

**VERSUCHSPROTOKOLL  
ZUM PASSI-ÜBERWACHUNGSSYSTEM  
(Fortschritte der Sanitätsbetriebe für die Gesundheit in Italien)**

**EINLEITUNG**

**Ausgangssituation**

Die Führung ungesunder Lebensstile wird heute in allen Ländern der Welt, insbesondere in den Industrieländern, als Katastrophe für das Gesundheitswesen angesehen, da sie das Risiko von chronischen und nicht übertragbaren Pathologien (v. a. Krankheiten des Herzkreislaufsystems, Tumore und Diabetes), die als häufigste Todes- und Krankheitsursachen bei Erwachsenen gelten, dramatisch erhöhen.

Der Staat und die Regionen haben sich in der Vereinbarung vom 6. April 2004 zur Förderung der aktiven Vorsorge gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Komplikationen bei Diabetes und Neoplasien mittels Screening-Programmen verpflichtet.

Der nationale Präventionsplan 2005-2007, der im Übereinkommen zwischen Staat und Regionen vom 23. März 2005 festgelegt wurde, schließt in die prioritären Gesundheitsziele auch die Vorsorge gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Komplikationen bei Diabetes und Verkehrsunfällen sowie die Entwicklung von onkologischen und impfspezifischen Screening-Programmen und die Bekämpfung der Fettleibigkeit mit ein.

Vor diesem Hintergrund nimmt die Kontrolle der in den nationalen und regionalen Gesundheitsplänen gesetzten Gesundheitsziele besondere Bedeutung ein. Dazu ist die Bereitstellung von Werkzeugen, mit denen man Informationen zur Entwicklung von risikoreichen Verhaltensmustern und zur Verbreitung der Vorsorgemaßnahmen messen kann, unabdingbar.

Die Vereinbarung zwischen Staat und Regionen 2002 weist auf die Vorsorgeabteilungen als strategische Ressourcen der Sanitätsbetriebe hin und unterstreicht die Notwendigkeit, die Erreichung der für den Gesundheitsbereich gesetzten Ziele ständig zu überprüfen.

Im Rahmen der Planung und der Umsetzung des neuen Sanitätsinformationssystems (Mattone-Projekt zur allgemeinen Gesundheitsbetreuung) schlugen der Gesundheitsminister sowie die Regionen Kampanien und Emilia Romagna die Umsetzung eines speziellen Überwachungssystems vor, das auf die Erhebung von Daten über die Auswirkungen der

Vorsorgemaßnahmen bezüglich der wichtigsten Risikofaktoren (Rauch, Alkohol, sitzende Lebensweise, falsche Ernährung usw.) ausgerichtet ist.

Im Nationalen Gesundheitsplan 2006-2008 wird erneut unterstrichen, dass die Vorbeugung der Gesundheitsrisiken auch mittels der Einsetzung von Überwachungsnetzwerken mit lokalen, regionalen und nationalen Knotenpunkten innerhalb des Gesundheitssystems umzusetzen ist. Genauer wird darin die Notwendigkeit genannt, eine regelmäßige Überwachung der risikoreichen Verhaltensmuster durchzuführen. Zur Erreichung dieses Ziels nennt der Plan als wichtige Bezugserfahrung die PASSI-Studie, die 2005 vom Nationalen Zentrum für Epidemiologie, Kontrolle und Förderung der Gesundheit, vom Obersten Gesundheitsinstitut (CNESPS) und von den Regionen, auf Auftrag des Nationalen Zentrums zur Vorbeugung und zur Kontrolle von Krankheiten (CCM), erfolgte.

#### **Die PASSI-Querschnittsstudien (2005-2006)**

Durch die PASSI-Studie wurde die Umsetzbarkeit eines Überwachungssystems risikoreichen Verhaltens sowie das entsprechende Interesse der Sanitätsbetriebe evaluiert; außerdem wurden einige Instrumente zu dessen Umsetzung versuchsweise angewandt. Dabei handelt es sich insbesondere um die Querschnittstudie, an der sämtlichen Regionen und Autonomen Provinzen und mehr als die Hälfte der italienischen Sanitätsbetriebe (123) teilnahmen. In diesem Sinne wurde ein einfaches und zufälliges Stichprobenverfahren initiiert, ausgehend von einer Liste der von den teilnehmenden Sanitätsbetrieben betreuten Personen. Die Befragungen wurden telefonisch durchgeführt. Das bei der Studie angewandte Verfahren konnte einen deutlichen Erfolg verbuchen (84% Rücklaufquote und nur 5% Weigerungen).

Getestet wurden der Basisfragebogen, Modalitäten zur Miteinbeziehung der Mitarbeiter, Ausbildung der zur Datenerhebung bestimmten Personen, Durchführungsmodalitäten der Befragung, Datenarchivierung, Analysemethoden, Kommunikationsstrategien bezüglich der Ergebnisse und Bewertung deren Nützlichkeit.

Durch die Studie konnten folgende bedeutende Ziele erreicht werden:

- Bereitstellung von Informationen auf Ebene der einzelnen Sanitätsbetriebe zwecks vergleichender Untersuchungen, die die Planung auf lokaler Ebene für Maßnahmen im öffentlichen Gesundheitsbereich erleichtern
- Erhebung eines repräsentativen Querschnittes der Bevölkerung in den Sanitätsbetriebe, und den Region bzw. Autonomen Provinzen, der effiziente Korrekturmaßnahmen in den Gesundheitsprogrammen ermöglicht

- Erarbeitung eines flexiblen und an die Art der gesuchten Daten anpassungsfähiges Instrumentes
- Stärkung des Gesundheitssystems durch die aktive Teilnahme der Präventionsabteilungen und anderen Organe dieses Systems
- Spezifische Ausbildung von Personal zur Überwachung und Berichterstattung über Maßnahmen im Gesundheitsbereich, das somit Kompetenzen und Fertigkeiten entwickelt, die auch für andere Untersuchungs- und Forschungstätigkeiten von Nutzen sind
- Möglichkeit zur Einbettung der Daten aus dem Überwachungssystem in die bereits auf lokaler Ebene vorhandenen Datenbanken.

Die PASSI-Studie 2006 zielte unter der Leitung des CNESPS auf den weiterführenden Versuch der verwendeten Materialien und Methoden, einschließlich neuer Fragebogenmodule, ab und ist in einigen Regionen bereits in der Abschlussfase; einige Vorergebnisse sind bereits verfügbar und wurden bereits veröffentlicht.

Weitere Informationen über die PASSI-Studien 2005 und 2006 finden sich auf der Internetseite: <http://www.epicentro.iss.it/passi>.

## **GRUNDLEGENDE BETRACHTUNGEN ZUM GESUNDHEITSMONITORING DER BEVÖLKERUNG**

Das Hauptziel dieses Überwachungssystems besteht in der Kontrolle einiger gesundheitlicher Indikatoren der italienischen Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren, besonders im Hinblick auf risikoreiches Verhalten und auf die Anwendung von Vorsorgemaßnahmen.

In seiner klassischen Auslegung (MMWR, 1988) ist das Gesundheitsmonitoring eine kontinuierliche und systematische Erhebung von Daten. Die Schlussfolgerungen daraus stehen Personen und Institutionen zur Verfügung, die Maßnahmen im öffentlichen Gesundheitsbereich planen, umsetzen und evaluieren müssen.

Ein Überwachungssystem bezüglich der für die Gesundheit wichtigen Determinanten und relevanten Vorsorgemaßnahmen sollte:

- für die Bevölkerung repräsentativ sein;
- genaue und möglichst frühzeitige Erkenntnisse über die Entwicklung der die öffentliche Gesundheit betreffenden Phänomene liefern;
- die Planung und Abstimmung effizienter Korrekturmaßnahmen in Bezug auf die Gesundheitsprogramme ermöglichen;

- bestimmte Detailinformationen auf Ebene der einzelnen Sanitätsbetriebe bereitstellen und dadurch den Vergleich mit den anderen Sanitätsbetrieben innerhalb derselben Region ermöglichen.

Zwar gibt es schon offizielle Informationen zu den für die öffentliche Gesundheit wichtigsten Faktoren und zu den angewandten Präventionsmaßnahmen; diese werden aber meist nicht früh genug aktualisiert und erfassen nicht jeden einzelnen Sanitätsbetrieb. Darüber hinaus mangelt es an Informationen darüber, wie die Bevölkerung Maßnahmen wie Öffentlichkeitsarbeit, Counselling usw. rezipiert. Deshalb ist die Evaluierung relevanter Phänomene und der durch spezifische Maßnahmen erzielten Fortschritte im Gesundheitsbereich schwierig.

Der Übergang von Querschnittsstudien zu einer kontinuierlichen Überwachung erfordert die Erforschung und Untersuchung verschiedener Modalitäten zur Datenerhebung und -verarbeitung.

Die Hauptvorteile eines kontinuierlichen Überwachungssystems sind folgende:

1. Die zeitliche Dimension kann in die Studie miteinbezogen werden, was die Erfassung von sonst nicht begreifbaren Phänomene, wie etwa Tendenzen oder rapide Veränderungen von verschiedenen Variablen in Zusammenhang mit Maßnahmen im öffentlichen Gesundheitsbereich, der Einführung neuer Bestimmungen oder zufälligen Ereignissen, ermöglicht.
2. Die Genauigkeit der Schätzungen kann erhöht werden, indem mit einem ziemlich geringen Mehraufwand die Anzahl der monatlich durchgeführten Befragungen erhöht wird.

Ein kontinuierliches Überwachungssystem muss natürlich auch ständig funktionsfähig sein. Eine stabile Organisationsstruktur von entsprechender Größe, die erforderlichen Ressourcen sowie eine regelmäßige und genaue Systemwartung müssen dazu unbedingt gewährleistet werden.

### **Das Versuchsprojekt**

Aufgrund der positiven Ergebnisse der Querschnittsstudien übertrug das CCM dem CNESPS die Aufgabe zur Umsetzung eines Versuchsprojektes für ein Überwachungssystem, mit dem einige Aspekte der Gesundheit italienischer Erwachsener bezüglich Risikoverhalten, der Anwendung

von Vorsorgemaßnahmen und anderen Tätigkeiten im öffentlichen Gesundheitsbereich kontinuierlich beobachtet werden sollten.

