



02

Wonach wir streben:
Ziele für mehr Gesundheit
und Wohlbefinden in der
Europäischen Region

Im Zuge eines intensiven Konsultationsprozesses und dank der Arbeit mehrerer Expertengruppen wurden für das auf der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa gebilligte Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ insgesamt sechs übergeordnete Ziele für die Europäische Region festgelegt, die bis 2020 verwirklicht werden sollen. Zu diesen gehören die Senkung der vorzeitigen Mortalität, die Erhöhung der Lebenserwartung der Bevölkerung, der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten, die Förderung von Wohlbefinden, eine allgemeine Gesundheitsversorgung und die nachweisliche Aufstellung von Zielvorgaben auf Ebene der Länder. Die WHO-Regionaldirektorin für Europa wird über Fortschritte bei der Verwirklichung der Ziele in Form von regionalen Durchschnittsberichten erstatten, doch ist es erforderlich, Indikatoren auf nationaler Ebene zu beobachten, um Rückschlüsse für solche Zielwerte für die Europäische Region ziehen zu können. Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, die von den Ländern routinemäßig erhobenen Gesundheitsinformationen in möglichst großem Umfang zu nutzen und die Erhebung neuer Daten nach Möglichkeit zu vermeiden. Es wird alles unternommen, damit die verwendeten Ziele und Indikatoren vollständig auf die globalen Arbeiten zur Festlegung von Zielen abgestimmt werden.

Im Kontext von „Gesundheit 2020“ wird ein Ziel als „erwünschte Zielsetzung“ definiert. Das erwünschte Ergebnis ist die Verbesserung der Gesundheit, und die Ziele werden beispielsweise als Verringerung der Mortalität oder der Morbidität formuliert. Falls der Zusammenhang zwischen besseren Gesundheitsergebnissen und Prozessen oder Outputs in ausreichendem Maße wissenschaftlich nachgewiesen werden kann, ist es ferner legitim, die Ziele auch in Form von Prozessen oder Outputs zu formulieren, etwa als Erhöhung der staatlichen Gesundheitsausgaben oder als Einführung und Durchsetzung von Rechtsvorschriften zugunsten gesundheitspolitischer Ziele.

Eine der Schwierigkeiten besteht darin, einen geeigneten Mix von Indikatoren zu finden, die die Fortschritte im Hinblick auf die strategischen Ziele und Zielvorgaben stichhaltig und zuverlässig anzeigen. Wegen der zeitlichen Verzögerung zwischen einer Maßnahme und ihrer Auswirkung auf den Gesundheitszustand sowie der Schwierigkeiten bei der Zuordnung von Ursache und Wirkung werden bei der Überwachung der Gesundheitspolitik in der Regel zusätzlich zu Ergebnisindikatoren auch Prozess- oder Outputindikatoren verwendet. Bei der Messung von Fortschritten hinsichtlich der vereinbarten Ziele und der mit ihnen verbundenen Zielvorgaben kommt es somit vor allem auf die Kohärenz von Prozess-, Output- und Ergebnisindikatoren an. Solange sich der kausale Zusammenhang nicht einwandfrei feststellen lässt, müssen alle Indikatoren gemessen werden. Während der Zusammenhang in vielfältigen Kontexten untersucht wird, müssen alle Indikatoren dynamisch weiterentwickelt werden. So stellt sich beispielsweise die Frage, ob bei einer Verbesserung von Prozessindikatoren eine messbare Verbesserung der Ergebnisindikatoren eintritt.

Kasten 9. Terminologie für die Festlegung von Zielen

Ein **Rahmenkonzept** ist eine Vereinbarung von Zielsetzungen und Zielen, den dabei gesetzten Prioritäten und den Hauptstoßrichtungen für ihre Verwirklichung.

Eine **Zielsetzung** bezieht sich auf die langfristigen Bestrebungen der Gesellschaft und wird gewöhnlich recht allgemein formuliert.

Eine **Strategie** bezieht sich auf die Grundzüge der Maßnahmen zur Verwirklichung der Ziele und Zielsetzungen.

Ein **Ziel** ist ein Zwischenergebnis bei der Verwirklichung der Zielsetzungen; es ist konkreter, zeitlich befristet und häufig, wenn auch nicht immer, quantifiziert.

Ein Indikator ist ein Maß, das uns Aufschluss darüber gibt, wo wir stehen, wohin wir uns bewegen und wie weit wir von dem Ziel entfernt sind. Ziele und Indikatoren werden manchmal miteinander verwechselt. Ziele sollten festgelegt werden, bevor Indikatoren zur Beobachtung von Fortschritten bei ihrer Erfüllung ausgewählt werden.

Quelle: nach Ritsatakis (46).

Betrachtet man die Rolle der Ziele in „Gesundheit 2020“, müssen auch die Grundsätze der Leistungsmessung und der Rechenschaftslegung berücksichtigt werden. Im Fall von „Gesundheit 2020“ kann eine solche Rechenschaftslegung nur gemeinsam durch die sowie zwischen den Mitgliedstaaten erfolgen. Wenn am Ende einer komplexen Rechenschaftskette letztlich die Menschen eines jeden Landes stehen, sollten wir als Europäische Region die Frage stellen, wie nützlich die Politik und die Systeme für die Bevölkerung sind. In diesem Kapitel wird der Prozess geschildert, der zur Einigung auf die Zielsetzung – die auf das Konzept „Gesundheit 2020“ abgestimmten übergeordneten Ziele – geführt hat, und es werden spezifischere Zielbereiche und Indikatoren zur Bewertung der Fortschritte auf der Ebene der Europäischen Region vorgeschlagen (Kasten 9).

Für mehrere Indikatoren wird eine Ausgangssituation beschrieben, die auf den zuletzt verfügbaren Daten beruht, die dem WHO-Regionalbüro für Europa aus den 53 Mitgliedstaaten in der Region gemeldet wurden. Am Ende des Kapitels wird ein Rahmen für die Überwachung der Zielvorgaben und Indikatoren für „Gesundheit 2020“ vorgestellt, der in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten weiter konkretisiert werden soll.

Bisherige Erfahrungen mit der Festlegung und Beobachtung von Zielen bzw. Zielvorgaben

Verwendung von Zielen bzw. Zielvorgaben

Historisch wurden Ziele (*targets*) für die Europäische Region erstmals als Bestandteil des ersten gesundheitspolitischen Rahmenkonzeptes für die Region, der Strategie „Gesundheit für alle“, vorgeschlagen. In dem Rahmenkonzept wurde dazu aufgerufen, durch Formulierung spezifischer Ziele für die Region die Umsetzung der Strategie zu unterstützen. Auf seiner Tagung 1984 in Kopenhagen nahm das WHO-Regionalkomitee für Europa 38 spezifische Ziele und 65 Indikatoren zur Überwachung und Bewertung von Fortschritten auf Ebene der Region an, die treffend als ein „wunderbarer Mix aus den Realitäten von heute und den Träumen von morgen“ beschrieben wurden (47). 1991 wurden das Konzept und die Ziele der Strategie „Gesundheit für alle“ aktualisiert, und 1998 nahm das Regionalkomitee ein erneuertes Konzept an: „GESUNDHEIT21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“.

Gesundheit für alle

1981 veröffentlichte die WHO ihre globale Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ (48), über die sich der damalige Generaldirektor der WHO,

Dr. Halfdan Mahler, dahingehend äußerte, dass sie keine eigenständige WHO-Strategie darstelle, sondern vielmehr Ausdruck der individuellen und kollektiven Verantwortung der Länder sei, die von der WHO voll unterstützt werde. Kurz darauf begannen die WHO-Regionalbüros mit der Ausarbeitung regionaler Gesundheitsziele. Das WHO-Regionalbüro für Europa wies 1984 mit der Erstellung der umfassendsten Liste den Weg.

Die damals 32 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO erörterten die neue Gesundheitspolitik für die Europäische Region der WHO, „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, und die Ziele wurden auf das neue Konzept abgestimmt. Die Formulierung der Ziele für die Europäische Region war mit beträchtlichem Aufwand verbunden: Die Mitarbeiter des Regionalbüros bearbeiteten in einem komplexen, mehr als drei Jahre dauernden Konsultationsverfahren mit den Mitgliedstaaten zusammen mit über 250 Sachverständigen aus ganz Europa mehr als 20 Entwürfe (49). Schließlich einigte man sich auf 82 Ziele, die dem Regionalkomitee für Europa zur Prüfung vorgelegt wurden, das 1984 einstimmig eine verkleinerte Sammlung von 38 Zielen annahm. Anschließend wurde das neue gesundheitspolitische Konzept der Europäischen Region veröffentlicht (50).

GESUNDHEIT21 – eine stärker zielgerichtete Strategie

In den 1990er Jahren wurde die Europäische Region durch politische, ökonomische und soziale Umwälzungen radikal verändert. Sie führten unter anderem zu einer drastischen Zunahme der Zahl der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, die bis zum Ende des Jahrzehnts auf über 50 anstieg. So war es nicht überraschend, dass das Regionalbüro daraufhin sein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept für die Europäische Region und die darin enthaltenen Ziele überprüfte. 1999 veröffentlichte es das Grundsatzpapier GESUNDHEIT21, das einen neuen Katalog von 21 Zielen für das 21. Jahrhundert umfasste und in dem zwei primäre Zielsetzungen, drei Grundwerte und vier Hauptstrategien propagiert wurden (4). In dem neuen Konzept wurde ein erster Schritt hin zu einem Ansatz für die Überwachung der Einhaltung getan, indem Möglichkeiten für die Verwirklichung jedes Ziels beschrieben und Bereiche für die Formulierung von Indikatoren vorgeschlagen wurden. Darüber hinaus wurde GESUNDHEIT21 auf die Agenda 21 für nachhaltige Entwicklung abgestimmt. In der Praxis lag der Schwerpunkt weiter auf der Festlegung von Zielen auf nationaler und kommunaler Ebene; eine Rückmeldung auf Ebene der Europäischen Region war nicht vorgesehen.

2005 veröffentlichte das Regionalbüro eine aktualisierte Fassung des gesundheitspolitischen Rahmenkonzepts, mit der GESUNDHEIT21 überprüft und bekräftigt wurde und in die die seit 1998 gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen einbezogen wurden (3). In der Veröffentlichung (3) wurde erklärt,

dass die in GESUNDHEIT21 enthaltenen Ziele nach wie vor einen Rahmen für die Region darstellten – die Essenz der Politik der Region; gleichzeitig wurde jedoch auch betont, dass die 21 Ziele als Inspiration für die Entwicklung von Zielvorgaben auf nationaler und kommunaler Ebene dienen.

Lehren aus der Festlegung von Zielen

Die Europäische Region der WHO verfügt über rund 30 Jahre an Erfahrung mit der Festlegung von Zielen im Rahmen ihrer Gesundheitskonzepte und -strategien, auch wenn sich das gesamteuropäische Umfeld inzwischen dramatisch verändert hat. Dr. Jo E. Asvall, der von 1985 bis 2000 WHO-Regionaldirektor für Europa war (51), fasste die Funktionen der Zielvorgaben so zusammen:

Diese Ziele und Indikatoren trugen zur Schärfung des Europäischen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ bei und dienten als Modell für die Region insgesamt, das die Länder an ihre jeweiligen Gegebenheiten anpassen konnten. Ferner dienten sie Gesundheitsaktivisten, Gesundheitsfachkräften, Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern an der Basis als Hebel zur Durchsetzung von „Gesundheit für alle“ innerhalb der Länder.

Im Laufe der Jahrzehnte konnten mehrere zentrale Lehren gezogen werden:

- Unter den maßgeblichen Akteuren muss ein breiter Konsens gefunden werden. Zur Entwicklung eines gesundheitspolitischen Konzepts auf politischer Ebene ist es erforderlich, sowohl den Handlungsbedarf anzuerkennen als auch den politischen Willen zu seiner Umsetzung unter Beweis zu stellen.
- Die Ziele müssen auf eine überschaubare Anzahl begrenzt werden. Weithin bestand Übereinstimmung, dass die ursprünglichen 38 Ziele der WHO zu zahlreich waren, doch vielleicht galt das auch für die späteren 21 Ziele. Denn die meisten nationalen und regionalen Programme waren auf fünf bis zehn Ziele beschränkt.
- Jeder Plan sollte auf Belege für seine Wirksamkeit gestützt sein. Obwohl sich die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen besser belegen lässt als häufig angenommen, ist die Bewertung in vielfacher Hinsicht unzureichend und hängt oft stark vom Kontext ab.
- Damit Ziele erreicht werden, müssen sie mit Ressourcen verknüpft werden.
- Wenn eine an Zielvorgaben ausgerichtete Strategie vereinbart ist, bestehen noch fachliche Herausforderungen. Um Ziele festlegen zu können, müssen die aktuelle Gesundheitssituation in einer Bevölkerungsgruppe und ihre maßgeblichen Determinanten verstanden und Prognosen auf der Basis der besten verfügbaren Modelle angestellt werden (52).

