eine positive Entwicklung darstellt, ist die Differenz zwischen Männern und Frauen als absolute Zahl ausgedrückt immer noch beträchtlich (siehe Abb. 2.7).

Auf Männer entfallen 75% der Todesfälle bei Straßenverkehrsunfällen

Mithilfe eines zusätzlichen Indikators für diese Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ wird die Gesamtmortalitätsrate

nach Ursachen aufgeschlüsselt, einschließlich von unter anderem Kfz-Unfällen und Suiziden. Die Daten zeigen, dass die Mortalitätsraten aufgrund konkreter äußerer Todesursachen bei Männern durchgehend höher sind als bei Frauen (siehe Tabelle 2.2). Von den Personen, die bei Kfz-Unfällen in der Region sterben, sind 75% Männer und mehr als die Hälfte sind zwischen 15 und 44 Jahre alt (54%) (39). Obwohl Straßenverkehrsunfälle relativ weniger Todesfälle bei älteren Menschen verursachen, ist diese Gruppe besonders anfällig: Die Fähigkeit von Menschen, schwierige Verkehrssituationen zu bewältigen, nimmt mit dem Alter fortschreitend ab, und sie werden gebrechlicher (40).

2010 starben 92 500 Menschen bei Straßenverkehrsunfällen, 25% weniger als 2007 gemeldet wurden. In diesem Zeitraum stieg die Zahl der angemeldeten Fahrzeuge um 6%, was den Schluss zulässt, dass Maßnahmen zur Förderung der Sicherheit im Straßenverkehr trotz dieser Zunahme zur Senkung der Mortalität beitrugen (39). Die Prävention von Verletzungen ist auf der Agenda vieler Regierungen: Eine gemeinsame Studie der WHO und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik von 2013 kam zu dem Ergebnis, dass es in Europa zahlreiche evidenzbasierte Konzepte zur Förderung der Sicherheit im Straßenverkehr gibt, ihre Umsetzung jedoch beträchtlich variiert.



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Wo diese Konzepte erfolgreich umgesetzt wurden, scheinen sie zu einer deutlichen Senkung der Mortalität aufgrund von Verletzungen im Straßenverkehr geführt zu haben (42) (siehe Kasten 2.4). Die länderübergreifenden Unterschiede der Mortalität aufgrund von Straßenverkehrsunfällen sind in der Tat beträchtlich (siehe Tabelle 2.2), was zeigt, dass in einer großen Zahl von Ländern noch viel Raum für Verbesserungen besteht.

Trotz rückläufiger Tendenzen bleibt Suizid ein wichtiges Gesundheitsproblem

Die Mortalität aufgrund von Suizid und selbst zugefügten Verletzungen weist in der Region einen Abwärtstrend auf: Die Mortalitätsraten sanken von 19,8 pro 100 000 Einwohner im Jahr

Kasten 2.4.

Verringerung der Zahl der Straßenverkehrsunfälle in der Russischen Föderation

Hintergrund

Entwicklungen der Mortalität aufgrund von Verkehrsunfällen im Zeitverlauf in der Russischen Föderation zeichnen ein uneinheitliches Bild mit Aufwärts- und Abwärtstrends zu unterschiedlichen Zeiten. Unabhängig davon ergaben Vergleiche mit anderen Teilen der Europäischen Region einen wachsenden Rückstand, der die Politik zum Handeln zwang.

Ergriffene politische Maßnahmen

Ein gezieltes Programm zur Verbesserung der Sicherheit im Straßenverkehr auf der Ebene der Föderation für den Zeitraum 2006 - 2012 wurde durchgeführt, um die verkehrsbedingte Mortalität zu senken. Zu den zentralen Komponenten zählten:

- Verbesserung der Ausbildungsstandards der Fahrzeugführer;
- Modernisierung der Straßeninfrastruktur;
- Einführung von Mechanismen zur Verbesserung der Einhaltung von Straßenverkehrsvorschriften;
- gestärkte Durchsetzung rechtlicher Schritte in Fällen von Fehlverhalten;
- Verkürzung der Zeitspanne zwischen dem Unfallzeitpunkt und dem

Eintreffen von Notfalldiensten am Unfallort;

- raschere und besser koordinierte medizinische Reaktion.

Resultate

Zwischen 2005, als das Programm eingeführt wurde, und 2013 sanken die Mortalitätsraten von Männern und Frauen um durchschnittlich 26,2% beziehungsweise 29,4%, was auf eine positive Wirkung schließen lässt. Rückläufige Trends wurden in allen Altersgruppen beobachtet. Bei Erwachsenen im Erwerbsalter von 20 bis 39 Jahren betrug die beobachtete Senkung der Mortalitätsraten 20,8% für Männer und 22,2% für Frauen. Bei ab 60-Jährigen fiel die Senkung stärker aus: 35,5% für Männer und 39,9% für Frauen.

Fußgänger sind häufig Opfer von Verkehrsunfällen; folglich hatte das Programm auch einen beträchtlichen Einfluss auf die Fußgängermortalität. Infolge eines Rückgangs der Mortalität von 45,7% bei Männern und 45,2% bei Frauen sank der Anteil der Fußgänger an allen verkehrsbedingten Todesfällen von 40,1% auf 29,5% bei Männern und von 49,2% auf 38,2% bei Frauen. Weil es

sich bei Fußgängern häufig um ältere Menschen handelt, kann vermutet werden, dass das Programm einen stärkeren Einfluss auf die Mortalität in dieser Altersgruppe hatte.

Die subnationalen Streuungen der Mortalität aufgrund von Unterschieden bei der Infrastrukturentwicklung und der Verkehrsintensität in verschiedenen Regionen (*Oblasts*) fielen bemerkenswert groß aus. 2013 gab es eine Streuung um den Faktor 14 bei den Sterberaten von Männern (Wertebereich von 5,8 bis 82,2 pro 100 000 Einwohner) und um den Faktor 30 für Frauen (Wertebereich von 0,9 bis 30,3 pro 100 000) unter den Regionen. Zwischen 2005 und 2013 sank die Mortalität aufgrund von Verkehrsunfällen in 69 von 82 Regionen.

Die beträchtlichen anfänglichen Senkungen begannen sich jedoch nach 2010 zu verlangsamen: Zwischen 2010 und 2013 sank die Mortalität bei Frauen nur um 1,1%, während sie bei Männern um 3,1% stieg. Um die Dauerhaftigkeit der in der Russischen Föderation erreichten positiven Veränderungen sicherzustellen, wurde ein Folgeprogramm für den Zeitraum von 2013 bis 2020 genehmigt.

Tabelle 2.2.
Standardisierte Mortalitätsraten aufgrund äußerer Todesursachen pro 100 000 Einwohner, nach Geschlecht

Ort	Kfz-Unfälle		Stürze		Vergiftungsunfälle		Akzidentelle Intoxikation durch Alkohol		Suizid und absichtliche Selbstbeschädigung		Tötungsdelikte und Körperverletzung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Regionaler Durchschnitt	4,3	14,4	3,1	7,5	3,0	11,0	0,9	3,9	4,8	21,3	1,8	5,6
Armenien	2,1	11,9	0,1	1,2	0,2	0,6	0,0	0,1	1,2	4,4	0,8	2,7
Belarus	–	–	3,8	19,1	2,7	16,1	–	–	8,5	46,9	3,7	8,0
Belgien	3,4	11,5	6,8	9,7	1,3	2,5	0,1	0,4	9,2	24,9	0,7	1,4
Bosnien und Herzegowina	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Bulgarien	2,7	7,7	1,2	4,5	0,6	1,7	0,2	0,5	3,1	14,6	0,7	1,7
Dänemark	1,5	5,1	4,4	6,6	1,9	6,1	0,2	0,2	4,7	14,6	0,4	1,1
Deutschland	1,8	5,7	4,7	7,4	0,3	1,0	0,1	0,2	4,8	14,8	0,5	0,5
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	3,1	9,5	3,3	4,1	0,5	1,4	0,0	0,2	3,1	8,3	1,2	3,0
Estland	3,0	11,9	2,4	8,8	6,7	33,6	3,8	15,5	4,5	26,7	1,6	7,9
Finnland	2,2	7,0	7,9	19,5	5,6	19,5	2,5	10,4	7,0	25,0	1,3	2,4
Frankreich	2,4	9,5	3,7	6,8	1,5	3,0	0,2	0,8	7,4	22,9	0,4	0,8
Georgien	0,6	2,5	0,1	0,3	0,3	0,7	0,0	0,3	0,6	4,5	0,2	0,5
Griechenland	4,2	17,1	1,4	4,2	0,7	3,7	0,0	0,0	1,3	6,2	0,5	2,5
Irland	2,1	6,0	3,9	5,5	3,5	8,7	1,6	2,7	4,5	17,3	0,2	1,4
Island	0,7	6,3	5,4	6,5	1,3	2,0	0,0	0,0	4,6	18,2	0,0	0,6
Israel	2,5	7,4	0,9	2,2	0,0	0,1	0,0	0,0	2,4	9,5	1,0	3,5
Italien	2,5	10,8	1,8	4,0	0,3	1,0	0,0	0,1	2,2	8,9	0,4	1,1
Kasachstan	–	–	1,7	5,7	7,3	26,1	–	–	7,6	40,8	3,6	16,2
Kirgisistan	9,1	27,8	0,8	4,4	4,4	22,6	2,6	15,5	4,0	17,2	3,0	12,7
Kroatien	2,3	15,5	11,7	17,8	1,5	3,8	0,2	0,7	6,1	25,3	0,6	1,7
Lettland	4,0	12,7	2,6	12,9	2,9	14,0	1,9	9,5	5,0	36,6	2,8	9,5
Litauen	3,7	15,7	3,1	14,2	5,9	26,9	3,4	15,5	9,1	51,4	2,7	7,5
Luxemburg	3,5	7,3	4,1	10,2	3,0	3,5	1,5	1,4	5,9	13,1	0,0	0,9
Malta	2,2	6,5	3,0	7,7	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	9,2	1,0	0,0
Montenegro	4,4	10,1	0,3	4,5	0,0	0,3	0,0	0,0	8,5	25,5	1,1	3,1
Niederlande	1,7	4,7	5,3	7,1	0,4	1,2	0,1	0,1	5,6	12,7	0,6	1,1
Norwegen	1,4	4,4	4,0	7,3	3,5	8,7	0,3	1,1	5,6	14,1	0,3	0,8
Österreich	2,7	7,9	3,9	8,9	0,1	0,3	0,0	0,0	6,0	20,6	0,4	0,6
Tschechische Republik	2,7	9,0	3,1	7,3	2,3	4,9	1,1	2,9	4,3	23,9	0,7	0,9
Polen	3,9	15,6	4,9	11,7	1,0	5,6	0,6	4,6	3,4	26,7	0,6	1,4
Portugal	3,5	12,9	1,2	3,0	0,1	0,3	0,0	0,1	3,3	13,0	0,5	1,3
Republik Moldau	5,9	18,3	2,0	7,8	4,4	14,3	2,2	8,2	5,4	26,9	3,5	7,8
Rumänien	4,8	16,4	2,1	10,0	2,4	7,2	0,8	3,8	3,7	20,8	1,3	3,1
Russische Föderation	–	–	2,8	10,6	9,3	38,7	–	–	6,6	39,5	5,6	20,5
Schweden	1,2	3,8	3,2	6,6	1,9	6,2	0,4	1,8	5,9	16,4	0,6	1,4
Schweiz	1,4	5,2	8,1	12,2	1,1	3,1	0,2	0,5	6,2	16,5	0,5	0,5
Serbien	2,7	10,1	1,5	4,2	0,3	0,9	0,1	0,2	6,1	22,3	0,9	2,2
Slowakei	3,3	11,1	3,4	12,5	1,0	3,5	0,7	2,7	3,0	19,4	0,9	1,3
Slowenien	2,4	10,7	11,5	22,8	1,3	4,5	0,4	1,8	6,1	29,3	0,4	0,4
Spanien	1,7	7,0	1,9	3,6	0,6	2,0	0,1	0,1	2,6	9,1	0,4	1,0
Türkei	3,0	10,4	4,6	6,6	0,3	0,5	0,0	0,1	0,8	2,5	0,5	2,0
Ukraine	–	–	1,8	8,5	5,0	23,6	–	–	5,7	32,5	2,4	7,3
Ungarn	3,2	10,1	8,2	15,6	0,6	1,7	0,1	0,3	8,2	34,5	1,0	1,7
Vereinigtes Königreich	1,5	4,8	3,4	5,4	1,8	4,3	0,5	0,9	2,9	10,1	0,2	0,4
Zypern	2,8	15,3	1,9	3,7	0,4	2,9	0,0	0,0	1,0	6,0	1,4	1,0

Hinweis: Daten aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2009 - 2012; regionale Durchschnitte für 2011. Länder, für die für diesen Zeitraum keine Daten verfügbar sind, wurden nicht berücksichtigt.

Quelle: Europäische Mortalitäts-Datenbank (41).

1994 auf 12,6 in den Jahren 2010 und 2011 (11). Suizid ist dennoch weiterhin ein wichtiges Gesundheitsproblem: Sechs der 20 Länder mit den weltweit höchsten Selbstmordraten liegen in der Europäischen Region. Junge Erwachsene sind besonders gefährdet: In Ländern mit hohem Einkommen sind Suizide für 17,6% aller Todesfälle in der Altersgruppe von 15 bis 29 Jahren verantwortlich. In dieser Altersgruppe gilt Suizid sowohl weltweit als auch in der Europäischen Region als zweithäufigste Todesursache nach Straßenverkehrsunfällen (43). Ältere Menschen haben ebenfalls ein hohes Suizidrisiko und die Gesamtsuizidrate in der Europäischen Region ist höher als in anderen Regionen, was deutlich macht, dass die Suizidprävention in dieser Altersgruppe aktiv betrieben werden muss (44, 45). Bei den Mortalitätsraten aufgrund von Suizid und absichtlicher Selbstbeschädigung bestehen zwischen den Ländern für alle Altersgruppen große Unterschiede, wobei der alarmierende Höchstwert in der Region für Männer 51,4 pro 100 000 Einwohner ist (siehe Tabelle 2.2). Ein WHO-Bericht von 2014 schlägt auf die Praxis ausgerichtete Orientierungshilfe zu strategischen Maßnahmen vor, die Regierungen auf der Grundlage ihrer Ressourcen und bestehenden Aktivitäten zur Suizidprävention ergreifen können. Insbesondere werden darin wirksame evidenzbasierte und kostengünstige Interventionen selbst in ressourcenarmen Settings empfohlen (46).

Dachziel 2: Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region

Zusammenfassung der Fortschritte

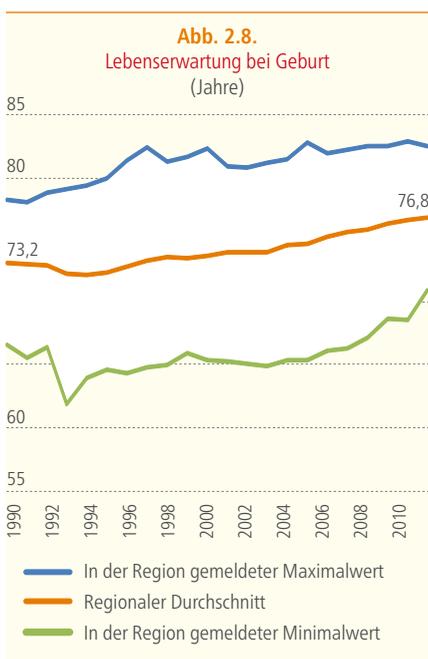
Die Quantifizierung für dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ ist ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung mit der derzeitigen Geschwindigkeit (der jährlichen Rate für den Zeitraum von 2006 bis 2010), verbunden mit einer Verringerung der Unterschiede bei der Lebenserwartung in der Region. Der Kernindikator ist die Lebenserwartung bei Geburt.

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in der Region steigt seit den 1990er Jahren. Zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts waren nicht genügend Informationen verfügbar, um eine Bewertung der Rate der Veränderung der Lebenserwartung auf der

regionalen Ebene seit 2010, dem Bezugsjahr von „Gesundheit 2020“, zu ermöglichen. Die Unterschiede zwischen den Ländern in der Region sowie zwischen Männern und Frauen sind im Lauf der Zeit kleiner geworden. Dieser positive Trend scheint sich im Zeitraum von 2010 bis 2011 fortgesetzt zu haben, wenngleich die beschränkte Datenverfügbarkeit keine soliden Schlussfolgerungen zulässt. Unabhängig davon bleiben die Unterschiede beträchtlich.

Die länderübergreifenden Unterschiede bei der Lebenserwartung bei Geburt betragen immer noch mehr als ein Jahrzehnt

Das Dachziel von „Gesundheit 2020“ fordert einen weiteren Anstieg der Lebenserwartung mit der jährlichen Rate für 2006 - 2010. Der durchschnittliche jährliche Anstieg in diesem Zeitraum betrug 0,26 Jahre, was einer Beschleunigung im Vergleich zum vorhergehenden Zeitraum (1990 - 2005) entspricht, als er nur 0,09 Jahre ausmachte. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in der Europäischen Region betrug 2010 76,6 Jahre und 2011 76,8 Jahre (Abb. 2.8). Zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts konnte der regionale Durchschnitt noch nicht zuverlässig berechnet werden, weil Daten für dieses Jahr erst aus einer Minderheit der Länder verfügbar waren. Er wird deshalb in der Ausgabe der zentralen Gesundheitsindikatoren des Regionalbüros von 2015 angegeben werden. Die Bewertung der längerfristigen Zeittrends zeigt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung 1993 drastisch sank, was auf die soziale und wirtschaftliche Krise nach dem Zusammenbruch der UdSSR zurückzuführen war (47).



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert der Lebenserwartung beläuft sich für die meisten Jahre nach den frühen 1990er Jahren auf durchschnittlich 16 Jahre. 2009 und 2010 wurde sie auf etwa 14 Jahre verringert und sank 2011 auf nur noch 11 Jahre. Dieser Unterschied ist beträchtlich kleiner als in früheren Jahren. Da zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts jedoch nur 25 Länder Lebenserwartungsdaten für 2011 gemeldet hatten, sollte dies mit Bedacht interpretiert werden: Minimal- und Maximalwerte werden aktualisiert werden, wenn die restlichen Länder ihre Daten an die WHO melden.

Die regionalen Durchschnittswerte für die Lebenserwartung von Männern und Frauen weisen seit 1990 ähnliche Anstiegsraten

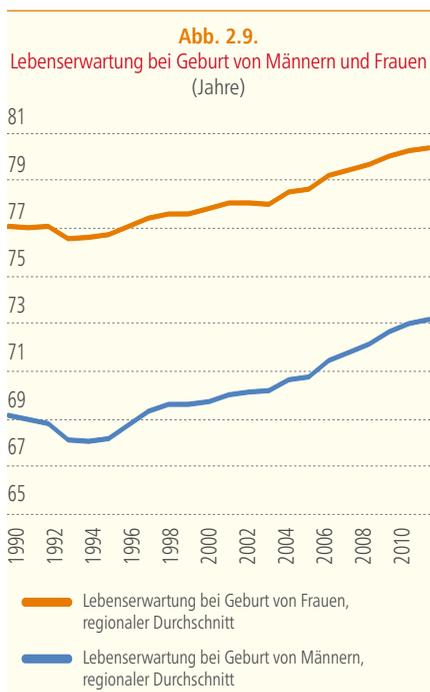
auf (siehe Abb. 2.9). Die Bewertung der Differenz der Lebenserwartung nach Geschlecht seit 1990 zeigt, dass Frauen durchgängig im Schnitt etwa 8 Jahre länger leben als Männer. Die größte Differenz von etwa 8,5 Jahren wurde 1994 und 1995 beobachtet, was wahrscheinlich durch die Folgen der Krise nach der Auflösung der UdSSR erklärt werden kann (48). Seit 2002 hat sich die Differenz auf 7 bis 8 Jahre verringert, hauptsächlich aufgrund stärkerer Zugewinne bei der Lebenserwartung von Männern in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS).

Die Verringerung der Unterschiede bei der durchschnittlichen Lebenserwartung in der Region zwischen Ländern sowie zwischen Männern und Frauen ist ein positives Zeichen. Unabhängig davon sind die verbleibenden Unterschiede noch groß.

In manchen Ländern liegt die Lebenserwartung bei Geburt über dem Durchschnitt und die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren darunter

Ein zusätzlicher Indikator für die Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ ist die Lebenserwartung im Alter von 1, 15, 45 und 65 Jahren. In diesem Unterabschnitt wird auf die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren eingegangen. In manchen Ländern liegt die Lebenserwartung bei Geburt für sowohl Männer als auch Frauen über dem regionalen Durchschnitt, im Alter von 65 Jahren jedoch darunter. In manchen Ländern sind die Lebenserwartung bei Geburt und die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren für sowohl Männer als auch Frauen niedriger als der regionale Durchschnitt, während in anderen die Lebenserwartung nur für ein Geschlecht niedriger ist (siehe Tabelle 2.3). Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren auf der regionalen Ebene weist einen Aufwärtstrend auf und ist von 15,7 Jahren 1993 auf 18,0 im Jahr 2011 gestiegen (11).

Im Rahmen einer Studie wurden 2014 die Ursachen von Anstiegen der Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren, primär in Ländern mit hohem Einkommen, untersucht. Sie kam zu dem Ergebnis, dass Verbesserungen hauptsächlich auf weniger Tabakkonsum (für Männer) und verringerte Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (für sowohl Männer als auch Frauen)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

zurückzuführen waren. Das unterschiedliche Zeitverhalten von Trends in Bezug auf das Rollenverhalten beim Rauchen von Männern und Frauen in Ländern mit hohem Einkommen (bekannt als die Tabakepidemie (49)) erklärt wahrscheinlich die Unterschiede der Muster, die in dieser Studie zwischen den Geschlechtern beobachtet wurden. Der Anstieg der Prävalenz von Adipositas und späterem Diabetes mellitus Typ II könnte zukünftige Verbesserungsraten der Mortalität im höheren Alter beschränken und Gleiches gilt für die steigende Prävalenz von Demenz aufgrund der Bevölkerungsalterung (12).

Tabelle 2.3.
Lebenserwartung von Männern und Frauen bei Geburt und im Alter von 65 Jahren

Land	Lebenserwartung bei Geburt		Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren		Land	Lebenserwartung bei Geburt		Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Regionaler Durchschnitt	73,1	80,3	15,9	19,6	Luxemburg	79,2	83,9	18,2	21,7
Albanien	73,7	78,9	14,9	17,8	Malta	78,8	83,1	17,8	21,1
Andorra	77,4	84,2	—	—	Montenegro	73,3	78,0	15,2	17,3
Armenien	71,3	77,8	14,3	17,0	Niederlande	79,5	83,2	18,2	21,3
Aserbaidshan	71,3	76,3	14,5	16,3	Norwegen	79,7	83,6	18,5	21,2
Belarus	64,8	76,6	11,8	16,9	Österreich	78,4	84,0	18,2	21,8
Belgien	77,5	83,0	17,6	21,3	Polen	72,7	81,2	15,5	20,0
Bosnien und Herzegowina	74,2	79,0	15,6	17,4	Portugal	77,4	83,9	17,9	21,7
Bulgarien	70,8	77,9	14,0	17,4	Republik Moldau	67,2	75,1	12,8	15,8
Dänemark	78,0	82,1	17,5	20,3	Rumänien	70,2	77,6	14,1	17,3
Deutschland	78,7	83,4	18,3	21,3	Russische Föderation	63,1	75,0	12,0	16,6
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	73,0	77,3	14,0	16,1	San Marino	77,6	84,4	18,3	24,2
Estland	71,3	81,4	14,8	20,1	Schweden	79,7	83,7	18,4	21,3
Finnland	77,5	84,0	17,9	21,9	Schweiz	80,4	85,0	19,2	22,7
Frankreich	78,4	85,4	19,0	23,5	Serbien	72,4	77,5	14,1	16,5
Georgien	70,2	79,0	14,5	18,4	Slowakei	71,8	79,4	14,1	18,1
Griechenland	78,6	83,2	18,6	20,7	Slowenien	76,6	83,2	16,9	21,1
Irland	78,5	83,0	17,8	21,0	Spanien	79,4	85,5	18,8	22,9
Island	79,9	83,9	18,7	21,1	Tadschikistan	71,2	76,3	14,5	17,8
Israel	80,4	84,1	19,4	21,7	Tschechische Republik	75,1	81,3	15,8	19,4
Italien	79,8	85,0	18,7	22,5	Türkei	74,5	80,0	15,7	19,1
Kasachstan	63,7	73,5	11,9	15,6	Turkmenistan	62,5	69,8	12,4	14,9
Kirgisistan	65,5	73,7	12,8	15,7	Ungarn	71,7	78,8	14,4	18,2
Kroatien	74,0	80,7	15,0	18,8	Ukraine	66,2	76,2	12,8	16,8
Lettland	68,9	79,0	13,7	18,6	Usbekistan	68,2	73,0	13,0	15,0
Litauen	68,0	79,0	13,6	18,5	Vereinigtes Königreich	78,8	82,7	18,4	21,0
					Zypern	80,1	83,9	19,0	21,1

Hinweis: Daten aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2004 - 2012 (mit einer Ausnahme von 1998); regionale Durchschnitte für 2011.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Dachziel 3: Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region

Zusammenfassung der Fortschritte

Dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ wird als Abbau der durch soziale Determinanten bedingten gesundheitlichen Kluft in der Bevölkerung der Europäischen Region quantifiziert. Zu den Kernindikatoren zählen:

- Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten;
- Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen;
- Arbeitslosenquote;
- Lebenserwartung (beschrieben im Abschnitt zu Dachziel 2);
- eine nationale und/oder subnationale Politik zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte ist vorhanden und dokumentiert.

Seit 1990 ist die Säuglingssterblichkeit in Ländern mit den höchsten Raten zurückgegangen, wodurch sich das Gefälle zwischen den Ländern verringert hat. Die für die letzten Jahre gemeldeten Daten bieten keine ausreichende Grundlage, um festzustellen, ob dieser positive Trend seit 2010 angehalten hat.

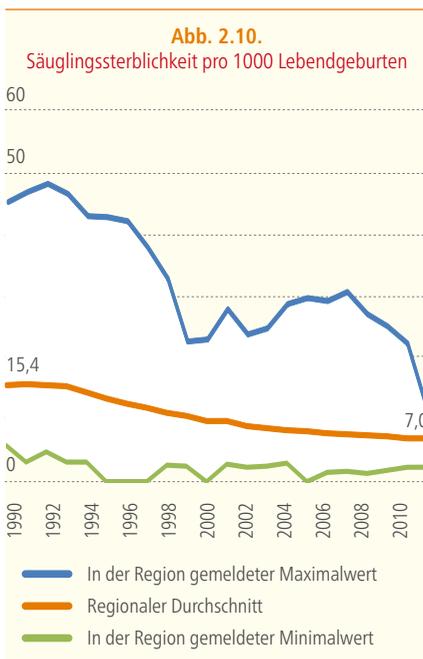
Die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Anteil von Kindern im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen, wird in der Region kleiner: Sie betrug 15,2% im Jahr 2010, 12,7% im Jahr 2011 und 10,6% im Jahr 2012 (der niedrigste Wert im Jahr 2012 war 0,2%, der höchste 10,7%).

Die Arbeitslosenquoten variieren in der Region beträchtlich: Der höchste und der niedrigste Wert beliefen sich 2012 auf 31% beziehungsweise 0,5%. Wenngleich die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert in der Region seit 2005 abgenommen hat, hat sich der Rückgang in den letzten Jahren verlangsamt, wobei die Differenz 2010 31,3%, 2011 30,8% und 2012 30,5% betrug.

Der Anteil der Länder in der Region mit einer spezifischen Politik zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichgewichte stieg von 58% im Jahr 2010 auf 67% im Jahr 2013.

Der Unterschied zwischen der höchsten und der niedrigsten Säuglingssterblichkeitsrate ist kleiner geworden

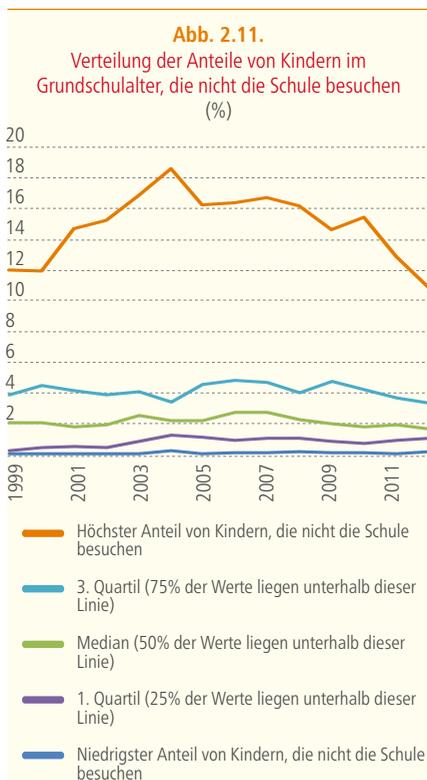
Die Säuglingssterblichkeitsrate ist definiert als die Zahl der Sterbefälle von Säuglingen unter 1 Jahr pro 1000 Lebendgeburten. Die gemeldeten Höchstwerte in der Region zeichnen ein uneinheitliches Bild, während die niedrigsten Werte mehr oder weniger konstant sind (Abb. 2.10). Dies wird weitgehend durch den Umstand erklärt, dass die Datenbasis für die Länder nicht vollständig ist, insbesondere für diejenigen mit den höchsten Säuglingssterblichkeitsraten. Die regionalen Durchschnittswerte für frühere Jahre basieren auf Daten aus den meisten Ländern; dem Durchschnittswert für 2011 liegen allerdings Daten für lediglich 27 Länder zugrunde. Diejenigen Länder, die für 2011 noch nicht gemeldet haben, zählen auch zu denjenigen mit höheren Säuglingssterblichkeitsraten; dies könnte den starken Rückgang beim höchsten gemeldeten Wert in der Region im Jahr 2011 erklären. Allgemein kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die höchsten Raten im Lauf der Zeit beträchtlich zurückgegangen sind, wodurch sich das Gefälle zwischen den Ländern verringert hat. Die Differenz zwischen der niedrigsten und der höchsten Säuglingssterblichkeitsrate betrug 1990 40 Sterbefälle von Säuglingen pro 1000 Lebendgeburten; in den 2000er Jahren war sie auf einen zwischen 20 und 30 fluktuierenden Wertebereich gesunken.



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Die regionale durchschnittliche Säuglingssterblichkeitsrate hat sich über einen Zeitraum von 22 Jahren halbiert: von 15,4 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 7,0 im Jahr 2011 (siehe Abb. 2.10), was einem durchschnittlichen jährlichen Rückgang von 3,7% gleichkommt. Im Vergleich dazu forderte das Millenniums-Entwicklungsziel 4 eine Senkung der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel über einen Zeitraum von 25 Jahren, entsprechend einem durchschnittlichen jährlichen Rückgang um 4,4%. Außerdem verringerte sich in der zweiten Hälfte des Berichtszeitraums die Geschwindigkeit, mit der der Rückgang vonstattenging: Der durchschnittliche jährliche Rückgang im Zeitraum von 2001 bis 2011 betrug bestenfalls 3,3%, verglichen mit 4,5% von 1998 bis 2000. Wegen Meldungsverzögerungen durch Länder kann die Geschwindigkeit ab 2010 nicht zuverlässig gemessen werden; der Trend signalisiert jedoch, dass die Säuglingssterblichkeit in der Region weiter zurückgehen wird.

Die regionalen – und de facto auch weltweiten – Erfahrungen zeigen, dass niedrige Säuglingssterblichkeit eng mit einem höheren Anteil neonataler Sterbefälle (Eintreten des Sterbefalls zwischen 0 und 27 Lebenstagen) zusammenhängt und dass die Zahl neonataler Sterbefälle langsamer zurückgeht als die postneonataler Sterbefälle (Eintreten des Sterbefalls zwischen 28 Lebenstagen und 11 Monaten) (50). Zur Überwachung des Übergangs zu niedriger Säuglingssterblichkeit in der gesamten Region bedarf es gut funktionierender Personenstandsregister, die Säuglingssterbefälle sorgfältig erfassen, insbesondere in den ersten Tagen nach der Geburt. Wahrscheinlich wird die Säuglingssterblichkeit zu niedrig geschätzt, weil entweder frühe neonatale Sterbefälle als Totgeburten eingestuft werden oder Personenstandsregister sich in den ersten Stunden oder Tagen nach der Geburt ereignende Sterbefälle nicht erfassen (51); es wird jedoch angenommen, dass die Verzerrung weitgehend konstant ist. Die Richtung und das Ausmaß der Veränderung, die oben beschrieben wurden, geben deshalb wahrscheinlich die Realität wider. Anhang 1 bietet weitere Informationen zu Qualitätsfragen und Problemen im Zusammenhang mit Säuglingssterblichkeitsdaten.



Quelle: Statistisches Institut der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) (52).

Beim Anteil der Kinder, die nicht die Schule besuchen, bestehen große Unterschiede

Die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Anteil von Kindern im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen, wird in der Region kleiner: Sie betrug 15,2% im Jahr 2010, 12,7% im Jahr 2011 und 10,5% im Jahr 2012. Die Unterschiede zwischen den Ländern bleiben jedoch groß: 2012 reichten die Anteile von 10,7% bis 0,2%. Bezüglich der Verteilung über die Region ergibt sich ein uneinheitliches Bild: In 75% der Länder lag der Anteil unter 3,3% und in 25% der Länder zwischen 3,3% und 10,7% (Abb. 2.11).

Die positive Beziehung zwischen Bildung und Gesundheit wird allgemein anerkannt. Sie scheint wechselseitig zu sein: Bessere Bildung resultiert in besserer Gesundheit (durch bessere Arbeitsplätze, höheres Einkommen und höhere Gesundheitskompetenz), und bessere Gesundheit ermöglicht Menschen, mehr Zeit, Geld und Energie in Bildung zu investieren (53). Die Bekämpfung von Ungleichgewichten im Bildungsbereich ist deshalb von großer Bedeutung, um gesundheitlichen Ungleichgewichten entgegenzuwirken. Laut der vom Kinderhilfswerk der Vereinten

Nationen (UNICEF) und dem Statistischen Institut der UNESCO ergriffenen globalen Initiative zugunsten von Kindern, die nicht die Schule besuchen, fehlen systematische Analysen, um die Hindernisse für die Verwirklichung der allgemeinen Grundschulbildung zu ermitteln, was zum Teil auf fehlende geeignete Instrumente und Methoden für die Erfassung von Kindern, die nicht die Schule besuchen, und die Überwachung von Fortschritten zurückzuführen ist. Die Initiative hat sich gemeinsam mit mehreren Ländern in der Europäischen Region um die Verbesserung der Bildungsbeteiligung bemüht (54) (siehe Kasten 2.5).

Die Unterschiede bei den Arbeitslosenquoten werden kleiner; die Veränderungen in der jüngsten Vergangenheit fallen jedoch nur gering aus

Die Arbeitslosenquoten in der Region variieren beträchtlich: 2012 war der niedrigste Wert 0,5% und der höchste 31%. Wenngleich die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert in der Region seit 2005 abgenommen hat, hat sich der Rückgang in den letzten Jahren verlangsamt, wobei die Differenz 2010 31,3%,

Kasten 2.5.

Umfassende politische Maßnahmen zur Steigerung der Grundschulbesuchsquote in der Türkei

Hintergrund

Laut der demografischen und Gesundheits-erhebung in der Türkei von 2008 besuchten 7,5% der 6- bis 10-Jährigen und 4,63% der 11- bis 13-Jährigen nicht die Schule. Die Türkei war eines von 25 Ländern, in denen UNICEF und das UNESCO-Institut für Statistik 2010 die globale Initiative mit dem Ziel starteten, die Zahl der Kinder, die nicht die Schule besuchen, beschleunigt zu verringern und die Systeme zur Überwachung dieser Zahlen zu stärken.

Ergriffene politische Maßnahmen

Um zum Ausschluss von Bildung führende Hindernisse und Engpässe zu überwinden, führte die türkische Regierung mehrere Maßnahmen und Programme wie die Verteilung kostenloser Schulbücher und die Bereitstellung kostenloser Mahlzeiten für Kinder in ländlichen Gebieten mit einem langen Schulweg durch. Sie begann auch mit der Bereitstellung von Unterstützung

für Schülerwohnheime, Schülerbeförderung und Internate; Stipendien für Kinder aus Haushalten mit niedrigem Einkommen und/oder aus ländlichen Gebieten; der kostenlosen Beförderung von Kindern mit Behinderungen; und monatlichen Zahlungen für die Betreuung behinderter Kinder. Die Vorschulbildung wurde ausgeweitet, um mehr Kinder zu erreichen, und der Bildungssektor begann mit der Nutzung eines elektronischen Schulleitungs-Informationssystems, was mit einem Übergang zu einem ergebnisorientierten Haushaltsplanungs- und Managementsystem verbunden war. Um die Schulbesuchsquote zu steigern, wurden auch andere Strategien in Kraft gesetzt. Dazu zählten ein Projekt zur Verbesserung des Berufslebens und des sozialen Lebens von saisonalen Arbeitskräften in der Landwirtschaft und Aktivitäten zugunsten schutzbedürftiger Kinder.

Resultate

Mehrere 100 000 Kinder haben kostenlose Mahlzeiten, Stipendien zur Deckung von Unterbringungskosten, kostenlose Beförderung per Bus und viele andere Leistungen erhalten, die zur Erhöhung der Schulbesuchsquote beitragen sollten. Nationalen Bildungsstatistiken zufolge betrug für das Schuljahr 2013/14 die Nettoschulbesuchsquote in der Grundstufe 99,5%. Für 10- bis 13-jährige Kinder belief sich die Nettoschulbesuchsquote in der Sekundarstufe I – nach Anpassung, beispielsweise um Grundschüler, die in diese Altersgruppe fielen, weil sie eine oder mehr Klassen wiederholen mussten – auf 99,9%. Der Anteil der Kinder in der Türkei, denen Vorschulbildung zugutegekommen ist und die erfolgreich die Grundschule abschließen, ist stark gestiegen, was möglicherweise auf die umfassenden Reformen und Maßnahmen zurückgeführt werden kann, die durchgeführt wurden, um Bildungsproblemen entgegenzuwirken (55, 56).

