

GESUNDHEIT21

*Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“
für die Europäische Region der WHO*

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO

(Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ ; Nr. 6)

1.Gesundheit für alle 2.Gesundheitspolitik 3.Prioritäten im Gesundheitswesen 4.Regionalplanung 5.Europa I.Serie

ISBN 92 890 7349 7
ISSN 1012-7372

(NLM Klassifikation: WA 540 GA1)

Die Weltgesundheitsorganisation ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befaßt. Über diese 1948 gegründete Organisation tauschen Vertreter der Gesundheitsberufe von über 190 Ländern ihr Wissen und ihre Erfahrungen aus, in dem Bestreben, allen Menschen der Welt ein Gesundheitsniveau zu ermöglichen, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros in allen Teilen der Welt, die eigene auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme haben. In der Europäischen Region leben rund 870 Millionen Menschen – in einem Gebiet, das von Grönland im Norden und dem Mittelmeer im Süden bis zu den Küstengebieten der Russischen Föderation am Pazifik reicht. Deshalb konzentriert sich das europäische Programm der WHO sowohl auf die Probleme der Industriegesellschaft als auch auf die Probleme der neuen Demokratien in Mittel- und Osteuropa sowie in der ehemaligen UdSSR. Die Tätigkeiten des Regionalbüros im Rahmen seiner Strategie „Gesundheit für alle“ erstrecken sich auf folgende drei Schwerpunktbereiche: gesunde Lebensweisen, gesunde Umwelt und bedarfsgerechte Dienste zur Prävention, Behandlung und Gesundheitsversorgung.

Charakteristisch für die Europäische Region ist ihre Sprachenvielfalt, die die Informationsverbreitung erschwert. Deshalb werden Anträge auf Genehmigung der Übersetzung von Büchern des Regionalbüros begrüßt.

Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6

GESUNDHEIT 21

*Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“
für die Europäische Region der WHO*



**Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa
Kopenhagen**

ISBN 92 890 7349 7

ISSN 1012-7372

Die Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf auszugsweise oder vollständige Vervielfältigung oder Übersetzung von Veröffentlichungen der Organisation; entsprechende Anträge und Anfragen sind zu richten an: WHO-Regionalbüro für Europa (Referat Veröffentlichungen), Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark. Das Referat erteilt außerdem Auskünfte über eventuelle Textänderungen, geplante Neuauflagen, Neudrucke und Übersetzungen.

© Weltgesundheitsorganisation 1999

Die Veröffentlichungen der Weltgesundheitsorganisation sind gemäß den Bestimmungen von Protokoll 2 der Allgemeinen Urheberrechtskonvention urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens des Sekretariats der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die Länder- oder Gebietsbezeichnungen entsprechen dem Stand bei der Fertigstellung der Publikation in der Originalsprache.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, daß diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen, nicht erwähnten ähnlicher Art bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

PRINTED IN DENMARK

WELTGESUNDHEITSERKLÄRUNG

Auf der 51. Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 von der Weltgesundheitsgemeinschaft verabschiedet

I

Wir, die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), bekräftigen unsere Verpflichtung auf das in der WHO-Satzung verankerte Prinzip, daß es zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört, sich der bestmöglichen Gesundheit erfreuen zu können, und damit bekräftigen wir zugleich die Würde und den Wert einer jeden Person und die für alle geltenden gleichen Rechte, aber auch das Prinzip, daß alle die gleichen Pflichten und Verantwortlichkeiten für die Gesundheit haben.

II

Wir erkennen an, daß die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschen das Endziel der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung darstellt. Wir fühlen uns den ethischen Konzepten von Chancengleichheit, Solidarität und sozialer Gerechtigkeit und der Einbeziehung einer die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen berücksichtigenden Perspektive in unsere Strategien verpflichtet. Wir betonen, daß es wichtig ist, bei der Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung soziale und wirtschaftliche Chancenungleichheiten abzubauen. Deshalb muß unsere größte Aufmerksamkeit unbedingt denen gelten, die unsere Hilfe am dringendsten brauchen, die durch Krankheit belastet sind, gesundheitlich unzulänglich versorgt werden oder von Armut betroffen sind. Wir bestätigen unseren Willen, die Gesundheit zu fördern, indem wir die grundlegenden Determinanten und die Grundvoraussetzungen von Gesundheit angehen. Wir erkennen an, daß Veränderungen im weltweiten Gesundheitszustand voraussetzen, daß wir der „Politik Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert“ **durch relevante regionale und nationale Konzepte und Strategien**¹ Wirkung verleihen.

III

Wir verpflichten uns erneut darauf, unsere Gesundheitssysteme, darunter die der öffentlichen Gesundheit dienenden Grundfunktionen und -dienste auszubauen, anzupassen und gegebenenfalls zu reformieren, um die allgemeine Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten sicherzustellen, die sich auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse stützen, qualitativ gut sind, sich in bezahlbaren Grenzen halten und zukunftsfähig sind. Wir beabsichtigen, die Verfügbarkeit der in der Erklärung von Alma-Ata² dargelegten und in der neuen Politik

¹ In der Originalfassung ist diese Textstelle nicht hervorgehoben.

² Auf der Internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, Alma-Ata, 6.–12. September 1978 verabschiedet und von der 32. Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA32.30 unterstützt (Mai 1979).

weiterentwickelten Grundlagen der primären Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Wir werden weiterhin daran arbeiten, Gesundheitssysteme zu schaffen, die durch bedarfsgerecht gesteuerte öffentliche und private Maßnahmen und Investitionen in Gesundheit auf die derzeitigen und voraussichtlichen künftigen gesundheitlichen Verhältnisse, die sozioökonomischen Gegebenheiten und die Bedürfnisse der Menschen, Gemeinschaften und Länder reagieren können.

IV

Wir erkennen an, daß in der Arbeit für die Gesundheit alle Nationen, Gemeinschaften, Familien und die einzelnen Menschen gleichermaßen voneinander abhängig sind. Als eine Gemeinschaft von Nationen werden wir gemeinsam handeln, um den allgemeinen Bedrohungen der Gesundheit begegnen und weltweit das Wohlergehen der Menschen fördern zu können.

V

Wir, die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation, beschließen hiermit, die in dieser Erklärung niedergelegten Rechte und Prinzipien, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten durch konzertiertes Handeln, gleichberechtigte Mitsprache und partnerschaftliche Zusammenarbeit zu fördern und zu unterstützen, und rufen alle Menschen und Institutionen auf, sich die Vision der Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert zu eigen zu machen und gemeinsam danach zu streben, diese Vision zu verwirklichen.

DANKSAGUNG

Das neue Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO ist das Ergebnis eines umfangreichen zweijährigen Arbeitsprozesses, in dessen Verlauf die Entwürfe zu diesem Dokument von Mitgliedstaaten, WHO-Netzwerken und Foren, Organisationen der Vereinten Nationen, internationalen Organisationen und Organisationen der Integration, nichtstaatlichen Organisationen und verschiedenen Experten des öffentlichen Sektors wie auch des Privatsektors überprüft und kommentiert worden sind. Bei dieser Gelegenheit möchte ich allen danken, die – auf ganz unterschiedliche Art und Weise und in ganz unterschiedlichen Funktionen – zu diesem Prozeß und zu dem Endprodukt beigetragen haben.

J.E. Asvall
WHO-Regionaldirektor für Europa

ANMERKUNG FÜR DEN LESER

Kapitel 1 Die GFA-Vision beschreibt die Vision, Ziele und Wertprinzipien der „Gesundheit für alle“ (GFA) und gibt die Hauptrichtung für dieses neue gesundheitspolitische Konzept vor.

Kapitel 2 Gesundheitliche Chancengleichheit durch solidarisches Handeln sichern konzentriert sich auf die Förderung der Solidarität unter den Mitgliedstaaten bei der gesundheitlichen Entwicklung und der gesundheitlichen Chancengleichheit unter den Bevölkerungsgruppen in jedem Land.

Kapitel 3 und 4 erläutern die erwünschten gesundheitlichen Ergebnisse für die Bevölkerung der Region. *Kapitel 3 Bessere Gesundheit für die 870 Mio. Menschen in der Europäischen Region* konzentriert sich darauf, wie die Menschen während ihres gesamten Lebens einen besseren Gesundheitszustand erreichen können, und *Kapitel 4 Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und Verletzungen* schlägt Strategien vor, um die Inzidenz, Prävalenz und Auswirkungen von spezifischen Krankheiten und von anderen Ursachen für schlechte Gesundheit zu verringern.

Kapitel 5 und 6 nennen die Palette von Strategien und Maßnahmen, mit denen das übergeordnete Ziel „Gesundheit für alle“ erreicht werden soll. *Kapitel 5 Multisektorale Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit* konzentriert sich auf Handlungsansätze vieler Sektoren, um für die Bürger ein gesundheitsförderliches natürliches, wirtschaftliches, soziales und kulturelles Umfeld sicherzustellen und *Kapitel 6 Ergebnisorientierter Gesundheitssektor* befaßt sich mit der Ausrichtung des Gesundheitssektors, um mehr Chancengerechtigkeit, Kostenwirksamkeit und einen größeren Zugewinn an Gesundheit zu erreichen.

Kapitel 7 Konzepte und Instrumente zur Steuerung des Wandels schlägt Wege zur Mobilisierung politischer, professioneller und öffentlicher Hilfe für die GFA auf allen Ebenen vor. Es zielt darauf ab, durch innovative Partnerschaften, vereinende Grundsatzprogramme und einen Gesundheitsentwicklungsprozeß, der auf die neuen Realitäten in der Europäischen Region maßgerecht zugeschnitten ist, einer breiten gesellschaftlichen Bewegung für die Gesundheit den Weg zu bereiten.

Kapitel 8 GESUNDHEIT21 – neue Handlungsmöglichkeiten enthält Schlußbemerkungen und eine Vorschau auf die künftigen Herausforderungen.

INHALT

	<i>Seite</i>
Weltgesundheitserklärung	v
Danksagung	vii
Anmerkung für den Leser	viii
Kapitel 1 Die GFA-Vision	1
1.1 Die Europäische Region der WHO an einem wichtigen Wendepunkt	1
1.2 Die „Gesundheit für alle“ und ihre Ziele	3
1.3 Die Rolle der internationalen Gemeinschaft im allgemeinen und der WHO im besonderen	5
1.4 Schlußfolgerung	7
Kapitel 2 Gesundheitliche Chancengleichheit durch solidarisches Handeln sichern	9
2.1 Solidarität für die Gesundheit unter den europäischen Ländern erreichen	9
2.2 Schließung der gesundheitlichen Kluft innerhalb der Länder	16
2.2.1 Die Armen	16
2.2.2 Die Arbeitslosen	17
2.2.3 Geschlechtsspezifische gesundheitliche Chancenungleichheiten	17
2.2.4 Ethnische Minderheiten, Migrantinnen und Flüchtlinge	18
2.2.5 Die Behinderten	18
Kapitel 3 Bessere Gesundheit für die 870 Millionen Menschen in der Europäischen Region	23
3.1 Übergangsphasen im menschlichen Leben und die Gesundheit	23
3.2 Ein gesunder Lebensanfang	26
3.3 Gesundheit junger Menschen	32
3.4 Gesundheit von Erwachsenen	37
3.5 Altern in Gesundheit	41
3.6 In Würde sterben	46
Kapitel 4 Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und Verletzungen	49
4.1 Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten durch schlechte Gesundheit	49
4.2 Psychische Gesundheit	51
4.3 Übertragbare Krankheiten	54

4.3.1	Zur globalen Eradikation bzw. Eliminierung in der Europäischen Region vorgesehene Krankheiten	61
4.3.2	Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Impfung	62
4.3.3	Bekämpfung anderer übertragbarer Krankheiten	64
4.4	Nichtübertragbare Krankheiten	67
4.5	Verletzungen infolge von Gewalteinwirkung und Unfällen	75
4.6	Katastrophenfälle	78
Kapitel 5	Multisektorale Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit	81
5.1	Die biologische Grundlage von Gesundheit	83
5.2	Natürliche und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit	86
5.2.1	Natürliche Umwelt	87
5.2.2	Soziale und wirtschaftliche Determinanten von Gesundheit	94
5.3	Gesunde Lebensweisen	100
5.3.1	Gesunde Entscheidungen und gesundes Verhalten	101
5.3.2	Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden	108
5.4	Settings zur Förderung der Gesundheit	117
5.5	Multisektorale Verantwortlichkeit für die Gesundheit	126
5.5.1	Rechenschaftspflicht erreichen	127
5.5.2	Gesundheitsdienliche Maßnahmen anderer Sektoren	129
Kapitel 6	Ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung	139
6.1	Einleitung	139
6.2	Die Integration von primärer Gesundheitsversorgung und Krankenhausdiensten	142
6.2.1	Funktionen integrierter Gesundheitsdienste	145
6.2.2	Die organisatorische Gestaltung einer integrierten Gesundheitsversorgung	147
6.2.3	Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung	150
6.2.4	Krankenhäuser	151
6.3	Ein qualitätsbewußtes, ergebnisorientiertes Management der Versorgung	152
6.3.1	Auf Resultate ausgerichtete Managementinstrumente	158
6.3.2	Ergebnisorientierte Planungsinputs	158

6.4	Finanzierung und Zuweisung von Ressourcen für Gesundheitswesen und Gesundheitsversorgung	159
6.4.1	Finanzielle Ressourcen	159
6.4.2	Humanressourcen	165
6.4.3	Arzneimittel	171
6.4.4	Medizinische Ausrüstung	174
6.5	Infrastruktur des Gesundheitswesens	175
6.5.1	Public-Health-Manager	176
6.5.2	Andere Gruppen, die für Public Health arbeiten	178
Kapitel 7	Konzepte und Instrumente zur Steuerung des Wandels	181
7.1	Einleitung	181
7.2	Ausbau der Wissensbasis für Gesundheit	182
7.2.1	Forschung	182
7.2.2	Unterstützung durch Gesundheitsinformation	183
7.3	Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	188
7.3.1	Regierungen	192
7.3.2	Politiker	192
7.3.3	Einschlägige Experten	193
7.3.4	Nichtstaatliche Organisationen	194
7.3.5	Privatsektor	195
7.3.6	Der einzelne Bürger	195
7.3.7	Zusammenführung von Partnern für gemeinsame Aktionen	195
7.4	Planung, Umsetzung und Evaluierung von GFA-Konzepten	199
7.4.1	Eine klare Zielrichtung für den Weg nach vorn	201
7.4.2	Bewußtseinsbildung	202
7.4.3	Abstimmung des Prozesses	202
7.4.4	Suche nach einem Konsens	203
7.4.5	Zielsetzung	203
7.4.6	Erreichung von Transparenz	204
7.4.7	Legitimierung des Prozesses	205
7.4.8	Schaffung neuer Bündnisse	205
7.4.9	Erweiterung des Instrumentariums zur Umsetzung der Politik	206
7.4.10	Koordinierung, Monitoring und Evaluierung der Fortschritte	206
Kapitel 8	GESUNDHEIT21 – neue Handlungsmöglichkeiten	209

Anhang 1	Querverbindungen zwischen den globalen und regionalen GFA-Zielen	213
Anhang 2	21 Ziele für das 21. Jahrhundert und vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren.....	217
Anhang 3	Terminplan: Die wichtigsten Vorhaben 1998–2005	249
Anhang 4	Verzeichnis der im Englischen benutzten Abkürzungen und deutsches Äquivalent	253
Anhang 5	Englisch-deutsches Begriffsglossar	255
Anhang 6	Literaturhinweise	267

Kapitel 1

Die GFA-Vision

1.1 Die Europäische Region der WHO an einem wichtigen Wendepunkt

Rund 870 Millionen Menschen leben in der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – in 51 Ländern, die von Grönland im Westen bis zu den pazifischen Küsten der Russischen Föderation im Osten reichen. Wie im übrigen Teil der Welt vollzieht sich in der Region ein tiefgreifender Wandel und die jüngsten raschen Entwicklungen auf dem Gebiet der Information – und anderer Technologien kann sehr wohl zu einer neuen „industriellen Revolution“ mit einschneidenden Konsequenzen führen, deren volles Ausmaß noch nicht vorherzusehen ist.

Die Region ist sehr kontrastreich. Ihre Mitgliedstaaten haben sich zwar sämtlich den Prinzipien der Demokratie, Menschenrechte und des politischen Pluralismus verschrieben, doch umfaßt die Region einerseits einige hochentwickelte, reiche Länder und andererseits einige arme oder sogar sehr arme Länder. Viele Länder kämpfen noch mit den Nachwehen des demokratischen, sozialen und wirtschaftlichen Umbruchs, der sich seit Anfang der 1990er Jahre vollzogen hat.

Im letzten Jahrzehnt erhöhte sich die Zahl der Mitgliedstaaten in der Region von 31 auf 51, und das Ausmaß und die Reichweite ihrer Probleme haben zugenommen. Anhaltende Armut und Arbeitslosigkeit verschärfen die Ungleichheiten und sind in vielen Ländern Anlaß für die Verschlechterung der Lebensweise, die zunehmende Gewalt und den geringeren sozialen Zusammenhalt. Zweifel an der Qualität der Gesundheits- und anderer Dienste sowie das Ungleichgewicht zwischen der Nachfrage nach und der Verfügbarkeit von Ressourcen haben in zahlreichen Ländern die Befürchtung aufkommen lassen, daß die hart erkämpften Netze sozialer Sicherheit und die Sozialleistungen abgebaut werden könnten. Zunehmende Globalisierung, Dezentralisierung und Pluralismus bieten zwar neue Möglichkeiten, haben indessen aber auch oft den Eindruck hinterlassen, daß der einzelne – ja sogar Regierungen – immer weniger Kontrolle über gesundheitsrelevante Entscheidungen haben.

In den 1990er Jahren verkürzte sich die durchschnittliche Lebenserwartung der 870 Millionen Einwohner der Europäischen Region tatsächlich zum ersten Mal seit dem Zweiten Weltkrieg, weitgehend

aufgrund einer Verschlechterung der gesundheitlichen Lage in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion (GUS) und in einigen mittel- und osteuropäischen Ländern (MOE). In nahezu allen Ländern vergrößerte sich das gesundheitliche Gefälle zwischen den gutsituierten und den unterprivilegierten sozioökonomischen Gruppen. Die Situation ist zwar von Land zu Land unterschiedlich, doch generell gesehen stellen nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten, Unfälle, psychische Gesundheitsstörungen sowie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen die größten gesundheitlichen Probleme in der Region dar; ihre relative Priorität unterscheidet sich je nach den zur Beurteilung angewendeten Parametern (Mortalität, Behinderungen usw.). Allzu viele Menschen sterben frühzeitig, obgleich das Wissen und die Mittel, solche vorzeitigen Todesfälle zu verhindern, vorhanden sind.

Wenn man die künftige Gesundheitsentwicklung in Europa betrachtet, müssen unbedingt auch die Unwägbarkeiten in Betracht gezogen werden. Besonders wichtige Phänomene in dieser Hinsicht sind z. B. Migration und Sozialkonflikte. Informationstechnologie, Gentechnologie, Biotechnik und Mikrotechnik entwickeln sich rapide weiter und beeinflussen unsere Kommunikation, unsere Arbeitsweise, unsere Umwelt und die Art der Gesundheitsleistungen.

Dennoch gibt es auch reichlich Anlaß zu Hoffnung und Optimismus. Selbst wenn die Lage noch nicht überall entspannt ist, so haben doch die in der ersten Hälfte der 1990er Jahre so zahlreichen kriegerischen Konflikte in der Region nachgelassen. Somit könnte das 21. Jahrhundert sehr wohl zum ersten Jahrhundert werden, in dem die Länder humane Entwicklung zu ihrem zentralen Anliegen machen. Die Menschen und Länder beginnen, die ersten Traumen der kürzlichen Veränderungen zu überwinden und stärkere bürgerliche Gesellschaften gehen daraus hervor. In den meisten Teilen der Region existieren bereits solide Infrastrukturen für Verkehr und Kommunikation sowie für öffentliche Dienste wie Wasser- und Elektrizitätsversorgung, Wohnungsbau usw.

Darüber hinaus ist der Bildungsstand der Bevölkerung in der Region hoch. Die Informationsbasis, die Forschungskapazität und das Know-how haben in der Welt eine Spitzenposition und die derzeit enorme Expansion der Kommunikationstechnik wird eine rasche Wissensverbreitung ermöglichen. Wissenschaftlicher und technischer Fortschritt weisen bereits den Weg zu neuen, besseren Instrumenten für gesundheitlichen Zugewinn. Die Erweiterung der Europäischen Union bietet neue Möglichkeiten zur Zusammenarbeit und gegenseitigen Unterstützung der Länder.

Besonders wichtig ist die Tatsache, daß die Europäische Region der WHO inzwischen über nahezu 15jährige Erfahrungen verfügt, gemeinsam eine ergebnis- und zielorientierte innovative Gesundheitspolitik zu konzipieren, umzusetzen, zu überwachen und evaluieren, die die Bemühungen um Förderung gesunder Lebensweisen, einer gesunden Umwelt und einer qualitätsorientierten und kostenwirksamen Gesundheitsversorgung vereint. Die umfangreiche praktische Erfahrung in den europäischen Ländern hat den großen Vorteil dieses Ansatzes demonstriert, und es konnte eine umfassende Wissensbasis darüber aufgebaut werden, wie man den Weg für eine „Gesundheit für alle“ (GFA) am besten ebnen könne. Durch intensive Bemühungen wandelte sich „Gesundheitsförderung“

von einer vagen Idee zu einem wesentlichen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Dies setzt eine übergeordnete „Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ voraus sowie eine Reihe von konkreten, detaillierten Strategien und Methoden, um die psychische Gesundheit, eine gesundheitsbewußte Ernährungsweise und körperliche Betätigung zu fördern und um die mit Tabak, Alkohol und Drogengebrauch verbundenen Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Die Konferenzen von Frankfurt (1989) und Helsinki (1994) haben eine regionsweite Strategie für eine gesunde Umwelt geschaffen, und dieser Ansatz wurde tatsächlich von jedem Mitgliedstaat durch sektorübergreifende länderspezifische Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit (NEHAPs) aktiv weitergeführt.

Ein ergebnisorientierter Ansatz in der klinischen Medizin, der ein laufendes Monitoring ausgewählter Qualitätskriterien und ein Feedback durch adäquate Informationssysteme nach sich zieht, wurde entwickelt. Dabei ist ein beeindruckendes Potential für eine Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung, Erhöhung der Kostenwirksamkeit von Gesundheitsdiensten und mithin der Erschließung von Ressourcen zutage getreten, die zur Einführung neuer Gesundheitsversorgungstechnologien verwendet werden können. Andere Versuche, die Gesundheitsversorgung zu reformieren, haben bessere Möglichkeiten zur Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung aufgezeigt. Und nicht zuletzt wurde eine neue Strategie entwickelt, die durch Bildung von Kooperationsnetzen die Idee der GFA in eine breite soziale Bewegung verwandelt hat. Diese Netzwerke geben den Anstoß zur Zusammenarbeit vieler Sektoren und Organisationen in zukunftsbeständigen Partnerschaften von Regionen, Städten, Schulen, Arbeitsstätten, Gesundheitsinstitutionen und Berufsverbänden, nichtstaatlichen Organisationen usw., die sich vereint bemühen, den GFA-Gedanken in ihren jeweiligen Tätigkeitsbereichen Wirklichkeit werden zu lassen.

In dieser Situation haben die Mitgliedstaaten eine starke Verpflichtung zum Handeln, um die negativen Gesundheitstrends zu stoppen und umzukehren, indem sie die neuen Gelegenheiten, die diese gemeinschaftliche Erfahrung bietet, nutzen. Nur durch Zusammenarbeit kann dieses Szenario von „Hoffnung und Optimismus“ Realität werden.

1.2 Die „Gesundheit für alle“ und ihre Ziele

Das von der Weltgemeinschaft 1998 angenommene gesundheitspolitische Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ im 21. Jahrhundert zielt darauf ab, die während der Weltgesundheitsversammlung 1977 geborene und auf der Konferenz von Alma-Ata im Jahre 1978 konkretisierte Vision der „Gesundheit für alle“ zu realisieren. Es gibt – für die ersten beiden Jahrzehnte des 21. Jahrhunderts – globale Prioritäten und zehn Ziele vor, die die Voraussetzungen dafür schaffen, daß die Menschen weltweit während ihres gesamten Lebens den höchstmöglichen Gesundheitszustand erreichen und bewahren.

Das regionale GFA-Rahmenkonzept ist eine Reaktion auf das Postulat der Weltgesundheitserklärung, auf der Basis der globalen Politik (s. innere Umschlagseite) regionale und nationale Grundsatzprogramme zu entwickeln, und es steht im Einklang mit dem 1991 verabschiedeten regionalen GFA-Aktionsplan (d. h. dem Zeitplan für die wichtigsten Vorhaben), in dem gefordert wurde, dem WHO-Regionalkomitee für Europa 1998 ein aktualisiertes Konzept zu unterbreiten. Die Weltgesundheitserklärung ihrerseits ersucht alle Mitgliedstaaten, auf nationaler und internationaler Ebene zu handeln.

Das vorliegende Dokument zur GFA bildet den Rahmen für ernste Bemühungen um Verbesserung der Gesundheit durch Anwendung der besten Strategien, die sich in den letzten 10–15 Jahren aus den gemeinsamen Erfahrungen der Region herauskristallisiert haben. Die in diesem neuen gesundheitspolitischen Konzept für die Europäische Region enthaltenen Argumente demonstrieren die wesentlichen Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Armut und sozialem Zusammenhalt und zeigen, wie die Bemühungen um die Gesundheit und gesundheitliche Entwicklung jetzt als wichtiger Beitrag zum stärkeren sozialen Zusammenhalt zwischen und unter den Völkern der Region zutage treten.

Das Konzept GESUNDHEIT21 für die Europäische Region der WHO ist durch folgende Hauptelemente gekennzeichnet:

Das **konstante oberste Ziel** ist, für alle das volle gesundheitliche Potential zu erreichen.³

Die Bemühungen um Erreichung dieses übergeordneten Ziels orientieren sich an:

Zwei Hauptzielen für bessere Gesundheit:

- Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens;
- Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden.

Drei Grundwerte bilden die ethische Grundlage:

- Gesundheit als fundamentales Menschenrecht;
- gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität bei den Handlungen zwischen Ländern, zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder und zwischen Männern und Frauen; sowie
- Partizipation und Rechenschaftspflicht des einzelnen wie auch von Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen, Organisationen und Sektoren in der gesundheitlichen Entwicklung.

³ Siehe im englisch-deutschen Begriffsglossar (Anhang 5) die Definition von „health“ – Gesundheit und „health potential“ – gesundheitliches Potential.

Vier Hauptstrategien für Maßnahmen wurden gewählt, um sicherzustellen, daß wissenschaftliche, wirtschaftliche, soziale und politische Nachhaltigkeit die Umsetzung der GESUNDHEIT21 vorantreibt:

- multisektorale Strategien, um sich mit den Determinanten für Gesundheit auseinanderzusetzen und dabei die physischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und geschlechtsspezifischen Perspektiven zu berücksichtigen und Beurteilungen der gesundheitlichen Auswirkungen sicherzustellen;
- auf das Gesundheitsresultat ausgerichtete Programme und Investitionen zur gesundheitlichen Entwicklung und klinischen Versorgung;
- integrierte familien- und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung, unterstützt durch ein flexibles, reaktionsfähiges Krankenhaussystem; sowie
- ein partizipatorischer Gesundheitsentwicklungsprozeß, der relevante Partner für die Gesundheit auf allen Ebenen – Zuhause, Schule und Arbeitsplatz, örtliche Gemeinde und Land – einschließt und der ein gemeinsames Vorgehen im Entscheidungsprozeß, bei der Umsetzung und hinsichtlich der Rechenschaft fördert.

21 GFA-Ziele wurden für die Europäische Region vorgegeben. Sie bilden den Maßstab für die Beurteilung der Fortschritte hinsichtlich der Gesundheitsverbesserung und des Gesundheitsschutzes sowie der Reduzierung von Gesundheitsrisiken. Die 21 GFA-Ziele bilden zusammen den Rahmen für die Gestaltung der Gesundheitspolitik in der Europäischen Region. Sie sind nicht als ein Katalog von Vorschriften gedacht, sondern stellen zusammengenommen das Wesen der europäischen Politik dar. Diese Ziele entsprechen den Postulaten der Weltgesundheitserklärung und reflektieren die in dem globalen Konzept „Gesundheit für alle“ im 21. Jahrhundert beschriebenen Herausforderungen. Sie sind jedoch spezifisch auf die Situation und die Erfordernisse in der Europäischen Region zugeschnitten, sozusagen die „regionale Antwort“ darauf. Anhang 1 beschreibt die Querverbindungen zwischen den globalen und den regionalen Zielen. Dort, wo die europäischen Ziele quantifiziert wurden, repräsentieren die angegebenen Werte den Durchschnitt für die gesamte Region bzw. in einigen (spezifizierten) Fällen für bestimmte Länder-Untergruppen (s. Anhang 2).

Es wird davon ausgegangen, daß Länder, nachgeordnete politische Einheiten, Städte und Kommunen usw. in der Europäischen Region diese Ziele genau ihren jeweiligen örtlichen Verhältnissen, Erfordernissen und Möglichkeiten anpassen.

1.3 Die Rolle der internationalen Gemeinschaft im allgemeinen und der WHO im besonderen

Die Europäische Region der WHO verfügt mit ihren zahlreichen Organisationen, die mit den Ländern zusammenarbeiten und deren Bemühungen unterstützen können, über eine hervorragende

Ressource. Die Europäische Union, eine integrierende Organisation mit einem starken Mandat für sektorübergreifende gesundheitsbezogene Maßnahmen verfügt über ein großes Potential, zu dieser Entwicklung beizutragen. Der Europarat, mit seinem Hauptanliegen, für Demokratie, Menschenrechte und Ethik einzutreten, kann eine wichtige Kraft sein, um sicherzustellen, daß die ethischen Grundwerte auch tatsächlich in internationalen Übereinkommen, an denen sich einzelne Länder und Kommunen orientieren, verfochten werden. Die Weltbank, die Europäische Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (EBWE) sowie andere Finanzierungsinstitutionen, einschließlich der Geberorganisationen, können die Finanzierung wichtiger neuer Investitionen in Einklang mit der Politik und den unterschiedlichen Erfordernissen einzelner Länder wesentlich unterstützen. Die Organisationen des Verbands der Vereinten Nationen können durch ihren Beistand zur politischen Gestaltung auf nationaler Ebene und durch konkrete Unterstützung von Programmen und Projekten in vielen Ländern der Region einen Beitrag dazu leisten, daß die internationalen und länderspezifischen Bemühungen koordiniert werden und mit den einzelstaatlichen politischen Zielen klar in Einklang stehen. Die zahlreichen nichtstaatlichen Organisationen (NGOs), auf regionaler Ebene wie auch in den Ländern, können sich für ihre Arbeit an dem Konzept inspirieren und orientieren und die Effizienz ihrer Bemühungen durch Beitritt zu internationalen, nationalen oder lokalen Partnerschaften, die sich auf die Prinzipien der „Gesundheit für alle“ stützen, verbessern.

Satzungsgemäß hat die WHO ausdrücklich die Aufgabe, eine engere Zusammenarbeit zur gesundheitlichen Entwicklung zu fördern, sowohl international gesehen als auch bei ihrer Arbeit mit einzelnen Ländern. Selbstverständlich muß bei dieser Aufgabe den Realitäten der Europäischen Region zum Ausgang des 20. Jahrhunderts Rechnung getragen werden, ebenso der Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern, die deren spezifische Mandate respektiert und auf gegenseitigem Vertrauen und einem Geist der Partnerschaft basiert.

Auf dieser Basis wird das Regionalbüro für Europa mit dem WHO-Hauptbüro und anderen WHO-Regionalbüros sowie mit seinen internationalen Partnern zusammenarbeiten, so daß die europäischen Mitgliedstaaten maximalen Nutzen aus den breiten Erfahrungen und dem der globalen Natur der WHO entsprechenden Handlungspotential ziehen können. Vor diesem Hintergrund gibt es für das WHO-Regionalbüro für Europa fünf wichtige Rollen, um die Umsetzung der Politik in den Ländern zu unterstützen:

1. als „Gesundheitsgewissen“ zu fungieren, das das Prinzip der Gesundheit als grundlegendes Recht des Menschen verteidigt und fortbestehende bzw. neu auftauchende Probleme im Zusammenhang mit der Gesundheit der Bevölkerung aufzeigt und bewußtmacht;
2. als wichtiges Informationszentrum für Fragen der Gesundheit und gesundheitlichen Entwicklung zu fungieren;
3. in der gesamten Region das GFA-Konzept zu fördern und seine Aktualisierung in regelmäßigen Abständen sicherzustellen;
4. aktuelle, wissenschaftlich erhärtete Instrumente zu bieten, die die Länder nutzen können, um GFA-orientierte Konzepte in konkrete Handlungsansätze umzumünzen und

5. als „Katalysator“ für Maßnahmen zu fungieren, indem es :
 - technische Kooperation mit Mitgliedstaaten anbietet – das kann durch Etablierung einer starken „WHO-Funktion“ in jedem Land verstärkt werden, um zwischen dem betreffenden Land und der regionalen Gesundheitsorganisation einen Erfahrungsaustausch von beiderseitigem Nutzen sicherzustellen;
 - eine Führungsrolle in den regionsweiten Bemühungen zur Eradikation, Eliminierung oder Bekämpfung von Krankheiten übernimmt, die eine große Gesundheitsgefahr für die Bevölkerung darstellen, wie beispielsweise Epidemien übertragbarer Krankheiten und Pandemien wie die mit dem Tabakkonsum im Zusammenhang stehenden Krankheiten;
 - durch Netzwerke in der gesamten Europäischen Region GFA-orientierte Maßnahmen im Verbund mit zahlreichen Partnern fördert;
 - die Koordinierung der Nothilfe und der Maßnahmen bei Katastrophen, die die Gesundheit der Bevölkerung in der Region bedrohen, erleichtert.