Im Projektdokument, das dem Übereinkommen zwischen CCM und CNESPS beiliegt, wurden die Umsetzungsmodalitäten und -zeiten für den Versuch bestimmt, wobei innerhalb von zwei Jahren die Durchführung in mindestens 10 Regionen geplant ist.

Der Antrag auf Teilnahme am Versuch wurde am 12. April 2006 in der Sitzung der Gesundheitskommission der Regionenkonferenz verabschiedet.

## **AUFBAU DES PROTOKOLLS**

Das vorliegende Protokoll wurde von der beim CNESPS eingerichteten Fachgruppe, die den Auftrag zur Koordinierung des Versuchs (siehe die folgende Aufgabenbeschreibung) erhalten hat, ausgearbeitet und wird von der Interregionalen Koordinierungsstelle für Gesundheitsvorsorge (CIP) sowie dem CCM mitgetragen. Es enthält Richtlinien für die Organisation, die Verfahrensabläufe und die Voraussetzungen für die Teilnahme am Überwachungssystem. Für dessen Umsetzung ist die Zusammenarbeit mit den Systemverantwortlichen auf lokaler Ebene, welche die Aufgabe haben, für einen reibungslosen Betrieb des Systems zu sorgen.

In einem beigelegten Dokument sind die Themen und Ziele der ersten Fase des Systems sowie die für den Versuch des Systems vorgesehene Zeitplanung angeführt.

Die Fachgruppe hat in Zusammenarbeit mit den Regionalreferenten und -koordinatoren gemäß den im Zeitplan vorgesehenen Fristen die Aufgabe der Erarbeitung weiterer damit zusammenhängender Dokumente:

- Ausbildungsplan und Schulungsmaterialien
- Analytische Beschreibung der Aufgaben der Mitarbeiter
- Handbuch für die Befrager
- Fragebogen
- Kommunikationsplan mit auf das jeweilige Umfeld abgestimmten Informationsmaterialien
- Technische Datenblätter mit Angaben zu den entsprechenden Analyseverfahren

## **ORGANISATIONSSTRUKTUR UND VERANTWORTUNGSBEREICHE DES PASSI-ÜBERWACHUNGSSYSTEMS**

### **Auf zentraler Ebene**

Das der Vereinbarung zwischen CCM und CNESPS beiliegende Projektdokument sieht den Versuch des PASSI - Überwachungssystems unter der Leitung der folgenden drei Organe vor:

#### 1. Der Wissenschaftliche Unterausschuss des CCM:

- wird gebildet aus vom Gesundheitsministerium auf Vorschlag des ständigen wissenschaftlichen Ausschusses des CCM ernannten Fachleuten, die das PASSI-Projekt fachlich unterstützen;
- gewährleistet die Führung des Versuchsprojektes und die Koordinierung mit anderen Forschungseinrichtungen;
- beaufsichtigt das Versuchsprojekt;
- überprüft die Studiengebiete des Überwachungssystems auf Relevanz und Signifikanz;
- schlägt neue Studienthemen vor.

#### 2. Die Interregionale Koordinierungsstelle für Gesundheitsvorsorge:

- setzt sich aus Vertretern des Netzwerkes der regionalen Vorsorgeabteilungen zusammen;
- gewährleistet die Führung des Versuchsprojektes;
- fördert die Bildung von Netzwerken;
- gewährleistet die Teilnahme der Regionen bei der Findung und Unterstützung von Projektstrategien;
- schlägt neue Themen für die Überwachung und entsprechende Methoden für deren Verbreitung vor.

#### 3. Die entsprechende Fachgruppe beim CNESPS:

- besteht aus einem Kernteam, dem Verwaltung und Führung des Überwachungssystems obliegt und das sich aus Voll- und Teilzeitarbeitskräften des CNESPS zusammensetzt. Diese Gruppe wird von Fachleuten aus den Regionen und den einzelnen Sanitätsbetrieben (die je nach Bedarf berufen werden) und externen Beratern unterstützt;
- liefert die erforderlichen Hilfsmittel (Methoden, Fragebögen, Beratung zu allfälligen Fragestellungen, Software für die Archivierung und die Verarbeitung der Daten, Beratung zu Datenkontrolle, -verbreitung und -nutzung auf lokaler Ebene, Schulungstätigkeit);

- aktualisiert Methoden und Zieldaten;
- verarbeitet die Daten auf zentraler Ebene;
- erstellt regelmäßige Berichte.

Die drei leitenden Organe teilen sich die Verantwortung bezüglich der Umsetzung der im Versuch vorgesehenen Haupttätigkeiten und greifen dabei auf den Beitrag und die Unterstützung der verschiedenen im Projektdokument genannten Institutionen und Interessensvertreter zurück.

### **Auf regionaler Ebene**

#### **1. Der Regionalreferent (bzw. dessen Mitarbeiter):**

- ist vorzugsweise aus den Verantwortlichen der Regionaleinrichtungen (Öffentlicher Gesundheitsdienst, Assessoratsleitung, Vorsorgeabteilung, Epidemiologische Beobachtungsstelle) auszuwählen;
- unterstützt Verwaltung und Koordinierung der lokalen Umsetzung des Projekts;
- hilft bei der Einbettung der neu gewonnenen Ergebnisse in die bestehenden Datenbanken;
- arbeitet mit dem Regionalkoordinator zwecks Weiterleitung und Veröffentlichung der Ergebnisse zusammen;
- stellt die Verbindung zur nationalen Fachgruppe sicher.

#### **2. Der Regionalkoordinator und der stellvertretende Regionalkoordinator haben die folgenden Aufgaben:**

- Teilnahme an den vom CNESPS organisierten Schulungen
- Beaufsichtigung und Koordinierung der regionalen Sanitätsbetriebe
- Unterstützung bei der Überwachung des gesamten Systems
- Festlegung der Verfahren und Fristen für die Analyse und die Interpretation der regionalen Ergebnisse und jener der einzelnen Sanitätsbetriebe (in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe des CNESPS)
- Abhaltung von Diskussionsrunden über den Bedeutungsgehalt der Ergebnisse, bei denen auch Vorschläge bezüglich deren Nutzung eingebracht werden
- Ausarbeitung, Umsetzung und Evaluierung der regionalen Kommunikationspläne
- Ausbildung und ggf. Zertifizierung der betriebsinternen Koordinatoren sowie der Befrager
- Verbindung zur nationalen Fachgruppe und Teilnahme an den regelmäßig einberufenen Sitzungen

Die einzelnen Regionen können auf Grundlage ihrer organisatorischen Bedürfnisse selbständig über die Verteilung der einzelnen auf regionaler Ebene vorgesehenen Aufgabenbereiche entscheiden. Die Mitarbeiter, denen diese Aufgaben übertragen wurden, arbeiten zusammen und ergänzen sich gegenseitig und stellen so die kontinuierliche Funktion des Systems sicher. Um den Systembetrieb zu erleichtern, ist gewöhnlich eine einzige Ansprechperson für die obgenannten Aufgaben vorgesehen; dabei handelt es sich um den Koordinator, der als Verantwortlicher für sämtliche Belange gegenüber der nationalen Fachgruppe gilt.

Das Gesamtarbeitspensum für die beiden genannten Funktionen kann etwa mit einer Vollzeitbeschäftigung eingeschätzt werden.

Zur Bestimmung und Lösung technischer und organisatorischer Probleme im System sind regelmäßige Treffen der sich aus Regionalkoordinatoren und stellvertretenden Regionalkoordinatoren (die ggf. von den entsprechenden Regionalreferenten begleitet werden) zusammensetzenden Gruppe mit der Fachgruppe des CNESPS vorgesehen.

Innerhalb dieses Gremiums können Sonderkommissionen eingerichtet werden, die sich der genaueren Untersuchung spezifischer Themen widmen, Dokumententwürfe überarbeiten, die Meinung der anderen Regionen einholen usw.

Die Vorschläge der aus den regionalen Koordinatoren zusammengesetzte Gruppe werden mit der nationalen Fachgruppe erörtert und sofern notwendig der Interregionalen Koordinierungsstelle für Gesundheitsvorsorge vorgelegt.

### **Auf Ebene der einzelnen Sanitätsbetriebe**

#### **1. Der betriebsinterne Koordinator:**

- nimmt an den auf regionaler Ebene organisierten Schulungen teil;
- führt selbst oder durch Delegation die vom Protokoll für ihn vorgesehenen Verfahren durch: Stichprobenauswahl, Erstellung des Dienstplans einschließlich eventueller Vertretungen, Qualitätskontrollen, Beaufsichtigung der Befrager (wazu die Überprüfung der für den Dienst als Befrager nötigen Voraussetzungen und die Erteilung von Empfehlungen und Ratschlägen bezüglich des Arbeitsablaufes gehören);
- gewährleistet einen kontinuierlichen Systembetrieb, auch bei vorübergehender Abwesenheit, mithilfe eines vorher ernannten Stellvertreters, der die unmittelbar erforderlichen Aufgaben erledigen kann (z.B. Einteilung der Vertretungsdienste);
- überprüft die Qualität der Befragungen und der Datenerhebung;



- versucht, den Mitarbeitern die Befragungstätigkeit am Abend und am Wochenende zu erleichtern und deren Motivation zu fördern (z.B. Ausgleichszahlungen/Gleitzeit bei Überstunden, Förderprojekte u. ä.);
- steht den Befragern stets zur Verfügung und ist für diese erreichbar (z.B. für die Bestimmung von nicht im Handbuch vorgesehenen Arbeitsweisen, bei der Handhabung problematischer Situationen usw.);
- nimmt an der Projektkontrolle teil;
- analysiert und interpretiert die Daten des eigenen Sanitätsbetriebes und fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen;
- organisiert die Aus- und Weiterbildung der Befrager;
- bringt die Ergebnisse auf geeignete Art an die Öffentlichkeit und fördert deren Verwendung auf lokaler Ebene, auch durch die Abhaltung von Arbeitskreisen mit den Mitarbeitern der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und anderen Fachleuten;
- fördert die Aktualisierung der bestehenden Informationsquellen durch die neuen Ergebnisse;
- bildet die Schnittstelle zum Regionalkoordinator und nimmt an den regelmäßigen Sitzungen auf regionaler Ebene teil.