2011 30,8% und 2012 30,5% betrug (Abb. 2.12). Laut der Hauptabteilung Statistik der Internationalen Arbeitsorganisation (ILOSTAT) waren die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den entwickelten Volkswirtschaften und den Ländern der EU klein (Arbeitslosenquote von 8,6% bei Männern und von 8,5% bei Frauen). In mittel- und südosteuropäischen (Nicht-EU-)Ländern und der GUS waren die Quoten bei Männern höher als bei Frauen (8,2% gegenüber 7,7%) (57).

Von den Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf den Arbeitsmarkt sind junge Menschen unverhältnismäßig stark betroffen. ILOSTAT schätzt für 2012 die Jugendarbeitslosenquote in den entwickelten Volkswirtschaften und den EU-Ländern auf 18% und in den mittel- und südosteuropäischen (Nicht-EU-)Ländern und den GUS-Ländern auf 17,5%. Diesen Prognosen zufolge werden sich die Werte 2018 auf 16% beziehungsweise 18% belaufen, was impliziert, dass in den nächsten Jahren keine größeren Verbesserungen der Situation zu erwarten sind. Insbesondere hat in den Ländern, für die Daten vorliegen, der Anteil junger Menschen, die weder in Beschäftigung noch in Bildung oder Ausbildung sind, den seit dem Ausbruch der Krise beobachteten steilen Aufwärtstrend fortgesetzt (57). Diese hohen und/oder steigenden Quoten bereiten der Politik große Sorge, weil diese Gruppe weder erwerbstätig ist noch in Qualifizierung investiert.



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

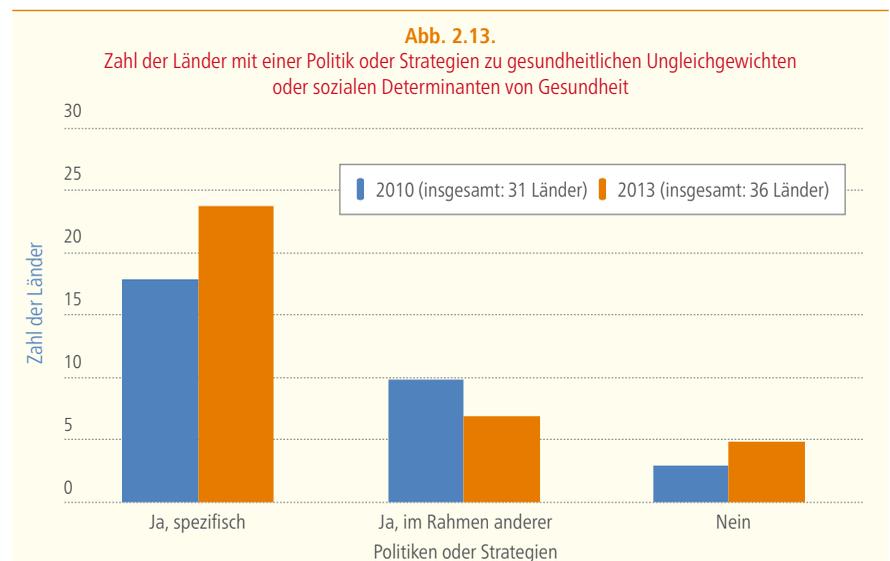
Arbeitslosigkeit hat unmittelbare negative Auswirkungen auf die Gesundheit (sie wird mit einem erhöhten Sterberisiko und mit Risikoverhalten einschließlich hohem Alkoholkonsum in Verbindung gebracht) und indirekte negative Auswirkungen durch die finanziellen Folgen der Arbeitslosigkeit, die zu psychischen Belastungen und einer Zunahme psychischer Störungen führen (58). Die Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass Beschäftigung gesundheitsfördernde Auswirkungen hat, wenngleich die Beziehung zwischen beiden komplex ist. Vor allem schützt Beschäftigung vor Depression und hat einen schützenden Einfluss auf die allgemeine psychische Gesundheit (59). Beschäftigung ist ein wichtiges Element von Strategien für gesundes Altern; folglich ist es ein wichtiges Ziel vieler Regierungen in der Europäischen Region, eine höhere Erwerbsbeteiligung der ab 50-Jährigen sicherzustellen. Die derzeitigen Beschäftigungsquoten in der EU reichen von 47,5% bis 82,0% bei 55- bis 59-Jährigen, von 13,9% bis 64,2% bei 60- bis 64-Jährigen und von 3,8% bis 2,7% bei 65- bis 69-Jährigen (60). Diese

Zahlen machen deutlich, dass die Politik wirksame Maßnahmen ergreifen muss, um angemessene Beschäftigungsquoten älterer Menschen herbeizuführen und auf diese Weise zu aktivem und gesundem Altern beizutragen.

2013 ergreifen 31 Länder Maßnahmen zum Abbau von Ungleichgewichten

Der Trend, dass Länder eine spezifische Politik zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte verfolgen, verstärkt sich (siehe Abb. 2.13). 2013 verfügten von 36 auskunftgebenden Ländern 31 (86%) über eine Politik oder Strategie zum Thema Ungleichgewichte und/oder soziale Determinanten, bei denen es sich in 77% der Fälle um eine gesundheitspezifische Politik handelte.

Insgesamt konzentrierten sich im Jahr 2010 die am häufigsten gemeldeten Elemente zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte auf die Integration und die Verbesserung der Gesundheit benachteiligter Gruppen und darauf, einen gesunden Start ins Leben zu haben (87% beziehungsweise 77% der Antworten). 2013 wurde die Fokussierung auf benachteiligte Gruppen und einen gesunden Start ins Leben aufrechterhalten (86% beziehungsweise 75%). Die Aufmerksamkeit wurde Meldungen zufolge



Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).

Kasten 2.6.**Fragebogen der WHO zu qualitativen Indikatoren****Hintergrund**

Auf der 63. Tagung des Regionalkomitees verständigten sich die Mitgliedstaaten auf Dachziele und Indikatoren sowie einen Kontrollprozess für das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und legten 2010 als Bezugsjahr fest. Einige der Indikatoren im Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ betreffen die Ausarbeitung und Umsetzung einer nationalen Politik, einen Bereich, für den kein routinemäßiger Datenerhebungsprozess besteht. Um Informationen zu diesen qualitativen Indikatoren zu erhalten, führte die WHO deshalb im April eine Länderbefragung durch.

Ergriffene Maßnahmen

Das WHO-Regionalbüro für Europa entwickelte ein internetgestütztes System in sowohl englischer als auch russischer Sprache, in dem Länder zu den folgenden drei Indikatoren Angaben machten:

- Eine nationale und/oder subnationale Politik zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte ist vorhanden und dokumentiert;
- die Schaffung eines Verfahrens zur Aufstellung von Zielvorgaben wurde dokumentiert;
- Dokumentationsnachweis:
 - a) Etablierung einer nationalen Gesundheitspolitik im Einklang mit „Gesundheit 2020“; b) Umsetzungsplan;
 - c) Mechanismus zur Rechenschaftslegung.

Bei der Erhebung wurde die Einreichung von Dokumentation als Beleg zur Unterstützung der gemachten Angaben gefordert, beispielsweise eines Grundsatzdokuments, eines Strategiedokuments oder eines Parlamentsbeschlusses.

Resultate

Angaben machten 37 Länder (70% der Länder in der Region), die unterschiedliche geografische Regionen, Sprachen und Bevölkerungsgrößen repräsentierten. Ein Land reichte Daten für 2010, nicht jedoch für 2013 ein. Sechs Länder reichten Daten für 2013, nicht jedoch für 2010 ein. 30 Länder reichten Daten für beide Jahre ein. Vier Länder reichten nur den ausgefüllten Fragebogen ein; 33 Länder reichten auch Dokumentation als Nachweis ihrer Politik ein. Alle auskunftgebenden Länder füllten den Fragebogen vollständig aus (61).

jedoch breiter gefächert und richtete sich zunehmend auf die Armutsbekämpfung (81%), die Verbesserung des physischen Umfelds (81%) und die Stärkung der Menschenrechte (75%). Die Erweiterung des Maßnahmenspektrums gegenüber den 2010 angewendeten traditionelleren Ansätzen ist ermutigend. Dies lässt darauf schließen, dass die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ an Dynamik gewinnt und neue Aktivitäten auf der nationalen und subnationalen Ebene hervorbringt (61). Daten für diesen Indikator wurden mit Hilfe einer vom WHO-Regionalbüro für Europa durchgeführten Umfrage unter den Ländern erhoben (siehe Kasten 2.6).

Andere mit diesem Dachziel verbundene Kernindikatoren

Die Kernindikatoren der Lebenserwartung bei Geburt und des Gini-Koeffizienten (Einkommensverteilung) sind ebenfalls mit diesem Dachziel verbunden. Der Indikator zur Lebenserwartung wird im Abschnitt zu Dachziel 2 beschrieben; aufgrund unzureichender Datenverfügbarkeit wird der Gini-Koeffizient in diesem Bericht nicht beschrieben (mehr Details enthält Anhang 1).

Dachziel 4: Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region

Zusammenfassung der Fortschritte

Die mit diesem Dachziel verbundenen Kernindikatoren von „Gesundheit 2020“ beziehen sich auf subjektives und objektives Wohlbefinden. Der Indikator für subjektives Wohlbefinden ist die Lebenszufriedenheit und zu denjenigen für objektives Wohlbefinden zählen:

- Verfügbarkeit sozialer Unterstützung;
- Anteil der Bevölkerung mit so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen;
- Arbeitslosenquote (beschrieben im Abschnitt zu Dachziel 3);
- Anteil der Kinder im schulpflichtigen Alter, die keine Schule besuchen, (beschrieben im Abschnitt zu Dachziel 3);

In den Ländern der Europäischen Region reicht die durchschnittliche Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit – gemessen auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 dem potenziell besten Leben entspricht – von 7,8 bis 4,2. Solche Daten für subjektives Wohlbefinden zu verstehen und zu interpretieren, erfordert jedoch zusätzliche Forschung und Entwicklungsarbeit.

Der Anteil der ab 50-Jährigen in der Region, die das Gefühl haben, soziale Unterstützung zu erhalten, reicht von 43% bis 95%.

Beträchtliche Anteile der Bevölkerung in ländlichen Gebieten in der Region haben weiterhin keinen Zugang zu so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen und kein Leitungswasser in ihrem Haushalt. In neun Ländern hatten 2012 weniger als 50% der Bevölkerung in ländlichen Gebieten Zugang zu Leitungswasser.

Die Werte bei der Lebenszufriedenheit variieren: Es sind weitere Anstrengungen erforderlich, um die Unterschiede zu verstehen

In den Ländern der Europäischen Region reicht die durchschnittliche Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit von 7,8 bis 4,2. Von 50 Ländern, für die Daten verfügbar sind, weisen 23 einen Durchschnittswert über 5,9 auf, während der Wert in den restlichen 27 Ländern bei 5,9 oder darunter liegt (siehe Abb. 2.14). Die Lebenszufriedenheit wurde auf der Cantril Self-Anchoring Striving Scale, einer Skala von 0 bis 10, eingeschätzt, wobei 10 dem potenziell besten und 0 dem potenziell schlechtesten Leben für Auskunftspersonen entspricht.

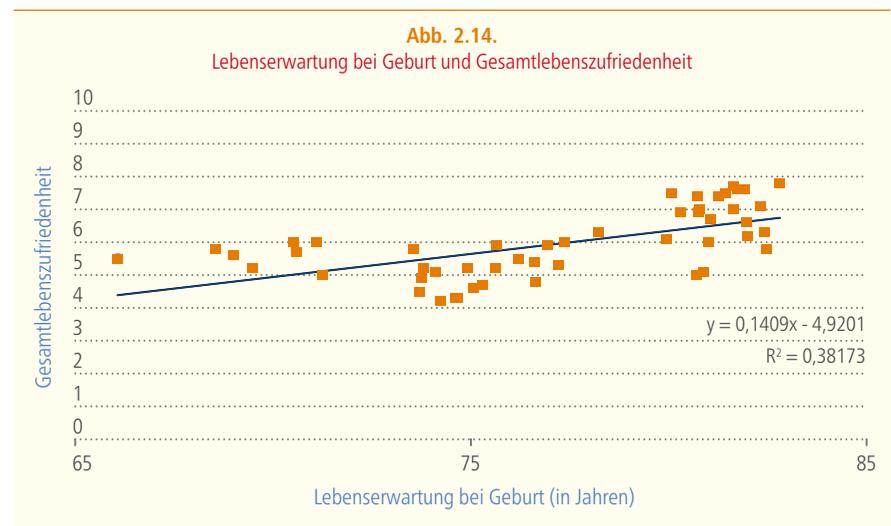
Die Lebenszufriedenheit ist als ein Maß für subjektives Wohlbefinden akzeptiert, das zum Ausdruck bringt, was Menschen selbst fühlen und angeben. Andere Elemente, die gemeinhin mit subjektivem Wohlbefinden beschrieben werden, sind emotionales Wohlbefinden (wie positiver und negativer Affekt) und Funktionstüchtigkeit (wie Zweck- und Sinnhaftigkeit). Der Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ umfasst derzeit keine Indikatoren in Bezug auf diese Aspekte. Die Expertengruppen der WHO für die Entwicklung von Indikatoren und für die Messung von Wohlbefinden für „Gesundheit 2020“ empfahlen jedoch die Prüfung zusätzlicher Indikatoren, um sie zu erfassen (62). Solche Maße für subjektives Wohlbefinden zu verstehen und zu interpretieren, ist herausfordernd: Auf die damit verbundenen Chancen und

Fallstricke wird in Kapitel 3 im Detail eingegangen. Eine Beziehung zwischen der Lebenszufriedenheit und Gesundheitsindikatoren wie der Mortalität und der Lebenserwartung wurde jedoch wiederholt beschrieben (63, 64) (siehe Abb. 2.14).

Die Lebenszufriedenheitsdaten in diesem Bericht wurden durch den Gallup World Poll gesammelt und von UNDP als Teil seines *Berichts über die menschliche Entwicklung 2014* (65, 66) veröffentlicht. Die Daten sind nicht altersstandardisiert; wegen Unterschieden in der Altersstruktur der Bevölkerungen von Ländern beschränkt dies die Vergleichbarkeit.

Der höchste Anteil älterer Menschen mit sozialer Unterstützung ist mehr als doppelt so hoch wie der niedrigste

Der Anteil der über 50-Jährigen in Ländern der Europäischen Region, die angeben, Verwandte oder Freunde zu haben, auf die sie



Hinweise: Jeder Punkt entspricht einem Land in der Europäischen Region. Im Gallup World Poll wird die Frage zur Cantril-Skala wie folgt gestellt (65): „Bitte stellen Sie sich eine Leiter mit Sprossen vor, die von null ganz unten bis zehn ganz oben nummeriert sind. Angenommen, wir sagen, dass das obere Ende der Leiter das bestmögliche Leben und das untere Ende der Leiter das denkbar schlechteste Leben für Sie repräsentiert. Auf welcher Stufe der Leiter sehen Sie sich zurzeit nach Ihrer persönlichen Einschätzung? Dabei soll gelten: Je höher die Stufe, desto besser fühlen Sie sich in Ihrem Leben, und je niedriger die Stufe, desto schlechter fühlen Sie sich in Ihrem Leben. Welche Stufe passt am besten zu dem, wie Sie sich fühlen? Ein einfaches lineares Regressionsmodell wurde auf die Daten angewendet: Die Gleichung in dem Schaubild beschreibt die resultierende Regressionslinie. Je höher die Anpassungsgüte des linearen Regressionsmodell ist, desto näher liegt R^2 an 1. Daten zur Lebenszufriedenheit aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2007 - 2012; Daten zur Lebenserwartung aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2004 - 2012 (mit einer Ausnahme aus dem Jahr 1998).

Quellen: Lebenszufriedenheit: Gallup World Poll (über das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP)) (65, 66); Lebenserwartung: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

zählen können, wenn sie in Schwierigkeiten sind, reicht von 43% bis 95%. Dieser Anteil beträgt für 68% der Länder 80% oder mehr und für 14% der Länder weniger als 70% (Abb. 2.15).

Soziale Verbundenheit ist ein Maß für objektives Wohlbefinden. Ihre Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden ist gut nachgewiesen: Sie ist deshalb ein gängiges Element in Rahmenkonzepten für Wohlbefinden (62). Die Ergebnisse von Arbeiten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zeigen einen Einfluss von Bildung und wirtschaftlichem Status auf die Unterstützung durch soziale Netze: Personen mit abgeschlossener Sekundarstufe II oder Hochschulabschluss können häufiger als Personen mit lediglich Grundschulbildung darauf zählen, dass ihnen jemand in einem Notfall hilft. Ähnliche Unterschiede bestehen zwischen höheren und niedrigeren Einkommensquintilen (68). Die Daten zur sozialen Verbundenheit in diesem Bericht wurden durch den Gallup World Poll gesammelt und von HelpAge International als Teil des Global AgeWatch Index 2014 der Organisation (65, 67) veröffentlicht.

Viele Haushalte in ländlichen Gebieten verfügen weiterhin nicht über Leitungswasser und so genannte „verbesserte“ sanitäre Einrichtungen

In der Europäischen Region bestehen große Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Gebieten beim Zugang zu Leitungswasser und so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen. 2012 lag der Anteil der Bevölkerung in ländlichen Gebieten ohne Leitungswasser im Haushalt in 14 Ländern unter 75% und in neun Ländern unter 50%. In städtischen Gebieten betrug der Anteil in sieben Ländern weniger als 90% und in zwei Ländern weniger als 80% (Abb. 2.16 und 2.17). Der regionale Gesamtanteil der Bevölkerung mit Leitungswasser im Haushalt blieb gegenüber 2010 – dem Bezugsjahr für „Gesundheit 2020“ – so gut wie unverändert. In ländlichen Gebieten belief sich der Wert 2010, 2011 und 2012 auf 71%; in städtischen Gebieten 2010 auf 96% und 2011 sowie 2012 auf 97% (69).

Der Anteil der ländlichen Bevölkerung mit so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen (Spülklosetts mit oder ohne Anschluss an die Wasserleitung und Anschluss an eine Abwasserleitung, Klärgruben oder Grubenlatrinen, Grubenlatrinen mit Entlüftung, Grubenlatrinen mit Abdeckung und

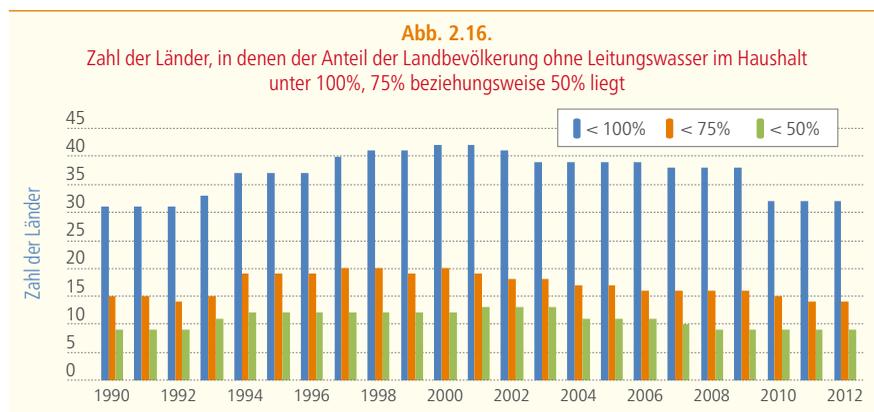


Hinweis: Daten von 2013 bzw. aus dem letzten verfügbaren Jahr.

Quelle: Gallup World Poll (über HelpAge International) (65, 67).

Komposttoiletten) betrug in sechs Ländern weniger als 85% und in einem Land weniger als 70%. In städtischen Gebieten lag er in drei Ländern unter 90% und in einem unter 80% (Abb. 2.18 und 2.19). In ähnlicher Weise wie beim Leitungswasser hat sich der Gesamtanteil der Bevölkerung in der Region mit so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen gegenüber 2010 – dem Bezugsjahr für „Gesundheit 2020“ – kaum verändert. In städtischen Gebieten belief sich der Wert 2010, 2011 und 2012 auf 94%; in ländlichen Gebieten 2010 auf 88% und 2011 sowie 2012 auf 89% (69).

Insgesamt verfügen mehr als 90% der Bevölkerung der Europäischen Region über so genannte „verbesserte“ Trinkwasserquellen und sanitäre Einrichtungen gemäß den Definitionen des



Hinweis: Die Gesamtzahl der Länder, für die Daten verfügbar sind, kann zwischen Jahren variieren.

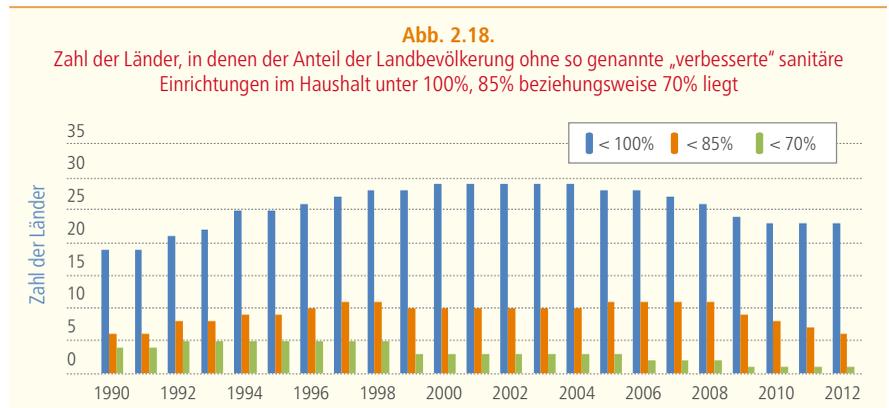
Quelle: Gemeinsames Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF (69).



Hinweis: Die Gesamtzahl der Länder, für die Daten verfügbar sind, kann zwischen Jahren variieren.

Quelle: Gemeinsames Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF (69).

Gemeinsamen Beobachtungsprogramms für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF. 67 Mio. Menschen haben jedoch keinen Zugang zu grundlegender Hygiene in der Form funktionierender Toiletten und sicherer Entsorgung menschlicher Fäkalien. Außerdem haben etwa 100 Mio. Menschen kein Leitungswasser im Haushalt und mehr als 6 Mio. sind immer noch auf die Nutzung von Oberflächengewässern als primäre Quelle für die Wasserversorgung angewiesen, was mit großen gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Wie aus den Abbildungen 2.16 bis 2.19 hervorgeht, sind die Bewohner ländlicher Gebiete am stärksten benachteiligt. Dies gilt auch für die am wenigsten Wohlhabenden. Die Daten zeigen, dass die Fortschritte ins Stocken geraten sind; in manchen Ländern sind die Anteile der Bevölkerung



Hinweis: Die Gesamtzahl der Länder, für die Daten verfügbar sind, kann zwischen Jahren variieren.

Quelle: Gemeinsames Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF (69).



Hinweis: Die Gesamtzahl der Länder, für die Daten verfügbar sind, kann zwischen Jahren variieren.

Quelle: Gemeinsames Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF (69).

mit Leitungswasser im Haushalt sogar zurückgegangen und die Region ist nicht auf Kurs, was die Verwirklichung des Millenniums-Entwicklungsziels 7c zu grundlegender Abwasserentsorgung betrifft (34).

Von Krankheiten im Zusammenhang mit unzureichender Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und Hygiene geht eine beträchtliche gesundheitliche Belastung aus, insbesondere von Diarrhöe. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der Region verursachen unzureichende Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und Hygiene 10 durchfallbedingte Todesfälle pro Tag. Kinder unter 5 Jahren sind besonders anfällig für Diarrhöe, einer führenden Ursache von Unterernährung und Tod. Unzureichende Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und Hygiene sind auch Auslöser anderer Krankheiten wie Legionellose und durch den Boden übertragener Helminthosen. Außerdem können Chemikalien wie Arsen, Fluorid, Blei und Nitrate im Trinkwasser nichtübertragbare Krankheiten verursachen (34). Sichere und nachhaltige Wasserversorgung und Abwasserentsorgung sind unentbehrlich für gute Gesundheit und eine sichere und saubere Umwelt ist wichtig für Wohlbefinden. In Bezug auf diese Elemente der Grundversorgung muss in der Region offenkundig noch viel mehr getan werden, um eine gesunde Umwelt für alle sicherzustellen.

Andere mit diesem Dachziel verbundene Kernindikatoren

Die Kernindikatoren des Gini-Koeffizienten (Einkommensverteilung), der Arbeitslosenquote und des Anteils der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen, sind ebenfalls mit diesem Dachziel verbunden. Aufgrund unzureichender Datenverfügbarkeit wird der Gini-Koeffizient in diesem Bericht nicht beschrieben (mehr Details enthält Anhang 1). Die beiden anderen Indikatoren werden im Abschnitt zu Dachziel 3 beschrieben.

Erfahrungen mit der Beobachtung von Wohlbefinden auf der Landesebene

Island ist ein Land mit beträchtlicher Erfahrung bei der Messung von Wohlbefinden. Beispielsweise wurde ein spezielles Modul

zu Wohlbefinden, das den WHO-Five Well-being Index und die Lebenszufriedenheitsskala (70, 71) umfasste, entwickelt und in die regelmäßige Gesundheitserhebung des Landes integriert (siehe Kasten 2.7).

Dachziel 5: Allgemeine Gesundheitsversorgung und das Recht auf Gesundheit

Zusammenfassung der Fortschritte

Die Quantifizierung für dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ drückt sich in Fortschritten bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung aus.² Zu den Kernindikatoren zählen:

Kasten 2.7.

Verknüpfung von Maßen für Gesundheit und Wohlbefinden mit Politikergebnissen in Island

Hintergrund

Nach dem Zusammenbruch des Bankensystems im Jahr 2008 war Island eines der OECD-Länder, das mit negativem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts (BIP) in eine Rezession geriet. Zwischen 2007 und 2009 stieg Arbeitslosenquote von 2% auf 7% (11), der BIP-Index fiel beträchtlich, und die Landeswährung verlor mehr als die Hälfte ihres Werts. Der Kollaps resultierte in einer Überprüfung nationaler Werte und es bestand ein größeres Interesse an der Annahme von nicht nur wirtschaftlichen, sondern auch sozialen Indikatoren und Indikatoren für Wohlbefinden für politische Maßnahmen.

Ergriffene politische Maßnahmen

Um die negativen Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf Gesundheit und Wohlbefinden zu beschränken, wurde eine Reihe von Maßnahmen ergriffen. 2009 wurde unter der Bezeichnung „Island 2020“ eine proaktive Politik mit

dem Ziel formuliert, das Wohlbefinden bis zum Jahr 2020 zu steigern. Eine weitere Maßnahme war die Einrichtung einer Wohlfahrtsbeobachtungsstelle, die die sozialen und finanziellen Auswirkungen der Krise für Familien und Alleinstehende in Island systematisch überwacht und Lösungen vorschlägt. Soziale Indikatoren einschließlich solcher zu Faktoren für Gesundheit und Wohlbefinden wurden entwickelt. 2014 wurde ein neuer Ministerausschuss für öffentliche Gesundheit unter dem Vorsitz des Ministerpräsidenten gebildet, der sich aus den Ministern für Gesundheit, Bildung und Kultur, soziale Angelegenheiten und Wohnungswesen zusammensetzt. Andere Minister können bei Bedarf dazukommen.

Resultate

Mit der Ausarbeitung der Politik für öffentliche Gesundheit und des Aktionsplans werden wichtige Schwerpunkt auf die Einbeziehung von Gesundheit und

Wohlbefinden in alle Politikbereiche und auf die Entwicklung einer Analyse ihrer Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden gelegt. Eine der Hauptaktivitäten ist die Bereitstellung von Unterstützung für Kommunalverwaltungen im ganzen Land bei deren Bemühungen, gesundheitsfördernde Kommunen zu werden: Sie werden ermuntert, Gesundheit und Wohlbefinden regelmäßig zu beobachten und diese Maßnahmen mit ihren Politikkonzepten zu verknüpfen. Neuere Evaluierungen der Folgen der Wirtschaftskrise haben gezeigt, dass die Messungen des Wohlbefindens von Erwachsenen nach einem geringfügigen Rückgang unmittelbar nach dem Zusammenbruch wieder einen Anstieg signalisieren. Für Jugendliche wurde für die Zeit zwischen 2000 und 2010 ein Anstieg des Wohlbefindens ermittelt, weil Jugendliche nach dem Zusammenbruch mehr Zeit mit ihren Eltern verbrachten und es als leichter empfanden, von diesen emotionale Unterstützung zu erhalten (72 - 75).

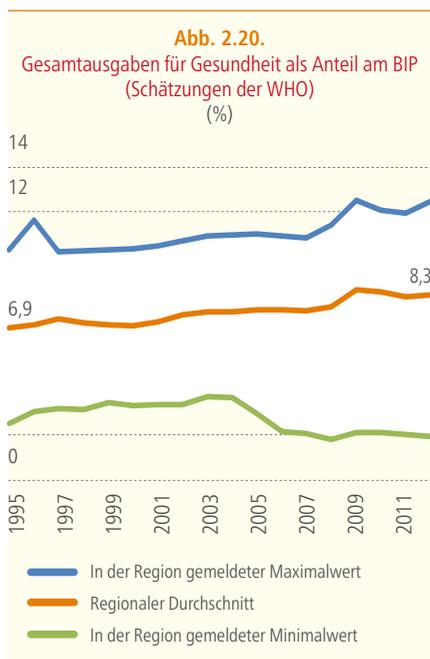
² Gemäß der Definition der WHO (76) bedeutet allgemeine Gesundheitsversorgung chancengleicher Zugang zu wirksamen und benötigten Angeboten ohne finanzielle Belastung.

- Gesamtausgaben für Gesundheit als prozentualer Anteil am BIP;
- Eigenleistungen der Privathaushalte als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit;
- Anteil der gegen Masern, Polio und Röteln geimpften Kinder (beschrieben im Abschnitt zu Dachziel 1);

Während die durchschnittlichen Gesamtausgaben für Gesundheit als prozentualer Anteil am BIP auf der regionalen Ebene gegenüber 2010 – dem Bezugsjahr für „Gesundheit 2020“ – unverändert geblieben sind, sind die öffentlichen Ausgaben in vielen Ländern gesunken. Gesundheitssysteme brauchen öffentliche Mittel in ausreichendem Umfang, um finanziellen Schutz zu fördern, und stabile Einnahmenflüsse, um die Leistungsqualität und die Zugänglichkeit aufrechtzuerhalten.

Der Wert für die durchschnittlichen Eigenleistungen von Patienten als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit (24%) hat sich auf der regionalen Ebene seit 2010 ebenfalls nicht verändert. 2012 lag er in nur 12 der 53 Länder in der Region unterhalb der kritischen Schwelle für die Verhütung katastrophal hoher Gesundheitsausgaben von 15%.

Die Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung erfordert noch beträchtliche Anstrengungen



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Der Wert für die Gesamtausgaben für Gesundheit als prozentualer Anteil am BIP – einer der von den Mitgliedstaaten angenommenen Kernindikatoren von „Gesundheit 2020“ – reichte 2012 von 2,0% bis 12,4% und unterschied sich beträchtlich zwischen den Ländern in der Europäischen Region. Der regionale Durchschnitt ist dagegen im Vergleich zum Bezugsjahr 2010 mit etwa 8,3% mehr oder weniger stabil gewesen (Abb. 2.20).

Bei der Bewertung der Fortschritte bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung spielen die öffentlichen Gesundheitsausgaben eine wichtige Rolle: Gesundheitssysteme brauchen öffentliche Mittel in ausreichendem Umfang, um finanziellen Schutz zu fördern, und stabile Einnahmenflüsse, um die Leistungsqualität und die Zugänglichkeit aufrechtzuerhalten. Die meisten Länder verzeichneten eine gewisse Fluktuation der öffentlichen Ausgaben in den Jahren nach der Finanz- und Wirtschaftskrise und insbesondere 2009, 2010 sowie 2012. Die

öffentlichen Gesundheitsausgaben sanken in vielen Ländern zwischen 2010 und 2013 sowohl ausgedrückt als Anteil am BIP als auch pro Person; in manchen Ländern war dies eine Fortsetzung eines seit langem bestehenden Trends. In der Gesamtbetrachtung fielen die meisten Rückgänge klein aus. Einige Länder verzeichneten jedoch große oder dauerhafte Rückgänge, sodass ihr Wert für die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Person 2012 und 2013 niedriger war als 2007 (77).

Aus den allgemeinen Steuereinnahmen und/oder über für Gesundheit zweckgebundene Steuern öffentliche Mittel in ausreichendem Umfang für das Gesundheitssystem sicherzustellen, ist wesentlich für Fortschritte bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Viele Länder, die traditionell für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in erheblichem Maß die Lohnsteuer genutzt haben, erkennen nun, dass eine gemischte Grundlage aus öffentlichen Einnahmen besser dazu geeignet ist, einen hohen Versorgungsgrad zu erreichen, ohne den Arbeitsmarkt über Gebühr zu belasten (77, 78).

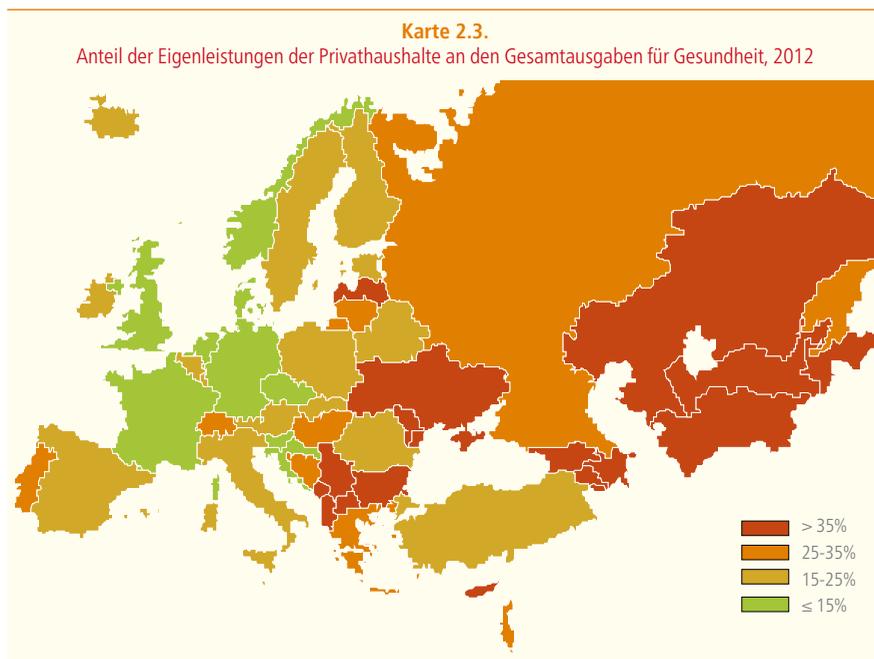
Niedrige öffentliche Gesundheitsausgaben resultieren gewöhnlich in hohen finanziellen Eigenleistungen von Patienten. Der Anteil der Eigenleistungen an den Gesamtausgaben für Gesundheit ist deshalb ein wichtiger indirekter Indikator des finanziellen Schutzes. Internationale Analysen lassen darauf schließen, dass nur noch sehr wenige Haushalte von katastrophalen oder ruinösen Gesundheitsausgaben betroffen werden, wenn der Anteil der Eigenleistungen unter 15% der Gesamtausgaben für Gesundheit sinkt (79). 2010 und 2011 wiesen nur 13 der 53 Länder in der Region einen Eigenleistungsanteil von unter 15% auf. 2012 lagen nur 12 Länder unter dieser Schwelle (Karte 2.3) und eines hatte einen Wert von knapp über 15%. Zwischen 2010 und 2012 wuchs der Eigenleistungsanteil in 22 Ländern, wenngleich die Größenordnung des Wachstums gewöhnlich klein war (11). Im Durchschnitt sind die Eigenleistungen von Patienten als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit in der Region seit 2010 stabil geblieben, bei etwa 24% (siehe Abb. 2.21).

Diese Zahlen zeigen, dass in den meisten Ländern die Politik aktiv werden muss, um die finanziellen Eigenleistungen von Patienten zu verringern. Die Verringerung der Eigenleistungen von Patienten erfordert einen umfassenden Ansatz, der alle Dimensionen der

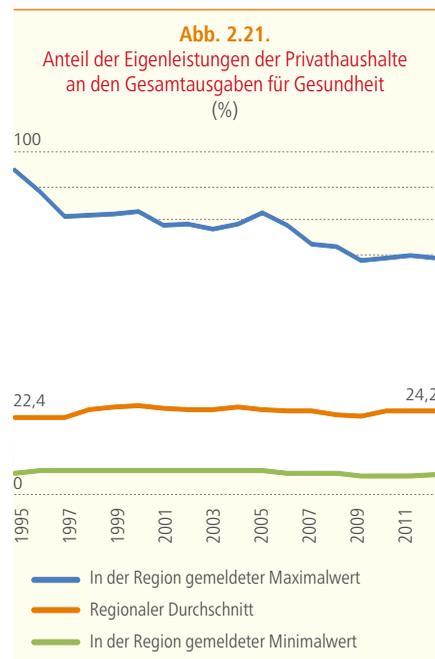
Gesundheitsfinanzierungspolitik – Einnahmenerhebung, Bündelung, Beschaffung, Leistungsgestaltung und Deckungsentscheidungen – zugunsten von besserem finanziellem Schutz, Chancengleichheit und Effizienz in Einklang bringt (siehe **Kasten 2.8** für ein Beispiel für politische Maßnahmen aus Georgien). Arzneimittel sind gewöhnlich der größte Kostentreiber in Bezug auf finanzielle Eigenleistungen von Patienten und ein Hauptgrund für katastrophal hohe und ruinöse Gesundheitsausgaben. Unzureichende Konzepte in der Arzneimittelpolitik und unsachgemäßer Arzneimittelgebrauch sind in vielen Gesundheitssystemen führende Ursachen für Ineffizienz. Eine solidere Arzneimittelpolitik kann folglich den rechtzeitigen und chancengleichen Zugang zu Arzneimitteln sichern und den finanziellen Schutz verbessern und gleichzeitig die effizientere Ressourcennutzung fördern (79).