1.4 Schlußfolgerung

An der Schwelle zum 21. Jahrhundert haben wir eine große Verpflichtung, Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der 870 Millionen Einwohner der Region zu treffen. Die GESUNDHEIT21 bietet den Rahmen dafür, diese Herausforderung durch Anwendung der besten Strategien, die sich aus den gemeinsamen Erfahrungen in Europa während der letzten 10–15 Jahre herauskristallisiert haben, anzunehmen.

Dabei handelt es sich keineswegs um eine unerreichbare Vision – nein, es ist möglich! Die Erfahrung hat gezeigt, daß Länder mit ganz unterschiedlichen politischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Voraussetzungen GFA-Konzepte, die der Gesundheit einen hohen Rang auf der politischen Tagesordnung beimessen, entwickeln und umsetzen können – und wenn sie dies tun, werden sie unweigerlich Nutzen aus einem fundamentalen Wandel zum Besseren ziehen. Die wesentliche Herausforderung für die 51 Mitgliedstaaten in der Region lautet jetzt, das neue regionale GFA-Konzept als inspirierende Leithilfe zu gebrauchen, um je nach den Erfordernissen ihre eigenen Konzepte und Ziele zu aktualisieren.

In der gesamten Region haben zahlreiche Kommunen große Initiative und einen enormen Ideenreichtum bei der Nutzung der GFA-Ideen gezeigt, um die Bevölkerung zu veranlassen, ihre Gesundheit zu fördern und zu schützen. Es gibt hervorragende Beispiele dafür, wie der öffentliche und der private Sektor die Möglichkeiten für einen gesundheitlichen Zugewinn sondieren. Tausende Gesundheitsfachkräfte und viele ihrer Organisationen haben innovative Ansätze zur Verbesserung der Qualität der Versorgung und zur engeren Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen eingeführt, um neue Wege zu finden, sich den Herausforderungen zu stellen. Vor allem hat die dynamische

und rasch expandierende „Gesunde Städte“-Bewegung ein beeindruckendes Potential zur systematischen, nachhaltigen und innovativen Sensibilisierung örtlicher Gemeinschaften in jedem Mitgliedstaat demonstriert.

Jetzt ist engagiertes Handeln mit klarer Schwerpunktlegung geboten, um die Vision der „Gesundheit für alle“ zu einer praktischen, zukunftsfähigen Realität in jedem einzelnen der 51 Mitgliedstaaten der Region werden zu lassen. Die Erfahrung, das Know-how und viele der Instrumente zur Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit sind sämtlich vorhanden – jetzt wird eine starke Führungsrolle und der politische Wille benötigt, um die vorhandenen Möglichkeiten zu ergreifen und zu nutzen.

Kapitel 2

Gesundheitliche Chancengleichheit durch solidarisches Handeln sichern

Ziel 1 – Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region
Ziel 2 – Gesundheitliche Chancengleichheit

Konzeptionen entwickeln heißt, sich auf eine gemeinsame Zukunftsvision festzulegen, auf den Weg dorthin zu einigen und zu vereinbaren, wie man Ressourcen nutzen und Partner richtig ansprechen könnte. Die Wahl zwischen verschiedenen Grundsatzoptionen muß jedoch auf klaren Wertprinzipien basieren, die ihre Wurzeln in der klaren ethischen Grundlage der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte haben müssen. Wie in Kapitel 1 erwähnt, sind gesundheitliche Chancengleichheit und solidarisches Handeln zwei derartige ethische Grundprinzipien des GFA-Konzepts. In der Europäischen Region tauchen sie in zwei Dimensionen auf, die beide eine klare programmatische Antwort erfordern. Bei der einen handelt es sich um die große und zunehmende Chancenungleichheit unter den Mitgliedstaaten, bei der anderen um die tiefe – und sich zur Zeit oft noch ausweitende – gesundheitliche Kluft unter Bevölkerungsgruppen innerhalb eines jeden Landes.

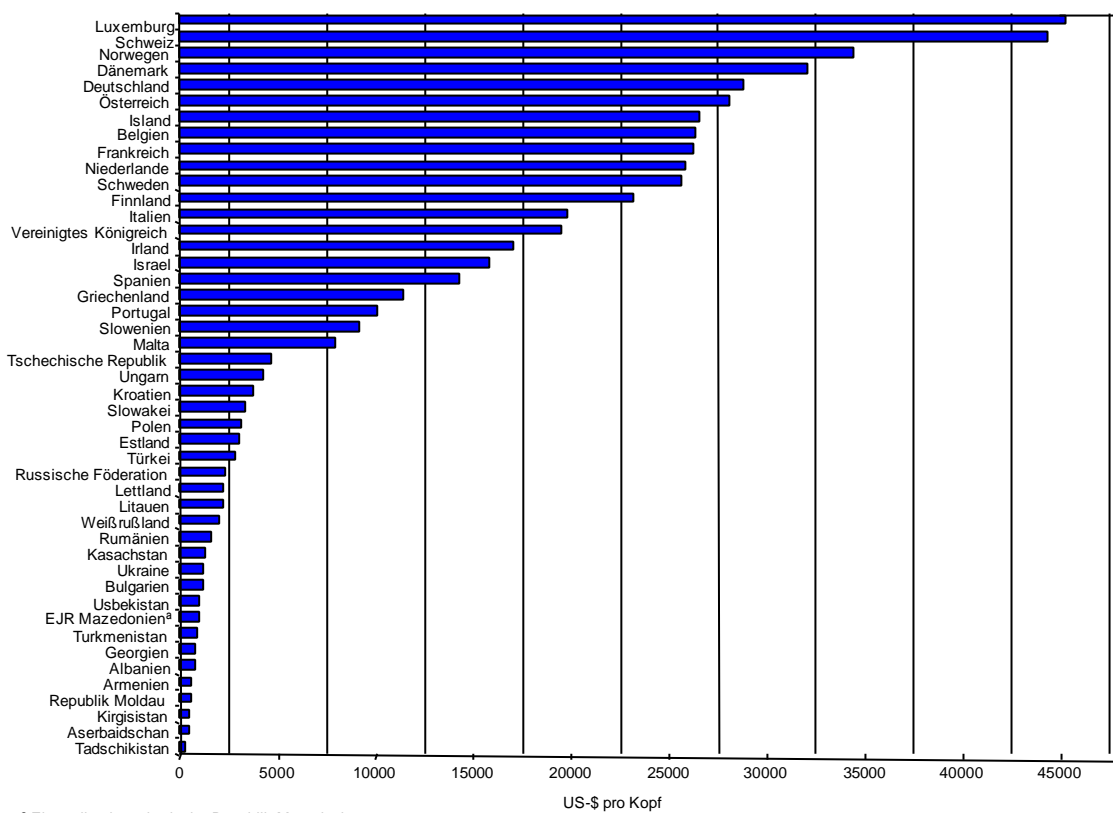
2.1 Solidarität für die Gesundheit unter den europäischen Ländern erreichen

Wie bereits gesagt, zählen zur Europäischen Region der WHO einige der reichsten Länder der Welt, aber auch andere, die extrem arm sind. Schlimmer ist jedoch, daß eine sehr viel größere Gruppe von Ländern mittlerweile zu den weniger wohlhabenden gehört als vor zehn Jahren. 1996

reichte das Bruttosozialprodukt pro Kopf der Bevölkerung von 340 US-\$ bis zu über 45 000 US-\$, wobei sich die Situation nach Osten zu immer düsterer ausnimmt (Abb. 1).

Entsprechend dem vom Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) herausgegebenen *Human Development Report 1997* hat sich die Lage „in Osteuropa und in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS), die einen wirtschaftlichen Umstellungsprozeß durchmacht, in den letzten zehn Jahren am stärksten verschlechtert. Die einkommensbedingte Armut hat sich von einem geringen Teil ihrer Bevölkerung auf etwa ein Drittel ausgedehnt – 120 Millionen leben unter einer Armutsgrenze von 4 US-\$ pro Tag.“

Abb. 1: BSP pro Kopf, 1996⁴

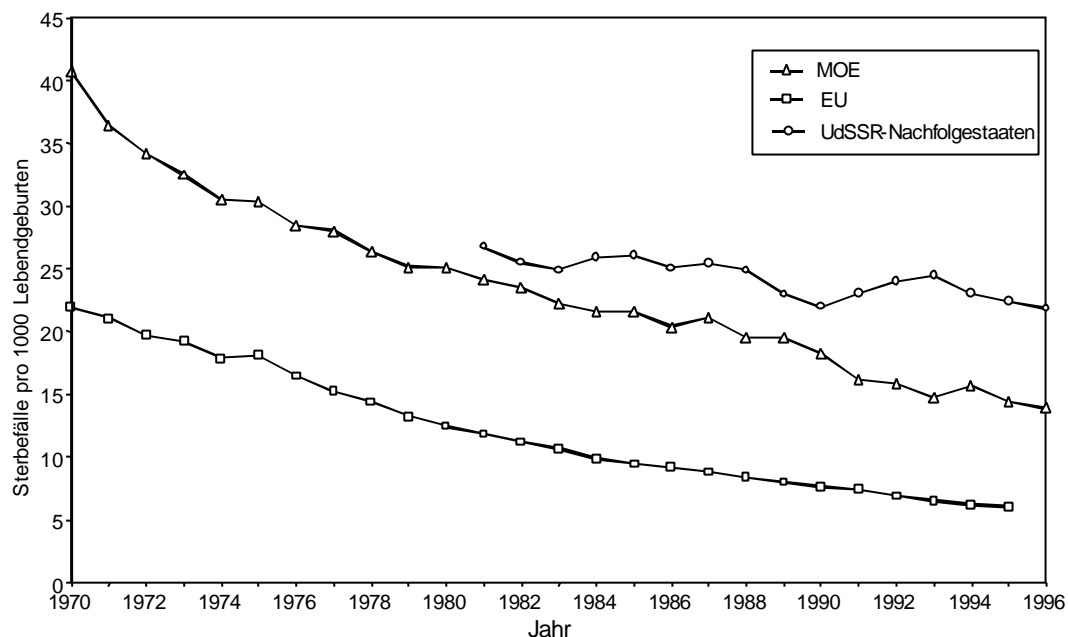


^a Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien

⁴ Die meisten Länderangaben entstammen dem neuesten Weltbankatlas und beziehen sich auf 1996. Für Malta beziehen sich die Daten auf das letzte verfügbare Jahr (1993); für Aserbaidshan wird ein Schätzwert für 1997 angegeben. Bosnien-Herzegowina und San Marino wurden ausgeschlossen, da die letzten Angaben von 1991 (aus der Zeit vor dem Krieg) bzw. von 1983 stammen.

Durch die wirtschaftlichen Umwälzungen und die Kriege in den MOE-Ländern und in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion vertiefte sich in den 1990er Jahren die Kluft in bezug auf den gemessenen Gesundheitszustand zwischen den Ländern der Region, was sich in den weitreichenden Unterschieden bei zahlreichen Gesundheitsindikatoren widerspiegelt (Abb. 2). Die durchschnittliche Lebensdauer schwankt heute beispielsweise um 15,3 Jahre, sie liegt in Island bei 79,3 Jahren und in Turkmenistan bei 64 Jahren.

Abb. 2: Säuglingssterblichkeit in teilregionalen Ländergruppierungen der Europäischen Region, 1970–1996



Im Kontext der Weltgesundheitserklärung von 1998 und der darin enthaltenen Verpflichtung, für alle Menschen die bestmögliche Gesundheit anzustreben, lassen sich derartige Unterschiede in den wirtschaftlichen und gesundheitlichen Erfahrungen, da sie eng miteinander verknüpft sind, nur schwer anders als aus der Perspektive der Menschenrechte her sehen. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sind Teil der globalen Familie von Nationen. Die andauernden und sogar wachsenden Unterschiede im gemessenen Gesundheitszustand und in der Lebensqualität unterschiedlicher Mitglieder dieser Familie sind in diesem Rahmen nicht akzeptabel und machen es erforderlich, daß man im 21. Jahrhundert sehr viel stärkeres Gewicht darauf legt, die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

Außerdem erhöht sich durch die Tatsache, daß die Menschen in Europa von heute massiv und schnell Nationalgrenzen überschreiten, die Gefahr der Verbreitung von übertragbaren Krankheiten um ein Vielfaches. Der wachsende Einfluß einer mächtigen Unterhaltungsindustrie sowie anderer technologischer und kultureller Faktoren auf die Verhaltens- und Umweltdeterminanten von Gesundheit machen für die

Länder der Region ein gemeinsames, konzertiertes Handeln unabdingbar. Eine die gesamte Region umfassende Bewegung für Gesundheit, die sich einer gemeinsamen Politik bedient, zu der unbedingt gehört, daß man den am schlechtesten gestellten Ländern hilft, den Anschluß an die bestgestellten zu gewinnen, liegt letztlich im Eigeninteresse aller Mitgliedstaaten.

Die MOE-Länder und die Nachfolgestaaten der Sowjetunion haben zwar während der 1990er Jahre zunehmend Hilfe von außen erhalten, die gesamte externe Hilfe im Gesundheitsbereich war jedoch weit weniger umfassend als erforderlich, die Gesamtwirkung oft enttäuschend gering. Zuweilen entsprach die Sachkenntnis der für diese Hilfe abgestellten Experten nicht dem fachlichen Niveau derjenigen, denen sie helfen sollten. Auch sonst hätte man zweifellos sehr viel mehr tun können, beispielsweise in bezug auf die Schulden, die einige Regierungen als Altlast übernehmen mußten. Mit einigen rühmenswerten Ausnahmen haben Geberländer, internationale Organisationen und Finanzierungsstellen, die externe Hilfe leisteten, oft zu isoliert gearbeitet – entweder auf eigenen Wunsch oder weil die Regierung des Empfängerlandes das so wollte. Dadurch wurden die ohnehin schon knappen Planungsressourcen der Empfängerländer zusätzlich belastet, zudem aber ergab sich dadurch das erhebliche Risiko, daß die Prioritätensetzung eher durch die Interessenlage der Geber als durch einen gründlich durchgearbeiteten Entwicklungsplan bestimmt wurde. Allerdings findet man auch gute Beispiele tragfähiger, gut organisierter gesundheitlicher Entwicklungspläne, die sich auf ein nationales GFA-Konzept gründen und in enger partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen Regierung, internationalen Partnern und Geberorganisationen aufgestellt wurden (das gilt z. B für das nachstehend beschriebene MANAS-Programm).

MANAS: DAS UMFASSENDE PROGRAMM ZUR REFORM DER GESUNDHEITSVERSORGUNG VON KIRGISISTAN

Nach Formulierung eines nationalen GFA-Rahmenkonzepts stellte Kirgisistan 1994–1996 durch einen partizipatorischen Prozeß, in den alle an dieser Arbeit Interessierten im Land einbezogen wurden, ein umfassendes Reformprogramm auf. Das Programm bietet ein Beispiel für die ergebnisorientierte, integrierte Entwicklung des Gesundheitssektors. Es ist darauf angelegt, den Zugewinn an Gesundheit zu steigern. Um die Primärversorgung zu stärken, legte man verschiedene Polikliniken für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zusammen, wobei auf dieser Ebene Gebietsärzte durch sogenannte Familienärzte ersetzt wurden. Die spezialisierte Versorgung wird durch Bettenabbau und die Zusammenlegung oder Schließung einiger Einrichtungen rationalisiert. In einigen Gebieten arbeitet man mit Ersatzkonzepten, beispielsweise führt man in der Tuberkulosebehandlung Kurzzeitchemotherapie ein, wodurch man die Zahl der erforderlichen Krankenhausbetten reduzieren kann.

Der Staatshaushalt stellt auch weiterhin die wichtigste Finanzierungsquelle dar, weil man möglichst viel Chancengleichheit erhalten möchte. Bei der Mittelzuweisung geht man inzwischen jedoch methodisch anders vor, das ursprünglich normenbasierte System wurde durch eine bedarfsbasierte Formel ersetzt. Bei den Vergütungsmechanismen nehmen allmählich die anreizbasierten Vereinbarungen zu, beispielsweise Pro-Kopf-Pauschalen für Erbringer von Primärversorgung und Rahmenbudgets für die stationäre Versorgung, wobei zugleich mehr Unabhängigkeit gewährt wird. Für die Zukunft sind Verträge mit Käufer/Anbieter-Splits geplant, wobei die Regierung allerdings vorsichtig vorgeht, bis die notwendigen Gesetzesmechanismen funktionieren.

Die Mediziner- und Pflegeausbildung wird reformiert, und zur Zeit wird ein Programm umgesetzt, mit dem die vorhandenen Gebietsärzte umgeschult werden sollen, so daß sie als „Familienärzte“ arbeiten können. Die Informationssysteme werden so modernisiert, daß sie den neuen Anforderungen gerecht werden.

Quelle: MANAS – National programme on health care reforms. Bishkek, Gesundheitsministerium von Kirgisistan, 1996.

Große Katastrophen führen zu Notsituationen – naturbedingten, anthropogenen oder komplexen –, die oftmals schnelle und großangelegte Hilfe von außen erfordern, um dem betroffenen Land oder den betroffenen Ländern zu helfen. In den 1990er Jahren erlebte die Europäische Region in zehn Mitgliedstaaten bewaffnete Auseinandersetzungen, die der physischen und psychischen Gesundheit der davon betroffenen Bevölkerungen ungeheures Leid und große Schäden zufügten. Als Reaktion auf diese Situation beteiligten sich Hunderte von Organisationen und viele Geberländer an der Katastrophenhilfe, und zwar oft äußerst unkoordiniert. Allerdings gab es auch positive Zeichen einer größeren Bereitschaft zur Zusammenarbeit und der praktischen Koordinationsfähigkeit, und einiges spricht dafür, daß neue Instrumente entwickelt werden, um die Bedarfsabschätzung und die Notversorgung zu beschleunigen und zu erleichtern.

ZIEL 1 – SOLIDARITÄT FÜR DIE GESUNDHEIT IN DER EUROPÄISCHEN REGION

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE DAS DERZEITIGE GEFÄLLE IM GESUNDHEITZUSTAND ZWISCHEN DEN MITGLIEDSTAATEN DER EUROPÄISCHEN REGION UM MINDESTENS EIN DRITTEL VERRINGERT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 1.1 Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen dem Drittel der europäischen Länder mit der höchsten und dem Drittel der Länder mit der niedrigsten Lebenserwartung sollten um mindestens 30% verringert werden.
- 1.2 Durch raschere Verbesserung der Situation in den benachteiligten Ländern sollten die Variationsbreite bei den Werten für wichtige Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität unter Ländergruppen reduziert werden.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Sollen Chancenungleichheiten abgebaut werden und die Sicherheit und der Zusammenhalt von Europa erhalten bleiben, so müssen die Mitgliedstaaten, die Organisationen der europäischen Integration, staatliche und nichtstaatliche Organisationen (NGOs) sich gemeinsam weitaus stärker darum bemühen, die Unterstützung für die bedürftigsten Länder der Region nach Umfang und Effektivität zu verstärken und die Koordination zu verbessern.

Die hilfeleistenden Länder und Organisationen müssen sehr viel enger auf gemeinsame Endziele hinarbeiten. Die Länder und Organisationen, die Experten in die Empfängerländer entsenden, sollten sehr viel strenger auf Qualität und Bedarfsgerechtigkeit achten, die Experten sollten sich in ihrem Heimatland bereits durch ausgezeichnete Sachkenntnis ausgewiesen haben. Die Geber tragen die Verantwortung dafür sicherzustellen, daß die Methoden, die sie in den Empfängerländern befürworten, auch in ihrem eigenen Land akzeptabel wären, was insbesondere für die industrielle Entwicklung gilt. Auch die Industrie selbst – und zwar sowohl die einzelnen Unternehmen wie industrielle Gruppierungen/Industrieverbände – trägt eine starke moralische Verantwortung dafür, daß dieses Prinzip eingehalten und gefördert wird.

Formalisierte partnerschaftliche Vereinbarungen zwischen den großen Organisationen der europäischen Integration und zwischenstaatlichen Organisationen sowie Finanzierungsstellen wären ein wichtiger Schritt, dem für jedes Empfängerland konkrete Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit folgen sollten. Solche Partnerschaften fördern ein integrierteres Herangehen an Kompetenzbildung, konzeptionelle Weiterentwicklung und die Beschaffung von Ressourcen für die gesundheitliche Arbeit. Alle nationalen Geberstellen, die Investitionsbanken, die Organisationen der europäischen Integration und internationale Organisationen, die zur gesundheitlichen Entwicklung in der Europäischen Region beitragen, sollten danach streben, sich eine gemeinsame Entwicklungsa-genda zu setzen. Ein gutes Beispiel der praktischen Zusammenarbeit für gemeinsame Prioritäten bietet der Europäische Ausschuß für Umwelt und Gesundheit (EEHC). In Erwägung gezogen werden sollte die Möglichkeit, „Konsortien“ aus Geberländern und Organisationen zu bilden, um gemeinsame Konzepte zu entwickeln und Ressourcen zusammenzulegen. Gute Beispiele für ein solches Vorgehen sind der Organisationsübergreifende Ausschuß zur Koordinierung von Impfungen (IICC) sowie die erst kürzlich eingesetzte Task Force zum Thema HIV und sexuell übertragbare Krankheiten. Die Europäische Union (EU) besitzt mittlerweile ein stärkeres Mandat im Bereich der öffentlichen Gesundheit und erweitert ihre Mitgliederzahl, was eine engere Zusammenarbeit zwischen einer erheblichen Zahl von Ländern erleichtern sollte.

Geber- und Empfängerländer sollten danach streben, die Ziele der „20/20-Initiative“ zu erreichen, mit der befürwortet wird, daß 20% der gesamten Entwicklungshilfe den Tätigkeiten des Sozialsektors vorbehalten sein sollten und die Empfängerländer durchschnittlich 20% ihres nationalen Haushalts (die Hilfe abgerechnet) in die sozialen Grunddienste leiten sollten.⁵ Der Index der menschlichen Entwicklung (HDI), der sich auf Lebenserwartung, Bildungsstand und Einkommen gründet, liefert eine nützliche Orientierungshilfe dafür, nach welchen Prioritäten die bedürftigsten Länder Unterstützung erhalten sollten.

Die Empfängerländer sollten ihrerseits der Ausarbeitung von GFA-Konzepten absoluten Vorrang einräumen und auf dieser Grundlage mittel- und langfristige Gesundheits- und Entwicklungspläne aufstellen, so daß die gesamte externe Unterstützung durch Länder, Stellen und Organisationen eng koordiniert gehandhabt und für die vorrangigen Anliegen eingesetzt werden kann.

Für alle Länder bergen eine gemeinsame Gesundheitspolitik und gemeinsame Wertvorstellungen wahre Solidarität und ein aufgeklärtes Eigeninteresse. Das GFA-Konzept bietet einen solchen Rahmen, und alle Länder müssen imstande sein, zur GFA und zur fachlichen Arbeit der WHO auf globaler und regionaler Ebene beizutragen und davon zu profitieren. Um die GFA besser bekannt zu machen und die Beziehungen der einzelnen Länder zum Regionalbüro zu stärken, sollte deshalb jedes Land die Einrichtung einer „WHO-Länderfunktion“ in Erwägung ziehen. Es könnte sich dabei um ein Referat im Gesundheitsministerium, um ein Kooperationszentrum oder um eine nationale Expertengruppe handeln, die für die systematische Beurteilung der Relevanz und für

⁵ *The 20/20 Initiative. Achieving universal access to basic social services for sustainable human development.* New York, UNICEF, 1994.

mögliche weiterführende Maßnahmen im Zusammenhang mit von der WHO ausgehenden neuen Konzepten und wissenschaftlichen Leitlinien verantwortlich wären und die zudem die Aufgabe hätten, die Entscheidungsträger in staatlichen Spitzenpositionen auf diese Informationen aufmerksam zu machen. Diese Funktion würde auch die systematische Begutachtung aller in dem jeweiligen Land für die WHO interessanten Entwicklungen im Bereich Public Health und klinische Medizin umfassen, so daß die WHO dieses Wissen an andere Länder weitergeben könnte.

Der Prozeß sollte jedoch weitergehen: Um in der Öffentlichkeit Unterstützung für diese Bemühungen zu wecken, sollten die Länder eine breitere öffentliche Debatte über gesundheitliche und sozioökonomische Chancenungleichheiten und ihre Konsequenzen fördern, d. h. man sollte diskutieren, was sie an menschlichem Leid und Ungerechtigkeit, schwindender Solidarität und Schwächung des sozialen Zusammenhalts bewirken und für das nachhaltige Wirtschaftswachstum in der Region bedeuten. Eine solche Debatte sollte ein besseres Verständnis dafür wecken, welche menschlichen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Vorteile es haben würde, wenn man die Kluft schließen und den Gesundheitszustand der Bevölkerungen insgesamt verbessern könnte; außerdem sollte sich die Debatte auch auf die Mobilisierung von Ressourcen und Sachkenntnis auswirken, die gebraucht werden, um die derzeitigen Verteilungsungerechtigkeiten auszugleichen. Ein Großteil der für diese Debatte erforderlichen Grundinformationen liegt bereits vor, da die WHO die im Hinblick auf die GFA gemachten Fortschritte laufend verfolgt und die von Organisationen wie Weltbank, UNDP, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, EU und NGOs geleistete Arbeit ebenfalls eine Grundlage für die Debatte abgibt. Besonders wichtig ist, daß in diese Debatte alle Organisationen und Personen einbezogen werden, die ein Interesse an Gesundheit haben. Vor allem gilt das für die Außenministerien, die für die Entscheidungen über Auslandsunterstützung zuständig sind und dem Abbau von Chancenungleichheiten auf ihrer Agenda einen höheren Stellenwert einräumen müssen. Im Privatsektor müssen multinationale Unternehmen (aber auch die Aktionäre, die Verbraucher ihrer Produkte und die multinationalen Massenmedien) darauf hingewiesen werden, wie sich ihre Unternehmenspolitik auf den Gesundheitszustand der benachteiligten Länder und ihrer Bevölkerungen auswirken könnte.

Zu den Instrumenten, Mechanismen und Strukturen, die solche Konzepte stützen und stärken können, zählen eine qualifizierte Grundsatzanalyse, Kooperationsstrukturen und Methoden für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Letztere sollten zwar wissenschaftlich haltbar sein, doch möglichst einfach gehalten werden, damit diese Methoden wirksam im breiten Rahmen Anwendung finden können.

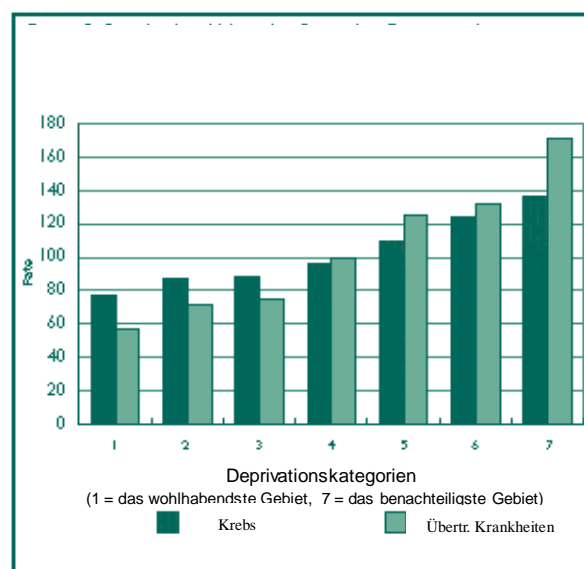
Die Gesundheit der von Katastrophen betroffenen Menschen läßt sich verbessern, wenn die Länder besser auf diese Situationen vorbereitet sind und man mit der humanitären Sofort- und Übergangshilfe ein deutlicheres langfristigeres Ziel verbinden würde. In der auf die Katastrophe folgenden Phase lassen sich gesundheitliche Maßnahmen als wirksamer Einfallswinkel zur Förderung von Solidarität und gesellschaftlichem Zusammenhalt nutzen. Sie können nach einem Konflikt eine wesentliche Funktion für die Förderung von Dialog und Aussöhnung erfüllen.

2.2 Schließung der gesundheitlichen Kluft innerhalb der Länder

2.2.1 Die Armen

Armut – gleichgültig, ob man sie nach Einkommen, sozioökonomischem Status, Lebensbedingungen oder Ausbildungsstand definiert – ist die größte Einzeldeterminante für Krankheit. Ein Leben in Armut korreliert mit höheren Raten des Substanzgebrauchs (Tabak, Alkohol und illegale Drogen), von Depression, Selbstmord, sozialfeindlichem Verhalten und Gewalt, der erhöhten Gefahr einer nicht gesicherten Lebensmittelversorgung und einer Fülle von körperlichen Beschwerden. Eine große Zahl von Menschen läuft in den europäischen Gesellschaften heute Gefahr, irgendwann in ihrem Leben der Armut ausgesetzt zu sein, und die Zahl dieser Menschen nimmt zu.

Abb. 3: Standardisierte Mortalitätsziffer für Krebs und koronare Herzkrankheit unter 65jährigen nach Deprivationsgebiet, 1991



Quelle: Common Services Agency, Information and Statistics Division.

Selbst in wohlhabenden Gesellschaften nehmen mit wachsenden sozioökonomischen Ungleichheiten die gesundheitlichen Chancenungleichheiten zu, und zwar handelt es sich um ein soziales Gefälle, das alle sozioökonomischen Schichten, die gesamte Gesellschaft und das ganze Leben durchzieht. In der nationalen Gesundheitspolitik sollten die am schlechtesten Gestellten zwar absoluten Vorrang haben, man sollte sich jedoch auch mit den Verteilungsgerechtigkeiten in allen sozialen Gruppierungen befassen, die zustande kommen, weil sozioökonomisches Wachstum

und eine gerechtere Verteilung sozialer Güter (z. B. Bildung, Beschäftigung) nicht allen Schichten gleiche Vorteile bringen.

2.2.2 Die Arbeitslosen

Unter den Beschäftigten besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Art der Beschäftigung einerseits und der Mortalität und Morbidität (einschließlich Krankheitsfehlziffer) andererseits. Dieser Zusammenhang bleibt auch dann bestehen, wenn Faktoren wie Bildungsstand und Wohnverhältnisse berücksichtigt werden. Anscheinend läßt er sich dadurch erklären, daß in besseren Beschäftigungspositionen eigenverantwortliche Arbeit, höhere Anforderungen und eine bessere Unterstützung zu finden sind.

Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit wirken sich nachteilig auf die Gesundheit aus, sie erhöhen die Gefahr von psychologischen und physischen Störungen und von Selbstmord. In den jüngeren Altersgruppen ist die Arbeitsplatzunsicherheit mit Krankheit assoziiert, und zwar unabhängig vom Zusammenhang zwischen Sozialschicht und Arbeitslosigkeit. Sowohl der langfristige ständige Anstieg der Arbeitslosigkeit in den meisten westeuropäischen Ländern wie auch ihr plötzliches Emporschnellen in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion geben in bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit Anlaß zu schwerer Besorgnis.

Bildung ist eine wichtige Determinante für Gesundheit. Das Bildungsniveau bewirkt bei Mortalität und Morbidität ein ähnliches Gefälle wie das Einkommen. Die materiellen und kulturellen Ressourcen einer Familie haben starken Einfluß darauf, welchen Bildungsstand ein Kind erreicht. Somit findet man bei den Bildungsqualifikationen ein starkes Sozialschichtengefälle, was wiederum weitgehende Vorhersagen über spätere Beschäftigungs- und Einkommensmöglichkeiten zuläßt. Kinder, die einen höheren Bildungsstand erreichen oder eine bessere Berufsausbildung erhalten, haben gesundheitlich wie von Beschäftigung und Einkommen her gesehen weitaus bessere Chancen.

2.2.3 Geschlechtsspezifische gesundheitliche Chancenungleichheiten

Zusammen mit den Unterschieden innerhalb sozioökonomischer Schichten sollte man sich auch mit geschlechtsspezifischen Fragen befassen. Frauen leben länger als Männer (in Westeuropa durchschnittlich 5–7 Jahre, in den östlichen Ländern etwa 7–15 Jahre). Die Doppelbelastung durch die Arbeit zu Hause und am Arbeitsplatz verlangt jedoch einen schweren Tribut. Ihre Morbidität ist höher, ebenso die Wahrscheinlichkeit, daß sie an Depressionen und Angstzuständen leiden. Geschlechtsspezifische Probleme, wie z. B. die Müttersterblichkeit, bereiten einer Reihe von Mitgliedstaaten schwerwiegende Sorgen. Andererseits neigen Männer beispielsweise stärker zu Unfällen, und in den letzten Jahren hat sich vor allem die Gesundheit der Männer im arbeitsfähigen Alter in den MOE-Ländern und in den UdSSR-Nachfolgestaaten am meisten verschlechtert. Vergewaltigungen und Mißhandlungen in der Ehe zeigen trotz erheblicher Meldelücken in der großen Mehrheit der Länder beunruhigende Ausmaße. Nach Meldungen werden in den Industrieländern

Frauen durch tätliche Übergriffe im Rahmen der Familie mehr Verletzungen zugefügt als durch Verkehrsunfälle, Vergewaltigungen und räuberische Überfälle zusammen. Abschnitt 3.4 befaßt sich eingehender mit geschlechtsspezifischen Problemen und den zu ihrer Lösung erforderlichen Strategien.