Das Arbeitspensum ist nur schwer einzuschätzen, da es stark von den verschiedenen Entwicklungsphasen des Systems und den entsprechenden Anforderungen abhängt. Durchschnittlich kann von einem Aufwand ausgegangen werden, der in etwa 25-30% der Gesamtarbeitszeit entspricht. Der betriebsinterne Koordinator kann einige der obgenannten Funktionen an Mitarbeiter delegieren; er soll möglichst weitläufige Unterstützung seitens der Betriebs- und Abteilungsleiter erhalten.

## 2. Die Befrager:

- sind meistens Mitarbeiter des Sanitätsdienstes, im besten Falle Sanitätsassistenten, sonst Krankenpfleger oder andere Mitarbeiter des Sanitätsbetriebes;
- führen die telefonischen Befragungen durch und führen Protokoll über ihre Tätigkeiten;
- nehmen an den auf regionaler Ebene organisierten Schulungen teil;
- arbeiten mit dem Koordinator bezüglich Qualitätskontrolle der Daten und ordnungsgemäßer Handhabung der EDV-Werkzeuge zusammen;
- beantworten Fragen und Unklarheiten seitens der in die Stichprobenerhebung einbezogenen Personen und der Öffentlichkeit.

Bezüglich der Anzahl an Befragern pro Sanitätsbetrieb können keine genauen Empfehlungen gegeben werden. Die Sanitätsbetriebe haben dies unter Berücksichtigung der sich ihnen stellenden Aufgaben festzulegen; einerseits muss für qualifizierte Vertretung im Falle von Urlaub, Abwesenheit oder anderweitigen Verpflichtungen gesorgt werden, andererseits muss dem einzelnen Befragter die Möglichkeit gegeben werden, viel Erfahrung mit dem Befragungsverfahren zu sammeln und sich mit allen Details vertraut zu machen. Für die Sanitätsbetriebe, die mit einer Stichprobe aus den dem Gesundheitssprengel angehörigen Personen teilnehmen, kann als Richtwert eine Mindestanzahl von 3-4 Befragern angeraten werden. Für die Anerkennung der Qualifikation als Befragter könnte eine durchschnittliche Mindestanzahl an monatlich durchgeführten Befragungen eingeführt werden.

Denkbar ist auch der Einsatz von unabhängigen Mitarbeitern, wenn dies aufgrund der lokalen Situation angebracht erscheint. Diese Möglichkeit ist versuchsweise nach Abstimmung mit der zentralen Fachgruppe möglich, wobei jedenfalls eine gemeinsame Schulung mit den Angestellten des Sanitätsbetriebes sowie die Teilnahme an den Betriebsitzungen mit den anderen Befragern vorzusehen sind.

### **Gemeinsame Aufgaben**

Alle nationalen, regionalen und lokalen Mitarbeiter des Überwachungssystems haben folgende Aufgaben gemeinsam:

- Bestimmung und Pflege der Beziehungen mit den einzelnen Interessenvertretern (dazu gehören u. a. Führungskräfte und Entscheidungsträger der öffentlichen Verwaltung, Betriebsstrukturen des öffentlichen Gesundheitswesens, Allgemeinärzte, Freiberufler, Öffentlichkeit)
- Einholung der zur ordnungsgemäßen Funktionsweise des Systems nötigen politischen Zustimmung und Unterstützung
- Förderung einer starken Projektführung und eines inhärenten Netzwerkes
- Schaffung der Voraussetzungen für die angemessene Verwendung der Ergebnisse

## STICHPROBENERHEBUNG

- **Bezugsbevölkerung:**
  - Personen zwischen 18 und 69 Jahren, die im Zuständigkeitsbereich des Sanitätsbetriebes ansässig sind
- **Untersuchte Bevölkerung:**
  - Personen zwischen 18 und 69 Jahren, die im Zuständigkeitsbereich des Sanitätsbetriebes ansässig, in das Sanitätsverzeichnis der betreuten Personen eingetragen, im Monat der Untersuchung anwesend sind und über einen Telefonanschluss verfügen sowie in der Lage sind, ein Gespräch auf Italienisch oder in einer anderen offiziellen Landessprache zu führen
- **Ausgangsliste:** Computerverzeichnis der betreuten Personen; für die Sanitätsbetriebe mit noch nicht vollständig umgesetzten Computersystem können alternative Strategien mit der nationalen Fachgruppe vereinbart werden
- **Stichprobenerhebung** geschichtet nach Geschlecht und Alter (3 Gruppen: 18-34 Jahre; 35-49 Jahre; 50-69 Jahre), im direkten Verhältnis zur in das Sanitätsverzeichnis eingetragenen Bevölkerungsgruppe
- **Abgesehen vom Teilnehmerverzeichnis** wird auch ein Verzeichnis der Ersatzteilnehmer erstellt, welches ebenso nach Geschlecht und Alter zu schichten ist und mindestens doppelt so umfangreich sein sollte wie das Teilnehmerverzeichnis, damit:
  - Personen, die im Sanitätsverzeichnis aufscheinen, aber nicht über die Einschlussanforderungen der untersuchten Bevölkerung verfügen (beispielsweise keinen Telefonanschluss haben), ersetzt werden können
  - Personen, die vom Befrager nicht angetroffen werden oder sich weigern, an der Untersuchung teilzunehmen, ersetzt werden können
- **Häufigkeit der Stichprobenerhebung:**
  - monatliche oder mindestens vierteljährige Auswahl, sofern die Sanitätsbetriebe ihre Listen in Echtzeit (oder mindestens häufig) aktualisieren
  - halbjährliche Auswahl, wenn die Listen selten aktualisiert werden
- Die Befragungen sind innerhalb eines Monats durchzuführen; es wird eine regelmäßige Durchführung der Befragungen, wenn möglich, wöchentlich, empfohlen
- **Zusätzliche Stichprobenerhebungen:**
  - können nützlich für die Untersuchung spezifischer Gruppen (z.B. Frauen zwischen 50 und 69 im Hinblick auf Brustkrebscreening) sein

- in diesen Fällen wird der gesamte Fragebogen auch mit der durch die Stichprobe erhobene Gruppe durchgeführt; wird ein gekürzter Fragebogen mit der Gruppe durchgeführt (z.B. nur das Screeningformular), können die Antworten verfälscht werden, sodass diese Ergebnisse nicht mehr unmittelbar mit den anderen verglichen werden können
- die Zusatzstichprobe wird bei der Analyse berücksichtigt, um die Zuverlässigkeit der Schätzungen zu gewährleisten; die Erhebung von Zusatzstichproben ist stets mit der nationalen Fachgruppe abzustimmen

### **Stichprobenerhebung der Sanitätsbetriebe und auf regionaler Ebene**

Das Überwachungssystem wurde zur Einholung von Informationen auf Ebene der Sanitätsbetriebe konzipiert; die Schätzungen auf regionaler Ebene erfolgen durch die Zusammenlegung der Daten der einzelnen Sanitätsbetriebe gemäß entsprechenden Methoden.

- Merkmale der Befragungen in den einzelnen Sanitätsbetrieben:
  - Mindestanzahl der befragten Personen: 25 pro Monat
  - je nach Verfügbarkeit/Ressourcen der einzelnen Sanitätsbetriebe und auf freiwilliger Basis kann diese Anzahl auch erhöht werden
  - Dauer: 11 Monateinheiten (Juli und August werden gemeinsam gerechnet: im August werden jene Personen kontaktiert, die im Juli nicht anzutreffen waren)

Während der Versuchsfase des Systems können jene Regionen, die sich nicht zu einer vollständigen Teilnahme bereit erklärt haben, mit einer rein regional angelegten Stichprobe teilnehmen, damit möglichst viele Daten erhoben werden. Der Umfang dieser Stichprobe wird mit der zentralen Fachgruppe abgestimmt.

### **Stichprobenauslösung/Ersatzteilnehmer**

- Diese Verfahren obliegen dem Betriebskoordinator
- Ersatzteilnehmer werden immer aus der selben Alters- und Geschlechtsschicht des ursprünglich vorgesehenen Teilnehmers ersetzt; in besonderen Fällen kann der Ersatz auch über die Sprengelvariable bestimmt werden

- Das Verzeichnis der teilnehmenden Personen ist den Befragern monatlich durch den Betriebskoordinator zu übergeben

## RECHTLICHE UND ETHISCHE ASPEKTE

Ein grundlegendes Element des Überwachungssystems ist die Gewährleistung der Vertraulichkeit der erhobenen persönlichen Informationen. Dafür muss auf Organisations-, Struktur- und Schulungsebene gearbeitet werden:

- Die Bedeutung dieses Aspekts muss in der Ausbildung unterstrichen werden
- Die Sanitätsbetriebe haben sichere Archive für die Stichprobenverzeichnisse vorzubereiten und die Vertraulichkeit der auf Papier erhobenen Fragebögen sicherzustellen (dazu gehört auch deren Zerstörung nach der Auswertung)
- Die erhobenen Informationen sind rasch nach den ersten Überprüfungen der Richtigkeit und Vollständigkeit der Befragung zu anonymisieren, sodass sie in keiner Weise mit der Identität der befragten Person in Verbindung gebracht werden können
- Die zur Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der Kontrolldaten bestimmten Hilfsmittel (Computer, Server, Speicher und CDs, usw.) haben geeignete Sicherheits- und Schutzmechanismen aufzuweisen, die nicht berechtigten Personen den Zugriff auf die Daten nicht erlaubt
- Die Befrager dürfen im Allgemeinen persönlich bekannte Kandidaten nicht befragen und müssen deren Befragung anderen Kollegen übertragen
- Die Sanitätsbetriebe haben zur Durchführung der Befragungen geeignete Räumlichkeiten zu verwenden, damit auswärtige Personen, die nicht an das Berufsgeheimnis gebunden sind, die vertraulichen Informationen der befragten Personen nicht in Erfahrung bringen können
- Die Sanitätsbetriebe haben die Mitarbeiter zur Unterzeichnung einer formellen Vertraulichkeitserklärung, z. B. einer Beauftragung zur Verarbeitung personenbezogener Daten, anzuhalten.