Ein weiterer mit diesem Dachziel verbundener Kernindikator

Der Kernindikator des Anteils der Kinder, die gegen Masern, Polio und Röteln geimpft sind, ist ebenfalls mit diesem Dachziel



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

verbunden; er wird im Abschnitt zur zweiten Quantifizierung für Dachziel 1 beschrieben.

Trotz eines allgemeinen Rückgangs der Müttersterblichkeit bestehen noch große Unterschiede

Ein zusätzlicher Indikator für diese Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ ist die Zahl der Müttersterbefälle pro 100 000 Lebendgeburten. Der kontinuierliche Rückgang der Müttersterblichkeit in der Region war beeindruckend: Zwischen 1990 und 2013 sank die Zahl der Müttersterbefälle pro 100 000 Lebendgeburten um 59%. Mehrere Länder in der Region haben beachtlichen Erfolg mit ihren Fortschritten bei der Verwirklichung des diesbezüglichen Millennium-Entwicklungsziels erreicht: Im selben Zeitraum konnte Belarus seine Müttersterblichkeitsrate um 96% verringern, Israel um

Kasten 2.8.

Substanzielle Fortschritte bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung in Georgien

Ergriffene Maßnahmen und bislang erzielte Errungenschaften

2013 weitete Georgien die öffentlich finanzierte Abdeckung der Primärversorgung, der Notfallversorgung und mancher stationärer Wahlleistungen auf zuvor versicherte Personen aus. Vor der Reform hatte nur die Hälfte der Bevölkerung Zugang zu öffentlich finanzierten Leistungen. Zur Finanzierung dieser beträchtlichen Ausweitung verdoppelte die Regierung in absoluten Zahlen von 2013 gegenüber 2012 die Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben und erhöhte damit den Gesundheitsanteil am Haushalt von 5,2% im Jahr 2012 auf 6,7% im Jahr 2013 (80). Die Regierung übernahm auch wieder das Beschaffungswesen von privaten Versicherungsgesellschaften: Ihr Programm für die allgemeine Gesundheitsversorgung wird derzeit von der Behörde für soziale Leistungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales verwaltet. Das Programm deckt 89% der Bevölkerung ab; die restlichen 11% haben Deckung über freiwillige private Krankenversicherung. Eine jüngere Umfrage ergab hohe Zufriedenheitswerte

bei Nutznießern des Programms und Anbietern von Gesundheitsleistungen. Vorläufige Analysen lassen auch auf eine willkommene stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und gesunkene finanzielle Eigenleistungen von Patienten schließen.

Künftige Herausforderungen

Die Regierung steht jetzt vor der Herausforderung, dieses höhere Niveau öffentlicher Gesundheitsausgaben aufrechtzuerhalten und sicherzustellen, dass öffentliche Ressourcen so effizient wie möglich genutzt werden, um Versorgungsdefizite zu beseitigen und den finanziellen Schutz zu stärken. Hierfür wird sie wahrscheinlich an mehreren Punkten ansetzen, wozu zählen werden:

- effizientere Methoden zur Bezahlung der Anbieter und bessere Überwachung ihrer Leistung, um den Umfang und die Qualität der Primärversorgung zu verbessern und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.
- Maßnahmen zur Verbesserung des chancengleichen Zugangs zu kostenwirksamen Arzneimitteln zu niedrigeren

Kosten – insbesondere zu jenen unentbehrlichen Arzneimitteln bei chronischen Krankheiten, die noch nicht im Leistungsumfang der allgemeinen Gesundheitsversorgung enthalten sind;

- eine Strategie, um sicherzustellen, dass Nutzergebühren Personen nicht davon abhalten, die Programmleistungen in Anspruch zu nehmen, und um die Ansprüche innerhalb der Bevölkerung zu harmonisieren.

Eine wichtige Rolle für Gesundheitsinformationen

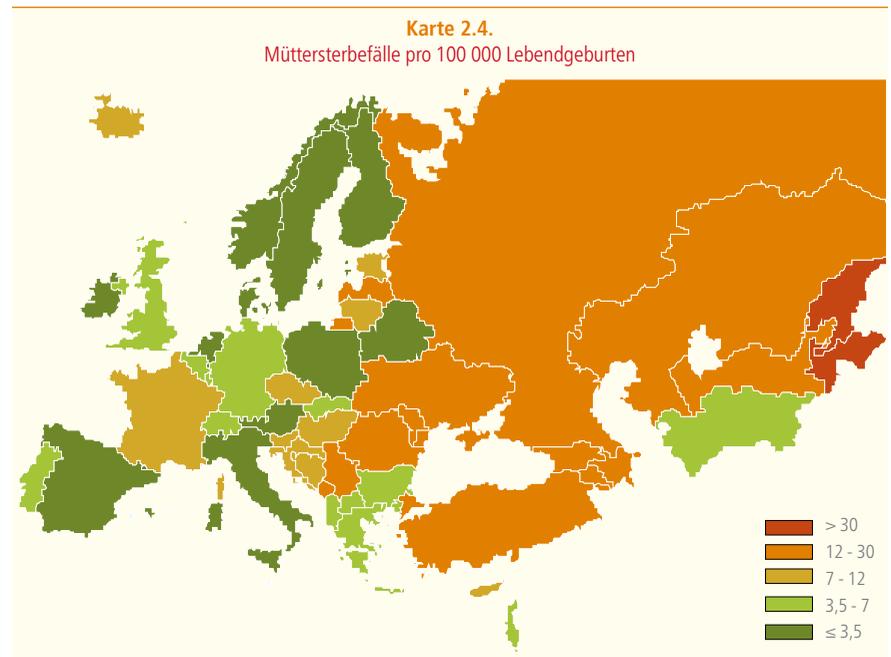
In den letzten fünf Jahren hat Georgien durch nationale Gesundheitskonten, die Überwachung des finanziellen Schutzes, zwei Erhebungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und zu Gesundheitsausgaben sowie eine Leistungsbewertung des Gesundheitssystems die Gesundheitsinformationen gestärkt. Weiterhin Daten zu generieren und die routinemäßigen Gesundheitsinformationssysteme zu verbessern, wird eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Konzepten zur Sicherung der Nachhaltigkeit der bemerkenswerten jüngeren Errungenschaften Georgiens spielen.

84%, Polen um 81%, Rumänien um 80%, Estland um 78% und Lettland um 77% (81). Die Unterschiede zwischen den Ländern in der Region sind jedoch noch beträchtlich (Karte 2.4). Dies bedeutet, dass gehandelt werden muss, um die Leistung des Gesundheitssystems in Bezug auf die Gesundheit von Müttern zu verbessern und insbesondere bestehende Ungleichgewichte abzubauen.

Dachziel 6: Mitgliedstaaten legen nationale Zielvorgaben oder Ziele fest

Zusammenfassung der Fortschritte

Die Quantifizierung für dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ ist die Schaffung von Verfahren für die Festlegung nationaler Ziele (sofern nicht bereits vorhanden). Die mit dieser Dachzielquantifizierung verknüpften Kernindikatoren sind:



Hinweis: Die Karte zeigt den Durchschnittswert pro Land auf der Grundlage der letzten drei Jahre, für die Daten verfügbar waren. Siehe Tabelle A.4 in Anhang 1 für Informationen zu den Daten, die dieser Karte zugrunde liegen.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

- die Schaffung eines Verfahrens zur Aufstellung von Zielvorgaben wurde dokumentiert;
- Dokumentationsnachweis: a) Etablierung einer nationalen Politik im Einklang mit „Gesundheit 2020“; b) Umsetzungsplan; c) Mechanismus zur Rechenschaftslegung.

2010 hatten fast 40 Länder in der Region Zielvorgaben zur Überwachung der Fortschritte bei der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden definiert; bis 2013 war dieser Anteil auf 56% gestiegen.

Der Anteil der Länder in der Region mit einer Politik im Einklang mit „Gesundheit 2020“ stieg von 58% im Jahr 2010 auf 75% im Jahr 2013. 2010 hatten 26% der Länder einen Plan zur Umsetzung dieser Politik angenommen; bis 2013 war dieser Anteil auf 50% gestiegen. Schlussendlich meldeten 2010 45% der Länder, über einen Mechanismus zur Rechenschaftslegung zu verfügen, und der Anteil stieg 2013 auf 72%. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in der Europäischen Region rasch an Dynamik gewonnen hat.

Ziele und Zielvorgaben für Gesundheit und Wohlbefinden wurden in mehr als 50% der Länder festgelegt

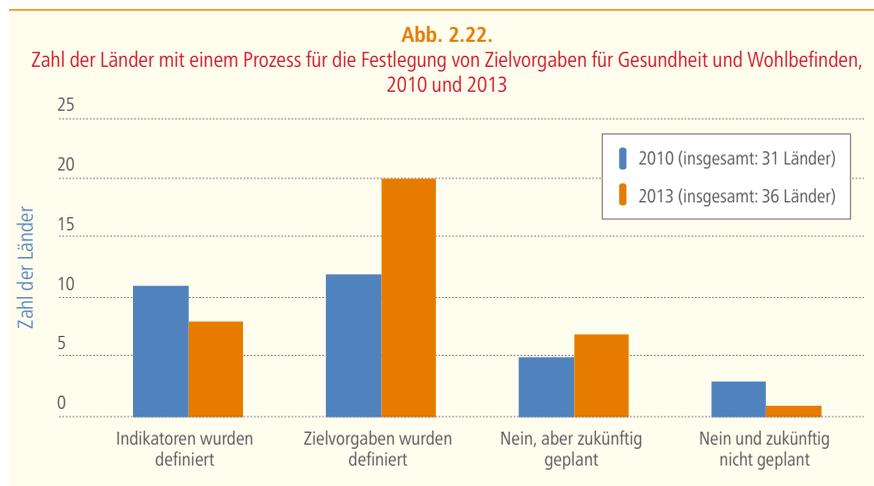
Die Länder legen zunehmend nationale Ziele, Zielvorgaben und konkrete Indikatoren fest, um ihren Fortschritt bei der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden zu überwachen. 2010 hatten nahezu 40% der Länder Zielvorgaben definiert und zusätzliche 35% hatten Indikatoren ohne konkrete Zielvorgaben definiert; 2013 stieg der Anteil mit definierten Zielvorgaben auf 56%. Die Zahl der Länder, die planen, Zielvorgaben und Indikatoren zu etablieren, stieg zwischen 2010 und 2013 ebenfalls (Abb. 2.22) (61). Dieser zunehmende Trend bestätigt, dass die Region bei der Umsetzung der Vision von „Gesundheit 2020“ voranschreitet (siehe Kasten 2.9 für ein anregendes Beispiel der Festlegung nationaler Zielvorgaben in Österreich).

Umsetzung einer Gesundheitspolitik im Einklang mit „Gesundheit 2020“

Immer mehr Länder vollenden die drei wesentlichen Schritte im Prozess der Ausarbeitung einer nationaler Gesundheitspolitik im Einklang mit der Gesamtvision von „Gesundheit 2020“:

Politikentwicklung und -umsetzung sowie Etablierung von Mechanismen zur Rechenschaftslegung. Die Politikentwicklung kommt in der Region rasch voran: 2010 meldeten 58% der Länder, über eine Politik im Einklang mit „Gesundheit 2020“ zu verfügen, und bei 67% von diesen handelte es sich um eine umfassende gesundheitspezifische Politik. 2013, ein Jahr nach der Annahme von „Gesundheit 2020“, stieg der Anteil der Länder mit einer übereinstimmenden Politik auf 75%; davon waren 85% umfassend und gesundheitspezifisch (Abb. 2.23). Eine Politik gilt als im Einklang mit „Gesundheit 2020“, wenn sie eine umfassende nationale Gesundheitspolitik oder eine andere Strategie zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsversorgung, zur Verringerung der wichtigsten Ursachen der Krankheitslast, zur Berücksichtigung wichtiger Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden und zur Stärkung von Gesundheitssystemen einschließt.

In dem Maß, in dem immer mehr Länder eine nationale Politik zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden entwickeln, steigt die Zahl der Pläne zur Umsetzung dieser Politik in der gesamten Region. 2010 verfügten 45% der Länder über einen Umsetzungsplan oder waren dabei, einen solchen zu entwickeln, und knapp über die Hälfte derjenigen waren angenommen worden. Bis 2013 hatten 50% der Länder Umsetzungspläne angenommen und weitere 22% hatten den Prozess dafür begonnen (Abb. 2.24).



Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).

2014 meldeten 45% der Länder, über einen Mechanismus zur Rechenschaftslegung für die Politik zu verfügen; in 19% der meldenden Länder war der Mechanismus angenommen worden und in 26% in Arbeit. 2013 stieg der Anteil der Länder mit einem Mechanismus auf 72% (Abb. 2.25). Rechenschaftsmechanismen umfassen die Festlegung von Zielvorgaben, die Unterbreitung von Fortschrittsberichten an das Parlament oder die Durchführung einer unabhängigen Evaluierung der Umsetzung der Politik (61). Diese Schritte bei der Politikgestaltung sind eine ermutigende Entwicklung auf dem Weg zur Verwirklichung der Vision von „Gesundheit 2020“ für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Region. Die Daten für diese Indikatoren in Bezug auf eine nationale Politik wurden mit einer Befragung auf der Landesebene erhoben (siehe Kasten 2.6).

Kasten. 2.9.

Umsetzung nationaler Zielvorgaben in Bezug auf Gesundheit in Österreich

Hintergrund

Das Bundesministerium für Gesundheit war federführend bei einem umfangreichen Prozess zur Entwicklung von 10 Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich. Ein Ausschuss mit Vertretern von fast 40 Behörden auf der Bundesebene, der regionalen Ebene und der lokalen Ebene; von Sozialversicherung und den Sozialpartnern; und Vertretern von Patienten, Kindern und Jugendlichen, älteren Menschen und sozioökonomisch benachteiligten Personen wurde gebildet, um die Rahmen-Gesundheitsziele zu entwickeln. Die 10 Rahmen-Gesundheitsziele decken ein breites Spektrum von Bereichen ab (gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen, gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Gesundheitskompetenz, gesundes Aufwachsen für Kinder, gesunde Bewegung, Ernährung, psychosoziale Gesundheit, gesunde Umwelt und Gesundheitsversorgung). Sie wurden von der Bundesgesundheitskommission und dem österreichischen Ministerrat im Sommer 2012 offiziell beschlossen. Dies

leitete die zweite Phase des Prozesses ein, die dazu dient, konkretere Zielvorgaben und Umsetzungsmaßnahmen zu definieren.

Bislang erzielte Errungenschaften und Ausblick auf die Zukunft

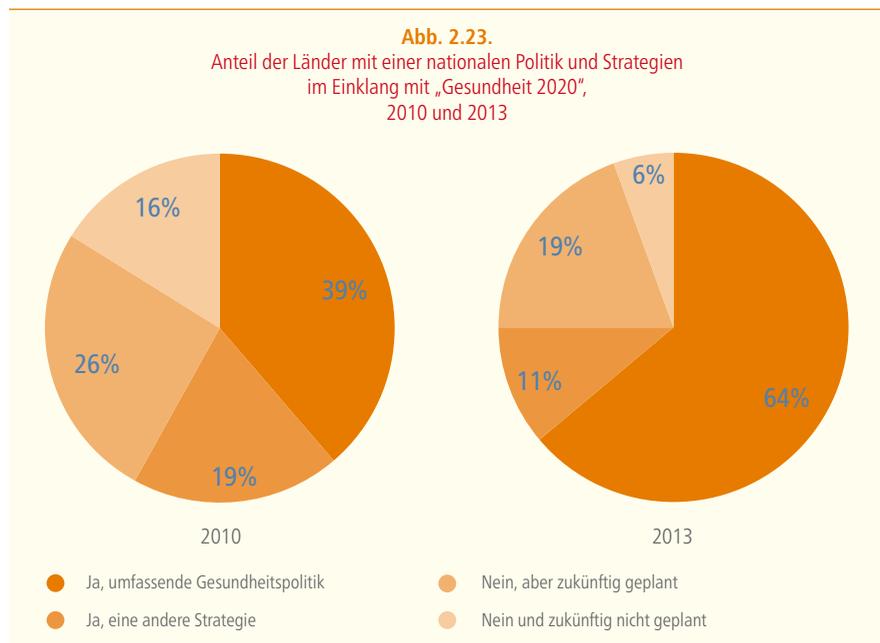
Für jedes Rahmen-Gesundheitsziel wird eine sektorübergreifende Arbeitsgruppe gebildet. Fünf Arbeitsgruppen sind etabliert; vier haben bereits einen Schlussbericht (entwurf) mit konkreten Zielvorgaben und verpflichtenden Umsetzungsplänen einschließlich der folgenden vorgelegt:

- gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen;
- für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen;
- die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken;

- gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen.

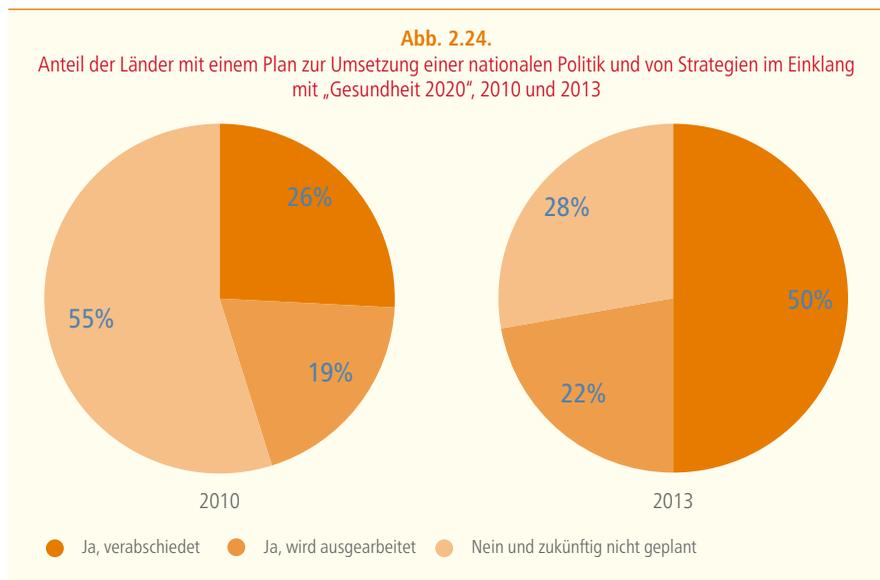
Die Arbeitsgruppe zum Rahmen-Gesundheitsziel zur Förderung gesunder und sicherer Mobilität und Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten setzt ihre Tätigkeit fort. Der Entwicklungsausschuss tritt regelmäßig zusammen, um Schlüsselemente für Fortschritte, wichtige Zwischenziele und Resultate zu erörtern.

Die Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele wird auf unterschiedlichen Ebenen überwacht. Da sie ein breites Spektrum an Gesundheitsdeterminanten betreffen, ist die Überwachung entsprechend konzipiert und schließt Prozess- und Ergebnisindikatoren ein. Die Fortschritte bei der Umsetzung werden überwacht, um ein hohes Maß an Transparenz sicherzustellen, die Zusammenarbeit zu erleichtern und notwendige Anpassungen bei der weiteren Umsetzung zu ermöglichen.



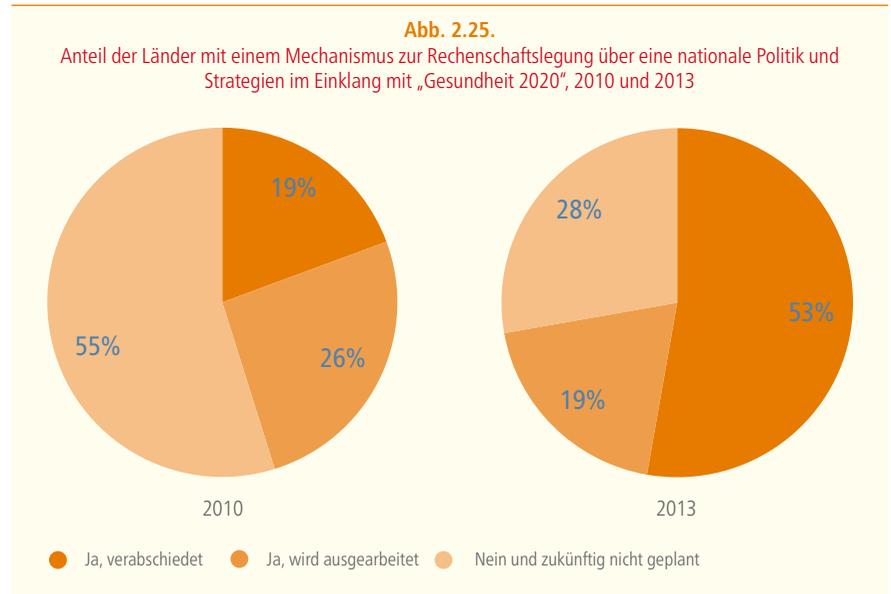
Hinweis: Zahl der auskunftgebenden Länder: 31 im Jahr 2010 und 36 im Jahr 2013.

Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).



Hinweis: Zahl der auskunftgebenden Länder: 31 im Jahr 2010 und 36 im Jahr 2013.

Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).



Hinweis: Zahl der auskunftgebenden Länder: 31 im Jahr 2010 und 36 im Jahr 2013.

Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).



03



Wohlbefinden und seine kulturellen Rahmenbedingungen

Zentrale Aussagen

Mit der Annahme von „Gesundheit 2020“ beauftragten die Mitgliedstaaten das WHO-Regionalbüro für Europa, das Wohlbefinden der Bevölkerung in der Region zu messen und ganzheitlich darüber Bericht zu erstatten.

Wohlbefinden ist ein verbindendes Konzept, das für viele Politikbereiche von Bedeutung ist. Sich mit Wohlbefinden zu befassen, bietet eine wichtige Gelegenheit, um einen gesamtstaatlichen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO zu nutzen.

Ein zunehmender Bestand an Evidenz zeigt, dass:

- Wohlbefinden auf der lokalen und nationalen Ebene zuverlässig gemessen werden kann;
- die Ergebnisse etwas zeigen, das durch andere Messungen nicht erfasst wird; und
- die Gestaltung politischer Maßnahmen unter Berücksichtigung von Wohlbefinden die Durchführung gesundheitsbezogener Programme, Dienstleistungen und Leistungen verbessern kann.

Wohlbefinden wird auf der subjektiven individuellen Ebene erfahren; es kann durch eine Reihe von Indikatoren auf der Bevölkerungsebene auch objektiv dargestellt werden, etwa

durch Bildung, Einkommen und die Wohnsituation. Der großen Komplexität von Wohlbefinden lässt sich nur mit einem interdisziplinären integrierten Gesundheitsforschungsansatz Rechnung tragen. Dies wird eine dauerhaftere Nutzung unterschiedlicher Arten von qualitativer Evidenz erfordern, um die aus Befragungen zu Wohlbefinden verfügbaren quantitativen Daten zu verbessern.

Der Vergleich von Daten zu subjektivem Wohlbefinden zwischen Gruppen aus sehr unterschiedlichen kulturellen Kontexten bleibt eine Herausforderung. Weil kulturelle Rahmenbedingungen großen Einfluss auf das Wohlbefinden haben, muss ihre Bedeutung für Wohlbefinden und für Gesundheit allgemein systematischer untersucht werden.

Zur Verbreitung von Informationen über Wohlbefinden sollte ein stärker partizipatorisch ausgerichteter Ansatz auf der Grundlage der Mitsprache lokaler Gemeinschaften genutzt werden. Eine von oben nach unten verlaufende Berichterstattung erfasst wahrscheinlich nicht die große Vielfalt der kulturellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer Gesundheit und Wohlbefinden angesiedelt sind.

Im Januar 2015 begann die WHO mit einer Untersuchung der kulturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit, die die Erkenntnisse über den Einfluss von Kultur auf das Wohlbefinden und auf Gesundheit allgemein aufbereiten soll. Eines ihrer längerfristigen Ziele besteht darin, mehr Instrumente und Methoden hervorzubringen, um Wohlbefinden zu messen und darüber Bericht zu erstatten.

Einführung

Immer mehr Regierungen in der Europäischen Region der WHO und in anderen Teilen der Welt beginnen sich dafür zu interessieren, das Wohlbefinden ihrer Bevölkerungen zu verstehen, zu messen und zu verbessern. Eine größer werdende Evidenzgrundlage stützt sich auf jahrzehntelange Arbeit im Bereich der Forschung zum Thema Wohlbefinden und in verwandten Feldern. Sie gibt zu erkennen, dass Wohlbefinden zuverlässig gemessen werden kann; dass es etwas zum Ausdruck bringt, was mit anderen Maßen nicht erfasst werden kann; und dass die Gestaltung von Konzepten, die Wohlbefinden berücksichtigen, die Durchführung von Programmen und Diensten

sowie die Leistungserbringung in verschiedenen Politikbereichen verbessern kann.

In einer Welt, in der die gesellschaftlichen Zusammenhänge zunehmend ersichtlich geworden sind, ist Wohlbefinden attraktiv, weil es ein stark verbindendes Konzept ist. Als ein Kompass, an dem sich die Gesellschaft selbst orientieren kann, erweist sich Wohlbefinden als genauso bedeutsam für beispielsweise Bildung und Finanzen wie für den Kunst- und Kulturbereich. Das Konzept ist wichtig für die Art und Weise, in der die Gesundheitsdefinition der WHO mit Dynamik gefüllt wird.

Dieses Kapitel untersucht einige der Fragen, die sich bei dem Unterfangen stellen, ein inhärent qualitatives Konzept wie subjektives Wohlbefinden zu quantifizieren, und es versucht, Antworten darauf zu geben. Eine der wichtigsten betrifft die Arten und Weisen, in der kulturelle Rahmenbedingungen das Wohlbefinden (und allgemeiner die Gesundheit) beeinflussen. In den letzten Jahren ist der wichtige Einfluss von Kultur auf die Wahrnehmungen von Gesundheit und Gesundheitsversorgung sowie den Zugang zu Gesundheitsversorgung immer klarer geworden.

Am Schluss des Kapitels wird erklärt, warum es für die WHO wichtig ist, die kulturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit und Wohlbefinden zu erforschen, und warum dies angesichts der von „Gesundheit 2020“ propagierten gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansätze von wesentlicher Bedeutung ist. Es geht auch auf die Frage ein, wie ein stärker interdisziplinär ausgerichteter Ansatz zur Messung von Wohlbefinden (und Gesundheit) und zur Berichterstattung darüber politischen Entscheidungsträgern helfen kann, die speziellen Erwartungen kulturell unterschiedlicher Gruppen von Menschen in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden zu verstehen.

Wohlbefinden und Gesundheit

Die Beziehung zwischen Gesundheit und Wohlbefinden ist grundlegend und reziprok, und das Wohlbefinden von Bevölkerungen hat aus mehreren Gründen wichtige Konsequenzen für den Gesundheitsbereich.

- Wohlbefinden bietet ein stärker integriertes Gesundheitsmodell, das Körper und Geist nicht voneinander trennt.
- Wohlbefinden ist ein für die Öffentlichkeit verständliches Konzept.
- Mehr Wohlbefinden wird assoziiert mit niedrigeren Krankheits- und Verletzungsrisiken, besserer Funktionsfähigkeit des Immunsystems, rascherer Genesung und höherer Lebenserwartung (63, 82, 83).
- Wohlbefinden hat einen prädiktiven Wert. Beispielsweise gestatten Selbstbewertungen der Lebenszufriedenheit Prognosen über Verhaltensweisen wie Suizid (84).

Hinzu kommt, dass Krankheits- und Mortalitätsdaten kein ganzheitliches Bild der Gesundheit einer Bevölkerung bieten können – genauso, wie Einkommensindikatoren ein unzureichendes Ersatzmaß für den gesellschaftlichen Fortschritt sind. Die Erkenntnisse zeigen klar, dass Menschen trotz psychischer Störungen gut leben können und dass umgekehrt ihre Lebensqualität schlecht sein kann, obwohl sie psychisch gesund sind (85).

„Gesundheit 2020“ und Wohlbefinden miteinander verbinden

Wohlbefinden stand immer im Kern der Definition von Gesundheit der WHO, die in der Präambel der Satzung der Organisation als „ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ beschrieben wird (86). Obwohl sich die Definition seit 1948 nicht verändert hat, erwies es sich als schwierig, sie zu operationalisieren. Im Lauf der Jahrzehnte hat die WHO beträchtliche Anstrengungen unternommen, Gesundheit in der ganzheitlichen Art und Weise zu fördern, die von der Definition vorgegeben wird (vor allem mittels der Erklärung von Alma-Ata und der daran anschließenden Bewegung „Gesundheit für alle“ sowie der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (87, 88)). Der Schwerpunkt lag jedoch weiterhin vornehmlich auf der Bekämpfung von Tod, Krankheit und Behinderung statt auf der Messung vollständigen physischen und psychischen Wohlbefindens.

„Gesundheit 2020“ versucht dieses Ungleichgewicht zu beheben. Ziel ist, einen gesundheitspolitischen Rahmen für die Europäische

Region der WHO zu bieten, in dem alle Menschen befähigt und darin unterstützt werden, über den Lebensverlauf ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen und ein möglichst hohes Maß an Wohlbefinden zu erreichen. „Gesundheit 2020“ berücksichtigt die neuesten Erkenntnisse über die Rolle von Gesundheit. Das Rahmenkonzept legt detailliert dar, dass ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit in allen Lebensphasen ein Grundrecht für alle und nicht ein Privileg für eine kleine Minderheit ist. Es hebt hervor, dass gute Gesundheit in allen Lebensphasen ein Aktivposten und eine Quelle wirtschaftlicher und sozialer Stabilität sowie eine wichtige Voraussetzung für die Verringerung der Armut und die Verwirklichung nachhaltiger Entwicklung ist. Von zentraler Bedeutung ist, dass gute Gesundheit nicht als ein Resultat eines einzigen Politikbereichs betrachtet werden darf: Nachhaltige und chancengerechte Verbesserungen von Gesundheit und Wohlbefinden sind das Ergebnis wirksamen Handelns aller Bereiche staatlicher Politik und kooperativer Anstrengungen aller Teile der Gesellschaft.

Der Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“: Wohlbefinden messen

Wohlbefinden zu verstehen, es zu messen und darüber Bericht zu erstatten ist von grundlegender Bedeutung für „Gesundheit 2020“ und wenn dies kulturzentriert geschieht und dabei kulturellen Besonderheiten Rechnung getragen wird, wird es einen wertvollen Beitrag zur erfolgreichen Umsetzung des Rahmenkonzepts leisten. So ist es nur konsequent, dass sich eines der Kernziele des in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten entwickelten Kontrollrahmens auf die Verbesserung des Wohlbefindens der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO bezieht (3).

Ohne eine robuste Strategie dafür, sowohl quantitativ als auch qualitativ Wohlbefinden zu messen und darüber Bericht zu erstatten, lässt sich nicht bewerten, bis zu welchem Grad konkrete politische Interventionen zur Verbesserung des Wohlbefindens erfolgreich waren. Außerdem veranschaulicht die Aufnahme der Messung von Wohlbefinden in den Kontrollrahmen die Fokussierung von „Gesundheit 2020“ auf einen gesamtstaatlichen Ansatz. Angesichts des verbindenden Charakters des Konzepts eröffnet die bloße Messung von Wohlbefinden Chancen für

die politikbereichsübergreifende und interinstitutionelle Zusammenarbeit. Für die WHO ergaben sich daraus Gelegenheiten, Wissen an verschiedene Organisationen für Kultur, Umwelt und Bildung weiterzugeben und auszutauschen; dies umfasste auch Arbeit zu Treibhausgasemissionen in Städten und Wohlbefinden als Teil des Gesunde-Städte-Netzwerks (89, 90).

Überblick über die bislang geleistete Arbeit

Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden markierte den Beginn der Beschäftigung des WHO-Regionalbüros für Europa mit Indikatoren für Wohlbefinden. Zum Zeitpunkt seiner Veröffentlichung hatte das Regionalbüro den Konsultationsprozess mit technischen Experten und den Mitgliedstaaten begonnen. Eines seiner ersten Resultate war die auf hoher Ebene beschlossene nachstehende Arbeitsdefinition (91).

Wohlbefinden hat zwei Dimensionen: eine subjektive und eine objektive. Es beinhaltet die Lebenserfahrungen einer Person und einen Vergleich der Lebensumstände mit gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen.

Nach der Veröffentlichung des Berichts wurden auf 2013 und 2014 durchgeführten Expertentagungen sowohl subjektive als auch objektive Indikatoren ermittelt (62, 92 - 94). Bei ihren Bemühungen, geeignete Indikatoren zu empfehlen, orientierten sich die Expertentagungen an einigen übergeordneten Prinzipien, zu denen insbesondere wichtige Standardkriterien wie Plausibilität (Augenscheinvalidität) und Konstruktvalidität zählten. Angesichts der unterschiedlichen Kapazitäten für die Berichterstattung wurde allerdings entschieden, dass eine weitere Kernanforderung für die ausgewählten Indikatoren ihre routinemäßige Verfügbarkeit in den meisten der 53 Länder in der Europäischen Region sein sollte. Folglich empfahl die Expertengruppe fünf objektive Kernindikatoren und einen subjektiven Kernindikator.

Indikatoren für objektives Wohlbefinden

Die Kernindikatoren für objektives Wohlbefinden decken vier Bereiche ab: soziale Verbundenheit, ökonomische Sicherheit und

Einkommen, natürliche und bauliche Umwelt sowie Bildung. Nur zwei der Empfehlungen sind ausschließlich mit dem Dachziel von „Gesundheit 2020“ in Bezug auf Wohlbefinden verknüpft:

- Verfügbarkeit sozialer Unterstützung (Bereich der sozialen Verbundenheit);
- Anteil der Bevölkerung mit so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen (Bereich natürliche und bauliche Umwelt).

Über die restlichen Kernindikatoren für objektives Wohlbefinden wird wie in Kapitel 2 beschrieben auch über andere Teile des Rahmenkonzepts Bericht erstattet:

- Gini-Koeffizient (Bereich ökonomische Sicherheit und Einkommen);
- Arbeitslosenquote, aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht (Bereich ökonomische Sicherheit und Einkommen);
- Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen (Bildungsbereich).

Für die Messung objektiven Wohlbefindens wurden noch drei weitere Indikatoren als besonders bedeutsam eingestuft. Weil verfügbare Daten zu diesen jedoch in der gesamten Region allgemein fehlen, werden sie als zusätzliche Indikatoren und nicht als Kernindikatoren aufgenommen. Im Einzelnen sind dies:

- Anteil der alleinlebenden ab 65-Jährigen (Bereich der sozialen Verbundenheit);
- Gesamtkonsumausgaben der privaten Haushalte (Bereich ökonomische Sicherheit und Einkommen);
- Anteil der Bevölkerung mit mindestens Sekundarstufenabschluss (Bildungsbereich).

Kernindikator für subjektives Wohlbefinden

Die Gesamtlebenszufriedenheit wurde als der Kernindikator für die subjektive Dimension von Wohlbefinden empfohlen. Obwohl die Lebenszufriedenheit nur einen kleinen Teil des Konzepts ausmacht, waren sich die Experten allgemein einig, dass sie der am umfassendsten verfügbare Indikator und deshalb für den Zweck der regionalen Berichterstattung besonders geeignet ist (62).

Beobachtung von subjektivem Wohlbefinden: einige Herausforderungen

Die Verständigung auf die Lebenszufriedenheit als der am besten geeignete Indikator (zu diesem frühen Zeitpunkt) für subjektives Wohlbefinden war vielleicht eine unkomplizierte Lösung. Es gibt jedoch noch viele konzeptionelle und praxisbezogene offene Fragen im Hinblick auf die Durchführung der Beobachtung von subjektivem Wohlbefinden. Außerdem herrscht weiterhin Skepsis bezüglich der Frage, ob subjektives Wohlbefinden jemals ein aussagekräftiges und hinreichend robustes Konstrukt sein kann, um in internationale Berichte aufgenommen zu werden. Weil eine robuste Darstellung von subjektivem Wohlbefinden ein zentrales Element der Art und Weise ist, wie sich die WHO die zukünftige Berichterstattung über Wohlbefinden vorstellt, sind wichtige Aufgaben, diesen Einwänden Rechnung zu tragen und sich zu bemühen, durch die Daten bedingte Beschränkungen besser zu verstehen und sie aus dem Weg zu räumen. Ohne solche Bemühungen könnte die empfundene Nützlichkeit von Daten zu subjektivem Wohlbefinden für politische Entscheidungsträger im Zeitverlauf auf nationale Trends beschränkt bleiben.

Auf der Arbeitsdefinition von Wohlbefinden aufbauen

Der Europäische Gesundheitsbericht 2012 ergänzte die neue Arbeitsdefinition von Wohlbefinden, indem er weitere Details bereitstellte, um das Konzept zu klären. Länderübergreifend sind sich Menschen vielleicht im Großen und Ganzen einig, welche Aspekte für ihr Wohlbefinden wichtig sind (beispielsweise ihre Gesundheit, die natürliche Umwelt, Bildung und so weiter). Inwieweit diese wichtig sind und wodurch wiederum diese konstituiert werden, kann sich kulturübergreifend stark unterscheiden. Regierungen, die das Wohlbefinden ihrer Bevölkerung messen wollten, mussten deshalb häufig einsehen, dass sie mit einer Phase öffentlicher Konsultation beginnen mussten, um den nationalen Charakter des Konzepts des Wohlbefindens besser zu verstehen. Als ein Resultat einer solchen Konsultation nahm Italien beispielsweise „Landschaft und kulturelles Erbe“ als einen der 12 Bereiche nationalen Wohlbefindens auf, einen Faktor, der in anderen Ländern der Europäischen Region nicht erfasst wird (95).

Außerdem wurde in dem Bericht darauf hingewiesen, dass subjektives Wohlbefinden in weitere Bereiche jenseits der Lebenszufriedenheit aufgeschlüsselt werden könnte – beispielsweise emotionales Wohlbefinden (wie positiver und negativer Affekt), Funktionstüchtigkeit (wie Zweck- und Sinnhaftigkeit) und soziales Wohlbefinden (wie Widerstandskraft). In Bemühungen von Wissenschaftlern und Statistikämtern, subjektives Wohlbefinden besser zu definieren und zu erfassen, spielen diese Konzepte weiterhin eine wichtige Rolle. Angesichts des großen Einflusses von kulturellen Wertvorstellungen, Überzeugungen und Normen auf emotionale Reaktionen und soziale Erwartungen werfen sie jedoch auch Fragen in Bezug auf die Probleme der Vergleichbarkeit von Daten auf, die in unterschiedlichen Settings erhoben wurden.