Während die Ziele in „Gesundheit für alle“ (50) allgemein nicht quantifiziert waren und auf der Ebene der Länder, nicht der Region, erreicht werden sollten, waren die Ziele von GESUNDHEIT2 I (4) eher zu konkret und rückblickend weitgehend unerreichbar.

Datenbank „Gesundheit für alle“

Die Datenbank „Gesundheit für alle“ (6) bildet die Grundlage für die Überwachung der Ziele und Zielvorgaben und Indikatoren für die Europäische Region und die diesbezügliche Berichterstattung. Sie umfasst mittlerweile Informationen aus 53 Ländern und wird innerhalb der Region weithin genutzt. Die Datenbank enthält mehrere Hundert Indikatoren und gesundheitsstatistische Daten über die demografischen Grundlagen, den Gesundheitsstatus, die Gesundheitsdeterminanten und Risikofaktoren sowie die Ressourcen im Gesundheitswesen und dessen Inanspruchnahme und Kosten. Diese Daten werden aus verschiedenen Quellen zusammengestellt, in Gesundheitsatlanten für die Europäische Region (20) genutzt und zweimal im Jahr aktualisiert.

2012 gab das WHO-Regionalbüro für Europa erstmals eine neue jährliche Publikation über die Kernindikatoren aus der Datenbank „Gesundheit für alle“ heraus. 2013 wird beim Regionalbüro ein neues Online-Portal ans Netz gehen, über das Nutzer von einem Standort aus gleichzeitig auf alle Datenbanken zugreifen und sie analysieren können. Ein zusätzlicher Mehrwert für die Nutzer entsteht unter anderem durch neue Tools zur Darstellung von Daten, darunter Dashboards und interaktive Atlanten (Kasten 10).

Ziele von Gesundheit 2020 – Weiterführung und Aktualisierung von „Gesundheit für alle“ und GESUNDHEIT2 I in einem zeitgemäßen Kontext

Konsultationen und Zustimmung zu den Zielen von Gesundheit 2020

Auf seiner 61. Tagung im September 2011 in Baku (Aserbaidschan) stimmte das WHO-Regionalkomitee für Europa den Vorschlägen zu, wonach „Gesundheit 2020“:

Kasten 10.

Interaktive Atlanten – eine visuelle Darstellung der Datenbanken von EUROSTAT

Zur Erstellung interaktiver Atlanten wurden öffentlich zugängliche sozioökonomische und gesundheitsbezogene Indikatoren aus Datenbanken der gesamten Europäischen Region, insbesondere von EUROSTAT (dem Statistischen Amt der EU), herangezogen. Als geografische Einheiten für Analysezwecke dienen hauptsächlich die Regionen der Ebene NUTS 2 (der zweiten Gliederungsebene der Regionen in der NUTS, der in der EU verwendeten Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik). Die in Karten, Grafiken und Tabellen dargestellten Variablen stehen für mehr als 600 Einzelindikatoren. Zur Analyse und Darstellung der Daten entwickelte das WHO-Regionalbüro für Europa die folgenden interaktiven Atlanten: einen Atlas mit Korrelationskarten, Atlanten sozialer Ungleichheiten und einen Atlas für Vergleiche innerhalb der Europäischen Region (20).

Mit den Atlanten sollen nicht nur die Gesundheitssituation auf subnationaler Ebene und ihre Determinanten besser sichtbar gemacht werden, sondern es soll auch analysiert werden, wie ein integriertes Informationssystem und seine Datenbasis in allen Ländern der Europäischen Region als Grundlage für politische Entscheidungsprozesse dienen können. So lässt sich mit den Atlanten sozialer Ungleichheiten der Unterschied zwischen einem Zielwert und dem tatsächlichen Wert in einer Region oder Gruppe von Regionen veranschaulichen. Der Zielwert ist der mit der Bevölkerung gewichtete Durchschnitt des am meisten begünstigten Quintils der Bevölkerung, für die Daten vorliegen, und gilt als erreichbares Ziel. Unterschiede zwischen der Zielvorgabe und dem tatsächlichen Wert der einzelnen Region werden als absolute Unterschiede (Abweichungen des regionalen Werts vom Zielwert) und relative Unterschiede (Verhältnis des regionalen Werts zum Zielwert) dargestellt. In den Atlanten zur beeinflussbaren Mortalität ist als Beispiel die sozioökonomische Variable „verfügbares Einkommen“, das auf den Konsumausgaben je Einwohner beruhende Standardmaß für Netto-Kaufkraft, dargestellt.

- einen Handlungsrahmen enthalten soll, mit dem die Verwirklichung von mehr Gesundheit und Wohlbefinden für alle beschleunigt werden kann;
- an die unterschiedlichen Realitäten in der Europäischen Region angepasst werden kann;
- bis 2020 zu erreichende Ziele für die Europäische Region enthalten soll.

Der Prozess zur Aufstellung von Zielen bzw. Zielvorgaben orientierte sich an früheren Ansätzen und beruhte auf detaillierten partizipatorischen Beratungen und schriftlichen Konsultationen. Die Ergebnisse wurden in jeder einzelnen Phase von Vertretern der leitenden Organe der WHO gebilligt. Auf seiner 62. Tagung im September 2012 in Malta stimmte das Regionalkomitee dem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und seinen übergeordneten Dachzielen zu und räumte die Notwendigkeit ein, konkrete Zielvorgaben und Indikatoren für die Überwachung der Umsetzung bis zum Jahr 2020 auszuarbeiten (53) (Kasten 11).

Kasten 11. Wichtigste Meilensteine des Konsultationsprozesses 2011–2012	
Datum	Maßnahme
Mai 2011	Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) billigt die Ausarbeitung von Zielvorgaben und bildet unter seinem Dach eine Arbeitsgruppe für Zielvorgaben und Indikatoren, die in dem Prozess federführend sein soll.
November 2011	Die Fachabteilungen des WHO-Regionalbüros für Europa schlagen eine lange Liste von 51 vorrangigen Zielvorgaben sowie Indikatoren zur Überwachung für jedes Handlungsfeld von „Gesundheit 2020“ vor.
Januar 2012	Anhand vereinbarter Kriterien verringert die Arbeitsgruppe des SCRC die Zahl der vorgeschlagenen Zielvorgaben auf eine verkürzte Liste von 21.
Februar 2012	Das Regionalbüro führt mit den Ländern umfassende schriftliche und persönliche Konsultationen zu den Zielvorgaben, aus denen sich zunächst ein Rahmen von 16 möglichen Zielvorgaben und dazugehörigen Indikatoren ergibt, die weitgehend aus den bestehenden Datenübermittlungen der Länder gewonnen wurden.
April 2012	Gestützt auf die Ergebnisse der Konsultationen schlägt die dritte Tagung des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter sechs übergeordnete Ziele („Dachziele“) für die Europäische Region vor.
Mai 2012	Der SCRC bekundet seine uneingeschränkte Unterstützung für die Arbeit an den Zielen bzw. Zielvorgaben, befürwortet ferner die sechs übergeordneten Dachziele, vereinbart ihre Aufnahme in alle Dokumente in Verbindung mit „Gesundheit 2020“ und bestätigt, dass die Indikatoren der Beobachtung der Fortschritte und Erfolge bis 2020 dienen sollen.
September 2012	Das Regionalkomitee billigt die sechs übergeordneten Dachziele und erkennt die Notwendigkeit ihrer Quantifizierung und der Ausarbeitung detaillierter Indikatoren im Rahmen der Resolution zur Annahme von „Gesundheit 2020“ an (53).

Auf seiner 62. Tagung erörterte das Regionalkomitee eingehend die Grundsätze und Kriterien für die Auswahl von Zielen bzw. Zielvorgaben im Kontext der Ausarbeitung und Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und ging auch auf beispielhafte Indikatoren für die Überwachung von Fortschritten sowie Elemente eines Kontrollrahmens ein (53). Es bestand Klarheit darüber, dass die Ziele dazu beitragen würden, die Ausrichtung und Zielsetzungen des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ zu definieren. Die Festlegung der Ziele bzw. Zielvorgaben für „Gesundheit 2020“ wurde mit hohem Aufwand betrieben. Aus der Tagung des Regionalkomitees ging als wichtigste Botschaft zur Überwachung und Berichterstattung hervor, dass so weit wie möglich auf vorhandene und verfügbare Gesundheitsinformationen zurückgegriffen werden solle, dass die Ziele für die Region und nicht für die Länder zu definieren seien und dass die Fortschritte auf der Ebene der Europäischen Region gemeldet werden sollten. Vertreter der Delegationen der Mitgliedstaaten wie auch nichtstaatlicher Organisationen gratulierten dem WHO-Regionalbüro für Europa zu seiner Arbeit und unterstrichen die Notwendigkeit, sicherzustellen, dass die Ziele und Indikatoren konkret, messbar, erreichbar, relevant und aktuell (SMART) sind.

Das Regionalbüro wird die in dem damaligen Prozess federführende Expertengruppe erneut einberufen und nach weiteren breit angelegten Konsultationen die endgültige Liste der Indikatoren dem SCRC übermitteln und dann dem Regionalkomitee 2013 zur Annahme vorlegen. Die wichtigsten Beratungen und Beschlüsse im Rahmen dieser Prozesse werden in diesem Kapitel weiter beschrieben.

Formulierung von Zielen und Zielvorgaben – allgemeine Grundsätze und spezifische Kriterien

Ziele werden oft mit reduktionistischen Auffassungen von Systemverhalten und -leistung sowie mit Mechanismen des Hierarchiedenkens und der Kontrolle in Verbindung gebracht. In der aktuellen Fachliteratur werden Gesundheitssysteme jedoch zunehmend als von Komplexität und Ungewissheit geprägte Systeme angesehen, weshalb Ziele und Zielvorgaben dazu beitragen können, Erwartungen klarer zu definieren, zu guten Leistungen anzuspornen und die Rechenschaftslegung in diesem Kontext zu verbessern. Darüber hinaus bietet das Konzept des „kollektiven Benchmarkings“ (54) einen partizipatorischen Prozess für die Festlegung von Zielen und Zielvorgaben, in dem die Beteiligten gegenseitig rechenschaftspflichtig sind und somit zu einer allgemeinen Verbesserung beitragen. In Kasten 12 sind die Stärken von Zielvorgaben ebenso wie die Grenzen ihres Nutzens zusammengefasst.

Zielvorgaben sollten anpassbar sein und dynamisch bewertet werden. Bei der Umsetzung politischer Konzepte dienen Ziele/Zielvorgaben als heuristische Methode, mit der eine konkrete Ausrichtung vorgegeben wird, die sich bei der Bewertung und Anpassung der Aktivitäten auf dem Weg zu ihrer Erfüllung als nützlich erweist. Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist hierbei die Verfügbarkeit von Daten. Der Fortschritt in Bezug auf Gesundheitsziele lässt sich nur beobachten, wenn vergleichbare Daten von angemessener Qualität und Zuverlässigkeit verfügbar sind. In der Praxis erweist sich dies oft als ein entscheidendes Hemmnis. Die Verfügbarkeit von Daten ist eines der Kriterien für die Entscheidung zwischen in der Region und in den Ländern angesiedelten Indikatoren zur Überwachung der Ziele von „Gesundheit 2020“. Ungeachtet dessen haben Erfahrungen aus der Europäischen Region gezeigt, dass die Festlegung von Zielvorgaben und die Auswahl von Indikatoren zu ihrer Beobachtung für die Länder stark motivierend und innovationsfördernd wirken kann, wenn es darum geht, ihre Datenerhebung

Kasten 12.
Stärken und Grenzen von Zielen/Zielvorgaben

Stärken	Grenzen
Ziele/Zielvorgaben stellen eine konkrete Möglichkeit dar, politischen Grundsätzen Ausdruck und eine bestimmte Stoßrichtung zu verleihen, unter anderem durch Sensibilisierung und Förderung der politischen und organisatorischen Unterstützung (z. B. Millenniums-Entwicklungsziele).	Ziele/Zielvorgaben lassen sich nur schwer an einer Strategie ausrichten.
Sie spiegeln eine wissenschaftliche Sicht auf die Zukunft wider, indem sie erreichbare Verbesserungen in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung aufzeigen.	Es besteht die Gefahr, dass leicht messbare Zielvorgaben Vorrang erhalten („was sich messen lässt, wird erreicht“).
Sie vermitteln den maßgeblichen Akteuren ein Lernerlebnis.	Sie können zum bürokratischen Selbstzweck werden – eine Zielvorgabe dient Elementen der organisatorischen Bürokratie als Daseinsberechtigung.
Sie werden als Mittel zur Verbesserung der Rechenschaftslegung und Kommunikation angesehen.	Sie unterliegen dem Gesetz sinkender Erträge – das Erreichen der letzten Prozentpunkte einer Zielvorgabe kann sehr ressourcenintensiv sein.
Sie geben den beteiligten Partnern einen Fahrplan an die Hand.	Sie können mit „Systemmissbrauch“ in Verbindung gebracht werden – nicht die Aufgabe, sondern die Zielvorgabe wird gesteuert.
Sie dienen als Bezugspunkte für das tägliche Handeln.	Zu zahlreiche oder zu komplexe Zielvorgaben können als belastend und demotivierend angesehen werden.
Sie regen zum Handeln an und schaffen einen positiven Kreislauf.	Sie werden häufig als Durchschnittswerte (wie die MZ) ausgedrückt und verdecken damit Probleme in Bezug auf die Verteilung oder die Chancengleichheit, die für „Gesundheit 2020“ von grundlegender Bedeutung sein werden.

zu stärken bzw. auszuweiten und die Berichterstattung in ihre routinemäßigen Informationssysteme zu integrieren. Dies beinhaltet auch die Schaffung von Anreizen für die Verwendung neuer und vorhandener Daten als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse, etwa breiter angelegte staatliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Einige Länder sahen sich dadurch zur Aufnahme, Analyse und Nutzung von zuvor nicht auf nationaler Ebene verfügbaren Daten veranlasst.