Um die Telefonnummer der Befragten in Erfahrung zu bringen, wird auf das Sanitätsverzeichnis der betreuten Personen und auf andere innerhalb der Sanitätsbetriebe zur Verfügung stehende Informationsquellen, auf das Telefonverzeichnis und das Meldeverzeichnis der Gemeinden, zurückgegriffen.

Die Verwendung dieser Quellen erfolgt gemäß einer vom CNESPS in Abstimmung mit den Regionalkoordinatoren festgelegten Rangordnung.

Ethische Aspekte:

- Die Befragten werden im Voraus mit einem Schreiben über den Zweck der Untersuchung und die Durchführung der Befragung informiert, in dem insbesondere die unternommenen Schritte zur Sicherstellung der Vertraulichkeit der erhobenen Personendaten erläutert werden
- Vor Beginn der Befragung wird die Zustimmung der befragten Person eingeholt, wobei diese auch auf die Möglichkeit hingewiesen werden, sich zu weigern oder die Befragung zu jedem Zeitpunkt zu unterbrechen

Das CNESPS hat dem Ethikausschuss des Obersten Gesundheitsinstitutes (Istituto Superiore di Sanità) eine Anfrage auf Bewertung der ethischen und normativen Aspekte dieses Protokolls übermittelt.

## **DER FRAGEBOGEN**

### **Aufbau des Fragebogens**

Vorgesehen sind fünf Formulararten:

- fixer Fragenkatalog (jährlich durchzuführen)
- vertiefender, abwechselnd einzubauender Fragenkatalog (jedes zweite Jahr durchzuführen)
- optionale Module (auf nationaler Ebene)
- optionale Module (lokal, regional oder für einen einzelnen Sanitätsbetrieb)
- Module für kritische Situationen der öffentlichen Gesundheit

Die Befragung mit dem Standardfragebogen dauert in der Regel 20 Minuten; dieses Limit kann unter Berücksichtigung zusätzlicher Formulare auf 25 Minuten angehoben werden.

Die erhobenen Informationen betreffen ausschließlich die befragten Personen, nicht ihre Familienmitglieder.

### **Kernfragenkatalog und vertiefende, abwechselnd einzubauende Fragen**

1. In der Startfase legt die Fachgruppe die Themen fest, die mit dem Kernfragenkatalog und den abwechselnd einzubauenden Zusatzfragen untersucht werden sollen, wobei sie sich mit dem Wissenschaftlichen Unterausschuss des CCM und der Interregionalen Koordinierungsstelle für Gesundheitsvorsorge zu beraten hat. Diese beiden Gruppen müssen der endgültigen Liste der Fragenmodule zustimmen (siehe Projektdokument).
2. Mindestverwendungsdauer der Fragenmodule im Kernfragenkatalog und der Zusatzfragen: Im Hinblick die weitere Entwicklung des Systems scheinen 10 Jahre für die notwendige Konsolidierung der Daten in der Anfangsphase und als minimales Zeitintervall für eine zuverlässige Evaluierung der Datenentwicklung angebracht; auf Grundlage der internationalen Erfahrungen kann davon ausgegangen werden, dass die ausgewählten Themen auch langfristig für den öffentlichen Gesundheitsbetrieb von Bedeutung sind.
3. Damit die Befragung nicht zu lange dauert, werden alle zwei Jahre Fragen zur Vertiefung von Variablen, die bereits im fixen Fragenbereich abgedeckt sind und/oder zur Untersuchung anderer Risikofaktoren bzw. wichtiger Vorsorgetätigkeiten eingebaut.
4. Der nationalen Fachgruppe obliegen die Auswahl der Variablen, die Gliederung des Fragebogens und der Vortest (einschließlich, sofern möglich, eines kognitiven Tests) sowie



die nötige Unterstützung zur Schulung der Mitarbeiter, zur Organisation der Dateneingabe und zur Analyse der Variablen der Kern- und Zusatzfragen.

5. Allgemeine Einschlusskriterien, um in den fixen Fragenkern aufgenommen zu werden:
  - a. Übereinstimmung mit den Prioritäten des Nationalen Gesundheitsplans
  - b. Beschäftigung mit zeitlich oder örtlich variablen Phänomenen, die zuverlässige Schätzungen erlauben, welche den angestrebten Zielen dienlich sind (eventuell auch durch die Ausweitung der Stichprobe oder durch die Zusammenführung der Daten über einen längeren Zeitraum oder über weitere geographische Bereiche)
  - c. Erhebung von Informationen über einzelne Variablen, die nicht aus anderen Quellen erhältlich sind (wenigstens nicht mit den notwendigen geographischen und auch zeitlich effizienten Detailangaben) oder über Variablenkombinationen, die sonst nicht zu untersuchen sind.
  - d. Erhebung von Hintergrundinformationen (nicht nur soziodemographischer Natur, sondern auch bezüglich sozialer Einflüsse auf die Gesundheit), die zum Verständnis der verschiedenen Phänomene beitragen
  - e. Beschäftigung mit Situationen und Problemen, auf die sanitäre Vorsorgemaßnahmen anwendbar sind
  - f. Darlegung einer prozentuellen Änderung gegenüber den vorherigen Untersuchungen oder politische Bedeutung, die eine ständige Überwachung erfordert
  - g. Zuordnung zu einem der folgenden Untersuchungsfelder: Risikoverhalten; Verhaltensweisen zur Krankheitsvorbeugung; Prävalenz von Krankheitssymptomen; Vorsorgemaßnahmen seitens des öffentlichen Gesundheitssystems.
6. Allgemeine Kriterien zum Einschluss in die abwechselnd einzubauenden Fragenkataloge:

wie oben, mit Ausnahme der Tatsache, dass Veränderungen langsamer wahrgenommen werden. Eine effiziente Möglichkeit zur Umsetzung dieser weniger genauen Überprüfung betreffend einiger Phänomene könnte etwa der Einschluss einer kleinen Fragengruppe im Hinblick auf ein vorbestimmtes Thema sein, das dann mit jährlich alternierenden Zusatzfragen ergänzt wird.

## Optionale Module

Definition: Fragenmodule, die national, regional oder auf Ebene der einzelnen Sanitätsbetriebe in den Fragebogen aufgenommen werden können, aber nicht unbedingt für die Teilnahme am PASSI-Überwachungssystem notwendig sind. Sie können einmalig, über längere Zeiträume oder in regelmäßigen Abständen verwendet werden.

### Optionale Module auf nationaler Ebene

Beantragung: Folgende Personen sind dazu befugt, die Aufnahme neuer optionaler Fragengruppen auf nationaler Ebene zu beantragen: das CCM, die Mitglieder des Wissenschaftlichen Unterausschusses des CCM, die Mitglieder der Regionalen Koordinierungsstelle für die Vorsorge, das CNESPS (auch auf Vorschlag der Regionalkoordinatoren).

Beurteilung: der Einschluss von optionalen Formularen auf nationaler Ebene erfolgt nach Zustimmung der drei Organe des Überwachungssystems, sofern die Mehrheit jedes Organs sich dafür ausspricht; wird keine Mehrheit erzielt, haben die Sanitätsbetriebe und die Regionen stets die Möglichkeit, selbst optionale Formulare, die auf lokaler Ebene (siehe unten) eingegliedert werden können, auszuarbeiten.

Feinabstimmung: Die optionalen Formulare auf nationaler Ebene werden von der Fachgruppe genauer festgelegt; diese führt auch einen gründlichen Test des Fragebogens durch und stellt die technischen Hilfsmittel für die Dateneingabe und -analyse bereit.

#### Einschlusskriterien:

1. Themen, die seitens der Mehrheit der Regionen für die öffentliche Gesundheit als wichtig angesehen werden, aber nicht unbedingt mit den Strategien des Nationalen Gesundheitsplanes in Verbindung stehen
2. ähnliche Kriterien wie die bereits oben genannten: auf Ebene der Sanitätsbetriebe oder mindestens der Regionen messbare Phänomene; Daten, die nicht aus anderen Quellen zu beziehen sind; Situationen, auf die Vorsorgemaßnahmen positiven Einfluss haben könnten
3. die Zahl der Variablen, die Teil des zusätzlichen Formulars sind, ist in Grenzen zu halten (a priori ist keine genaue Zahlenangabe möglich). Die zusätzlichen Fragen sind jedenfalls am Ende des Fragebogens anzuhängen; die Höchstanzahl wird von der zulässigen Höchstdauer der ganzen Befragung abgeleitet (siehe oben)
4. formeller Antrag, der den Organen des Überwachungssystems zur Zustimmung unterbreitet werden muss

5. der Inhalt des Antrages hat folgende Punkte abzudecken:
  - a. die Gründe für den Antrag, mit einer schriftlichen Darlegung der Verbindung zwischen dem zusätzlichen Fragenmodul und den allgemeinen Zielen von PASSI
  - b. wer die Daten nutzt und zu welchem Zweck
  - c. ob andere Informationsquellen bestehen und welche Vorteile das PASSI-System gegenüber bereits vorhandenen Quellen darstellt
  - d. eine Liste der vorgeschlagenen Variablen, einen Analyseplan und einen Fragenentwurf (einschließlich Bibliographie)
  - e. Einschlusshäufigkeit des Moduls

#### **Optionale Fragenmodule auf regionaler Ebene bzw. auf Ebene der Sanitätsbetriebe**

Beantragung: Anträge zur Aufnahme können dem Regionalkoordinator seitens folgender Personen vorgelegt werden: Regionalreferenten, Direktor des Sanitätsbetriebes, Leiter der Vorsorgeabteilung, Koordinatoren der Sanitätsbetriebe, anderer Interessensvertreter. Der Regionalkoordinator leitet mit Unterstützung seines Referenten den Bewertungsprozess zur Aufnahme des Formulars ein.