Subjektivität

Eine der grundlegendsten Herausforderungen im Zusammenhang mit der Validität subjektiven Wohlbefindens ist gerade seine Subjektivität. Wie bei allen aus Selbsteinschätzungen von Auskunftgebenden gewonnenen Daten gibt es weder eine faktische Wahrheit, mit der die subjektive Einschätzung verglichen werden kann, die eine Person von ihrem Wohlbefinden vorgenommen hat, noch Externalitäten, anhand derer diese Einschätzung validiert werden kann. Es kann sogar sein, dass Personen, die die Frage beantworten „Wie zufrieden sind Sie dieser Tage mit Ihrem Leben?“, sich selbst nicht sicher sind, ob ihre Antworten wirklich zutreffen.

Die Behauptung, dass Indikatoren für subjektives Wohlbefinden robust sind, mag deshalb auf manche Menschen kontraintuitiv wirken. Die Erkenntnisse aus mehr als vier Jahrzehnten Forschung lassen jedoch zunehmend darauf schließen, dass subjektives Wohlbefinden – und insbesondere Maße der Lebenszufriedenheit – zuverlässige, valide und wichtige Informationen erfassen können, die mit objektiven Indikatoren allein nicht gesammelt werden können (96). Darauf, wie Auskunftgebende Fragen zu subjektivem Wohlbefinden beantworten, hat sich so viel Aufmerksamkeit konzentriert, dass in vielen Fällen jetzt mehr über die damit verbundenen Mechanismen sowie die Stärken und Schwächen der Daten bekannt ist als darüber, wie beispielsweise kulturelle Faktoren die Erhebung epidemiologischer Daten beeinflussen.

Vergleichbarkeit

Eines der größten Probleme für die Zwecke der WHO bei der Messung von subjektivem Wohlbefinden betrifft die länderübergreifende Vergleichbarkeit der Daten. So ist weiterhin ungeklärt, inwieweit Indikatoren für subjektives Wohlbefinden anfällig für Verzerrungen sind, die aus den kulturellen Unterschieden zwischen Bevölkerungen resultieren. Die Herausforderungen in Bezug auf die interkulturelle Vergleichbarkeit können in zwei Hauptaspekte unterteilt werden: methodische (wie die Umfragen konstruiert sind und die Teilnehmer antworten) und erkenntnistheoretische (wie sich die Glaubenssysteme der Auskunftgebenden unterscheiden).

Die methodische Robustheit – was interkulturelle Vergleiche betrifft – von Fragen, die versuchen, andere Dimensionen subjektiven Wohlbefindens wie positive und negative Emotionen (bekannt als „Affekt“) zu messen, wird von der Forschung noch häufig diskutiert. Einige Beispiele von Herausforderungen, auf die in der wissenschaftlichen Literatur häufig Bezug genommen wird, sind in Kasten 3.1 aufgelistet.

Kasten 3.1.

Faktoren mit einem Einfluss auf die interkulturelle Vergleichbarkeit von Maßen für subjektives Wohlbefinden

Sprache

Semantische und konzeptionelle Äquivalenzprobleme müssen berücksichtigt werden. Semantische Äquivalenz bezieht sich auf die Wahl der Begriffe und semantischen Strukturen, um die Äquivalenz der Übersetzung sicherzustellen. Konzeptionelle Äquivalenz betrifft die Frage, inwieweit ein Konzept unabhängig von den verwendeten Wörtern in der Zielsprache existiert. Bei Hervorhebungen (beispielsweise durch Großbuchstaben) können in nicht auf lateinischen Buchstaben basierenden Schriften zusätzliche operative Schwierigkeiten entstehen.

Kognitive Schwierigkeiten

Die Cantril Self-Anchoring Striving Scale (siehe den Abschnitt zu Dachziel 4 in Kapitel 2) hat sich in unterschiedlichen kulturellen Kontexten als kognitiv problematisch erwiesen, zum Teil weil die Formulierungen, mit denen das Konzept

beschrieben wird, relativ umständlich ist. Die Verwendung metaphorischer Konstrukte könnte ebenfalls nicht in allen Kulturen gleich nützlich sein.

Kontextuelle Effekte

Im Fall erfahrenen Wohlbefindens können kurzfristige Ereignisse große Auswirkungen auf die Werte haben. Wenn beispielsweise als Bezugszeitraum ein Sonntag gewählt wird, ergeben sich im Allgemeinen höhere Werte für erfahrenes Wohlbefinden. Allerdings gibt es auch hier kulturell bedingte Abweichungen: Wie zu erwarten ist, fallen die Werte für Freitage in muslimischen Gesellschaften höher aus, weil dies der Gebetstag ist, an dem die meisten Menschen nicht arbeiten.

Antwortverzerrung

Manche Kulturen können auf einer Skala von 0 bis 10 Zahlenpräferenzen haben. Es ist jedoch schwer zu bestimmen, ob es sich dabei

um wirklich unterschiedliche Niveaus von subjektivem Wohlbefinden oder um einen kulturell bedingten Ansatz zu Zahlen handelt.

Eignung

Manche Fragen wie solche, die vorgeben, die Lebensbewertung in den nächsten fünf Jahren zu messen, funktionieren möglicherweise nicht in allen Kulturen gleich gut.

Zusammenfassung

Um Messfehler zu minimieren, sind gute Erhebungsmethoden unentbehrlich: Fragebogendesign und -validierung, angemessene Übersetzungspraktiken (beispielsweise Rückübersetzung), kognitive Erprobung usw. Auf jeden Fall ist Vorsicht geboten, wenn internationale Vergleiche gezogen werden, weil erst noch weitere Forschung erforderlich ist, um die interkulturelle Vergleichbarkeit von Maßen für subjektives Wohlbefinden zu belegen (96).

Den meisten dieser methodischen Schwierigkeiten kann durch sorgfältige Ausgestaltung und rigorose Übersetzung der Erhebungen entgegengewirkt werden. Die schwierigeren Herausforderungen für die interkulturelle Vergleichbarkeit sind gewöhnlich erkenntnistheoretisch, weil sie sich darauf beziehen, wie unterschiedliche Kulturen das ideale Menschsein auslegen. In mehreren Studien wurde beispielsweise gezeigt, dass Kulturen, die mehr Wert auf Bescheidenheit legen, die Art und Weise beeinflussen, in der Auskunftgebende Fragen nach subjektivem Wohlbefinden beantworten, was in niedrigeren expliziten Maßen von Selbstwertschätzung resultiert (97).

Eine allgemeine Schlussfolgerung, die aus Forschungsarbeiten gezogen wurde, bei denen individualistische Kulturen (häufig westlichen Gesellschaften zugeschrieben) und kollektivistische Kulturen (die man angeblich oft in Ostasien findet) verglichen wurden, ist, dass Universalität und kulturelle Spezifität zwei Facetten desselben Prozesses sind. Demnach hängt ein universelles Konzept wie Lebenszufriedenheit eng mit kulturspezifischen Determinanten wie Unabhängigkeit oder Interdependenz zusammen. Folglich ist der Grad, zu dem Wohlbefinden zwischen Kulturen vergleichbar ist, davon abhängig, inwieweit das ideale Menschsein zwischen ihnen vergleichbar ist (98, 99).

Berichterstattung über Wohlbefinden

Wenngleich theoretisch der Einsatz zeitaufwendigerer (und kostenintensiverer) Umfragemethoden einige der oben beschriebenen Defizite minimieren könnte, ist es in der Realität derzeit so, dass Lebenszufriedenheit der einzige subjektive Indikator für Wohlbefinden ist, über den die WHO Bericht erstatten kann. Eine sehr ausgefeilte Definition von Wohlbefinden war ein notwendiger erster Schritt bei dem Unterfangen, es ernst zu nehmen. Wie kann die WHO jedoch auf der Grundlage eines einzigen Indikators etwas Sinnvolles über Wohlbefinden in ihrer sich durch kulturelle Vielfalt auszeichnenden Europäischen Region aussagen?

Eine zweite, vielleicht mit einer noch größeren Herausforderung verbundene Frage ist, wie die WHO ihre Kommunikationen über Wohlbefinden angehen sollte? Selbst wenn Einigkeit darüber

bestehen würde, ob Maße für subjektives Wohlbefinden abstrakt länderübergreifend valide sind, ist es unwahrscheinlich, dass es möglich ist (oder gar wünschenswert ist, wenn kulturelle Vielfalt wertgeschätzt wird), jemals einheitliche universelle Korrelate zwischen Wohlbefinden und seinen Determinanten zu etablieren. Mehr als die meisten Konzepte profitiert Wohlbefinden nicht nur von Ansätzen, die von unten nach oben verlaufen, sondern wird grundlegend von ihnen definiert.

Im schlimmsten Fall kann Forschung zu Wohlbefinden unter einem schädlichen zu hohem Maß an „normativer Naivität“ leiden (100). Häufig versuchen konventionelle Berichte über Wohlbefinden nahezulegen, dass es eine „Formel“ für Wohlbefinden gibt, die diejenigen Länder entdeckt haben, die in globalen Erhebungen zum Thema Wohlbefinden gut abschneiden. Solche Behauptungen können Skeptikern als nicht hilfreich und reduktionistisch vorkommen, weil sie anscheinend eine bestimmte normative Philosophie verfechten, die unter anderen kulturellen Rahmenbedingungen unangemessen sein kann.

Diese von oben nach unten verlaufenden Rahmen für die Berichterstattung über Kultur und Wohlbefinden erfassen zudem wahrscheinlich nicht die große Vielfalt der kulturellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer Gesundheit und Wohlbefinden angesiedelt sind. Wer Kommunikation als einen in eine Richtung verlaufenden Informationsprozess betrachtet, vernachlässigt ihren Wert als eine Ressource dafür, Dialoge einzuleiten und Brücken zu bauen. Eine geeignete Politik auf hoher Ebene sollte auf der Grundlage dieses Graswurzelverständnisses von Wohlbefinden formuliert werden.

Kulturelle Rahmenbedingungen der Messung von subjektivem Wohlbefinden

Ein Konzept, das häufig herangezogen wird, um Unterschiede zwischen Ländern in Bezug auf Daten zu ihrem subjektiven Wohlbefinden zu erklären, ist „Kultur“. Hierfür gibt es im Allgemeinen zwei Aspekte: kulturelle Voreingenommenheit und kulturelle Auswirkungen. Kulturelle Voreingenommenheit ist ein Prozess mit einem Einfluss auf die Art und Weise, in der

man auf eine Befragung reagiert (bezieht sich aber auch bis zu einem gewissen Grad auf die Ausarbeitung oder Übersetzung dieser Befragung). Auf diese Weise entstehen unerwünschte Abweichungen bei Daten zu subjektivem Wohlbefinden („Rauschen“), insbesondere bei länderübergreifenden Vergleichen. Die Ursachen für diese Art von Rauschen sind vielfältig: Sie könnten beispielsweise das Resultat von Unterschieden im Zusammenhang mit Sprache, der Verwendung von Zahlen oder der Art und Weise sein, Gefühle zu äußern. Beispielsweise wurde darauf hingewiesen, dass manche europäischen Kulturen eigennützige Vorurteile pflegen, die helfen, die Selbstwertschätzung hoch zu halten, was bei Vergleichen mit anderen Kulturen, die dies nicht tun, (wie manche in Ostasien) zu überhöhten Werten führen würde (101).

Wenn kulturelle Voreingenommenheit Rauschen bewirkt, muss dem so gut wie möglich Rechnung getragen werden, und zwar entweder bei der Ausarbeitung der Erhebung oder bei der Datenanalyse. Man scheint sich jedoch zunehmend einig zu sein – zumindest unter Statistikern (wenn nicht sogar unter Anthropologen) –, dass sinnvolle länderübergreifende Vergleiche möglich und Aussagen zu Wohlbefinden nicht vollständig relativ sind (102).

Wenn dies der Fall ist, verlagert sich das Interesse zwangsläufig von der kulturellen Voreingenommenheit zu den kulturellen Auswirkungen. Kultur ist dann nicht länger ein zusätzlicher Faktor, der nur für die Verfeinerung von Umfrageinstrumenten von Bedeutung ist, sondern ein inhärentes Gut, das zu der Erfahrung von Wohlbefinden in einem Kausalzusammenhang steht. Wenn man beispielsweise den Vergleichsdaten glauben kann, dass Menschen in Lateinamerika immer wieder ihre Lebenszufriedenheit höher einschätzen als diejenigen in allen anderen Regionen, könnte man daraus sehr wohl die legitime Schlussfolgerung ziehen, dass kulturelle Einstellungen eine Rolle dabei spielen, trotz wirtschaftlicher Nöte eine größere Widerstandsfähigkeit zu entwickeln.

Die Notwendigkeit interdisziplinärer Ansätze

Die internationale Bewegung zur Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Wohlbefinden bringt neue, interessante und wertvolle Daten hervor (103). Um Gesundheitsministerien zu überzeugen,

Wohlbefinden ernst zu nehmen, hilft es beispielsweise enorm, statistische Belege dafür vorlegen zu können, dass manche Aspekte von Wohlbefinden in einem Zusammenhang mit höheren Überlebensraten stehen. Ein stärker integrierter Ansatz zum Verständnis und zur Messung von Wohlbefinden ist derzeit in den meisten Ländern jedoch nicht vorhanden.

Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass Faktoren wie Vertrauen, Toleranz und Solidarität, die den sozialen Zusammenhalt fördern, bedeutend zu Wohlbefinden beitragen. Dies sind jedoch komplexe, kulturspezifische und ausdrucksstarke Begriffe. Sie sind auch lange Forschungsgegenstand von Wissenschaftlern aus vielen unterschiedlichen Disziplinen gewesen. Beispielsweise wurde argumentiert, dass Dänemark regelmäßig als eines der fünf glücklichsten Länder auf der Welt abschneidet, weil es ein hohes Niveau des sozialen Zusammenhalts aufweist (104). Diese Art von Analysen ist jedoch von geringem Wert für politische Entscheidungsträger, die konkrete Interventionen fördern möchten. Was verursacht diesen sozialen Zusammenhalt? Welche historischen Faktoren spielen eine Rolle? Was sagt das kulturelle Schaffen Dänemarks – wie Literatur, Architektur oder Medien – über das starke dänische Wertefühl aus?

Bislang kamen die großen kulturellen Darstellungen im Zusammenhang mit Forschung zum Thema Wohlbefinden aus der interkulturellen Psychologie. Sie kreisten hauptsächlich um den Gedanken, dass kollektivistische Kulturen (in der Literatur definiert als diejenigen, die angeblich häufig in Ostasien anzutreffen sind) Familien-, Gemeinschafts- und Gruppenwerte betonen, während individualistische Kulturen (oft westlichen Gesellschaften zugeschrieben) persönliche Verwirklichung und individualistischen Ausdruck hervorheben (105). Dies wiederum beeinflusst, wie Wohlbefinden sowohl wahrgenommen als auch artikuliert wird. Es gibt jedoch umfangreiche Literatur im Feld der interkulturellen Psychologie, die andere Konstrukte vorgeschlagen hat (wie Schwelgen und Zurückhaltung, Universalismus und Partikularismus, Ausführung und Zuschreibung und so weiter) (106–108). Die Literatur über Kultur und subjektives Wohlbefinden hat sich mit diesen Ideen nur spärlich befasst. Um ein umfassenderes Verständnis von Wohlbefinden (und insbesondere der Emotionen mit einem Einfluss darauf) zu erhalten, postulieren Wissenschaftler, dass es insbesondere notwendig ist, nicht nur über die Dichotomie

von individualistisch/kollektivistisch hinauszugehen, sondern Wohlbefinden auch unter anderen kulturellen Rahmenbedingungen zu betrachten als nur unter Bezugnahme auf die willkürliche Verwerfungslinie, die Gesellschaften in östliche und westliche trennt (109).

Über die interkulturelle Psychologie hinaus war der Einfluss anderer Disziplinen auf die Literatur zum Thema Wohlbefinden weniger erkennbar. Anthropologen insbesondere haben angemerkt, dass wichtige anthropologische Forschungsergebnisse zur Präsentation des Selbst und zum Wert affektiven Verhaltens auf der lokalen Ebene weitgehend nicht zur Kenntnis genommen wurden (110). In ähnlicher Weise haben Kommunikationsforscher die Idee von Kultur als die Grundlage dafür hervorgehoben, wie Bedeutungen von Gesundheit und Wohlbefinden definiert werden (111). Für eine Bewegung, die erklärtermaßen interdisziplinär ist, gibt es bislang in einem breiteren Spektrum von Disziplinen jenseits von Soziologie, Psychologie und Ökonomie wenig Bezugnahme auf oder Beiträge von Forschung zum Thema Wohlbefinden. Dennoch sollten unter der Annahme, dass historische Ereignisse, die Bedeutungen von Wörtern oder gemeinsame Konventionen und Praktiken die Art und Weise beeinflussen, in der Länder, Gemeinschaften und Personen über Lebenszufriedenheit (oder auch über individuelle Gesundheit) berichten beziehungsweise sie erfahren, Wissenschaftler mit kulturellem Fachwissen über die Gesellschaften, deren Wohlbefinden untersucht und verglichen wird, konsultiert werden (112).

Zumindest partiell ist der Grund für die begrenzte Interaktion zwischen denjenigen, die Daten analysieren, (Soziologen, Ökonomen, Statistiker) und denjenigen, die Kontext analysieren, (Literatur- und Kommunikationswissenschaftler, Historiker, Anthropologen) bei den definitorischen Schwierigkeiten zu suchen. Damit Kultur in Bezug auf Wohlbefinden quantifizierbar ist, muss sie präzise definiert werden. Anthropologen und Geisteswissenschaftler würden jedoch behaupten, dass eine präzise Vorstellung davon, was Kultur bedeutet, dem inhärent dynamischen, veränderbaren und porösen Charakter des Konzepts widersprechen würde. Insbesondere Anthropologen haben sich zunehmend dagegen gewehrt, von „russischer“ oder „spanischer“ Kultur oder sogar von „östlichen“ und „westlichen“ Kulturen zu sprechen. Sie ziehen es stattdessen vor, sich an kulturellen Tendenzen zu orientieren, die gesellschaftlich bedingt sind (113 - 115). Der Umstand, ständig

sehr komplexes Verhalten messen zu müssen, zwingt Analysten zu einem reduktionistischen Konzept von Kultur, bei dem alle Variablen hervorgehoben werden, die sich auf Phänomene beziehen, die einfacher zu messen sind, und alles in den Hintergrund gedrängt wird, das schwierig zu definieren oder unpräzise ist oder mit immateriellen und universellen Aspekten von Kultur zusammenhängt (116).

Die Untersuchung der kulturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit durch die WHO

Im letzten Jahrzehnt ebnete eine wachsende Zahl von Initiativen in den Bereichen Medizin und öffentliche Gesundheit den Weg für eine Überprüfung der Bedeutung der kulturellen Rahmenbedingungen für die Gesundheit. Das Kulturkonzept ist beispielsweise fest in die Entwicklungsagenda nach 2015 eingebettet, und ein neueres von der Entwicklungsgruppe der Vereinten Nationen veröffentlichtes Konzeptpapier stellt den signifikanten Beitrag heraus, den kulturelle Dynamik zur Verbesserung der Gesundheit der Menschen leisten kann (117). Ende 2014 veröffentlichte die Zeitschrift *The Lancet* einen umfangreichen Kommissionsbericht, in dem behauptet wurde, dass die Vernachlässigung von Kultur das größte Hindernis für die Entwicklung chancengleicher Gesundheitsversorgung ist (118). Financier und Forschungsräte intensivieren die Unterstützung für einen stärker interdisziplinär ausgerichteten integrierten Ansatz zur Gesundheitsforschung (beispielsweise über die medizinischen Geisteswissenschaften). Zusammengenommen könnten diese Initiativen als Beispiele dafür charakterisiert werden, was als die so genannte „fünfte Welle“ (119) im Bereich der öffentlichen Gesundheit beschrieben wurde – eine Phase, in der versucht wird, die öffentliche Gesundheit mit der umfassenden Komplexität der subjektiven gelebten Erfahrung in Einklang zu bringen.

Wie in diesem Kapitel versucht wurde aufzuzeigen, werden das Verständnis und die Messung des Wohlbefindens von Bevölkerungen sowie die Berichterstattung darüber stark von den kulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst. Ein besseres Verständnis dieser Rahmenbedingungen ist folglich unentbehrlich, wenn die WHO ihr Mandat zur Verbesserung des Wohlbefindens

innerhalb der Europäischen Region erfüllen will. Um der WHO zu helfen, einige der damit verbundenen Schwierigkeiten durchzudenken, und Vorschläge zu unterbreiten, wie sie überwunden werden könnten, leitete das WHO-Regionalbüro für Europa eine Überprüfung der kulturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit ein und berief eine Expertengruppe ein, die im Januar 2015 erstmals zusammentrat. Die Gruppe besteht aus 21 Beratern aus verschiedenen Fachgebieten und Berufen einschließlich Epidemiologen, Statistikern und Fachleuten aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit, aber auch Wissenschaftlern aus den Disziplinen Kulturwissenschaften, Geschichte, Philosophie, Anthropologie, Kommunikation, Geografie, medizinische Geisteswissenschaften und kulturelle Psychologie.

Die Expertengruppe begann ihre Tätigkeit, indem sie die Definition von Kultur übernahm, die in der Allgemeinen Erklärung der UNESCO zur kulturellen Vielfalt von 2001 (120) veröffentlicht wurde. Darin wird bekräftigt, dass:

Kultur als Gesamtheit der unverwechselbaren geistigen, materiellen, intellektuellen und emotionalen Eigenschaften angesehen werden sollte, die eine Gesellschaft oder eine soziale Gruppe kennzeichnen, und dass sie über Kunst und Literatur hinaus auch Lebensformen, Formen des Zusammenlebens, Wertesysteme, Traditionen und Überzeugungen umfasst.

Zusätzlich empfahl die Expertengruppe, dass die WHO:

- vorhandene Ergebnisse quantitativer und qualitativer Forschung und narrative Fallstudien ermitteln sollte, die die Auswirkungen von Kultur auf Gesundheit und Wohlbefinden veranschaulichen, und ebenso nützliche politische Interventionen;
- zu mehr Forschung zum Thema interkultureller Messung und Vergleichbarkeit von Daten zu subjektivem Wohlbefinden ermuntern sollte;
- die derzeitige Berichterstattung über Wohlbefinden und Gesundheit durch neue Arten von Evidenz stärken sollte, insbesondere qualitative und narrative Forschung aus einem breiteren Spektrum wissenschaftlicher Disziplinen und aus einem großen Feld kultureller Rahmenbedingungen;
- kulturzentrierte partizipatorische Ansätze erforschen sollte, die lokale Gemeinschaften in sensibler und gemessener Weise in die

Untersuchung der Frage einbinden, was es bedeutet, sich wohl zu fühlen und gesund zu sein, und Kommunikationsmöglichkeiten zur Weitergabe kultureller Ressourcen für Wohlbefinden und Gesundheit fördern sollte.

Narrative Formen von Gesundheitsinformationen einbeziehen

Eine innovative Empfehlung der Expertengruppe war, die WHO zu ermuntern, die Nutzung anderer Formen von Evidenz aus einem breiteren Spektrum disziplinärer Blickwinkel zu prüfen, um ihre regionale Berichterstattung über Wohlbefinden zu ergänzen. Beispielsweise kann die systematische Analyse historischer Aufzeichnungen, anthropologischer Beobachtungen oder anderer Formen von kulturellem Schaffen in beträchtlichem Umfang Gesundheitsinformationen über das Wohlbefinden von Gruppen, Gemeinschaften und sogar Nationen hervorbringen. Dafür muss jedoch zuerst das Vorurteil überwunden werden, dass diese Art von Informationen zu „schwammig“ für das Feld der öffentlichen Gesundheit sind. Stattdessen muss sich die Aufmerksamkeit wie bei herkömmlicheren Formen von Daten auf deren Validität richten.

Wenn die WHO über Wohlbefinden berichtet, könnte es mit mehreren Vorteilen verbunden sein, einen stärker interdisziplinär ausgerichteten Ansatz zu nutzen, der von den methodischen Konzepten profitiert, die von Historikern, Anthropologen und anderen Kommentatoren von Kultur verwendet werden. Erstens könnte ein solcher Ansatz aussagekräftigere und stärker lokalisierte Narrationen über Wohlbefinden berücksichtigen, was insbesondere dort, wo die Entwicklung und Durchführung ressourcenintensiver landesspezifischer Erhebungen zum Thema Wohlbefinden kein gangbarer Weg ist, eine wichtige Ergänzung zu Ergebnissen aus bestehenden internationalen Datenquellen darstellen könnte. Dies ist von großer Bedeutung für das Regionalbüro, weil sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Region bereits über die Belastung durch die Berichtspflichten beklagt haben.

Zweitens kann die Verwendung kulturspezifischerer Evidenzquellen (beispielsweise in der Form von Traditionen, Ritualen oder Narrationen) dazu beitragen, denjenigen eine Stimme zu geben, deren Ansichten bei nationalen und

globalen Erhebungen zum Thema Wohlbefinden systematisch unberücksichtigt bleiben, weil sie Gruppen angehören, die für Erhebungszwecke schwer zu erreichen sind (Kasten 3.2). Beispielsweise basieren viele der Instrumente, die derzeit zur Messung von Wohlbefinden verwendet werden, auf Selbstauskünften und schließen diejenigen aus, die nicht befragt werden. Dies gilt insbesondere für jüngere Kinder, deren Wohlbefinden in einem Lebensverlaufsansatz für die zukünftige öffentliche Gesundheit sehr wichtig ist.

Schlussendlich kann ein integrierter interdisziplinärer Ansatz, der für Erkenntnisse aus den Geisteswissenschaften und im weiteren Sinne den Sozialwissenschaften offen ist, dazu beitragen, eine ausgewogenere Diskussion über Wohlbefinden anzuregen. Interdisziplinär zu arbeiten, macht die Wertesysteme deutlich, innerhalb derer sich Wissenschaftler bewegen, und fördert die Art von Reflektivität, die es beispielsweise leichter macht, zu verstehen, wie all die Aufmerksamkeit, die dem Thema Wohlbefinden (und Glück) gewidmet wird, eine eigene kulturelle Dynamik entstehen lässt, die sogar negative Nebeneffekte haben könnte (121).

Kasten 3.2.

Narrative Evidenzquellen

Narrative Evidenzquellen bieten politikgestaltenden Gemeinschaften mehrere Formen situierten und empirischen Wissens, das derzeit noch nicht gut durch die führenden Evidenzquellen in der konventionellen Hierarchie (wie routinemäßige Gesundheitsinformationen oder Daten aus Haushaltsbefragungen) erfasst wird. Wenngleich quantitative Daten unentbehrlich sind, reichen sie oft nicht aus, um die Akzeptanz evidenzbasierter Praktiken und Konzepte zu fördern. Beispielsweise berufen sich in der Grundsatzdebatte über die Masernimpfung Gegner evidenzbasierter Leitlinien stets auf gefühlsgeladene Narrationen, um ihre Position zu untermauern. Dies lässt sie häufig überzeugend wirken, obwohl sie zur wissenschaftlichen Evidenz im Widerspruch stehen (122).

Narrationen enthüllen und erkunden Komplexität und Variation. Dies umfasst verborgene Widersprüche, Spannungen und Unstimmigkeiten innerhalb dessen, was ein unbestrittenes oder einheitliches Bündel politischer Interessen oder Praktiken zu sein vorgibt. Sie können signalisieren, vom größeren Rahmen und der Geschichte beeinflusst zu sein und damit zu interagieren, und auf die möglichen unbeabsichtigten Folgen politischen Handelns verweisen. Außerdem können Narrationen die zugrunde liegenden Annahmen oder Rahmenbedingungen jedes Politikansatzes in Frage stellen (123). Schlussendlich unterstützen narrative Ansätze „eine fortschrittliche evidenzbasierte Politikagenda, die die Ansichten der Öffentlichkeit berücksichtigt“, indem Teilnehmern ermöglicht werden kann, sowohl die Themen als auch die Rahmenbedingungen, unter denen sie erörtert werden, zu kontrollieren (124).

Beispielsweise haben im konkreten Kontext der Gesundheit von Migrant*innen Studien gezeigt, dass diese narrativen Formen Migrant*innen in die Lage versetzen, Wohlbefinden (und andere Kategorien) in einer Weise zu definieren, die für ihre eigene Erfahrung von Bedeutung ist. Die resultierenden Narrationen zeigen, wie sie als Migrant*innenbevölkerungsgruppe häufig als „Minderheit, die anders ist“, als „kulturell festgelegt“ und gelegentlich auch als „rückständig“ dargestellt werden. Die Verfasser heben hervor, dass es wichtig ist, die wesentlichen Charakteristika von Migrant*innenbevölkerungen nicht zu präjudizieren. Dieser „nicht-essenzenzialisierende“ Ansatz stellt Stereotypen in Frage und hebt die natürliche Fluidität von Kultur hervor (124).

Berichterstattung und Kommunikation über Wohlbefinden

Weil die Kommunikation über Initiativen zum Thema Wohlbefinden grundlegend ein wechselseitiger Prozess ist, empfahl die Expertengruppe, dass politische Initiativen partizipatorisch und interaktiv sein und Raum für Entscheidungsfreiheit und Kreativität lassen sollten. Berichte über Wohlbefinden sollten befähigend sein und Lesern auf der lokalen Ebene Daten vermitteln, die sie bei ihren Interaktionen mit lokalen Diensten nutzen können. Um dies zu unterstützen, müssen die Kommunikationswege so gestaltet werden, dass sie für Gemeinschaften Möglichkeiten schaffen, ihre Erfahrungen mit Wohlbefinden weiterzugeben. Kurzum bedarf es eines kulturzentrierten Ansatzes, um besser über Wohlbefinden zu berichten und zu kommunizieren (siehe Kasten 3.3).

Folglich empfahl die Expertengruppe, die WHO solle Möglichkeiten erforschen, Daten zum Thema Wohlbefinden über das Portal des Regionalbüros für Gesundheitsinformationen und Evidenz (siehe

Kasten 3.3.

Kulturzentrierte Kommunikationsansätze

Der kulturzentrierte Ansatz postuliert, dass die Stimmen von Gemeinschaften bei Gesundheitsentscheidungen in den Vordergrund gestellt werden müssen, damit Lösungen entwickelt werden, die für diese Gemeinschaften von Bedeutung sind und Reaktionen auf lokale Probleme darstellen. Indem der kulturzentrierte Ansatz den Schwerpunkt darauf legt, die Stimmen von Gemeinschaften anzuhören, betont er die Konzepte von Dialog, Authentizität und Reflexivität. Mehrere grundlegende Punkte können angeführt werden:

- Möglichkeiten für wechselseitige Kommunikation sind unentbehrlich, wenn die Stimmen und Ansichten gehört werden sollen, die ansonsten zum Schweigen gebracht oder ignoriert werden.
- Authentischer Kommunikation über Gesundheit muss Ehrlichkeit, Transparenz und die Akzeptanz

kultureller Unterschiede beim Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden zugrunde liegen.

- Durch dynamische und sich stetig verändernde Interaktionen schafft Kommunikation im gleichen Maß Kultur, wie sie durch Kultur konstituiert wird. Deshalb muss Kommunikation über Kultur und Gesundheit die kulturell definierten Parameter untersuchen, die festlegen, wie Gesundheit artikuliert werden kann.

Auf der Grundlage dieser sorgfältigen Untersuchung von Strukturen muss der Schwerpunkt darauf gelegt werden, auf der Basisebene kulturelle Kommunikationsnetzwerke zu schaffen, die es gestatten, das Verständnis von Kultur, Gesundheit und Wohlbefinden in vielfältiger Form zum Ausdruck zu bringen. Um die Weitergabe kultureller Narrationen über Gesundheit und

Wohlbefinden zu ermöglichen, müssen lokale Kommunikationsplattformen und -infrastrukturen geschaffen und aufrechterhalten werden (111).

Ein Beispiel für die kulturzentrierte Kommunikationsplattform ist die Photovoice-Methode, die sich auf Lebenserfahrungen von Mitgliedern lokaler Gemeinschaften als Grundlage von Gesundheitspolitik stützt (125). Photovoice ist eine partizipatorische Aktionsforschungsmethode. Dabei erhalten Gemeinschaftsmitglieder eine Kamera und werden aufgefordert, ihre gelebten Erfahrungen visuell „einzufangen“ und an interne und externe Akteure weiterzugeben. Die Photovoice-Methode möchte Stimmen, die in der öffentlichen Diskussion gewöhnlich unterdrückt werden, Wege eröffnen, um gehört zu werden. Sie ermöglicht den Teilnehmern, durch Fotos ihre Emotionen, Gefühle und Einsichten zu Themen mitzuteilen, die für sie von Bedeutung sind.

Kapitel 4 für weitergehende Informationen) derart verfügbar zu machen, dass dies für lokale Gemeinschaften partizipatorisch und befähigend ist. Dies könnte persönliche Geschichten von Wohlbefinden und Widerstandskraft von Individuen und Gruppenmitgliedern umfassen, die sich auf narrative oder qualitative Darstellungen stützen und Personen ermuntern, mitzuteilen, was Wohlbefinden für sie bedeutet. Verfügbare Daten zu Wohlbefinden mit in der Gemeinschaft wurzelnden Narrationen zu verbinden, schafft einen Raum, in dem wechselseitige Gespräche stattfinden können, die ein Schlaglicht auf vielfältige Berichte über die Beziehung zwischen Kultur und Wohlbefinden werfen.

Schlussendlich empfahl die Gruppe, dass es nützlich sein könne, sich auf Fallstudien kultureller Praktiken in bestimmten Ländern oder Gemeinschaften zu konzentrieren, die für ihre hohe Widerstandsfähigkeit bekannt sind. Aus dem Blickwinkel der Politik lautet die wichtige Frage, ob diese Fallstudien Faktoren, Qualifikationen, Werte oder politische Interventionen erkennen lassen, die auf andere Kulturen und Gemeinschaften übertragbar sind. Um Räume zu schaffen, in denen die positive Rolle der Kultur für Gesundheit und Wohlbefinden anerkannt wird, muss die Kommunikation über Kultur und Gesundheit die strukturellen Beschränkungen untersuchen, die kulturelle Äußerungen von Gesundheit unterbinden.

Die Agenda für Forschung und Entwicklung zum Thema Wohlbefinden voranbringen

Mit Unterstützung der Expertengruppe wird die Untersuchung der kulturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit unter drei Gesichtspunkten durchgeführt werden:

- Förderarbeit: die Konzepte hinter den kulturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit klären und Argumente für ihre Bedeutung liefern;
- Forschung: politikrelevante Forschung in Auftrag geben, die den Einfluss kultureller Rahmenbedingungen auf konkrete Initiativen im Bereich der öffentlichen Gesundheit wie der Messung von Wohlbefinden beschreibt;
- Berichterstattung: einen kulturzentrierten Ansatz zur Berichterstattung über Wohlbefinden entwickeln.

Ein wichtiges Resultat dieser Arbeit wird ein straffer konzeptioneller Rahmen sein, der erklärt, wie die UNESCO-Definition von Kultur im Gesundheitskontext verstanden und operationalisiert werden kann. Dieser Rahmen wird es ermöglichen, Fallstudien zu ermitteln, die die Wirkung kultureller Rahmenbedingungen auf Gesundheit und Wohlbefinden veranschaulichen, sodass potenzielle politische Optionen ermittelt werden können. Der Rahmen sollte auch Antworten auf die Frage liefern, wie Forschung in den Geistes- und Sozialwissenschaften wertvolle Erkenntnisse beisteuern kann, indem sie einen Weg aufzeigt, um subjektive Schilderungen persönlicher Erfahrungen in Narrationen von Wohlbefinden und Gesundheit zu integrieren.

Das längerfristige Ziel wird darin bestehen, mehr Instrumente und Methoden für die Berichterstattung der WHO über Wohlbefinden hervorzubringen. Folglich sollten zukünftige Berichte zusätzlich zu den Daten, die bereits mit Hilfe der Indikatoren für subjektives und objektives Wohlbefinden gesammelt werden, um Fallstudien ergänzt werden, die aus interdisziplinären Blickwinkeln untersucht und unter Verwendung eines kulturzentrierten Ansatzes kommuniziert werden. Wenn sich dieses Vorgehen als erfolgreich erweisen sollte, könnte diese Form der Berichterstattung schlussendlich in Leitlinien festgeschrieben werden, die Länder als Hilfsmittel nutzen können, um das Wohlbefinden ihrer Bevölkerungen zu verstehen, darüber Bericht zu erstatten und es zu verbessern.

04





Neue Dimensionen von Gesundheits- informationen und Evidenz

Zentrale Aussagen

Manche der Hauptprobleme mit Datenbeständen, die als Grundlage des Kontrollrahmens für „Gesundheit 2020“ verwendet wurden, beziehen sich auf die Datenqualität, die Regelmäßigkeit der Erhebung und die Aktualität der Meldungen. Verbesserungen der Zertifizierungs- und Kodierungspraktiken werden die Qualität der Daten zu Todesursachen beträchtlich stärken. Die Einhaltung des empfohlenen Grads der Detailliertheit der Meldungen an die WHO durch die Mitgliedstaaten würde den Nutzwert und die Vergleichbarkeit von Indikatoren auf der Grundlage dieser Daten weiter erhöhen.

Die WHO und viele Länder haben im Bereich der öffentlichen Gesundheit einen Paradigmenwechsel vollzogen, in dessen Rahmen sich der Schwerpunkt von Tod und Krankheit zu Gesundheit und Wohlbefinden verlagert hat. In Gesundheitsinformationen sollte mehr Gewicht auf subjektive und qualitative Daten gelegt werden, um sicherzustellen, dass sie diese Veränderung widerspiegeln.