2.2.4 Ethnische Minderheiten, Migranten und Flüchtlinge

Vor allem die Gesundheit von Gruppen wie ethnischen Minoritäten, Zigeunern, Migranten und Flüchtlingen ist gefährdet. Oft widmet man ihren Bedürfnissen weit weniger Aufmerksamkeit, und nicht immer sind sie über die üblichen Kanäle des Gesundheits- und Sozialsystems zu erreichen. Dieses Problem verschärft sich in vielen Ländern.

2.2.5 Die Behinderten

Auch körperlich oder geistig behinderte Menschen haben ganze besondere Probleme und Bedürfnisse. Darum geht es genauer in Abschnitt 5.4.

Die GFA-Fortschrittsbewertung zeigt, daß die Länder inzwischen nicht nur geographische Unterschiede melden, sondern auch über beschäftigungs- und ausbildungsbedingte Unterschiede berichten. Einige verweisen auf die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit und auf Probleme wie Ernährung und Wohnverhältnisse. Die durch Krieg und dessen Auswirkungen betroffenen Länder nennen vor allem die gesundheitliche Situation von Migranten und Flüchtlingen. Etwa ein Viertel der Mitgliedstaaten gibt an, daß sie ihre Informationssysteme verbessert haben, so daß diese jetzt auch gesundheitliche Chancenungleichheiten erfassen. Einige haben für diesen Zweck neue Indikatoren aufgestellt. Auch die Forschungsarbeiten zu dieser Thematik haben erheblich zugenommen, allerdings beziehen sie sich hauptsächlich auf die reine Messung von Verteilungsungerechtigkeiten. Relativ wenig erforscht ist dagegen die Wirksamkeit von Maßnahmen, mit denen man die Kluft zu schließen sucht.

ZIEL 2 – GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE DAS GESUNDHEITSGEFÄLLE ZWISCHEN SOZIOÖKONOMISCHEN GRUPPEN INNERHALB DER LÄNDER DURCH EINE WESENTLICHE VERBESSERUNG DER GESUNDHEIT VON BENACHTEILIGTEN GRUPPEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN UM MINDESTENS EIN VIERTEL VERRINGERT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 2.1 Das Gefälle in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen sollte um mindestens 25% reduziert werden.
- 2.2 Die Werte für die wichtigsten Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität sollten sich auf dem sozioökonomischen Gefälle gleichmäßiger verteilen.
- 2.3 Sozioökonomische Bedingungen, die die Gesundheit beeinträchtigen, vor allem Unterschiede im Einkommen, im Bildungsstand und im Zugang zum Arbeitsmarkt, sollten wesentlich verbessert werden.
- 2.4 Der Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung sollte erheblich verringert werden.
- 2.5 Personen mit besonderen Bedürfnissen aufgrund ihrer gesundheitlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Situation sollten vor gesellschaftlicher Ausgrenzung geschützt werden und ungehinderten Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung erhalten.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Eine äußerst wichtige Strategie für den Umgang mit gesundheitlichen Chancenungleichheiten sind die (oben erwähnten) systematischen, breit greifenden Bemühungen, in der Bevölkerung Unterstützung für eine aufgeklärte sozioökonomische Politik zu gewinnen, die versucht, die grundlegenden Verteilungsgerechtigkeiten bei Einkommen und sozialen Gütern (z. B. Zugang zu kostenloser Gesundheitsversorgung, Ausbildung usw.) zu beseitigen.

Sinnvoll läßt sich diese ganze Problematik allerdings nur dann angehen, wenn man das Gesundheitsgefälle und dessen Ursachen korrekt beurteilen kann. Deshalb sollte man sich vor allem darum bemühen, die Bevölkerungsgruppen zu finden, die durch Krankheit und Frühsterblichkeit besonders bedroht sind, und die Ursachen der sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand zu analysieren. Bereits vorhandene Informationsquellen könnten oft besser ausgenutzt werden, viele Länder müssen jedoch ihre Gesundheitsinformationssysteme umstellen, damit sie sozioökonomische Variablen genauer erfassen können, und sie müssen in die bestehenden sozioökonomischen Statistiken mehr Gesundheitsinformation aufnehmen. Sehr viel aufmerksamer verfolgen und auswerten muß man die Wirksamkeit von Interventionen zur Schließung der gesundheitlichen Kluft.

BEURTEILUNG DES GESUNDHEITSGEFÄLLES UND SEINER URSACHEN

1. Im Rahmen der Globalen Initiative für Chancengleichheit bei Gesundheit und Gesundheitsversorgung, die von der WHO und dem Internationalen Entwicklungsamtsamt von Schweden (SIDA) ins Leben gerufen wurde, wurden (zum Beispiel) in Litauen über 20 Quellen für gesundheitliche und/oder sozioökonomische Indikatoren gefunden, die zur Kartierung der Chancenungleichheiten in diesem Land benutzt werden können.
2. In Finnland, den Niederlanden, in Schweden, Spanien und im Vereinigten Königreich wurden in letzter Zeit überall Sonderkommissionen zur Beurteilung des Gesundheitsgefälles eingesetzt.
3. Norwegen versucht, neue Indikatoren aufzustellen, um die gesundheitlichen Chancenungleichheiten besser erfassen zu können, in Schweden unterstreicht man, daß man an geschlechtsspezifische und sozioökonomische Indikatoren methodisch integriert herangehen müsse.
4. In den Niederlanden hat man sich das ehrgeizige Ziel gesetzt, über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu berichten und Prognosen abzugeben, um den gesundheitspolitischen Prozeß entsprechend gestalten zu können.

Quelle: Exploring the process of health policy development in Europe, Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (im Druck).

Determinanten für Gesundheit

Will man die Determinanten für Gesundheit angehen, muß man sich engagierter für diese Aufgabe einsetzen und nachdrücklicher handeln. Die erfolgreichsten Konzepte zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung befassen sich ganzheitlich mit Wirtschaftswachstum, Entwicklung und Gesundheit. Einkommensunterschiede, gesundheitliche Wahlmöglichkeiten und Umweltschutz sind alle der Politik unterworfenen Variablen, bei denen Veränderungen zu besserer Gesundheit und besserem Wohlbefinden für die gesamte Bevölkerung führen können. Fiskalische und rechtliche Maßnahmen sind starke regulatorische Instrumente, mit denen man gegen die Grundursachen von Krankheit vorgehen kann. In Kapitel 5 wird eingehender überlegt, mit welchen Strategien sich die naturgegebenen, umweltbedingten und sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit beeinflussen lassen, vor allem Einkommensverteilung, Beschäftigung und Ausbildung.

Soll eine solche Steuerung wirksam werden, muß sie von allen beteiligten Sektoren und Institutionen durchgesetzt werden und vor allem auch die Unterstützung und das Vertrauen der Öffentlichkeit genießen. Das läßt sich erreichen, wenn man die Gesellschaft insgesamt für die Problematik sensibilisiert und durch wirksame Kommunikation eine sachlich fundierte Debatte bewirkt. Die Politik muß sich an ihren Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit messen lassen.

Wahl des Ausgangspunktes

Für die Ausarbeitung von Plänen zur Beseitigung von gesundheitlichen Chancenungleichheiten gibt es verschiedene mögliche Ausgangspunkte. Jedes Land wird sich den seiner Lage am ehesten entsprechenden aussuchen. Eine Möglichkeit besteht darin, sich auf spezifische Gesundheitsprobleme zu

konzentrieren, bei denen signifikante Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppierungen beobachtet wurden. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, daß es für Öffentlichkeit und Gesundheitsfachkräfte leicht verständlich ist. Eine zweite Methode stützt sich auf die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse, die zeigen, daß es sinnvoller ist, Risikofaktoren und Grundursachen gesundheitlicher Chancengleichheiten zu bekämpfen, wenn offensichtlich große Einkommensunterschiede bestehen oder wenn, insbesondere auf örtlicher Ebene, in einzelnen Teilen einer Gemeinde hohe Arbeitslosigkeit herrscht oder die Wohnverhältnisse schlecht sind. Ein drittes Konzept setzt bei der Ermittlung von besonders gefährdeten Gruppen an. Einiges spricht dafür, daß die Risikofaktoren in den gleichen sozialen Gruppierungen akkumulieren, weshalb man mit dieser Methode mehrere Risikofaktoren gleichzeitig bekämpfen kann. In der übergeordneten Gesundheitspolitik könnte man für diese Gruppen differenzierte Ziele aufstellen.

In den meisten Fällen wird man mit mehreren Methoden arbeiten. Die Länder können auch in Erwägung ziehen, das Ziel der Chancengleichheit in alle wichtigen laufenden Programme einzubauen, wobei man sich damit methodisch vielleicht nicht immer ausreichend scharf auf das konkret zu Erreichende konzentriert.

Für besonders gefährdete Gruppen sollte man kultur- und geschlechtsspezifische gesundheitspolitische Konzepte haben, die ihren Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung und Unterstützung sicherstellen.

Aufsuchende Dienste

Aufsuchende Arbeit und der Abbau von finanziellen und sonstigen Barrieren, die sich dem Zugang zu gesundheitlichen Leistungen in den Weg stellen, können die Gesundheit der in Armut lebenden Menschen verbessern (darum geht es eingehender in Kapitel 6). Aufsuchende Dienste sind besonders wichtig, wenn man schwache Gruppen wie Senioren, ethnische Minderheiten usw. erreichen will, die u. U. nicht wissen, wie sie die benötigte Unterstützung erhalten können, oder die vielleicht durch soziale, psychologische oder sogar physische Barrieren daran gehindert werden, diese Dienste in Anspruch zu nehmen. Wenn man den Teufelskreis der Armut im Leben von Säuglingen und Kindern bereits frühzeitig durchbricht, lassen sich für die heutigen und künftigen Generationen erhebliche gesundheitliche Zugewinne erzielen (darauf wird in Kapitel 4 genauer eingegangen).

Zur Unterstützung schwacher Gruppen braucht man ganzheitliche Konzepte. Die Gesundheit von Migranten und Flüchtlingen läßt sich verbessern, wenn sichergestellt ist, daß sie Zugang zu einem System von Familiengesundheitsdiensten, zu angemessenen Wohnunterkünften und Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten haben. Die schwachen Gruppen müssen möglichst finanziell abgesichert sein, damit ihr Anspruch auf eine der übrigen Bevölkerung gleichwertige Gesundheitsversorgung gewährleistet ist. Auf kommunaler Ebene aufgestellte integrierte Programme – in die eine Fülle von Sektoren und Stellen einzubeziehen sind – können sich als wirksam erweisen, wenn man die Leistungen auf die spezifischen kulturellen, einstellungsbedingten und sonstigen Charakteristika der betreffenden Gruppen ausrichtet.

Die Gesundheit der von Katastrophen betroffenen Menschen läßt sich verbessern, wenn die humanitäre Hilfe schnell und wirksam erfolgt und unnötige Bürokratie durch nationale und internationale Konzepte zurückgefahren wird, wobei diese Konzepte zugleich bewirken müssen, daß die Mittel umgehend kommen und Experten und Katastrophenhelfer unterstützt werden. Der Gesundheitssektor hat die Aufgabe zu beweisen, daß diese Konzepte notwendig sind, er muß dazu beitragen, daß eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen relevanten Sektoren aufgebaut wird, und diese bei der Evaluierung ihrer Konzepte unterstützen.

Kapitel 3

Bessere Gesundheit für die 870 Millionen Menschen in der Europäischen Region

Ziel 3 – Ein gesunder Lebensanfang
Ziel 4 – Gesundheit junger Menschen
Ziel 5 – Altern in Gesundheit

Ziel der „Gesundheit für alle“ ist es, allen Menschen im gesamten Lebensverlauf die Möglichkeit zu geben, eine hohe Lebensqualität zu genießen. Ob es einem Menschen gut geht, hängt davon ab, inwieweit sein Gesundheitszustand es zuläßt, daß er am Leben und an der Entwicklung teilnimmt und davon profitiert. Funktionale Gesundheit und Lebensqualität sind im gesamten Lebensverlauf nicht voneinander trennbar. Das folgende Kapitel befaßt sich in erster Linie mit der Frage, wie die gesundheitlichen Ergebnisse für die Bevölkerung verbessert werden können.

3.1 Übergangsphasen im menschlichen Leben und die Gesundheit

Im Verlauf des menschlichen Lebens gibt es eine Reihe kritischer Übergangsphasen, die durch besondere Ereignisse geprägt werden (s. Kasten). Einige dieser Ereignisse und Umstände – wie z. B. das Gebären von Kindern, die Übernahme mehrerer zum Teil bezahlter, zum Teil unbezahlter Rollen und die Wechseljahre – betreffen ausschließlich oder überwiegend Frauen.

Wer bei der Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte einen solchen Lebensverlaufansatz zugrunde legt, erkennt dabei die komplexen Zusammenhänge zwischen solch einschneidenden Lebensereignissen, biologischen Risiken und den Bestimmungsfaktoren für die Gesundheit. Aus den Wechselwirkungen dieser einzelnen Elemente ergeben sich vom Augenblick der Geburt an bis zum Tod Implikationen für die menschliche Gesundheit. Durch Zufälle, externe Umstände oder bewußte

Entscheidungen kann das Gesundheitsreservoir des Menschen jederzeit im Laufe des Lebens aufgebraucht werden. Mit einem Lebensverlaufansatz kann man eher alle Bevölkerungsgruppen erreichen, als wenn man sich darauf beschränkt, für jedes auftretende Gesundheitsproblem eigene Konzepte oder Maßnahmen zu entwickeln. (Diese etwas fragmentierte Vorgehensweise kann zu unnötiger Doppelarbeit, einer Überspezialisierung von Diensten für bestimmte Bevölkerungsgruppen und mangelnder Aufmerksamkeit für andere Gruppen führen.) Ein Lebensverlaufansatz gewährleistet mittel- und langfristig bessere Gesundheitsergebnisse für die Gesamtbevölkerung.

KRITISCHE PHASEN IM MENSCHLICHEN LEBEN:

- Die Geburt
- Der Übergang von der Grundschule auf eine höhere Schule
- Die Schulprüfungen
- Das Verlassen des elterlichen Heims
- Die erste eigene Wohnung
- Der Eintritt ins Arbeitsleben
- Der Aufbau einer eigenen Familie
- Arbeitsplatzunsicherheit, -wechsel oder -verlust
- Der Beginn einer chronischen Krankheit
- Das Ende der aktiven Erwerbstätigkeit
- Der Verlust des Ehepartners oder enger Freunde

Quelle: Bartley, M. et al. Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal*, **314**: 1194 (1997). (Der erste und der letzte Punkt wurden hinzugefügt.)

In jeder Übergangsphase im Verlauf des Lebens kann Unterstützung auf der Makro- wie auf der Mikroebene die Gesundheit und das Wohlbefinden des einzelnen stärken. Dabei dienen manche Maßnahmen der Gesundheit und dem Wohlbefinden aller Bevölkerungsgruppen und der Gesellschaft insgesamt. Mit Hilfe von sozialpolitischen, wirtschaftspolitischen und sonstigen Maßnahmen müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die sicherstellen, daß die Menschen in jeder Lebensphase ihr Gesundheitspotential voll ausschöpfen können. Auf der Mikroebene können Maßnahmen, die in spezifischen sozialen Systemen durchgeführt werden – wie z. B. zu Hause, in der Schule und am Arbeitsplatz – sehr wirksam sein (s. Kapitel 5). Das Gesundheits- und Sozialwesen – vor allem auch die primäre Gesundheitsversorgung, die den Menschen zu Hause in der Familie, den Arbeitnehmer am Arbeitsplatz und Gruppen mit besonderen Bedürfnissen am Ort erreichen soll – sind wichtige Ansatzpunkte für eine gezielte Unterstützung von einzelnen und Gruppen im gesamten Lebensverlauf, vor allem aber während kritischer Phasen (worauf in Kapitel 6 noch ausführlicher eingegangen wird).

Wenn man frühzeitig in Gesundheitsschutz investiert, zahlt sich das in der Regel später aus. Wichtige Aspekte der physischen und psychischen Gesundheit entwickeln sich schon in einer frühen Phase des Lebens: von der Mutter wird man in der pränatalen Entwicklungsphase geprägt, von beiden Eltern durch das Erbgut und die Pflege in der postnatalen Phase, und von der Qualität

des sozialen und natürlichen Umfelds in den ersten Lebensjahren. Aus diesem Grund müssen gesundheits- und sozialpolitische Konzepte einerseits gezielt greifen und andererseits die ersten Lebensjahre umfassend berücksichtigen.

Für die Kinder in der Europäischen Region besteht keine Chancengleichheit, wenn es darum geht, ein gesundes Leben führen zu können. Vor allem kann Armut der Eltern eine Verkettung sozialer Risiken nach sich ziehen, die über den gesamten Lebensverlauf des einzelnen zu gesundheitlichen Schäden führen können. Aus diesem Grund sind Investitionen in die sozioökonomische Wohlfahrt von Eltern und Familien eine wesentliche Voraussetzung für Gesundheitsförderung und Entwicklung. Im gesamten Lebensverlauf eines Menschen müssen durch sozialpolitische Maßnahmen nicht nur Sicherheitsnetze sondern auch Sprungbretter geschaffen werden, um frühere Benachteiligungen auszugleichen.

Es gibt gesellschaftliche Güter, die über den gesamten Verlauf eines menschlichen Lebens zu einer besseren Gesundheit beitragen können: wirtschaftliche Stabilität, sozialer Zusammenhalt, die Entwicklung von Problembewältigungsfähigkeiten und die Möglichkeiten einzelner, ihr Umfeld zu beeinflussen, sowie eine Verringerung von Frustrationen und Versagensängsten. Die meisten schweren, im Erwachsenenalter auftretenden Krankheiten entwickeln sich über einen langen Zeitraum; die gesundheitlichen Folgen von Umweltgefahren und einer gesundheitsschädlichen Lebensweise äußern sich häufig erst lange nach der Exposition – normalerweise wenn die Betroffenen erwachsen geworden sind oder im Alter. Für viele Menschen und Gruppen erhöht das Wechselspiel zwischen vielfältigen Benachteiligungen, Entscheidungen des einzelnen und externen Lebensumständen die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Todes oder einer Behinderung.

Der verbleibende Teil dieses Kapitels befaßt sich mit vier spezifischen Altersgruppen. In bezug auf einen gesunden Start ins Leben (u. a. reproduktive Gesundheit) für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen wurden drei spezifische Ziele definiert, weil es sich dabei um Lebensphasen handelt, in denen es vielfältige Möglichkeiten zum Schutz sowie zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit gibt.

Neben den Ereignissen im Leben, die zum Erfahrungsschatz aller oder der meisten Menschen gehören, gibt es auch spezifische Ereignisse, von denen nur manche Menschen zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben betroffen sind und die zu einer Behinderung führen können. Hierzu wird die in der Region gegebene Situation kurz analysiert, und es werden einige Strategievorschläge zu der Frage unterbreitet, wie man Menschen mit Behinderungen mehr Gesundheitschancen bieten kann.

Das Kapitel schließt mit einer kurzen Erörterung der Frage, wie man das Recht des Menschen, in Würde zu sterben, schützen kann (siehe auch Teil 5.4 Settings und Möglichkeiten für Menschen mit Behinderungen).

3.2 Ein gesunder Lebensanfang

Kindern einen gesunden Lebensanfang zu ermöglichen muß in jeder Gesellschaft oberste Priorität genießen. Dieses Unterkapitel konzentriert sich auf die Frage, wie man für Säuglinge und Kleinkinder bis zum Schulalter Gesundheit schaffen kann. Zu den in dieser Lebensphase wichtigen Ereignissen und Erfahrungen gehören die Geburt, die körperliche Entwicklung, das Gehen- und Sprechenlernen, die Aneignung grundlegender sozialer und gesundheitlicher Wertvorstellungen, die Entdeckung der Umwelt und die Stärkung der Bindung zu den Eltern und der Familie nahestehenden Menschen.

In der Europäischen Region besteht keine Chancengleichheit, wenn es um die Frage geht, ob Kinder gesund geboren werden. Das gleiche gilt auch für die Überlebenschancen von Kindern im ersten Lebensjahr. Die meisten westeuropäischen Länder haben in den letzten fünfzehn Jahren auf nationaler Ebene das regionale GFA-Ziel einer Reduzierung der Säuglingssterblichkeit erreicht, aber selbst in den reichsten Ländern gibt es signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen in der Gesellschaft. Besonders besorgniserregend sind die hohen Säuglingssterblichkeitsraten, die in manchen Ländern im Osten der Region zu beobachten sind. Eine unerwünschte Schwangerschaft ist ein Risikofaktor, und die hohe Zahl von Schwangerschaften bei Minderjährigen ist beispielsweise in vielen Ländern ein bedeutendes Problem. Noch immer werden Abtreibungen in manchen Ländern als wichtiges Empfängnisverhütungsmittel eingesetzt – eine Praxis, die zur Jahrhundertwende nicht hinnehmbar ist. In vielen Mitgliedstaaten ist die hohe Müttersterblichkeit nach wie vor ein beträchtliches Problem.

Eine gesunde Geburt bildet die Grundlage für ein gesundes Leben. Die prä- und perinatale Versorgung kann einen bedeutenden Beitrag dazu leisten, daß Mutter und Kind mit diesem zentralen Ereignis im Leben eines Menschen gut fertig werden. Schwangerschaft und Entbindung sind natürliche physiologische Prozesse – auch wenn dabei manchmal etwas schief läuft – und sollten von Gesundheitsfachkräften auch so verstanden werden. Je höher der Bildungsstand, je besser der Gesundheits- und Ernährungszustand einer Mutter und je höher ihr sozioökonomischer Lebensstandard und die Qualität der Gesundheitsversorgung, die sie erhält, umso größer ist die Aussicht auf eine erfolgreiche Schwangerschaft. Ein gesunder Lebensanfang hängt mit der Lebensweise beider Elternteile sowie mit deren Eignung, Kinder aufzuziehen, zusammen. Depressionen nach einer Entbindung können nicht nur die Mutter betreffen, sondern auch den Vater und können ein Faktor für Gewalt in der Familie sein.

DIE EUROPÄISCHE TASK FORCE FÜR PERINATALVERSORGUNG – 1998 in Venedig ins Leben gerufen – hat die Bedeutung der Grundwerte und Prinzipien im europäischen Kontext unterstrichen. Bei einer normalen Schwangerschaft und Geburt sollte die Perinatalversorgung: „entmedikalisiert“ sein, auf dem Einsatz wissenschaftlich validierter bedarfsgerechter Technologien basieren, regionalisiert sowie multidisziplinär, holistisch, familienzentriert sein, kulturspezifische Kriterien berücksichtigen und die Frauen bei den Entscheidungen einbeziehen. Diese Werte und Prinzipien werden jetzt überall in der Europäischen Region gefördert; besonders erwähnenswert ist hier die führende Rolle von Weißrußland und der Republik Moldau, die viele dieser Prinzipien in ihre nationalen gesundheitspolitischen Konzepte für die Perinatalversorgung übernommen haben.

Quelle: Bericht über einen WHO-Workshop Perinatalversorgung. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Dokument EUR/ICP/FMLY 01 02 02).

Die Schwangerschaftsfürsorge und -nachsorge verteilt sich sehr ungleich in der Region. Einige Länder geben Unsummen dafür aus, die Lebenserwartung von Säuglingen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht zu verbessern, während in großen Teilen der Region noch nicht einmal die Grundvoraussetzungen für die Gewährleistung einer gesunden Geburt gegeben sind. Der Perinatalmedizin ist es äußerst erfolgreich gelungen, Säuglinge mit immer niedrigerem Geburtsgewicht überleben zu lassen, was dazu geführt hat, daß immer mehr Kinder geboren werden, die spezielle Hilfe brauchen. Dies wirft bedeutende ethische Fragen auf.

Das Geburtsgewicht, das mit dem Einkommen – aber auch mit anderen Faktoren, wie etwa dem Rauchen – zusammenhängt, ist ein Marker für den Deprivationsindex und stellt ein Risiko dar, das sich über Generationen verstärkt hat. Auch im Vergleich mit anderen Kindern aus derselben sozialen Schicht ist ein geringeres Geburtsgewicht für ein Kind mit einem größeren Krankheitsrisiko verbunden, was im Erwachsenenalter zum Tod durch eine koronare Herzkrankheit und zu psychischen Erkrankungen führen kann. Es besteht auch ein Zusammenhang zwischen dem Geburtsgewicht und den sozialen Verhältnissen, unter denen ein Kind bis zum frühen Erwachsenenalter lebt, einschließlich der Zugehörigkeit zu einer beruflich bedingten sozialen Schicht im Erwachsenenalter. Das erste Lebensjahr ist von ausschlaggebender Bedeutung für eine gesunde physische und psychische Entwicklung und für die Erhaltung der Gesundheit in späteren Lebensphasen; für Kinder, die unter benachteiligten häuslichen und familiären Verhältnissen aufwachsen, besteht ein höheres Risiko, daß ihr Wachstum und ihre Entwicklung langsamer verlaufen.

Die Bindung zu Eltern und der Familie nahestehenden Menschen sollte gestärkt werden. Eltern und andere, einem Kind nahestehende Menschen spielen bei der Vermittlung grundlegender gesundheitlicher und sozialer Verhaltensweisen eine wichtige Rolle für Kinder in dieser Altersgruppe. In Krisenzeiten, schwierigen Phasen oder in Fällen, in denen nur ein Elternteil für ein Kind da ist, können die Eltern und andere, die sich um die Kinder kümmern, ihrer Rolle nicht immer gerecht werden und können den Kindern nicht die notwendige Unterstützung geben. In Europa bahnen sich bedeutende Veränderungen in der Familienstruktur an. Die Zahl der „traditionellen Familien“ geht zurück, weil immer mehr Familien auseinanderbrechen und der Anteil der Geburten lediger Mütter

zunimmt. In den mittel- und osteuropäischen Ländern nimmt die Zahl der Scheidungen zu. Besonders signifikante Steigerungsraten sind in der Russischen Föderation, in Weißrußland, der Republik Moldau sowie in der Slowakei und in Estland zu verzeichnen. Kinder können darunter leiden, wenn Familien auseinandergehen. In einigen Teilen Westeuropas, wo die stützende Funktion traditioneller sozialer Netzwerke mehr und mehr verloren geht, ist der Druck auf die Familien größer als im südlichen und östlichen Teil der Region, wo diese Netzwerke noch intakt sind.

Mißhandlungen und Mißbrauch von Säuglingen und Kleinkindern hinterlassen für die psychische Gesundheit der Betroffenen bleibende, traumatische Spuren. In der Region nimmt die Zahl der marginalisierten Straßenkinder zu, und diesem Problem wird nicht immer die ihm gebührende Aufmerksamkeit geschenkt. Bei Kindern aus Familien von Einwanderern, Flüchtlingen und Obdachlosen oder aus Familien, die sich illegal in einem fremden Land aufhalten, ist das Risiko am größten, daß sie auf der Straße landen und dort straffällig werden, sich prostituieren, die Schule schwänzen, Drogen nehmen, verarmen, gewalttätig werden und betteln.

ZIEL 3 – EIN GESUNDER LEBENSANFANG

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN SICH ALLE NEUGEBORENEN, SÄUGLINGE UND KINDER IM VORSCHULALTER IN DER REGION EINER BESSEREN GESUNDHEIT ERFREUEN, DAMIT SIE IHR LEBEN GESUND BEGINNEN KÖNNEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 3.1 Alle Mitgliedstaaten sollten für einen besseren Zugang zu bedarfsgerechten reproduktionsmedizinischen Diensten sowie zu einer Schwangerschaftsvorsorge und -fürsorge und einer Gesundheitsversorgung für Kinder sorgen.
- 3.2 In keinem Land sollte die Säuglingssterblichkeitsrate über 20 pro 1000 Lebendgeburten liegen; Länder mit Sterblichkeitsraten unter 20 sollten sich bemühen, die Rate auf 10 oder weniger zu reduzieren.
- 3.3 In Ländern, in denen die Säuglingssterblichkeitsrate unter 10 pro 1000 Lebendgeburten liegt, sollte der Anteil der Neugeborenen, die ohne angeborene Krankheiten oder Behinderungen zur Welt kommen, erhöht werden.
- 3.4 Bei Kindern unter 5 Jahren sollten Mortalität und Behinderungen infolge von Unfällen und Gewalt einwirkung um mindestens 50% reduziert werden.
- 3.5 Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2500 g zur Welt kommen, sollte um mindestens 20% gesenkt werden, und die bestehenden Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sollten signifikant verringert werden.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Die Frage, wie man mit den zugrundeliegenden sozialen und wirtschaftlichen Determinanten umgehen sollte, um die Säuglingssterblichkeit innerhalb einzelner Mitgliedstaaten und in allen Mitgliedstaaten insgesamt zu verringern, wird im Kapitel 5 erörtert. Um sicherzustellen, daß Schwangerschaften auf einem Kinderwunsch basieren und daß die Kinder unter optimalen Bedingungen ausgetragen werden können, müssen der Bevölkerung wirksame Familienplanungsprogramme angeboten werden (gegebenenfalls auch einschließlich einer genetischen Beratung). Zu den für Schwangere wichtigen Diensten zählen: eine grundlegende ärztliche Untersuchung; wirksame Unterstützung für zukünftige Eltern, die mit dem Rauchen aufhören wollen; Ernährungsberatung; sowie eine Schwangerenberatung zu psychologischen und physischen Aspekten der Schwangerschaft, der Entbindung und der Kinderpflege.

Eine bewährte Strategie für die Verbesserung der Gesundheit von Frauen und Kleinkindern ist die Initiative Mutterschaft ohne Risiko.

DIE INITIATIVE MUTTERSCHAFT OHNE RISIKO wurde 1987 von der internationalen Gesundheitsgemeinschaft – u. a. von der WHO, dem UNICEF, dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, der Weltbank und zahlreichen lokalen und internationalen NGOs in aller Welt – aufgenommen, um die Mortalität und Morbidität bei Müttern und Säuglingen zu reduzieren. Mit dieser Initiative wird insbesondere folgendes bezweckt: bei der Entbindung eine qualifizierte Geburtshilfe sicherzustellen, den Zugang zu Schwangerschaftsvorsorgediensten zu verbessern, die Qualität der Schwangerenfürsorge zu verbessern, ungewollte Schwangerschaften zu verhüten, das Problem risikoreicher Schwangerschaftsunterbrechungen aufzugreifen und Fortschritte mit Hilfe effizienter Datenerfassungssysteme zu messen. Seit 1995 wurde diese Initiative im Zuge des CARAK-Projekts in zwei Pilotbezirken in den zentralasiatischen Republiken sowie in Aserbaidschan gefördert; das hat bereits zu einem Rückgang der Infektionen, Blutungen und Aborte sowie zu einem stärkeren Gebrauch von Kontrazeptiva geführt.

Quelle: Maternal Health and Safe Motherhood Programme: progress report 1993–1995. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1995 (Dokument WHO/FRH/MSM/96.14).

Voraussetzung für eine gesunde Geburt ist die Anwesenheit einer qualifizierten Hebamme, die nur im Bedarfsfall von einem Facharzt für Geburtshilfe unterstützt werden sollte. In der Schwangerschaftsvorsorge und -fürsorge sollte nur auf wissenschaftlich fundierte, unentbehrliche Verfahren zurückgegriffen werden, wobei kompliziertere Techniken nur in speziellen, genau definierten Fällen eingesetzt und mögliche iatrogene Nebenwirkungen nicht außer acht gelassen werden sollten. Mit Hilfe geeigneter Indikatoren und durch Monitoring, einschließlich des Einsatzes der Telematik, kann die Qualität der Geburtshilfe und Perinatalversorgung erheblich verbessert werden. Eine Trennung von Mutter und Kind bei der Geburt sowie eine Überbetonung von regelmäßigen Abläufen, Disziplin und Hygiene beeinträchtigen physiologische Schutzmechanismen und sollten daher vermieden werden. In diesem Zusammenhang bieten

die WHO-Kriterien der Initiative Babyfreundliches Krankenhaus (s. unten) eine nützliche Orientierungshilfe. Beachtung muß auch der Lebensweise und dem psychosozialen Wohlergehen beider Elternteile geschenkt werden. Werdende Mütter sowie die Väter und andere Familienmitglieder sollten nicht rauchen, und die Mütter sollten auf Arzneimittel und Alkohol verzichten. Für eine wirksame und rechtzeitige Impferfassung zur Prävention von Krankheiten sollte immer gesorgt werden (weitere Einzelheiten hierzu in Kapitel 4).

Stillende Mütter bieten ihren Kindern eine optimale Ernährung; außerdem schafft das Stillen eine starke Bindung zwischen Mutter und Kind, es stärkt das Immunsystem und bietet während der Kindheit zusätzlichen Schutz vor Infektionskrankheiten und Allergien. Fast jede Mutter kann Milch produzieren, die etwa sechs Monate lang genau allen Ernährungsanforderungen ihres Kindes genügt. Dies gilt sogar, wenn die Mütter starkem und anhaltendem physiologischen und psychologischen Streß ausgesetzt sind, was zur Zeit in mehreren Ländern der Region der Fall ist.