Diese Fragen wurden von dem internen und dem externen Lenkungsausschuss für „Gesundheit 2020“ und in den breiter angelegten Konsultationen des Regionalbüros mit Mitgliedstaaten und Sachverständigen erörtert. Für die Verwendung von Zielen/Zielvorgaben im Rahmen von „Gesundheit 2020“ wurden klare Leitprinzipien und Kriterien aufgestellt. Von Anfang an waren sich die Mitgliedstaaten darin einig, dass die Zielvorgaben auf der Ebene der Europäischen Region und nicht für die einzelnen Länder aufgestellt und dass deshalb regionale Durchschnitte gemeldet würden. Folglich sollten die Zielvorgaben sowohl relevant für die gesamte Europäische Region als auch wichtig für jeden Mitgliedstaat sein. Eine Zielvorgabe auf der Ebene der Region soll als Quelle der Inspiration dienen und zum Lernen, zur Solidarität und zu Engagement anregen, nicht zuletzt bei grenzüberschreitenden Fragen. Gleichzeitig werden die Mitgliedstaaten dazu ermuntert, selbst Zielvorgaben und Handlungsstrategien für ihr Land aufzustellen, die sich in den spezifischen Kontext der Gestaltung einer nationalen Gesundheitspolitik einfügen.

Überdies war es erforderlich, in Anbetracht der in „Gesundheit 2020“ angeschnittenen Themen verschiedene Arten von Zielvorgaben in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen, und zwar durch eine Mischung aus Ergebnissen, Determinanten, Risikofaktoren und Prozessen, durch aufwandsbezogene Zielvorgaben, etwa für Investitionen, Kapazitäten und Ressourcen, sowie durch eine Reihe von auf die Verteilung innerhalb eines Landes oder zwischen Ländern ausgerichteten Zielvorgaben, die gesundheitliche Ungleichheiten – Gefälle und Defizite, relativer und absoluter Art – ins Visier nehmen und eine „Nivellierung nach oben“ (statt einer einfachen Rückführung auf den Durchschnitt) fördern sollten.

Eine weitere wichtige Überlegung bestand darin, realistisch und sparsam vorzugehen, ohne jedoch zu stark zu vereinfachen, und eine Liste von fünf bis zehn verständlichen und messbaren, möglicherweise mit quantitativen und qualitativen Maßen versehenen Zielvorgaben aufzustellen. In Konsultationen mit den Mitgliedstaaten und den leitenden Organen wurde der Bedarf an Mechanismen zur Rechenschaftslegung bekräftigt.

Ferner sollten die Zielvorgaben einen ausdrücklichen Bezug zu bestehenden globalen Rahmenkonzepten, Übereinkommen, Zielen und Strategien aufweisen,

die die Zustimmung aller Länder hatten oder – im Fall von Übereinkommen und Verträgen – von ihnen unterzeichnet worden waren. Im Kontext der Zeit galt es, Übereinstimmung nicht nur mit den MZ, sondern – neben anderen globalen und regionalen Fragen – auch mit den neuen globalen Zielvorgaben für nichtübertragbare Krankheiten herzustellen.

SMART-kompatible Zielvorgaben sind leichter zu erreichen als allgemeine Zielvorstellungen. Zielvorgaben müssen klar formuliert und unmissverständlich sein. Um messbare Zielvorgaben zu erhalten, müssen konkrete Kriterien für die Messung von Fortschritten vereinbart werden. Damit die Zielvorgaben erreichbar sind, müssen sie in einem klar abgesteckten Zeitrahmen realistisch erreichbar sein: Ein Zeitrahmen, vorzugsweise mit Fristen, sorgt für eine kontinuierliche Dynamik und fördert den Einsatz der Zielvorgaben zur Mobilisierung kollektiven Handelns. Zielvorgaben werden als relevant angesehen, wenn sie für Zielsetzungen stehen, zu deren Erfüllung eine Politik beitragen kann. Auch wenn es sich, wie bereits erwähnt, um eine heuristische Methode handelt, sollte jede Zielvorgabe einen realen, qualitativ oder quantitativ messbaren Fortschritt darstellen. Insofern sollten die SMART-Kriterien sowohl für qualitative als auch für quantitative Zielvorgaben gelten.

Formulierung konkreter Zielvorgaben für Gesundheit 2020

Prozess der Festlegung

Die Festlegung von Zielvorgaben und Indikatoren ist ein komplexer Prozess. Aus den in den 1980er und 1990er Jahren mit dem Konzept „Gesundheit für alle“ (und in jüngerer Zeit mit der Aufstellung der MZ) gewonnenen Erfahrungen ließ sich ableiten, dass ein gut organisierter Mechanismus benötigt wurde, um SMART-kompatible Ergebnisse zu erzielen. Der Mechanismus sollte einen Kontrollrahmen und eine strukturierte Berichterstattung sowie Ansätze zur Interpretation der Indikatoren beinhalten und ferner aufzeigen, was das Erreichen von SMART-kompatiblen Zielvorgaben für die Europäische Region bedeuten würde. Der Prozess sollte partizipatorisch angelegt sein, jedoch nicht zu komplex und schwerfällig. Der SCRC schlug vor, eine kleine Arbeitsgruppe für Zielvorgaben und Indikatoren mit folgenden Mitgliedern einzusetzen:

- Sachverständige der (im SCRC und im Europäischen Forum hochrangiger Regierungsvertreter vertretenden) Mitgliedstaaten mit Fachkenntnissen in den Themenbereichen und in Bezug auf Gesundheitsinformationen;
- leitende Mitarbeiter des WHO-Regionalbüros für Europa;
- Mitarbeiter des Regionalbüros mit Erfahrung und Fachkenntnissen in Bezug auf Zielfestlegung und Gesundheitsinformationen.

Kasten 13. Arbeitsgruppe des SCRC für Zielvorgaben und Indikatoren

Die Arbeitsgruppe des SCRC für Zielvorgaben und Indikatoren vereinbarte auf ihrer ersten Telefonkonferenz folgenden Aufgabenbereich:

- endgültige Festlegung des Modus Operandi der Arbeitsgruppe, u. a. durch einen Fahrplan;
- Zusammenfassung der Ergebnisse der Zielvorgaben für „Gesundheit 2020“ betreffenden Beratungen im SCRC und im WHO-Regionalbüro für Europa und Bestandsaufnahme früherer Erfahrungen bei der Festlegung von Zielvorgaben;
- Einigung auf die fachliche Methodik für die Festlegung von Zielvorgaben und Indikatoren unter besonderer Schwerpunktlegung auf die Empfehlung eines Verfahrens und einer Methodik für die Ausarbeitung qualitativer Zielvorgaben;
- Herausarbeitung wesentlicher Sachfragen und Vorlage an das Regionalkomitee;
- Festlegung zweier vorrangiger Zielvorgaben für jedes Handlungsfeld und Erörterung und Vorschlag von bis zu zwei Teilzielen zu jeder vorrangigen Zielvorgabe;
- Ermittlung und Vorschlag des Indikators/der Indikatoren für jede Zielvorgabe, der/die den vereinbarten Grundsätzen folgt/folgen und zu dem/denen Daten verfügbar sind;
- Begleitung der vom Regionalbüro zu koordinierenden Konsultationen mit den Mitgliedstaaten;
- Vorschlag und Fertigstellung der Zielvorgaben zur Vorlage auf der 62. Tagung des Regionalkomitees in Verbindung mit dem fertiggestellten Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“.

Die Gruppe zog je nach Bedarf weitere Sachverständige hinzu und hielt enge Verbindung mit den Arbeitsgruppen, die mit Studien zur Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ beitrugen, insbesondere mit der Sonderarbeitsgruppe für Maße und Zielvorgaben bei der Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und des Gesundheitsgefälles in der Europäischen Region. Auf jeder Zusammenkunft gab die Arbeitsgruppe klare Empfehlungen zur weiteren Reduzierung der Liste potenzieller Zielvorgaben und Indikatoren in Übereinstimmung mit den in „Gesundheit 2020“ ursprünglich genannten drei übergeordneten Bereichen ab:

- Krankheitslast und Risikofaktoren;
- Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten;
- Prozesse, darunter Führungsfragen und Gesundheitssysteme (47).

Das Sekretariat beim Regionalbüro stellte für die verschiedenen Konsultationen mit den Mitgliedstaaten Beiträge und Empfehlungen für den Festlegungsprozess sowie mögliche Zielvorgaben zur Aufnahme in die Liste zusammen.

Gemäß einem Vorschlag des SCRC vom Mai 2011 trugen die Mitgliedstaaten in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Sekretariat zu den fachlichen Beratungen bei. Für diese Arbeitsgruppe wurden Vertreter der folgenden Mitgliedstaaten nominiert: Andorra (vorheriger Vorsitz im SCRC), Polen, Schweden (nachfolgender Vorsitz im SCRC), Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien (früherer Vorsitz im SCRC), Türkei, Ukraine und Vereinigtes Königreich. Der Vertreter eines Mitgliedstaats (Schweden), der über umfangreiche Erfahrung auf diesem Gebiet verfügte, führte gemeinsam mit der WHO-Regionaldirektorin für Europa den Vorsitz in der Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe hielt alle ein bis zwei Monate Sitzungen per Video oder Telekonferenz und darüber hinaus persönliche Besprechungen in Verbindung mit Tagungen des SCRC und des Regionalkomitees ab. Ihr Aufgabenbereich ist in Kasten 13 erläutert.

Dachziele von Gesundheit 2020

Wie bereits ausgeführt, verabschiedete das Regionalkomitee die Textvorlage mit den sechs übergeordneten Dachzielen und verständigte sich auf die Erarbeitung von Indikatoren zur Bewertung des Erfolgs bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in der gesamten Europäischen Region. Der Vorzug der Dachziele besteht darin, dass sie untrennbar mit den strategischen Zielen und politischen Prioritäten von „Gesundheit 2020“ verknüpft sind. Die Begründung für ihre Wahl war, dass sie entweder im Einklang mit den aktuellen Bemühungen um die Festlegung von Zielen auf globaler Ebene stehen (etwa im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten) oder dass sie frühere, von den Mitgliedstaaten anerkannte oder vereinbarte Zielvereinbarungsstrategien und -ansätze der Europäischen Region fortführen bzw. an diese anknüpfen.

Die übergeordneten Dachziele lauten wie folgt:

1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020
2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region
3. Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region
4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region
5. Flächendeckende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region
6. Aufstellung nationaler Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten

Aus Tabelle 2 geht hervor, in welchem Verhältnis die von den Dachzielen in „Gesundheit 2020“ erfassten Aktionsbereiche zu den Zielen von „Gesundheit für alle“ und GESUNDHEIT21 stehen.

Auch wenn über die Fortschritte hinsichtlich der übergeordneten Dachziele auf der Ebene der Europäischen Region Bericht erstattet werden soll, so werden die meisten Maßnahmen doch in den Ländern erfolgen. Dies wird in dem

sechsten Dachziel deutlich, das wiederum der Tatsache Rechnung trägt, dass viele Länder die Aufstellung von Zielvorgaben zum Bestandteil ihrer nationalen Gesundheitspolitik machen (Kasten 14).

