
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

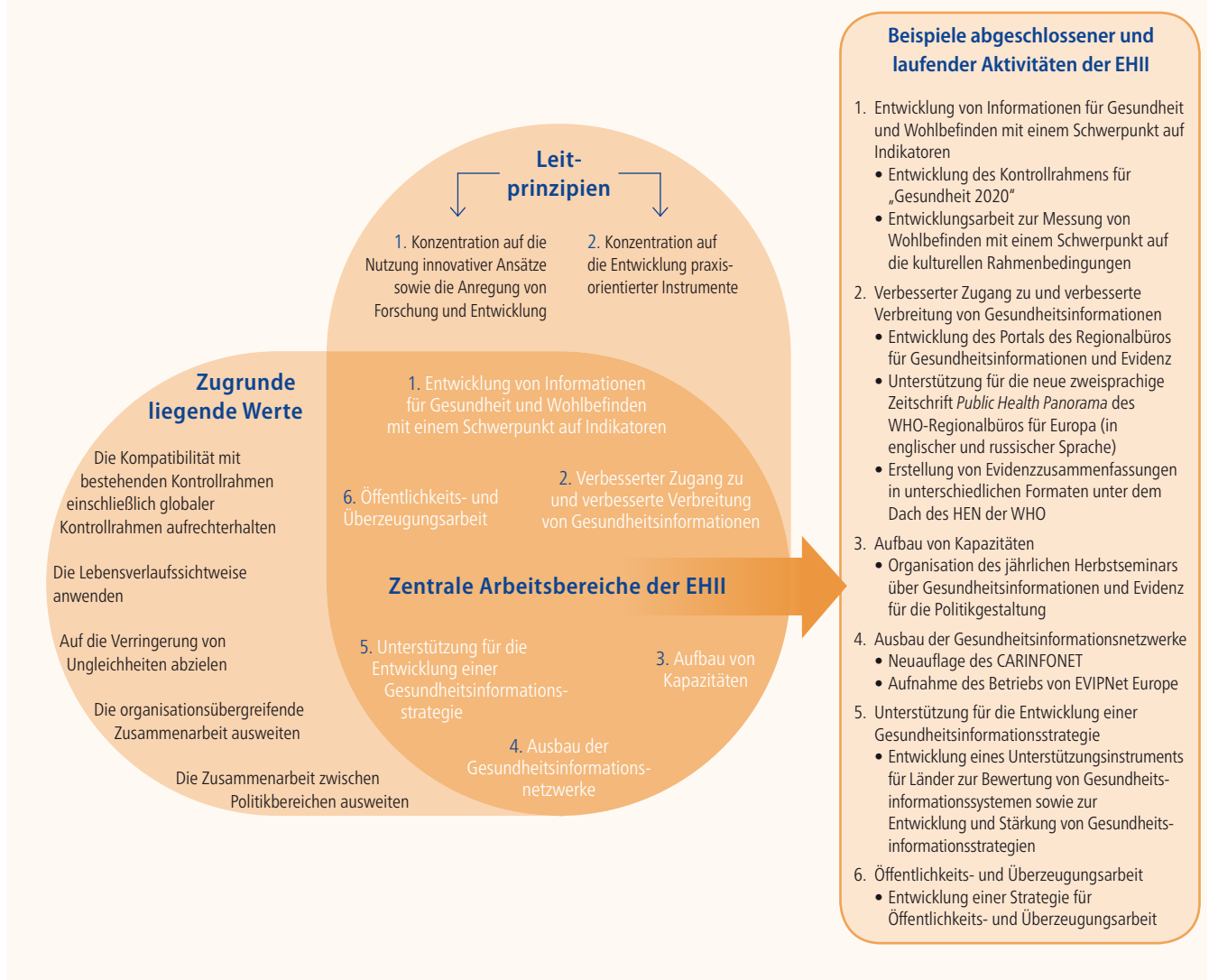
Der letzte zentrale Arbeitsbereich umfasst Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf sowohl Produkte der EHII zur Optimierung ihrer Nutzung als auch die EHII selbst, um Akteure im Bereich der Gesundheitsinformationen zu informieren und das Netzwerk zu stärken. Eine Strategie für Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit, 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.