Mit der **INITIATIVE BABYFREUNDLICHES KRANKENHAUS**, die von der WHO und UNICEF 1991 auf einer Tagung der Internationalen Pädiater-Gesellschaft in Ankara ins Leben gerufen wurde, werden folgende Ziele verfolgt:

- Bereitstellung umfassender Informationen für die Mütter, damit diese in Kenntnis der Sachlage entscheiden können, wie sie ihr neugeborenes Kind ernähren wollen;
- Beginn des Stillens zu einem frühen Zeitpunkt;
- ausschließliche Ernährung der Säuglinge durch Muttermilch in den ersten sechs Monaten;
- Unterbindung der kostenlosen bzw. kostengünstigen Versorgung von Krankenhäusern mit Babyernaehrung;
- Einbeziehung anderer Fragen der Gesundheitsversorgung für Mutter und Kind möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt und soweit erforderlich .

Der Zweck dieses globalen Verbunds besteht darin, durch Schaffung eines Gesundheitsversorgungsumfelds, in dem das Stillen die Norm ist, für jedes Baby am Lebensanfang die bestmöglichen Bedingungen zu gewährleisten, um so die Säuglingsmorbidity und -mortality in allen Ländern zu reduzieren.

Im September 1998 gab es in der Europäischen Region der WHO in insgesamt 24 Ländern 314 babyfreundliche Krankenhäuser; Ziel ist es allerdings, alle Krankenhäuser in der Region in diese Initiative mit aufzunehmen.

Für Säuglinge und Kleinkinder ist ein Geborgenheit, Stabilität und Unterstützung vermittelndes häusliches Umfeld besonders wichtig, weil die Kinder in diesem Alter viel Zeit zu Hause oder in der nächsten Umgebung ihres Zuhauses zubringen und für dort vorkommende Gesundheitsgefahren besonders anfällig sind: ansteckende Krankheiten sowie durch Wasser, Nahrungsmittel und Tiere übertragene Krankheiten, durch schlechte hygienische Verhältnisse verursachte Krankheiten, Gefahren durch chemische Schadstoffe in der Luft, im Wasser und im Boden und schließlich physische Gefahren zu Hause, in der näheren Umgebung und im Verkehr. Die Schaffung eines

Umfelds, das Kindern die Möglichkeit bietet, sich körperlich, emotional und sozial frei zu entfalten, bedeutet eine Investition, die sich langfristig gesundheitlich auszahlt. Dieses Umfeld sollte frei von Rauch sein, denn auch passives Rauchen ist erwiesenermaßen schädlich für die kindliche Gesundheit. Durch sozialpolitische Maßnahmen sollte bedürftigen Familien dabei geholfen werden, ein Geborgenheit, Stabilität und Sicherheit vermittelndes häusliches Umfeld zu schaffen.

Eine Familiengesundheitsschwester, die Hausbesuche macht, kann den Eltern entscheidend dabei helfen, für die Säuglinge ein gesundes, psychosozial anregendes und aktives Umfeld zu schaffen, wodurch häusliche Verletzungen vermieden werden können.

Auch die Privatwirtschaft kann einen Beitrag zur Gesundheit leisten, z. B. durch die Herstellung von gesundem Spielzeug, das die kindliche Phantasie anregt und die Entwicklung fördert.

Die Aneignung von Grundwerten: Bekanntermaßen sind stabile soziale Beziehungen in den ersten sieben Lebensjahren entscheidend für die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen und für seine Fähigkeit, im gesamten weiteren Lebensverlauf mit belastenden Erlebnissen fertig zu werden. Durch die Erfahrung tiefer und liebevoller menschlicher Beziehungen baut sich ein starkes Gesundheitsreservoir auf, von dem der einzelne sein Leben lang zehren kann. Zu den Aufgaben des Gesundheitswesens könnte auch die Erziehung von Müttern und Vätern in ihrer Rolle als Eltern gehören. Die Schaffung von Ehe- und Familienberatungsdiensten sowie die Einrichtung von Gruppendynamik- und Konfliktlösungskursen im Rahmen der Schulerziehung könnten sich positiv auf die Gesundheit von Kindern auswirken, deren Eltern sich trennen.

Kindergärten und ähnliche Kinderbetreuungseinrichtungen eignen sich hervorragend für die Vermittlung grundlegender gesundheitlicher Werte und für die Entwicklung sozialer Kompetenzen; auch andere Werte wie z. B. Chancengleichheit, Solidarität und Menschenwürde sind dort erfahrbar und lehrbar. Solche Einrichtungen können also zu einer gesunden Entwicklung von Kleinkindern beitragen, indem sie ein Vorbild für ein physisch und sozial gesundes Umfeld darstellen, Kinder dazu ermuntern, gemeinsam gesundes Essen zuzubereiten, die für soziale Interaktionen notwendigen „Lebensfertigkeiten“ vermitteln und den Kindern die Grundregeln der Hygiene beibringen sowie die Beachtung dieser Regeln fördern. In den einzelnen Ländern sollten wesentlich stärkere Anstrengungen unternommen werden, um sicherzustellen, daß *alle* Einrichtungen dieser Art den oben genannten Anforderungen systematisch durch entsprechende Aktivitäten gerecht werden; dazu gehört auch die Ausbildung hierzu befähigter Betreuer.

Die Unterstützung benachteiligter und gefährdeter Kinder – besonders solcher, die nicht schon vom sozialen Sicherungssystem erfaßt werden – erfordert wirksame Dienste auf lokaler Ebene, die aktiv auf diese Kinder zugehen und sich ihrer annehmen. Durch eine Zusammenarbeit mit anderen Partnern – wie z. B. sozialen Einrichtungen, Kinderfürsorgediensten, nichtstaatlichen Organisationen und Wohlfahrtsverbänden – kann die Effektivität der Maßnahmen in diesem Bereich erhöht werden. Eine in diesem Zusammenhang sehr wichtige, wenn auch schwierige Aufgabe besteht in der Entwicklung von Programmen in allen Mitgliedstaaten zur Verhinderung des Mißbrauchs von Säuglingen und

Kindern und zur Rehabilitation von Kindern, die Opfer eines solchen Mißbrauchs geworden sind. In vielen Gesellschaften verlangt die Ansprache von Problemen, die bisher „unter den Teppich gekehrt“ wurden, eine neue Offenheit.

WHO/UNICEF-LEITLINIEN ZUM INTEGRIERTEN MANAGEMENT VON KINDERKRANKHEITEN

Ziel der Leitlinien ist es, Mortalität, Häufigkeit und Schweregrad von Krankheiten und Behinderungen in den einzelnen Ländern zu reduzieren und damit das Wachstum und die Entwicklung der Kinder zu fördern. Im Mittelpunkt der vorgeschlagenen Maßnahmen steht die Qualität der Versorgung in ambulanten Einrichtungen und auf lokaler Ebene.

Es wird davon ausgegangen, daß sich diese Initiative nachhaltig auf die Gesamtkrankheitslast auswirken und dabei gleichzeitig kostengünstig sein wird. Die Initiative basiert auf drei Kernelementen:

- einer besseren, an lokale Gegebenheiten angepaßte Fallhandhabung durch Gesundheitsfachkräfte anhand von Leitlinien zur integrierten Betreuung des kranken Kindes sowie dem Einsatz von Maßnahmen, die den Gebrauch der Leitlinien fördern;
- einer Verbesserung der für eine wirksame Behandlung von Kinderkrankheiten erforderlichen Infrastruktur, einschließlich der Beschaffung und Verwaltung von unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen sowie der Schaffung von Aufsichtseinrichtungen auf nationaler und nachgeordneter Ebene;
- einer Verbesserung der hausärztlichen und gemeindenahen Versorgung.

3.3 Gesundheit junger Menschen

Der folgende Abschnitt befaßt sich mit dem Gesundheitspotential des Menschen während der Kindheit und in der Jugend; anders ausgedrückt geht es hier um die Zeit, die mit der Einschulung beginnt und mit dem Eintritt in den Arbeitsmarkt endet. Zu dieser Lebensphase gehören Erfahrungen wie die Aneignung gesundheitlicher und sozialer Kompetenzen, die Pubertät und die Übernahme von Verantwortung in der Gesellschaft.

Mit der Einschulung verändert sich für viele Kinder der Alltag. Die Kindheit und die Jugend sind Lebensphasen, in denen sich der Intellekt und der Körper des Menschen besonders stark entwickeln und in denen sich der Mensch soziale und gesundheitliche Kompetenzen aneignet, die er sein Leben lang benötigt. Junge Menschen sind am ehesten in der Lage, bewußte Entscheidungen in bezug auf ihr Gesundheitsverhalten zu treffen, wenn sie die Möglichkeit haben, ihr eigenes soziales, natürliches und bildungsbezogenes Umfeld mitzugestalten.

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem psychologischen Wohlergehen junger Menschen – und folglich auch ihrem Gesundheitszustand – und der Qualität ihrer Beziehungen zu Familienangehörigen sowie anderen Erwachsenen und Gleichaltrigen. Bei Kindern bzw. Jugendlichen, die sich von ihrer Familie geliebt und unterstützt, von Freunden und anderen wichtigen Erwachsenen, mit denen junge Menschen in Kontakt kommen, akzeptiert und verstanden fühlen,

haben die besten Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung und ein positives Selbstbewußtsein. Ein hohes Selbstwertgefühl und die Fähigkeit, Probleme und Konflikte zu lösen, sind wertvolle Eigenschaften für die Bewältigung des Lebenswegs.

Die während der Pubertät auftretenden physischen und psychischen Veränderungen verändern die Gefühls- und Wahrnehmungswelt junger Menschen. Abhängig vom einzelnen vollziehen sich diese Veränderungen mit unterschiedlichem Tempo und mit unterschiedlicher Intensität. In dieser Phase können Gefühle und Einstellungen intensiver empfunden werden. Es besteht ein starker Drang, den Normen der eigenen Altersgruppe zu entsprechen. Viele der Erfahrungen, die junge Menschen in dieser Lebensphase machen, sind sehr positiv und sollten als Teil des Reifeprozesses betrachtet werden.

Junge Menschen sind allerdings auch bestimmten Risiken besonders stark ausgesetzt; so geraten sie leicht in Versuchung, Drogen, Tabak und Alkohol sowie mit dem sexuellen Reifeprozess zusammenhängende Verhaltensweisen auszuprobieren (s. Abschnitt 5.3). Immer noch kommt es durch ungeschützten Geschlechtsverkehr in zahlreichen Fällen zu unerwünschten Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüchen und sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV-Infektionen. Eine sachliche sexuelle Aufklärung gibt es in vielen Teilen der Region weder in der Schule noch anderswo. Dadurch geraten junge Menschen in einer Lebensphase, in der das Experimentieren völlig normal ist, in gefährliche Situationen. Durch den Mangel an Informationen und Kenntnissen über Dinge, die mit der Sexualität, physischen Veränderungen und Funktionen sowie mit emotionalen Gefühlsäußerungen zu tun haben, wird emotionaler Streß erzeugt. Wenn jungen Menschen kein angemessener Zugang zu vertraulichen Gesundheitsdiensten angeboten wird, kann dies dazu führen, daß sie von den vorhandenen bedarfsgerechten Gesundheits- und Beratungsdiensten auch keinen Gebrauch machen.

Weniger körperliche Betätigung und ungesunde Eßgewohnheiten haben in vielen Ländern zu einer Zunahme der Fettleibigkeit unter jungen Menschen geführt. Bleibt das Übergewicht bis ins Erwachsenenalter bestehen – was häufig der Fall ist – bedeutet dies ein beträchtliches Gesundheitsrisiko für die Betroffenen.

Leider gehört gewalttätiges Verhalten immer mehr zum Alltag vieler Jugendlicher und Heranwachsender. Verletzungen, die unbeabsichtigt bzw. vorsätzlich – sich selbst oder anderen – zugefügt werden, sind zur Zeit die Haupttodesursache bei Kindern im Alter von über 1 Jahr und bei Heranwachsenden, wobei die entsprechenden Raten bei Jungen höher liegen als bei Mädchen. Immer mehr Kinder in der Region werden sexuell ausgebeutet und mißbraucht. Auf dem im August 1996 in Stockholm abgehaltenen Kongreß gegen die kommerzielle sexuelle Ausbeutung von Kindern haben sich die Mitgliedstaaten zu einer konzertierten Aktion auf lokaler, nationaler, regionaler und internationaler Ebene verpflichtet, um so die sexuelle Ausbeutung von Kindern zu beenden.

Aufgrund des Wachstums der Telekommunikation, der Medien und der Informatik kommen junge Menschen überall in der Welt mit den gleichen Produkten, Botschaften und Werten in Kontakt.

Werbung, Medien und Musik sind nicht nur Formen von Unterhaltung, sondern es sind auch Werbeträger für die Vermarktung von Menschen, Produkten, Gedanken und Verhaltensweisen, die entweder gesundheitsfördernd oder gesundheitsschädigend sein können. Ein Großteil dieser Unterhaltung wirkt sich nachteilig auf die Gesundheit aus; so besteht beispielsweise ein enger Zusammenhang zwischen der Tabakwerbung und dem Zigarettenkonsum bei Heranwachsenden. Möglicherweise besteht auch ein Zusammenhang zwischen dem stärkeren Konsum an Fernsehen, Filmen und Computerspielen einerseits und der zunehmenden Gewalt im Leben junger Menschen sowie deren geringerer körperlicher Betätigung.

ZIEL 4 – GESUNDHEIT JUNGER MENSCHEN⁶

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN SICH JUNGE MENSCHEN IN DER REGION EINER BESSEREN GESUNDHEIT ERFREUEN UND BESSER IN DER LAGE SEIN, IHRE ROLLE IN DER GESELLSCHAFT ZU ÜBERNEHMEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 4.1 Kindern und Jugendlichen sollten bessere „Lebensfertigkeiten“ und die Fähigkeit vermittelt werden, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden.
- 4.2 Mortalität und Behinderungen aufgrund von Gewalteinwirkung und Unfällen⁷ sollten bei jungen Menschen mindestens um 50% reduziert werden.
- 4.3 Der Anteil junger Menschen, die einer gesundheitsschädigenden Lebensweise frönen⁸, indem sie Drogen, Tabak und Alkohol konsumieren, sollte erheblich verringert werden.
- 4.4 Die Häufigkeit von Schwangerschaften bei Minderjährigen sollte mindestens um ein Drittel reduziert werden.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Zusammenhalts- und Zugehörigkeitsgefühl

Menschen bleiben gesund, wenn sie zuversichtlich sind, daß sie mit ihrem Leben zurechtkommen und daß ihr Leben einen Sinn hat, und wenn sie über entsprechende (geistige, körperliche, seelische, soziale und materielle) Mittel verfügen, um alle an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen. Von Kindheit an muß sich ein Gefühl des Zusammenhalts und der Zugehörigkeit entwickeln; Erfahrungen in der Familie, im Kindergarten, in der Schule und im Rahmen der Gesundheitsversorgung spielen hierbei eine wichtige Rolle: Sie vermitteln jungen Menschen durchgehend die gleiche Botschaft und stellen sicher, daß sie sich die Mittel und Problembewältigungskompetenzen aneignen, die sie für ihr Leben benötigen.

⁶ Bis zum Alter von 18 Jahren.

⁷ Vgl. auch Ziel 9: „Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen“.

⁸ Vgl. auch Ziel 12: „Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“.

Die Schulen bilden einen wichtigen Rahmen, in dem Gesundheit geschaffen und aufrechterhalten werden kann. Mit Hilfe von formalen Lehrplaninhalten läßt sich die Einstellung junger Menschen zur Gesundheit deutlich verbessern. Das schulische Umfeld bietet sich für die Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit förmlich an. Im weiteren Sinne beeinflußt die Schule aber nicht nur die Wahrnehmungen sowie die Denk-, Handlungs- und Verhaltensweisen der Schüler, sondern auch die der Lehrer, Eltern, Gesundheitsfachkräfte und der örtlichen Bevölkerung. Alle Bereiche des organisierten Lebens tragen zur körperlichen, sozialen und seelischen Gesundheit des Menschen bei; außerdem lernen junge Menschen am besten, was es bedeutet, Verantwortung zu übernehmen und eigene Entscheidungen zu treffen, wenn sie unmittelbar an Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Das europäische Konzept der „gesundheitsfördernden Schule“, in dem alle diese Elemente vereint sind, sollte an allen Schulen in den 51 Mitgliedstaaten der Region eingeführt werden.

Gesundheitsversorgung

Der Gesundheitszustand älterer Kinder und Heranwachsender kann durch die Verfolgung eines umfassenderen gesundheitspolitischen Ansatzes verbessert werden. Ein solcher Ansatz beinhaltet den Bereich der öffentlichen Gesundheit, die Gesundheitsförderung und die integrierte Betreuung des kranken Kindes (Ziel der WHO/UNICEF-Leitlinien zum Management von Kinderkrankheiten ist eine Verringerung der Mortalität, der Häufigkeit und des Schweregrads von Krankheiten und Behinderungen in den Ländern Mittel- und Osteuropas sowie eine Förderung des Wachstums und der Entwicklung der Kinder).

Gesundheitsversorgungsdienste müssen auch in den verschiedenen sozialen Systemen des Alltagslebens verfügbar sein, d. h. im häuslichen Umfeld, in Schulen und anderen Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, und zwar aufbauend auf den Konzepten der primären Gesundheitsversorgung und der hausärztlichen Betreuung. In der gesamten Region sollten alle „Settings“, alle Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen durch gemeindenahe Maßnahmen zur Prävention von Verletzungen erfaßt werden.

Chronische Krankheiten, Funktionsstörungen mit physischen Erscheinungsformen sowie psychosomatische Beschwerden und psychische Störungen können wirksamer behandelt werden, wenn den Betroffenen neben der ärztlichen Versorgung auch eine psychologische, soziale und beratende Betreuung angeboten wird. Zur Behandlung von Problemen wie Drogenmißbrauch, Selbstmord, Alkoholkonsum und Unfällen müssen in Zusammenarbeit mit Sozial- und Bildungseinrichtungen sowie mit anderen Sektoren spezielle Präventions- und Aktionsprogramme für junge Menschen ausgearbeitet werden.

Der Gesundheitszustand älterer Kinder und Jugendlicher läßt sich weiter verbessern, wenn bestehende Barrieren zum Gesundheitswesen abgebaut werden – durch Aufklärungskampagnen, Vertrauensschutz für junge Menschen, andere Öffnungszeiten von Beratungsstellen, die Schaffung von aufsuchenden Diensten, etc. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang der Zugang durch

Pflegekräfte, die Familien in ihren eigenen vier Wänden aufsuchen und so Probleme frühzeitig erkennen und sowohl Kindern als auch Eltern vernünftige Ratschläge geben können.

Eine gesunde Lebensweise

Mit Hilfe wirksamer Strategien zur Förderung lebenslanger gesunder Eßgewohnheiten kann der zunehmenden Fettleibigkeit sowie lebensmittelbedingten Krankheiten und Allergien Einhalt geboten werden. Zu den hierzu erforderlichen Maßnahmen gehört, daß das Wachstum der Kinder verfolgt wird und daß sie informiert werden über eine richtige, ausgewogene Ernährungsweise, die Anreicherung von Lebensmitteln mit Mikronährstoffen und die Bedeutung regelmäßiger Mahlzeiten. Vernünftige sportliche Betätigung und Erholung können das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden junger Menschen verbessern. Sportvereine, Jugendklubs usw., die einen wichtigen Rahmen für gesundheitliche und soziale Interaktionen bilden, sollten in benachteiligten Gemeinden besonders unterstützt werden.

Da junge Menschen für Werbung, Marketing und neue Produkte besonders empfänglich sind, kann die Wirtschaft ein wichtiger Partner bei der Förderung der Gesundheit von Menschen in dieser Altersgruppe sein. Allerdings hat das Gesundheitswesen auch die Pflicht, sich mit Nachdruck gegen Produkte auszusprechen, welche die Gesundheit junger Menschen gefährden. Strategien zur Bekämpfung von Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum sind im Kapitel 6 beschrieben. Mit Hilfe von Vorschriften zur Regulierung der Medien kann verhindert werden, daß junge Menschen mit Gewalt und risikoreichen Verhaltensweisen konfrontiert werden. Peer-Vorbilder haben sich als wirksames, innovatives Mittel erwiesen, das junge Menschen dazu befähigt, schädliche Verhaltensweisen abzulehnen und sich eine gesündere Lebensweise zu eigen zu machen.

Marginalisierte junge Menschen

Zu den besonders wichtigen Aufgaben der Mitgliedstaaten gehört: die Schaffung eines Umfelds sowie die Pflege von Denk- und Handlungsweisen, die für die Rechte von Kindern zugänglich sind; der mit hoher Priorität zu betreibende Kampf gegen die kommerzielle sexuelle Ausbeutung von Kindern; und die Bereitstellung entsprechender Ressourcen für diese Zwecke. In vielen Ländern ist eine engere Zusammenarbeit zwischen allen Teilen der Gesellschaft erforderlich, um zu verhindern, daß Kinder in das Geschäft mit dem Sex überhaupt hineingezogen werden, und um die Rolle der Familien beim Schutz der Kinder gegen kommerzielle sexuelle Ausbeutung zu stärken. Da diese Kinder in der Regel durch die Maschen des normalen Gesundheits- und Sicherheitsnetzes gefallen sind, bieten spezielle aufsuchende und gemeindenahere Dienste – auch im Bereich der Freizeit und der Gesundheitsversorgung – einen wirksamen Ansatzpunkt für Maßnahmen.

3.4 Gesundheit von Erwachsenen

Der folgende Abschnitt befaßt sich mit dem Gesundheitspotential von Erwachsenen. Gemeint ist damit die Zeit ab dem Eintritt in den Arbeitsmarkt bis zur Beendigung der Erwerbstätigkeit. Diese Lebensphase umfaßt ca. vierzig Jahre und beinhaltet Erlebnisse wie z. B. den Eintritt ins Arbeitsleben; das Aufziehen von Kindern; die Rolle als Bürger; die Versorgung der Eltern; zusehen, wie die Kinder das Haus verlassen; und das Ende der aktiven Erwerbstätigkeit.

Im Laufe der Jahre hat sich das Wesen solcher Lebensereignisse beträchtlich verändert. Viele Erwachsene in Europa leben unter für sie unbefriedigenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen. Für immer mehr Menschen gibt es Phasen, in denen sie aufgrund von Entwicklungen wie der Globalisierung des Handels und technischen Fortschritten unterbeschäftigt oder arbeitslos sind. Für diejenigen, die Arbeit haben, führen die abnehmende Bedeutung herkömmlicher Arbeitsverhältnisse und die Entstehung neuer Arbeitsformen dazu, daß zahlreiche Arbeitnehmer Gefahr laufen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Dies gilt für ausländische Arbeitnehmer, Einwanderer, ethnische Minderheiten, ältere Arbeitnehmer und Frauen mit kleinen Kindern. Die Familienstrukturen sind von der Tendenz her weniger dauerhaft, und es entwickeln sich zahlreiche neue Formen des Zusammenlebens.

In bezug auf das Arbeitsumfeld wird kurzfristigen wirtschaftlichen Überlegungen zur Zeit viel mehr Bedeutung beigemessen als langfristigen Investitionen in Arbeitskräfte, durch die Menschen im erwerbsfähigen Alter in die Lage versetzt werden, eine gesellschaftlich produktive Rolle zu spielen. Ein hohes Maß an Arbeitsplatzunsicherheit mag zwar kurzfristig wirtschaftliche Vorteile mit sich bringen, aber langfristig führt dies zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Erwerbstätigen und derjenigen, für die sie sorgen, so daß sich letztendlich der Druck auf das Gesundheitswesen verstärkt.

Ein wichtiges Hindernis für die Erreichung des Ziels der „Gesundheit für alle“ ist die Ungleichheit, die nicht nur zwischen Männern und Frauen sondern auch zwischen Frauen in verschiedenen Teilen der Europäischen Region sowie zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Schichten und ethnischen Gruppen besteht. Männer und Frauen sind zwar gleichermaßen von den herrschenden Bedingungen betroffen, aber diese Bedingungen wirken sich unterschiedlich aus. Armut und wirtschaftliche Abhängigkeit, Gewalt, negative Einstellungen und andere Formen der Diskriminierung, begrenzter Einfluß auf das eigene Sexualleben und auf die Entscheidung, wie viele Kinder man haben will, sowie keine Beteiligung an Entscheidungen – all dies sind Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit von Frauen auswirken.

Teilweise ist der Zugang zur grundlegenden Gesundheitsversorgung für Frauen anders und entspricht nicht dem Gleichheitsgrundsatz. Dasselbe gilt auch für die Nutzung grundlegender Gesundheitsdienste und die Möglichkeiten zum Schutz sowie zur Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit. Häufig werden geschlechtsspezifische Klischees in gesundheitspolitischen

Konzepten und Maßnahmen übernommen, ohne der Tatsache Rechnung zu tragen, daß Frauen in Entscheidungen, die ihre eigene Gesundheit betreffen, nicht frei sind. In einigen Ländern, deren Wirtschaft sich in einer Übergangsphase befindet, gehören Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaften und der Geburt von Kindern zu den Hauptursachen für Mortalität und Morbidität bei Frauen im gebärfähigen Alter. Unsachgemäß durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche bedrohen das Leben zahlreicher Frauen – vor allem im östlicher gelegenen Teil der Region – und stellen ein ernsthaftes Problem im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar. In der Regel sind es die Ärmsten und die Jüngsten, die am stärksten gefährdet sind.

Der Anteil der erwerbstätigen Frauen ist heute größer als in der Vergangenheit, und die Zunahme der berufstätigen Mütter und der Haushalte mit Doppelverdienern hat Folgen für die Betreuung von Kindern und alten Menschen. Traditionell wurde diese Rolle von Frauen gespielt, und in vielen Ländern hat sich daran bis heute nichts geändert, bis auf die Tatsache, daß die Frauen gleichzeitig auch berufstätig sind.

Das Leben in schlechten Wohnverhältnissen und Wohnbezirken (s. Kapitel 5) macht eine gesundheitsfördernde Lebensweise für viele Erwachsene unmöglich. Für Frauen aus einkommensschwachen Gruppen ist das Rauchen vielleicht ein Mittel, um mit dem Streß der Armut oder monotoner Arbeitsbedingungen fertig zu werden. In armen Wohnvierteln erschweren viele Faktoren eine gesunde Lebensweise:

- Es gibt weniger Erholungsgebiete.
- Die Angst vor der dort stärker präsenten Kriminalität hindert die Menschen daran, mehr Zeit außerhalb ihrer Wohnungen zuzubringen, an geselligen Zusammenkünften teilzunehmen und sich sportlich zu betätigen.
- Der Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln ist schwieriger.
- Die in Strategien zur Gesundheitsförderung empfohlenen Nahrungsmittel sind entweder nicht vorhanden oder zu teuer.
- Primäre Gesundheitsversorgungsdienste sind weniger verfügbar als in besseren Wohngebieten.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Mit Hilfe von gesundheitspolitischen Konzepten muß den Menschen geholfen werden, mit den Krankheiten, unter denen sie möglicherweise als Erwachsene leiden, fertig zu werden. Ein wichtiger Schwerpunkt jeder Gesundheitsstrategie sollte jedoch die Prävention von Krankheiten und frühzeitigem Tod durch Bekämpfung der zugrunde liegenden Ursachen und Risikofaktoren sein. Bei Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und Diabetes – und zu einem gewissen Grad auch bei chronischen Atemwegserkrankungen – gibt es eine Reihe gemeinsamer Risikofaktoren: dazu gehört Rauchen, Alkoholmißbrauch, ungesunde Ernährung, Mangel an körperlicher Bewegung und zunehmend auch Streß. Aus diesem Grund sollte man sich bei den Anstrengungen zur Prävention von Krankheiten weniger auf einzelne Faktoren konzentrieren; vielmehr sollten im Rahmen eines

integrierten Ansatzes, der Teil einer in Kapitel 5 beschriebenen, breiter angelegten Strategie zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist, alle wichtigen Risikofaktoren angegangen werden.

Die Gewährleistung sicherer Arbeitsplätze erhält und verbessert die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung. Die daraus resultierende Steigerung der Produktivität des einzelnen und die Abnahme der Kosten für die Gesundheitsversorgung bewirken auch langfristige wirtschaftliche Nutzen. Wie in Kapitel 5 dargestellt, kann die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung auch verbessert werden, wenn in der Arbeitsmarktpolitik nicht nur für Arbeitsplatzsicherheit gesorgt wird, sondern auch flexible und familienfreundliche Beschäftigungskonzepte gefördert werden, die den Arbeitnehmern die Möglichkeit geben, auf dem Arbeitsmarkt aktiv zu sein, ohne dabei persönliche und familiäre Pflichten vernachlässigen zu müssen. Möglichkeiten wie Elternurlaub, Teilzeitarbeit und Job-Sharing-Modelle können die Gesundheit von Arbeitnehmern und ihren Familienangehörigen fördern.

Gesundheit und Wohlergehen von Frauen

Die Gesundheit von Frauen kann von staatlicher Stelle in Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen sowie Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden und mit der Unterstützung internationaler Institutionen gefördert und geschützt werden, wenn Regierungen die Verpflichtungen, die sie im Rahmen verschiedener völkerrechtlicher Abkommen eingegangen sind (vor allem in der Erklärung von Beijing und Handlungsplattform, im Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung, der Kopenhagener Erklärung zur Sozialen Entwicklung und dem Übereinkommen über die Eliminierung jeder Form von Diskriminierung gegenüber Frauen), unterstützen und erfüllen.

Die Gesundheit von Frauen kann durch die Bereitstellung einer leichter zugänglichen, besser verfügbaren und eher erschwinglichen, hochwertigen primären Gesundheitsversorgung verbessert werden. Dazu gehört auch die Verfügbarkeit sexual- und reproduktionsmedizinischer Dienste unter besonderer Berücksichtigung der Mutterschaftsfürsorge und der geburtshilflichen Notfallversorgung. Für einige Länder stellt die im Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung vereinbarte Anerkennung und Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Folgen unsachgemäß durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche ein großes Problem im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar, das – wie bereits erwähnt – ein gut organisiertes Familienplanungsprogramm erforderlich macht.

Durch eine Umgestaltung der Gesundheitsinformationsdienste und der Ausbildungsgänge für Gesundheitsfachkräfte – mit dem Ziel, geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung zu tragen, die Erwartungen der Nutzer in bezug auf zwischenmenschliche und kommunikative Fähigkeiten zu erfüllen und das Recht der Nutzer auf Geheimhaltung und Vertraulichkeit zu wahren – kann sichergestellt werden, daß mehr Frauen Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung erhalten und ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt werden.

Zur Förderung der Gleichheit nicht nur zwischen Mann und Frau sondern auch zwischen Frauen in verschiedenen Teilen der Europäischen Region sowie zwischen Frauen, die verschiedenen gesellschaftlichen Schichten oder ethnischen Gruppen angehören, sollten alle politischen Konzepte im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise beinhalten. Besondere Bedeutung sollte dabei der Ausarbeitung von Konzepten und Programmen beigemessen werden, die Männer und Frauen in ihren verschiedenen Rollen und Aufgabenbereichen – u. a. als einzelne, Eltern, Arbeitnehmer und als Menschen, die sich um andere kümmern – unterstützen und geschlechtsspezifische Barrieren beseitigen, die den Zugang zu Gesundheit und menschlicher Entwicklung versperren.

EINE GESCHLECHTSSPEZIFISCHE BETRACHTUNGSWEISE DER BEDÜRFNISSE VON MÄNNERN UND FRAUEN

In der Gesundheitspolitik ist eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise notwendig, weil:

- damit die Notwendigkeit einer vollen Teilhabe von Männern und Frauen an Entscheidungsprozessen anerkannt wird;
- dadurch dem Wissen sowie den Wertvorstellungen und Erfahrungen von Männern und Frauen gleiche Bedeutung beigemessen wird;
- damit sichergestellt wird, daß sich Frauen wie Männer ihrer eigenen Gesundheitsbedürfnisse und -prioritäten bewußt werden, wodurch anerkannt wird, daß bestimmte gesundheitliche Probleme nur Männer oder Frauen betreffen bzw. bei Männern oder Frauen zu gravierenderen Folgen führen;
- dies zu einem besseren Verständnis der Krankheitsursachen führt;
- damit wirksamere Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit entwickelt werden können;
- dies zur Erreichung von mehr Chancengleichheit im Bereich der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung beiträgt.

Die Gewährleistung von Sicherheit – zu Hause und in der Gemeinde

Angemessene Wohnunterkünfte sind eine Voraussetzung für ein gesundes Leben. Da sich aber die Wohnbedürfnisse der Menschen in der Regel im Laufe ihres Lebens verändern, sollte das Wohnungsangebot an diese sich wandelnden Bedürfnisse angepaßt werden. Dazu gehört auch, daß immer mehr Menschen zu Hause arbeiten. Das Vorhandensein von Erholungsgebieten und sicheren Straßen sowie der Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln und grundlegenden sozialen Einrichtungen sind wichtige Voraussetzungen für gesunde und sichere Gemeinden sowie für leistungsfähige soziale Netze, die gepflegt und weiterentwickelt werden sollten. Eine Verbesserung der Gesundheitssituation läßt sich erreichen, wenn in der primären Gesundheitsversorgung der Impferfassungsgrad erhöht wird und die Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs sowie die Rehabilitation von Menschen mit chronischen Krankheiten in den Mittelpunkt der Bemühungen gestellt werden. Dabei sollte man sich mit aufsuchenden Diensten um die am schwersten Betroffenen kümmern (s. Kapitel 6).