Möglichkeiten zur Festlegung von Zielwerten und Indikatoren

Sobald Zielbereiche vereinbart worden sind, geht es im nächsten Schritt darum, Zielwerte und Indikatoren zur Beobachtung der Fortschritte im Hinblick auf

Tabelle 2.
Von den Dachzielen in Gesundheit 2020 erfasste Aktionsbereiche und bisherige Ziele für die Europäische Region

Hauptaktionsbereich von Gesundheit 2020	Übergeordnetes Dachziel in Gesundheit 2020	Entsprechende frühere Ziele	
		Gesundheit für alle (50)	GESUNDHEIT21 (4)
Krankheitslast und Risikofaktoren	1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020	Keine direkten, aber indirekte Entsprechungen in Form von Zielen für die Senkung der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit und das Altern in Gesundheit	Ziele zur vorzeitigen Mortalität unter verschiedenen Rubriken, darunter Gesundheit von Jugendlichen, Straßenverkehrssicherheit, übertragbare Krankheiten und nichtübertragbare Krankheiten
Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten	2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region	„Bis zum Jahr 2000 sollte in der Region die Lebenserwartung bei der Geburt mindestens 75 Jahre betragen und sich der Gesundheitszustand aller Menschen über 65 Jahre anhaltend und ständig verbessern“	Bis zum Jahr 2000 sollten „die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen dem Drittel der europäischen Länder mit der höchsten und dem Drittel der Länder mit der niedrigsten Lebenserwartung ... um mindestens 30% verringert werden“
	3. Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region (Ziel in Bezug auf die sozialen Determinanten)	„Bis zum Jahr 2000 sollten die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern sowie zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder um mindestens 25% verringert werden; Menschen mit Behinderungen sollten in der Lage sein, ein gesellschaftlich, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben zu führen“	Bis zum Jahr 2020 sollte das „Gefälle in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen ... um mindestens 25% reduziert werden. Die Werte für die wichtigsten Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität sollten sich auf dem sozioökonomischen Gefälle gleichmäßiger verteilen“
	4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region (soll 2012/2013 weiter ausgearbeitet werden)	„Bis zum Jahr 2000 sollten alle Menschen die Möglichkeit haben, ihr Gesundheitspotenzial so zu entwickeln und auszuschöpfen, dass sie ein gesellschaftlich, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben führen können“	„Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern“
Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme	5. Flächendeckende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region	Formuliert als Zugang zur Gesundheitsversorgung, insbesondere der primären Gesundheitsversorgung, ohne finanzielle Belastung für die Haushalte	Bis zum Jahr 2010 sollten die „Finanzierungssysteme für die Gesundheitsversorgung ... eine allgemeine Versorgung, Solidarität und Tragfähigkeit sicherstellen“
	6. Aufstellung nationaler Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten	Bereitstellung von Unterstützung für die Festlegung von Zielen und für Gesundheitsinformationen in den Ländern, einschließlich Indikatoren und angemessener Informationssysteme auf Ebene der Länder	Ein großer Anteil der Ziele wurde auch für die nationale Ebene formuliert

Kasten 14. Fallstudie über die Festlegung von Rahmenzielen in Österreich (55)

Ein umfassender und breit angelegter Konsultationsprozess, den das österreichische Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 2011 und 2012 führte, führte zu zehn nationalen Rahmen-Gesundheitszielen. Zur Ausarbeitung der Ziele wurde ein Ausschuss eingesetzt, dem Vertreter von knapp 40 (in verschiedenen Politikfeldern tätigen) staatlichen Behörden auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, Sozialversicherungsträgern und Sozialpartnern, Sachverständige des Gesundheitssystems und Gesundheitsfachkräfte, Vertreter von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems sowie Vertreter von Patienten, Kindern und Jugendlichen, Senioren und sozioökonomisch benachteiligten Menschen angehörten.

Interessierte Bürger erhielten die Möglichkeit, sich an dem Prozess zu beteiligen, indem sie über eine Online-Plattform zu Beginn Ideen einbringen und am Ende des Prozesses Rückmeldung zu den vorläufigen Zielen geben konnten. Um einen weiteren Kreis von Gesundheitsexperten und Mitgliedern der Öffentlichkeit einzubeziehen, wurden zwei große Konferenzen abgehalten – im Mai 2011 zur Einleitung des Prozesses und im Mai 2012 zur Vorlage des Entwurfs der Gesundheitsziele.

Die Bandbreite der Ziele ist groß und reicht von einer gesunden Umwelt und Chancengleichheit bis zur Gesundheitskompetenz, von sozialem Zusammenhalt und gesunder Lebensführung bis zur Gesundheitsversorgung sowie von gesundem Aufwachen für Kinder und gesunder Ernährung bis zur Förderung der psychosozialen Gesundheit. Das übergreifende Ziel besteht darin, die gesunde Lebenserwartung in den nächsten 20 Jahren um zwei Jahre zu erhöhen. Nach der Annahme durch die Bundesgesundheitskommission und einer Resolution des Ministerrates im Juli 2012 bestimmt Österreich nun geeignete Indikatoren für jedes der zehn Ziele und legt einen verbindlichen Plan für deren Umsetzung und die Gesundheitsberichterstattung fest. Zur Umsetzung und Bewertung soll dieselbe ressortübergreifende Gruppe politischer und gesellschaftlicher Institutionen und Akteure als Gremium zur Zielkontrolle ernannt werden.

die Zielerfüllung zu bestimmen. Zudem soll die WHO-Regionaldirektorin für Europa über Fortschritte bei der Erfüllung der Ziele Bericht erstatten, indem sie Durchschnittswerte für die Europäische Region meldet. Deshalb müssen in die Zielkontrolle für die Region auch die Ergebnisse der Beobachtung von Indikatoren auf der Ebene der Länder einfließen.

Im Juni 2012 hielt eine Expertengruppe des Regionalbüros eine Sondersitzung zur Benennung der Indikatoren ab (56). Die Gruppe einigte sich auf grundsätzliche Kriterien für die Auswahl von Indikatoren für fünf der sechs Aktionsbereiche (mit Ausnahme des Wohlbefindens). Die Indikatoren sollten:

- routinemäßig erhoben werden und für die Mitgliedstaaten nach Möglichkeit einfach und kostengünstig zu verwalten sein (da sie in den meisten Fällen bereits für internationale Datenbanken aufbereitet werden);
- ein hohes Maß an Belastbarkeit und Validität aufweisen, damit die Zielerfüllung gemessen werden kann;
- als Informationsgrundlage für Politikoptionen dienen, um fundierte Entscheidungen über Prioritäten zu ermöglichen;
- sich auf einer möglichst niedrigen regionalen oder subnationalen Ebene aufschlüsseln lassen, um die Beobachtung regionaler Unterschiede innerhalb von wie auch zwischen Mitgliedstaaten zu erleichtern;
- sich nach Alter und Geschlecht und möglichst auch nach Ethnizität, sozioökonomischen Merkmalen und schutzbedürftigen Gruppen schichten lassen; und
- und in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten verfügbar sein.

Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, die von den Ländern routinemäßig erhobenen Gesundheitsdaten in möglichst großem Umfang zu nutzen und die Erhebung neuer Daten nach Möglichkeit zu vermeiden.

Methoden für die Festlegung von Zielwerten

Je nach den zu erreichenden Zielen kommen bei der Festlegung eines Zielwerts und der Auswahl bestehender oder der Entwicklung neuer Indikatoren unterschiedliche Methoden zur Anwendung. Es sind mehrere Ansätze vorhanden, die je nach den erforderlichen Daten und Erkenntnissen und der Komplexität der Berechnungsverfahren variieren (s. Kasten 15 zur Festlegung von Zielwerten und zur Bestimmung von Indikatoren für nichtübertragbare Krankheiten). In den folgenden Abschnitten werden alternative Methoden für den ersten Zielbereich erläutert: Krankheitslast und Risikofaktoren.

Kontrafaktische Methode

Bei dieser Methode wird ein biologisch erreichbarer Wert oder ein theoretischer Minimalwert anhand der verfügbaren Daten mit der jeweils aktuellen Situation

verglichen. Murray und Lopez (57) beschrieben diese Methode 1999 als eine Systematik kontrafaktischer Expositionsverteilungen, die bei der Darstellung von Optionen für die Politikdurchführung hilfreich sind. Sie umfassen Verteilungen, in denen jedem beschriebenen Risikofaktor oder Ziel ein theoretisches Minimum, ein plausibles Minimum, ein machbares Minimum und ein kostenwirksames Minimum zugewiesen sind. Was den hier behandelten Zielbereich anbelangt, wird bei der Methode davon ausgegangen, dass eine bestimmte Krankheitslast unvermeidbar ist, so günstig das Umfeld auch sein mag.

Trendanalyse

Diese oft verwendete Methode beinhaltet die Beobachtung und Dokumentation von Trends, die nach geografischen Gebieten – entweder innerhalb von oder zwischen Ländern oder Ländergruppierungen – oder nach sozialen, wirtschaftlichen oder demografischen Bevölkerungsmerkmalen wie Geschlecht, Bildungsniveau oder Berufsgruppe aufgeschlüsselt werden. Sie dient als Grundlage für die Betrachtung der Entwicklung allgemeinerer Gesundheitsdeterminanten, Risikofaktoren und Gesundheitsergebnisse oder -folgen im Vergleich zwischen verschiedenen Gruppen. Ein Ziel könnte somit darin bestehen, die Unterschiede zwischen den Werten verschiedener Ländergruppen zu verringern.

Andere Methoden

Es existieren zahlreiche andere Methoden, darunter Ansätze zur weiteren Verbesserung der Zielermittlung. Ein Beispiel ist die Zusammenführung von Interventionsstudien: Studien zur Untersuchung und Quantifizierung der Auswirkungen von Interventionen (u. a. Kostenwirksamkeit) aus mehreren Ländern der Europäischen Region können zusammengefasst werden, und die durch die Intervention bedingte prozentuale Verringerung des betreffenden Werts kann als Quantifikator für die Zielvorgabe genutzt werden. Solche Studien sind wichtig, da sie direkt mit Politikoptionen verknüpft sind.

Einen anderen Ansatz bieten vergleichende Risikobewertungen. Dabei wird die Wirkung von Risikofaktoren auf Krankheiten untersucht und gemessen und die Entwicklung der Krankheitslast auf der Basis von Prognosen zu Veränderungen der Determinanten im Zeitverlauf vorausgesagt. Zu diesem Thema liegt umfangreiche Literatur vor, insbesondere aus Europa.

Festlegung von Zielwerten und Auswahl von Indikatoren zur Beobachtung von Fortschritten im Hinblick auf 2020

Auf der Sitzung der Expertengruppe im Juni 2012 wurde eine vorläufige Liste potenzieller Indikatoren zur Überwachung der sechs übergeordneten Dachziele

vorgeschlagen (56). Die wichtigsten Punkte, auf die sich die Sitzungsteilnehmer verständigten, sollten vor dem Hintergrund der gegenwärtig in der Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-Datenbank) und aus einigen anderen Quellen verfügbaren Indikatoren hier aufgegriffen werden.

- Es sollte eine Liste von Kernindikatoren aufgestellt werden, für die Daten aus der gesamten Europäischen Region vorliegen sollten. Dabei würden

Kasten 15.

Beschreibung von Ansätzen für die Festlegung von Zielwerten und Bestimmung von Indikatoren für nichtübertragbare Krankheiten

Kontrafaktische Methode

Es wäre denkbar, einen Indikator für vorzeitige Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems (ein Zielbereich für nichtübertragbare Krankheiten) zu verwenden. (Der Indikator dient ausschließlich zu Illustrationszwecken und ist möglicherweise nicht geeignet, da er ältere Menschen als wichtige schutzbedürftige Gruppe unberücksichtigt lässt.) Der Inhalt der Zielvorgabe kann unterschiedlich formuliert werden, etwa so:

- Senkung der Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in der Europäischen Region bis 2020 um jährlich mindestens 1,5%, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern mit den aktuell höchsten Raten erreicht werden sollten; oder
- Senkung der Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in der

Region auf den aktuell niedrigsten Durchschnitt in der Teilregion. Daraus würde sich unmittelbar eine quantifizierte Zielvorgabe ergeben, da dann der Durchschnitt für die Europäische Region bis 2020 von dem 2010 verzeichneten Wert von 100 je 100 000 auf eine gegenwärtig in einem bestimmten Teil der Region beobachtete Rate gesenkt werden müsste.

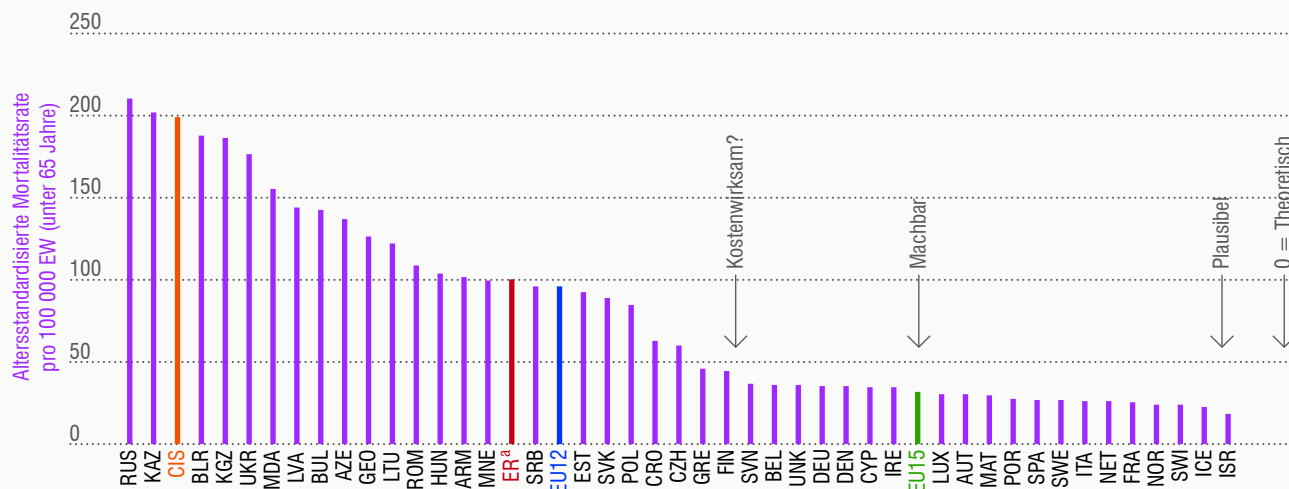
Der Indikator für diese Zielvorgabe könnte etwa „altersstandardisierte Mortalitätsrate für Erkrankungen des Kreislaufsystems pro 100 000 EW unter 65 Jahre“ lauten. Die nachstehende Abbildung zeigt diese Rate für alle Länder in der Europäischen Region sowie die Durchschnittsraten für die zuvor verwendeten Untergruppen von Ländern innerhalb der Region:

- die 12 Länder, die schon vor dem 1. Mai 2004 Mitglieder der Europäischen Union waren (EU₁₅);

- die 12 Länder, die der Europäischen Union seit Mai 2004 beigetreten sind (EU₁₂), und
- die Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS) bis 2006 (Einzelheiten finden sich in Anhang 1).