Beurteilung: die Aufnahme von optionalen Fragenmodulen auf regionaler Ebene bzw. auf Ebene der Sanitätsbetriebe erfolgt nach Zustimmung der Regionalkoordinatoren und der Fachgruppe des CNESPS.

Feinabstimmung: Selbige Fragenmodule werden von den Regionalkoordinatoren und den Koordinatoren der Sanitätsbetriebe entsprechend den allgemeinen Angaben zur Ausarbeitung eines Fragebogens vorbereitet. Der Regionalkoordinator übermittelt einen Antrag mit einer Erklärung zu den Gründen für den Einschluss (siehe unten) an die Fachgruppe des CNESPS, welche den Antrag bewertet und evtl. Änderungen vorschlägt.

Die endgültige Formulierung der Fragen (einschließlich Vortest des Fragebogens) wird von den Regionalkoordinatoren bzw. den Koordinatoren der Sanitätsbetriebe erarbeitet.

#### Einschlusskriterien:

- a. Anträge der einzelnen Sanitätsbetriebe sind mit den Regionen abzustimmen
- b. Im Idealfall sollte eine Verbindung zum Nationalen Gesundheitsplan und/oder zu den regionalen Vorsorgeplänen vorhanden sein. Das Phänomen sollte auf regionaler Ebene oder auf Ebene der einzelnen Sanitätsbetriebe messbar sein; die erwarteten Daten sind nicht aus anderen Quellen zu beziehen; Situationen, auf die Vorsorgemaßnahmen positiven Einfluss haben könnten. Das Thema sollte mit den allgemeinen Zielen des PASSI-Systems übereinstimmen, insbesondere mit der Möglichkeit der Kontrolle lokaler

Vorsorgemaßnahmen, die von einer ausreichenden Anzahl an Tatsachen gestützt werden und konkret umsetzbar sind.

- c. Es ist ein schriftliches Protokoll zu erarbeiten, das eine Hintergrundbeschreibung, die Ziele der Untersuchung sowie einen Überblick über die Nutzung der Ergebnisse, die Quellen für die neuen Fragen und das Fragenmodul selbst beinhaltet, ähnlich wie bei den optionalen Fragenmodulen auf nationaler Ebene (siehe oben, Punkt e). Dabei ist anzugeben, in welchem Maße die Unterstützung der nationalen Fachgruppe erforderlich ist. Letztere wird auf jeden Fall zumindest die nötige technische Unterstützung für die Dateneingabe (eventuelle Abänderung der EDV-Formulare) sicherstellen.

### **Fragenmodule zu außerordentlichen Problemsituationen der öffentlichen Gesundheit**

In Zukunft wird die Möglichkeit untersucht werden, Fragen bezüglich akuter Problemsituationen auf Anfrage des CCM (entsprechend noch festzulegender Modalitäten) einzuschließen.

Ein mögliches Szenario dafür sieht wie folgt aus:

1. Die außerordentlichen Fragenmodule werden vom CCM bezüglich akuter Probleme im öffentlichen Gesundheitsbereich in Auftrag gegeben. Die Mindestfrist für die Einholung zuverlässiger Ergebnisse kann auf etwa 2 Monate geschätzt werden.
2. Der Inhalt dieser Zusatzmodule, einschließlich eines Analyseplans und der Formulierung der einzelnen Fragen, wird von der nationalen Fachgruppe mithilfe der Beratung der Antragsteller selbst und von Fachleuten des betreffenden Bereichs.
3. Grundsätzlich sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, auf dem gesamten Staatsgebiet ein Wachsystem zu schaffen, mit dem schnell und unkompliziert repräsentative Ad-hoc-Untersuchungen zu akuten Problemsituationen durchgeführt werden können.

### **Entwicklung und Test des Fragebogens**

#### **Allgemeine Grundlagen**

1. Sofern möglich wird die Vergleichbarkeit mit anderen Datenquellen (ISTAT, andere internationale Studien über Risikofaktoren und einfließende Verhaltensweisen) gewahrt. Die Wahl der Fragen muss gerechtfertigt sein und dokumentiert werden; dazu erfolgt eine

bibliographische Überprüfung, die sich auf das für die PASSI-Querschnittsstudien gesammelte Material stützt (nach Aktualisierung der dabei gesammelten Daten).

2. Werden internationale Fragebögen als Quelle benützt, so werden die Fragen zuerst auf Italienisch übersetzt und zur Überprüfung der Übersetzung in die Ausgangssprache rückübersetzt.

Sofern notwendig werden kognitive Tests durchgeführt, um zu überprüfen, ob die Fragen auch im italienischen Kontext verständlich sind, wobei die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen aus anderen Ländern und Umgebungen stets berücksichtigt werden muss.

3. Die Genehmigung der neuen Fragenmodule muss mit einer Vorlaufzeit von mindestens 8 Monaten beantragt werden, um sie ausreichend bewerten und testen zu können.
4. Die Bewertung der so erfassten Daten (bezüglich objektiver Parameter und Tatsachen) erfolgt, sofern möglich, durch einen Vergleich mit den empirisch erhobenen Daten (z.B. seitens der Beobachtungsstelle für Herz-Kreislaufkrankungen, aus Registern oder Archiven mit aktuellen Daten usw.).

#### **Vortest des Fragebogens**

1. Sämtliche neuen Fragenmodule werden einem Vortest unterzogen, der in mindestens drei unterschiedlichen Regionen (eine pro geographischem Makrogebiet) im Anschluss an die routinemäßigen Befragungen durchzuführen ist. Zu diesem Zwecke werden Vereinbarungen mit einigen Sanitätsbetrieben der ausgewählten Regionen getroffen. Für jedes neue, revidierte Fragenmodul sind mindestens 30 Befragungen als Vortest durchzuführen.

Dabei werden die Vergleichbarkeit und die Akzeptanz der Fragen sowie etwaige Schwierigkeiten, die sich aus der Gliederung und der Anordnung der Fragen ergeben, in Betracht gezogen.

2. Nach der Überprüfung der neuen Module wird der gesamte Fragebogen, den obgenannten Abläufen folgend, einem Vortest unterzogen. Dabei wird besonders auf die logische Reihenfolge der Fragen und den Fluss der Befragung geachtet.
3. Für Fragebögen mit sensiblen und schwer verständlichen Thematiken und für Fragen, die sich in den vorhergehenden Studien als problematisch erwiesen haben, wird vor dem Vortest ein kognitiver Test durchgeführt; dieser wird von der Fachgruppe und von einer Arbeitsgruppe an einer Universität oder an einem Forschungszentrum (auch innerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes) mit den entsprechenden Kompetenzen und Erfahrungen in Bezug auf kognitive Methoden (je nach bestehenden Konventionen mit den Institutionen) durchgeführt. Diese Tests werden in mindestens zwei verschiedenen Regionen abgehalten.

**BEFRAGUNGEN UND ANALYSEN**

**Vorbereitung des Erstkontaktes**

Tätigkeit	Verantwortliche Personen
<p>- Erarbeitung des Textes für die Briefe, in denen Zweck und Nutzen der Untersuchung und die Modalitäten der Befragung (mit besonderer Berücksichtigung der Datenschutzaspekte) erläutert werden und die an folgende Personen gesendet werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. an alle zu befragenden Personen und an ihre Allgemeinärzte, wobei das Schreiben vor der telefonischen Kontaktaufnahme zu versenden ist</li> <li>2. an andere Interessenvertreter (Bürgermeister, Ärztenbund, usw.), wobei das Schreiben vor Beginn der Datenerhebung zu versenden ist, damit die betreffenden Personen auf das Projekt aufmerksam werden und um sie zur Zusammenarbeit anzuregen</li> </ol> <p>- Weiterleitung des erarbeiteten Wortlautes an die Koordinatoren der Sanitätsbetriebe</p>	<p>Regionalreferenten oder -koordinatoren, ausgehend von Entwürfen, die seitens der Fachgruppe des CNESPS zur Verfügung gestellt werden</p>
<p>Offizielle Zustimmung der je nach Situation verantwortlichen Führungskraft (Generaldirektor des Sanitätsbetriebes, Leiter der Vorsorgeabteilung usw.) gewinnen</p>	<p>Koordinatoren der Sanitätsbetriebe</p>
<p>Versand der Informationsschreiben</p>	<p>Koordinatoren der Sanitätsbetriebe/Befrager</p>
<p>Sensibilisierungstätigkeit gegenüber den Mitarbeitern und der Bevölkerung (Mitteilungen an die Öffentlichkeit vorbereiten, Pressekonferenzen abhalten usw.)</p>	<p>Regional- und betriebsinterne Referenten sowie betriebsinterne Koordinatoren, ausgehend von Entwürfen, die seitens der nationalen Fachgruppe zur Verfügung gestellt werden</p>

## **Verfahren für die telefonische Kontaktaufnahme**

Die Aufgabe der telefonischen Kontaktaufnahme kommt den Befragern zu, wobei die folgenden Verfahren einzuhalten sind:

- mindestens 3 Telefonanrufe an Wochentagen, zu unterschiedlichen Zeitpunkten, innerhalb der regulären Dienstzeit des Befragers
- mindestens 2 Versuche am Abend (in etwa zwischen 19-21 Uhr)
- mindestens 1 Versuch am Wochenende

Für den Fall, dass sich der Gesprächsteilnehmer weigert, an der Befragung teilzunehmen, gibt es Richtlinien dazu, wie sich der Befrager verhalten sollte, um die andere Person vielleicht doch noch zum Umdenken zu bewegen (diese werden im Handbuch detailliert mithilfe eines Flow Charts erläutert).

Im Laufe des Telefongesprächs wird vor Beginn des Fragebogens eine Erklärung bezüglich Datenschutz und Vertraulichkeit der Daten verlesen und es wird die Zustimmung des Befragten erbeten, mit dem Gespräch fort zu fahren. Dieser soll unbedingt auch auf die Möglichkeit hingewiesen werden, an der Befragung nicht teilzunehmen oder diese jederzeit zu unterbrechen.