Eine gesunde Lebensweise

Erwachsene sind oft für die Pflege anderer Menschen verantwortlich. Wie sie sich in bezug auf die Lebensweise entscheiden bzw. entscheiden können, hat daher Auswirkungen auf die Gesundheit einer ganzen Reihe anderer Menschen. Die Gesundheit des einzelnen und seiner Familienangehörigen kann gefördert werden, wenn sichergestellt ist, daß gesundheitlich unbedenkliche und finanziell erschwingliche Lebensmittel verfügbar sind, diesbezügliche Informationen verbreitet und Lebensmittel – vor allem genetisch veränderte Produkte – entsprechend gekennzeichnet werden, und wenn die Verbraucher in bezug auf die sichere Zubereitung von Lebensmitteln aufgeklärt und angeleitet werden. Eine vernünftige sportliche Betätigung gehört bei Erwachsenen zu den wesentlichen Voraussetzungen für die Erhaltung der Gesundheit. Der gesundheitliche Nutzen einer sportlichen Betätigung wird in Kapitel 5 behandelt. Das Umfeld, in dem die Menschen ihren Alltag verbringen, sollte so gestaltet sein, daß es einer maßvollen sportlichen Betätigung förderlich ist.

3.5 Altern in Gesundheit

Von den 20 Ländern in der Welt, in denen der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung am höchsten ist, befinden sich 18 in der Europäischen Region der WHO. In diesen Ländern sind 13,2% bis 17,9% der Bevölkerung über 65 Jahre alt. In den nächsten 20 Jahren wird der Anteil dieser Altersgruppe noch erheblich größer werden, wobei die Gruppe der über 80jährigen Menschen in den meisten Ländern das stärkste Wachstum verzeichnen wird. In den nächsten 30 Jahren wird sich der Anteil dieser Gruppe im Verhältnis zur Gesamtpopulation der über 65jährigen Menschen in Europa insgesamt um 22% bis über 30% erhöhen.

Das Altern ist ein natürlicher physiologischer Prozeß, bei dem der Körper eine Reihe von Veränderungen durchmacht. Was dies für den Menschen und seine Fähigkeit, ein aktives und erfülltes Leben zu führen, im einzelnen bedeutet, ist von Fall zu Fall sehr unterschiedlich. Viele ältere Menschen bleiben bis kurz vor ihrem Lebensende aktiv und völlig unabhängig. Die Gesundheit älterer Menschen wird vor allem durch Demenz, Depressionen und Selbstmord sowie Krebs, Herz-Kreislaufkrankheiten, Osteoporose, Inkontinenz und Verletzungen bedroht.

Dieses Unterkapitel versucht, mit einigen der das Altern umgebenden Mythen aufzuräumen und aufzuzeigen, wie älteren Menschen durch Strategien zur Schaffung sicherer Gemeinden und zur Einführung von mehr Unterstützung bietenden gesundheits- und sozialpolitischen Konzepten und Diensten geholfen werden kann.

Auch wenn ältere Menschen den oben genannten gesundheitlichen Bedrohungen ausgesetzt sind, heißt das nicht unbedingt, daß jeder im Alter davon betroffen sein muß. In weiten Teilen der Region wird viel zu viel Gewicht auf die Beeinträchtigung der Funktionen im Alter gelegt, anstatt zu betonen, daß älteren Menschen noch viele Möglichkeiten bleiben, um aktiv zu bleiben. Den

gesundheitlichen Folgen durch die im Alter geringer werdende Einbeziehung ins gesellschaftliche Leben wird zu wenig Beachtung geschenkt. In der Erwachsenenphase müssen Menschen eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben in Gesellschaft und Wirtschaft auf sich nehmen. Vielfach sind sie aber nur mangelhaft darauf vorbereitet, nach dem Ende ihres regulären Arbeitslebens – wenn die Kinder aus dem Haus sind und die Körperfunktionen nachlassen – ein sozial erfülltes Leben zu führen. Viele alte Menschen kränkeln auch, weil sie in der falschen Vorstellung leben, daß man im Alter nicht mehr aktiv sein kann und daß der Alterungsprozeß erst mit dem 65. Lebensjahr beginnt.

Auch im Alter gibt es viele Möglichkeiten, aktiv und am Leben interessiert zu bleiben. In der Altersgruppe ab 65 Jahren ist ein steigendes Bildungsniveau zu verzeichnen, und es gibt für ältere Menschen heute neue Wege, um sich weiter zu bilden. In manchen Ländern haben ältere Menschen – vielleicht aufgrund des höheren Bildungsstands – politische Gruppierungen und Rentnerinitiativen gegründet, um ihren Forderungen in bezug auf die Entwicklung von sozial- und gesundheitspolitischen Konzepten und Diensten Nachdruck zu verleihen. Im großen und ganzen werden allerdings zu wenige Anstrengungen unternommen, um den sich wandelnden Bedürfnissen und Erwartungen älterer Menschen Rechnung zu tragen und um auf eine zunehmend älter werdende europäische Bevölkerung vorbereitet zu sein.

Frauen leben zwar länger als Männer, aber diese zusätzlichen Lebensjahre werden häufig von chronischen Krankheiten, Behinderungen und mangelnder Unabhängigkeit begleitet, besonders in der Gruppe der „extrem alten“, über 80jährigen Frauen. Zur Abhängigkeit gehören physische, wirtschaftliche, psychologische und soziale Dimensionen, die sich auf die Lebensqualität sehr alter Menschen äußerst negativ auswirken – eine Altersgruppe, in der Frauen zur Zeit mit einem Anteil von 60% bis 64% vertreten sind. Ein Grund für den geschlechtsspezifischen Unterschied in bezug auf Funktionsbeeinträchtigungen im Alter mag darin zu sehen sein, daß Frauen im Zusammenhang mit der abnehmenden Muskelmasse den „kritischen Schwellenwert“ früher unterschreiten als Männer.

Frauen haben im allgemeinen auch geringere Einkünfte und Ersparnisse als Männer. Dieser Trend wird sich wahrscheinlich im nächsten Jahrzehnt fortsetzen, mit entsprechenden Folgen für die Ausgaben der öffentlichen Hand und die Gesundheit und Lebensqualität der Frauen.

Das physische Umfeld, in dem ältere Menschen leben, ist mit ausschlaggebend dafür, ob sie in ihrer Wohnung und außerhalb ohne Hilfe anderer auskommen. Wohnungs- und Verkehrsverhältnisse und die Organisation kommunaler Dienstleistungen hindern derzeit viele ältere Menschen daran, ihre Funktionsfähigkeit und ihre sozialen Beziehungsgeflechte aufrecht zu erhalten. Schwierigkeiten haben ältere Menschen in vielen Ländern Europas vor allem, wenn sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen wollen; der Zugang zu Bussen und U-Bahnen ist für sie vielfach schwierig.

Die meisten älteren Mitbürger wollen möglichst lange in ihrem eigenen Zuhause bleiben. In einer Reihe von Ländern in der Region gibt es aber keine geeigneten häuslichen Betreuungsmöglichkeiten – besonders für Menschen, die unter Demenz leiden. Außerdem haben ältere Menschen in vielen Ländern keinen Zugang zu präventiven Gesundheitsleistungen. Gerade für ältere Menschen sind solche Leistungen aber von großer Bedeutung, wie die außerordentlich hohe Nachfrage

nach verletzungsbedingter Pflege belegt. Auch Rehabilitationsmaßnahmen haben sich im allgemeinen als sehr hilfreich erwiesen, wenn es darum geht, älteren Menschen ein unabhängiges Leben mit mehr Selbständigkeit und Lebensqualität zu ermöglichen.

Ältere Menschen konsumieren einen unverhältnismäßig hohen Anteil aller verschriebenen Arzneimittel. In manchen Ländern scheint der übermäßige Arzneimittelgebrauch als Ersatz für fehlende Rehabilitationsangebote zu dienen. Vor allem bei allein lebenden älteren Menschen kann die Patienten-Compliance ein großes Problem darstellen.

Vielfach berücksichtigen die gegenwärtigen Ausbildungsgänge für Gesundheitsfachkräfte ausschließlich die medizinische Behandlung von Patienten und die Versorgung in Krankenhäusern, was dazu beiträgt, daß ältere Menschen in der Region in sehr vielen Fällen nicht bedarfsgerecht versorgt werden.

ZIEL 5 – ALTERN IN GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE MENSCHEN IM ALTER VON ÜBER 65 JAHREN DIE MÖGLICHKEIT GEBOTEN WERDEN, IHR GESUNDHEITSPOTENTIAL VOLL AUSZUSCHÖPFEN UND EINE AKTIVE ROLLE IN DER GESELLSCHAFT ZU SPIELEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 5.1 Die Lebenserwartung von Menschen im Alter von 65 Jahren – mit und ohne Behinderungen – sollte mindestens um 20% steigen.
- 5.2 Der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, daß sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, sollte mindestens um 50% steigen.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Altern in Gesundheit

Die Gesundheitssituation läßt sich verbessern, wenn in den europäischen Ländern aktive Schritte unternommen werden, um das dem Altern anhaftende negative Image zu verändern, und wenn Menschen im mittleren Alter Möglichkeiten geboten werden, ihre Arbeitsbelastung langsam zu reduzieren und stattdessen mehr Aufgaben im sozialen Bereich zu übernehmen, die sie auch nach ihrem Ausscheiden aus dem regulären Arbeitsleben fortführen könnten. Ältere Menschen sind für ihre Familie und für die Gesellschaft von unschätzbarem Wert, weil sie viel zur Lebensqualität und zum Wohlergehen der Familie beitragen können. Ihre Erfahrungen und ihre Lebensweisheit sind für die Kindererziehung und auch für andere erwachsene Mitglieder der Familie unbezahlbar. Noch lange nach ihrem Ausscheiden aus dem regulären Arbeitsleben können sie der Gesellschaft insgesamt

und ihrer unmittelbaren Gemeinschaft von Nutzen sein. Leider wird dieses Potential heute nur selten voll ausgeschöpft.

Die lokale Gemeinde

Es muß älteren Menschen leichter gemacht werden, sich am Leben in ihrer Gemeinde und an gesellschaftlichen Aktivitäten zu beteiligen. Durch eine Zusammenarbeit zwischen älteren Menschen, ihrer Familie und Betreuern sowie der lokalen Gemeinde und nichtstaatlichen Organisationen ist es möglich, innovative Ansätze zu entwickeln, mit denen sichergestellt werden kann, daß die älteren Menschen weiterhin ein aktives und interessantes Leben führen können. Mit solchen Strategien kann die Fähigkeit älterer Menschen gestärkt werden, über den Verlust des Ehepartners oder von Familienangehörigen und Freunden hinwegzukommen. Die Gestaltung des physischen Umfelds sollte älteren Menschen die Teilnahme an sozialen Beziehungsgeflechten und die Erfahrung des täglichen Kontakts mit anderen Menschen ermöglichen. Die gesundheitliche Situation läßt sich verbessern, wenn die Interessen aller potentiellen Nutzer bei der Städteplanung und der Gestaltung von Verkehrssystemen berücksichtigt werden, und wenn Hinweisschilder in bezug auf ihre Größe und Klarheit den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen.

Gesundheit und Unterstützung durch das soziale Umfeld

Sozialpolitische und sonstige Maßnahmen, die darauf abzielen, die Unabhängigkeit des Menschen im Alter zu erhalten und die Solidarität unter den Generationen zu fördern, werden angesichts des in den europäischen Ländern anzutreffenden demographischen Profils immer wichtiger. Es werden auch Maßnahmen benötigt, die für ein angemessenes Einkommen und Subventionen für ältere Menschen sorgen, damit sie die wichtigsten Güter wie Nahrung und Brennstoff bezahlen können – vor allem in einigen östlichen Teilen der Region. Eine effektive, integrierte Gesundheits- und Sozialpolitik ist gemeindenah, partizipatorisch, örtlich angebunden und bedürfnisorientiert, und sie baut auf den bestehenden gesundheitlichen Aktivposten auf. Fallstudien haben ergeben, daß die Mobilisierung von Städten und Gemeinden zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und anderer Leistungen für ältere Menschen eine brauchbare Strategie darstellt.

Gesundheitsversorgung

Die Unabhängigkeit älterer Menschen läßt sich zu einem großen Teil durch die Nutzung relativ kostengünstiger Geräte und Leistungen erhalten. Gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Hör- und Sehfähigkeit sowie der Mobilität (Hüftoperation) und Kaufähigkeit (Zahnprothese) älterer Menschen können sich sehr positiv auf deren Wohlergehen, Unabhängigkeit und Aktivitätsbereitschaft auswirken und sollten daher höhere Priorität genießen. Die Lebensqualität älterer Menschen und ihrer Familienangehörigen läßt sich bei gleichzeitiger drastischer Reduzierung der aufwendigen Versorgung für diese Bevölkerungsgruppe verbessern, wenn Leistungen geschlechtsspezifisch und auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung erbracht werden, und wenn dabei alle älteren Menschen in der Gemeinde aktiv aufgesucht werden (z. B. von Pflegekräften, die Hausbesuche machen; s. Kapitel 6). Zu den wichtigsten Leistungselementen gehört dabei nicht nur eine Bewertung der gesundheitlichen Bedürfnisse aller alten Menschen, sondern auch eine Beurteilung der verbleibenden positiven gesundheitlichen Aspekte sowie des jeweiligen

Umfelds. Wenn ältere Menschen lieber in ihrem eigenen Zuhause bleiben möchten, sollte für die Anpassung des häuslichen Umfelds an die Bedürfnisse des einzelnen Unterstützung gewährt werden; in diesem Zusammenhang sollte älteren Menschen auch durch Haushaltshilfen geholfen werden, ihre Unabhängigkeit zu erhalten. Die Erhaltung der Unabhängigkeit sollte auch das primäre Ziel sein, wenn ältere Menschen in Pflegeheimen untergebracht werden. Durch eine effiziente Koordinierung der Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in einer Gemeinde wird die Versorgungskontinuität gewährleistet und dafür gesorgt, daß die Menschen so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause bleiben können und die Versorgungseinrichtungen nur im Bedarfsfall genutzt werden.

In den Ausbildungsgängen für die in der primären Gesundheitsversorgung tätigen Fachkräfte sollten die Bedürfnisse und das gesundheitliche Potential älterer Menschen viel stärker berücksichtigt werden; insgesamt sollte die Ausbildung stärker auf das Hauptziel der Erhaltung der Unabhängigkeit älterer Menschen ausgerichtet werden. Auch der sich wandelnde Bildungsstand zukünftiger Generationen von älteren Menschen und die unterschiedlichen Erwartungen älterer Menschen in bezug auf die ihnen anzubietenden Leistungen sollten sich in den Ausbildungsgängen niederschlagen. Die geriatrische Versorgung ist nur eines der Elemente und sollte nicht überbetont werden.

Die Rehabilitationsangebote müssen in vielen Ländern der Region verbessert und in manchen Systemen auch bezahlbarer gemacht werden. Rehabilitation kann wirtschaftlicher sein als der Verbleib älterer Menschen in Krankenhäusern. Bei der Betreuung in Altenpflegeheimen sollten die Grundsätze der Erhaltung der Unabhängigkeit und der Selbstachtung beachtet werden, und es sollte berücksichtigt werden, ob die älteren Menschen verheiratet oder alleinstehend sind und welchem Geschlecht sie angehören – die Mehrheit der in solchen Heimen untergebrachten Menschen sind Frauen.

Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und Rehabilitation könnte auch den übermäßigen Arzneimittelgebrauch älterer Menschen reduzieren. Wenn ein Arzt Arzneimittel verschreibt, sollte er die Kosten über den gesamten Behandlungsverlauf bedenken, vor allem, wenn ältere Patienten ihre Arzneimittel selbst bezahlen müssen. Verpackungen sollten gekennzeichnet sein, und bei der Größe, Form, Farbe und dem Aussehen von Tabletten und Kapseln sollte berücksichtigt werden, daß ältere Menschen zum Teil Schwierigkeiten mit der Einnahme von Medikamenten haben.

ALTERN IN GESUNDHEIT AUF DER INSEL SAMOS

Ein ganzheitliches System zur Unterstützung älterer Menschen wird zur Zeit auf der ägäischen Insel Samos entwickelt – ein System, das auf dem Zusammengehörigkeitsgefühl der Inselbewohner und der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren basiert. Ziel dieses Systems ist eine bessere Verteilung lokaler Ressourcen und die Schaffung eines sicheren Umfelds, das der seelischen und körperlichen Gesundheit älterer Menschen zuträglich ist. Auch die Tourismusbranche wird von diesem Projekt profitieren, weil die Förderung eines gesunden und sicheren Umfelds Samos auch für ältere Besucher interessant machen wird. Auf diese Weise fließen Gelder in die Kassen der Insel, die dann anschließend wieder investiert werden können, um das Leistungsangebot zu verbessern.

Es soll ein Zentrum zur Unterstützung älterer Menschen eingerichtet werden, in dem Unterlagen mit der Krankengeschichte aller älteren Menschen aufbewahrt werden sollen. Sobald im Zentrum von einem älteren Menschen oder demjenigen, der sich um diesen Menschen kümmert, ein Ersuchen um eine Versorgungsleistung eingeht, wird dieses Ersuchen zusammen mit den entsprechenden Informationen aus der Krankenakte des Betroffenen an die entsprechende Fachkraft (z. B. eine Pflegekraft, einen Apotheker, einen Sozialarbeiter, einen Physiotherapeuten, etc.) weitergeleitet. Solche Leistungsanforderungen können entweder manuell oder automatisch von jedem Punkt der Insel aus mit Hilfe telematischer Mittel – wie z. B. Handys oder automatische Funkruf- und Ortungsgeräten – ausgelöst werden.

Bei den Personen, die sich auf Samos um ältere Menschen kümmern, handelt es sich im allgemeinen noch um Menschen aus der eigenen Gemeinde, d. h. Familienangehörige oder Nachbarn. Initiativen wie „altenfreundliche“ Geschäfte, Hotels, Restaurants, etc. machen das Leben leichter für einheimische und von auswärts stammende ältere Menschen und ihre jeweiligen Betreuer. Außerdem wurden auf der Insel auch andere Veränderungen vorgenommen: Wege und Straßendecken wurden ausgebessert; Rampen und Geländer wurden installiert, um die Mobilität der älteren Menschen zu verbessern; auch andere Einrichtungen wurden verbessert, und es wurden schattige Rastplätze eingerichtet.

Quelle: Humphreys, P. *Healthy aging on the island of Samos. Networking for health.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (RHN Conferences Series No. 4).

3.6 In Würde sterben

In vielen Ländern der Region wird das Sterben immer weniger als natürlicher Lebensabschnitt begriffen; stattdessen wird es immer mehr zu einer Phase, die der einzelne – sozial und psychisch isoliert – im Krankenhaus zubringt. Auch wenn der Hauptteil der im Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel für Menschen in ihren letzten Lebensjahren – und vor allem in der Phase kurz vor ihrem Tod – aufgewendet wird, verlangen immer mehr betroffene Patienten eine Behandlung ohne viel Apparatechnik, um in Würde sterben zu können. In den Mitgliedstaaten wird auch eine immer breiter werdende Debatte über den Einfluß geführt, den der einzelne über seinen eigenen Tod hat oder haben sollte – ein Thema, das sehr viele ethische Fragen aufwirft.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Alle Menschen sollten das Recht haben, so würdevoll wie möglich und unter Achtung ihrer kulturellen Werte sterben zu können. Dies läßt sich dann gewährleisten, wenn die Mitgliedstaaten

Konzepte billigen, die den Menschen die Möglichkeit bieten, weitestgehend selbst über den Ort zu entscheiden, an dem sie sterben möchten, im Kreise von Menschen ihrer Wahl und – soweit möglich – ohne Schmerzen und ohne Qualen. Bei Entscheidungen über den Tod eines Menschen sollten die Wünsche des Betroffenen im Mittelpunkt stehen.

In der Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte sollte der palliativen Versorgung mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die mit der Gesundheitsversorgung betreuten Fachkräfte sollten sich mit den spirituellen Aspekten des Lebens und der Endphase des Lebens intensiv auseinandersetzen, damit sie den Tod leichter als natürlichen Bestandteil des menschlichen Daseins akzeptieren können. Außerdem sollte den Familienangehörigen, Freunden und Betreuern von Sterbenden eine angemessene Unterstützung geboten werden.

In einer wachsenden Zahl von Hospizen wird in diesem Zusammenhang Bemerkenswertes geleistet. Der Schwerpunkt liegt in diesen Einrichtungen auf der palliativen Versorgung und der Schmerzlinderung. Besonderer Wert wird auf eine Atmosphäre menschlicher Wärme gelegt, in der dem sozialen Kontakt mit den Patienten und dem Trostspenden soweit wie möglich Vorrang eingeräumt wird.

Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und Verletzungen

- Ziel 6 – Verbesserung der psychischen Gesundheit**
- Ziel 7 – Verringerung übertragbarer Krankheiten**
- Ziel 8 – Verringerung nichtübertragbarer Krankheiten**
- Ziel 9 – Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuföhren den Verletzungen**

4.1 Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten durch schlechte Gesundheit

Mit der von der Weltbank 1992 initiierten und unter Mitwirkung der WHO durchgeföhrt Studie über die globalen volkswirtschaftlichen Krankheitskosten (Global Burden of Disease) wurde der Versuch unternommen, die weltweiten Dimensionen und Kosten frühzeitiger Todesfälle und Behinderungen zu quantifizieren, und zwar ausgedrückt als „behinderungsbereinigte Lebensjahre“ (DALYs), ein kombinierter Maßstab für die Belastungen durch Gesundheitsprobleme aus der Sicht von frühzeitigem Tod und für die durch Behandlung gewonnenen Lebensjahre ohne schwere Behinderungen. Für die Standardregionen der Weltbank mit marktwirtschaftlich organisierten Volkswirtschaften (EME) und für die ehemals sozialistischen Länder Europas (FSE) liegen Daten vor.⁹

Die zehn wichtigsten krankheitsbedingten Belastungen für die EME- und FSE-Länder ab 1990 und mit Projektionen bis zum Jahr 2020 sind in Tabelle 1 aufgeföhrt. Beachtenswert ist, daß es sich dabei sämtlich

⁹ Die Begriffe „established market economies (EME)“ und „former socialist economies (FSE)“ werden nur zum Zweck deskriptiver Analysen benutzt und beinhalten keine politischen Aussagen irgendwelcher Art.

um nichtübertragbare Krankheiten handelt. Bei den Berechnungen wurde weder die Belastung der Gesundheitsressourcen einer Nation im Zusammenhang mit der Versorgungspflege der von diesen Krankheiten betroffenen Personen berücksichtigt, noch die Belastung für die Betroffenen selbst, deren Familien und die Gemeinschaft.

Tabelle 1: Die zehn wichtigsten Ursachen der krankheitsbedingten Kosten für marktwirtschaftlich organisierte Volkswirtschaften und die ehemals sozialistischen Wirtschaftssysteme

		% der volkswirtschaftlichen Kosten	
		1990	2020
1.	Ischämische Herzkrankheit	9,9	11,2
2.	Depression (unipolare majore Depression)	6,1	6,1
3.	Zerebrovaskuläre Krankheiten	5,9	6,2
4.	Straßenverkehrsunfälle	4,4	4,3
5.	Alkoholkonsum	4,0	3,8
6.	Osteoarthritis	2,9	3,5
7.	Bösartige Neubildungen der Trachea, der Bronchien und der Lunge	2,9	4,5
8.	Demenz und sonstige degenerative ZNS-Störungen	2,4	3,4
9.	Vorsätzliche Selbstbeschädigung	2,3	2,4
10.	Angeborene Fehlbildungen	2,2	1,0

Quelle: Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard University Press, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1).

Daten aus dem Bericht über die dritte Evaluierung der Fortschritte auf dem Wege zur GFA in der Europäischen Region (1996–1997), *Gesundheit in Europa*, zeigen dasselbe Bild und stellen auch den dominierenden Einfluß nichtübertragbarer Krankheiten auf die vorzeitigen Todesfälle und Behinderungen heraus. Allerdings sind auch die übertragbaren Krankheiten in Europa noch immer mit erheblichen (und bei bestimmten Krankheiten und in vielen Ländern zunehmende) Belastungen für die Betroffenen wie auch für das Gesundheitssystem verbunden, obwohl sie in absoluten Zahlen der ernsthaft betroffenen Personen gesehen ein weniger großes Problem darstellen.

In diesem Kapitel wird auf die vier wichtigsten Kategorien von Krankheiten und Behinderungen eingegangen, die in der Region von signifikanter Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung sind. Und zwar handelt es sich dabei um psychische Störungen, übertragbare Krankheiten, nichtübertragbare Krankheiten sowie die gesundheitlichen Folgen von Gewalt und Unfällen. In jeder Kategorie werden die spezifischen Gesundheitsprobleme analysiert und diesbezügliche Public-Health-Strategien aufgezeigt. In allen Fällen ist das herausragende Merkmal die Gemeinsamkeit

sowohl der Risikofaktoren als auch der Ansätze zur Bekämpfung und Verhütung solcher Krankheiten und Behinderungen. Bezüglich der Maßnahmen des Gesundheitssektors und anderer Bereiche sollte dieses Kapitel zusammen mit den Kapiteln 5 und 6 gelesen werden.

4.2 Psychische Gesundheit

Es ist schwierig, die volkswirtschaftliche Kostenbelastung der psychischen Gesundheitsprobleme genau zu quantifizieren. Ein Grund dafür sind kulturspezifische Schwierigkeiten, psychische Gesundheit zu definieren – dementsprechend ist es manchmal schwierig, die Trends in verschiedenen Ländern zu vergleichen und zu interpretieren. Die in und aus den Ländern gemeldeten Daten für die Europäische Region insgesamt belegen, daß der Anteil der unter schweren psychischen Störungen leidenden Personen zwischen weniger als 1% und 6% schwankt, wobei die Variationsbreite in den meisten Ländern 1–3% beträgt. Entsprechend den auf „behinderungs bereinigten Lebensjahren“ (DALYs) basierenden Berechnungen der Weltbank und der WHO waren 1990 in den EME- und FSE-Ländern drei Kategorien von psychischen Störungen – Depression, bipolare affektive Störungen und Schizophrenie – für 9,5% der gesamten volkswirtschaftlichen Belastung durch Krankheit und Behinderungen verantwortlich.

Zu den weiteren Problemen mit signifikanten psychischen Manifestationen gehören die Alzheimer-Krankheit, sonstige Formen von Demenz und degenerativen Störungen des Zentralnervensystems, Alkohol- und Drogenmißbrauch und -abhängigkeit, Angstzustände und Schlafstörungen.

Am anderen Ende des Spektrums der psychischen Gesundheit ist es schwierig, Daten über den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand zu erhalten und zu interpretieren. Doch scheinen die Unterschiede bei dem Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut beurteilen, ein gesundheitliches Ost-West-Gefälle zu bestätigen, das dem Gradienten anderer Ursachen von Mortalität und Morbidität ähnelt.

Selbstmord ist (mit 15% aller Todesfälle in der Altersgruppe 15–24 Jahre) eine häufige Todesursache bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen und wird in dieser Gruppe häufig mit Alkohol- und Drogenkonsum in Zusammenhang gebracht. Bei älteren Menschen ist ein Aufwärtstrend der Suizidrate zu verzeichnen, vor allem in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion und bei über 85jährigen Männern. Die durchschnittlichen Suizidraten in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion zeigen einen typischen u-förmigen Trend in den 80er bis Mitte der 90er Jahre, was sich aus der zeitweiligen Verbesserung im Zuge der Anti-Alkoholkampagne von 1985, der anschließenden Beendigung der Kampagne und dem Einfluß des kürzlichen sozioökonomischen Umbruchs erklärt. Seit Ende der 80er Jahre waren die Selbstmordziffern in 26 Ländern (mit 45,7% der Bevölkerung der Region) rückläufig, darunter in neun Ländern, in denen der vorherige Aufwärtstrend seit 1980 umgekehrt werden konnte; in 17 Ländern (44,8% der Bevölkerung der Region) nehmen die Selbstmorde zu. Für acht Länder liegen keine Daten vor.

Die Daten zeigen, daß Selbstmord stark mit Depressionen zusammenhängt und daß Fehldiagnosen und ein Versäumnis, Depressionen zu behandeln, ein wichtiger Grund für die hohen Selbstmordziffern sind. Suizidgefährdete und depressive Patienten werden hauptsächlich von Allgemeinmedizinern behandelt, und nur eine Minderheit der Fälle wird richtig erkannt und therapiert.

Die Risikofaktoren für psychische Störungen nehmen zu. Dazu gehören: Arbeitslosigkeit und Armut, Migration, politische Unruhen, stärkere Spannungen zwischen ethnischen und anderen Gruppen (vor allem in Großstädten), wachsende Obdachlosigkeit, zunehmender Substanzenmißbrauch verschiedener Art, Einsamkeit und Zusammenbruch des sozialen Netzes sowie sozioökonomische Veränderungen und Deprivation.

Ganz erhebliche Unterschiede scheint es zwischen den Ländern Westeuropas und Osteuropas in bezug auf die Konzepte zur psychiatrischen Versorgung zu geben. Viele westeuropäische Länder haben versucht, die Zahl der stationären Betten zu reduzieren und zum Prinzip der gemeindenahen Psychiatrie überzugehen, d. h. Pflege dort, wo die Patienten leben und (hoffentlich) arbeiten – allerdings hat es sich aus verschiedenen organisatorischen und finanziellen Gründen als schwierig erwiesen, dies in vollem Umfang zu realisieren. Idealerweise sollte eine gemeindenaher Psychiatrie vor Ort Dienste zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Krankheitsprävention umfassen und die wohnortzentrierte Behandlung des Patienten in enger Zusammenarbeit mit örtlichen Primärversorgungseinrichtungen ermöglichen. In der Region gibt es indessen immer noch über 100 psychiatrische Großkrankenhäuser, oder „Irrenanstalten“, und zwar fast ausschließlich im östlichen Teil der Region. Viele dieser Anstalten befinden sich in einem sehr schlechten Zustand und die Behandlung ist häufig inhuman und rückständig.

ZIEL 6 – VERBESSERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE SICH DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT DER BEVÖLKERUNG VERBESSERN UND FÜR PERSONEN MIT PSYCHISCHEN PROBLEMEN SOLLTEN BESSERE UMFASSENDE DIENSTE VERFÜGBAR UND ZUGÄNGLICH SEIN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 6.1 Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern, und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, streßreiche Lebensereignisse zu bewältigen.
- 6.2 Die Suizidraten sollten um mindestens ein Drittel zurückgehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Dieses Ziel kann mittels verschiedener breit gefächerter, miteinander verknüpfter Ansätze erreicht werden. Das psychischen Störungen anhaftende Stigma, kann dadurch reduziert werden, daß diese Gesundheitsprobleme nicht tabuisiert werden, sondern daß offen darüber gesprochen wird. Die Fähigkeit des einzelnen wie auch der Gemeinschaft, Probleme zu erkennen, zu bewältigen und für belastende Ereignisse im Leben gewappnet zu sein, kann durch Zuwendung, Information und Vermittlung von Lebensfertigkeiten in der Schule, am Arbeitsplatz und in anderen sozialen Systemen (Settings) ausgeprägt werden.

Mitarbeiter der Gesundheits- und anderer Fürsorgeberufe müssen besser ausgebildet und geschult werden, Risikofaktoren zu erkennen und anzugehen, und zwar durch Anwendung geeigneter neuer Instrumente zur Früherkennung von psychischen Störungen und durch Behandlung solcher Probleme nach modernen Methoden. Ein systematisches Fortbildungsprogramm für Hausärzte, um deren Fähigkeiten zur Diagnose und Therapie von Depressionen zu verbessern, kann die Suizidraten wesentlich beeinflussen (s. nachstehenden Kasten). Das kürzlich entwickelte neuartige Screeningverfahren „WHO wellbeing 5“, das aus fünf einfachen Fragen besteht, verdoppelt allermindestens die durchschnittliche Erfolgsquote von Allgemeinmedizinern, bei einem Patienten ernste Depression zu erkennen. Dieses Schema kann auch gut von Gemeindekrankenschwestern benutzt werden, beispielsweise um herauszufinden, ob eine Person ärztlicher Behandlung bedarf.

Präventive, klinische und Rehabilitationsdienste müssen von hoher Qualität sein, mit einem bedarfsgerechten Mix aus gemeindenahen und krankenhauszentrierten Diensten, die für die Probleme spezifischer Bevölkerungsgruppen, wie ethnische Minderheiten und unterprivilegierte Personen, zuständig sind. Die meisten der großen „Irrenanstalten“, die noch immer im östlichen Teil der Region existieren, müssen durch eine ausgewogene Kombination von Krankenhausabteilungen für akute psychiatrische Fälle und bevölkerungsnahen Diensten ersetzt werden; die Verbesserung dieser beiden Bereiche ist eine wichtige Aufgabe für fast jeden Mitgliedstaat der Region.

Grundlagen- und angewandte Forschung, u. a. Maßnahmen zur Untersuchung von und Reaktion auf Faktoren, die das Verständnis der Bevölkerung über Probleme der psychischen Gesundheit beeinflussen, sollten gefördert werden, um Strategien zur Prävention und Therapie zu verbessern.