Eine altersstandardisierte Mortalitätsrate von Null wäre eine theoretisch mögliche, aber nicht physiologisch plausible Mindestrate. Allerdings ließe sich das Argument vorbringen, dass in einem geeigneten Umfeld und unter den richtigen Bedingungen alle Länder der Europäischen Region in der Lage sein sollten, die niedrigste Rate zu erreichen (in diesem Beispiel die Israels), da sie bereits eine biologische Realität darstellt und somit plausibel ist, oder, wie bereits erläutert, den derzeit niedrigsten Durchschnitt unter den Teilregionen (in diesem Beispiel den der EU₁₅) zu erreichen, da er ebenfalls bereits beobachtet wurde und somit machbar ist.

Vorzeitige Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den Ländern und Teilregionen der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



die Länder die Möglichkeit erhalten, diese Liste zu erweitern und von zusätzlichen ihnen vorliegenden Indikatoren Gebrauch zu machen.

- Die Mitgliedstaaten sollten über die Kernindikatoren Bericht erstatten und sich auf die erweiterte Liste stützen, falls entsprechende Mittel vorhanden sind.
- Die Liste der Kernindikatoren könnte als das erforderliche Element der Rechenschaftslegung dienen.

Alternativ könnte man argumentieren, dass die Länder mit den höchsten Raten in der Lage sein sollten, die Durchschnittsrate für die Region insgesamt zu erreichen. Für die Erörterung eines kostenwirksamen Minimums wären weitere Informationen aus Interventionsstudien erforderlich. Die Wahl des Standards (oft als kontrafaktischer Wert bezeichnet), an dem Fortschritte gemessen würden, und der Zielvorgabe würde durch Sachverständigengutachten, im Konsensverfahren oder mittels anderer (nachstehend beschriebener) Methoden erfolgen.

In dieser Abbildung beträgt der höchste nationale Wert mehr als das Zehnfache des niedrigsten Werts und mehr als das Doppelte des Durchschnitts der Europäischen Region. Die prozentuale Verringerung der Zielvorgabe würde je nach dem zugrunde liegenden kontrafaktischen Wert oder Zielwert variieren. Alternativ wäre eine positive Formulierung denkbar, die auf die Lebenserwartung statt auf die Sterblichkeit abstellt; die höchste Lebenserwartung in der Europäischen Region könnte dann als kontrafaktischer Wert für Vergleiche innerhalb der Region festgelegt werden.

Um dies sinnvoll zu quantifizieren, wären weitere Schritte erforderlich. Darüber hinaus sind die Unterschiede zwischen den Raten durch zahlreiche Faktoren bedingt, doch kommt der Gesamtsterblichkeit insofern eine besondere Bedeutung zu, als niedrige Raten ursachenspezifischer Mortalität möglicherweise nur hohe Raten konkurrierender Mortalität aufgrund anderer vermeidbarer Ursachen widerspiegeln.

Trendanalysen

Eine weitere Darstellung der Sterblichkeit infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems macht deutlich, inwiefern Trends bei den Raten zur Festlegung einer Zielvorgabe herangezogen werden können, in diesem Fall im Bereich der Ungleichheiten. Die Abbildung rechts veranschaulicht, wie sich die vorzeitige Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems

in der Europäischen Region verändert hat. Sie verdeutlicht, dass die Unterschiede bei den Raten zwischen den Ländern in der Region zugenommen haben, insbesondere in den vergangenen 20 Jahren. Eine Zielvorgabe kann dann etwa so formuliert werden: „Verringerung der Ungleichheiten in Bezug auf Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in der Europäischen Region um x%“. Der Indikator wäre „proportionaler Unterschied bei der Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems zwischen dem Land mit dem höchsten und dem Land mit dem niedrigsten Wert“. Alternativ könnte die Zielvorgabe darin bestehen, „die Unterschiede bei der Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems zwischen bestimmten (noch festzulegenden) Untergruppen von Ländern um x% zu verringern“; hierfür gäbe es viele verschiedene Optionen. In beiden Fällen ist es erforderlich, die prozentuale Verringerung mit Zustimmung der Mitgliedstaaten festzusetzen.

Ob eine quantifizierte Zielvorgabe realistisch ist, muss durch weitere Analysen bewertet werden. Dazu würde unter anderem die Untersuchung von Korrelationen anhand von Prädiktorvariablen zählen, insbesondere Variablen, die tendenziell eher auf Interventionen reagieren, oder die Analyse von Quintilen, bei der die Länder im besten Quintil auf Gemeinsamkeiten untersucht werden. Dafür muss ein detaillierteres Wissen über die Wirksamkeit von Interventionen bei der Bekämpfung von Krankheits- oder Risikofaktoren bzw. ihren Determinanten gewonnen werden. Im Rahmen dieser Analyse würden die Gemeinsamkeiten der Länder, Untergruppen oder Regionen mit den höchsten und den niedrigsten Raten untersucht.

Zusammenführung von Interventionsstudien

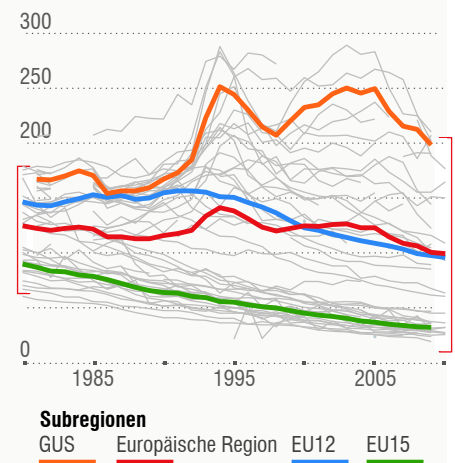
Würde – um ein hypothetisches Beispiel zu verwenden – die Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems in einigen Ländern durch den aggressiven Einsatz von Statinen sowie bestimmte Verbesserungen im

Gesundheitssystem um 5% gesenkt, so könnte eine potenzielle Zielvorgabe als Senkung der Rate der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Kreislaufkrankungen um 5% formuliert werden.

Vergleichende Risikobewertungen

Hier ist ein weiteres hypothetisches Beispiel: Ging in einigen Ländern ein Rückgang des Tabakkonsums mit einer Verringerung der Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems um 10% einher, so könnte eine potenzielle Zielvorgabe als Senkung der Rate der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Kreislaufkrankungen um 10% formuliert werden.

Trends bei der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den Ländern und Teilregionen der Europäischen Region (1980–2010)
(altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 EW unter 65 Jahre)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

Da die Mitgliedstaaten 2010 als Basisjahr für die Überwachung der Ziele von „Gesundheit 2020“ festgelegt haben, bietet sich somit ein Zeitfenster von zehn Jahren für die Beobachtung der Fortschritte und für die Berichterstattung.

Ausgehend von vorgeschlagenen Kriterien für die Überwachung der Fortschritte schlug die Expertengruppe einen Zielwert für jedes der sechs übergeordneten Dachziele vor und entwarf zwei Listen von Indikatoren für die weitere Diskussion (s. Tabelle 3): Kernindikatoren, die eindeutig alle oder nahezu alle Kriterien erfüllen, und einen Katalog zusätzlicher Indikatoren, aus dem die Mitgliedstaaten die für sie relevantesten auswählen können oder den sie bei Bedarf ergänzen können.

Die von der Expertengruppe vorgeschlagenen Indikatoren sind Platzhalter. Im Anschluss an die Tagung des Regionalkomitees 2012 nahm das WHO-Regionalbüro für Europa umfassende Konsultationen mit den Mitgliedstaaten auf, um die Arbeit an den Indikatoren für die vereinbarten Ziele abzuschließen und sie dem Regionalkomitee 2013 vorlegen zu können. Dies umfasst Beratungen auf allen Tagungen der leitenden Organe und eine schriftliche Online-Konsultation.

Um die Debatte über die maßgeblichen Indikatoren für die gebilligten übergeordneten Dachziele von „Gesundheit 2020“ anzuregen, soll hier anhand einiger der von der Expertengruppe vorgeschlagenen Indikatoren die Ausgangslage veranschaulicht und dabei auch auf Trends für vier dieser übergeordneten Ziele eingegangen werden. Darüber hinaus soll für einen Indikator ein Kontrollrahmen beschrieben werden.

Dachziel 1: Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020

Die wichtigsten Zielbereiche sind die relative Verringerung der Gesamtsterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes und chronischen Atemwegserkrankungen, die Eliminierung ausgewählter durch impfpräventabler Krankheiten und die Verringerung der Zahl der Straßenverkehrsunfälle.

Indikator: Altersstandardisierte Gesamtsterblichkeitsrate pro 100 000 EW, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Todesursachengruppen

Wie in Kapitel 1 ausgeführt, ging die Gesamtsterblichkeitsrate in den letzten Jahren zwar insgesamt im Durchschnitt der Europäischen Region zurück, doch bestehen innerhalb der Region noch erhebliche Unterschiede (s. Abb. 10, S. 11).

Als potenzieller Zusatzindikator für dieses Dachziel wurde die vorzeitige Mortalität (Todesfälle vor Vollendung des 65. Lebensjahrs), aufgeschlüsselt