Damit die Befrager ihren Aufgaben leichter entsprechen können, werden ihnen technologische Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, die der effizienteren Koordinierung der Befragungen dienen (z.B. eine interaktive EDV-Anwendung, die den Terminplan der monatlichen bzw. wöchentlichen Befragungen und eine ständig aktualisierte Auflistung der zu befragenden Personen darstellt).

## **Datenerhebung und Dateneingabe**

Es sind zwei Modalitäten zur Datenerhebung und zu deren Umwandlung in elektronisches Format vorgesehen (möglicherweise je nach Sanitätsbetrieb und Versuchsphase unterschiedlich):

- Befragung mithilfe des Fragebogens auf Papier (wird vom CNESPS im PDF-Format zur Verfügung gestellt); anschließende Dateneingabe auf PC mittels geeigneter Software (die Eingabemaske wird von der nationalen Fachgruppe zur Verfügung gestellt und regelmäßig aktualisiert)

- Datenerhebung und -eingabe direkt auf Computer oder auf Palm Desktop mittels CATI (Computer Assisted Telephone Interview)

Für beide Modalitäten sind drei Speicher- und Versandmöglichkeiten zur Übermittlung der Daten an das zentrale Erhebungs- und Analysensystem (zentrales „Data-Warehouse“) vorgesehen:

1. Stand-alone, sprich lokale Speicherung auf PC oder Palm und anschließendes Upload zum zentralen Data-Warehouse (siehe unten).
2. direkte Speicherung in das zentrale Data-Warehouse
3. Mischform

Moderne EDV-Anwendungen haben zwar Vorteile, bringen aber auch technische, finanzielle und organisatorische Probleme mit sich. Sie werden in einigen Sanitätsbetrieben versuchsweise eingesetzt werden, zusammen mit anderen Systemen, um deren Umsetzbarkeit und deren Nutzen bewerten zu können.

Die mittels Fragebogen auf Papier erhobenen Daten werden auf Ebene der einzelnen Sanitätsbetriebe, im Idealfall vom selben Mitarbeiter, der die Befragung durchgeführt hat, in den Computer eingegeben.

### **Datenregistrierung**

- Die Daten zu jeder Befragung werden über eine geschützte Internet-Verbindung auf das zentrale Data-Warehouse hochgeladen
- Im Falle des Stand-alone-Verfahrens (s. o.) sind die Daten jedes Sanitätsbetriebes spätestens innerhalb des 10. Tages des auf die Erhebung folgenden Monats hochzuladen
- Die Einhaltung der für die Registrierung der Daten in das Data-Warehouse vorgesehenen Fristen wird auf Betriebsebene und auf regionaler Ebene von den entsprechenden Koordinatoren und auf nationaler Ebene seitens des Data Manager der zentralen Fachgruppe überwacht

### **Überprüfung und Validierung der Daten**

Die Richtigkeit der Daten wird von mehreren Mechanismen auf verschiedenen Prozessebenen überprüft:



- Die Programme zur Dateneingabe und zum CATI müssen über geeignete Kontrollen verfügen, damit Fehler in der Dateneingabefase weitestgehend vermieden werden können
- Der Befrager gibt, sofern möglich, die Daten der eigenen Fragebögen in den Computer ein und arbeitet mit der Aufsichtsperson bzw. dem Koordinator zwecks Qualitätskontrolle der Daten zusammen.
- Die Aufsichtsperson des Sanitätsbetriebes (der Betriebskoordinator oder dessen Beauftragter) führt ständige Kontrollen bezüglich der Qualität der Daten (Vollständigkeit, Kongruenz usw.) durch.
- Der Betriebskoordinator sollte den Befrager sofort kontaktieren, falls Probleme im Fragebogen auftreten
- Zur Korrektur oder Ergänzung der Antworten kann die befragte Person noch einmal angerufen werden
- Der Regionalkoordinator überwacht die Datenerhebung in den Sanitätsbetrieben in seiner Region und nimmt entsprechende Inspektionen vor
- Auf nationaler Ebene wird eine Gesamtüberprüfung der Qualität der Daten aus den Sanitätsbetrieben und den Regionen vorgenommen
- Nach Abschluss der Kontrollphase auf den unterschiedlichen Ebenen und nach Ablauf einer angemessenen Zeitspanne zur Durchführung etwaiger Korrekturen ist keine Änderung der im Data-Warehouse registrierten Daten mehr möglich, es sei denn, es erfolgt eine vorherige Genehmigung seitens des Data Manager der nationalen Fachgruppe

Der Fachgruppe kommt die Aufgabe der Entwicklung geeigneter Software zu. Diese sollte zuverlässig und benutzerfreundlich sein und die teilnehmenden Sanitätsbetriebe finanziell nicht belasten.

### **Datenanalyse und Reporte**

Über eine geschützte Verbindung mit differenzierten Zugangsberechtigungen werden auf einer Web-Site folgende Inhalte für die einzelnen Organisationseinheiten zur Verfügung gestellt:

1. Reporte über das Fortschreiten der Datenerhebung und -eingabe (Leistungsindex) auf Ebene der einzelnen Sanitätsbetriebe

2. Lokale Schätzungen bezüglich der Hauptvariablen und, sofern möglich, regionale und nationale Vergleichswerte (sobald eine ausreichende Anzahl an Befragungen eingegangen ist, s. u.)

- Die nationale Fachgruppe stellt jedem Sanitätsbetrieb die Ergebnisse der Standardanalysen über die sie betreffenden Daten zur Verfügung
- Die Fachgruppe stellt den Sanitätsbetrieben darüber hinaus Programme zur Durchführung weiterführender Analysen innerhalb der eigenen Datenbanken zur Verfügung und sorgt rechtzeitig für nötige Aktualisierungen der entsprechenden Software
- Die Regionalkoordinatoren können sich die Daten der Sanitätsbetriebe anzeigen lassen, die unter ihre Zuständigkeit fallen
- Realistische Schätzungen auf Ebene der Sanitätsbetriebe können nach etwa einem Jahr der Datenerhebung (insgesamt etwa 250-300 Befragungen) gemacht werden
- Auf regionaler Ebene kann davon ausgegangen werden, dass ausreichend zuverlässige Schätzungen nach etwa sechs Monaten ab Beginn der Datenerhebung möglich sind. Die Datenanalyse auf regionaler Ebene bedarf komplexer Kontroll- und Abwiegungsmechanismen der Daten; diese werden mit Unterstützung durch die Fachgruppe bestimmt
- Nicht standardmäßige Analysen werden zwischen Regionalkoordinatoren und Fachgruppe abgestimmt
- Die Fachgruppe erstellt einen Reportsentwurf für die Regionen und die Sanitätsbetriebe, wobei es diesen aber frei steht, das Format der Reporte den eigenen Bedürfnissen anzupassen. Jedem Sanitätsbetrieb wird eine Standardvorlage für die Reporte übermittelt, die leicht durch die Eingabe der lokalen Ergebnisse ausgefüllt werden kann

Es ist besonders wichtig, dass die vom PASSI-System gelieferten Schätzungen unabhängig vom Maßstab (einzelner Sanitätsbetrieb, Region, national) und der Person, die diese erstellt, einheitlich sind. In der Analysephase ist deshalb der Kontakt zwischen den Sanitätsbetrieben und ihren Regionalkoordinatoren und zwischen den Regionalkoordinatoren und der Fachgruppe zur Sicherstellung der höchstmöglichen Homogenität grundlegend. Die Fachgruppe gibt zur Umsetzung dieses Ziels Anweisungen, an die sich die Verantwortlichen in den Sanitätsbetrieben und den Regionen zu halten haben.

**Bewertung der statistischen Verzerrungen (Stichprobenauswahl, keine Antwortangabe, selbst erfasste Daten)**

Ein bedeutender Teil des PASSI-Systems betrifft die Bewertung statistischer Verzerrungen, die auf verschiedene dem System innewohnende Fehlerquellen (Hilfsmittel, Art der Befragung, Verhalten des Befragers u. ä.) zurückzuführen sind. Diese zusätzliche Überprüfung erlaubt einerseits, das Gewicht des Fehlers (und somit die Zuverlässigkeit der Schätzungen) zu ermitteln, andererseits, Strategien zu finden, um solche Fehler zu begrenzen und möglichst zu vermeiden.

Dies geschieht durch spezifische Analysen der erhobenen Daten, mittels zusätzlicher Ad-hoc-Untersuchungen, mit denen z.B. die befragte Personen mit der nicht in die Untersuchung einbezogenen Bevölkerung (ohne Telefon, nicht anzutreffen usw.) verglichen werden, oder mittels Vergleichsstudien mit anderen Informationsquellen.

## **KONTROLLE UND EVALUIERUNG**

### **SYSTEMKONTROLLE**

Die vorgesehenen Kontrollsysteme müssen schnell und einfach durchzuführende Korrekturmaßnahmen beinhalten und die Bewertung des Projektes noch während seiner Laufzeit ermöglichen, etwa hinsichtlich Anzahl der teilnehmenden Sanitätsbetriebe, Fristen, in denen die Software zur Verfügung gestellt wird, Verbrauch finanzieller Mittel u. ä.

Dies erfolgt über einen Satz von Indikatoren über laufende Tätigkeiten sowie beim Erreichen besonders bedeutender Knotenpunkte der Untersuchung. Gleichzeitig mit der Datenerhebung, die das Hauptziel des Systems darstellt (Schätzungen über die Prävalenz bestimmter Variablen), erfolgt eine Analyse der im System stattfindenden Prozesse. Daher sollen die Regionen bzw. die Sanitätsbetriebe parallel die ausgefüllten Fragebögen und die Ergebnisse der Kontrolltätigkeiten weiterleiten.

Die Fachgruppe wird in Zusammenarbeit mit den Regionalkoordinatoren die für die Überwachung wichtigen Thematiken bestimmen und nach ihrer Priorität ordnen, sodass die entsprechenden Indikatoren festgelegt werden können und möglichst früh mit der Erhebung der wichtigsten Daten begonnen werden kann.