Die politischen Akteure im Gesundheitssektor und in anderen Sektoren müssen bei ihren Entscheidungen besonderes Augenmerk auf die tieferen sozialen Gründe und die Risikofaktoren für viele dieser Probleme richten und auch einen bedarfsgerechteren Ressourceneinsatz sicherstellen.

FORTBILDUNG VON ALLGEMEINMEDIZINERN UND DIE AUSWIRKUNGEN AUF SELBSTMORDE („DIE GOTLAND-STUDIE“)

Positive Resultate konnten in den 1980er Jahren im Zuge eines Projekts auf der Insel Gotland – einer schwedischen Insel mit 60 000 Einwohnern und seinerzeit im gesellschaftlichen Umbruch mit einer hohen Suizidrate – verzeichnet werden. Als Ergebnis intensiver Fortbildungsmaßnahmen über Depressionen und Suizid für die Allgemeinmediziner der Insel gingen die Überweisungen zur Weiterbehandlung wegen Depression, die Zahl der stationären Patienten und der Krankenstand im Zusammenhang mit depressiven Störungen sämtlich um 50% zurück. In den ersten drei Jahren nach Durchführung der Fortbildungsmaßnahmen sank die Zahl der Selbstmorde um rund zwei Drittel (hauptsächlich bei Frauen mit bekannter Depression, die sich in hausärztlicher Behandlung befanden); die Zahl der Verschreibungen von Antidepressiva und Lithium nahm signifikant zu, mit einem entsprechenden Rückgang der Verschreibungen von nicht spezifischen Beruhigungsmitteln. Nach drei Jahren ließen diese Auswirkungen jedoch wieder nach. Deshalb wurden in den 90er Jahren weitere Fortbildungsmaßnahmen über Depressionen und Suizid durchgeführt, die wiederum positive Änderungen bewirkten.

Heutzutage ist die Zahl der Selbstmorde unter der weiblichen Inselbevölkerung gering. Allerdings gibt es noch immer eine signifikante Zahl von Selbstmorden bei Männern, die meist nicht in ärztlicher Behandlung waren. Um die Situation auch für die männlichen Patienten zu verbessern, soll ein vor Ort entwickeltes Symptomprofil-Formblatt zur Erkennung des „atypischen“ maskulinen depressiven Syndroms beitragen. In Zukunft werden sich die Fortbildungsmaßnahmen stärker auf Selbstmord bei Männern konzentrieren und herausstellen, wie wichtig es ist, die Massenmedien und andere Gruppen in der Gesellschaft für die Aufgabe zu gewinnen, depressive und suizidgefährdete Männer zu erkennen, unterstützen, schützen und zu behandeln.

Quelle: Rutz, W. et al. Prevention of male suicides: Lessons from the Gotland study. *Lancet* **345**: 524 (1995); Rihmer, Z. Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, **20**: 87–91 (1996); Rutz, W. et al. An update from the Gotland Study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* **1**: 39–46 (1997).

4.3 Übertragbare Krankheiten

Als Begleiterscheinung des politischen und sozioökonomischen Umbruchs in vielen mittel- und osteuropäischen Ländern und Nachfolgestaaten der Sowjetunion erlebt die Europäische Region eine alarmierende Rückkehr bereits in Vergessenheit geratener Krankheiten wie Cholera, Diphtherie, Malaria und Syphilis. In vielen Ländern ist wieder ein Aufwärtstrend in der Inzidenz und Mortalität an der altbekannten Geißel Tuberkulose zu verzeichnen. HIV – eine relative Neuheit für Osteuropa – ist dort inzwischen in Städten und Regionen auf dem Vormarsch (wohingegen die Aids-Inzidenz in Westeuropa rückläufig ist). Die rapide Ausbreitung dieser Krankheiten geht mit den Wirtschaftskrisen und sozialen Umwälzungen in Osteuropa einher. Darüber hinaus haben die als Begleiterscheinung dieses wirtschaftlichen und sozialen Umbruchs eingesetzten internationalen Wanderungsbewegungen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten noch begünstigt.

Bemühungen auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten können auf die Eradikation, Eliminierung oder Bekämpfung¹⁰ ausgerichtet sein. Als Paradebeispiel für die erfolgreiche Eradikation einer Krankheit gelten hier die Pocken, die vor mehr als 20 Jahren im Zuge einer von der WHO koordinierten weltweiten Kampagne auf der Erde ausgerottet werden konnten. In ähnlicher Weise hat die Weltgesundheitsversammlung jetzt das Ziel gesetzt, die Poliomyelitis bis zum Jahr 2000 in der gesamten Welt vollständig auszurotten.

Wirkungsvolle Techniken, klar definierte Strategien, gute laborgestützte Überwachung, Planung, Management, Finanzierung und vor allem der nötige politische Wille seitens der Mitgliedstaaten sind Voraussetzung für Erfolge bei der Eliminierung und Bekämpfung von Krankheiten. Die WHO und die Europäische Union, UNICEF und andere Organisationen bzw. Gremien können wertvollen fachlichen Beistand hinsichtlich der Wahl und Umsetzung der erforderlichen Strategien bieten. Zudem kann die WHO auch zu einer breit gefächerten internationalen Teamarbeit beitragen, die von wesentlicher Bedeutung ist, um alle Länder zum Handeln zu motivieren und um die Maßnahmen zu koordinieren, damit durch regionsweite, sich gegenseitig stützende Bemühungen maximaler Nutzen erzielt werden kann.

Der Umfang der Überwachung übertragbarer Krankheiten ist in den Mitgliedstaaten ganz unterschiedlich und nur ein Teil der geschätzten Krankheitsinzidenz wird in der Region erkannt. Viele Laboratorien verfügen derzeit lediglich über begrenzte Kapazitäten und Ressourcen. Jeder Mitgliedstaat sollte seine Erfordernisse analysieren, um hinsichtlich der Standardisierung von Definitionen und Labormethoden, der Kommunikationswege und der Ausbildung und Supervision von Mitarbeitern für den Public-Health-Bereich Verbesserungen zu erzielen, um die Laborüberwachung und somit letztlich auch die regionale Überwachung der übertragbaren Krankheiten zu verbessern.

Die Eliminierung der Poliomyelitis in der Region ist Teil der globalen Eradikationsinitiative und erfordert Strategien für die Erreichung eines hohen Impferfassungsgrads durch Standardimpfungen, für schwerpunktmäßige Impfkampagnen und für die bessere Überwachung. Seit 1995 läuft eine koordinierte Kampagne für zusätzliche Reihenimpfungen von Kindern im Vorschulalter (die MECACAR-Kampagne, u. a. für Mittelmeer- und Kaukasus-Länder und zentralasiatische Republiken). Diese Kampagne wird unter Beteiligung einiger an die Europäische Region angrenzender Mitgliedstaaten der WHO-Region Östliches Mittelmeer und in enger Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen (z. B. UNICEF), nichtstaatlichen Organisationen (z. B. Rotary International), bilateralen Organisationen (z. B. der US-Organisation für internationale Entwicklung USAID) sowie mit einer Reihe von anderen Institutionen und Geberländern durchgeführt. Dank des allgemein hohen Impferfassungsgrads und dank solcher Schwerpunkttaktionen konnte die endemische Übertragung offenbar in fast allen Mitgliedstaaten der Region unterbrochen werden. Der letzte bestätigte Poliomyelitisfall in der Region trat im Januar 1998 in der Türkei auf.

¹⁰ Die Definitionen sind im Glossar (Anhang 5) enthalten.

Noch immer werden einige Fälle von Neugeborenen-Tetanus gemeldet, doch nunmehr lediglich in ungefähr vier Mitgliedstaaten pro Jahr. Das Bakterium infiziert die Nabelschnur nach der Geburt und die Methode zur Eliminierung der Krankheit besteht darin, Frauen im gebärfähigen Alter gegen Tetanus zu impfen und bei der Entbindung streng auf Hygiene zu achten.

Die Masernimpfung hat sich positiv auf die Häufigkeit von Maserninfektionen ausgewirkt und vor allem einen drastischen Rückgang der Todesfälle bewirkt. In einigen Ländern wurden sehr hohe Durchimpfungsraten erreicht, und die Inzidenzrate ist nunmehr auf weniger als 1 Fall pro 100 000 Einwohner zurückgegangen. Trotz dieser Erfolge werden viele Länder das 1984 in den regionalen GFA-Zielen gesetzte Ziel, die Masern bis zum Jahr 2000 auszurotten, nicht erreichen. Von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen liegt es nicht an mangelnden Ressourcen, sondern an fehlendem Engagement, daß dieses Ziel nicht erreicht werden kann. Trotz eines Rückgangs der Mortalität und Morbidität im Zusammenhang mit Maserninfektionen verursacht die Krankheit noch immer ganz beträchtliche Kosten für das Gesundheitswesen. Deshalb kann die Eliminierung der Masern in den hochentwickelten Industrieländern zu ganz eindeutigen Kosteneinsparungen führen.

In den meisten nord- und westeuropäischen Ländern ist die Prävalenz von Infektionen mit dem Hepatitis B-Virus (HBV) sehr niedrig und die Rate der Personen mit Trägerstatus liegt bei unter 0,5% ; auch die Inzidenzraten sind sehr niedrig. In einigen osteuropäischen Ländern und Nachfolgestaaten der Sowjetunion, vor allem in den zentralasiatischen Republiken, ist das Virus indessen hochendemisch. Angesichts der hohen Dunkelziffer und der Tatsache, daß mindestens 50% der HBV-Infektionen symptomlos verlaufen, wird geschätzt, daß sich in der Region die Zahl der jedes Jahr infizierten Personen auf nahezu eine Million beläuft. Davon werden ungefähr 10% chronische HBV-Träger und etwa 20 000 Personen werden an Leberschäden sterben.

In der Region treten sämtliche Formen von Hepatitis-B-Übertragung auf, u. a. perinatale Ansteckung und Übertragung von Kind zu Kind, nosokomiale Infektionen beim Krankenhauspersonal und bei Patienten durch unzulängliche Injektions- und Sterilisationsverfahren, Übertragung durch unsichere Blutprodukte, bei chirurgischen Eingriffen und kosmetischen Piercingverfahren sowie Infektionen durch intravenösen Drogengebrauch und Übertragung auf sexuellem Weg. Besonderes Augenmerk verdienen unsichere Injektionspraktiken, weil intravenöses Spritzen immer rascher zunimmt und Hepatitis B, Hepatitis C und HIV-Infektionen unter Fixern und deren Kontaktpersonen immer häufiger auftreten. Gegenwärtig ist der Sexualverkehr eine der häufigsten Ursachen für die Ansteckung mit dem Virus.

Diphtherie ist eine der Krankheiten, die bis zum Jahr 2000 eliminiert werden sollten. Nach einem erheblichen Rückgang der Fallzahlen in der Europäischen Region in den 1980er Jahren (bis auf einen Tiefststand von 855 Fällen in 1989) kam es zu Beginn der 1990er Jahre, als eine besorgniserregende Epidemie in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion ausbrach, zu einem ernsten Rückschlag. Die Gründe dafür waren die Einstellung zuvor erfolgreicher Impf- und Überwachungsprogramme, das Fehlen wirkungsvoller Auffrischimpfungen sowie andere Faktoren. 1994, 1995 und 1997 wurden

massive – von der WHO koordinierte und in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Ländern sowie mit Unterstützung von UNICEF, IFRC und zahlreichen anderen Organisationen und Geberländern realisierte – Impfkampagnen in den 15 Nachfolgestaaten der Sowjetunion zur Bekämpfung des Diphtherieausbruchs durchgeführt. Der rasch um sich greifenden Epidemie wurde Einhalt geboten, und die Zahl der Diphtheriefälle ging auf rund 8000 in 1997 zurück. Durch die Impfkampagne konnten schätzungsweise insgesamt mehr als 500 000 Erkrankungen und über 10 000 Todesfälle infolge dieser Krankheit verhütet werden.

In den 1970er Jahren und danach war der Erfassungsgrad der Pertussisimpfung in einigen Mitgliedstaaten bei Kleinkindern sehr niedrig; andere Länder haben die Anwendung des Ganzzellimpfstoffs bis vor kurzem ausgesetzt, was zu einer höheren Inzidenz und zu mehr Komplikationen sowie zu mehr Sterbefällen geführt hat. Trotzdem konnte die Krankheit nach und nach in vielen Ländern unter Kontrolle gebracht werden und die Verfügbarkeit von azellulären Impfstoffen dürfte in den Ländern, die sich solche Impfstoffe leisten können, eine bessere Bekämpfung der Krankheit ermöglichen. Wegen der unterschiedlichen Wirksamkeit der Impfstoffe und wegen der Rolle, die ältere Kinder, Heranwachsende und Erwachsene hinsichtlich einer fortgesetzten Übertragung spielen, ist es schwierig, die Krankheit zu eliminieren. Es steht also fest, daß Pertussis weiterhin eine ernste Krankheit bleibt, doch sie kann mit den existierenden Impfstoffen unter Kontrolle gebracht werden.

Die Überwachung der Infektionen durch invasiven *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) beschränkte sich auf einige wenige Mitgliedstaaten. Die schwerwiegendsten Erscheinungsformen sind Meningitis, Epiglottitis und Pneumonie. Die kumulative Inzidenz bei Fünfjährigen (bevor der Impfstoff zur Verfügung stand) wurde auf ungefähr zwei Fälle pro 1000 Kinder in der Region geschätzt. Mit der routinemäßigen Impfung von Säuglingen und Kleinkindern konnten verschiedene Mitgliedstaaten die Häufigkeit invasiver Erkrankungen drastisch reduzieren. Es gibt einige Anzeichen dafür, daß eine hohe Durchimpfung – abgesehen von der individuellen Schutzwirkung – die Zirkulation des Erregers verringert.

Die gemeldete Inzidenz der konnatalen Röteln hat sich in den letzten Jahren stetig verringert, obwohl es nur in einigen wenigen Mitgliedstaaten eine gute Überwachung gab. Das ursprüngliche Ziel der Krankheitsausrottung konnte indessen wegen des Fehlens von Ressourcen in den im wirtschaftlichen Umbruch befindlichen Ländern sowie wegen des Mangels an politischem Willen in anderen Mitgliedstaaten nicht erreicht werden. Die beiden wichtigsten Voraussetzungen für die Eliminierung des kongenitalen Röteln syndroms sind, Frauen im gebärfähigen Alter zu schützen und die Rötelnübertragung bei Kleinkindern zu unterbrechen.

Mumps ist immer noch eine weitverbreitete Krankheit in der Region, obwohl hier eigentlich die Eliminierung angestrebt worden war. 1995 meldeten 33 Länder insgesamt rund 340 000 Fälle; angesichts der lediglich begrenzten Überwachung bedeutet dies einen mäßigen Rückgang in den letzten zehn Jahren (1985 waren in der Region über eine Million Fälle gemeldet worden). Mumps ist weniger ansteckend als Masern und die Übertragung kann mit einem relativ niedrigen Impferfassungsgrad unterbrochen werden. Allerdings entsprechen die Durchimpfungsziele für Mumps

den Zielvorgaben für Masern und Röteln, weil ein kombinierter Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff (MMR) gegen alle drei Krankheiten eingesetzt wird. Die Kostenwirksamkeit der Mumpsimpfung rechtfertigt es, diese Krankheit in die Ziele einzubeziehen.

Seit Beginn der 1980er Jahre sind HIV-Infektionen und Aids eine der größten Herausforderungen in bezug auf die menschliche Gesundheit. Mittels breit angelegter Programme konnte der HIV-Übertragung durch Bluttransfusionen und andere medizinische Interventionen rasch Einhalt geboten werden und in vielen Ländern konnte die Übertragung unter homosexuellen Männern und später selbst bei i.v.-Drogenanwendern verringert werden. Nach 15 Jahren kontinuierlicher Zunahme der Aids-Inzidenz wurde 1996 und 1997 eine Trendwende festgestellt. Angesichts der Tatsache, daß HIV-Infektionen unter Fixern (i.v.-Drogensüchtigen) in einigen Städten Weißrußlands, der Russischen Föderation und der Ukraine drastisch zugenommen haben und die Infektion sich somit in diesen Ländern rapide verbreitet, besteht jetzt die große Gefahr, daß HIV-Infektionen rasch auf andere Nachfolgestaaten der Sowjetunion und auf einige mittel- und osteuropäische Länder übergreifen.

Eine altersgruppen- und geschlechtsspezifische Analyse der HIV-Inzidenz zeigt, daß in den jüngeren Altersgruppen mehr Frauen als Männer betroffen sind. Das erfordert spezifische Strategien – vor allem Sexualerziehung und Aufklärung – um junge Frauen gegen Ansteckung zu schützen. Neue Therapien mit einer Kombination von Medikamenten, u. a. Proteasehemmern, die den Fortschritt von HIV-Infektionen drastisch mindern, stehen jetzt zur Verfügung. Diese Medikamente sind indessen noch immer sehr teuer, und es ist nach wie vor umstritten, inwieweit ihre therapeutische Anwendung letztlich wirksam ist.

In den letzten Jahrzehnten war die Inzidenz der wichtigsten sexuell übertragbaren Krankheiten wie Syphilis und Gonorrhö in der Europäischen Region stetig rückläufig, und bis ca. 1993 hatten diese Krankheiten lediglich unbedeutenden Anteil an den Gesundheitsproblemen in der Region. In jüngster Zeit ist jedoch eine äußerst besorgniserregende neue Syphilis-Epidemie aufgetreten, insbesondere in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, aber auch in einigen mittel- und osteuropäischen Ländern. Die gemeldeten Syphilis-Fälle sind ein zuverlässiger Indikator, doch hat es zweifelsohne auch bei anderen sexuell übertragbaren Krankheiten eine ähnliche Zunahme gegeben. Für diese Entwicklung gibt es zahlreiche Gründe: keine Sexualerziehung in der Schule, begrenzte Akzeptanz und unzulängliche Qualität der Kliniken bei der Behandlung von Geschlechtskrankheiten, Kondome sind entweder gar nicht verfügbar oder sehr teuer, starke Zunahme des Reiseverkehrs, Veränderung kultureller und sozialer Werte – speziell bei den Jugendlichen – sowie ein deutlicher Anstieg der Prostitution (aufgrund der in jüngster Zeit zunehmenden Armut und Kriminalität in den betreffenden Ländern).

In den 1980er Jahren war die Inzidenz der konnatalen Syphilis rückläufig, so daß bis 1990 praktisch keine neuen Fälle mehr gemeldet wurden. Mit der explosionsartigen Zunahme der Syphilis und anderer Geschlechtskrankheiten bei Jugendlichen und Erwachsenen in einigen osteuropäischen Ländern ist indessen auch die angeborene Syphilis in den letzten Jahren wieder aufgetreten und hat in alarmierendem

Ausmaß zugenommen. Die parallele Häufung von sexuell übertragbaren Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung und von HIV-Infektionen unter Fixern birgt das Potential für eine rasche Ausbreitung von HIV-Infektionen in vielen osteuropäischen Ländern.

Das Wiederauftreten der Tuberkulose (TB) in der Europäischen Region ist zu einem weiteren akuten Problem geworden. Die Inzidenz- und Mortalitätsraten zeigen in vielen osteuropäischen Ländern einen Aufwärtstrend und auch in den westlichen Ländern ist der bisherige rückläufige Trend jetzt zum Stillstand gekommen oder sogar wieder leicht ansteigend. Die Verbreitung von medikamentenresistenten Stämmen von *Mycobacterium tuberculosis* (häufig gepaart mit inadäquaten therapeutischen Maßnahmen) verschlimmert die Situation. Die Wiederkehr dieser Krankheit steht weniger im Zusammenhang mit HIV-Infektionen, sondern ist in den meisten Fällen eine Folge von Armut, schlechten Wohnverhältnissen, schlechter Ernährung und Substanzenmißbrauch. Hinzu kommt, daß – wegen der enormen Probleme, mit denen das Gesundheitswesen im östlichen Teil der Region derzeit konfrontiert ist – Therapieprogramme vielfach für einen Großteil der Betroffenen wegen zu später Diagnose, unzureichender diagnostischer Möglichkeiten sowie des Arzneimangels wirkungslos sind. Eine weitere Komplikation ist auf die Tatsache zurückzuführen, daß viele Länder noch nicht systematisch die WHO-Leitlinien für die Diagnose und Behandlung der Tuberkulose befolgen, das gilt speziell für die DOTS-Strategie zur direkt überwachten Therapie. Diese Leitlinien bieten die Voraussetzung für eine kostengünstigere und effizientere Behandlung sowie für eine Verringerung der Gefahr, daß sich multiresistente Tuberkulosestämmen entwickeln.

Akute Atemwegsinfektionen bei Kindern, hauptsächlich Pneumonien, sind vor allem im südlichen und östlichen Teil der Region ein großes Problem. Viele dieser Infektionen werden durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) und *Streptococcus pneumoniae* verursacht. Die künftige Verfügbarkeit von Konjugatimpfstoffen könnte weiter zur Eindämmung von akuten Atemwegsinfektionen beitragen.

Durchfallerkrankungen, darunter auch eingeschleppte sporadische Cholerafälle, sind ebenfalls ein ernstes Problem, besonders in den südöstlichen Ländern der Region. Angesichts der hohen Erkrankungsraten und Säuglingssterblichkeit können diese Krankheiten viel menschliches Leid verursachen und für das Gesundheitswesen beträchtliche Kosten nach sich ziehen. In einigen Nachfolgestaaten der Sowjetunion ist die Kindersterblichkeit infolge von Durchfallerkrankungen 200 mal höher als in westeuropäischen Ländern. Die Krankheitserreger sind unterschiedlich und werden in erster Linie durch verseuchtes Wasser oder kontaminierte Lebensmittel übertragen, aber auch durch direkten Kontakt mit infizierten Personen.

Bis Anfang der 1990er Jahre waren die meisten der aus Ländern der Europäischen Region der WHO gemeldeten Malariafälle von anderen Kontinenten eingeschleppt worden. Aufgrund von politischer und wirtschaftlicher Instabilität, Bürgerkriegen, massiven Wanderungsbewegungen und großangelegten Entwicklungsprojekten hat sich die Situation seit Beginn der 1990er dramatisch geändert. In Armenien, Aserbaidschan, Tadschikistan und der Türkei tritt Malaria durch Plasmodium

vivax epidemisch auf. Darüber hinaus ist Malaria tropica (durch *P. falciparum*) in Tadschikistan epidemisch. Diese Epidemien haben sich beträchtlich auf die Malariasituation in den Nachbarländern ausgewirkt, und die Zahl der importierten Malariafälle ist in den letzten vier Jahren in Kasachstan, Kirgisistan, Turkmenistan und Usbekistan drastisch gestiegen. Als Resultat der Malariaeinschleppung sind aus Kasachstan, Kirgisistan und Usbekistan sporadische einheimische Fälle gemeldet worden. Zudem hat der stetig zunehmende internationale Reiseverkehr wie auch Migration zur Einschleppung einiger Tausend Malariafälle in andere Länder der Europäischen Region geführt. Unter den in westeuropäischen Ländern registrierten zahlreichen importierten Fällen von Malaria tropica gab es auch mehrere Todesfälle und in Ländern, die zuverlässige Statistiken übermitteln, wurde bei den Malariafällen eine Sterberate von 1,5% bis 7% registriert.

ZIEL 7 – VERRINGERUNG ÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN DIE GESUNDHEITLICHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN AUFGRUND VON ÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN DURCH SYSTEMATISCH ANGEWENDETE PROGRAMME ZUR AUSROT-TUNG ODER BEKÄMPFUNG BESTIMMTER INFEKTIONSKRANKHEITEN, DIE FÜR DIE ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT BEDEUTUNG HABEN, ERHEBLICH VERRINGERT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

Eliminierung von Krankheiten¹¹

- 7.1 Bis 2000 oder sogar früher sollte der Poliomyelitis-Übertragung in der Region Einhalt geboten werden und bis 2003 oder sogar früher sollte die Eliminierung der Krankheit in jedem Land zertifiziert werden können.
- 7.2 Bis 2005 oder sogar früher sollte in der Region Neugeborenen-Tetanus eliminiert werden.
- 7.3 Bis 2007 oder sogar früher sollten einheimische Masern in der Region eliminiert werden und bis 2010 sollte die Eliminierung der Krankheit in jedem Land zertifiziert werden können.

Krankheitsbekämpfung

- 7.4 Bis 2010 oder sogar früher sollten alle Länder folgendes erreicht haben:
 - eine Diphtherie-Inzidenz von weniger als 0,1 pro 100 000 Einwohner;
 - eine Reduzierung der Zahl neuer Hepatitis-B-Virusträger um mindestens 80% durch Einführung der Hepatitis-B-Impfung als Standardimpfung für Kinder;
 - in bezug auf Mumps, Pertussis und invasive Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae* Typ b eine Inzidenz von weniger als 1 pro 100 000 Einwohner;
 - in bezug auf kongenitale Syphilis eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1000 Lebendgeburten;
 - in bezug auf kongenitale Röteln eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1000 Lebendgeburten.

¹¹ Bezüglich der Definition der Begriffe „eradication – Eradikation“, „elimination – Eliminierung“ und „control of disease – Krankheitsbekämpfung“, siehe Glossar (Anhang 5).

7.5 Bis 2015 oder sogar früher:

- sollte in jedem Land die Malariainzidenz auf weniger als fünf Fälle pro 100 000 Einwohner reduziert werden, und in der Region sollte es keine Todesfälle infolge einheimischer Malaria mehr geben;
- sollten in jedem Land die Inzidenz, Sterblichkeit und die negativen Folgen von HIV-Infektionen und Aids, anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, Tuberkulose und akuten Atemwegsinfektionen sowie Durchfallerkrankungen bei Kindern nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

4.3.1 Zur globalen Eradikation bzw. Eliminierung in der Europäischen Region vorgesehene Krankheiten

Poliomyelitis

Um sicherzugehen, daß die Übertragung in der Region unterbrochen ist, werden zusätzliche Schwerpunktkampagnen zur Immunisierung von Hochrisikogruppen nach Maßgabe der Überwachungsergebnisse durchgeführt – dies erfolgt im Zuge der MECACAR-PLUS-Kampagne, die noch mindestens bis zum Jahr 2000 fort dauert. Die gegenwärtigen Eradikationsbemühungen beinhalten auch die Etablierung eines „Zertifikationsverfahrens“, um das Ende der indigenen Poliovirus-Übertragung in sämtlichen Mitgliedstaaten zu dokumentieren. Dieser Prozeß zur Bestätigung der Poliomyelitis-Ausrottung wurde durch Einrichtung einer regionalen Zertifikationskommission und nationaler Zertifikationsausschüsse in allen Mitgliedstaaten initiiert. Die erste Ländergruppe wird der regionalen Zertifikationskommission die erforderliche Dokumentation 1998 unterbreiten, weitere Ländergruppen werden in den Jahren 1999 und 2000 folgen. Die Überwachung muß noch jahrelang nach der regionalen Eliminierung bis zur Bestätigung der weltweiten Polio-Eradikation fortgesetzt werden.

Neugeborenen-Tetanus

Eine Eliminierung dieser Krankheit erfordert die Schaffung integrierter Impfdienste für Frauen im gebärfähigen Alter und setzt hygienische Geburtshilfepraktiken in jedem Hochrisikogebiet, in dem die Krankheit noch auftritt, voraus.

Masern

Der Europäische Beirat für Immunisierungsfragen hat mehrere Meilensteine für die Masernausröpfung vorgesehen (s. Kasten).

MEILENSTEINE ZUR MASERNEIMINIERUNG

- Bis 1999 werden subregionale Workshops veranstaltet, um die Länder bei der Entwicklung von nationalen Plänen zur Masernausrottung zu unterstützen; das WHO-Regionalkomitee wird den operationellen Plan für die Region verabschieden;
- bis 2000 sollte jeder Mitgliedstaat:
 - eine Durchimpfungsrate von 95% bei der ersten Masernimpfung erreichen;
 - ein gutes Überwachungsprogramm zum Monitoring der Krankheitsinzidenz und des Anteils der gefährdeten Personen durchführen;
 - ein nationales Referenzlaboratorium für Masern etablieren;
 - einen nationalen Plan zur Masernausrottung aufstellen;
- bis 2003 sollten alle Mitgliedstaaten die erforderlichen ergänzenden Impfstrategien und geeignete Überwachungstätigkeiten durchführen;
- bis 2007 sollten in allen Mitgliedstaaten die Masern eliminiert werden;
- bis 2010 sollte die Maserneeliminierung in der Region bestätigt werden können.

Wegen der unterschiedlichen epidemiologischen Situation, Fristen für die Programmdurchführung, Durchimpfung und Impfpläne werden die im Zuge von Impfkampagnen und für die Zweitimpfung anvisierten Altersgruppen von Land zu Land variieren. Die Mitgliedstaaten und viele internationale Partner müssen sich hinsichtlich der Erreichung des Ziels der Masernausrottung stark engagieren.

4.3.2 Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Impfung

Hepatitis B

In den meisten Teilen der Region ist die Hepatitis B für mehr Erkrankungen und Sterbefälle als jede andere durch Impfung verhütbare Krankheit verantwortlich. Deshalb sollte eine Routineimpfung gegen diese Krankheit zu den höchsten Prioritäten nationaler Impfprogramme gehören. Die generelle Impfung von Säuglingen wird allgemein als grundlegende Strategie für die langfristige Bekämpfung der Hepatitis B in Gebieten mit hohem und mäßigem endemischen Vorkommen angesehen. Allerdings würde sich die routinemäßige Impfung von Jugendlichen rascher auf die Inzidenz der klinischen Hepatitis B auswirken als die Standardimpfung im Kindesalter. Zu den weiteren Strategien gehört u. a. die generelle Impfung im Säuglings- und im Jugendalter, mit Schwerpunkt auf jungen Mädchen, doch sind beträchtliche Mittel für diesen – allerdings sehr kostenwirksamen – dualen Ansatz erforderlich.

Auch wenn ein allgemeines Impfprogramm existiert, sollten die Bestrebungen, Hochrisikopersonen gegen HBV zu impfen, nicht nachlassen. Abgesehen von der angestrebten Immunisierung kann die Übertragung der Krankheit bei medizinischem Personal durch generelle Vorbeugungsmaßnahmen

in Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung sowie bei Fixern durch Vermeidung des Austauschs von kontaminierten Injektionsnadeln eingedämmt werden.

Diphtherie

Das in Kombinationsimpfstoffen gegenwärtig zur Grundimmunisierung und Auffrischimpfung angewendete Diphtherietoxoid kann die Krankheit unter Kontrolle bringen und auf den Stand vor der Epidemie eindämmen, so daß Diphtherie dann nicht länger eine Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung wäre.

Pertussis

In allen Impfplänen sollte eine Drei-Dosis-Grundimmunisierung vor Erreichen des sechsten Lebensmonats mit einem Impfstoff vorgesehen werden, der eine Pertussis-Komponente enthält, vorzugsweise DTP-Impfstoff. Die Grundimmunisierung sollte durch eine vierte Dosis vor Erreichen des schulpflichtigen Alters aufgefrischt werden. Inwieweit zusätzliche Auffrischimpfungen notwendig sind, sollte im Rahmen der landesspezifischen Impfprogramme beurteilt werden. In einzelnen Mitgliedstaaten, in denen die Pertussis-Impfprogramme eingestellt worden bzw. lückenhaft sind, wurde kürzlich die Anwendung des neu zugelassenen azellulären Pertussis-Impfstoffs beschlossen: Das dürfte – zusammen mit einem höheren Impferfassungsgrad – zu einer generell besseren Bekämpfung der Krankheit führen.

Haemophilus influenzae Typ b (Hib)

Hier werden folgende Strategien vorgeschlagen: a) Ausweitung der laborgestützten Überwachung auf sämtliche Mitgliedstaaten und b) Einführung der Hib-Impfung. Diese invasive Krankheit könnte durch Aufnahme der Hib-Impfung in die Standardimpfpläne wirkungsvoll bekämpft werden, so daß eine Eliminierung künftig möglich würde.

Konnatale Röteln

Die konnatalen Röteln könnten in vielen Ländern der Region eliminiert bzw. durch spezifische Strategien wirkungsvoller bekämpft werden. Eine wichtige Voraussetzung ist, bei Kleinkindern eine hohe Durchimpfung zu erreichen, da ein niedriger Impferfassungsgrad zu einem Anstieg der Fallzahlen bei älteren Kindern und Erwachsenen führt, möglicherweise mit mehr Fällen des angeborenen Rötelsyndroms. Länder, die die Rötelnimpfung für Kleinkinder einführen, sollten sicherstellen, daß auch (nichtschwangere) Frauen im gebärfähigen Alter sowie Mädchen vor Erreichung der Pubertät geimpft werden. In Ländern, die die MMR-Standardimpfung (Masern/Mumps/Röteln) eingeführt haben, sollte die Strategie zur Masernausröschung als Kern des Programms angesehen werden.

Mumps

Durch breitere Anwendung des MMR-Impfstoffs für Standardimpfungen läßt sich eine sehr niedrige Inzidenzrate erreichen.