Tabelle 3.
Überwachung der Fortschritte im Hinblick auf Gesundheit 2020

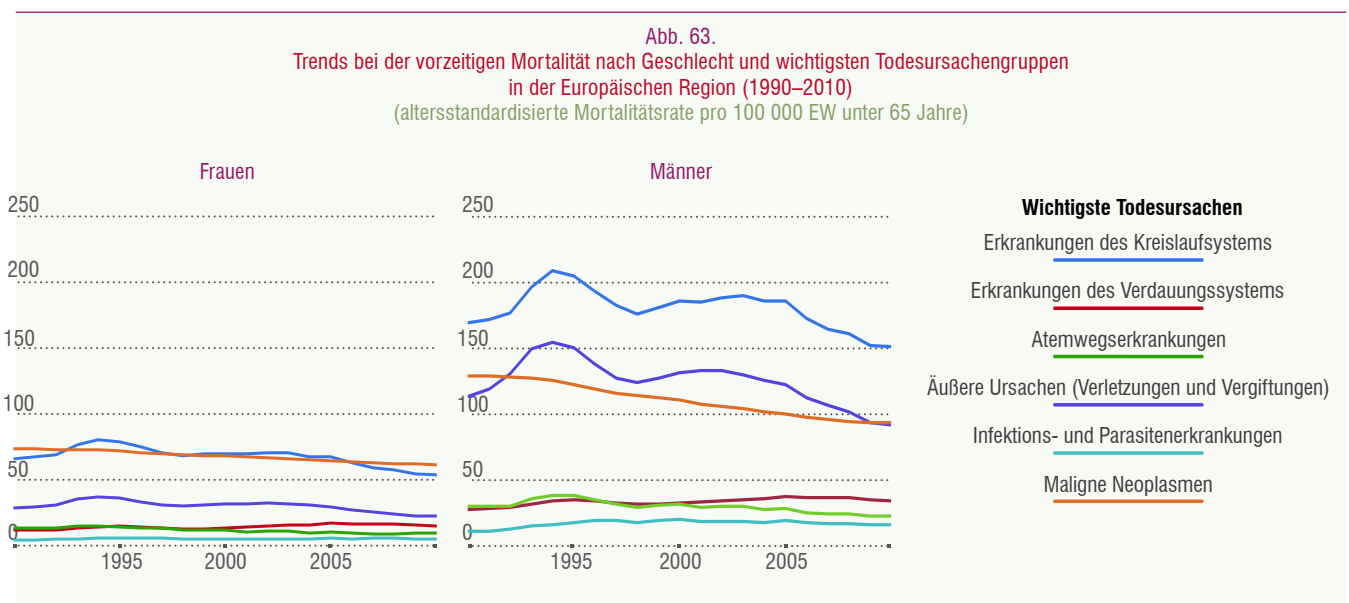
Übergeordnete Dachziele von Gesundheit 2020	Wichtigste Zielbereiche	Vorgeschlagene Kernindikatoren	Zusätzliche potenzielle Indikatoren
1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020	<p>1.1. Relative jährliche Verringerung der Gesamtsterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes und chronischen Atemwegserkrankungen um 1,5% bis 2020</p> <p>1.2. Verwirklichung und Aufrechterhaltung der Eliminierung ausgewählter impfpräventabler Krankheiten (Polio, Masern, Röteln, Prävention der Rötelnembryopathie)</p> <p>1.3. Verringerung der Verletzungen im Straßenverkehr um 30% bis 2020</p>	<p>1.1a Altersstandardisierte Gesamtsterblichkeitsrate pro 100 000 EW, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Todesursachengruppen</p> <p>1.1b Prävalenz der wichtigsten Risikofaktoren, einschließlich der im globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten formulierten Faktoren</p> <p>1.1c Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten</p> <p>1.2a Prozentualer Anteil der gegen Masern, Polio und Röteln geimpften Kinder</p> <p>1.3a Altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 EW aufgrund aller äußeren Ursachen</p>	<p>a) Gesamtsterblichkeit und vorzeitige Sterblichkeit für die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten nach Geschlecht (Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen)</p> <p>b) Tägliches Rauchen in der Altersgruppe ab 15 Jahren bis 2020</p> <p>c) Alkoholkonsum</p> <p>d) Übergewicht/Adipositas</p> <p>e) Verkehrsunfälle</p> <p>f) Vergiftungsunfälle</p> <p>g) Alkoholvergiftungen</p> <p>h) Suizid</p> <p>i) Stürze</p> <p>j) Tötungsdelikte und Überfälle</p>
2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region	<p>2.1. Weiterer Anstieg der Lebenserwartung im aktuellen Tempo, gekoppelt mit einer Verringerung der Abstände in der Lebenserwartung zwischen den Bevölkerungen der Länder der Europäischen Region um entweder 50% oder 25% bis 30% bis 2020</p>	<p>2.1a Lebenserwartung bei Geburt</p>	<p>a) Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 1, 15, 45 und 65 Jahren</p> <p>b) Gesunde Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren</p>
3. Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region (Ziel in Bezug auf die sozialen Determinanten)	<p>3.1. Verringerung der Kluft beim Gesundheitsstatus zwischen Bevölkerungsgruppen, die von sozialer Ausgrenzung und von Armut betroffen sind, und dem Rest der Bevölkerung</p>	<p>3.1a Prozentualer Anteil der Schulabbrecher</p> <p>3.1b Armut, einschließlich in besonderen Gruppen (Kinder, ältere Menschen)</p> <p>3.1c Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten</p> <p>3.1d Qualitativer Indikator, der die Aufstellung einer nationalen Strategie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte dokumentiert</p> <p>3.1e Lebenserwartung</p> <p>3.1f GINI-Koeffizient</p> <p>3.1g Index der menschlichen Entwicklung</p> <p>3.1h Suizidrate/Rate der Tötungsdelikte</p> <p>3.1i Rate der Teenagerschwangerschaften</p>	<p>a) Prozentualer Anteil der Kinder, die eine Grundschule besuchen</p> <p>b) Prozentualer Anteil der von Armut bedrohten Kinder</p> <p>c) Lebenserwartung nach Geschlecht und im Stadt-Land-Gefälle</p> <p>d) Index der menschlichen Entwicklung – um Ungleichgewichte bereinigt</p>
4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region	<p>Ausarbeitung für 2012/2013 geplant</p>	<p>4.1a Prävalenz von Adipositas im Kindesalter</p> <p>4.1b Noch zu erarbeiten (u. a. psychische Gesundheit, Gesundheitsprobleme, Mortalität einschließlich Selbstmordrate, objektive und subjektive Maßnahmen)</p>	<p>a. Rate der Erwerbsbeteiligung von Menschen mit psychischen Störungen</p>
5. Verwirklichung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung und des „Rechts auf Gesundheit“ in der Europäischen Region	<p>5.1. Die Finanzierungssysteme für die Gesundheitsversorgung sollten bis 2020 eine allgemeine Versorgung, Solidarität und Nachhaltigkeit sicherstellen</p>	<p>5.1a Anteil der Eigenleistungen der Privathaushalte an den Gesamtausgaben für Gesundheit</p> <p>5.1b Prozentualer Anteil der gegen Masern, Polio und Röteln geimpften Kinder</p> <p>5.1c Prozentualer Anteil der mit niedrigem Gewicht (<2,5 kg) geborenen Säuglinge</p> <p>5.1d Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit (in % des BIP)</p>	<p>a. Weitere Details zum Indikator für die Eigenleistungen</p>
6. Aufstellung nationaler Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten	<p>6.1 Einrichtung und Umsetzung nationaler Prozesse für die Festlegung von Zielvorgaben</p>	<p>6.1a Qualitativer Indikator, der sowohl den Prozess als auch die Ausgestaltung dokumentiert</p> <p>6.1b Qualitativer Indikator, der die Anwendung des Konzeptes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ dokumentiert</p> <p>6.1c Qualitativer Indikator, der folgende Elemente dokumentiert: i) Aufstellung einer nationalen Strategie für „Gesundheit 2020“; ii) Umsetzungsplan; iii) Mechanismus für die Rechenschaftslegung</p>	

nach wichtigsten Todesursachengruppen und Geschlecht, vorgeschlagen (Abb. 63). Die Trends für die Europäische Region lassen beträchtliche Unterschiede in der Größenordnung zwischen Männern und Frauen erkennen, die für alle Ursachengruppen zusammengenommen mindestens den Faktor 2 betragen, jedoch bei Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen und äußeren Ursachen besonders ausgeprägt sind. Divergenzen sind auch bei der Verteilung der Krankheitsinzidenz zu beobachten: So sind Frauen inzwischen in ähnlichem Maße von Erkrankungen des Kreislaufsystems und Neoplasien betroffen, dagegen in geringerem Umfang von äußeren Ursachen. Männer sind deutlich stärker von Erkrankungen des Kreislaufsystems als von allen anderen Ursachengruppen betroffen. Es folgen äußere Ursachen und Neoplasmen. Die Mortalitätstrends sind für die meisten Ursachengruppen rückläufig, auch wenn der Rückgang in unterschiedlichem Tempo verläuft, außer bei Erkrankungen des Verdauungssystems (meist im Zusammenhang mit chronischen Lebererkrankungen und Leberzirrhose).

Indikator: Prävalenz der wichtigsten Risikofaktoren

Als weiterer Kernindikator wurde die Prävalenz der wichtigsten Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten, darunter Rauchen und Alkoholkonsum, vorgeschlagen. Die Prävalenz des regelmäßigen Rauchens ist in der Europäischen Region auf etwa 25% gesunken. Allerdings wird die Prävalenz des Rauchens nicht in allen Ländern erfasst, was Probleme für die Überwachung aufwirft.

Demgegenüber ist die Rate des Alkoholkonsums in einigen Teilen der Region auffällig stark gestiegen, was durch den Durchschnittswert für die Europäische

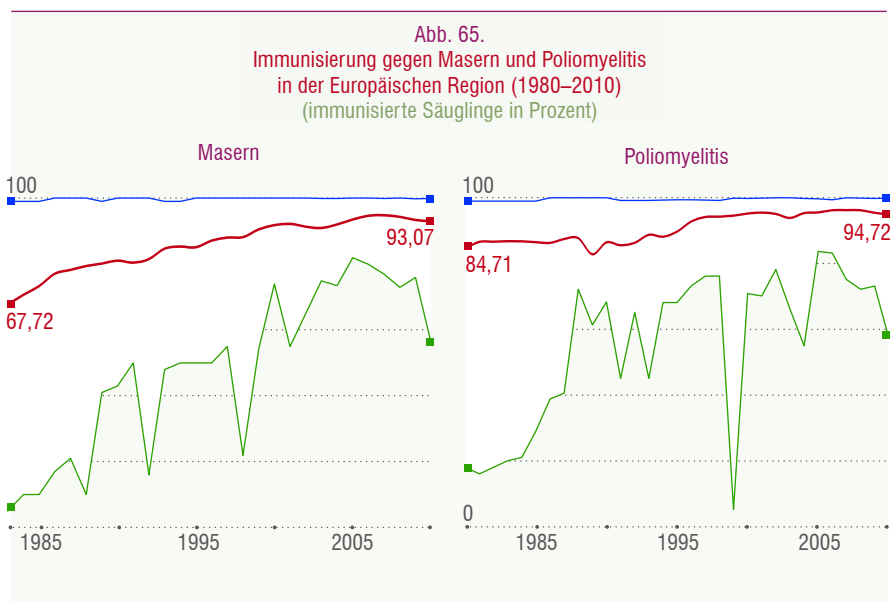
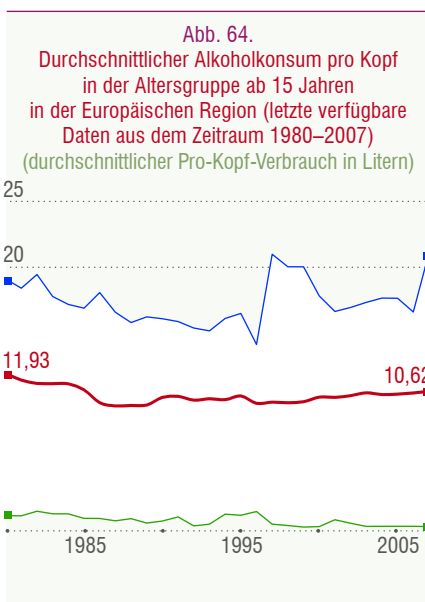


Region insgesamt verdeckt wird (Abb. 64). Dies geht einher mit ähnlichen Sterblichkeitsmustern für alkoholbedingte Ursachen.

Indikator: Prozentualer Anteil der gegen Masern, Polio und Röteln geimpften Kinder
 Ein wesentlicher Zielbereich für die Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit besteht darin, die Eliminierung ausgewählter impfpräventabler Krankheiten zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Für die Beobachtung kommen Indikatoren infrage, die Maßnahmen im Gesundheitssystem betreffen, insbesondere Immunisierung. Im vergangenen Jahrzehnt ist der Anteil der Kinder mit Impfschutz gegen Masern und Polio in der Europäischen Region auf über 90% angestiegen (Abb. 65). In den Ländern Osteuropas und Zentralasiens liegen die Werte sogar etwas höher. In einigen Ländern sind aufgrund sinkender Impfraten in letzter Zeit günstige Bedingungen für Ausbrüche entstanden. Um in solchen Szenarien die Bevölkerung wirksam schützen zu können, werden verstärkte Anstrengungen erforderlich sein.

Indikator: Altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 EW aufgrund aller äußeren Ursachen

Aufgrund ihrer Bedeutung für die Sterblichkeit gelten Straßenverkehrsunfälle (und andere äußere Todesursachen) als weiterer relevanter Zielbereich. 2010 lagen die Raten der Sterblichkeit infolge äußerer Ursachen in der Europäischen Region zwischen 25 und 103 Fällen pro 100 000 EW und unterschieden sich somit annähernd um das Vierfache (s. Abb. 35, S. 31). Wie in Kapitel 1 ausgeführt, klaffen auch die Raten für spezifische äußere Ursachen zwischen den Ländern erheblich auseinander (Abb. 66).



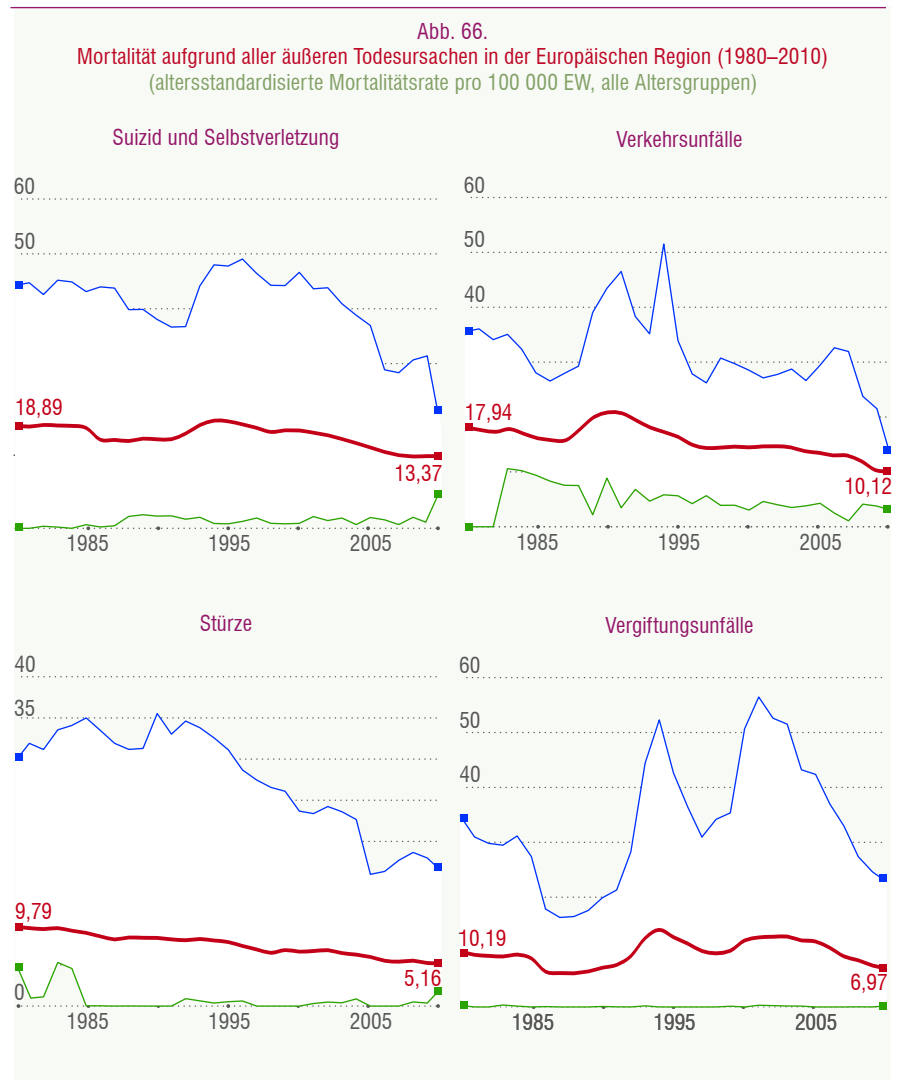
Dachziel 2: Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region

Der wichtigste Zielbereich ist der weitere Anstieg der Lebenserwartung im aktuellen Tempo, in Verbindung mit einer Verringerung des Gefälles zwischen den Bevölkerungen der Länder.