Dies geschieht unter Berücksichtigung der folgenden Ziele des Kontrollsystems:

- Relevanz der Information für die Verwaltung des Systems
- Möglichkeit, Korrekturmaßnahmen unmittelbar einzusetzen
- Bedeutung einiger Elemente für die Überarbeitung der Systemstruktur und zur Bestimmung seiner Stärken und Schwächen am Ende der Versuchsphase
- Erfüllung von rechtlichen Bestimmungen, Abkommen und Konventionen

Zur Planung der notwendigen Maßnahmen hat die Fachgruppe eine Übersicht der Fristen für die Kontrolltätigkeiten und der Ebenen, auf denen diese stattfindet, zu erstellen.

### **Gegenstände des Kontrollsystems**

Die Themen, die für das Kontrollsystem in Frage kommen, werden von der Fachgruppe im Detail festgelegt. Im Folgenden werden als Beispiel einige mögliche Themenfelder aufgezählt:

- Repräsentativität der Stichprobe (alle 6-12 Monate erfolgt ein Vergleich zwischen der Stichprobe und der Gesamtbevölkerung)

- Vergleich zwischen dem Ausländeranteil in der Stichprobe und in der Gesamtbevölkerung
- Schulungs- und Fortbildungstätigkeiten der Mitarbeiter
- Erfolgsanteil bei der Eruierung der Telefonnummern (in Prozent, bezogen auf die gesamte Stichprobe)
- Zeitintervall zwischen der Erhebung und der Eingabe bzw. der effektiven Verfügbarkeit der Daten
- Leistung der Mitarbeiter:
  - Arbeitspensum (Anzahl der Befragungen pro Befrager; Durchschnittsdauer einer Befragung)
  - Rücklaufquote pro Befrager
  - Weigerungsquote und Weigerungsgrund
- Aufteilung der Befragungen auf Werk- und Feiertage und auf unterschiedliche Tageszeiten
- Kosten (z.B. Einheitskosten pro Befragung)

Damit die teilnehmenden Einrichtungen in den einzelnen Gebieten nicht mit allzu großen Datenflussaufträgen überlastet werden, werden die Automatisierung der Kontrollverfahren und die Nutzung (so weit als möglich) des Hauptdatenflusses empfohlen.

Bezüglich einiger Themen sind (wenn möglich nach einem Jahr ab Beginn der Tätigkeit) Ad-hoc-Stichprobenuntersuchungen bei Befragern, Koordinatoren und Befragten bezüglich folgender Themen vorzusehen:

- Auswirkung auf die Dienstätigkeit, Akzeptanz, Motivationsgrad
- tatsächliche Analysetätigkeit in den Sanitätsbetrieben bzw. Regionen
- Selbst-Bewertung der Mitarbeiter bezüglich der eigenen Tätigkeit
- Kommunikation (Verteilung von Berichten, Treffen mit den Mitarbeitern, usw.)
- Akzeptanz seitens der Befragten

Um den Mitarbeiter effiziente Verbesserungsvorschläge unterbreiten zu können und um sie stärker zu motivieren, ist ein Feedback seitens der Befrager und Koordinatoren über die eigene Leistung (siehe Abschnitt Kommunikation) vorgesehen.

## **EVALUIERUNG**

In diesem Zusammenhang sind drei verschiedene Evaluierungsarten zu unterscheiden:

1. Die Evaluierung des abgeschlossenen Projektes seitens des CNESPS wird entsprechend den im Projektdokument vorgesehen Richtlinien vom Wissenschaftlichen Unterausschuss des CCM vorgenommen.
2. Die Evaluierung des Versuchsprojektes während der ersten zwei Jahre richtet sich nach der Erreichung:
  - des allgemeinen Versuchszieles, d. h. ein verlässliches Überwachungssystem über bestimmte Variablen zu finden;
  - der spezifischen Zielsetzungen, d. h.: Testanwendung von Methoden und Materialien zur Erhebung von Informationen, die das Monitoring von Gesundheitsprogrammen der Regionen bzw. Sanitätsbetriebe erlauben, um deren Administration zu vereinfachen und sie eventuell aufgrund der neu erworbenen Daten zu korrigieren.
3. Die Evaluierung des Systems in vollem Betrieb erfolgt auf Grundlage der während der Versuchsphase gewonnenen Erfahrungen.

### **Die Evaluierung des Versuchsprojektes**

Während des Versuchsprojektes können für die Evaluierung verschiedene Fasen unterschieden werden:

1. Propädeutische Fase (Vorbereitungsphase): Bestimmung der (internen und externen, auf nationaler, regionaler, lokaler Ebene) Interessenvertreter und Beratung mit diesen über die Aspekte, die aufgrund ihrer Aussagekraft in die Untersuchung miteinbezogen werden sollen
2. Eigentliche Projektphase (auf Grundlage der erwünschten Eigenschaften des Überwachungssystems, s. u.)
3. Schlussfase:
  - Ausgabe der erwarteten Ergebnisse (in diesem Falle insbesondere Schätzungen über einige Variablen und Zuverlässigkeit derselben)
  - Verbreitung/Veröffentlichung der Ergebnisse
  - Initiativen in den Bereichen Vorsorge und öffentliche Gesundheit auf Grundlage der erzielten Ergebnisse

Die Bewertung des Systemeinflusses auf Umstände großen Maßstabes (etwa auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung) scheint recht unrealistisch, wenn man die relativ kurzen Beobachtungszeiträume, den lokalen Charakter der Maßnahmen und die Komplexität der anderen einfließenden Faktoren berücksichtigt.

### **Mögliche Evaluierungsgegenstände**

Die Auswahl der in die Untersuchung miteinbezogenen Themenbereiche erfolgt in Zusammenarbeit mit den Institutionen und den Interessenvertretern. Dabei wird die Verwendung eines zuverlässigen und erprobten Bezugssystems, etwa des Handbuchs des CDC (Center for disease control), zur Evaluierung der Überwachungssysteme empfohlen; darin werden u. a. die Qualitäten eines solchen Systems erläutert werden: Sensibilität, Einfachheit, Nützlichkeit, Flexibilität, Zukunftsfähigkeit, Kosten, Qualität und Signifikanz.

Folgende Leitfragen sollen hierbei als Beispiel dienen:

- Wie viele Regionen bzw. Sanitätsbetriebe haben am Versuch teilgenommen?
- Wie viele haben mit der Datenerhebung begonnen? Wie viele haben eine Anzahl an Fällen erhoben, die für erste zuverlässige Schätzungen ausreichend ist?
- Sind die erhobenen Daten für die untersuchte Bevölkerung repräsentativ?
- Ist die Administration des Systems einfach genug?
- Ist die Institutionalisierung des Systems nachhaltig?
- Sind die technischen Hilfsmittel ausreichend, damit die Sanitätsbetriebe und Regionen Datensets erstellen, Analysen durchführen und Ergebnisse weiterleiten können?
- Sind die erhobenen Daten im Hinblick auf Vorsorgemaßnahmen der Sanitätsbetriebe und Regionen hilfreich?
- War das Überwachungssystem in der Lage, die nationale Vernetzung der Präventionsabteilungen zu fördern?
- Erfolgte die Weiterleitung der Ergebnisse rechtzeitig?
- Gehen aus dem System Informationen über die Anwendung des Vorsorgeplans hervor?

## AUSBILDUNG UND SCHULUNGEN

Die Ausbildungstätigkeit für das PASSI-Überwachungssystem wird in das Schulungsprojekt des CNESPS für die Regionen eingegliedert werden.

Zur Festlegung der Schulungskriterien für die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder wird auf die Aufgabenbeschreibung der jeweiligen Funktionen (*job description* - s. a. Abschnitt zur Organisation) verwiesen.

Der Ausbildungsplan wird auf Grundlage der Tätigkeiten und der Aufgabenbereiche der unterschiedlichen Berufsbilder festgelegt. Er soll dazu dienen, über eine eingehende Analyse der verschiedenen Kontexte, in denen diese Tätigkeiten erfolgen, auch die verschiedenen Ausbildungsanforderungen richtig einzuschätzen. Bei sämtliche Ausbildungstätigkeiten müssen Inhalten und Methoden den Standardabläufen entsprechen, die in ganz Italien einheitlich angewandt werden.

Eine Evaluierung der Ausbildung ist bezüglich folgender Aspekte vorgesehen:

1. Aneignung der Inhalte seitens der Mitarbeiter:
  - im Hinblick auf die Ausbildung im eigentlichen Sinn (zur Sicherstellung, dass am Ende der jeweiligen Schulung die erwarteten Fähigkeiten beherrscht werden). Dieser Aspekt wird vom Ausbildungsteam selbst bewertet
  - Im Hinblick auf eine Zertifizierung, die den Auftraggebern und der Allgemeinheit belegt, dass das ausgebildeten Personal die notwendigen Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Ausführung der ihm anvertrauten Tätigkeiten vorweisen kann. Diese Akkreditierung wird von externen Einrichtungen durchgeführt
2. Qualitätskontrolle über das Ausbildungssystem im insgesamt (auf nationaler Ebene).

Schon in der Startfase des Systems sollten Maßnahmen zur Schulung und laufenden Fortbildung sowie zur Wiederholung der Zertifizierung nach einem gewissen Zeitabstand vorgesehen werden. Für die Schulungskurse auf allen Ebenen muss eine ECM-Akkreditierung (national bzw. regional) für die betreffenden Berufsbilder angefordert werden.

Die Referenten und Koordinatoren auf regionaler Ebene und auf Betriebsebene sollten die Mitwirkung der entsprechenden Abteilungen für die Mitarbeiterschulung anstreben. Für sämtliche Berufsbilder erarbeitet die Fachgruppe ein Bezugsdokument und ein detailliertes Handbuch, in dem die Aufgaben und Abläufe beschrieben sind, die für die in diesem Bereich tätigen Mitarbeiter von Bedeutung sind.



In einem beigelegten Dokument wird ein Leitfaden für die Ausarbeitung der Schulungspläne für die einzelnen Berufsbilder zu finden sein, der in Übereinstimmung mit dem Ausbildungsprojekt des CNESPS ausgearbeitet werden wird.