4.3.3 Bekämpfung anderer übertragbarer Krankheiten

HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten

Als Reaktion auf diese Situation müßte ein Programm folgende Komponenten beinhalten:

- offene Aufklärung darüber wie eine Krankheitsübertragung durch risikolose Sexpraktiken und mit Hilfe von speziellen Programmen für Fixer, um den Austausch von kontaminierten Injektionsnadeln zu verhindern, verhütet werden kann und durch Befähigung der Bevölkerung, lebenswichtige Entscheidungen in bezug auf ihr eigenes Verhalten zu treffen;
- Sicherstellung der uneingeschränkten Verfügbarkeit von Kondomen;
- Gewährleistung der Sicherheit von Blut und Blutprodukten durch geeignete Screening- und Testverfahren;
- Sicherstellung wirkungsvoller Therapiemaßnahmen und effizienten Fallmanagements in bezug auf sexuell übertragbare Krankheiten;
- durch gesetzgeberische, wirtschaftliche und sonstige strukturelle Maßnahmen Schaffung von Umfeldbedingungen, die zu risikolosen Sexpraktiken sowie einer Schärfung des Risikobewußtseins in bezug auf den Drogenkonsum beitragen.

Hier sind Sofortmaßnahmen gefordert, um alle mit Fragen der sexuell übertragbaren Krankheiten befaßten nationalen Programme in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion und in den mittel- und osteuropäischen Ländern zu aktualisieren. Dabei kommt der WHO, dem Aids-Programm der Vereinten Nationen und anderen Organisationen eine wichtige Rolle zu, die Länder bei der Umsetzung innovativer Programme zu unterstützen und sicherzustellen, daß genügend Mittel zur Durchführung solcher Programme zur Verfügung stehen. Es ist Aufgabe des Gesundheitssektors, den politischen Entscheidungsträgern in den betroffenen Ländern den Ernst der gesundheitlichen und sozialen Folgen dieser Krankheiten zu verdeutlichen.

Mit wirkungsvolleren Maßnahmen zur Krankheitsbekämpfung durch Früherkennung und effizientes Fallmanagement und mit Entwicklung von bedarfsgerechten Systemen zur Primärprävention und Krankheitsüberwachung kann die Syphilis unter Kontrolle gebracht werden. Gezielte Interventionen wie routinemäßiges Screening, die Behandlung von Schwangeren im Rahmen der Schwangerenvorsorge sowie aktive Nachsorge im Rahmen der Partnerbehandlung haben sich als effizient und kostengünstig erwiesen. Durch konzertierte Bemühungen unter Anwendung moderner Strategien zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten könnte erreicht werden, daß Erkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen besser unter Kontrolle gebracht würden und daß angeborene

Syphilis nicht länger ein bevölkerungsmedizinisches Problem wäre, wie dies jetzt noch in einigen hochepidemischen Ländern der Fall ist.

Tuberkulose

Maßnahmen gegen Tuberkulose beinhalten:

- ein landesweites Programm zur Tuberkulosebekämpfung im gemeindenahen Rahmen entsprechend WHO-Leitlinien, auf der Grundlage der DOTS-Strategie – das erfordert einen gut organisierten Dienst zur primären Gesundheitsversorgung (PHC);
- Fallerkennung durch Sputumtest bei TB-Verdächtigen im Rahmen des allgemeinen Gesundheitsdienstes;
- standardisierte Kurzzeit-Chemotherapie zumindest für alle sputumpositive TB-Fälle unter angemessenen Fallmanagement-Bedingungen;
- regelmäßige, lückenlose Versorgung mit allen unverzichtbaren Anti-TB-Arzneimitteln;
- Monitoringsystem zur Programmüberwachung und Evaluierung;
- spezielle „aufsuchende Dienste“ für Migranten und Heimatvertriebene, Bedürftige, HIV-Infizierte und andere Hochrisikogruppen.

Akute Atemwegsinfektionen

Zu den derzeitigen Gegenmaßnahmen gehören:

- nichtspezifische Maßnahmen wie die Verbesserung der Wohnverhältnisse und der Ernährung, Schutz der Säuglinge und Kinder gegen Passivrauchen in der Familie und in Institutionen sowie Förderung des Stillens, um den Immunstatus und den Ernährungszustand zu verbessern;
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Behandlung entsprechend WHO-Leitlinien, durch integriertes Management von Kinderkrankheiten – das setzt einen effizienten PHC-Dienst voraus;
- breitere Anwendung des Impfstoffs gegen *Haemophilus influenzae* Typ B in mehr Mitgliedstaaten (s. vorstehend).

Durchfallerkrankungen

Um die Krankheitsinzidenz zu verringern – und um den Krankheitsverlauf zu mildern – wurden bereits Maßnahmen getroffen (s. Kapitel 5 bezüglich Verbesserungen der Wasserversorgung und der Lebensmittelsicherheit):

- gesicherte Versorgung aller Haushalte in der Region mit hygienisch einwandfreiem Trinkwasser;

- Herstellung und Vertrieb hygienisch einwandfreier Lebensmittel in der Region – das muß für die gesamte Nahrungskette, von der Produktion bis zur Zubereitung beim Endverbraucher gelten;
- Verbesserung der individuellen Hygiene durch einschlägige Dienste und Aufklärung – dies ist immer noch ein großes Problem in weiten Teilen der Region, in denen die sanitären Anlagen noch ausgesprochen primitiv sind und eine persönliche Hygiene entsprechend WHO-Leitlinien nicht möglich ist;
- uneingeschränkte Verfügbarkeit von oralen Rehydrationsalzen (ORS) in allen PHC-Einrichtungen in Gebieten der Region, in denen Durchfallerkrankungen eine ernste Gefahr für Kinder darstellen: dazu gehören auch entsprechende Schulungsmaßnahmen für PHC-Mitarbeiter und Anweisungen für die betroffenen Familien sowie die Versorgung der Haushalte mit ORS-Packungen für Notfälle (dies erfordert einen gut organisierten hausärztlichen Gesundheitsdienst).

Malaria

Um das Malariaproblem in Europa in den Griff zu bekommen und um dem Vormarsch der Malaria in Zentralasien und im Kaukasus Einhalt zu gebieten, wurde eine regionsweite Strategie erstellt, die sich auf die endemischen sowie auf die am meisten gefährdeten Länder konzentriert und folgende Vorgaben beinhaltet:

- Schaffung eines Überwachungs- und Frühwarnsystems zur rechtzeitigen Erkennung von Epidemien;
- Stärkung der nationalen Kapazitäten zur Entdeckung von Malariafällen und zur Malariatherapie, durch Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter des Gesundheitswesens und durch Bevorratung mit Anti-Malariamitteln, Reagenzien und Material für Labordiagnosen;
- Verbesserung der technischen Möglichkeiten für Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitswesens auf Landes-, Provinz- und Bezirksebene zur Planung, Überwachung und Evaluierung von Malariabekämpfungsmaßnahmen, durch Nachschulung und Bereitstellung von aktualisierten technischen Leitlinien und wissenschaftlicher Literatur;
- Verbesserung der Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitswesens, Malariaausbrüche und Epidemien zu bekämpfen, durch Bevorratung mit wirkungsvollen Insektiziden und Spray-ausrüstungen;
- gesundheitliche Aufklärung und Information über Malariavorbeugung und stärkere Einbeziehung der Bevölkerung bei der Malariabekämpfung;
- Chemoprophylaxe für Risikogruppen, mit Schwerpunkt auf schwangeren Frauen (die bereits aufgrund anderer Faktoren häufig anämisch sind).

Das noch vor etwa 20–30 Jahren an verschiedenen Forschungsinstituten in der Region vorhandene Fachwissen über Malariabekämpfung beschränkt sich jetzt lediglich auf einige wenige Expertenzentren. Deshalb muß auch im Rahmen der regionalen Strategie zur Malariabekämpfung der Fortbestand einer

Mindestzahl von WHO-Kooperationszentren sichergestellt werden, die die Bemühungen zur Malaria-bekämpfung in den betroffenen Ländern unterstützen können; außerdem muß die Einschleppung der Malaria in andere Länder der Region verhütet werden. Angesichts der derzeitigen finanziellen Schwierigkeiten in den betroffenen Ländern setzt eine solche regionsweite Malariabekämpfungs-Strategie massive Unterstützung durch Geberstellen voraus.

4.4 Nichtübertragbare Krankheiten

Nichtübertragbare Krankheiten fordern hinsichtlich der Mortalität und Morbidität in der Region insgesamt wie auch in jedem einzelnen Mitgliedstaat den höchsten Tribut. Vor allem in den mittel- und osteuropäischen Ländern und Nachfolgestaaten der Sowjetunion sind die Raten der nichtübertragbaren Krankheiten hoch, mit steigender Tendenz.

Genetische, biologische, Verhaltens- und Umweltfaktoren beeinflussen die individuelle Prädisposition für nichtübertragbare Krankheiten. Forschungsergebnissen zufolge sind die Erbanlagen einer Person in Hinsicht auf die Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte Krankheit zu bekommen, weitaus wichtiger als zuvor angenommen. Dennoch bleibt die Reduzierung und Überwachung umwelt- und verhaltensbedingter Risikofaktoren Dreh- und Angelpunkt von Maßnahmen zur Verringerung der Inzidenz und zur Beeinflussung des Verlaufs von nichtübertragbaren Krankheiten. Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht, fettreiche Ernährung, Bewegungsmangel und Streß können mit spezifischen einzelnen Krankheiten epidemiologisch zusammenhängen. Generell gesehen bieten sie die Möglichkeit für einen integrierten Ansatz der zur Eindämmung verschiedener der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten beitragen kann (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmte Krebsarten, chronisch obstruktive Lungenkrankheiten, psychische Störungen sowie Verletzungen, u. a. durch Gewalteinwirkung).

Das Wissen zur Verhütung eines Großteils der nichtübertragbaren Krankheiten ist vorhanden. Außerdem erlauben Strategien für Screeningverfahren und für die Fallsuche die Früherkennung und Diagnose solcher Krankheiten in der Bevölkerung und beim einzelnen. Darüber hinaus sind die Behandlungsmethoden bei einigen Krankheiten wie z. B. Koronarerkrankung zunehmend effizienter geworden. Im übrigen bleibt Rehabilitation eine wichtige Komponente des Krankheitsmanagements – das gilt für sämtliche Krankheiten. Nachstehend wird auf verschiedene nichtübertragbare Krankheiten näher eingegangen.

Zu den Herz-Kreislauf-Krankheiten gehören sowohl die koronar- und zerebrovaskulären Erkrankungen als auch Bluthochdruck. Wie vorstehend in Tabelle 4.1 ausgewiesen, handelt es sich dabei um zwei der drei wichtigsten Ursachen für die volkswirtschaftliche Belastung durch Krankheiten. In den ehemaligen sozialistischen Wirtschaftssystemen kommt den Herz-Kreislauf-Krankheiten sogar noch eine größere Bedeutung als in den etablierten marktwirtschaftlichen Systemen zu. Sie sind dort die Hauptodesursache in den höheren Altersgruppen. Ein signifikanter Teil der Betroffenen ist

mit mittel- oder langfristigen Folgen konfrontiert, u. a. eingeschränkte Leistungsfähigkeit, berufliche Nachteile oder psychische und affektive Störungen. Eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung von Herz-Kreislauf-Krankheiten spielen Faktoren, die mit der Lebensweise zusammenhängen, wie beispielsweise Rauchen, schlechte Ernährung, Fettsucht und Bewegungsmangel. Durch zunehmende Therapieerfolge bei einigen Krankheiten, vor allem arteriellen Erkrankungen, kann die Mortalität und Morbidität gemindert werden. Neue, weniger invasive Verfahren wie Ballon-Dilatation (perkutane transluminale Angioplastie PCTA) und Stenting haben erheblich zur Reduzierung der volkswirtschaftlichen Krankheitskosten wie auch des Leidensdrucks beim Menschen beigetragen.

Auch bei Krebserkrankungen läßt sich ein Ost-West-Mortalitätsgefälle bei den unter 65jährigen feststellen. In den meisten mittel- und osteuropäischen Ländern hat die Krebssterblichkeit in der Altersgruppe 0–64 Jahre bis 1990 stetig zugenommen; inzwischen ist dieser Aufwärtstrend hauptsächlich infolge der Stabilisierung oder rückläufigen Entwicklung bei der Lungenkrebsmortalität mehr oder minder zum Stillstand gekommen. In Westeuropa ist die Krebsmortalität seit 1980 zurückgegangen und war 1997 ungefähr 9% niedriger als 1980 (seinerzeit lag die standardisierte Krebsmortalität bei ungefähr 92 Fällen pro 100 000 Einwohner).

Der wichtigste alleinige Risikofaktor für Krebs ist das Rauchen, auf dessen Konto rund ein Drittel aller Krebserkrankungen in der Europäischen Region gehen. In der Vergangenheit haben Frauen im östlichen Teil der Region weniger häufig geraucht, deshalb ist dort die Lungenkrebsmortalität in der weiblichen Bevölkerung niedriger als in anderen Teilen der Region. Falsche Ernährung – vor allem zu wenig Obst und Gemüse und zuviel gesättigte Fettsäuren – ist ein wichtiger Risikofaktor für bestimmte Krebsarten. Zu den weiteren Risikofaktoren gehören Infektionserreger (z. B. Papillomavirus des Menschen im Zusammenhang mit Zervixkarzinom), gefährliche Industriechemikalien und berufsbedingte Faktoren.

In bezug auf die Krebssterblichkeit ist Brustkrebs bei Frauen nach wie vor die wichtigste Ursache in der gesamten Region, und zwar kann in den westeuropäischen Ländern jede zwölfte Frau davon betroffen sein, mit steigender Tendenz. Die Möglichkeiten zur Prävention sind begrenzt. In einigen Ländern konnten allerdings durch Einführung von altersspezifischen Vorsorgeuntersuchungen, speziell Mammographie, einige Erfolge erzielt und ein Rückgang der Mortalität festgestellt werden. Derartige Screening-Strategien wurden auch zur Früherkennung von Zervixkarzinomen in vielen Ländern eingeführt.

Trotz der Tatsache, daß beträchtliche Ressourcen zur Erkennung, Diagnose und Therapie eingesetzt worden sind, ist die Gesamtsterblichkeit an Krebs nicht signifikant zurückgegangen. Ein weiteres ernstes Problem ist die inadäquate Behandlung von Krebspatienten im Endstadium. Viele Patienten erhalten keine ausreichende Schmerztherapie, so daß ihre Lebensqualität und Würde in der letzten Lebensphase durch unnötige Leiden beeinträchtigt wird.

Schätzungsweise 25 bis 40 Millionen Menschen in der Region leiden an Diabetes. Wird die Krankheit nicht angemessen behandelt, kann sie die Lebenszeit verkürzen und schwerwiegende Gesundheitsstörungen zur Folge haben, beispielsweise Blindheit, Nierenversagen, Amputationen, akute Blutzuckerkrisen usw.; Diabetes belastet das Gesundheitswesen ganz erheblich. In Mittel- und Osteuropa sowie in

Westeuropa hat sich der Trend der Diabetes-Sterblichkeit nicht verändert oder ist rückläufig. Im Vergleich dazu war die Diabetes-Inzidenz in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion zuvor niedriger, läßt jetzt indessen – wahrscheinlich aufgrund des in der Bevölkerung weit verbreiteten Übergewichts – einen Aufwärtstrend erkennen. Diabetes in der Schwangerschaft bedeutet ein großes Risiko für Mutter und Kind.

Seit 1989 gibt es eine Gemeinschaftsinitiative des WHO-Regionalbüros und der Europäischen Sektion der Internationalen Diabetes-Federation (IDF) – die St.-Vincent-Bewegung, die praktisch jeden Mitgliedstaat in einen innovativen Ansatz zur drastischen Reduzierung ernster Gesundheitsproblemen bei Diabetikern einbezieht.

Die gemeldete Prävalenz von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen beträgt in einigen Ländern 2–7%. Diese Krankheiten wirken sich nachhaltig in bezug auf Lebensqualität, Behinderungen, Gesundheitsversorgungskosten und Fehlzeiten aus. Zu den ursächlichen Faktoren gehören das Rauchen, die Luftverschmutzung und die Exposition gegenüber Allergenen im häuslichen Umfeld, am Arbeitsplatz oder in der natürlichen Umwelt.

Gute Mundgesundheit trägt nicht nur zur Verbesserung der Lebensqualität bei, sondern auch zur Verhütung verschiedener Krankheiten und zum Erhalt eines allgemein guten Gesundheitszustands. Angesichts der Priorität, die einige Länder der Prävention von Zahnkaries, vor allem bei Kindern, beigemessen haben, benötigen die zahnmedizinischen Dienste jetzt weniger Ressourcen als zuvor für die Kariesbehandlung, dementsprechend werden Ressourcen für die Verbesserung der Mundgesundheit anderer Zielgruppen, z. B. ältere Menschen, frei.

DIE BEDEUTUNG PRÄVENTIVER MASSNAHMEN AUF DEM GEBIET DER MUNDGESUNDHEIT – BEISPIEL DÄNEMARK

Vor ungefähr 20–25 Jahren hatte Dänemark eine der höchsten Prävalenzraten für Zahnkaries bei Kindern in Europa. Seitdem systematische Maßnahmen zur Prävention von Zahnerkrankungen und Förderung der Mundgesundheit vorgesehen wurden – u. a. wirkungsvoller Einsatz von Fluoriden und ein qualitätsbezogenes Informationssystem für Mundgesundheit, hat Dänemark jetzt in Europa eine der niedrigsten DMFT-Raten (kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne), und die vorgegebenen Ziele für die Altersgruppen 6 Jahre (50% aller Kinder kariesfrei) und 12 Jahre (ein DMFT-Index von =2) konnten bereits Mitte der 1980er Jahre erreicht werden. Die Erfolge und die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung bei Kindern sind mit Hilfe eines fallorientierten Informationssystems für Mundgesundheit dokumentiert worden. Ein vergleichbares System zur Messung der zahnmedizinischen Behandlungsergebnisse bei Erwachsenen wurde kürzlich für Dänemark konzipiert.

Eine der beeindruckendsten Verringerungen der Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen kann der Umsetzung von bevölkerungszentrierten Programmen und Strategien für Hochrisikogruppen zugeschrieben werden. In Einklang mit den Prinzipien der primären Gesundheitsversorgung wurden Maßnahmen wie schulzahnärztliche Beratung zur Mundhygiene, Zahnversiegelung und Fluoridierung, Gesundheitserziehung, interdisziplinäre Gesundheitsprojekte und gemeindenahe Initiativen vorgesehen. Obwohl diese Strategie im Rahmen eines etablierten dänischen kommunalen Dienstes für die zahnmedizinische Versorgung durchgeführt wurde, kann sie aber angesichts des einfachen Grundprinzips der Prävention ohne weiteres auch auf Länder zugeschnitten werden, in denen die zahnmedizinische Versorgung anders organisiert ist.

Quelle: Petersen, P.E. Effectiveness of oral health care – some Danish experiences. *Proceedings of the Finnish Dental Society*, 88: 12–23 (1992); Petersen, P.E. & Torres, A.M. Preventive oral health care and health promotion provided by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *International journal of pediatric dentistry*, 1999 (im Druck).

Der Mundgesundheitszustand hängt mit dem Alter zusammen und ist in den Ländern der Europäischen Region in den einzelnen sozialen Gruppen ganz unterschiedlich. In einigen Ländern gibt es gebietsweise sehr wenig zahnmedizinische Probleme, wohingegen in anderen Ländern – hauptsächlich im östlicheren Teil der Region – Zahnkaries und Parodontalerkrankungen weit verbreitet sind. Es ist jedoch zu beachten, daß in keinem anderen Bereich der öffentlichen Gesundheit ein so großes Problem derart einfach durch ganz simple Methoden verhütet werden kann.

ZIEL 8 – VERRINGERUNG NICHTÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN IN DER GESAMTEN REGION MORBIDITÄT, BEHINDERUNGEN UND VORZEITIGE TODESFÄLLE INFOLGE DER WICHTIGSTEN CHRONISCHEN KRANKHEITEN AUF DEN TIEFSTMÖGLICHEN STAND ZURÜCKGEHEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 8.1 Die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre sollte im Durchschnitt um mindestens 40%, vor allem in Ländern mit derzeit hohen Mortalitätsraten, zurückgehen.
- 8.2 Die Mortalität von Krebserkrankungen jeglicher Art bei den unter 65jährigen sollte im Durchschnitt um mindestens 15% zurückgehen, die Lungenkrebssterblichkeit um 25%.
- 8.3 Die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere ernste Gesundheitsstörungen, sollte um ein Drittel reduziert werden.
- 8.4 Morbidität, Behinderungen und Todesfälle infolge von chronischen Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelettstörungen und anderen prävalenten chronischen Zuständen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.
- 8.5 Mindestens 80% der Kinder der Altersgruppe 6 Jahre sollten kariesfrei sein, und Zwölfjährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

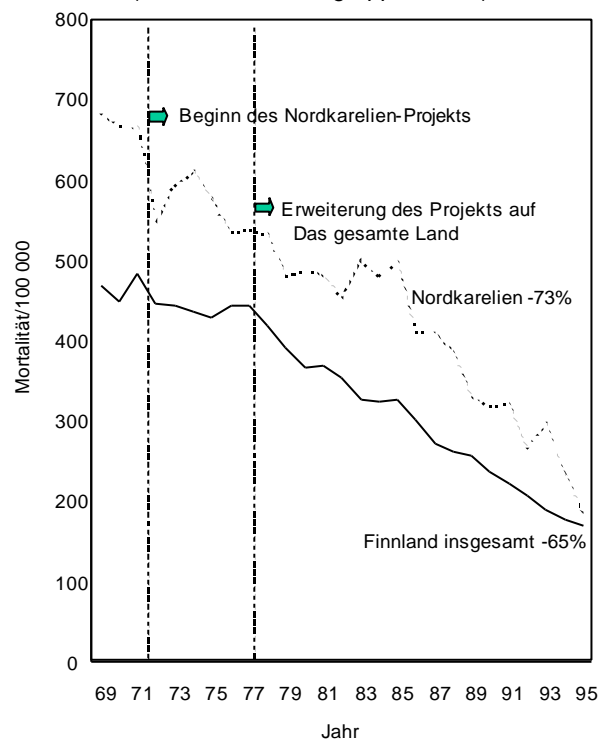
STRATEGIEVORSCHLÄGE

Das Wissen zur Verhütung, Diagnose und Therapie vieler nichtübertragbarer Krankheiten ist vorhanden. Situationsanalysen zeigen, daß es sowohl für den Public-Health-Bereich als auch für die individuelle klinische Ebene etliche sehr gute kosteneffektive Strategien gibt.

i) Breitgefächerte gesamtpolitische Konzepte sollten vorgesehen werden, um die Risikofaktoren für Gesundheit integriert, unter Berücksichtigung von Verhaltensmustern und Umweltfaktoren, anzugehen. Dies stellt eine große Herausforderung auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene dar. Beispiele einer solchen Politik beinhalten Anreize zur Prävention, Bildungsprogramme, verkehrspolitische Maßnahmen, Bekämpfung von Umweltschadstoffen usw. (im Kapitel 5 wird auf diese Teilspektoren näher eingegangen).

Der Gesundheitssektor kann ebenfalls für einen spezifischen breiten intersektoralen Ansatz zuständig sein. Ziel ist ein umfassender Ansatz in bezug auf die wichtigsten verhaltens- und umweltbedingten Risikofaktoren, z. B. Rauchen, Alkoholmißbrauch, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel. Ein derartiger Ansatz bietet die Möglichkeit, sektorübergreifende gesamtpolitische Initiativen mit populationszentrierten und individuellen Interventionen für Fallsuche und Management zu kombinieren, um die Häufigkeit und Auswirkungen allgemeiner Risikofaktoren zu reduzieren (siehe nachstehend). Das CINDI-Programm der WHO zur landesweit integrierten Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten ist ein wichtiges Modell für einen solchen kombinierten Ansatz. Das 1982 initiierte CINDI-Programm bezweckt, durch Bekämpfung der wichtigsten Risikofaktoren die sozialen Kosten dieser Krankheiten zu mindern. Kernstück dieses Programms ist die Umsetzung und Evaluierung von Demonstrationsprojekten. Dank der langfristigen Zusammenarbeit von nunmehr 24 beteiligten Ländern, konnte durch integrierte gemeindenaher Ansätze ein einzigartiger Wissenspool und Erfahrungsschatz über die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten aufgebaut werden. Die beeindruckendsten Resultate wurden in Finnland erzielt, wo die Mortalität an koronaren Herzkrankheiten innerhalb von 25 Jahren um 73% zurückging (Abb. 4). Ein wichtiger Faktor, der zu diesem beachtlichen Rückgang beigetragen

Abb. 4: Mortalität infolge koronarer Herzkrankheit in Finnland insgesamt sowie in der Provinz Nord Karelien, 1969–1995 (Männer der Altersgruppe 35–64)



hat, ist die Veränderung der Ernährungsgewohnheiten; in der finnischen Ernährungspolitik wird ein höherer Konsum von gesättigten Fettsäuren und Gemüse empfohlen (z. B. Salat zu allen Mahlzeiten). In allen Mitgliedstaaten sind einschlägige ernährungspolitische Konzepte erforderlich, um zu einer Senkung der hohen Raten vorzeitiger Mortalität und Morbidität infolge von nichtübertragbaren Krankheiten beizutragen.

WALKING UND RADFAHREN – DIE AUSWIRKUNGEN AUF DIE GESUNDHEIT

Regelmäßiges Gehen (Walking) ist wichtig für die Prävention von und den Umgang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In einer Studie unter Beteiligung von 9000 Staatsbediensteten der Altersgruppe 45–65 Jahre erlitten – im Vergleich zu der Gruppe, die sich nicht körperlich betätigte – weniger als halb so viele Männer, die ihren Gang als „schnell“ eingestuft hatten (9%), nichttödlich oder tödlich verlaufende koronare Herzkrankheit. Unter denjenigen, die ihren Gang als „ziemlich schnell“ beschrieben hatten, lag die Rate der koronaren Herzattacken um mehr als ein Drittel unter der durchschnittlichen Häufigkeit während der 9jährigen Studie. Ähnliche Ergebnisse in bezug auf den Nutzen des Gehens und in bezug auf den besseren Schutz gegen Krankheiten bei höherer Energieleistung wurden auch anderweitig bekannt. Untersuchungen aus Finnland bestätigen diese Erkenntnisse und bekräftigen den physiologischen Nutzen körperlichen Trainings durch regelmäßiges Gehen für die Fitneß und Gesundheit, speziell von Berufstätigen.

Eine Studie unter Fabrikarbeitern kam zu dem Ergebnis, daß Personen, die regelmäßig Rad fahren, genau so fit sind wie 10 Jahre jüngere Personen. In einer anderen Studie wurde herausgefunden, daß diejenigen, die nach Erreichen ihres 35. Lebensjahrs pro Woche regelmäßig 60 Meilen Rad gefahren waren, mit einer um 2 Jahre höheren Lebenserwartung rechnen könnten. Eine niederländische Studie kam zu dem Schluß, daß regelmäßiges tägliches Rad fahren die körperliche Leistung genau so gut verbessern kann wie ein spezifisches Trainingsprogramm.

Quelle: Road transport and health. London, British Medical Association, 1997.

- ii) Populationszentrierte Präventionsstrategien auf der Basis von Screeningverfahren, z. B. auf Brustkrebs und Zervixkarzinom. Ziel solcher Strategien ist, sämtliche Risikogruppen in der Bevölkerung zu erreichen, wobei häufig der Erstkontakt durch PHC-basierte Bevölkerungsregister erfolgt. Screening beinhaltet die Anwendung eines Testverfahrens; bei positivem Ergebnis dieses Screening folgt dann eine definitive Untersuchung, Diagnose und Behandlung.
- iii) Strategien für die Fallsuche, z. B. zur Erkennung von Bluthochdruck, möglichst auf der Grundlage eines individuellen Kontakts mit dem Patienten. Dies kann mittels spezifischer auf Hochrisikopatienten ausgerichtete Ansätze erfolgen, wiederum gestützt auf PHC-basierte Bevölkerungsregister. Solche Strategien können folgendes beinhalten: Identifikation von Risikofaktoren, verhaltens- und lebensweisenorientierte Interventionen sowie Management von Krankheitszuständen wie Bluthochdruck und Diabetes.
- iv) Bei bekannten Krankheitszuständen sind therapeutische Dienste von maßgeblicher Bedeutung und bilden eine wichtige Dimension der Lebensqualität. Die Diagnose- und Therapieverfahren

sind immer effizienter geworden, doch ist eine starke Interaktion zwischen der Notfall-, Primär-, Sekundär und Tertiärversorgung mit effizienten Überweisungsstrukturen zwischen den verschiedenen Ebenen erforderlich.

Diese Punkte werden bei einer Reihe von Krankheiten und Zuständen gut veranschaulicht.

- *Herz-Kreislauf-Erkrankungen.* Strategien zur Behandlung und Rehabilitation sind ebenso wie Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventions-Strategien zur Bekämpfung und zum Management von Risikofaktoren erforderlich. Diese Strategien müssen auf Bevölkerungsebene ansetzen, wobei die Notfalldienste in akuten Fällen eine rasche Intervention sicherstellen, gefolgt von einer raschen Überführung ins Krankenhaus und wirkungsvollem Management (z. B. koronare Thrombolyse). Zu den anschließenden Behandlungsoptionen gehören etliche medizinische und chirurgische Interventionen, wobei die chirurgischen Interventionen immer häufiger unter Anwendung von weniger invasiven Verfahren (z. B. PCTA und Stenting) erfolgen. Darüber hinaus kommt gut organisierten Rehabilitationsdiensten wesentliche Bedeutung zu.
- *Krebs.* Auch hier kommt zur Diagnose und Therapie zunehmend Medizintechnik zum Einsatz, und immer kompliziertere Kombinationen von chirurgischen Eingriffen, Radiotherapie, Chemotherapie und künftig wahrscheinlich auch Immunotherapie) werden praktiziert. Wesentliche Elemente der Patientenversorgung sind Schmerzbehandlung und Nachsorge. Des Weiteren können auch neue Behandlungskonzepte vorgesehen werden. Krebsmanagement wird zunehmend als integriertes Versorgungsangebot der primären, sekundären, tertiären Versorgungsebene konzipiert und realisiert, mit dem Fokus auf Zentren, deren klinische Qualität anerkannt ist. Individuelle Elemente der Patientenversorgung erfolgen in Einklang mit wissenschaftlich erhärteten klinischen Leitlinien. Das Management der Dienste sollte unter Zugrundelegung abgestimmter ergebnisorientierter Qualitätsindikatoren erfolgen und durch ein umfassendes klinisches Informationssystem unterstützt werden.
- *Diabetes.* Umfassende Programme zur Erkennung und Bekämpfung von Diabetes und damit verbundenen Komplikationen sind erforderlich; Selbsthilfe und gemeindenaher Unterstützung sind dabei die wichtigsten Komponenten. Das heißt, sowohl in der breiten Bevölkerung als auch in den Gesundheitsberufen muß das Problembewußtsein geschärft werden. Vor allem sind hier auch – hinsichtlich der Aufklärung und Schulung von Patienten und deren Familienangehörigen – Fortbildungsmaßnahmen für Allgemeinmediziner und Pflegekräfte über die wichtigsten Techniken zur Selbstbehandlung bei Diabetes erforderlich. Eine fachkundige und effektive Behandlung auf allen Ebenen der Versorgung muß unbedingt auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und sowohl auf Bevölkerungsebene als auch auf der individuellen Ebene von ergebnisorientierten Zielvorgaben geleitet sein. Es hat sich gezeigt, daß derartige Ansätze zu bemerkenswerten Verbesserungen des klinischen Managements und zu signifikanten Verringerungen der Komplikationsraten geführt haben. Der Schlüssel zum Erfolg liegt in der Einbeziehung der Patienten und ihrer Familienangehörigen in die Planung und Durchführung der Behandlung und in der Vermittlung der zur Selbstbehandlung erforderlichen Kompetenzen. Wenn sichergestellt wird, daß jeder Mitgliedstaat im Rahmen der

vorstehend erwähnten St.-Vincent-Bewegung ein nationales Programm durchführt, wird sich dies wesentlich auf die Gesundheit der Diabetiker in der Europäischen Region auswirken.

- *Mundgesundheit.* Die individuelle Mundgesundheit kann durch sorgfältige Mundhygiene wirkungsvoll gefördert werden; bessere Ernährungsgewohnheiten und der Gebrauch von fluoridierter Zahnpasta kann Zahnkaries und Parodontalerkrankungen fast vollständig verhüten. Des Weiteren kann durch bedarfsgerechte Fluoridierung (des Trinkwassers, der Milch oder des Speisesalzes) oder durch individuellen Gebrauch von fluoridierter Zahnpasta oder Mundspülungen mit fluoridhaltigem Mundwasser eine Reduzierung der Zahnkaries in der Bevölkerung erreicht werden. Gezieltes, ergebnisorientiertes Monitoring und Feedback sind hier von wesentlicher Bedeutung.

Alle Krankheitsbekämpfungsstrategien müssen wissenschaftlich erhärtet werden, und zwar durch Evidenzkriterien, die ihre Effektivität und Effizienz ebenso wie die Zugänglichkeit und Qualität der angebotenen Dienste belegen. Deshalb sollten solche Strategien durch ein bevölkerungszentriertes Gesundheitssystem unterstützt werden. Dieses System sollte folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Identifikation der Gesamtbevölkerung und ihrer Epidemiologie, d. h. Mortalität, Morbidität, Lebensweisen und Verhaltensmerkmale;
- Planung und Management von Präventiv- und Interventionsstrategien für nichtübertragbare Krankheiten;
- Organisation der Einbeziehung des einzelnen in derartige Strategien, d. h. Registrierung des Erstkontakts, Dokumentation der Resultate von Screeningverfahren und Fallsuche-Interventionen, Monitoring der Anschlußmaßnahmen sowie Dokumentation der Ergebnisse;
- Monitoring und Evaluation der Programme in Hinsicht auf ihre Qualität, mit Schwerpunkt auf den erzielten gesundheitlichen Ergebnissen (s. Kapitel 6).