Indikator: Lebenserwartung bei Geburt

In den vergangenen drei Jahrzehnten ist die Lebenserwartung in der Europäischen Region jährlich um 0,17 Jahre gestiegen (s. Abb. 4, S. 6).

Prognosen legen nahe, dass sie bei einem ähnlichen Wachstumstempo wie im Zeitraum 1980–2010 bis 2050 nahezu 81 Jahre erreichen wird (7). Dennoch bestehen wichtige Unterschiede zwischen den Ländergruppen. So erreichten



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ und Europäische Mortalitäts-Datenbank (6,11).

einige Länder im westlichen Teil der Europäischen Region das für 2050 für die Region insgesamt prognostizierte Niveau der Lebenserwartung bereits 2010, und bis 2050 wird sich dort die Lebenserwartung auf 85 Jahre erhöhen. Dagegen wird in anderen Ländern für 2050 mit einer Lebenserwartung von nur 75 Jahren gerechnet, einem Niveau, das in der Europäischen Region insgesamt 2010 und in einigen Ländern bereits 1985 erreicht wurde.

Dachziel 3: Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region (Ziel in Bezug auf die sozialen Determinanten)

Dieser Zielbereich soll sich mit der Verringerung des Gefälles und der Kluft im Gesundheitsbereich zwischen Untergruppen der Bevölkerung in den Ländern befassen. Der Schwerpunkt wird wahrscheinlich auf jenen Untergruppen liegen, die im Vergleich zum Rest der Bevölkerung von sozialer Ausgrenzung und von Armut betroffen sind. Dabei wird es auch um die Verringerung der Abstände in der Lebenserwartung zwischen den Bevölkerungen der Länder der Europäischen Region bis 2020 gehen.

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

In diesem Zielbereich muss in erheblichem Maße Neuland beschritten werden. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat eine Initiative zur Messung und Festlegung von Zielvorgaben für Wohlbefinden ins Leben gerufen, die unter der Federführung internationaler Sachverständiger steht. Die von dieser Gruppe vorgeschlagenen Indikatoren werden, wie in Kapitel 3 erläutert, Gegenstand intensiver Beratungen mit den Mitgliedstaaten sein. Als einen von mehreren möglichen Indikatoren hat die Gruppe die Prävalenz der Adipositas im Kindesalter vorgeschlagen.

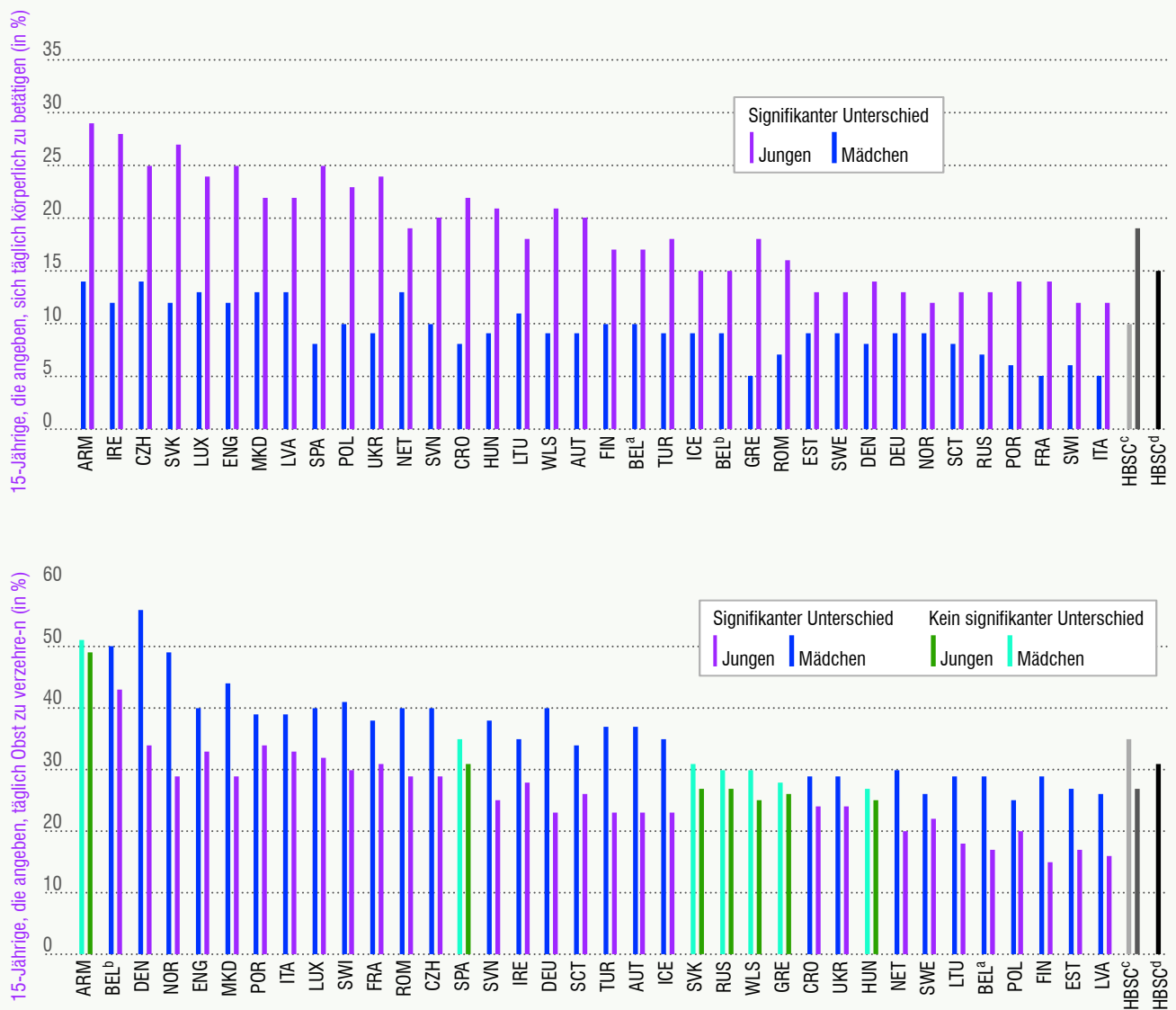
Indikator: Prävalenz von Adipositas im Kindesalter

Neue Daten zur Prävalenz der Adipositas werden in den Ländern der Europäischen Region nur langsam verfügbar. Als Alternative bieten sich einige mit dem Gesundheitsverhalten verbundene Ersatzgrößen an. Die jüngste Befragung für die HBSC-Studie zum Gesundheitsverhalten von schulpflichtigen Kindern gibt unter anderem Aufschluss über ihre körperliche Betätigung und ihre Ernährungsgewohnheiten (40). Während 15% der 15-Jährigen angaben, sich in ihrem Tagesablauf moderat bis intensiv körperlich zu betätigen (Abb. 67), traf das für Jungen mit doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit wie für Mädchen zu (19% gegenüber 10%). Der höchste Wert für Jungen und Mädchen zusammengenommen betrug nahezu das Dreifache des niedrigsten. Was gesunde Essgewohnheiten anbelangt, so gaben 31% der Jugendlichen insgesamt an, täglich Obst zu essen, auch wenn die Raten für Mädchen höher waren als für Jungen (35% bzw. 27%). Die Werte variieren je nach Land erheblich und unterscheiden sich zwischen Jungen und Mädchen mitunter fast um das Zweifache.

Dachziel 5: Verwirklichung einer flächendeckenden Versorgung und des Rechts auf Gesundheit in der Europäischen Region

Die zentralen Zielbereiche betreffen die Finanzierung von Gesundheitssystemen, die eine allgemeine Versorgung gewährleisten soll, was sich bis 2020 nur durch Solidarität und Nachhaltigkeit erreichen lässt.

Abb. 67.
Prävalenz der moderaten bis intensiven körperlichen Betätigung
und des Obstverzehrs bei 15-Jährigen
in den Ländern der Europäischen Region nach Geschlecht (2009/2010)

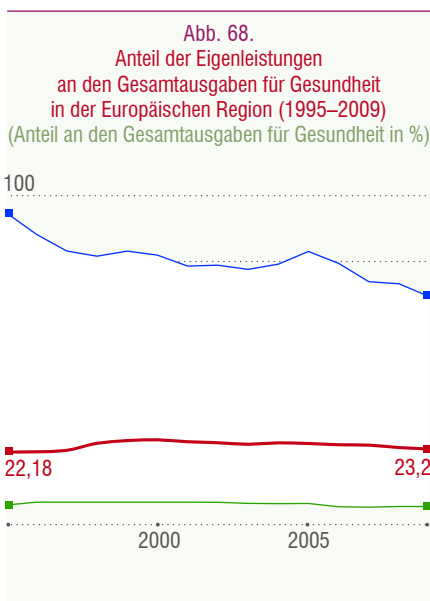


Indikator: Anteil der Eigenleistungen der Privathaushalte an den Gesamtausgaben für Gesundheit

Dieser Indikator gibt Aufschluss über die Gesundheitsausgaben privater Haushalte, die nicht aus einer gemeinsamen Quelle (etwa aus allgemeinen Steuermitteln oder über Versicherungen) finanziert werden, und dient als Kernindikator für die allgemeine Gesundheitsversorgung (indem er eine ihrer drei Dimensionen darstellt). Der Anteil der Eigenleistungen von Patienten an den gesamten Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region betrug 2009 im Durchschnitt 23% (Abb. 68), doch lag die Streuweite zwischen einem Tiefwert von 5,7% und einem Höchstwert von 79,5% (eine Differenz zwischen den Ländern um den Faktor 14), wie bereits in Kapitel 1 ausgeführt.

Dachziel 6: Aufstellung nationaler Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten

Dieser Zielbereich wird die von den Mitgliedstaaten in der gesamten Europäischen Region eingeleiteten oder gestärkten Prozesse (s. Beispiel in Kasten 14) betreffen, die nachstehend näher beschrieben werden. Der Schwerpunkt wird wahrscheinlich darauf liegen, bestehende Maßnahmen zu aktualisieren und neue Bereiche hinzuzufügen, die für das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und für die Länder relevant sind und in denen die Überwachung und Berichterstattung zu den Zielvorgaben und Indikatoren auf der Ebene der Länder verstärkt wird. Darüber hinaus wird das WHO-Regionalbüro für Europa einen regionsweiten Austausch vorbildlicher Verfahren unterstützen.



Überwachung der Ziele/Zielvorgaben und Indikatoren für Gesundheit 2020

Das Regionalbüro arbeitet derzeit in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten an der Fertigstellung des Rahmens für die Überwachung der Ziele/Zielvorgaben und Indikatoren für „Gesundheit 2020“. Rückmeldungen von der Tagung des Regionalkomitees 2012 ließen den Wunsch nach folgenden Verfahren erkennen:

Meldeverfahren für die Mitgliedstaaten

So weit wie möglich sollten bestehende Meldeverfahren genutzt werden. Dazu gehören die jährlich bzw. zweimal jährlich erfolgenden Meldungen an die GFA-Datenbank und andere vom WHO-Regionalbüro für Europa geführte Datensammlungen, darunter gemeinsame Datenerhebungen mit EUROSTAT und der OECD. Das Regionalbüro wird die Aufgabe haben, die Daten aus

diesen Sammlungen zu sichten und zu nutzen und für ihre angemessene Aufbereitung, Analyse und Vorlage an die Mitgliedstaaten zu sorgen.