## **KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN**

Die Kommunikation stellt eine grundlegende Komponente des Überwachungssystems dar, fördert sie doch:

- den Dialog und die Integration zwischen den teilnehmenden Institutionen und Figuren des öffentlichen Lebens;
- die Zusammenarbeit zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles und die Schaffung von Konsens;
- die Anerkennung der verschiedenen Rollen, Funktionen und Aufgaben;
- den Austausch bezüglich unternommener Tätigkeiten und neuer Initiativen.

Der Kommunikationsplan ist wesentlicher Bestandteil des Überwachungssystems und gilt als unabdingbare Voraussetzung für die Teilnahme am System, sei es auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene.

Der Kommunikationsprozess sollte von Anfang an für die unterschiedlichen Organisations- und Ablauffasen des Systems (Vorbereitungs-, Start-, Datenerhebungs- und Verbreitungsfase der Ergebnisse) überdacht und geplant werden. Kommunikationsarbeit muss ständig erfolgen, während jeder Arbeitsfase, und nicht erst nach Projektabschluss. Es werden Modalitäten zur Überprüfung der umgesetzten Kommunikationstätigkeit (siehe Abschnitte über die Organisation und die Bewertung) vorgesehen.

Ein Kommunikationsplan ist auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene entsprechend den gemeinsamen methodologischen Ansätzen und Kriterien zu erarbeiten. Entsprechend der Zielsetzung des Systems, welches sich besonders auf die lokalen Prioritäten konzentriert, gilt dem Kommunikationsprozess auf Ebene der einzelnen Sanitätsbetriebe besondere Aufmerksamkeit.

Bei der Ausarbeitung des Kommunikationsplanes sind die folgenden Punkte zu beachten:

- die genaue Definition des Begriffes „Kommunikation“;
- der kommunikative Ansatz, auf den Bezug genommen wird;
- eine klare Definition der Funktionen und der Kompetenzbereiche der einzelnen Akteure;

- die Notwendigkeit einer profunden Systemkenntnis seitens der Mitarbeiter (welche durch die Schulung entsprechend gefördert wird);
- die Notwendigkeit des ständigen Informationsaustausches innerhalb der einzelnen Ebenen und derselben untereinander;
- die Schaffung von Netzwerken innerhalb der Sanitätsbetriebe und der Regionen zur Förderung des Erfahrungsaustausches und der Weiterleitung der Ergebnisse. Insbesondere kann der Austausch von Erfahrungen zwischen den Sanitätsbetrieben, die an den PASSI-Querschnittsstudien teilgenommen haben und denen, die nicht daran teilgenommen haben, nützlich sein. Eventuell stattfindende Treffen über die Ergebnisse der PASSI-Querschnittsstudien könnten dazu genutzt werden, über das neue Versuchsprojekt zu informieren und neue Teilnehmer dafür zu gewinnen;
- die Verwendung von flexiblen Kommunikationsmitteln, die auf jede Situation (je nach Empfänger, finanziellen Mitteln, Mitarbeiterverfügbarkeit, Fristen allgemeinem Umfeld) abgestimmt werden können;
- die Entwicklung eines Kommunikationsprozesses schon während der einzelnen Fasen des Versuchs;
- die Bedeutung der internen Kommunikation in der Vorbereitungs- und Datenerhebungsphase. Diese richtet sich insbesondere an:
  - die Mitarbeiter und Einrichtungen des Sanitätsbetriebes, die direkt in die Organisation und die Umsetzung der Untersuchung auf den verschiedenen Ebenen involviert sind (Ministerium, CCM, Wissenschaftlicher Unterausschuss des CCM, Interregionale Koordinierungsstelle für Gesundheitsvorsorge, Assessorate, Direktoren der Sanitätsbetriebe, Regionalreferenten und -koordinatoren, Referenten und Koordinatoren der Sanitätsbetriebe, Befrager);
  - Entscheidungsträger, Fachleute mit direktem Kontakt zur lokalen Bevölkerung (Allgemeinmediziner, Kinderärzte), Mitarbeiter bestimmter Dienste (Impfdienste, Beratungsstellen, Ambulatorien), lokale Institutionen (lokale Körperschaften, Schulen, usw.) und andere Interessenvertreter, Meinungsführer, Patientenvereinigungen, Konsumentenorganisationen usw., die zur Bewerbung der Untersuchung bei der Bevölkerung, zu deren Durchführung, zur Nutzung der Ergebnisse und zur Umsetzung der darauf folgenden Maßnahmen beitragen können.

In den Sanitätsbetrieben und in den Regionen sind spezifische Kommunikationsformen, institutioneller oder anderer Art, vorzusehen. Vor dem lokalen Hintergrund ist es besonders

wichtig, Schlüsselfiguren für die Sanitätseinrichtung und die Gemeinschaft festzulegen, die bestmöglichen Kommunikationsformen an sie zu finden und die Übermittlung der Informationen an die Allgemeinheit zu fördern.

Relevante Informationen sollten in eine Form gebracht werden, die ihrem Zielpublikum angepasst wird, und über geeignete Kommunikationsmittel mitgeteilt werden. So ist etwa in der Fase, in der die Ergebnisse verbreitet werden, nebst einer Aussendung von Berichten, Rundschreiben usw. auch die Abhaltung von Diskussionsrunden mit den betroffenen Gesundheitsdiensten nützlich, damit die Ergebnisse des Überwachungssystems in den größeren Kontext eingebettet und möglichst effizient genutzt werden. Eine derartige Abstimmung der Kommunikation kann die darauf folgende Fase, in der die aktive Involvierung Dritter vorgesehen ist, erleichtern. Dies stellt ebenso einen wichtigen Beitrag zur Förderung der aktiven Beteiligung der Allgemeinheit dar.

Zur Einordnung der vorgesehenen Maßnahmen in ein logisches und chronologisches Schema kann die Erstellung einer Tabelle für jede Ebene (national, regional und lokal) nützlich sein, wobei - wie in der unten stehenden Beispieltabelle ersichtlich - darin die einzelnen Fasen und die Kommunikationsempfänger, -ziele, -tätigkeiten und -mittel samt den entsprechenden Evaluierungsmodalitäten angegeben werden.

<b>FASEN</b>	<b>Empfänger</b>	<b>Kommunikations- ziele</b>	<b>Kommunikations- tätigkeit</b>	<b>Kommunikations- mittel</b>	<b>Evaluierung</b>
Vorbereitung/ Start					
Datenerhebung					
Verbreitung der Ergebnisse					
Vorschläge für Folgemaß- nahmen					

Auf lokaler Ebene stellt die Fachgruppe die Leitkriterien und - sofern möglich - die Mittel, um:

- a) interne und externe Interessensvertreter (und deren Prioritätsebenen) zu bestimmen;
- b) die Kommunikationsziele festzulegen (Bewerbung des Systems, Miteinbeziehung Dritter), unter genauer Angabe;

- möglicher argumentativer Angelpunkte (für jedes Ziel und für jeden Gesprächspartner kann auf bestimmte Aspekte eingegangen werden, die einen positiven Gesprächsausgang fördern)
- möglicher Antworten auf Gegenargumente
- c) Informationsfasen und -zeiten zu bestimmen;
- d) die am besten geeigneten Kommunikationsmodalitäten zu bestimmen, je nach Gesprächspartner, nach Prioritäten abgestuft. Zu diesem Zweck wird ein Paket mit verschiedenen Hilfsmitteln (u. a.: Dias, Pressemitteilungen, Vorschläge für in Diskussionsrunden angesprochene Inhalte, Artikel, Rundschreiben, Newsletters, Zusammenfassungen der wichtigsten Inhalte) bereitgestellt;
- e) die Maßnahmen zu bestimmen, mit denen die Nutzung der Ergebnisse in der lokalen Vorsorge- und Gesundheitsplanung gefördert wird.

Diese Tätigkeiten fließen teilweise auch in den Schulungsplan (s. a. Abschnitt über die Fortbildungsmaßnahmen) ein.

Die Web-Präsenz stellt ein nützliches Instrument dar, mit dem dem Nutzer ein umfassendes Bild über das PASSI-System vermittelt wird und die veröffentlichten Berichte sowie damit zusammenhängende Materialien eingesehen werden können. Das Ziel ist die Schaffung eines möglichst umfassenden, ganzheitlichen und von allen Teilnehmern unterstützen Internetauftrittes, der auch von Personen, die nicht in das sog. „primäre Target“ (direkt involvierte Mitarbeiter und Fachleute des Gesundheitsbereiches, Entscheidungsträger, Stakeholder) fallen, genutzt werden kann.

## **SCHLUSSBEMERKUNGEN**

Das PASSI-Überwachungssystem wurde als zusätzliches Hilfsmittel für Maßnahmen im Gesundheitsbereich, besonders in den einzelnen Sanitätsbetrieben und in den Regionen, konzipiert. Bei der Planung wurde deshalb sehr auf Einfachheit und Flexibilität geachtet.

Die Berücksichtigung einiger Anforderungen ist dennoch notwendig, damit das System seinen Zweck erfüllen und zuverlässige und vergleichbare Ergebnisse hervorbringen kann:

- Nutzung des einheitlichen Fragebogens, insbesondere hinsichtlich des Kernfragenkatalogs und den abwechselnd einzubauenden Fragenmodulen, einschließlich der Anordnung der Fragen, und Einhaltung der mit der Fachgruppe des CNESPS vereinbarten Verfahren

- Einhaltung der vorbestimmten monatlichen Anzahl an Befragungen
- Möglichst rasche Eingabe der Daten in das System
- Einrichtung der nötigen Verfahren und Strukturen, um die unmittelbare Kontrolle und die kontinuierliche Weiterbildung der Mitarbeiter zu ermöglichen
- Planung und Umsetzung eines Kommunikationsplanes

Sollten die einzelnen lokalen Einrichtungen (Sanitätsbetriebe und Regionen) sich nicht an diese Kriterien halten, können die erhobenen Daten nicht als aus dem PASSI-Überwachungssystem hervorgehende Informationen berücksichtigt werden.