Zur Verbesserung der Berichterstattung über Gesundheit und Wohlbefinden in der gesamten Europäischen Region sollte erwogen werden, nicht-traditionelle Quellen von Gesundheitsinformationen zu untersuchen. Historische Aufzeichnungen und anthropologische Beobachtungen könnten nützliche Informationsquellen zum Thema Wohlbefinden sein. Datenquellen wie soziale Medien,

Mobiltelefonaten und elektronische Patientenakten können regelmäßige Gesundheitsstatistiken um neue Einsichten erweitern.

Die Erfolgskontrolle von „Gesundheit 2020“ sollte optimiert werden, indem über die üblichen Indikatoren hinausgeschaut und ihr Themenspektrum um Konzepte wie die Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften, Befähigung und Zugehörigkeitsgefühl erweitert wird.

Zur effizienten und zukunftsfähigen Bewältigung der aktuellen Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsinformationen bedarf es breiter internationaler Zusammenarbeit. Die Länder sollten die Festlegung von Prioritäten für solche internationalen Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten vorantreiben.

Die Europäische Gesundheitsinformations-Initiative ist ein WHO-Netzwerk von Akteuren einschließlich der Mitgliedstaaten, das sich für die Verbesserung der Gesundheit in der Region durch Verbesserung der Informationen einsetzt, auf die sich die Politik stützt. Es unterstützt die Entwicklung eines einheitlichen europäischen Gesundheitsinformationssystems gemäß der Beschreibung in der 2010 vom WHO-Regionalbüro für Europa und der Europäischen Kommission angenommenen gemeinsamen Erklärung (126).

Einführung

Die WHO ist dafür zuständig, die Federführung in globalen Gesundheitsfragen zu übernehmen, die Ausrichtung der Gesundheitsforschung zu bestimmen, Normen und Standards festzulegen, evidenzbasierte Politikoptionen zu formulieren, fachliche Unterstützung für die Länder bereitzustellen sowie gesundheitliche Trends zu überwachen und zu bewerten (127). Die Beobachtung der gesundheitlichen Situation ist folglich ein expliziter Teil des Mandats der WHO, und es war immer ein Schwerpunkt der Arbeit der Organisation, Gesundheitsinformationen zu verbessern, zu sammeln und zu verbreiten. Bei genauerem Hinsehen wird jedoch deutlich, dass sich die WHO bislang nicht auf die Beobachtung von Gesundheit, sondern von Tod und Krankheit sowie deren Determinanten konzentriert hat, was auch für andere Akteure im Feld der

Gesundheitsinformationen gilt. Die Fokussierung auf Mortalität und Morbidität war das vorherrschende Paradigma im Bereich der öffentlichen Gesundheit; dies ändert sich jedoch gerade. In der Europäischen Region altert die Bevölkerung und sie wird die steigende Prävalenz von chronischen Krankheiten und Komorbidität bewältigen müssen. Dies bedeutet, dass Fragen im Zusammenhang mit Autarkie, Krankheitsmanagement, Lebensqualität, Wohlbefinden und deren Determinanten drängender werden.

Die Verlagerung des Schwerpunkts im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist nicht nur eine Folge der Bevölkerungsalterung. Die Betrachtungsweise von Gesundheit hat sich in den letzten Jahrzehnten geändert: Sie gilt heute als ein Element in einem komplexen Zusammenspiel eines breiten Spektrums gesellschaftlicher Aspekte und nicht mehr als ein isoliertes Ergebnis einer „eng gefassten“ Gesundheitspolitik. Beispielsweise wird zunehmend anerkannt, dass die Verbesserung der Gesundheit umfassende politische Maßnahmen erfordert, die sich nicht darauf konzentrieren, Gesundheit per se zu verbessern, sondern auch die übergeordneten Determinanten von Gesundheit. Der Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ spiegelt diese aktuellen Sichtweisen von Gesundheit wider, indem er explizite Zielvorgaben und Indikatoren zu Wohlbefinden und gesundheitlichen Ungleichgewichten enthält, die mit den Determinanten zusammenhängen. Andere Initiativen haben ebenfalls die Notwendigkeit für eine solche Fokussierung hervorgehoben. Beispielsweise lautet Empfehlung 4(c) der Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und des Gesundheitsgefälles in der Europäischen Region: „Alle staatlichen Ebenen (transnational, national, regional, lokal) sollten regelmäßig über gesundheitliche Ungleichgewichte und ihre sozialen Determinanten Bericht erstatten und die Öffentlichkeit dafür sensibilisieren“ (128).

Während der Paradigmenwechsel bei der Betrachtungsweise von Gesundheit mittlerweile gut etabliert ist, hinkt die dadurch notwendig gewordene Verlagerung des Schwerpunkts bei der Beobachtung der Bevölkerungsgesundheit noch hinterher. Solide Indikatoren zu entwickeln und geeignete Datenquellen für neue Konzepte wie Wohlbefinden zu ermitteln ist methodisch schwierig; Solche Prozesse erfordern Zeit, insbesondere weil man sich auf

subjektive Maße und qualitative Daten konzentrieren muss, die in der normalen Gesundheitsbeobachtung nicht immer geläufig sind und eine Reihe von Schwierigkeiten aufwerfen. „Gesundheit 2020“ enthält auch andere Konzepte wie Widerstandsfähigkeit und Befähigung, die zuvor nicht routinemäßig gemessen wurden. Um diese zu Kontrollzwecken zu operationalisieren, ist substantielle Entwicklungsarbeit erforderlich. Für ein umfassendes Verständnis des Erfolgs der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ ist es wichtig, diese Konzepte zu quantifizieren und ihre Entwicklung im Zeitverlauf zu messen.

Neue Konzepte können nicht über Nacht zu Kontrollzwecken operationalisiert werden und konzeptionelle Veränderungen in die Beobachtung der Bevölkerung zu integrieren, wird Zeit brauchen. Unabhängig davon wurde bei der Beschreibung der Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ in diesem Bericht klar, dass auch bei den bestehenden Datensammlungen zur Überwachung der Standardindikatoren wie denjenigen zu Mortalität und Risikofaktoren Verbesserungen möglich sind. Dieses Kapitel geht auf diese Herausforderungen und Bereiche für die zukünftige Arbeit ein, sowohl im Kontext von „Gesundheit 2020“ als auch darüber hinaus. In diesem Kontext werden Verknüpfungen zu bestehenden Aktivitäten und Initiativen der WHO und anderer Akteure im Bereich der Gesundheitsinformationen hergestellt.

Überwachung der Indikatoren zu Mortalität und Risikofaktoren von „Gesundheit 2020“

Aktualität der Meldungen

In Kapitel 2 wurden die Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ im Vergleich zum Bezugsjahr 2010 untersucht. Eines der Hauptergebnisse war, dass für mehrere der Kernindikatoren nur eine begrenzte Zahl von Ländern bislang Daten gemeldet hat. Beispielsweise basiert die durchschnittliche vorzeitige Mortalität für 2011 auf Daten von 35 Ländern und für 2012 auf Daten von 28 Ländern. Zum Zeitpunkt der Abfassung des

Berichts hatte nur ein Land Mortalitätszahlen für 2013 an die WHO gemeldet.

Diese Zahlen machen eine beträchtliche Verzögerung zwischen der Datensammlung und ihrer Weitergabe deutlich, die sich nachteilig auf die Vollständigkeit der WHO-Datenbanken und die Robustheit regionaler Durchschnittswerte auswirkt. Die WHO arbeitet mit den Ländern an der Verbesserung des Meldewesens; aktuelle Informationen sind nicht nur für die Mortalitätsraten wichtig, sondern auch für ein breites Spektrum anderer Daten einschließlich derjenigen zu Infektionskrankheiten und ihrer Inzidenz.

Qualität und Verfügbarkeit von Daten

Zusätzlich zu der Besorgnis über die Zeitnähe der Meldung von Mortalitätsdaten werden auch Qualitätsprobleme sichtbar. Dazu zählen die Angemessenheit der Kodierung von Sterbeursachen und die Notwendigkeit ausreichender Detailliertheit. Nicht alle Länder melden Mortalitätsdaten an die WHO gemäß der vorgeschriebenen drei- oder vierstelligen Kodierung nach ICD-10. Zwei Länder verwenden die neunte und nicht die jüngste (zehnte) Revision der ICD zur Meldung von Sterbeursachen; andere haben die ICD-10 übernommen, melden die Daten jedoch nicht detailliert genug, was die Analysemöglichkeiten beschränkt. Des Weiteren werden in manchen Ländern beträchtliche Anteile der ärztlich bescheinigten Todesfälle entweder schlecht definierten Codes (ICD-10-Kodes aus Kapitel XVIII) oder nichtspezifischen Codes mit begrenzter oder keiner Bedeutung für die öffentliche Gesundheit zugeordnet. Die WHO arbeitet mit den Ländern auch an der Verbesserung der Datenqualität. Weitere Informationen über Qualitätsaspekte bei Mortalitätsdaten enthält Anhang 1.

Ein anderes Problem im Zusammenhang mit der Datenverfügbarkeit, auf das in Kapitel 2 eingegangen wurde, bezieht sich auf die Meldung von Risikofaktoren einschließlich Tabak- und Alkoholkonsum sowie Übergewicht/Adipositas durch die Länder. In diesem Bericht werden für diese Indikatoren Schätzungen der WHO verwendet, weil die Daten in der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ nicht ausreichend sind. Dies resultiert wahrscheinlich aus Verzögerungen bei den Meldungen der Länder an die WHO und aus ungenügender Verfügbarkeit regelmäßiger

Daten auf der nationalen Ebene. Wenngleich Schätzungen per se eine wertvolle Informationsquelle darstellen, werden Daten gewöhnlich für einen oder mehrere Zeitpunkte berechnet und können nicht zur Beobachtung längerfristiger Trends verwendet werden. Für längerfristige Politikkonzepte wie „Gesundheit 2020“ werden solide und zeitnahe Trenddaten benötigt, damit deren Wirkung kontrolliert werden kann. Dies gilt insbesondere für Risikofaktoren: Daten zu Risikofaktoren reagieren am schnellsten auf politische Maßnahmen und ändern sich beispielsweise, lange bevor Veränderungen der Mortalität festgestellt werden können. Nationale Gesundheitsinformationsstrategien sollten deshalb regelmäßige Gesundheitsbefragungen umfassen, und Gesundheitsinformationssysteme sollten entsprechend ausgestattet sein, um diese durchzuführen und ihre Ergebnisse zu analysieren.

Die Beobachtung gesundheitlicher Ungleichgewichte

Die Beobachtung gesundheitlicher Ungleichgewichte umfasst zwei Tätigkeitsarten. Die erste ist die Berechnung übergeordneter Indikatoren für gesundheitliche Ungleichgewichte wie der Einkommensverteilung oder des Bevölkerungsanteils ohne Besuch der Sekundarstufe. Die andere ist die Aufschlüsselung von Indikatoren für Mortalität, Morbidität, Risikofaktoren und so weiter. Solche Indikatoren werden unter Verwendung von Ungleichgewichtsstratifkatoren in kleinere Komponenten wie Alter, Geschlecht, Bildungsniveau und Einkommen heruntergebrochen. Bei der Beurteilung gesundheitlicher Ungleichgewichte kann die geografische Stratifizierung ebenfalls nützlich sein.³

Dieser duale Ansatz – sowohl übergeordnete als auch aufgeschlüsselte Indikatoren zu verwenden – wird auf die Beobachtung der Fortschritte bei der Verwirklichung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ angewendet, in der Region gesundheitliche Ungleichgewichte im Zusammenhang mit sozialen Determinanten abzubauen. Auf der internationalen Ebene sind aufgeschlüsselte Daten jedoch nur spärlich verfügbar.

³ Siehe beispielsweise die Atlanten der WHO zum Thema gesundheitliche Chancengleichheit (129).

Aufgeschlüsselte Daten und die Verknüpfung von Datenquellen

Der Mangel an aufgeschlüsselten Daten in internationalen Datenbanken für die Beobachtung gesundheitlicher Ungleichgewichte ist problematisch. Sich solche Daten zu beschaffen, ist jedoch eine anspruchsvolle Aufgabe. Beispielsweise bestehen Probleme im Zusammenhang mit der Häufigkeit und Regelmäßigkeit internationaler gesundheitlicher Befragungen. Diese enthalten Informationen über Gesundheit und Hintergrundvariablen für jede Auskunftsperson und sind deshalb eine wichtige Quelle für aufgeschlüsselte Indikatoren.

Um die umfassende Beobachtung von Ungleichgewichten im Gesundheitsbereich zu gewährleisten, sollten neben Selbstauskünften andere Informationen wie Krankenhaus- oder Primärversorgungsdaten aufgeschlüsselt werden. Hierzu müssen die Datenquellen auf der individuellen Ebene mit anderen Quellen verknüpft werden, die die notwendigen Hintergrundvariablen für die Aufschlüsselung enthalten. Wenn die nationalen Gesundheitsinformationssysteme dies leisten sollen, ist viel Arbeit erforderlich. Vorzugsweise sollte eine eindeutige, breit angewendete Identifikationsnummer verwendet werden, die es ermöglicht, über Datenquellen hinweg einfach eine Verknüpfung herzustellen. Wenn dies nicht realisierbar ist, könnten andere Kennzahlen wie das Geburtsdatum oder die Postleitzahl verwendet werden, um Informationen in unterschiedlichen Datenbanken miteinander zu verknüpfen. Dies setzt die systematische Sammlung von Kennzahlen mit hohen Abdeckungsgraden voraus.

Neben diesen technischen Voraussetzungen sollte ein funktionstüchtiger Rechtsrahmen vorhanden sein. Fachkräfte im Bereich der öffentlichen Gesundheit haben betont, dass die aktuelle Überarbeitung der maßgeblichen Rechtsvorschriften der EU die Fähigkeit zur Verknüpfung großer Datenreihen zum Zweck der Beobachtung der Bevölkerungsgesundheit auf der individuellen Ebene gravierend beeinträchtigen könnte. Bedenken wurden geäußert, nachdem das Europäische Parlament Änderungen zum ersten Vorschlag der Kommission für eine neue Verordnung der EU zu allgemeinen Datenschutzbestimmungen

angenommen hatte (130). Der Überarbeitungsprozess wird fortgesetzt und zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts steht eine endgültige Entscheidung aus.

Durch die Weitergabe bewährter Beispiele für gute Praxis bei der Datenverknüpfung können die Länder viel voneinander lernen. Mit ihrer langen Forschungsgeschichte zu Registern können insbesondere die skandinavischen Länder eine wichtige Wissensquelle sein. In einem neueren Synthesebericht des HEN wurde ein weitergehender internationaler Austausch über gute Praxis empfohlen, der nicht nur die Datenverknüpfung, sondern auch Aspekte der breiteren Integration von Gesundheitsinformationssystemen wie die Integration von Daten und Informationen über Politikbereiche hinweg auf der nationalen Ebene zum Gegenstand haben sollte (131).

Die beratende Expertengruppe zu den Indikatoren für die Dachziele von „Gesundheit 2020“ empfahl, dass die Indikatordaten wann immer verfügbar nach der Ethnizität und der Zugehörigkeit zu schutzbedürftigen Gruppen aufgeschlüsselt werden sollten (132). Die Sammlung und Beobachtung von Gesundheitsdaten bestimmter Gruppen wie Migranten ohne gültige Papiere, die von Gesundheitssystemen gewöhnlich nicht erfasst werden, ist äußerst schwierig; solche Daten finden sich bislang nicht in regulären internationalen Datensammlungen. Das Projekt des WHO-Regionalbüros für Europa über gesundheitspolitische Aspekte der Migration in der Europäischen Region trägt dazu bei, die derzeitigen Datenlücken zu schließen, indem es Gesundheitsdaten von Migranten sammelt. Beispielsweise kooperiert es mit italienischen Partnern bei der Überwachung von Daten zum Gesundheitsverhalten von in Italien ansässigen Migranten (133). Kasten 3.2 erläutert an einem Beispiel, wie narrative Datenquellen genutzt werden können, um Migranten zu ermöglichen, sich zu ihrem Wohlbefinden zu äußern.

Um schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen zu erreichen und zu beobachten, sollten innovative Lösungen umgesetzt werden. Diesbezüglich bedarf es der engen Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen (wie dem Sozialressort), nichtstaatlichen Akteuren und unterschiedlichen staatlichen Ebenen (wie Gebietskörperschaften), die an den Migranten „näher dran“ sind.

Die Beobachtung von Wohlbefinden

Wie in Kapitel 3 beschrieben hat die von der WHO verwendete Definition von Wohlbefinden sowohl objektive als auch subjektive Dimensionen. Jede ist mit Herausforderungen verbunden. Die Erhebung von Daten zu objektivem Wohlbefinden wirft die weiter oben in diesem Kapitel beschriebenen Fragen und Probleme in Bezug auf andere objektive Indikatoren auf. Subjektives Wohlbefinden zu messen ist wiederum mit anderen Herausforderungen verbunden, von denen einige ebenfalls in Kapitel 3 beschrieben wurden. Die gravierendste von diesen ist, dass der aktuelle Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ nur einen Indikator für subjektives Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit) umfasst. Dieser Indikator ist ein Ausgangspunkt, um ein sehr komplexes und vielfältiges Thema zu beschreiben. Er ist nicht Bestandteil der regelmäßigen Datenerhebung der WHO, was bedeutet, dass die WHO darauf angewiesen ist, Informationen von externer Seite zu erhalten.

Ein bedeutender Weg zur Verbesserung der Beobachtung von subjektivem Wohlbefinden wäre, andere Formen von Evidenz aus einem breiteren Spektrum disziplinärer Blickwinkel zu untersuchen. Umfangreiche gesundheitsbezogene Informationen über das Wohlbefinden von Gruppen, Gemeinschaften und sogar Nationen lassen sich sammeln, indem historische Aufzeichnungen, anthropologische Beobachtungen oder andere Formen von kulturellem Schaffen systematisch analysiert werden.

Die Kontrolle der Breitenwirkung und des Erfolgs von „Gesundheit 2020“

Wie in Kapitel 1 beschrieben wurde zur Kontrolle der Umsetzung des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ und seiner Wirkung ein Kontrollrahmen mit Dachzielen und Indikatoren entwickelt (weitere Einzelheiten enthält Anhang 1). Die Indikatoren repräsentieren häufig verwendete Maße wie vorzeitige Mortalität, Lebenserwartung und Lebensstilfaktoren einschließlich Tabakkonsum. Entscheidend für „Gesundheit 2020“ ist jedoch der innovative Ansatz des Rahmenkonzepts, der den vielen gesellschaftlichen Veränderungen in der Region in der jüngeren

Zeit Rechnung trägt, die Anlass zur Überarbeitung weiter oben beschriebener Konzepte von und Ansätze zu Gesundheit boten. Folglich enthält „Gesundheit 2020“ viele Konzepte – oder Resultate –, die zuvor nicht routinemäßig gemessen wurden, wie die folgenden:

- Transparenz
- Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften
- unterstützende Umfeldler
- befähigende Umfeldler
- Zugehörigkeitsgefühl
- Selbstbestimmung
- gesamtgesellschaftlicher Ansatz
- partizipatorische Steuerung
- verantwortungsvolle Regierungsführung
- Rechenschaftslegung
- Lebensverlaufsansatz
- Befähigung (zu selbstbestimmtem Handeln)
- bürgernahe Gesundheitssysteme
- bedarfsgerechte Gesundheitssysteme
- anpassungsfähige Politikkonzepte.

Um ein vollständiges Bild der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und seiner Wirkung zu zeichnen, ist es notwendig, über die gewöhnlichen Indikatoren hinauszuschauen und die Kontrolle auszuweiten. Zu den zukünftigen Aufgaben zählt, zu messen, ob Gemeinschaften in der Europäischen Region widerstandsfähig sind oder wie sich das Zugehörigkeitsgefühl von Bevölkerungsgruppen in der Region im Lauf der Zeit verändert.

Konzepte definieren

Bei einer Bestandsaufnahme müssen neue Konzepte ebenso wie bestehende Definitionen und unklar bleibende Konzepte berücksichtigt werden. Dies gilt zumindest zum Zweck einer qualitativen Berichterstattung, aber, wo dies möglich ist, auch für quantitative Messungen. Dies erfordert die Einbeziehung von Experten aus zahlreichen Disziplinen, die auch die Bedeutung jedes Konzepts für die erfolgreiche Umsetzung erörtern sollten, was in Priorisierungen innerhalb der Liste resultiert. Nicht alle Konzepte sind möglicherweise gleich bedeutsam und sie sind gewiss nicht gleichermaßen messbar.

Eine umfassende Übersicht über alle maßgeblichen Arbeiten im Zusammenhang mit der Definition und Messung dieser Konzepte zu erstellen, wird ein wichtiger erster Schritt sein. Manche Aktivitäten werden von anderer Seite durchgeführt, wozu beispielsweise die Untersuchungen der RAND Corporation zu widerstandsfähigen Gemeinschaften zählt (134). Andere Konzepte wie „Rechenschaftslegung“ werden zu einem Teil durch Befragung des WHO-Regionalbüros für Europa zu „Gesundheit 2020“ im Kontext von Dachziel 6 gemessen (siehe [Kasten 2.6](#)). Die WHO führt auch Arbeiten zur Operationalisierung von selbstbestimmtem Handeln (135) durch und verfolgt die weitergehende Umsetzung des Lebensverlaufansatzes im Kontext von „Gesundheit 2020“: Im Oktober 2015 wird in Belarus eine Ministerkonferenz stattfinden, die sich mit Fragen wie den folgenden befassen wird:

- Was genau ist unter einem Lebensverlaufansatz zu verstehen?
- Welche Ziele will dieser Ansatz erreichen?
- Welche Interventionen können verwendet werden, um diese Ziele zu erreichen?
- Wie können der Prozess und das Ergebnis gemessen und beobachtet werden?

Trotz dieser offenen Fragen wird eine stärkere Fokussierung auf einen Lebensverlaufansatz fraglos mehr und bessere nach allen Altersgruppen der Bevölkerung und nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten erfordern; diese Bereiche müssen sowohl in nationalen als auch in internationalen Gesundheitssystemen gestärkt werden.

Im Anschluss daran müssen geeignete Indikatoren oder qualitative Maße definiert werden, die sowohl in einem Kontext von „Gesundheit 2020“ von Bedeutung als auch auf der regionalen Ebene anwendbar sind, und es müssen Datenquellen ermittelt werden, um sie zu füllen. Die in Kapitel 3 beschriebene aktuelle Arbeit zur Entwicklung von Maßen für Wohlbefinden macht sehr deutlich, dass dies kein triviales Unterfangen ist. Wo keine bestehenden Daten verfügbar sind, müssen möglicherweise weitere Datenerhebungen erörtert werden. Statt die Länder mit einer Vielzahl neuer Datenerhebungen zu überlasten, müssen zweckdienliche Arten vorhandener Evidenz ermittelt werden, die

die Beurteilung der Umsetzung erleichtern. Dies würde bislang nicht erkundete Bereiche aus anderen Disziplinen umfassen, einschließlich qualitativer Maße und narrativer Forschungsansätze, die im Hinblick auf ihre Eignung bewertet werden müssen. Solche Arbeit muss für alle in „Gesundheit 2020“ beschriebenen Konzepte durchgeführt werden, die bislang nicht routinemäßig gemessen wurden. Die Resultate werden bessere Beschreibungen und möglicherweise Quantifizierungen dieser Konzepte sein, und wir werden besser verstehen, wie sie miteinander verknüpft und was die Folgen davon sind. Das Regionalbüro entwickelt einen Vorschlag für die Mitgliedstaaten über einen Mechanismus und einen Fahrplan für die Erfolgskontrolle aller Konzepte aus „Gesundheit 2020“.

Beobachtung und Kontrolle jenseits von „Gesundheit 2020“

„Gesundheit 2020“ ist das übergeordnete gesundheitspolitische Rahmenkonzept für die Europäische Region. Insofern kommt seinem Kontrollrahmen zentrale Bedeutung in den Gesundheitsinformationsaktivitäten sowohl der WHO als auch vieler Länder zu. Um jedoch die umfassende Beobachtung der öffentlichen Gesundheit sicherzustellen, muss unabhängig davon die Kontrolle ausgeweitet und detaillierter werden. Die Indikatoren von „Gesundheit 2020“ sollten als Markierungen betrachtet werden, die mit anderen Indikatoren für Themen kombiniert werden müssen, die von dem Kontrollrahmen nicht abgedeckt werden. Gleichmaßen können detaillierte Indikatoren für bestimmte Themen helfen, Situationen in einzelnen Ländern zu verstehen. Außerdem sind Kontrollrahmen nicht statisch: Die bestehenden Indikatoren müssen vielleicht um Indikatoren zu neu auftretenden Krankheiten und neu ermittelten Risikofaktoren ergänzt werden. Bei den Bemühungen darum, die bestmögliche evidenzbasierte Politik zu gewährleisten, sind die Gesundheitsberichterstattung und die Wissensumsetzung neben der Datensammlung und -analyse wesentliche Beobachtungselemente. Für die Beobachtung jenseits von „Gesundheit 2020“ können verschiedene Bereiche von Entwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheitsinformationen ermittelt werden. Auf einige der bedeutsamsten und drängendsten wird weiter unten eingegangen.

Daten zur Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten

Der Mangel an vergleichbaren Daten zur Prävalenz und Inzidenz chronischer Krankheiten auf der internationalen Ebene ist ein bekanntes Problem, das den Hauptgrund für die Nichtberücksichtigung von Morbiditätsindikatoren im Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ darstellt. Die Berechnung solider Inzidenz- und Prävalenzzahlen auf der nationalen Ebene ist schwierig, weil sie gewöhnlich Modellbildungen und die Verknüpfung unterschiedlicher Datenquellen voraussetzt. Regelmäßig berechnete und zuverlässige Inzidenz- und Prävalenzzahlen sind deshalb rar, und die verfügbaren können häufig nicht verglichen werden, weil sich darin Unterschiede auf der nationalen Ebene in Bezug auf die Organisation der Gesundheitsversorgung sowie die Verfügbarkeit und die Brauchbarkeit von Datenquellen widerspiegeln.

Biomarker und Daten zur Krankheitslast

Zwei andere wichtige Gesundheitsinformationsbereiche, in denen weitere Entwicklungsarbeit erforderlich ist und die mit dem weiter oben beschriebenen Bedarf an vergleichbaren Inzidenz- und Prävalenzzahlen verknüpft sind, sind Daten zu Biomarkern und zur Krankheitslast.

Daten zu Biomarkern werden aus objektiv gemessenen biologischen Parametern nach medizinischen Untersuchungen gewonnen. Ein Beispiel wären Daten über glykiertes Hämoglobin aus Blutproben zur Ableitung der Prävalenz von Diabetes mellitus in der breiten Bevölkerung. Während routinemäßige administrative Quellen oder Gesundheitsbefragungen genutzt werden können, um die Prävalenz diagnostizierter Fälle zu untersuchen, kann mithilfe bevölkerungsrepräsentativer Blutproben die Prävalenz nicht diagnostizierter Fälle bestimmt werden.

Untersuchungen zur Krankheitslast bieten im Bereich der öffentlichen Gesundheit wichtige Erkenntnisse, die aus der Bewertung einzelner Quellen von ausschließlich Mortalitäts- oder Morbiditätsdaten allein nicht gewonnen werden können. Sie umfassen die Berechnung behinderungsbereinigter Lebensjahre, bei der die aufgrund vorzeitiger Mortalität verlorenen Lebensjahre

und die Lebensjahre mit Behinderung kombiniert werden. Dies ermöglicht, krankheitsübergreifend die Krankheitslast zu bestimmen und Risikofaktoren zu unterschiedlichen Zeitpunkten und an unterschiedlichen Orten zu vergleichen. Die Durchführung einer solchen Untersuchung ist jedoch aufwendig und für die Berechnung von Maßen für die Krankheitslast sind umfangreiche Daten und spezielles Fachwissen erforderlich. Die Erfahrungen mehrerer Länder, die jetzt ihre eigenen Untersuchungen zur Krankheitslast entwickeln, können vielleicht als eine Grundlage für die verallgemeinerte Anwendung solcher Untersuchungen in der gesamten Region dienen. Das WHO-Regionalbüro für Europa unterstützt Länder diesbezüglich, indem es eng mit dem Institute of Health Metrics and Evaluation in Seattle (Vereinigte Staaten von Amerika) zusammenarbeitet, Aktivitäten zur Schaffung von Kapazität unterstützt, die Datenquellen sowie die gewonnenen Resultate prüft und die Nutzung solcher Resultate für politikgestützte Entscheidungen fördert.

Gesundheitsberichterstattung und Wissensumsetzung

Die Überwachung der gesundheitlichen Situation umfasst nicht nur die Analyse von Daten und Indikatoren: Genauso wichtig ist es, sicherzustellen, dass Gesundheitsinformationen im Prozess der Politikgestaltung wirksam genutzt werden. Die Art und Weise, in der über Gesundheitsinformationen Bericht erstattet wird, einschließlich der Erzeugung von Inhalten, des Schreibstils und der Gestaltung, ist hierfür ein bedeutsames Element. Wengleich zunehmend Einigkeit darüber besteht, was wirksame Gesundheitsberichterstattung ausmacht, fehlt häufig noch eine solide zentralisierte Evidenzgrundlage. Als Beitrag zur Überwindung dieses Defizits wäre viel gewonnen, wenn die Erfahrungen der Länder systematischer und umfassender weitergegeben würden. Beispielsweise hat Schweden einen sehr erfolgreichen subnationalen Berichterstattungszyklus über die Qualität der Gesundheitsversorgung verwirklicht, der in raschen wirksamen Politikreaktionen resultiert hat (siehe Kasten 4.1).

Im Bereich der Wissensumsetzung bleiben beträchtliche Möglichkeiten, um in Ländern nachhaltige Mechanismen zur Ausweitung der systematischen Anwendung von Ergebnissen der Gesundheitsforschung in der Politikgestaltung zu etablieren (siehe

die Informationen über das Evidence-informed Policy Network weiter unten in diesem Kapitel).

Prognosen

Prognosen oder vorausschauende Untersuchungen erfordern mehrere Datenquellen, integrative Modelle und qualitative Szenarien auf der Grundlage von Diskussionen mit politischen Entscheidungsträgern, Mitgliedern der Öffentlichkeit und anderen Akteuren sowie zielgerichtete Berichterstattung. Politischen Entscheidungsträgern zufolge ist ein vorausschauender Ansatz ein wichtiges Kriterium für Gesundheitsberichte (136). Dennoch mangelt es ihnen häufig gerade an dieser Art von Informationen, weil die Erstellung solider und aussagekräftiger Prognosen sehr ressourcenintensiv ist und spezielles Fachwissen erfordert. In der

Kasten 4.1.

Die Verbesserung der Versorgungsqualität durch öffentliche subnationale Berichterstattung in Schweden

Hintergrund

Das Staatliche Amt für Gesundheit und Gemeinwohl ist für die transparente Veröffentlichung von auf Indikatoren basierenden Bewertungen der Einhaltung nationaler Leitlinien und subnationalen Vergleichen der Qualität und der Effizienz der Gesundheitsversorgung in Schweden zuständig. Seit fast zehn Jahren produziert Schweden Berichte über Gesundheitsversorgung, öffentliche Gesundheit und Sozialpflege und stellt sie öffentlich bereit, um Leistungsverbesserungen herbeizuführen. Die subnationalen Vergleiche werden in Zusammenarbeit mit dem Schwedischen Kommunal- und Regionalverband durchgeführt; sie werden jährlich aktualisiert und veröffentlicht. In Schweden sind die Provinzen und Kommunen für die Finanzierung und Organisation von Gesundheitsversorgung und Sozialdiensten zuständig. Zu den Bedingungen, die ausschlaggebend für die Entwicklung der öffentlichen Berichterstattung waren, zählen die Verwendung einer persönlichen Identifikationsnummer für jeden Patienten in jedem Register und

Zugang zu Daten: sowohl zu obligatorischen Gesundheits- und Sozialdatenregistern als auch zu nicht obligatorischen, auf berufsständischer Ebene entwickelten Registern zur Versorgungsqualität. Diese Versorgungsqualitätsregister haben in den letzten Jahren in beträchtlichem Umfang staatliche Mittel erhalten und wurden auch deshalb immer stärker genutzt.

Zentrale Erfolgsfaktoren

Bislang waren die Bemühungen zugunsten öffentlicher Berichterstattung erfolgreich. Qualität und Verbesserungen stehen auf der Gesundheitsagenda und die mittels Indikatoren gemessenen Ergebnisse haben sich im Lauf der Zeit verbessert. Mehrere zentrale Erfolgsfaktoren wurden ermittelt. Dazu zählen:

- Vertrauen zwischen den Akteuren;
- Akzeptanz der berichteten Ergebnisse seitens Fachkräften;
- das Bewusstsein, dass die Einführung eines solchen Berichterstattungszyklus eine komplexe und zeitaufwendige Aufgabe ist;
- Fokussierung auf Qualität, Leitlinien, evidenzbasierte Medizin,

Chancengleichheit und Verbesserung der Arbeit statt auf finanzielle Anreize;

- Beteiligung von und Akzeptanz seitens Provinzen und Kommunen;
- lokale Organisationen nutzen die Daten, um mit der Verbesserung der Arbeit zu beginnen.

Öffentliche Berichterstattung erfordert umfangreiche Kommunikation und Vernetzung mit dem Ziel, Vertrauen und Akzeptanz zu schaffen. Die Fokussierung auf Qualitätsaspekte, Verbesserungs Bemühungen und den Zugang zu Daten ist wichtig, während es nicht empfehlenswert ist, Indikatoren für finanzielle Anreize zu nutzen. Die Provinzen, Kommunen und lokalen Erbringer von Versorgungsleistungen müssen einbezogen werden und wissen Bescheid über Versorgungstechniken und Datennutzung, um Verbesserungsinitiativen einzuleiten. Öffentliche Berichterstattung ist eines der vielen nützlichen Instrumente zur Verbesserung von Gesundheitsinformationen; es sollte mit anderen Instrumenten wie qualitativen Methoden kombiniert werden.

Region besteht beträchtlicher Raum für die Bündelung der Kräfte und den Austausch von Erfahrungen in Bezug auf Prognosen. Ein positives Beispiel ist die innovative Arbeit zu qualitativen Szenarioplanspielen in den Niederlanden (siehe Kasten 4.2).

Auf ein integriertes Gesundheitsinformationssystem für Europa hinarbeiten

Das WHO-Regionalbüro für Europa, die Europäische Kommission und die OECD weisen unterschiedliche Mandate und Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsinformationen auf. Diese Aktivitäten überlappen sich jedoch teilweise, und die drei Organisationen arbeiten eng zusammen, um die Harmonisierung zu verbessern.

Kasten 4.2.

Ein Beispiel für Vorausschau aus den Niederlanden: Sichtweisen zukünftiger Gesundheit

2014 veröffentlichte das Nationale Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM) einen Status- und Vorausschaubericht zur öffentlichen Gesundheit mit dem Titel *Gesündere Niederlande*. Als Grundlage hierfür wurde ein Trend- oder *Business-as-usual*-Szenario entwickelt, in dem die wichtigsten zukünftigen Trends im Bereich der öffentlichen Gesundheit unter der Annahme prognostiziert wurden, dass keine neuen oder intensivierten Konzepte verfolgt würden. Das Szenario zeigt steigende Gesundheitsausgaben, steigende Zahlen von Personen mit Langzeiterkrankungen und anhaltende gesundheitliche Ungleichgewichte. Das RIVM ging davon aus, dass die Priorisierung dieser Themen von politischen und gesellschaftlichen Werten und Normen abhängt, und leitete einen ausgefeilten Beteiligungsprozess ein, um die kollektive Intelligenz von Akteuren und Experten zu nutzen. Darin wurden vier gesellschaftliche Zielsetzungen für das niederländische Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung ermittelt:

- Menschen so lange wie möglich gesund zu halten und Krankheiten unverzüglich zu heilen;
- schutzbedürftige Personen zu unterstützen und gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen;
- individuelle Autonomie und Entscheidungsfreiheit zu fördern;
- die Gesundheitsversorgung erschwinglich zu halten.

Diese bildeten die Grundlage für vier Sichtweisen von Gesundheit, die kurze Darstellungen dieser normativen Sichtweisen zukünftiger Gesundheit bieten. Im Mittelpunkt einer jeder steht eine von vier Zielsetzungen mit den Überschriften „Bei bester Gesundheit“, „Jeder wirkt mit“, „Das Heft in der eigenen Hand halten“ und „Gesunder Wohlstand“. Die vier Sichtweisen veranschaulichen die Vielfalt der Zukunftsvisionen, die es gibt, und zeigen, dass Begriffe wie „Gesundheit“, „Prävention“ und „Gesundheitsversorgung“ in jeder von diesen eine unterschiedliche Bedeutung haben. Bei der ersten Sichtweise zum Beispiel

wird Gesundheit vor allem als das Fehlen von Krankheit verstanden, während bei der zweiten die klinische Diagnose weniger bedeutsam ist, weil das Hauptanliegen soziale Teilhabe ist.

Um mögliche Wechselbeziehungen zwischen den vier Sichtweisen zu ermitteln, organisierte das RIVM vier Expertentagungen zur Untersuchung der Frage, wie Engagement für eine Aufgabe sich auf die jeweils anderen drei gesellschaftlichen Aufgaben auswirken würde. Dieser Ansatz wurde gewählt, um Bereiche zu klären, in denen positive Nebeneffekte eintreten und produktive Verknüpfungen zwischen Sichtweisen geschaffen werden könnten. Er würde auch Bereiche aufzeigen, in denen negative Nebeneffekte eintreten könnten und in denen folglich politische und andere Entscheidungen oder intensivere Bemühungen erforderlich wären. Unter Berücksichtigung dieser antizipierten Synergien und Kontroversen wurden strategische Chancen und Optionen für die niederländische öffentliche Gesundheit und die Gesundheitsversorgungspolitik ermittelt (137).

Ein gemeinsames Datenerhebungsprojekt zu nichtmonetären Gesundheitsversorgungsstatistiken ist ein gutes Beispiel für ihre enge Zusammenarbeit. 2010 wurde die beabsichtigte Stärkung der internationalen Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsinformationen in der Gemeinsamen Erklärung formell gebilligt. Das Regionalbüro und die Europäische Kommission vereinbarten darin, auf ein einheitliches integriertes Gesundheitsinformationssystem für Europa hinzuarbeiten (126). 2012 schloss sich die OECD dieser Initiative an.