Mechanismen für die Meldungen der Mitgliedstaaten

Die Mitgliedstaaten sollten keine zusätzlichen Daten melden müssen, es sei denn, routinemäßig erfasste Daten werden den Erfordernissen nicht gerecht (eventuell bei den Dachzielen 4 und 6 der Fall). Sofern Indikatoren noch nicht systematisch (durch nationale Meldeverfahren oder regelmäßige Erhebungen) gesammelt und an die WHO weitergeleitet werden, können Schätzungen des Hauptbüros oder gemeinsame Ansätze der Vereinten Nationen genutzt werden, die von den Mitgliedstaaten akzeptiert sind. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird Beratungen mit den Mitgliedstaaten darüber führen, welche Optionen zu diesem Zweck verfolgt werden können, und den SCRC in dieser Frage kontinuierlich konsultieren.

Bestehende Mechanismen, insbesondere die jährliche Erhebung für die GFA-Datenbank (6), sollten solange fortgesetzt werden, bis die Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation alle Datenbanken des Regionalbüros in einem einzigen System zusammengeführt hat, was für 2013 vorgesehen ist. In diese Verfahren fließen gemeinsam mit EUROSTAT und der OECD durchgeführte Datenerhebungen ein, sodass keine zusätzlichen Berichtspflichten entstehen.

In den kommenden Jahren soll dieser Mechanismus allerdings durch das integrierte Gesundheitsinformationssystem abgelöst werden, das das Regionalbüro derzeit in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und der OECD einrichtet. Das Regionalbüro möchte dieses System mit den Kernindikatoren betreiben, die für die Beobachtung und Berichterstattung zu „Gesundheit 2020“ erforderlich sind, was für alle Mitgliedstaaten akzeptabel wäre. Das Regionalbüro wird die Erörterung dieses wichtigen Themas mit der Europäischen Kommission und der OECD fortsetzen, um das weitere gemeinsame Vorgehen zu vereinbaren. Zu gegebener Zeit kann der Aktionsradius des Systems auf weitere Möglichkeiten, Optionen und schließlich Vereinbarungen ausgedehnt werden. Beispielsweise prüft das Regionalbüro derzeit, wie die vorhandenen Mechanismen in eine digitale Infrastruktur für ein neues System überführt werden können, und wird den Mitgliedstaaten regelmäßig darüber Bericht erstatten.

Bei Indikatoren, die gegenwärtig nicht Gegenstand routinemäßiger Datenerhebungen sind (wie nationale Anstrengungen zur Festlegung von Zielvorgaben und Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens), können vorhandene Verfahren unterstützend zu neuen herangezogen werden. Das Regionalbüro schlägt daher Folgendes vor:

- Die Fachprogramme des Regionalbüros können Daten zu den qualitativen Indikatoren mit Hilfe kurzer Fragebögen erheben, die eigentlich nur das Ankreuzen von Ja oder Nein erfordern, aber weitere Anmerkungen zulassen. Die Mitarbeiter des Regionalbüros sollten ihre fachlichen Ansprechpersonen in den Ländern hierfür mobilisieren.
- Die Indikatoren für Wohlbefinden, die 2013 entwickelt werden, sollen unter anderem aus einer Kombination von routinemäßig erfassten und selbst gemeldeten Daten gebildet werden und machen zusätzliche Meldungen erforderlich. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten und die leitenden Organe der WHO regelmäßig zum Vorgehen in der Datenerhebung auf diesem Gebiet konsultieren. Zu diesem Zweck sollten auch bestehende Verfahren (etwa jährliche Befragungen in allen Ländern der Europäischen Region durch Gallup International oder vergleichbare Institute) erkundet werden. Das Regionalbüro prüft derzeit diese Optionen (die für die Länder keine zusätzliche Belastung, auch nicht finanzieller Art, darstellen dürften) mit solchen Dienstleistern und wird dafür sorgen, dass die erforderlichen Konsultationen stattfinden, etwa im Kontext der jährlich wiederkehrenden Arbeit für die GFA-Datenbank.

Zusammenfassung der Meldungen durch die Europäische Gesundheitsstatistik und den Bericht der Regionaldirektorin

Das Regionalbüro schlägt vor, sämtliche über die üblichen Kanäle erhaltenen Daten in zweijährlichem Rhythmus in einem gesonderten Abschnitt einer neuen Publikation mit dem Arbeitstitel „Europäische Gesundheitsstatistik“ zusammenzufassen. Vor einer Veröffentlichung wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten umfassend schriftlich zu Rate ziehen. Die Meldungen können in unterschiedlicher Form erfolgen: detaillierte Analysen der Daten und ihre tabellarische und grafische Darstellung als regionale Durchschnitte; potenziell neue Durchschnitte für Teilregionen; Spannweiten mit Maximal- und Minimalwerten; oder detaillierte Interpretationen und kurze Zusammenfassungen.

Ergänzend zu dieser zweijährlichen Berichterstattung wird die WHO-Regionaldirektorin für Europa künftig jeweils im Rahmen ihres Jahresberichts an das Regionalkomitee einen kurzen Überblick über die Indikatoren für „Gesundheit 2020“ geben. Damit wird ein weiteres Forum für direkte Konsultation und Resonanz geschaffen. Bei der Analyse sollte entsprechend den vorstehenden Ausführungen verfahren werden. Darüber hinaus wird die Regionaldirektorin alle zwei bis drei Jahre einen Lagebericht über die Fortschritte in Bezug auf die quantifizierten Ziele für die Europäische Region geben. Die Tagung des SCRC im Mai könnte als weiteres Forum für Konsultationen genutzt werden, deren Ergebnisse in den Bericht der Regionaldirektorin an das Regionalkomitee einfließen könnten.

Kasten 16.
Fallstudie über Benchmarking
im Gesundheitsbereich in den Niederlanden
anhand der Gesundheitsindikatoren
der Europäischen Gemeinschaft

Als Ausdruck ihres 2006 bekundeten Anspruchs, wieder in die Liga der fünf gesündesten Länder der Europäischen Region aufzusteigen, machten sich die Niederlande einen neuen gesundheitspolitischen Ansatz für die Prävention zu eigen. Um eine Faktengrundlage zu erhalten, beauftragte das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport das Nationale Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM) damit, ein aktuelles Bild der öffentlichen Gesundheit zu zeichnen und die Niederlande in dieser Hinsicht an anderen EU-Mitgliedstaaten zu messen. 2008 veröffentlichte das RIVM den Bericht mit dem Titel *Dare to compare (58)* und gab darin Antwort auf folgende Fragen:

- Wie steht die öffentliche Gesundheit in den Niederlanden gegenüber der öffentlichen Gesundheit in anderen europäischen Ländern da, insbesondere in Bezug auf junge Menschen und Senioren? Hierbei wird nach Möglichkeit auf Probleme der sozioökonomischen Benachteiligung eingegangen.
- Inwieweit sind niederländische Daten verfügbar und genügen den Anforderungen der Kurzliste der Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft, und wo liegen die wichtigsten Lücken und Engpässe, wenn anhand der Kurzliste internationale Vergleiche angestellt werden sollen?

Eine genauere Betrachtung der Kurzliste der Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft zur öffentlichen Gesundheit lässt erkennen, dass die Niederlande in einigen Bereichen zu den fünf gesündesten europäischen Ländern zählt, in anderen dagegen zu den Schlusslichtern. Aus dieser uneinheitlichen Situation ergibt sich die Notwendigkeit, kausale Zusammenhänge und Muster eingehender zu untersuchen. Der Direktor des RIVM sprach wesentliche Aspekte an, etwa die Frage, warum das Land in einiger Hinsicht so gut abschneidet und welche Lehren daraus für politische Maßnahmen in den Bereichen gezogen werden könnten, in denen das Land ins Hintertreffen geraten ist.

Hierbei ist der Hinweis wichtig, dass der Bericht sich in erster Linie an politische Entscheidungsträger und Gesundheitsfachkräfte in den Niederlanden richtet und zu vielen aktuellen Themen einen direkten Vergleich zwischen den Niederlanden und anderen EU-Mitgliedstaaten erlaubt. Die im Bericht behandelten Themen sind Gesundheitszustand, Gesundheitsdeterminanten, Prävention und Versorgung sowie die demografische und sozioökonomische Lage. Der Bericht richtet außerdem ein besonderes Augenmerk auf die Gesundheit in verschiedenen Lebensabschnitten, wobei speziell auf Kinder, Jugendliche und ältere Menschen eingegangen wird.

Es ist vorgesehen, in dem vom Regionalbüro alle drei Jahre veröffentlichten Europäischen Gesundheitsbericht auf Etappenziele zu den Zielvorgaben und Indikatoren für „Gesundheit 2020“ einzugehen, was eine detailliertere Analyse und Diskussion ermöglichen würde. Der erste Etappenbericht wäre demnach 2015, und der zweite 2018 fällig; der abschließende Bericht würde 2020 vorliegen. Ferner ist das Regionalbüro dabei, seine Reihe „Highlights on Health“, die Länderprofile enthält, mit neuem Leben zu füllen; auf diesem Weg werden erreichte Fortschritte unmittelbar erkennbar gemacht. Das Regionalbüro veröffentlicht außerdem wieder eine kurze jährliche Publikation über Kernindikatoren für alle Länder der Europäischen Region, die jedes Jahr wechselnden Themen gewidmet ist. Die in allen diesen Berichten enthaltenen Informationen sollen über diverse Medien publiziert werden, darunter die Website des Regionalbüros.

Rechenschaftslegung

Das Sekretariat beim Regionalbüro arbeitet derzeit an einem Prozess, der die zu ergreifenden Maßnahmen für den Fall vorgibt, dass:

- Mitgliedstaaten nicht über alle Indikatoren regelmäßig Bericht erstatten oder
- Zielvorgaben nicht mehr wie vorgesehen erreichbar erscheinen.

Ferner ist das Sekretariat gehalten, darüber zu berichten und entsprechend hervorzuheben, wie die Länder der Europäischen Region Informationen auf nationaler Ebene – vielleicht im Vergleich zur Ebene der Region und zu anderen Ländern innerhalb der Region – als Entscheidungsgrundlage für Gesundheitskonzepte und -programme heranziehen, und Einblick in wirksame Ansätze für verschiedene Kontexte zu vermitteln. Zweifellos lässt die Vielfalt der laufenden Aktivitäten konkret und anschaulich erkennen, dass jedes Land dank besserer Gesundheitsinformationen auf nationaler und regionsweiter Ebene weitere Erkenntnisse gewinnt, indem es beispielsweise, wie in den Niederlanden (Kasten 16), nationale und internationale vergleichende Benchmarking-Studien verknüpft und in die nationale Gesundheitspolitik einfließen lässt.

Kontrollrahmen

Das WHO-Regionalbüro für Europa wird, wie in Tabelle 4 skizziert, einen detaillierten Rahmen mit allen Indikatoren erstellen und ihn den Mitgliedstaaten zur Erörterung und Beschlussfassung vorlegen. Dieser Rahmen steckt die Mechanismen für die Datenerhebung, die Konsultationsveranstaltungen, die Meldeformate und die Fristen für alle Zielvorgaben und Indikatoren ab.

In Kapitel 2 wurde der Prozess für die Aufstellung der übergeordneten Dachziele für das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ – wonach wir als Region streben

– beschrieben und ein Ansatz für die Festlegung erreichbarer Zielvorgaben und Indikatoren zur Überwachung von Fortschritten auf Ebene der Europäischen Region vorgeschlagen. Ein Schwerpunktbereich, der der Weiterentwicklung bedarf, ist die Messung von Fortschritten bei der Gesundheit in Verbindung mit Wohlbefinden oder, anders ausgedrückt, im Kontext unserer Werte. Dies ist Gegenstand von Kapitel 3.

Tabelle 4.
Auszug aus einem späteren detaillierten Rahmen für alle Indikatoren

Übergeordnetes Dachziel	Wichtigste Zielbereiche	Potenzielle Quantifizierung	Zusätzliche potenzielle Indikatoren	Anzahl der Meldeländer	Datenerhebungsverfahren	Konsultationen mit den Mitgliedstaaten	Berichterstattung	
							Format	Zeitraumen
1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020	1.1. Relative jährliche Verringerung der Gesamtsterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes und chronischen Atemwegserkrankungen um 1,5% bis 2020 (auf die globalen Arbeiten zur Festlegung von Zielen im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten abzustimmen)	1.1a Altersstandardisierte Gesamtsterblichkeitsrate pro 100 000 EW (als erster Indikator), aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Todesursachengruppen	a) Gesamtsterblichkeit und vorzeitige Sterblichkeit für die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten nach Geschlecht (Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen)	43	Datenbank „Gesundheit für alle“ über übliches jährliches Erhebungsverfahren (veranlasst durch WHO)	Im Kontext von „Gesundheit für alle“	Direkt an die Länder (bestehend)	2013
						Mai-Tagung des SCRC	Bericht der Regionaldirektorin an das Regionalkomitee	2014
						Zusätzliche schriftliche Konsultation	Europäische Gesundheitsstatistik	2015
						Informationsdokument für das Regionalkomitee	Europäischer Gesundheitsbericht	