Seit der Gemeinsamen Erklärung wurden Schritte zum Aufbau dieses Systems unternommen und die beiden Organisationen haben einen gemeinsamen Fahrplan sowie eine Liste unterschiedlicher und überlappender Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsinformationen erstellt. Die nächste Phase könnte die konkrete Harmonisierung dieser Aktivitäten umfassen. Die internationale Zusammenarbeit wird von den Ländern sehr begrüßt. Sie haben lange eine verringerte Meldelast, die effizientere Nutzung von Gesundheitsinformationsressourcen und weniger Diskrepanzen zwischen den Statistiken in den internationalen Datenbanken gefordert.

Ein stärker integriertes System für Europa anzustreben, bedeutet jedoch nicht, dass alle auf Gesundheitsinformationen gerichteten Aktivitäten der drei Organisationen vollständig integriert sein werden; jede hat ihr spezielles Mandat und muss entsprechende Aktivitäten durchführen. Dennoch scheinen vollends vereinheitlichte Indikatoren auf der Grundlage gemeinsamer Datenerhebung und einheitlicher Methoden ein sinnvoller erster Schritt zur Verwirklichung dieses Ziels zu sein. Kurz- und mittelfristig besteht auch beträchtlicher Raum für eine weitergehende Zusammenarbeit und Harmonisierung bei der Weitergabe von Wissen und der Entwicklungsarbeit im Bereich der Gesundheitsinformationen und bei den Aktivitäten zur Gesundheitsberichterstattung.

Neue Ansätze zu Gesundheitsinformationen und Evidenz

Um die Erfolgskontrolle in Bezug auf „Gesundheit 2020“ und darüber hinaus zu optimieren, müssen Probleme in Verbindung

mit bestehenden Datensammlungen wie auch mit neuem Informations- und Evidenzbedarf angegangen werden. Bevölkerungen ändern sich; Konzepte im Bereich der öffentlichen Gesundheit werden weiterentwickelt; und Politikkonzepte sind in Bewegung: Diesen gesellschaftlichen Prozessen müssen die Gesundheitsinformationssysteme Rechnung tragen. Um den Bedarf an Gesundheitsinformationen und Evidenz für das 21. Jahrhundert zu decken, werden solide, umfassende Gesundheitsinformationssysteme benötigt, die in effizienter Weise aktuelle und regelmäßige Gesundheitsstatistiken hervorbringen.

Gleichzeitig sollten diese Systeme flexibel genug sein, um sich an neue politische Erfordernisse anpassen und innovative Ansätze zu Gesundheitsinformationen und Evidenz übernehmen zu können. Diese scheinen unentbehrlich, um die neuen Anforderungen zu erfüllen, auf die in diesem Kapitel eingegangen wird: Bei der Messung von Gesundheit und Wohlbefinden werden subjektive Maße und qualitative Daten statt der herkömmlichen quantitativen Daten auf der Grundlage von Registern verwendet, die für grundlegende Gesundheitsstatistiken genutzt werden. Dies kann bedeuten, dass neue Datensammlungen entwickelt werden müssen, um diese neue Informationsanforderungen zu erfüllen. Noch wichtiger ist vielleicht, dass es auch die Notwendigkeit unterstreicht, nicht-traditionelle Datenquellen und neue Ansätze zur Bewertung und Interpretation bestehender Daten zu erforschen. Wie in Kapitel 3 veranschaulicht, ist das Potenzial dieser neuen innovativen Ansätze für die Erschließung von Informationen über das Wohlbefinden einer Bevölkerung sehr vielversprechend. Außerdem vertiefen sie möglicherweise das Verständnis von Morbiditätsmustern und gesundheitlichen Verhaltensweisen, indem sie beispielsweise grundlegende Gesundheitsstatistiken um neue Sichtweisen und zusätzliche Erkenntnisse ergänzen (siehe [Kasten 4.3](#)).

Das Aufkommen neuer Methoden der Sammlung und Analyse von Gesundheitsinformationen und Evidenz ist eng mit der Entwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologien verknüpft, die Verbesserungen bei der klinischen Versorgung unterstützen, den besseren Zugang von Patienten zu ihren eigenen klinischen Daten ermöglichen und die Reichweite der Gesundheitsversorgungsdienste auf eine breitere Bevölkerungsbasis vergrößern. Solche Technologien werden häufig allgemein

unter dem Begriff E-Gesundheit zusammengefasst. Im Einzelnen definiert eine wachsende Zahl mobil und entfernt durchgeführter Gesundheitsinitiativen („M-Gesundheit“, „Telegesundheit“) in der Europäischen Region neue Kanäle für die Erbringung von Gesundheitsversorgungsleistungen und sorgt für früher nicht mögliche Grade der Zugänglichkeit des Gesundheitsversorgungssystems. Um die Entwicklung der Einführung von M-Gesundheit auf der nationalen Ebene zu unterstützen, gründeten die WHO und die Internationale Fernmeldeunion die Initiative für M-Gesundheit für nichtübertragbare Krankheiten mit der Bezeichnung „Be He@lthy, Be Mobile“ (139), eine richtungsweisende gemeinsame Partnerschaft mit dem Ziel, die Verbreitung erfolgreicher und kostenwirksamer Technologien für nichtübertragbare Krankheiten zu fördern und sie in unterschiedlichen nationalen Settings verfügbar zu machen. Die

Kasten 4.3.

Das Potenzial von *Big Data* für die Überwachung nichtübertragbarer Krankheiten

Hintergrund

Big Data ist eine von mehreren jüngeren technologiebasierten Innovationen im Gesundheitsbereich, die nachweislich über ein Potenzial zur Ableitung von Wissen durch einen Entdeckungsprozess auf der Grundlage von Beiträgen aus traditionellen und nicht traditionellen Informationsquellen verfügt. Der Begriff *Big Data* bezieht sich für gewöhnlich auf Daten, die durch vier Merkmale definiert sind: einem außerordentlich hohen Datenvolumen in Strömen hoher Geschwindigkeit in einer Vielzahl strukturierter und unstrukturierter Formate und von uneinheitlicher Zuverlässigkeit. Im September 2013 richteten das WHO-Regionalbüro für Europa und die „Puls der Welt“-Initiative der Vereinten Nationen gemeinsam eine Fachtagung zum Thema Nutzung von *Big Data* und soziale Medien für die Überwachung nichtübertragbarer Krankheiten aus. Ziel war, die potenzielle Anwendung von neuen Datenquellen zu untersuchen – insbesondere sozialen Medien, digitalen Spuren täglicher Aktivitäten und anonymisierten Massendaten aus elektronischen Patientenakten –, um die

traditionellen Mittel der Datensammlung für die Überwachung nichtübertragbarer Krankheiten zu ergänzen.

Resultate

Soziale Medien bieten das Potenzial, gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten und ihre Risikofaktoren zu bewerten. Dies kann dabei hilfreich sein, als Grundlage für Handlungskonzepte und Kampagnen im Bereich der öffentlichen Gesundheit Trends zu messen und die Ansichten der Öffentlichkeit zu wichtigen Themen klarer zu machen. Daten aus digitalen Spuren (wie Mobilfunkdaten, Supermarktdaten und Aufzeichnungen von Kreditkartentransaktionen) können neue Erkenntnisse zu Aspekten bestehender Gesundheitsdaten liefern (auch zu Kaufmustern von Nahrungsmitteln und anderen Waren sowie ihren Veränderungen) und den Zugang zu Informationen über Segmente der Bevölkerung eröffnen, bei denen die Datenerhebung unter Nutzung traditioneller Methoden der Gesundheitsbeobachtung schwierig sein

kann. Elektronische Patientenakten bieten passive zeitkontinuierliche Daten, die die Beobachtung kurzfristiger medizinischer Ergebnisse und langfristiger Krankheitstrends für die Überwachung nahezu in Echtzeit ermöglichen. Gängige Vorbehalte und Beschränkungen in Bezug auf die Nutzung von *Big Data* betreffen Fragen des Datenschutzes und der Eigentumsrechte an Daten, Vorurteile in der Bevölkerung, fehlende Standardisierung und Beschränkungen des Umfangs, in dem kausale Zusammenhänge in den Daten hergestellt werden können.

Schlussfolgerungen

Massendaten aus sozialen Medien, digitale Spuren und andere neu erschlossene Quellen können nachweislich als zusätzliche Quelle für Daten zu nichtübertragbaren Krankheiten dienen. Hinzu kommt, dass sie effizient gesammelt und damit unterschiedliche Bevölkerungsgruppen erreicht werden können. Sie sollten jedoch nicht als Ersatz traditioneller Quellen für die gesundheitliche Überwachung betrachtet werden, sondern als komplementäre Informationsquellen (138).

Initiative konzentriert sich auf die Nutzung mobiler und drahtloser Technologie als eine Plattform für die Durchführung einer oder mehrerer Initiativen in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten, die vom jeweiligen Land als Priorität ausgewählt wurden (mit dem Schwerpunkt auf beispielsweise Raucherentwöhnung, Diabetes, Wellness und Ernährung) und erzielt messbare Erfolge, was das Erreichen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen betrifft.

Erkenntnisse zeigen, dass E-Gesundheitsleistungen in den Ländern der Europäischen Region rasch zum Standardangebot werden, und es gibt mittlerweile mehrere Beispiele für den Einsatz von Technologien für die Fernbehandlung und -beobachtung von Patienten in deren häuslicher Umgebung, für gezielte Gesundheitsförderungsaktivitäten und als eine Kommunikationsplattform für bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitsversorgungssektor. Die Einführung dieser neuen Modelle für die Erbringung von Gesundheitsversorgungsleistungen geht mit neuen Chancen für die Ableitung und die Analyse von Gesundheitsinformationen sowie neuen Forderungen nach besserer Verfügbarkeit sowie mehr Sicherheit und Datenschutz und Integration der zur Unterstützung der klinischen Versorgung benötigten Informationen einher.

Die Notwendigkeit internationaler Zusammenarbeit

Um die in diesem Bericht beschriebenen Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsinformationen effizient und nachhaltig zu bewältigen, bedarf es offensichtlich breiter internationaler Zusammenarbeit. Harmonisierung, Kooperation sowie die Weitergabe von Wissen, Erfahrungen und bewährten Beispielen für gute Praxis sind wesentliche Elemente. Diese werden die nationalen Gesundheitsinformationssysteme stärken, die wiederum zu verbesserten Datensammlungen auf der internationalen Ebene führen werden.

Das WHO-Regionalbüro für Europa, die Europäische Kommission und die OECD tragen dieser notwendigen internationalen Zusammenarbeit Rechnung, indem sie sich um die Entwicklung eines einheitlichen integrierten Gesundheitsinformationssystems für Europa bemühen. Die Entwicklung dieses Systems, das die

Politik auf der nationalen genauso wie auf der internationalen Ebene unterstützen wird, muss jedoch von den Ländern gesteuert werden. Neben Fachbeiträgen von staatlichen Stellen sind auch solche von Instituten für öffentliche Gesundheit, Statistikämtern und aus der Wissenschaft wesentlich.

Die Europäische Gesundheitsinformations-Initiative (EHII)

Die EHII ist ein Netzwerk der WHO, das sich für die Verbesserung der Gesundheit von Menschen in der Europäischen Region durch die Verbesserung der Informationen einsetzt, auf die sich die Politik stützt. Sie wurde 2012 vom WHO-Regionalbüro für Europa und dem niederländischen Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport mit dem Ziel gegründet, einen möglichst großen Kreis von Akteuren in der gesamten Region dafür zu gewinnen. Zu den Mitgliedern der EHII zählen Mitgliedstaaten, WHO-Kooperationszentren, Gesundheitsinformationsnetzwerke und andere Akteure. Zusätzlich unterstützen die Europäische Kommission und die OECD die EHII und nahmen im März 2015 an der ersten Tagung ihrer Lenkungsgruppe teil.

Die EHII arbeitet in sechs zentralen Bereichen, die in den nachfolgenden Unterabschnitten weiter beschrieben werden.

- Entwicklung von Informationen für Gesundheit und Wohlbefinden mit einem Schwerpunkt auf Indikatoren;
- verbesserter Zugang zu und verbesserte Verbreitung von Gesundheitsinformationen;
- Aufbau von Kapazitäten;
- Ausbau der Gesundheitsinformationsnetzwerke;
- Unterstützung für die Entwicklung einer Gesundheitsinformationsstrategie;
- Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit.

1. Entwicklung von Informationen für Gesundheit und Wohlbefinden mit einem Schwerpunkt auf Indikatoren

Kapitel 3 dieses Berichts ist der Beschreibung von Prioritäten für den ersten dieser wichtigen zentralen Arbeitsbereiche gewidmet. Zusätzlich gilt es, sich mit quantifizierbaren Größen für Konzepte

in „Gesundheit 2020“ wie Widerstandsfähigkeit von Kommunen, Befähigung und unterstützenden Umfeldern zu befassen, die zuvor nicht routinemäßig gemessen wurden. Neben dieser innovativen Arbeit unterstützt die EHII Aktivitäten zu bestehenden Datenbeständen und hat eine Evaluierung der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ geplant.

2. Verbesserter Zugang zu und verbesserte Verbreitung von Gesundheitsinformationen

Ein wichtiges Instrument für diesen Arbeitsbereich ist das Portal des Regionalbüros für Gesundheitsinformationen und Evidenz auf der Website des WHO-Regionalbüros für Europa (siehe Abb. 4.1). Es ist eine Zentralstelle für den leichten Zugang zu Gesundheitsinformationen aus der Europäischen Region und zu politikrelevanter Evidenz. Die grundlegende technische Infrastruktur dieses Portals ist etabliert, es müssen jedoch noch Verbindungen zu Expertennetzwerken und Forschungsgruppen festgelegt werden, um die Grundlagen für die gemeinsame Verantwortung für konkrete Teile des Inhalts des Portals zu schaffen. Den Inhalt auf einem aktuellen Stand zu halten – stets die größte Schwierigkeit bei einer solchen Initiative –, ist ohne die Mitwirkung der führenden Gruppen von Gesundheitsexperten in der Region nicht möglich.

Den Austausch über nationale Erfahrungen zu erleichtern, sollte bei der Entwicklung dieses zweiten zentralen Arbeitsbereichs ebenfalls priorisiert werden. Ein Mittel hierzu stellt das neue Fachjournal für öffentliche Gesundheit des Regionalbüros mit dem Titel *Public Health Panorama* dar. Sein Schwerpunkt ist die Weitergabe der Erfahrungen der Länder bei der Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitspolitik. Auf diese Weise unterstützt es auch einen Gedankenaustausch zwischen dem westlichen und dem östlichen Teil der Region. Beiträge werden in sowohl russischer als auch englischer Sprache entgegengenommen und in beiden Sprachen veröffentlicht.

Das Health Evidence Network (HEN) ist eine weitere wichtige Plattform für die Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen und ihrer Verbreitung. Zur Unterstützung von Entscheidungsprozessen bietet das HEN Evidenz in mehreren Formaten wie Syntheseberichten und Grundsatzpapieren (28).

3. Aufbau von Kapazitäten

Das alljährliche Herbstseminar zum Thema Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Politikgestaltung (siehe Abb. 4.1) ist in diesem zentralen Arbeitsbereich ein wichtiger erster Schritt zur Verbesserung des Wissens und der Kompetenzen in Bezug auf Gesundheitsinformationen in der Region. Es besteht jedoch ein beträchtlich größerer Bedarf an mehr Ausbildung und Unterstützung – beispielsweise im Zusammenhang mit der Kodierung und qualitativen Bewertung von Daten zu Todesursachen und zur Beobachtung gesundheitlicher Ungleichheiten. Zur Deckung dieses Bedarfs wird die WHO in enger Abstimmung mit den Mitgliedstaaten weiterhin länderübergreifende Workshops entwickeln. Diese sollten auf den Lernbedarf ausgerichtet sein und mit Hilfe der bilateralen Abkommen zwischen Ländern weiterhin einzelne Länder unterstützen.

Eine andere wesentliche Aktivität, um den Aufbau von Kapazitäten anzuregen, ist die Entwicklung qualitativ hochwertiger Ausbildungsmaterialien und Unterrichtsmodule, die über das Portal für Gesundheitsinformationen und Evidenz der WHO weitergegeben werden können, um das Fachwissen zu erweitern. Mit Gesundheitsinformationen befasstes Personal kann unmittelbar mit den Materialien arbeiten, und Teilnehmer an WHO-Workshops können sie nutzen, um Anschluss-Workshops in ihren jeweiligen Ländern zu organisieren. Die Materialien werden zumindest in englischer und russischer Sprache produziert, um ihre Nutzbarkeit in der gesamten Region zu steigern.

4. Ausbau der Gesundheitsinformationsnetzwerke

Die EHII hat sich zum Ziel gesetzt, weitere mehrere Länder umfassende Netzwerke zu unterstützen; diese erleichtern den Austausch von Erfahrungen und die Bündelung der Kräfte bei der Bekämpfung gemeinsamer Probleme im Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen. Damit tragen sie auch zur Verbesserung und zur Nachhaltigkeit sowohl nationaler als auch internationaler Gesundheitsinformationssysteme bei. Ein Beispiel ist das Gesundheitsinformationsnetzwerk der Zentralasiatischen Republiken (CARINFONET), das im Juni 2014 eingerichtet wurde und vom WHO-Regionalbüro für Europa unterstützt wird. Das

CARINFONET wird die Sammlung, Nutzung und Verteilung zuverlässiger und zeitnaher Informationen verbessern. Es wird gesundheitspolitische Entscheidungsträger in zentralasiatischen Ländern und diese übergreifend bei der Überwachung von Trends in den Bereichen Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden unterstützen. Um die Effizienz und die Harmonisierung der Anstrengungen zum Thema Gesundheitsinformationen in der gesamten Region zu maximieren, sollten die Aktivitäten solcher Netzwerke mit anderen zentralen Arbeitsbereichen der EHII abgestimmt werden.

Das Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) ist ein weiteres die EHII unterstützendes Netzwerk, das die systematische Anwendung von Ergebnissen der Gesundheitsforschung in der Politikgestaltung fördern soll. Das EVIPNet, das in der Europäischen Region im Oktober 2012 seinen Betrieb aufnahm, fördert auf der Länderebene die Entwicklung von Teams, denen Politikgestalter, Forscher und Vertreter der Zivilgesellschaft angehören. Diese Teams erleichtern die konzeptionelle Entwicklung und Umsetzung politischer Handlungskonzepte durch Anwendung der besten auf globaler und lokaler Ebene verfügbaren Erkenntnisse. Das EVIPNet schafft Kapazität in den Ländern für die Etablierung von Mechanismen und die Umsetzung von Erkenntnissen in Politik, beispielsweise durch die Ausarbeitung und Nutzung von Faktenblättern für die Politik und Politikdialoge. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts bestand das EVIPNet Europe aus 13 Mitgliedsländern der Europäischen Region der WHO im östlichen Europa und Zentralasien, von denen vier seine Methodik erproben. Weil evidenzbasierte Politikgestaltung in der gesamten Region notwendig ist, wird es ein wichtiges Ziel des EVIPNet Europe und der EHII sein, das Netzwerk zu erweitern, insbesondere auf westliche EU-Länder, und ihnen auf diese Weise die Möglichkeit zu bieten, aus den Erfahrungen der Pilotländer zu lernen.

5. Unterstützung für die Entwicklung einer Gesundheitsinformationsstrategie

Der fünfte zentrale Arbeitsbereich der EHII ist Unterstützung für Systembewertungen und Strategieentwicklung. Nationalen Gesundheitsinformationssystemen liegt für gewöhnlich keine

spezielle, breit unterstützte Strategie zugrunde. Häufiger spiegeln sie ein Konglomerat unterschiedlicher Aktivitäten und Akteure ohne eine gemeinsame Vision und Entwicklungsagenda wider. Dies kann bedeuten, dass Entscheidungen über die Verringerung oder die Intensivierung von auf Gesundheitsinformationen ausgerichteten Aktivitäten spontan getroffen werden statt auf der Grundlage einer umfassenden Strategie, in der die Prioritäten für derzeitige und zukünftige Aktivitäten beschrieben werden. Außerdem kann in vielen Fällen der Gesundheitsinformationsbedarf Systeme beträchtlich belasten, was es schwierig macht, sich einen Überblick über das Gesamtbild zu verschaffen und Prioritäten zu setzen.

Um diese Situation zu verbessern, entwickelten das WHO-Regionalbüro für Europa und eine eigens zusammengestellte Expertengruppe für die Länder ein Unterstützungsinstrument (siehe Abb. 4.1) (140). Auf der Grundlage von Arbeiten des WHO Health Metrics Network hilft das Instrument Ländern bei der Bewertung von Gesundheitsinformationssystemen sowie bei der Entwicklung und Stärkung von Strategien. In dem Maß, in dem sie Erfahrung mit der Verwendung des Instruments gewinnen, werden die Länder eine zentrale Rolle dabei spielen, es zu gestalten und zu aktualisieren sowie bewährte Beispiele für gute Praxis bereitzustellen. Das Portal des Regionalbüros für Gesundheitsinformationen und Evidenz wäre ein bestens geeigneter Kanal für die Verbreitung dieser ergänzenden Instrumente.

6. Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit

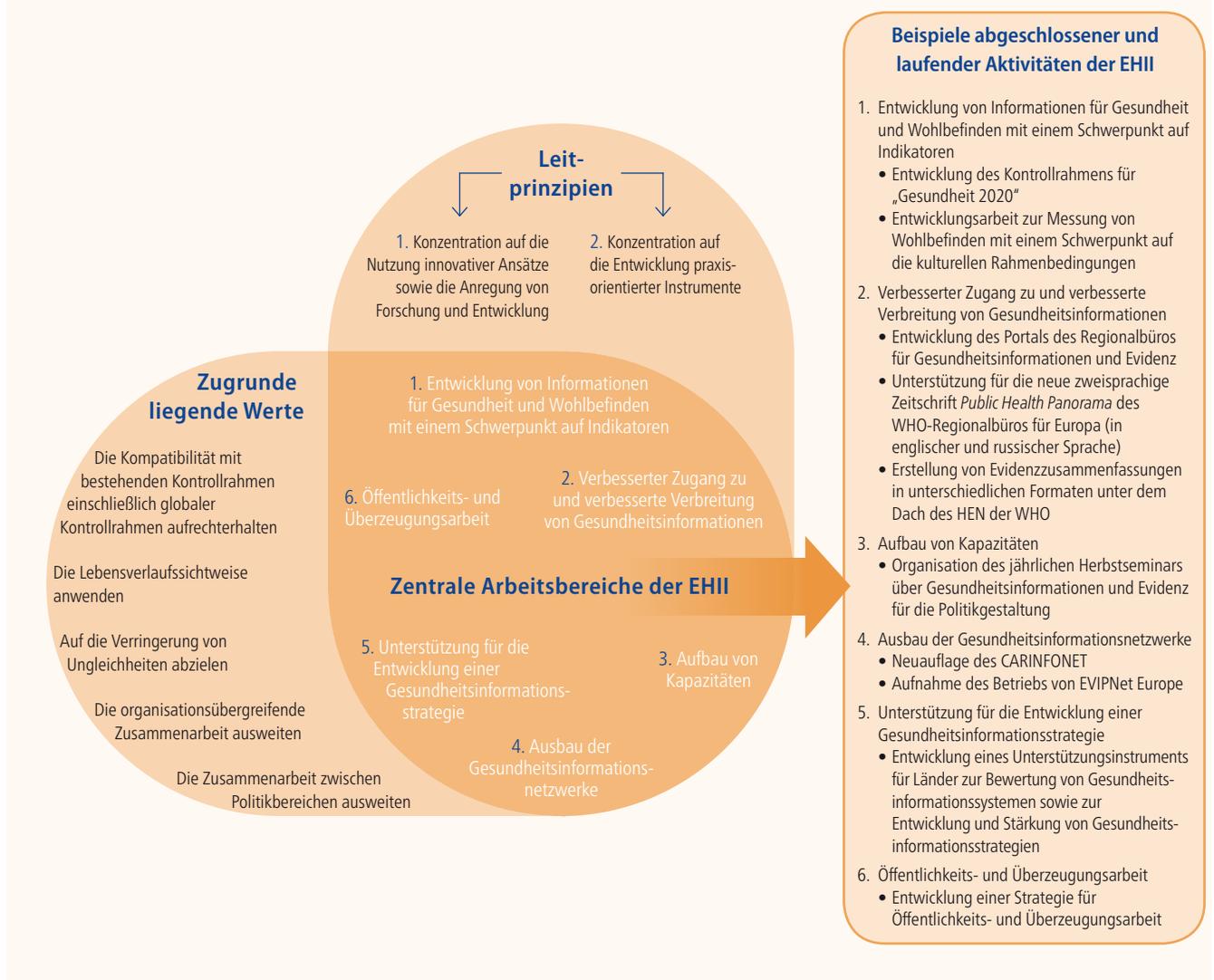
Der letzte zentrale Arbeitsbereich umfasst Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf sowohl Produkte der EHII zur Optimierung ihrer Nutzung als auch die EHII selbst, um Akteure im Bereich der Gesundheitsinformationen zu informieren und das Netzwerk zu stärken. Eine Strategie für Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit, die diese beiden Elemente abdeckt, wird ausgearbeitet. Sie wird Aktivitäten wie die Einrichtung einer Website der EHII, die Aufstellung eines Plans für die strukturelle Nutzung des Portals des Regionalbüros für Gesundheitsinformationen und Evidenz als zentrales Mittel für die Verbreitung von Produkten der EHII und die Präsentation der EHII bei verschiedenen Veranstaltungen umfassen.

Die Agenda für Forschung und Entwicklung zum Thema Gesundheitsinformationen: nächste Schritte

Sicherzustellen, dass Gesundheitsinformationssysteme für das 21. Jahrhundert gerüstet sind, erfordert erneuerte Anstrengungen. Die bestehenden Datensammlungen müssen gestärkt und verbessert werden und innovative Maßnahmen

Abb. 4.1.

Die zentralen Arbeitsbereiche der EHII sowie Beispiele für abgeschlossene und noch laufende Aktivitäten innerhalb jedes Arbeitsbereichs



und Ansätze müssen entwickelt werden. In allen sechs zentralen Arbeitsbereichen der EHII und auf unterschiedlichen Ebenen muss gehandelt werden – beispielsweise bilateral zwischen der WHO und Mitgliedstaaten, in Netzwerken mit mehreren Ländern und in Kooperationen zwischen internationalen Akteuren. Es wird auf bereits geleisteter Arbeit in diesem Bereich aufgebaut werden.

Die Mitgliedstaaten müssen mit dem WHO-Regionalbüro für Europa und anderen Akteuren die Prioritäten der Agenda für Forschung und Entwicklung zum Thema Gesundheitsinformationen für die Europäische Region für die nächsten Jahre festlegen. Die EHII sollte dabei eine wichtige Treibkraft sein, die Kohärenz und Koordinierung zwischen unterschiedlichen Gesundheitsinformationsaktivitäten in der Region sicherstellt und sie mit der Entwicklung des einheitlichen europäischen Gesundheitsinformationssystems verknüpft.

Die EHII gewinnt an Dynamik, aber es werden mehr Mitglieder benötigt, um das Netzwerk zu stärken und seine Fähigkeit dafür zu vergrößern, sicherzustellen, dass in der Region die Aktivitäten zum Thema Gesundheitsinformationen in allen seinen sechs zentralen Arbeitsbereichen verbessert und harmonisiert werden. Nur durch die Bündelung aller Kräfte und die Weitergabe von Wissen und Erfahrungen können Gesundheitsinformationen effizient, nachhaltig und kohärent verbessert werden.

Literatur

1. Europäischer Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2015 (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/european-health-report2015>, eingesehen am 25. Juni 2015).
2. Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, eingesehen am 25. Juni 2015).
3. Targets and indicators for Health 2020. Version 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-2>, accessed 5 May 2015).
4. Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases: formal meeting of Member States to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2013 (A66/8; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/105633>, accessed 6 January 2015).

5. Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2011 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/communicable-diseases/hiv aids/publications/2011/european-action-plan-for-hiv aids-20122015>, eingesehen am 9. September 2015).
6. Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2010 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2010/parma-declaration-on-environment-and-health>, eingesehen am 9. September 2015).
7. Detaillierte Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region (DMDB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/databases/european-detailed-mortality-database-dmdb2>, eingesehen am 9. September 2015).
8. GBD 2010 heat map [website]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2014 (<http://vizhub.healthdata.org/irank/heat.php>, accessed 9 December 2014).
9. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, accessed 3 February 2015).
10. Schotte K. Trends of tobacco use prevalence in the European Region by 2025. Presentation at: Technical consultation on road map of actions to fully comply with the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2015–2020. Moscow: World Health Organization; 2015.
11. Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“, Offline-Version April 2014. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014.
12. Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet*. 2015;385(9967):540–8. doi:10.1016/S0140-6736(14)60569-9.

13. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/, accessed 18 February 2015).
14. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/en/, accessed 5 May 2015).
15. Gilbert A, Cornuz J. Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/pre2009/which-are-the-most-effective-and-cost-effective-interventions-for-tobacco-control>, accessed 6 January 2015).
16. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *Eur J Cancer Prev.* 2008;17(6):535–44. doi:10.1097/CEJ.ob013e3282f75e48.
17. Policy. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/policy>, accessed 14 May 2015).
18. WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?showonly=GISAH>, accessed 15 October 2014).
19. Global status report on alcohol and health, 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 10 April 2015).
20. Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020). Copenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2012 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>, eingesehen am 9. September 2015).

21. Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit von Maßnahmen gegen alkoholbedingte Schäden. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2009 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/evidence-for-the-effectiveness-and-costeffectiveness-of-interventions-to-reduce-alcohol-related-harm-2009>, eingesehen am 9. September 2015).
22. Österberg E. What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/pre2009/what-are-the-most-effective-and-cost-effective-interventions-in-alcohol-control>, accessed 6 May 2015).
23. Europäischer Sachstandsbericht 2013 „Alkohol und Gesundheit in 35 Ländern der Europäischen Region“. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013>, eingesehen am 9. September 2015).
24. Global Health Observatory Data Repository [online website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/gho/data/node.imr.SA_0000001754, accessed 16 April 2015).
25. Obesity. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>, accessed 5 May 2015).
26. Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/2013/vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, eingesehen am 9. September 2015).

27. EUR/RC64/14 Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (EUR/RC64/14; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>, eingesehen am 9. September 2015).
28. Health Evidence Network (HEN). In: WHO/Europa [Website]. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2015 (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/health-evidence-network-hen>, eingesehen am 9. September 2015).
29. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al., Hrsg. Die sozialen Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden junger Menschen. Studie zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern (HBSC): Bericht zur internationalen Befragung 2009/2010. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, Nr. 6; <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>, eingesehen am 9. September 2015).
30. The Z-score or standard deviation classification system. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index4.html>, accessed 23 April 2015).
31. Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health*. 2014;14(1):806. doi:10.1186/1471-2458-14-806.

32. Wijnhoven T, van Raaij J, Breda J. Initiative der Europäischen Region der WHO für Adipositas-Surveillance im Kindesalter. Durchführung von Runde 1 (2007/2008) und Runde 2 (2009/2010). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative>, eingesehen am 9. September 2015).
33. Kelly C, Whitehead R. Dietary habits: key findings factsheet. St Andrews: Health Behaviour in School-aged Children (<http://www.hbsc.org/publications/factsheets/>, accessed 6 May 2015).
34. Verbesserung von Umwelt und Gesundheit in Europa: Wie weit sind wir gekommen? Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2015 (<http://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2015/04/ehp-mid-term-review/publications/improving-environment-and-health-in-europe-how-far-have-we-gotten>, eingesehen am 9. September 2015).
35. Immunization Highlights 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/publications/2014/immunization-highlights-2013>, accessed 6 May 2015).
36. European Vaccine Action Plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020>, accessed 10 April 2015).
37. Global Polio Eradication Initiative [website]. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2015 (<http://www.polioeradication.org/>, accessed 25 May 2015).
38. Mouldsdale HJ, Khetsuriani N, Deshevoi S, Butler R, Simpson J, Salisbury D. Simulation exercises to strengthen polio outbreak preparedness: experience of the World Health Organization European Region. *J Infect Dis.* 2014;210 S1:S208–15. doi:10.1093/infdis/jiu120.

39. Mitis F, Sethi D. Fakten aus der Europäischen Region und der Globale Lagebericht zur Straßenverkehrssicherheit. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, eingesehen am 9. September 2015).
40. Racioppi F, Eriksson L, Tingvall C, Villaveces A. Prävention von Verletzungen im Straßenverkehr: eine Gesundheitsperspektive für Europa. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2004 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/preventing-road-traffic-injury-a-public-health-perspective-for-europe-2004>, eingesehen am 9. September 2015).
41. Europäische Mortalitätsdatenbank [Mortalitätsindikatoren nach 67 Todesursachen, Alter und Geschlecht] [Online-Datenbank]. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb>, eingesehen am 9. September 2015).
42. Mackenbach JP, McKee M, editors. Erfolg und Scheitern der Gesundheitspolitik in Europa. Vier Jahrzehnte divergierender Trends und konvergierender Herausforderungen. Maidenhead: Open University Press; 2013 (erschieden in der Reihe des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik; <http://www.euro.who.int/de/about-us/partners/observatory/publications/studies/successes-and-failures-of-health-policy-in-europe-four-decades-of-divergent-trends-and-converging-challenges>, eingesehen am 9. September 2015).
43. Data and statistics. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>, accessed 9 December 2014).

44. Suizid. In: Die OECD in Zahlen und Fakten 2013: Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft [Website]. Paris: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; 2013 (<http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264090118-de/12/01/03/index.html?contentType=&itemId=%2fcontent%2fchapter%2ffactbook-2013-97-de&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f23073764&accessItemIds=>, eingesehen am 9. September 2015).
45. Shah A. Elderly suicide rates: a replication of cross-national comparisons and association with sex and elderly age-bands using five year suicide data. *J Inj Violence Res.* 2011;3(2):79–83. doi:10.5249/jivr.v3i2.64.
46. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/, accessed 6 May 2015).
47. Tulchinsky TH, Varavikova EA. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: strategies for health system and public health reform in Russia. *Am J Public Health.* 1996;86(3):313–20.
48. Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet.* 2001; 357(9260):917–21.
49. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control.* 1994;3:242–7.
50. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality: report 2013. New York: United Nations Children's Fund; 2013 (www.childmortality.org/index.php?r=site/index, accessed 6 May 2015).
51. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, Cousens S et al. Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress, projections, and priorities. *PLoS Med.* 2011;8(8):e1001080. doi:10.1371/journal.pmed.1001080.

52. UNESCO Institute for Statistics data centre [online database]. Montreal: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2014 (<http://www.uis.unesco.org/Pages/default.aspx>, accessed 30 September 2014).
53. Groot W, Maassen van de Brink H. What does education do to our health? Measuring the effects of education on health and civic engagement: proceedings of the Copenhagen symposium. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2006 (<http://www.oecd.org/edu/innovation-education/measuringtheeffectsofeducationonhealthandcivicengagement.htm>, accessed 6 May 2015).
54. Out-of-school children. In: UNESCO Institute for Statistics [website]. Montreal: UNESCO Institute for Statistics; 2014 (<http://www.uis.unesco.org/Education/Pages/out-of-school-children.aspx>, accessed 15 October 2014).
55. National education statistics: formal education 2013/2014. Ankara: Ministry of National Education; 2014 (<http://sgb.meb.gov.tr/www/milli-egitim-istatistikleri-orgun-egitim-2013-2014/icerik/95>, accessed 6 May 2015).
56. UNICEF and UNESCO Institute for Statistics. All children in school by 2015: global initiative on out-of-school children – Turkey country study. Ankara: United Nations Children's Fund; 2012 (<http://www.uis.unesco.org/Library/Pages/DocumentMorePage.aspx?docIdValue=826&docIdFld=ID&SPSLanguage=EN>, accessed 9 December 2014).
57. Global employment trends 2014: the risk of a jobless recovery. Geneva: International Labour Organization; 2014 (<http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/2014/lang--en/index.htm>, accessed 15 October 2014).
58. Evidence from previous crises. In: Health and financial crisis monitor [website]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies and the Andalusian School of Public Health; 2014 (<http://www.hfcm.eu/web/evidence-from-previous-crises>, accessed 15 October 2014).

59. van der Noordt M, Jzelenberg HI, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med.* 2014;71(10):730–6. doi:10.1136/oemed-2013-101891.
60. Active Ageing Index [online database]. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe and European Commission; 2014 (<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>, accessed 9 December 2014).
61. Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/qualitative-indicators-for-monitoring-health-2020-policy-targets>, accessed 6 May 2015).
62. Gemeinsame Fachtagung zu den Zielvorgaben und Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden im Rahmen von Gesundheit 2020. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020-2013>, eingesehen am 9. September 2015).
63. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity: health benefits of happiness. *Appl Psychol Health Well-Being.* 2011;3(1):1–43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x.
64. Wiest M, Schüz B, Webster N, Wurm S. Subjective well-being and mortality revisited: differential effects of cognitive and emotional facets of well-being on mortality. *Health Psychol.* 2011;30(6):728–35. doi:10.1037/a0023839.
65. Gallup World Poll [website]. Washington DC: Gallup; 2014 (<http://www.gallup.com/services/170945/world-poll.aspx>, accessed 9 December 2014).

66. Bericht über die menschliche Entwicklung 2014. Den menschlichen Fortschritt dauerhaft sichern: Anfälligkeit verringern, Widerstandskraft stärken. Berlin, Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen e. V., 2014 (http://www.dgvn.de/fileadmin/user_upload/PUBLIKATIONEN/UN_Berichte_HDR/HDR/HDR_2014/HDR-2014-Internet.pdf, eingesehen am 2. September 2015).
67. Global AgeWatch Index 2014 [online database]. London: HelpAge International; 2014 (http://www.helpage.org/global-agewatch/?gclid=CKLXqt6C4cECFSHecgod_rMARA, accessed 9 December 2014).
68. OECD Better Life Initiative: compendium of OECD well-being indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 (<http://www.oecd.org/general/compendiumofocdwell-beingindicators.htm>, accessed 6 May 2015).
69. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation [online database]. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2014 (<http://www.wssinfo.org/>, accessed 6 January 2015).
70. The WHO-5 website [website]. Hillerød: Psykiatriske Center North Zealand; 2015 (<https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Pages/default.aspx>, accessed 30 April 2015).
71. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess.* 1985;49(1):71–5. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13.
72. National Assembly 2009 – Iceland. Reykjavik: Directorate of Health; 2009 (<http://www.thjodfundur2009.is/english/>, accessed 15 February 2015).
73. Iceland 2020 – governmental policy statement for the economy and community. Reykjavik: Icelandic Government; 2011 (<http://eng.forsaetisraduneyti.is/iceland2020/>, accessed 15 February 2015).

74. Gudmundsdóttir DG. The impact of economic crisis on happiness. *Soc Indic Res.* 2013;110(3):1083–101. doi:10.1007/s11205-011-9973-8.
75. Gudmundsdóttir DG, Ásgeirsdóttir BB, Huppert FA, Sigfúsdóttir ID, Valdimarsdóttir UA, Hauksdóttir A. How does the economic crisis influence adolescents' happiness? Population-based surveys in Iceland in 2000–2010. *J. Happiness Stud.* 2015;16:1–15. doi:10.1007/s10902-015-9639-3.
76. Health financing for universal coverage. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/health_financing/en/, accessed 4 June 2015).
77. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresco A et al. Wirtschaftskrise, Gesundheitssysteme und Gesundheitssituation in der Europäischen Region: Wirkung und Folgen für die Politik. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (Policy summary series, Nr. 12; <http://www.euro.who.int/de/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/economic-crisis-health-systems-and-health-in-europe-impact-and-implications-for-policy>, eingesehen am 9. September 2015).
78. Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. Reform der Gesundheitsfinanzierung in der Praxis: Lehren aus den Ländern im Umbruch. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2010 (Observatory studies series, Nr. 21, <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/implementing-health-financing-reform-lessons-from-countries-in-transition>, eingesehen am 9. September 2015).
79. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 6 May 2015).
80. Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>, accessed 13 May 2015).

81. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990–2013. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>, accessed 6 May 2015).
82. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychol Bull.* 2005;131:925–971.
83. Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychol Rev.* 2007;1:83–136.
84. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamäki H, Heikkilä K, Kaprio J, Koskenvuo M. Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2001;158(3):433–9.
85. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 2002;43(2):207–22.
86. Satzung der Weltgesundheitsorganisation. Bundesgesetzblatt, Teil II, 1974, Nr. 4 vom 29.01.1974, Köln: Bundesanzeiger Verlag; 1974 ([http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl274s0043.pdf%27\]#_bgbl_%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl274s0043.pdf%27\]__1441439781412](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl274s0043.pdf%27]#_bgbl_%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl274s0043.pdf%27]__1441439781412), eingesehen am 5. September 2015).
87. Declaration of Alma-Ata. Geneva: World Health Organization; 1978 (http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/, accessed 2 June 2015).
88. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 1986 (<http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>, eingesehen am 9. September 2015).
89. WHO European Healthy Cities Network. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>, accessed 1 June 2015).

90. Hiscock R, Mudu P, Braubach M, Martuzzi M, Perez L, Sabel C. Wellbeing impacts of city policies for reducing greenhouse gas emissions. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(12):12312–45. doi:10.3390/ijerph111212312.
91. Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 <http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2012>, eingesehen am 9. September 2015).
92. Zweite gemeinsame Fachtagung über Ziele und Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden im Kontext von Gesundheit 2020. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/second-joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020>, eingesehen am 9. September 2015).
93. Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe; first meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8–9 February 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/activities/data-analysis-and-monitoring/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe/first-meeting-of-the-expert-group,-copenhagen,-denmark,-89-february-2012>, accessed 6 May 2015).
94. Messung des Wohlbefindens und dementsprechende Zielvorgaben: eine Initiative des WHO-Regionalbüros für Europa. Zweite Tagung der Expertengruppe, Paris, 25. und 26. Juni 2012. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2012 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>, eingesehen am 9. September 2015).

95. Landscape and cultural heritage. In: Benessere equo sostenibile [website]. Rome: Italian National Institute of Statistics (ISTAT); 2015 (<http://www.misuredelbenessere.it/index.php?id=57>, accessed 12 February 2015, accessed 6 May 2015).
96. OECD guidelines on measuring subjective well-being. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013 (http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-guidelines-on-measuring-subjective-well-being_9789264191655-en, accessed 19 February 2015).
97. Yamaguchi S, Greenwald AG, Banaji MR, Murakami F, Chen D, Shiomura K et al. Apparent universality of positive implicit self-esteem. *Psychol Sci.* 2007;18(6):498–500. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01928.x.
98. Kitayama S, Markus HR, Kurokawa M. Culture, emotion, and well-being: good feelings in Japan and the United States. *Cogn Emotion.* 2000;14(1):93–124. doi:10.1080/026999300379003.
99. Kitayama S, Karasawa M, Curhan KB, Ryff CD, Markus HR. Independence and interdependence predict health and wellbeing: divergent patterns in the United States and Japan. *Front. Psychol.* 2010;1:163. doi:10.3389/fpsyg.2010.00163.
100. Nussbaum MC. Who is the happy warrior? Philosophy poses questions to psychology. *J Legal Stud.* 2008;37 S2:S81–113.
101. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol.* 2003;54(1):403–25. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056.
102. Tov W, Au E. Comparing well-being across nations: conceptual and empirical issues. In: David S, Boniwell I, Conley Ayers A, editors. *Oxford handbook of happiness*. Oxford: Oxford University Press; 2013:448–64.

103. Allin P, Hand DJ. The wellbeing of nations: meaning, motive and measurement. Hoboken: Wiley; 2014.
104. Eurofound, Bertelsmann Stiftung. Social cohesion and well-being in the EU. Dublin: Eurofound; 2014 (<http://eurofound.europa.eu/publications/report/2014/quality-of-life-social-policies/social-cohesion-and-well-being-in-the-eu>, accessed 12 February 2015).
105. Hofstede G. Cultures and organizations: software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival. 3rd edition. New York: McGraw-Hill; 2010.
106. Schwartz SH. Beyond individualism-collectivism: new cultural dimensions of values. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
107. Trompenaars A, Hampden-Turner C. Riding the waves of culture: understanding cultural diversity in business. London: N. Brealey; 1997.
108. Inglehart R. The silent revolution: changing values and political styles among Western publics. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1977.
109. Mesquita B, Leu J. The cultural psychology of emotions. In: Kitayama S, Cohen D, editors. Handbook of cultural psychology. New York: Guilford Press; 2007:734–59.
110. Camfield L, Crivello G, Woodhead M. Wellbeing research in developing countries: reviewing the role of qualitative methods. Soc Indic Res. 2009;90(1):5–31. doi:10.1007/s11205-008-9310-z.
111. Dutta MJ. Communicating health: a culture-centered approach. Cambridge: Polity; 2008.
112. Mathews G. Happiness, culture, and context. Int J Wellbeing. 2012;2(4):299–312. doi:10.5502/ijwv2.i4.2. pp. 299–312., 10.5502/ijw.v2.i4.2.
113. Hannerz U. Borders. Int Soc Sci J. 1997;49(154):537–48. doi:10.1111/j.1468-2451.1997.tb00043.x.

114. Brightman R. Forget culture: replacement, transcendence, relexification. *Cult Anthropol.* 1995;10(4):509–46. doi:10.1525/can.1995.10.4.02a00030.
115. Mathews G. *Global culture/individual identity: searching for home in the cultural supermarket.* London: Routledge; 2000.
116. The 2009 UNESCO framework for cultural statistics (FCS). Montreal: UNESCO Institute for Statistics; 2009 (<http://www.uis.unesco.org/culture/Pages/framework-cultural-statistics.aspx>, accessed 6 May 2015).
117. Delivering the post-2015 development agenda: opportunities at the national and local levels. New York: United Nations Development Group; 2014 (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/delivering-the-post-2015-development-agenda/>, accessed 12 February 2015).
118. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H et al. Culture and health. *Lancet.* 2014;384(9954):1607–39. doi:10.1016/S0140-6736(14)61603-2.
119. Hanlon P, Carlisle S, Hannah M, Reilly D, Lyon A. Making the case for a “fifth wave” in public health. *Public Health.* 2011;125(1):30–6. doi:10.1016/j.puhe.2010.09.004.
120. Die Allgemeine Erklärung zur kulturellen Vielfalt [Website]. Bonn: Deutsche UNESCO-Kommission e.V.; 2001 (<http://www.unesco.de/kultur/kulturelle-vielfalt/konvention/genese-der-konvention/allgemeine-erklaerung-zur-kulturellen-vielfalt.html>, eingesehen am 31. August 2015).
121. Ahmed S. *The promise of happiness.* Durham, NC: Duke University Press; 2010.
122. Meisel ZF, Karlawish J. Narrative vs evidence-based medicine – and, not or. *JAMA.* 2011;306(18):2022–3. doi:10.1001/jama.2011.1648.
123. Epstein D, Farina C, Heidt J. The value of words: narrative as evidence in policy making. *Evid Policy: J Res Debate Pract.* 2014;10(2):243–58. doi:10.1332/174426514X13990325021128.

124. Ortega-Alcazar I, Dyck I. Migrant narratives of health and well-being: Challenging “othering” processes through photo-elicitation interviews. *Crit Soc Policy*. 2012;32(1):106–25. doi:10.1177/0261018311425981.
125. Wang C, Burris MA. Empowerment through photo novella: portraits of participation. *Health Educ Q*. 1994;21(2):171–86.
126. Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. Anhang 2: Europäische Kommission und WHO-Regionalbüro für Europa Gemeinsame Erklärung. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa; 2010 (EUR/RC60/12 Add. 1; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/documentation/working-documents/eurrc6012-add.-1>, eingesehen am 9. September 2015).
127. About WHO: what we do. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/about/what-we-do/en/>, accessed 6 May 2015).
128. Untersuchung zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO. Abschlussbericht. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, eingesehen am 9. September 2015).
129. Interactive atlases. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/interactive-atlases>, accessed 25 May 2015).
130. A response by the European Public Health Association to the report by the European Parliament’s Committee on Civil Liberties, Justice and Home Affairs report on the proposal for a general data protection regulation (2012/0011(COD)). Utrecht: European Public Health Association; 2013 (<http://www.eupha.org/publications>, accessed 29 April 2015).

131. Michelsen K, Brand H, Achterberg P, Wilkinson J. Für eine wirksamere Verflechtung der Gesundheitsinformationssysteme: vorbildliche Praktiken und Herausforderungen. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2015 (Zusammenfassender Bericht des Health Evidence Network; <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/promoting-better-integration-of-health-information-systems-best-practices-and-challenges>, eingesehen am 9. September 2015).
132. Developing indicators for the Health 2020 targets: first meeting of the expert group, Utrecht, the Netherlands, 18–19 June 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/activities/data-analysis-and-monitoring/developing-indicators-for-the-health-2020-targets>, accessed 6 May 2015).
133. Campostrini S, Severoni S, Dembech M. Data on health behaviours in the migrant population to inform policy-making: WHO, Ca' Foscari University and the Italian National Institute of Health (ISS) "Immigrants and health in Italy" report. Public Health Aspects of Migration in Europe Newsletter. 2015;4:4 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/phame-newsletter/phame-newsletter-issue-4-january-2015>, accessed 6 May 2015).
134. Community resilience [website]. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2015 (<http://www.rand.org/topics/community-resilience.html>, accessed 6 January 2015).
135. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/pre2009/what-is-the-evidence-on-effectiveness-of-empowerment-to-improve-health>, accessed 6 January 2015).
136. Evaluation of national and regional public health reports (Eva PHR): final report to the European Commission. Bielefeld: Institute of Public Health North Rhine Westphalia; 2003 (http://www.pia-phr.nrw.de/about_eva-phr.html, accessed 4 February 2015).

137. A healthier Netherlands: key findings from the Dutch 2014 public health status and foresight Report. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment; 2014 (http://www.eengezondere nederlandse.nl/en/English_version/Key_Findings, accessed 6 May 2015).
138. Integrated surveillance of noncommunicable diseases (iNCD) – a European Union–WHO project: final project report for the dissemination of results. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/incd_en.pdf, accessed 16 October 2015).
139. Be He@lthy, Be Mobile [website]. International Telecommunication Union; 2015 (http://www.itu.int/en/ITU-D/ICT-Applications/eHEALTH/Be_healthy/Pages/Be_Healthy.aspx, accessed 29 April 2015).
140. Instrument für die Bewertung der Gesundheitsinformationssysteme und die Entwicklung und Stärkung der Gesundheitsinformationsstrategien. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2015 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/support-tool-to-assess-health-information-systems-and-develop-and-strengthen-health-information-strategies>, eingesehen am 9. September 2015).



Anhang 1: Fachlicher Kontext der in dem Bericht verwendeten Daten und Indikatoren

Dieser Anhang beschreibt, wie die Indikatoren zur Überwachung des Kontrollrahmens für „Gesundheit 2020“ ausgewählt wurden. Ferner werden die Methoden erläutert, die als Grundlage für die Analyse dienten, die im Europäischen Gesundheitsbericht 2015 präsentiert wird. Schlussendlich wird auf einige der Beschränkungen hinsichtlich des Datenmaterials eingegangen.

Der Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“

„Gesundheit 2020“ unterstützt gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen mit dem Ziel, Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung signifikant zu verbessern, gesundheitliche Ungleichgewichte abzubauen, die öffentliche Gesundheit zu stärken und nachhaltige bürgernahe Gesundheitssysteme zu gewährleisten, die flächendeckend sind und Chancengleichheit sowie qualitativ hochwertige Leistungen bieten. „Gesundheit 2020“ ist das Ergebnis eines umfangreichen zweijährigen Konsultationsprozesses in der gesamten Region und darüber hinaus. Die 53 Mitgliedstaaten in der Region nahmen das Rahmenkonzept und seine sechs übergeordneten regionalen Dachziele auf der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 2012 an.

1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region;
2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region;
3. Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region;

4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region;
5. Allgemeine Gesundheitsversorgung und das Recht auf Gesundheit;
6. Mitgliedstaaten legen nationale Ziele beziehungsweise Zielvorgaben fest.

Nach Erhalt von Nominierungen durch die Mitgliedstaaten wurden zwei Expertengruppen gebildet, die die detaillierte Entwicklung von Indikatoren zur Messung von Fortschritten in Bezug auf diese Dachziele durchführen sollten – eine mit dem Schwerpunkt auf der Messung von Wohlbefinden und der Festlegung von Zielvorgaben dafür und die andere mit dem Fokus auf die Entwicklung von Indikatoren für „Gesundheit 2020“. Auf einer Reihe von Tagungen (1 - 5) empfahlen beide Gruppen Kernindikatoren und zusätzliche Indikatoren zur Billigung durch das Regionalkomitee. Der Leitgedanke war, dass die Kernindikatoren auf der regionalen Ebene als Grundlage für die Erfolgskontrolle von „Gesundheit 2020“ verwendet werden sollten, während daneben zusätzliche Indikatoren in umfassenderer Weise als Basis für die Festlegung von Zielvorgaben und die Fortschrittsüberwachung auf der nationalen Ebene genutzt werden könnten. Auf der Tagung des Regionalkomitees im September 2013 nahmen alle 53 Mitgliedstaaten die vollständige Indikatorenliste an (6), und die endgültige Fassung des Kontrollrahmens wurde im April 2014 veröffentlicht (7). Der Kontrollrahmen umfasst insgesamt 37 Indikatoren. 19 Kernindikatoren (von denen einige für mehr als ein Dachziel genutzt werden) und 18 zusätzliche Indikatoren. Tabelle A.1 bietet einen Überblick über die Bereiche, Dachziele, Quantifizierungen und Kernindikatoren im Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“.

Die Expertengruppen verständigten sich auf Kriterien für die Verkleinerung der Indikatorenliste auf eine kompakte Größe, die für die Nutzung des Kontrollrahmens praktikabel war. Dem lag das Prinzip zugrunde, Ziele und Indikatoren, die bereits in einem bestehenden Rahmenkonzept der WHO oder einem anderen Rahmenkonzept vorkamen, hier nicht zu verwenden, um den Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ zu straffen und Überschneidungen zu vermeiden. Eine Ausnahme wurde gemacht: Die erste Quantifizierung für Dachziel 1 (siehe [Tabelle A.1](#)) findet sich auch im globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare

Tabelle A.1.
Der Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ und die für diesen Bericht verwendeten Indikatoren

	Dachziel 1	Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region
Bereich: Krankheitslast und Risikofaktoren	Quantifizierung 1.1	Relative jährliche Verringerung der vorzeitigen Mortalität insgesamt (Kombination aus vier Ursachen) aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronischen Atemwegserkrankungen um 1,5% bis 2020
	Kernindikatoren	Altersstandardisierte vorzeitige Mortalitätsrate (zwischen 30 bis unter 70 Jahre) für die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10-Kodes I00 - I99), Krebs (ICD-10-Kodes C00 - C97), Diabetes mellitus (ICD-10-Kodes E10 - E14) und chronische Atemwegserkrankungen (ICD-10-Kodes J40 - J47)) ^a
		Altersstandardisierte Prävalenz des aktuellen (täglichen bzw. gelegentlichen) Tabakkonsums von ab 18-Jährigen
		Pro-Kopf-Gesamtjahresalkoholkonsum (erfasst und unerfasst) von ab 15-Jährigen (in Litern reinen Alkohols)
	Für diesen Bericht verwendeter zusätzlicher Indikator	Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen (definiert als ein BMI-nach-Alter-Wert von mehr als +1 Z bzw. +2 Z im Verhältnis zum Wachstumsmedian der WHO von 2007)
Bereich: Krankheitslast und Risikofaktoren	Quantifizierung 1.2	Verwirklichung und Aufrechterhaltung der Eliminierung ausgewählter impfpräventabler Krankheiten (Polio, Masern, Röteln) und Prävention der Rötelnembryopathie
	Kernindikator	Prozentualer Anteil der Kinder, die gegen Masern (1 Dosis bis 2. Geburtstag), Polio (3 Dosen bis 1. Geburtstag) und Röteln (1 Dosis bis 2. Geburtstag) geimpft sind ^b
Bereich: Krankheitslast und Risikofaktoren	Quantifizierung 1.3	Verringerung der Sterblichkeit aufgrund äußerer Ursachen
	Kernindikator	Standardisierte Mortalitätsraten aufgrund von allen äußeren Todesursachen und Verletzungen (ICD-10-Kodes V01 - V99, W00 - W99, X00 - X99 und Y00 - Y98)
	Für diesen Bericht verwendete zusätzliche Indikatoren	Standardisierte Mortalitätsraten aufgrund von a) Kfz-Unfällen (ICD-10-Kodes V02 - V04, V09, V12 - V14, V19 - V79, V82 - V87 und V89); b) Vergiftungsunfällen (ICD-10-Kodes X40 - X49); c) Alkoholvergiftungen (ICD-10-Kode X45); d) Suiziden (ICD-10-Kodes X60 - X84); e) Stürzen (ICD-10-Kodes W00 - W19); sowie f) Tötungsdelikten und Überfällen (ICD-10-Kodes X85 - Y09)
Bereich: Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten	Dachziel 2	Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region
	Quantifizierung 2.1	Weiterer Anstieg der Lebenserwartung mit der derzeitigen Geschwindigkeit (der jährlichen Rate für den Zeitraum von 2006 bis 2010), verbunden mit einer Verringerung der Unterschiede bei der Lebenserwartung in der Europäischen Region
	Kernindikator	Lebenserwartung bei Geburt
	Für diesen Bericht verwendeter zusätzlicher Indikator	Lebenserwartung im Alter von 1, 15, 45 und 65 Jahren ^c
Bereich: Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten	Dachziel 3	Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region
	Quantifizierung 3.1	Abbau der durch soziale Determinanten bedingten gesundheitlichen Kluft in der Bevölkerung der Europäischen Region
	Kernindikatoren	Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten
		Lebenserwartung bei Geburt
		Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen
		Arbeitslosenquote
		Eine nationale und/oder subnationale Politik zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte ist vorhanden und dokumentiert
Gini-Koeffizient (Einkommensverteilung) ^d		

Tabelle A.1. Forts.

Tabelle A.1. Forts.		
Bereich: Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten	Dachziel 4	Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region
	Quantifizierung 4.1	Muss noch festgelegt werden
	Kernindikatoren	Lebenszufriedenheit
		Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung ^e
		Anteil der Bevölkerung mit so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen
		Gini-Koeffizient (Einkommensverteilung) ^d
Arbeitslosenquote		
Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen		
Bereich: Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme	Dachziel 5	Allgemeine Gesundheitsversorgung und das Recht auf Gesundheit
	Quantifizierung 5.1	Entwicklung hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ^a
	Kernindikatoren	Eigenleistungen der Privathaushalte als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit
		Prozentualer Anteil der Kinder, die gegen Masern (1 Dosis bis 2. Geburtstag), Polio (3 Dosen bis 1. Geburtstag) und Röteln (1 Dosis bis 2. Geburtstag) geimpft sind ^b
		Gesamtausgaben für Gesundheit (als prozentualer Anteil am BIP) ^b
Für diesen Bericht verwendeter zusätzlicher Indikator	Müttersterbefälle pro 100 000 Lebendgeburten	
Bereich: Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme	Dachziel 6	Von den Mitgliedstaaten festgelegte nationale Zielvorgaben/Ziele
	Quantifizierung 6.1	Schaffung von Verfahren zur Aufstellung nationaler Zielvorgaben (wo noch nicht vorhanden)
	Kernindikatoren	Die Schaffung eines Verfahrens zur Aufstellung von Zielvorgaben wurde dokumentiert
Dokumentationsnachweis: a) Etablierung einer nationalen Politik im Einklang mit „Gesundheit 2020“; b) Umsetzungsplan; c) Mechanismus zur Rechenschaftslegung (die Entscheidung über die Art der „Dokumentation“ liegt bei den einzelnen Mitgliedstaaten)		

^a In diesem Bericht werden die Daten zur vorzeitigen Mortalität aufgrund der vier Krankheiten auch separat präsentiert. Obwohl sie keine Indikatoren für „Gesundheit 2020“ sind, wurde es als wichtig erachtet, diese aufgeschlüsselten Daten ebenfalls zu zeigen, um eine bessere Grundlage für die Politikgestaltung zu bieten.

^b Das zentralisierte Informationssystem der WHO für Infektionskrankheiten berichtete ab 2010 nicht mehr separat über die Durchimpfung gegen Röteln, weil der Rötelnimpfstoff gewöhnlich bei der Impfung gegen Masern und Mumps mit verabreicht wird. Ab 2010 sollten die Daten zur Durchimpfung gegen Masern als die Daten zur Durchimpfung gegen Masern und Röteln interpretiert werden.

^c In diesem Bericht wird nur die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren verwendet.

^d Daten für diesen Indikator sind in den Datenbanken von Weltbank und Eurostat verfügbar. Um eine angemessene Abdeckung zu erhalten, müssten die Daten aus beiden Quellen kombiniert werden. Wo Daten jedoch in beiden Quellen verfügbar sind, zeigen die Schätzungen so große Unterschiede, dass es nicht valide erscheint, sie zu kombinieren. Deshalb wird dieser Kernindikator im Bericht nicht verwendet.

^e Die Bezeichnung des Indikators im Gallup World Poll lautet „soziale Verbundenheit“ (*social connectedness*).

^f Der Vollständigkeit halber enthält der Bericht auch den Anteil der Bevölkerung mit Leitungswasser im Haushalt (das Gemeinsame Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF berichtet sowohl über Leitungswasser als auch über so genannte „verbesserte“ sanitäre Einrichtungen).

^g Gemäß der Definition der WHO (8) bedeutet allgemeine Gesundheitsversorgung chancengleichen Zugang zu wirksamen und erforderlichen Angeboten ohne finanzielle Belastung.

^h Bei den für diesen Bericht verwendeten Daten aus der Datenbank „Gesundheit für alle“ handelt es sich um Schätzungen (auf der Grundlage der Methode der Gesundheitskonten) und nicht um Daten, die von den Ländern gemeldet wurden.

ⁱ Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sich Müttersterblichkeitsraten insbesondere in kleinen Ländern von Jahr zu Jahr beträchtlich unterscheiden können, wurde für die Bewertung der jüngsten verfügbaren Müttersterblichkeitsrate für jedes Land in diesem Bericht ein Dreijahresdurchschnitt berechnet.

Krankheiten (9). Weil die Senkung der vorzeitigen Mortalität als unentbehrlich für den Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ eingestuft wurde, wurden diese Indikatoren aufgenommen

und mit dem globalen Kontrollrahmen abgestimmt. Um eine ausreichende Datenbasis für die Berichterstattung über Fortschritte auf der regionalen Ebene sicherzustellen und den administrativen Meldeaufwand für die Länder zu verringern, war ein anderes zentrales Kriterium, das insbesondere auf die Kernindikatoren angewendet wurde, dass Daten in der Mehrheit der Länder aus verfügbaren Quellen stammen sollten.

Wenngleich diese Kriterien sehr berechtigt sind, beschränken sie das thematische Spektrum des Kontrollrahmens für „Gesundheit 2020“. Beispielsweise wurden keine Indikatoren zum Bereich Umwelt und Gesundheit aufgenommen, weil diese bereits durch die Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit (10) und das diesbezügliche Europäische Umwelt- und Gesundheitssystem überwacht werden. Aufgrund fehlender vergleichbarer Daten auf der regionalen Ebene konnten Morbiditätsindikatoren ebenfalls nicht berücksichtigt werden. Unabhängig davon wurde das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ so konzipiert, dass die Erfolgskontrolle straff und effizient erfolgen kann, und nicht unter dem Aspekt, eine möglichst große Bandbreite aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit abzudecken oder Datendefizite aufzudecken.

Die Expertengruppen empfahlen, die Datenbanken der WHO und andere Datenbanken der Vereinten Nationen als bevorzugte Quellen für die Indikatoren von „Gesundheit 2020“ zu verwenden, weil sie die optimale regionale Abdeckung bieten. Wenn Daten in diesen Datenbanken nicht verfügbar sind, sollte auf alternative internationale Quellen zurückgegriffen werden. Sie schlugen auch vor, dass alle angegebenen Werte für Indikatoren altersstandardisiert sein sollten und Daten – sofern möglich und verfügbar – nach Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, sozioökonomischer Schicht, schutzbedürftigen Gruppen und subnationalen Regionen aufgeschlüsselt sein sollten.

Verwendete Indikatoren, Datenquellen und Berechnungsmethoden

In Kapitel 2 wurden alle Kernindikatoren von „Gesundheit 2020“ außer dem Indikator für die Einkommensverteilung

– dem Gini-Koeffizienten – beschrieben. Datenquellen für nationale Gini-Koeffizienten in Ländern in der gesamten Region sind die statistischen Datenbanken von Weltbank und Eurostat. Die verwendeten Methoden zur Füllung der beiden Datenbanken sind jedoch unterschiedlich, um vergleichbare Ergebnisse hervorzubringen, weshalb dieser Indikator im Bericht nicht berücksichtigt wird. Kapitel 2 enthielt auch eine begrenzte Zahl zusätzlicher Indikatoren, um ein umfassenderes Bild der Lage der öffentlichen Gesundheit im Hinblick auf bestimmte Themen zu zeichnen (siehe Tabelle A.1 für mehr Details).

In Übereinstimmung mit den festgelegten Kriterien für den Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ wurden wo immer möglich Quellen der WHO verwendet. Diese enthalten entweder von den Ländern gemeldete Daten oder offizielle Schätzungen der WHO. Der globale Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten der WHO war eine wichtige Quelle für die in diesem Bericht verwendeten Schätzungen: Er enthält weiterführende Informationen über die Methoden, die zu ihrer Berechnung verwendet wurden (11). In den Fällen, in denen Daten in den Datenbanken der WHO nicht verfügbar waren, wurden andere Quellen genutzt, wobei diejenigen anderer Organisationen der Vereinten Nationen bevorzugt wurden (beispielsweise wurden für den Indikator zum Grundschulbesuch Daten der UNESCO verwendet). Vom Gallup World Poll erhobene Daten und von anderen Stellen und Organisationen veröffentlichte Daten wurden für zwei der Indikatoren von „Gesundheit 2020“ für Wohlbefinden genutzt, weil diese Daten nicht regelmäßig von der WHO oder anderen Organisationen der Vereinten Nationen erhoben werden. Für die qualitativen Indikatoren zum Vorhandensein und zur Umsetzung nationaler Politikkonzepte wurden Informationen wie mit den Mitgliedstaaten vereinbart mit Hilfe einer speziellen Befragung auf der Landesebene erhoben und aggregiert auf der regionalen Ebene veröffentlicht (siehe Kasten 2.6 im Abschnitt zu Dachziel 6). In der Tabelle A.2 werden alle Quellen der WHO mit regelmäßig erhobenen Daten aufgelistet, die als Grundlage der quantitativen Kernindikatoren verwendet wurden; und Tabelle A.3 bietet einen Überblick über die Datenquellen, die für die verbleibenden quantitativen Kernindikatoren und für die zusätzlichen Indikatoren genutzt wurden.

Tabelle A.2 Forts.

Indikator	Pro-Kopf-Gesamtjahresalkoholkonsum (erfasst und unerfasst) von ab 15-Jährigen (in Litern reinen Alkohols)			Altersstandardisierte Prävalenz von Übergewicht (BMI \geq 25) bei ab 18-Jährigen (Schätzungen der WHO) (%)					
	Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“			Globaler Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten					
Datenquelle				2010			2014		
Land	2010	2011	2012	Männer	Frauen	beide	Männer	Frauen	beide
Regionaler Durchschnitt	9,8	–	–	–	–	–	–	–	–
Albanien	5,0	–	–	54,5	46,5	50,5	57,5	47,9	52,7
Andorra	13,3	–	–	70,2	60,3	65,2	72,0	61,9	66,9
Armenien	3,9	–	–	52,6	53,2	52,9	56,3	54,7	55,5
Aserbaidshjan	1,4	–	–	52,7	55,7	54,2	57,4	58,7	58,1
Belarus	14,4	–	–	57,2	53,3	55,1	61,2	55,2	58,0
Belgien	10,6	9,8	9,8	63,8	46,9	55,2	65,7	48,4	56,9
Bosnien und Herzegowina	4,3	–	–	53,0	48,1	50,5	55,4	48,5	51,8
Bulgarien	10,2	–	–	61,6	52,8	57,1	64,1	54,4	59,1
Dänemark	10,4	10,0	8,9	62,6	44,3	53,4	64,4	46,2	55,2
Deutschland	11,2	11,0	11,0	60,7	45,8	53,1	62,7	47,2	54,8
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	–	–	–	57,5	49,5	53,5	59,8	50,5	55,2
Estland	11,4	11,6	–	59,1	51,7	55,1	61,7	52,3	56,7
Finnland	9,7	9,8	–	60,2	47,3	53,6	62,1	48,6	55,2
Frankreich	11,7	–	–	65,2	52,6	58,7	67,1	54,7	60,7
Georgien	5,3	–	–	51,5	53,8	52,8	54,3	56,0	55,2
Griechenland	7,9	–	–	64,2	54,0	59,1	65,8	55,2	60,5
Irland	11,9	–	–	64,6	52,0	58,3	66,2	54,6	60,3
Island	6,3	–	–	63,2	49,2	56,3	65,2	50,5	57,9
Israel	2,7	–	–	66,2	57,6	61,8	68,2	59,0	63,5
Italien	6,1	–	–	62,7	52,0	57,2	64,3	53,7	58,8
Kasachstan	6,6	–	–	57,0	55,4	56,2	60,5	57,1	58,8
Kirgisistan	–	–	–	42,7	46,9	44,8	45,2	49,1	47,2
Kroatien	10,7	–	–	61,7	52,4	56,9	64,4	53,6	58,8
Lettland	9,8	10,2	10,2	59,0	53,9	56,2	62,0	54,5	57,9
Litauen	12,9	12,7	–	59,5	56,5	57,9	62,6	57,9	60,1
Luxemburg	11,4	–	–	65,3	46,4	55,8	67,8	48,3	58,0
Malta	7,6	–	–	66,4	57,9	62,1	68,5	59,6	64,0
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Montenegro	6,6	–	–	59,5	49,2	54,3	61,7	50,1	55,8
Niederlande	9,3	–	–	61,2	46,4	53,7	63,6	48,2	55,9
Norwegen	6,6	6,6	–	63,2	50,9	57,1	65,2	51,8	58,5
Österreich	12,1	11,9	–	59,3	43,8	51,3	61,1	45,4	53,1
Polen	10,7	10,2	–	63,4	55,2	59,2	65,8	56,7	61,1
Portugal	10,8	–	–	59,3	48,5	53,7	61,4	50,2	55,6
Republik Moldau	6,1	–	–	43,4	45,3	44,4	46,4	46,7	46,6
Rumänien	9,0	9,1	–	60,3	51,9	56	62,7	52,7	57,6
Russische Föderation	11,1	11,2	–	57,2	55,6	56,4	60,9	56,8	58,7
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Schweden	7,3	–	–	60,8	47,1	53,9	63,1	48,8	55,9
Schweiz	10,0	10,0	–	61,5	45,2	53,2	63,3	46,4	54,7
Serbien	9,7	–	–	57,6	47,7	52,5	59,9	49,2	54,5
Slowakei	11,0	–	–	63,6	54,6	58,9	66,1	56,2	61,0
Slowenien	10,3	–	–	64,1	54,0	59	66,1	55,1	60,6
Spanien	9,8	–	–	64,6	54,0	59,2	66,2	55,7	60,9
Tadschikistan	–	–	–	38,6	46,6	42,6	41,0	48,8	44,9
Tschechische Republik	12,7	–	–	67,7	56,6	62,1	69,6	57,3	63,4
Türkei	1,4	1,5	1,5	61,1	66,5	63,8	64,1	68,5	66,3
Turkmenistan	2,2	–	–	50,7	53,0	51,9	54,6	55,7	55,2
Ukraine	8,4	–	–	53,3	51,5	52,3	56,3	52,4	54,2
Ungarn	10,8	11,4	–	64,6	52,4	58,2	66,6	53,3	59,6
Usbekistan	–	–	–	43,8	48,6	46,2	46,6	51,4	49,0
Vereinigtes Königreich	10,3	10,6	–	65,9	56,8	61,3	68,1	58,8	63,4
Zypern	8,7	–	–	62,0	55,3	58,7	63,6	56,9	60,3
Zahl der Länder, für die Daten verfügbar sind	47	16	5	51	51	51	51	51	51

Altersstandardisierte Prävalenz von Adipositas (BMI ≥ 30) bei ab 18-Jährigen (Schätzungen der WHO) (%)							Anteil der gegen Masern geimpften Kinder (1 Dosis bis zum zweiten Geburtstag)			Anteil der gegen Polio geimpften Kinder (3 Dosen bis zum ersten Geburtstag)		
Globaler Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten							Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“			Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“		
2010			2014			2010	2011	2012	2010	2011	2012	
Männer	Frauen	beide	Männer	Frauen	beide							
-	-	-	-	-	-	93,4	93,7	94,6	94,7	94,4	95,4	
14,6	17,5	16,1	16,5	18,7	17,6	98,9	99,0	98,5	99,0	99,0	98,9	
26,1	28,8	27,5	28,5	30,5	29,5	98,9	99,0	98,0	99,3	99,0	99,0	
15,1	20,7	17,8	17,2	22,0	19,5	97,0	97,0	97,2	96,0	96,0	96,3	
15,5	23,2	19,4	19,0	26,1	22,5	97,9	98,0	97,3	95,7	98,0	95,9	
18,1	23,6	21,0	21,0	25,5	23,4	98,6	99,0	97,9	98,8	99,0	97,8	
20,6	16,9	18,7	22,3	18,2	20,2	94,0	95,0	96,0	99,0	98,0	99,0	
14,5	19,0	16,8	16,3	19,4	17,9	92,2	89,0	91,4	90,7	89,0	87,9	
19,5	22,7	21,2	21,8	24,5	23,2	96,5	94,0	93,7	95,6	95,0	95,3	
20,0	15,5	17,7	21,7	17,0	19,3	85,0	87,0	87,0	90,0	91,0	91,0	
19,9	17,2	18,5	21,9	18,5	20,1	96,0	96,0	96,6	95,0	94,0	94,7	
16,5	19,9	18,2	18,3	20,9	19,6	98,1	97,0	96,1	94,8	97,0	96,9	
20,0	22,3	21,2	22,2	22,9	22,6	95,1	94,0	93,6	93,7	93,0	94,2	
19,8	18,3	19,0	21,6	19,6	20,6	98,0	97,0	97,0	99,0	99,0	99,0	
21,8	22,3	22,0	23,8	24,0	23,9	90,1	89,0	89,4	98,6	98,0	98,7	
15,0	21,8	18,6	17,2	24,0	20,8	88,0	94,0	88,0	83,0	91,0	87,0	
20,0	22,6	21,3	21,9	23,8	22,9	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	
23,3	22,8	23,1	25,9	25,3	25,6	90,0	92,0	92,0	94,0	95,0	95,0	
22,4	20,2	21,3	24,1	21,5	22,8	94,0	94,0	90,0	90,0	95,0	89,0	
21,5	25,5	23,5	23,5	27,0	25,3	97,0	98,0	96,0	95,0	94,0	95,0	
18,8	20,3	19,6	20,4	21,6	21,0	91,0	90,0	90,0	96,0	96,0	97,0	
18,8	23,4	21,2	21,6	25,0	23,4	99,0	99,0	95,9	97,9	99,0	98,5	
10,1	15,7	13,0	11,5	17,3	14,4	98,9	97,0	98,0	88,0	94,0	94,0	
20,1	22,7	21,4	22,5	24,1	23,3	96,0	96,0	94,8	97,0	96,0	95,8	
19,6	24,4	22,2	22,0	25,1	23,7	90,1	99,0	90,3	92,2	94,0	92,1	
20,3	26,7	23,8	23,1	28,3	25,9	96,1	94,0	93,4	95,0	92,0	92,8	
23,9	17,9	20,8	26,6	19,7	23,1	96,2	96,0	96,0	99,1	99,0	99,0	
22,6	26,9	24,7	24,6	28,5	26,6	72,6	84,0	92,7	76,0	96,0	98,7	
-	-	-	-	-	-	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	
17,7	19,8	18,7	19,3	20,7	20,0	90,0	91,0	90,3	93,1	95,0	94,2	
19,4	16,7	18,0	21,4	18,3	19,8	95,9	96,0	96,1	97,0	97,0	96,7	
22,4	20,7	21,6	24,6	21,7	23,1	93,0	93,0	94,0	93,0	94,0	95,0	
18,5	15,0	16,7	20,5	16,3	18,4	76,0	76,0	76,0	83,0	83,0	83,0	
21,0	25,1	23,1	23,5	26,7	25,2	98,2	98,0	97,9	95,6	96,0	95,3	
17,8	18,9	18,4	19,8	20,3	20,1	96,0	97,0	97,0	97,0	97,0	98,0	
10,0	16,9	13,6	11,4	17,9	14,9	97,1	91,0	93,6	97,4	96,0	92,0	
18,5	21,7	20,2	20,5	22,7	21,7	95,0	93,0	94,0	94,0	89,0	92,0	
17,6	26,2	22,2	20,3	27,4	24,1	98,3	98,0	98,1	97,9	98,0	97,6	
-	-	-	-	-	-	68,2	83,0	87,1	74,9	86,0	96,2	
20,4	17,2	18,8	22,5	18,6	20,5	96,5	96,0	97,0	98,0	98,0	98,0	
20,2	15,5	17,8	22,3	16,5	19,4	90,0	92,0	92,0	95,0	95,0	96,0	
16,7	19,1	17,9	18,6	20,5	19,5	95,0	93,0	90,3	91,0	94,0	94,6	
21,8	24,9	23,4	24,6	26,7	25,7	98,5	98,0	99,0	99,1	99,0	98,7	
22,2	24,2	23,2	24,6	25,5	25,1	95,0	96,0	95,0	96,0	96,0	96,0	
21,1	23,1	22,1	22,8	24,7	23,7	95,1	97,0	97,4	96,6	97,0	96,7	
8,6	15,6	12,1	9,9	17,3	13,6	94,0	98,0	94,5	95,0	97,0	96,4	
24,2	26,3	25,3	26,2	27,3	26,8	98,0	98,0	98,0	99,3	99,0	99,3	
20,4	33,4	27,0	22,9	35,8	29,5	97,0	98,0	98,0	97,0	97,0	97,0	
14,4	20,6	17,6	17,1	23,1	20,1	99,3	99,0	98,8	95,9	97,0	97,8	
15,3	21,7	18,7	17,1	22,6	20,1	56,1	67,0	79,2	57,3	58,0	73,5	
22,1	22,8	22,5	24,0	23,9	24,0	99,9	99,0	99,0	99,9	99,0	99,0	
10,5	16,8	13,6	12,1	18,9	15,5	98,3	99,0	99,9	98,9	99,0	99,8	
24,1	26,8	25,5	26,9	29,2	28,1	93,0	90,0	92,0	98,3	95,0	95,0	
20,0	24,2	22,0	21,9	25,7	23,8	87,0	87,0	86,0	99,0	99,0	99,0	
51	51	51	51	51	51	53	53	53	53	53	53	

Tabelle A.2 Forts.

Indikator	Standardisierte Mortalitätsraten für alle Altersstufen pro 100 000 Einwohner aufgrund von allen äußeren Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen								
	Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“								
Datenquelle									
Land	2010			2011			2012		
	Männer	Frauen	beide	Männer	Frauen	beide	Männer	Frauen	beide
Regionaler Durchschnitt	100,2	27,7	60,9	99,2	27,4	60,2	–	–	–
Albanien	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenien	–	–	–	–	–	–	72,4	19,7	44,1
Aserbaidschan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belarus	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belgien	65,5	30,3	47,3	–	–	–	–	–	–
Bosnien und Herzegowina	–	–	–	48,3	10,1	28,1	–	–	–
Bulgarien	57,1	14,8	35,0	53,0	13,8	32,7	–	–	–
Dänemark	–	–	–	43,5	18,2	30,5	–	–	–
Deutschland	40,8	17,0	28,5	40,2	16,1	27,7	38,2	16,4	26,9
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	41,9	15,5	28,3	–	–	–	–	–	–
Estland	133,7	28,7	76,3	135,8	27,8	77,2	–	–	–
Finnland	92,4	30,6	60,5	88,8	28,4	57,3	–	–	–
Frankreich	63,2	25,5	43,2	–	–	–	–	–	–
Georgien	39,0	7,1	21,9	–	–	–	–	–	–
Griechenland	44,1	10,5	27,2	41,9	10,9	26,3	–	–	–
Irland	50,7	20,1	35,2	–	–	–	–	–	–
Island	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	38,3	14,5	26,0	36,5	13,9	24,7	–	–	–
Italien	37,1	14,3	25,3	–	–	–	–	–	–
Kasachstan	198,1	48,9	116,4	–	–	–	–	–	–
Kirgisistan	144,9	34,3	86,8	–	–	–	–	–	–
Kroatien	77,6	30,0	52,7	71,4	27,7	48,3	78,8	27,7	52,0
Lettland	148,8	32,2	84,9	138,6	30,3	79,2	141,0	32,5	82,0
Litauen	197,9	42,9	113,1	–	–	–	–	–	–
Luxemburg	60,5	25,4	41,6	54,3	27,2	40,4	–	–	–
Malta	41,1	10,3	24,9	32,0	7,8	19,5	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Montenegro	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Niederlande	35,4	18,0	26,3	34,6	18,6	26,3	–	–	–
Norwegen	54,0	26,6	40,0	54,9	26,1	40,3	48,7	23,5	35,9
Österreich	57,1	20,2	37,4	55,2	20,7	36,9	–	–	–
Polen	93,5	20,7	55,6	92,4	20,4	54,9	–	–	–
Portugal	50,6	17,1	32,7	46,1	14,3	29,2	–	–	–
Republik Moldau	172,6	43,1	103,1	146,1	32,7	85,1	139,8	38,3	85,1
Rumänien	87,1	22,2	53,3	–	–	–	–	–	–
Russische Föderation	246,3	57,3	140,8	–	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Schweden	50,7	21,1	35,4	–	–	–	–	–	–
Schweiz	45,6	20,4	32,4	–	–	–	–	–	–
Serbien	60,9	17,6	38,3	59,8	17,5	37,6	59,9	16,4	37,1
Slowakei	84,3	19,5	50,1	–	–	–	–	–	–
Slowenien	87,0	28,7	56,3	–	–	–	–	–	–
Spanien	34,7	12,1	23,0	33,5	12,2	22,6	–	–	–
Tadschikistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tschechische Republik	74,8	23,4	48,1	73,2	23,4	47,2	70,9	22,6	45,7
Türkei	30,5	12,7	21,3	29,7	11,7	20,3	–	–	–
Turkmenistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ungarn	90,4	29,2	57,4	84,9	28,3	54,1	82,1	27,0	52,2
Ukraine	154,4	33,2	88,4	149,0	31,9	85,1	145,2	31,8	83,5
Usbekistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vereinigtes Königreich	36,8	16,1	26,3	–	–	–	–	–	–
Zypern	46,1	16,4	30,4	43,2	14,7	28,1	–	–	–
Zahl der Länder, für die Daten verfügbar sind	39	39	39	25	25	25	10	10	10

Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren)										Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten		
Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“										Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“		
2010			2011			2012			2010	2011	2012	
Männer	Frauen	beide	Männer	Frauen	beide	Männer	Frauen	beide				
73,0	80,2	76,6	73,1	80,3	76,8	-	-	-	7,0	7,0	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	71,3	77,8	74,6	11,4	11,7	10,8	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
77,5	83,0	80,3	-	-	-	-	-	-	3,6	-	-	
-	-	-	74,2	79,0	76,7	-	-	-	-	5,8	-	
70,3	77,4	73,8	70,8	77,9	74,3	-	-	-	9,4	8,5	7,8	
-	-	-	78,0	82,1	80,1	-	-	-	3,4	3,4	-	
78,1	83,1	80,6	78,5	83,4	81,0	78,7	83,4	81,1	3,4	3,6	3,3	
73,0	77,3	75,1	-	-	-	-	-	-	7,6	-	-	
70,7	80,8	76,0	71,3	81,4	76,6	-	-	-	3,3	2,4	-	
77,0	83,7	80,3	77,5	84,0	80,8	-	-	-	2,3	2,4	-	
78,4	85,4	82,0	-	-	-	-	-	-	3,5	-	-	
70,2	79,0	74,7	-	-	-	-	-	-	11,2	-	-	
78,5	82,9	80,7	78,6	83,2	80,9	-	-	-	3,8	3,4	-	
78,5	83,0	80,8	-	-	-	-	-	-	3,8	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
80,2	84,1	82,2	80,4	84,1	82,3	-	-	-	3,7	3,5	-	
79,8	85,0	82,5	-	-	-	-	-	-	3,4	-	-	
63,7	73,5	68,6	-	-	-	-	-	-	16,5	-	-	
65,5	73,7	69,5	-	-	-	-	-	-	22,3	-	-	
73,6	80,0	76,9	74,0	80,4	77,3	74,0	80,7	77,4	4,4	4,7	3,6	
68,6	78,4	73,7	68,6	78,8	73,9	68,9	79,0	74,1	5,7	6,6	6,3	
68,0	79,0	73,6	-	-	-	-	-	-	4,3	-	-	
78,8	83,9	81,5	79,2	83,9	81,7	-	-	-	2,7	2,8	-	
79,3	83,6	81,5	78,8	83,1	81,0	-	-	-	5,5	6,3	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
79,1	83,1	81,2	79,5	83,2	81,5	-	-	-	3,8	3,6	-	
79,1	83,5	81,3	79,3	83,7	81,5	79,7	83,6	81,7	2,6	2,3	2,5	
78,0	83,6	80,9	78,4	84,0	81,3	-	-	-	3,9	3,6	-	
72,3	80,8	76,6	72,7	81,2	77,0	-	-	-	5,0	4,7	-	
76,8	83,3	80,1	77,4	83,9	80,7	-	-	-	2,6	3,1	-	
64,9	73,5	69,1	66,8	75,1	71,0	67,2	75,1	71,1	11,8	11,0	9,8	
70,2	77,6	73,8	-	-	-	-	-	-	9,8	9,4	-	
63,1	75,0	69,0	-	-	-	-	-	-	7,6	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
79,7	83,7	81,8	-	-	-	-	-	-	2,5	-	-	
80,4	85,0	82,8	-	-	-	-	-	-	3,8	-	-	
71,8	77,0	74,4	72,0	77,3	74,6	72,4	77,5	74,9	6,7	6,3	6,2	
71,8	79,4	75,7	-	-	-	-	-	-	5,7	-	-	
76,6	83,2	80,0	-	-	-	-	-	-	2,5	-	-	
79,2	85,4	82,3	79,4	85,5	82,5	-	-	-	3,2	3,2	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
74,6	81,0	77,8	74,9	81,2	78,1	75,1	81,3	78,2	2,7	2,7	2,6	
74,4	79,6	77,0	74,5	80,0	77,2	-	-	-	12,0	11,7	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
70,8	78,6	74,8	71,3	78,8	75,2	71,7	78,8	75,3	5,3	4,9	4,9	
65,2	75,3	70,3	66,0	76,0	71,1	66,2	76,2	71,3	9,2	9,0	8,4	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
78,8	82,7	80,8	-	-	-	-	-	-	4,3	-	-	
79,9	84,5	82,2	80,1	83,9	82,0	-	-	-	2,9	2,8	-	
39	39	39	25	25	25	10	10	10	41	27	11	

Tabelle A.2 Forts.

Indikator	Prozentualer Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen (%)								
Datenquelle	Gemeinsames Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF								
Land	2010			2011			2012		
	Städtische Bevölkerung	Landbevölkerung	Landesweite Ebene	Städtische Bevölkerung	Landbevölkerung	Landesweite Ebene	Städtische Bevölkerung	Landbevölkerung	Landesweite Ebene
Regionaler Durchschnitt	94,3	88,4	92,5	94,3	88,5	92,6	94,3	88,5	92,6
Albanien	95,2	84,6	90,1	95,2	85,5	90,7	95,3	86,3	91,2
Andorra	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Armenien	95,8	80,2	90,2	95,9	80,5	90,4	95,9	80,9	90,5
Aserbaidshan	85,9	77,5	82,0	85,9	77,5	82,0	85,9	77,5	82,0
Belarus	94,0	95,7	94,4	94,0	95,5	94,4	94,0	95,3	94,3
Belgien	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bosnien und Herzegowina	98,8	92,2	95,4	98,8	92,2	95,4	98,9	92,1	95,4
Bulgarien	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dänemark	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Deutschland	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	96,5	83,4	91,1	97,0	83,1	91,3	97,2	82,8	91,4
Estland	95,8	93,8	95,2	95,8	93,8	95,2	95,8	93,8	95,2
Finnland	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Frankreich	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Georgien	95,7	91,3	93,6	95,6	91,0	93,4	95,5	90,7	93,3
Griechenland	99,4	97,5	98,6	99,4	97,5	98,6	99,4	97,5	98,6
Irland	99,6	97,9	99,0	99,6	97,9	99,0	99,6	97,9	99,0
Island	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Israel	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Italien	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kasachstan	96,9	97,9	97,4	97,0	98,0	97,4	97,0	98,0	97,5
Kirgisistan	91,9	91,7	91,8	91,9	91,7	91,8	91,9	91,7	91,8
Kroatien	98,6	97,6	98,2	98,6	97,6	98,2	98,6	97,6	98,2
Lettland	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Litauen	98,2	83,7	93,4	98,4	84,6	93,9	98,7	85,4	94,3
Luxemburg	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Malta	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Monaco	100,0	–	100,0	100,0	–	100,0	100,0	–	100,0
Montenegro	91,9	86,8	90,0	91,9	86,8	90,0	91,9	86,8	90,0
Niederlande	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Norwegen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Österreich	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Polen	95,7	–	–	95,7	–	–	95,7	–	–
Portugal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Republik Moldau	88,8	82,3	85,4	89,0	83,4	86,1	89,2	84,4	86,7
Rumänien	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Russische Föderation	74,4	59,3	70,4	74,4	59,3	70,4	74,4	59,3	70,5
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Schweden	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Schweiz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Serbien	98,3	95,5	97,1	98,5	95,6	97,2	98,6	95,7	97,3
Slowakei	99,9	99,6	99,7	99,9	99,6	99,7	99,9	99,6	99,7
Slowenien	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Spanien	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tadschikistan	93,4	93,8	93,7	93,5	94,2	94,0	93,6	94,6	94,4
Tschechische Republik	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Türkei	97,2	75,5	90,8	97,2	75,5	91,0	97,2	75,5	91,2
Turkmenistan	100,0	98,2	99,1	100,0	98,2	99,1	100,0	98,2	99,1
Ukraine	96,5	89,4	94,3	96,5	89,4	94,3	96,5	89,4	94,3
Ungarn	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Usbekistan	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Vereinigtes Königreich	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Zypern	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Zahl der Länder, für die Daten verfügbar sind	49	47	48	49	47	48	49	47	48

Arbeitslosenquote (%)			Anteil der Eigenleistungen der Privathaushalte an den Gesamtausgaben für Gesundheit			Gesamtausgaben für Gesundheit als prozentualer Anteil am BIP (Schätzungen der WHO)		
Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“			Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“			Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
9,2	8,8	9,3	24,3	24,4	24,2	8,4	8,2	8,3
–	–	–	54,5	51,9	52,2	5,5	6,0	6,0
–	–	–	19,6	19,5	17,5	7,2	7,2	8,3
6,9	6,2	17,3	55,9	47,1	54,6	4,6	3,7	4,5
0,9	–	–	69,2	69,8	69,0	5,3	5,0	5,4
0,7	0,6	0,5	19,9	26,6	19,5	5,6	4,9	5,0
8,3	7,2	7,6	20,7	19,7	19,7	10,5	10,5	10,8
27,2	27,6	–	28,3	27,8	27,8	9,8	9,9	9,9
10,2	11,3	12,3	42,9	43,3	42,3	7,6	7,3	7,4
6,0	7,6	6,1	13,2	12,8	12,6	11,1	10,9	11,2
7,1	5,9	–	11,9	12,0	12,1	11,6	11,3	11,3
32,0	31,4	31,0	36,2	36,4	35,9	7,0	6,9	7,1
16,9	12,5	10,2	18,7	17,8	18,4	6,3	5,8	5,9
8,4	7,8	7,7	19,8	18,6	18,6	9,0	9,0	9,2
9,3	9,2	9,9	7,4	7,5	7,4	11,7	11,6	11,8
–	–	–	69,1	64,9	64,7	10,1	9,4	9,2
12,5	17,7	–	29,2	31,0	29,7	9,4	9,0	9,3
13,6	14,4	–	12,9	14,0	15,0	9,3	8,8	8,1
7,6	7,1	6,0	17,9	18,0	17,9	9,4	9,2	9,1
6,6	5,6	6,9	25,0	25,3	25,0	7,6	7,6	7,5
8,4	8,4	10,7	19,9	20,5	20,2	9,4	9,2	9,2
5,8	5,4	5,3	40,4	41,5	41,7	4,3	3,9	4,2
2,6	2,5	–	38,7	34,5	34,8	6,7	6,2	7,1
11,8	13,4	15,8	14,6	13,8	13,9	7,8	6,8	6,8
19,5	16,2	15,0	34,9	37,1	37,4	6,5	6,0	6,0
17,8	15,4	13,4	26,4	27,9	28,5	7,1	6,7	6,7
4,4	4,9	–	10,0	11,5	11,2	7,2	6,7	6,9
6,9	6,5	6,4	33,4	33,8	32,3	8,5	8,8	9,1
–	–	–	7,0	7,0	7,0	4,4	4,4	4,4
19,7	19,7	19,7	38,0	38,1	36,7	7,2	7,2	7,6
4,5	4,4	5,3	5,3	5,5	5,6	12,1	11,9	12,4
3,7	3,3	3,2	13,6	13,4	13,4	10,0	9,9	9,0
4,4	4,2	4,3	15,2	15,3	15,2	11,6	11,3	11,5
12,4	12,5	13,4	22,2	22,4	22,8	7,0	6,8	6,7
10,8	12,7	15,7	25,8	27,3	31,7	10,8	10,2	9,5
4,0	3,6	2,8	44,9	45,1	45,3	11,7	11,4	11,7
7,0	7,4	7,0	19,2	20,3	21,8	6,0	5,6	5,1
7,5	6,6	–	36,4	35,3	34,3	6,3	6,1	6,3
–	4,8	–	14,3	13,6	12,3	5,3	5,5	6,5
8,4	7,6	7,7	16,4	16,2	16,1	9,5	9,5	9,6
4,5	4,1	–	25,1	25,8	28,1	10,9	11,0	11,3
20,0	23,6	24,6	36,4	36,2	37,1	10,7	10,3	10,5
14,4	13,5	14,0	25,7	22,5	22,8	9,0	7,9	7,8
7,3	8,2	8,9	12,2	11,8	11,9	8,9	8,9	8,8
20,1	21,6	25,0	19,8	20,7	20,3	9,6	9,3	9,6
–	–	–	66,5	60,1	60,1	6,0	5,8	5,8
7,3	6,7	7,0	14,9	14,7	14,2	7,4	7,5	7,7
11,9	9,8	9,3	16,1	17,6	16,8	6,8	6,1	6,3
–	–	–	43,7	36,2	36,8	2,1	2,1	2,0
8,1	–	–	40,5	41,5	42,4	7,8	7,3	7,6
11,2	10,9	10,9	26,3	26,0	27,1	8,0	7,9	7,8
–	–	–	45,2	46,2	44,1	5,4	5,6	5,9
7,8	8,0	–	9,4	9,8	9,9	9,6	9,4	9,4
6,2	7,9	11,8	49,4	49,4	49,5	7,4	7,4	7,3
45	44	34	53	53	53	53	53	53

Die meisten der Daten in diesem Bericht entstammen der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“, der Europäischen Mortalitätsdatenbank und der Detaillierten Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region. Gewichtete regionale Durchschnitte werden in der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ und den Mortalitätsdatenbanken nur dann berechnet, wenn für ein bestimmtes Jahr für mindestens die Hälfte der Länder Daten verfügbar sind, wobei die fehlenden Daten mit grundlegenden Extra- und Interpolationsverfahren abgeleitet werden. Die Detaillierte Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region ist die Hauptdatenquelle für den Indikator zu vorzeitiger Mortalität von „Gesundheit 2020“, enthält jedoch keine regionalen Durchschnitte. Um sie dennoch als Grundlage für diesen Bericht zu verwenden, wurden gewichtete regionale Durchschnitte für die Indikatoren für vorzeitige Mortalität in der gleichen Weise wie für die anderen Datenbanken berechnet.

In den meisten Ländern in der Europäischen Region ist die Zahl der Müttersterbefälle sehr niedrig, und die meisten Schwankungen von Jahr zu Jahr auf der nationalen Ebene sind zufallsbedingt, vor allem wenn die Zahl der Lebendgeburten niedrig ist. Aus diesen Gründen

Tabelle A.3.

Datenquellen anderer Organisationen als der WHO für quantitative Kernindikatoren und Quellen für die zusätzlichen Indikatoren in Kapitel 2

Indikator	Datenquelle
<i>Kernindikatoren</i>	
Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen	Statistisches Institut der UNESCO
Lebenszufriedenheit	Gallup World Poll (über UNDP)
Verfügbarkeit sozialer Unterstützung	Gallup World Poll (über HelpAge International)
<i>Zusätzliche Indikatoren</i>	
Anteile von Jugendlichen mit einem BMI von mehr als einer Standardabweichung über dem durchschnittlichen Referenz-BMI der WHO für ihr Alter	HBSC-Studie: Internationaler Bericht auf der Grundlage der Studie von 2009/2010
Altersstandardisierte Mortalitätsraten aufgrund von a) Kfz-Unfällen; b) Vergiftungsunfällen; c) Alkoholvergiftungen; d) Suiziden; e) Stürzen; f) Tötungsdelikten und Überfällen	Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“
Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren	Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“
Müttersterbefälle pro 100 000 Lebendgeburten	Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“

Tabelle A.4.

Für die Müttersterblichkeitsraten in Karte 2.4 verwendete Dreijahresdurchschnitte

Land	Müttersterbefälle pro 100 000 Lebend- geburten: Durchschnitt auf der Grundlage des letzten Dreijahreszeitraums mit Daten	Zur Berechnung verwendeter Dreijahreszeitraum
Albanien	3,9	2009 - 2011
Andorra	0,0	2010 - 2012
Armenien	15,4	2010 - 2012
Aserbaidschan	15,3	2010 - 2012
Belarus	0,9	2010 - 2012
Belgien	5,7	2008 - 2010
Bosnien und Herzegowina	7,8	2011, 2012 ^a
Bulgarien	5,0	2010 - 2012
Dänemark	2,7	2010 - 2012
Deutschland	5,0	2010 - 2012
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	5,6	2010 - 2012
Estland	9,0	2010 - 2012
Finnland	2,2	2009 - 2011
Frankreich	8,2	2008 - 2010
Georgien	23,7	2010 - 2012
Griechenland	4,1	2009 - 2011
Irland	2,7	2010 - 2012
Island	7,4	2009 - 2011
Israel	4,4	2010 - 2012
Italien	2,8	2008 - 2010
Kasachstan	18,1	2010 - 2012
Kirgisistan	57,6	2009 - 2011
Kroatien	8,7	2010 - 2012
Lettland	17,1	2010 - 2012
Litauen	7,4	2010 - 2012
Luxemburg	11,2	2010 - 2012
Malta	8,3	2010 - 2012
Monaco	0,0	2012 ^b
Montenegro	17,7	2001, 2007 ^a
Niederlande	2,4	2010 - 2012
Norwegen	3,3	2010 - 2012
Österreich	1,7	2010 - 2012
Polen	2,1	2009 - 2011
Portugal	6,7	2009 - 2011
Republik Moldau	30,1	2010 - 2012
Rumänien	20,3	2010 - 2012
Russische Föderation	20,0	2008 - 2010
San Marino	0,0	2005, 2010 ^a
Schweden	2,6	2010 - 2012
Schweiz	3,8	2009 - 2011
Serbien	14,4	2010 - 2012
Slowakei	4,5	2010 - 2012
Slowenien	11,2	2007 - 2009
Spanien	3,5	2009 - 2011
Tadschikistan	37,2	2010 - 2012
Tschechische Republik	7,8	2010 - 2012
Türkei	16,0	2010 - 2012
Turkmenistan	5,5	2010 - 2012
Ukraine	17,6	2010 - 2012
Ungarn	11,9	2010 - 2012
Usbekistan	21,4	2010 - 2012
Vereinigtes Königreich	6,8	2008 - 2010
Zypern	10,8	2006, 2008, 2010

^a Daten nur für zwei Jahre verfügbar.^b Daten nur für ein Jahr verfügbar.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (12).

wurden die in Karte 2.4 präsentierten Müttersterblichkeitsraten unter Verwendung des Durchschnittswerts für die letzten drei Jahre berechnet, für die Daten verfügbar waren (siehe Tabelle A.4).

Weil die Datenbanken der WHO jährlich aktualisiert werden, entsprechen die in diesem Bericht präsentierten Daten nur einer Momentaufnahme der zum Zeitpunkt der Abfassung verfügbaren neuesten Daten. Die regionalen Durchschnitts-, Minimal- und Maximalwerte in der Region für mehrere Indikatoren können sich nach der Veröffentlichung in dem Maß ändern, in dem Länder der WHO Daten bereitstellen. Sie sollten deshalb alle mit Vorsicht interpretiert werden, insbesondere was die letzten Jahre betrifft, für die die Datenbasis die größten Lücken aufweist. Wie in Kapitel 2 dargelegt wurde, beschränkt dies die Möglichkeiten, Schlussfolgerungen über Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ gegenüber den Ausgangsdaten von 2010 zu ziehen. Einen vollständigen Überblick über die in diesem Bericht verwendeten Daten auf der Grundlage von Quellen der WHO für die Kernindikatoren seit 2010 bietet die Tabelle A.2.

Anmerkungen zu Datenqualität und Datenvergleichbarkeit

Weiterführende Informationen zur Qualität und Vergleichbarkeit der Daten finden sich in den Ausführungen zu den Metadaten in den verwendeten Quellen. Zusätzlich wird nachstehend auf einige Probleme im Zusammenhang mit der Kodierung von Todesursachendaten und Quellen für Daten zu Bevölkerungsstatistiken eingegangen, weil sie für eine bessere Überwachung der Mortalitätsindikatoren von „Gesundheit 2020“ von Bedeutung sind.

Eine große Zahl von Indikatoren von „Gesundheit 2020“ stützt sich auf Todesursachendaten, und mehrere gemeinsame Probleme betreffen alle davon abgeleiteten Indikatoren. Erstens bleiben in mehreren Ländern der Europäischen Region die Vollständigkeit der Daten und die Datenbasis Schätzungen zufolge unterhalb von 100%, obwohl die Region von allen WHO-Regionen den höchsten Datenabdeckungsgrad aufweist (13). Zweitens wird in manchen Ländern ein beträchtlicher Teil der ärztlich

bescheinigten Todesfälle entweder schlecht definierten Codes (ICD-10-Kodes aus Kapitel XVIII) oder nichtspezifischen Codes mit begrenzter Bedeutung für die öffentliche Gesundheit zugeordnet. Die nichtspezifischen Codes beziehen sich häufig auf die Sterbeumstände statt auf die zugrunde liegende Krankheit (beispielsweise auf Septikämie, aber nicht auf die die Septikämie verursachende Lungeninfektion) (14, 15). Drittens unterliegen die zur Einstufung der zugrunde liegenden Todesursachen verwendeten ICD ständigen Aktualisierungen und periodischen Überarbeitungen sowohl der Kodierungsregeln als auch der verfügbaren Krankheitskategorien, was die Überwachung von Trends im Zeitverlauf erschwert (15 - 17). Schlussendlich bestehen beträchtliche Schwankungen der Einheitlichkeit der Kodierung durch ein und dieselbe Person zu unterschiedlichen Gelegenheiten sowie im Vergleich zu anderen Personen, die einen Code vergeben, und der Zuverlässigkeit der ICD-Kodierung in unterschiedlichen Ländern der Europäischen Region (18 - 20); die Einheitlichkeit könnte weniger als 60% auf der Ebene dreistelliger ICD-Kodes betragen. Es wird empfohlen, Meldungen auf der Ebene der drei- oder vierstelligen Codes vorzunehmen. Mehrere Länder verwenden jedoch stattdessen die Mortalitätstabelle 1 (21), die die Detailgenauigkeit verringert und Analysemöglichkeiten beschränkt. Zwei Länder in der Region verwenden die neunte und nicht die jüngste (zehnte) Revision der ICD zur Meldung von Todesursachen.

Das Problem der Vollständigkeit und der Abdeckung von Daten ist besonders gravierend bei der Bewertung der Säuglings- und Kindersterblichkeit. Mehrere Länder verfügen nicht über voll funktionsfähige Meldewesen sowie Systeme für Bevölkerungsstatistiken und erfassen deshalb nicht alle Geburten und Todesfälle. Da Meldelücken bei sowohl Todesfällen als auch Geburten verbreiteter sind, wenn der Tod kurz nach der Geburt eintritt – mit der Folge, dass Geburten gar nicht registriert werden oder als Fehl- oder Totgeburten gemeldet werden –, melden diese Länder möglicherweise unzutreffend niedrige Säuglingssterblichkeitsraten. Generell ist die Registrierung bei Geburten außerhalb des Gesundheitswesens seltener. Zusätzlich haben mehrere Länder in der Region früher die alte sowjetische Definition von Lebendgeburten oder ihre Ableitungen benutzt oder nutzen sie immer noch; diese sind nicht mit den von der WHO empfohlenen internationalen Definitionen von Lebendgeburten vergleichbar (21). Wie gezeigt wurde, resultiert dies in einer

Unterschätzung der Säuglingssterblichkeit um ungefähr 20 - 25% (22).

Die Datenbanken des WHO-Regionalbüros für Europa enthalten hauptsächlich von Gesundheitsministerien gemeldete offizielle Daten, die die bevorzugte Quelle für die Indikatoren von „Gesundheit 2020“ sind. Die WHO nimmt an den von den einzelnen Ländern gemeldeten Daten keine Korrekturen, Anpassungen oder Umverteilungen vor, sodass alle oben beschriebenen Beschränkungen auf die zur Überwachung der Indikatoren von „Gesundheit 2020“ verwendeten Mortalitätsdaten zutreffen.

Literatur

1. Developing indicators for the Health 2020 targets: first meeting of the expert group, Utrecht, the Netherlands, 18–19 June 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/activities/data-analysis-and-monitoring/developing-indicators-for-the-health-2020-targets>, accessed 6 May 2015).
2. Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe; first meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8–9 February 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/activities/data-analysis-and-monitoring/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe/first-meeting-of-the-expert-group,-copenhagen,-denmark,-89-february-2012>, accessed 6 May 2015).
3. Messung des Wohlbefindens und dementsprechende Zielvorgaben: eine Initiative des WHO-Regionalbüros für Europa. Zweite Tagung der Expertengruppe, Paris, 25. und 26. Juni 2012. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2012 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>, eingesehen am 9. September 2015).

4. Gemeinsame Fachtagung zu den Zielvorgaben und Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden im Rahmen von Gesundheit 2020. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020-2013>, eingesehen am 9. September 2015).
5. Zweite gemeinsame Fachtagung über Ziele und Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden im Kontext von Gesundheit 2020. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/second-joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020>, eingesehen am 9. September 2015).
6. Indikatoren für Gesundheit 2020. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (EUR/RC63/R3; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-third-session/resolutions-and-decisions/eurrc63r3-indicators-for-health-2020-targets>, eingesehen am 9. September 2015).
7. Targets and indicators for Health 2020. *Version 2*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-2>, accessed 5 May 2015).
8. Health financing for universal coverage. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/, accessed 4 June 2015).
9. Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases: formal meeting of Member States to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2013 (A66/8; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/105633>, accessed 6 January 2015).

10. Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2010 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2010/parma-declaration-on-environment-and-health>, eingesehen am 9. September 2015).
11. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, accessed 3 February 2015).
12. Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“, Offline-Version April 2014. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014.
13. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ.* 2005;83(3):171-7.
14. Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'Brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Popul Health Metr.* 2010;8:9. doi:10.1186/1478-7954-8-9.
15. Janssen F, Kunst AE. ICD coding changes and discontinuities in trends in cause-specific mortality in six European countries, 1950–99. *Bull World Health Organ.* 2004;82(12):904–13. doi:10.1590/S0042-96862004001200006.
16. Comparability of ICD-10 and ICD-9 for mortality statistics in Canada. Ottawa: Statistics Canada; 2005 (<http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc.action?objId=84-548-X&objType=2&lang=en&limit=0>, accessed 6 May 2015).
17. Rooney C, Griffiths C, Cook L. The implementation of ICD-10 for cause of death coding – some preliminary results from the bridge coding study. *Health Stat Q.* 2002;13:31–41.
18. Winkler V, Ott JJ, Becher H. Reliability of coding causes of death with ICD-10 in Germany. *Int J Public Health.* 2010;55(1):43–8. doi:10.1007/s00038-009-0053-7.

19. Johansson LA, Korpi H, Pedersen AG. Nomesco report on mortality statistics – theme section 2010. Copenhagen: Nordic Medico Statistical Committee (NOMESCO); 2010 (<http://www.nordclass.se/Mortality.htm>, accessed 6 May 2015).
20. Harteloh P, de Bruin K, Kardaun J. The reliability of cause-of-death coding in the Netherlands. *Eur J Epidemiol.* 2010;25(8):531–8. doi:10.1007/s10654-010-9445-5.
21. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. Geneva: World Health Organization; 2004 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>, accessed 6 May 2015).
22. Aleshina N, Redmond G. How high is infant mortality in central and eastern Europe and the CIS? Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2003 (Innocenti Working Paper, No. 95; <http://www.asksourc.info/resources/how-high-infant-mortality-central-and-eastern-europe-and-cis>, accessed 2 June 2015).

Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

Mitgliedstaaten

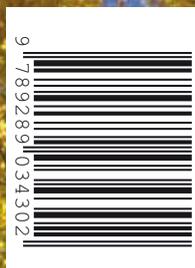
Albanien	Luxemburg
Andorra	Malta
Armenien	Monaco
Aserbaidschan	Montenegro
Belarus	Niederlande
Belgien	Norwegen
Bosnien und Herzegowina	Österreich
Bulgarien	Polen
Dänemark	Portugal
Deutschland	Republik Moldau
Ehemalige jugo- slawische Republik	Rumänien
Mazedonien	Russische Föderation
Estland	San Marino
Finnland	Schweden
Frankreich	Schweiz
Georgien	Serbien
Griechenland	Slowakei
Inland	Slowenien
Island	Spanien
Israel	Tadschikistan
Italien	Tschechische Republik
Kasachstan	Türkei
Kirgisistan	Turkmenistan
Kroatien	Ukraine
Lettland	Ungarn
Litauen	Usbekistan
	Vereinigtes Königreich
	Zypern

Die Veröffentlichung des Europäischen Gesundheitsberichts alle drei Jahre bietet eine Gelegenheit, sich auf Fortschritte bei der Verwirklichung von Gesundheit und Wohlbefinden für alle zu konzentrieren. Der Bericht bietet den Lesern – politischen Entscheidungsträgern, Politikern, Gesundheitswissenschaftlern und Journalisten – ein dynamisches Bild der Gesundheitssituation in der Europäischen Region der WHO. Er zeigt Trends und Fortschritte bei der Verwirklichung der Ziele von „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept für die Europäische Region, auf und macht auf Unterschiede in Bezug auf Fortschritte sowie auf Ungleichheiten und Bereiche mit Defiziten und Ungewissheiten aufmerksam, in denen noch Handlungsbedarf herrscht.

Der Bericht von 2015 verdeutlicht, dass die gesundheitlichen Verbesserungen in der gesamten Europäischen Region anhalten und manche der gesundheitlichen Ungleichgewichte zwischen Ländern, insbesondere hinsichtlich der Lebenserwartung und der Säuglingssterblichkeit, in den letzten Jahren kleiner geworden sind. In Zahlen belaufen sich diese Unterschiede zwischen den am besten und den am schlechtesten abschneidenden Ländern immer noch auf 11 Lebensjahre beziehungsweise 20 gesunde Säuglinge pro 1000 Lebendgeburten. Die absoluten Unterschiede zwischen den Ländern bleiben unannehmbar groß, vor allem bei Indikatoren, die mit sozialen Determinanten von Gesundheit verknüpft sind. Zusätzlich zeigt der Bericht deutlich, dass die Europäische Region weltweit nach wie vor die höchsten Raten von Alkohol- und Tabakkonsum aufweist.

Der Bericht von 2012 stellte das Konzept von Wohlbefinden innerhalb des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ vor und der Bericht von 2015 führt die Diskussion fort. Er präsentiert die ersten Ergebnisse für subjektives und objektives Wohlbefinden im Kontext von „Gesundheit 2020“ und beschreibt innovative Möglichkeiten für politische Entscheidungsträger, die Herausforderung der Messung dieses Wohlbefindens zu bewältigen; untersucht, welchen Einfluss die kulturellen Rahmenbedingungen auf Gesundheit und Wohlbefinden haben können; und geht auf die Frage ein, wie die WHO Informationen aus nicht-traditionellen Quellen – beispielsweise aus den Bereichen Geschichte und Anthropologie – nutzen kann, um ein vollständigeres Bild von Wohlbefinden in der Europäischen Region zu erhalten. „Gesundheit 2020“ umfasst Konzepte wie Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften, Zugehörigkeitsgefühl und Befähigung der Bürger zu selbstbestimmtem Handeln und erfordert ein neues Denken über Gesundheitsinformationen, um sicherzustellen, dass die gesammelte Evidenz den Anforderungen der Politik genügt.

Die gesamte Informationskette ist mit Herausforderungen gespickt: von der Datenerhebung über Analyse, Interpretation und Berichterstattung bis zur Nutzung von Informationen bei der Politikgestaltung. Dieser Bericht fordert eine breit angelegte internationale Zusammenarbeit bei der Harmonisierung, der Festlegung von Standards und der Gewinnung bedarfsgerechter Evidenz für das 21. Jahrhundert.



Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark
Tel.: +45 45 33 70 00
Fax: +45 45 33 70 01
E-Mail: contact@euro.who.int
Website: www.euro.who.int