Die Gesamtheit der Interventionen zur Behandlung der wichtigsten individuellen Gesundheitsprobleme (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmte Krebsarten) könnte am besten als Gesundheitsprogramm oder als spezifischer Bereich für gesundheitliche Verbesserungen angesehen werden. Voraussetzung für die Gestaltung eines Programms ist ein Verständnis der „grundlegenden Gesundheitserfahrung der Bevölkerung“, aufgrund der Berichterstattung und Analysen von epidemiologischen und gesundheitswissenschaftlichen Daten. Sodann könnten die wissenschaftlichen Nachweise für ein ausgewogenes Verhältnis von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Therapie und Rehabilitation (sowohl in einer bevölkerungszentrierten gesundheitsfördernden Gesamtpolitik als auch im individuellen klinischen Management) sowie angemessene Versorgungswege und klinische Leitlinien, berücksichtigt werden. Auf Bevölkerungsebene wird dies die Bedeutung multisektoraler und interdisziplinärer Ansätze herausstellen; auf der individuellen klinischen Ebene wird dies eine Auswahl unter wissenschaftlich erhärteten Interventionsmethoden

ermöglichen. Zielgerichtetes, ergebnisorientiertes Monitoring und Feedback unter Zugrundelegung abgestimmter Indikatoren wird auf beiden Ebenen von wesentlicher Bedeutung sein.

4.5 Verletzungen infolge von Gewalteinwirkung und Unfällen

Verletzungen durch Gewalteinwirkung und Unfälle verursachen viel menschliches Leid, hohe ökonomische Kosten und sind eine wichtige Todesursache. 1994 wurden in Europa über 500 000 unfallbedingte Todesfälle gemeldet. Alkoholkonsum ist der wichtigste Risikofaktor bei Gewalttaten und Unfällen jeglicher Art. Weitere bedeutsame Faktoren sind: sozioökonomische Benachteiligung (z. B. Armut, schlechte Wohnverhältnisse, heruntergekommene Stadtgebiete), ein politisch und sozial instabiles Umfeld (z. B. infolge von Krieg) sowie Arbeitslosigkeit. Die zweitwichtigste Ursache für das Ost-West-Mortalitätsgefälle sind Verletzungen und Vergiftungen. Unfälle sind neben Vergiftungen die Haupttodesursache bei jungen Menschen.

In bezug auf Gewalt im häuslichen Bereich ist meistens von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, weil dieses Problem nur selten von den Opfern oder Tätern zugegeben wird oder in den Unfallstatistiken erscheint. Gewalt im häuslichen Bereich ist hauptsächlich ein geschlechtsspezifisches Problem – wenn auch nicht immer, denn Männer gehören ebenfalls zu den Opfern. 20% aller Frauen in Europa sind mindestens einmal in ihrem Leben Opfer von Gewalt geworden, häufig war ihnen der Täter bekannt. In Industrieländern ist – wie im Kapitel 3 angesprochen – eine größere Zahl der gemeldeten Verletzungen bei Frauen auf häusliche Gewalt zurückzuführen als auf Vergewaltigung, Verkehrsunfälle und Überfälle insgesamt genommen. Ein wichtiger Aspekt ist auch die Mißhandlung von alten Menschen und psychisch gestörten oder geistig behinderten Personen, speziell in Anstalten. Sozial motivierte Gewalt gegen Flüchtlinge und ethnische Gruppen nimmt zu. Auch das Ausmaß des Kindesmißbrauchs wird langsam erkannt (s. Kapitel 3). In den letzten 20 Jahren haben viele Länder der Europäischen Region damit begonnen, die Fälle von sexuellem, körperlichem und psychischem Mißbrauch und die Ursachen dafür zu dokumentieren.

Unfälle ereignen sich unter ganz verschiedenen Rahmenbedingungen (am Arbeitsplatz, zu Hause, in der Schule, während der Freizeit) und verursachen hohe Kosten. Schätzungen der WHO zufolge erfordern rund 80 Millionen Unfälle in der Region pro Jahr medizinische Behandlung.

Die jährliche durchschnittliche Inzidenz der gemeldeten Straßenverkehrsunfälle mit Verletzungsfolge beträgt ungefähr 340 pro 100 000 in den Ländern der Europäischen Union. Dies übersteigt die Durchschnittswerte in den mittel- und osteuropäischen Ländern und Nachfolgestaaten der Sowjetunion um das 2–3fache. Bei der Mortalität verhält es sich genau umgekehrt: Dort sind die Raten im östlichen Teil der Region nahezu doppelt so hoch wie in Westeuropa, was von einem häufigeren tödlichen Ausgang der Verkehrsunfälle zeugt. Verkehrsunfälle unter Beteiligung von Kraftfahrzeugen sind indessen die Verletzungs- und Todesursache, die am wirkungsvollsten verhütet werden könnte, u. a. durch Maßnahmen wie das Anlegen von Sicherheitsgurten, eine Verbesserung der Straßen und Fahrzeuge, angemessene Geschwindigkeitsbegrenzungen sowie konsequente Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer.

DIE VOLKSWIRTSCHAFTLICHEN KOSTEN VON VERKEHRСУNFÄLLEN

1995 gingen in den 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union rund 45 000 Tote und 1,5 Millionen Verletzte auf das Konto von Straßenverkehrsunfällen. Angesichts der hohen Dunkelziffer wird die Zahl der jährlichen Verkehrsoffer insgesamt auf nahezu 3,5 Millionen geschätzt. Finanziell ausgedrückt beziffern sich die jährlichen Verluste durch Straßenverkehrsunfälle mit Todes- und Verletzungsfolge auf rund 162 Milliarden ECU; dieser Betrag beinhaltet allein die reinen Schadenskosten. Diese sozioökonomischen Kosten sind doppelt so hoch wie das Gesamtbudget der Europäischen Union, entsprechen 97% der Kosten aller Transportmittelunfälle, übersteigen die Kosten durch Verkehrstaus oder die Kosten der Umweltschäden durch den Straßenverkehr und verursachen sogar größere Produktivitätsverluste als Lungenkrebs. Allein schon wegen der zu erwartenden Zunahme des Kraftfahrzeugverkehrs infolge des Wirtschaftsaufschwungs und der Ausweitung des grenzüberschreitenden Handels im gemeinsamen Markt müssen die Bemühungen um Verringerung der Zahl der Unfalltoten und Verletzten erheblich intensiviert werden. Aus der Sicht der Unterschiede zwischen den einzelnen EU-Mitgliedstaaten ist das Unfallrisiko in Griechenland siebenmal höher als im Vereinigten Königreich, wo das Risiko am niedrigsten ist.

Quelle: A strategic road safety plan for the European Union. Brüssel, European Traffic Safety Council, 1997.

Unfälle auf Kinderspielflächen sind hauptsächlich auf Sicherheitsmängel bei den Geräten und Anlagen zurückzuführen. Ältere Kinder ziehen es ohnehin meistens vor, unbeaufsichtigt an gefährlicheren Orten zu spielen – wie beispielsweise Straßen, nicht erschlossenen Flächen, Baustellen, Eisenbahnschienen, Kanälen und Flüssen – und dort kann die Vernachlässigung von Sicherheitsvorkehrungen zu schweren Verletzungen und Todesfällen führen.

Andere Ursachen für unfallbedingte Verletzungen sind auf Irrtum oder Nachlässigkeit zurückzuführende Vergiftungen, Alkoholvergiftung sowie Sport- und Freizeitunfälle.

**ZIEL 9 – VERRINGERUNG VON AUF GEWALTEINWIRKUNG UND UNFÄLLE
ZURÜCKZUFÜHRENDEN VERLETZUNGEN**

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE ES EINEN SIGNIFIKANTEN UND NACHHALTIGEN RÜCKGANG DER VERLETZUNGEN, BEHINDERUNGEN UND TODESFÄLLE INFOLGE VON UNFÄLLEN UND GEWALT IN DER REGION GEBEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 9.1 Die Mortalität und Behinderungen infolge von Straßenverkehrsunfällen sollten um mindestens 30% zurückgehen.
- 9.2 Die Mortalität und Behinderungen infolge von Arbeitsunfällen, Unfällen im Haus sowie beim Sport und bei Freizeitbeschäftigungen sollten um mindestens 50% zurückgehen, vor allem in Ländern mit einer derzeit hohen Rate tödlicher Unfälle.
- 9.3 Die Inzidenz von und die Mortalität aufgrund von häuslicher, geschlechtsspezifischer und organisierter Gewalt und damit verbundene Gesundheitsfolgen sollten um mindestens 25% zurückgehen.

STRATEGIEVORSCHLÄGE:

Wie auch in bezug auf andere in diesem Kapitel angesprochene Probleme, basieren die Strategien gegen Gewalt und Verletzungen auf folgenden Voraussetzungen:

- Kenntnis und Überwachung der Risikofaktoren;
- politische Auseinandersetzung mit diesen Risikofaktoren, mit speziellem Augenmerk auf der Bekämpfung des Alkoholkonsums und der Reduzierung des sozialen und wirtschaftlichen Gefälles;
- angemessene gesetzgeberische Unterstützung, damit Gewalt in der Ehe, gegen Kinder und ethnische Minderheiten sowie körperliche Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch nicht in Politik und Gesellschaft geduldet werden;
- sektorübergreifende Maßnahmen unter Einbeziehung der Politik, Gesetzgebung, Gesundheits- und Verkehrssektoren;
- angemessene und integrierte geschlechtsspezifische und ethnisch-orientierte Strategien zur Prävention, Versorgung und Rehabilitation, die in erster Linie im Rahmen der Primären Gesundheitsversorgung umgesetzt werden;
- Schwerpunktstrategien, wenn die epidemiologischen Daten wichtige Problemzonen erkennen lassen (beispielsweise ehemalige Armeearacken, Innenstädte);
- Forschung über die Arten, Determinanten und Auswirkungen von Gewalt und Verletzungen, als Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung von Strategien zur Prävention, Versorgung und Rehabilitation;
- Aufklärung und Fördermaßnahmen an Orten, an denen junge Menschen zusammenkommen (z. B. Sporteinrichtungen, Bars, Schulen und Betriebe);
- Sensibilisierung für Fragen der öffentlichen Gesundheit und Information über Risiken und Präventionsstrategien;
- Fortbildung und Schulung in den Gesundheitsberufen;
- Monitoring und Evaluierung, u. a. der Auswirkungen von Prozessen und Strategien;
- Aufbau sozialer Netze;
- architektonische Gestaltung des Umfelds;
- umfassende therapeutische Maßnahmen für Opfer familiärer Gewalt – die sich sonst u. U. zur nächsten Tätergeneration entwickeln könnten.

4.6 Katastrophenfälle

Notsituationen entstehen als Folge von Naturkatastrophen und von auf den Menschen oder die Technik zurückzuführenden Katastrophen (z. B. Erdbeben, Nuklearunfälle, chemische Explosionen, Leckagen und Überschwemmungen); außerdem haben ernste Notsituationen auch politische, wirtschaftliche, soziale und institutionelle Ursachen, beispielsweise Bürgerkrieg. Allen gemeinsam ist ihre enorme Bedeutung für die öffentliche Gesundheit.

In den letzten zehn Jahren hat die Europäische Region einen massiven Anstieg von Gewalt, komplexen Notsituationen, einschließlich Krieg oder Bürgerunruhen erlebt. Der Zerfall Jugoslawiens war hier die schlimmste Tragödie. Darüber hinaus gab es jedoch beispielsweise 1992 noch neun weitere Konflikte in der Europäischen Region. Glücklicherweise hat sich die Lage seitdem spürbar entspannt.

In dieser Situation mußte rasch gehandelt werden, in Form von Ressourcenmobilisierung und humanitärer Hilfe. Zahlreiche Organisationen – das Büro des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Flüchtlinge (UNHCR), UNICEF, WHO und andere Organisationen der Vereinten Nationen, die Europäische Union, das Rote Kreuz und eine große Zahl anderer nichtstaatlicher Organisationen – und viele Mitgliedstaaten haben sich hier aktiv beteiligt. Auch wenn die Notwendigkeit einer besseren Koordination und neuer Methoden für Soforthilfeleistungen klar zu Tage getreten ist, konnten durch groß angelegte Vorhaben in den 90er Jahren dennoch etliche Fortschritte auf diesem Gebiet verzeichnet werden.

Auch das WHO-Regionalbüro hat sich dieser Herausforderung erfolgreich gestellt und viel operationelle, logistische und technische Erfahrungen im Rahmen seiner Zusammenarbeit mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen gewonnen. Ganz speziell hat es gelernt, wie man neue Technologien für künftige Operationen (Soforthilfekits) entwickelt und Strategien konzipiert, um einen koordinierten und effizienten Übergang von der Soforthilfe zu Strategien für den Wiederaufbau zu bewerkstelligen.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Katastrophenvorsorge

Die Länder müssen sich stärker bemühen, ihre Katastrophenvorsorge zu verbessern, indem sie ein stützendes politisches, gesetzgeberisches, verwaltendes, finanzielles und soziales Umfeld für einen koordinierten und effizienten Einsatz der verfügbaren Ressourcen schaffen. Die WHO kann dabei eine Fülle von Fachwissen, Orientierungshilfen und Lehrmaterial anbieten.

Humanitäre Hilfe

In einer ernsten gesundheitlichen Krisensituation ist es das Ziel der WHO, rechtzeitig angemessenen Beistand zur humanitären Hilfe in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen zu leisten. Durch enge Arbeitsbeziehungen zu anderen Organisationen der Vereinten Nationen – das gilt vor allem für UNHCR, UNICEF und das Welternährungsprogramm (WPF) – können die einschlägigen Tätigkeiten im Rahmen einer gemeinschaftlichen Reaktion der Vereinten Nationen wirkungsvoll koordiniert werden. Dieser Beistand beruht auf einer Strategie, die folgenden Vorgaben zur Unterstützung der Regierung des betreffenden Landes Priorität beimißt:

- rasch und glaubwürdig in dem Land tätig werden;
- die gesundheitliche Lage der Bevölkerung beurteilen;
- gestützt auf die bisherigen Erfahrungen bei ähnlichen Problemen der öffentlichen Gesundheit technische Hilfe leisten;
- die gesundheitsbezogenen Aktivitäten der zahlreichen auf dem Gebiet der Nothilfe tätigen nichtstaatlichen Organisationen koordinieren.

Im übrigen verfügt die WHO inzwischen über wertvolle Erfahrungen aus etlichen individuellen Public-Health-Programmen in Bereichen wie Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung, Immunisierung (in Zusammenarbeit mit UNICEF) sowie physische und psychische Rehabilitation. Darüber hinaus werden im Rahmen der verfügbaren Ressourcen auch medizinische und chirurgische Materialien geliefert, wenn ein diesbezüglicher Bedarf vorliegt.

Rehabilitation und Wiederaufbau

Wenn die Notsituation nicht mehr besteht, arbeitet die WHO mit internationalen Entwicklungshilfeorganisationen wie der Weltbank, der Europäischen Union und dem UNDP zusammen, um das Gesundheitswesen – mit Akzent auf einem PHC-Ansatz im Kontext der GFA – zu unterstützen und wiederaufzubauen und um grundlegende Gesundheitsdienste für bestimmte Gruppen sicherzustellen. Außerdem wächst das Bewußtsein darüber, daß Gesundheit ein wirkungsvoller Faktor sein kann, um den Dialog und die Wiedervereinigung zu fördern und um Frieden zu schaffen und zu fördern. In dieser Hinsicht wurden beispielsweise in jüngster Zeit wertvolle Erfahrungen in Bosnien-Herzegowina gewonnen.

Diese Tätigkeiten konzentrieren sich zwar auf die Unterstützung einzelner Länder, doch sind hier bestimmte regionale Ansätze zur Katastrophenvorsorge und Notfallhilfe nötig. Dazu gehört: die Abstimmung mit anderen internationalen Organisationen (insbesondere der Internationalen Atomenergieorganisation, IAEA) in bezug auf nukleare Störfälle und Chemieunfälle; eine Perspektive für die Politik und Umsetzung in Einklang mit den globalen Grundsatzprogrammen der WHO und im Einvernehmen mit anderen internationalen Organisationen sowie die Koordination mit anderen humanitären Hilfsorganisationen der Vereinten Nationen in bezug auf die Bedarfseinschätzung und weltweite Mobilisierung von Ressourcen.

Kapitel 5

Multisektorale Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit

Ziel 10 – Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt

Ziel 11 – Gesünder leben

Ziel 12 – Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden

Ziel 13 – Settings zur Förderung der Gesundheit

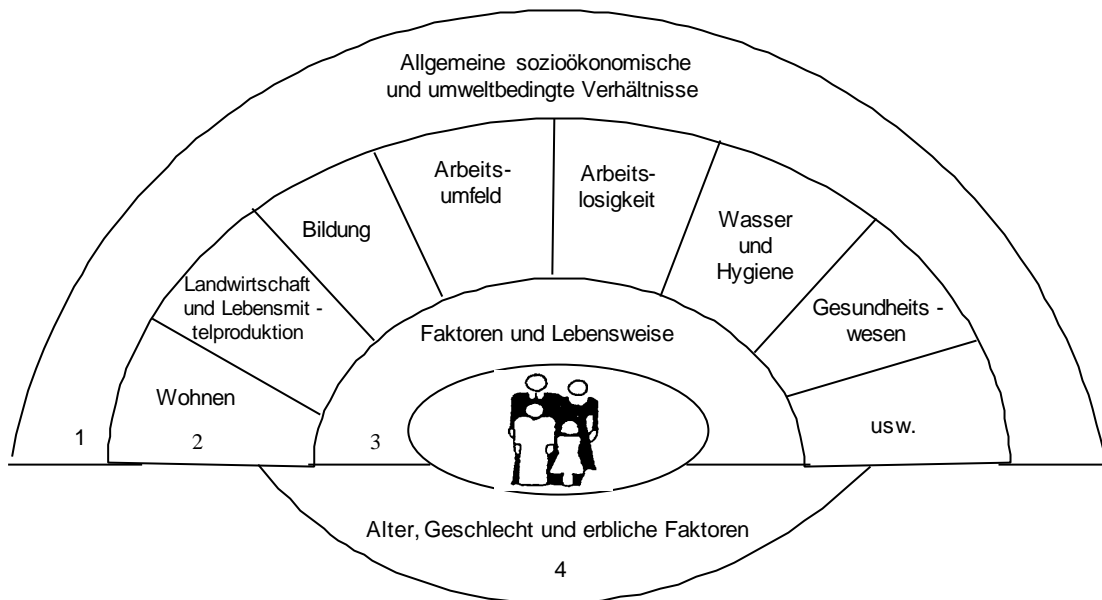
Ziel 14 – Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

Gesundheit bestimmt sich durch die biologische Veranlagung des einzelnen Menschen und durch Aktivitäten, in die die meisten Sektoren unserer Gesellschaft eingebunden sind, ist aber auch das Resultat individueller und kollektiver Entscheidungen und des individuellen und kollektiven Handelns der Bevölkerung insgesamt. Die Wahl, die Menschen treffen, wird durch externe Faktoren gesteuert – dazu zählen ihre biologische und genetische Struktur, die natürliche Umwelt, die sozioökonomischen Gegebenheiten und Lebensbedingungen, aber auch verschiedene politische und kulturelle Umstände, außerdem aber wird ihre Wahl aber auch dadurch bestimmt, inwieweit sie zum selbstbestimmten Handeln befähigt worden sind und die Kompetenz entwickelt haben, individuelle, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen. Abb. 5 unten zeigt ein Rahmenkonzept für die Analyse der verschiedenen Determinanten und ihr Zusammenwirken bei der Schaffung von Gesundheit.

Wie in Kapitel 2 bereits dargelegt wurde, sind Unterschiede bei Einkommen und Zugang zu Bildung und Beschäftigung eng mit Unterschieden in Gesundheitszustand und Lebensqualität verbunden, und zwar sowohl im Vergleich zwischen einzelnen Ländern wie auch unter sozioökonomischen Gruppierungen. In Kapitel 3 wurde weiterhin gezeigt, daß sozioökonomische Umstände allein nicht über den Gesundheitszustand entscheiden. Gesundheit entsteht aus der Wechselwirkung von gesundheitlichen Determinanten, Lebensereignissen und individuellen Entscheidungen. Arm sein heißt, daß die Menschen benachteiligt sind, wenn sie Entscheidungen treffen und mit belastenden

Lebensereignissen fertig werden müssen. Kapitel 4 konzentrierte sich auf die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und ihre „unmittelbaren Risikofaktoren“.

Abb. 5: Die wichtigsten Determinanten der Gesundheit



Quelle: aus Dahlgren, G. & Whitehead, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.

Das vorliegende Kapitel bietet die konzeptionelle Grundlage für die Beschäftigung mit der biologischen Veranlagung für Gesundheit und mit multisektoralen Maßnahmen zur Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit und Entwicklung, indem:

- es die natürlichen und sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit aufgreift,
- es den Menschen einfacher macht, gesunde Entscheidungen zu treffen,
- den einzelnen Menschen, die Gemeinschaft im Nahbereich sowie private und freiwillige Organisationen in unterschiedlichen gesundheitlichen Settings, z. B. Zuhause, Arbeitsplatz, Schule und Stadt, zum selbstbestimmten Handeln befähigt, und
- alle Sektoren dazu anregt, festzustellen, wie man durch gesundheitliche und wirtschaftliche Entwicklung gewinnen könnte, und eine solche Entwicklung anzustreben.

5.1 Die biologische Grundlage von Gesundheit

Die atemberaubende und schnell um sich greifende Technologie der „neuen Genetik“ kann die Art und Weise, wie wir Prävention von Krankheit und den Umgang mit Krankheiten begreifen, potentiell revolutionieren, sie bringt allerdings auch erhebliche moralische und ethische Dilemmata mit sich. Das menschliche Genom leistet neben Lebensweise, Umwelt und Gesundheitsversorgung einen der wichtigsten Beiträge zur Gesundheit. Die genetischen Determinanten von Gesundheit äußern sich tendenziell am stärksten in den frühen und mittleren Lebensjahren. Sie tragen stark zur Mortalität unter Säuglingen und Kindern, zu chronischer Morbidität und dem vorzeitigen Einsetzen weitverbreiteter Störungen bei. Der verbesserte Wissensstand über die während des Lebens für Krankheit und Tod verantwortlichen genetischen Faktoren unterstreicht die Bedeutung eingehender Diskussionen über die ethischen Aspekte dieses Problems. Die Schlußfolgerungen aus dieser Ethik-Diskussion sollten dann die Grundlage für eine europäische Strategie bilden.

Genetische Faktoren tragen wie gesagt erheblich zur Mortalität im Säuglings- und Kindesalter bei. Mit einer durchschnittlichen Geburtsprävalenz von etwa 40 pro 1000 Lebendgeburten wird in Europa jährlich etwa eine halbe Million Kinder mit schweren kongenitalen oder genetischen Störungen geboren, und mit einer Mortalitätsziffer von 2,5 pro 1000 Lebendgeburten lassen sich mindestens 25% der Säuglingssterblichkeit in den westeuropäischen Ländern auf kongenitale oder genetische Störungen zurückführen. Um diese Ziffer weiter zu verringern, braucht man Strategien, die für den Umgang mit und die Prävention von solchen Störungen genetisches Wissen ausnutzen.

Die „neue Genetik“ kombiniert modernste Molekularbiologie mit dem durch die genetische Forschung gewonnenen Wissen über die erbliche Veranlagung des Menschen. Die Lokalisierung eines Gens auf einem Chromosom und die Ermittlung seiner DNA-Sequenz sind wichtige Schritte zur Entwicklung von diagnostischen Tests für alle, die eine defekte Kopie dieses Gens haben könnten. Die „neue Genetik“ bringt diese Entwicklung voran, indem sie das Wissen über normale Genfunktionen verbessert und zugleich auf molekularer Ebene die Mechanismen aufdeckt, durch die ganz oder teilweise defekte Gene Krankheiten verursachen.

Bisher konzentrierte sich die Forschung auf schwere monogenetische erbliche Störungen wie zystische Fibrose, Sichelzellen-Thalassämie und Huntington chorea. Inzwischen wurden die meisten der dafür wichtigen Gene gefunden, und mit direkten Testverfahren lassen sich die an vielen dieser monogenetischen Störungen beteiligten spezifischen Mutationen ermitteln.

Mittlerweile wendet man sich den spezifischen, an den verbreiteten Krankheiten der späteren Lebensjahre beteiligten Genen zu. Hier nehmen sich die erblichen Strukturen weniger deutlich aus, möglicherweise sind mehrere Gene daran beteiligt, und auch Umweltfaktoren könnten eine größere Rolle spielen. Zu diesen Krankheiten zählen Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Schizophrenie und die Alzheimer-Krankheit.

Zur Zeit ist der Zugang zu den beiden Elementen der genetischen Beratung in der Europäischen Region eindeutig ungerecht verteilt. Es handelt sich dabei um folgende:

- einen klinischen Beratungsdienst, der dem einzelnen Klienten und ganzen Familien im Nahbereich Diagnose, Beratung und Unterstützung anbietet. Das klinische Team wird normalerweise von einem Spezialisten geleitet, wobei die Mitarbeiter dafür zuständig sind, die Leistungserbringung am Ort zu koordinieren; und
- Labordienste, die auch die zytogenetische und die Molekularanalyse (DNA-Analyse) umfassen.

Forschung und Entwicklung bieten in drei Hauptbereichen Möglichkeiten für weitere klinische Fortschritte:

- Reihenuntersuchungen und Tests. Innerhalb der nächsten 5–10 Jahre wird man eine zunehmende Zahl von Tests für monogenetische Störungen und genetische Anlagen entwickeln, weshalb u. U. auch die Reihenuntersuchungen für die Bevölkerung zunehmen werden. Die Untersuchungen asymptomatischer Personen auf Anlagen für verbreitete Störungen werden Möglichkeiten bieten, durch eine entsprechende Anpassung der Lebensweise Risiken zu minimieren. Zu diesen Tests zählen vielleicht auch Verfahren, mit denen man noch vor dem Auftreten von Symptomen Risiken erkennen und somit Frühinterventionen vornehmen kann.
- Symptomtests. Genetische Tests werden bei bereits aufgetretenen Symptomen immer häufiger zur äußerst genauen Bestätigung von Diagnosen benutzt werden.
- Innovative Behandlungsmöglichkeiten. Dazu würden zwei Arten von Intervention gehören:
 - Durch die Erhellung der molekularen Krankheitsprozesse wird es leichter, durch eine sinnvolle Planung der Arzneimittelgabe spezifische Ziele für eine wirksamere Behandlung festzulegen.
 - Theoretisch ist auch eine spezifische Gentherapie möglich, obwohl es hier noch einige Zeit dauern könnte, bis signifikante Fortschritte erzielt werden können.

Die Interventionsmaßnahmen stützten sich bisher auf die vorgeburtliche Diagnostik und implizierten somit auch die Schwierigkeiten, die ein nachfolgender Schwangerschaftsabbruch mit sich bringt. Künftig wird die Weiterentwicklung der Vorschwangerschaftsdiagnostik die genetische Beratung wahrscheinlich ethisch akzeptabler machen und den Menschen die Möglichkeit eröffnen, das Ergebnis einer Schwangerschaft von Anfang an zu steuern.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Diese „neue Genetik“ bietet die Möglichkeit, daß zu Beginn des 21. Jahrhunderts viele medizinische Fachdisziplin in Praxis und Forschung genetische Erkenntnisse nutzen werden. Das wiederum wird

erhebliche Konsequenzen für den Aufbau, die Personalausstattung und die Leistungserbringung der Gesundheitsdienste haben. Außerdem gilt es, eine Reihe von ethischen Dilemmata zu erörtern.

Eine gemeinsame europäische Strategie zur Weiterentwicklung einer sich auf GFA-Prinzipien stützenden genetischen Beratung würde es ermöglichen, ein gemeinsames internationales Konzept zu entwickeln und Sachkenntnis und Erfahrungen weiterzugeben. Alle Länder sollten ihren Bedarf an genetischer Beratung abschätzen und ein nationales Konzept für den Aufbau dieser Dienste entwickeln, das sich auf das Prinzip der Leistungsrationalisierung stützen sollte.

Bei der Entwicklung eines solchen Konzepts scheint es vor allem um fünf wichtige Problemkreise zu gehen:

- die mit dem Aufbau verschiedener Dienste verbundenen erheblichen ethischen Probleme müssen erörtert werden;
- das Bewußtsein für die Bedürfnisse der Bevölkerung, darunter die Bedürfnisse ethnischer Bevölkerungsgruppen, muß geschärft werden, die Öffentlichkeit muß in die Planung bedarfsgerechter Dienste einbezogen werden, und die Dienste müssen gegenüber den Präferenzen der Öffentlichkeit aufgeschlossen sein;
- die Gesundheitsfachkräfte müssen eine ausreichende Ausbildung erhalten;
- die Bevölkerung muß chancengleichen Zugang zur genetischen Beratung erhalten, u. a. zu qualitativ hochwertigen genetischen Tests auf der Ebene der Primärversorgung, wo auch Beratungsmöglichkeiten vorhanden sein müssen und die Überweisung an spezialisiertere Dienste erfolgen kann;
- die Qualität der Dienste muß verbessert werden.

Bei jeder genetischen Programmentwicklung sollte man sich auf diese vorrangigen Bereiche konzentrieren, die sich wesentlich auf die Gesundheit auswirken könnten. Dazu würden die in Europa am meisten verbreiteten kongenitalen und genetischen Störungen wie zystische Fibrose, Hämoglobinstörungen, schwere kongenitale Mißbildungen und Down-Syndrom, zählen. Die meisten monogenetischen Störungen sollten in laufende europäische Programme für die Gesundheit von Mutter und Kind und die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten aufgenommen werden.

Darüber hinaus könnte man Herz-Kreislauf-Krankheiten zur Auslotung der möglichen Auswirkungen genetischer Verfahren in der Gesundheitsförderung ausnutzen, da Herz-Kreislauf-Krankheiten für die Gesundheit in der Region große Bedeutung haben und mittlerweile neue Erkenntnisse über die Rolle genetischer Bestimmungsfaktoren für diese Gruppe von Störungen vorliegen.

Information wird ein Schlüsselfaktor sein. Man kann davon ausgehen, daß die „neue Genetik“ gut in den Rahmen der „Medizin des Informationszeitalters“ paßt, wo die Informationstechnologie den Verbraucher dazu befähigt, seine eigene Gesundheitsversorgung eigenverantwortlicher zu steuern,

was es den Gesundheitsfachkräften wiederum ermöglicht, eher in einer stützenden Funktion aufzutreten und das Schwergewicht statt auf die Behandlung von Krankheiten eher auf die Gesundheitsförderung zu legen.

In dieser Phase der raschen Entwicklung wird man sich mit verschiedenen ethischen Problemen auseinandersetzen müssen, und es wird wichtig sein, die ethischen, wissenschaftlichen und sozialen Implikationen der Genmanipulation, darunter der Klonverfahren, zu überwachen und einzuschätzen. Bei der Anwendung genetischen Wissens müssen die Prinzipien der ärztlichen Ethik, wie Achtung vor der Würde und Autonomie des Menschen und die Gerechtigkeit gebührend berücksichtigt werden. Die Prinzipien und der Inhalt der Konvention des Europarats zum Schutz der Menschenrechte und Würde des Menschen in bezug auf die Anwendung der Biologie und Medizin sowie deren Zusatzprotokoll über das Verbot des Klonens beim Menschen sind von großer Bedeutung und sollten überall befolgt werden.

Das Klonen von Zellen oder Genen kann für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten von großem klinischen Nutzen sein. Man sollte es allerdings nicht mit dem der Fortpflanzung dienenden Klonen verwechseln. Die somatische Zellgentherapie bei Krankheitsbildern ist ethisch mit jeder anderen Therapie vergleichbar, weshalb die Forschung in diesem vielversprechenden Bereich gefördert werden sollte. Die Keimzellen-Gentherapie, bei der die Absicht oder die Möglichkeit besteht, die an die nächste Generation weitergegebenen Gene zu verändern, sollte allerdings in absehbarer Zukunft nicht erlaubt sein.

Genetisches Screening und genetische Tests können in allen Ländern eine wirksame Hilfe für die gesundheitspolitische Planung sein, sie sollten jedoch nicht obligatorisch sein. Genetische Beratung sollte im Rahmen der örtlichen Möglichkeiten und der von der Bevölkerung vertretenen Überzeugungen verfügbar sein, dabei jedoch möglichst nicht als Zwang empfunden werden. Vertraulichkeit und nichtdiskriminatorische Nutzung genetischer Daten sollten geschützt werden, ggf. durch rechtliche Mittel.

Gebraucht wird eine Erklärung oder ein Praxiskodex zu den neuen ethischen Problemen, die sich aus der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Anwendung genetischer Erkenntnisse ergeben. Die WHO-Expertenberatungsgruppe für medizinische Genetik hat als Ausgangspunkt für eine solche Erklärung ein vorläufiges Statement vorgelegt (vgl. Dokument A51/6 Add.1 der Weltgesundheitsversammlung).

5.2 Natürliche und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit

Gesundheit und Wohlbefinden setzen eine saubere und harmonische Umwelt voraus, in der natürliche, physiologische, soziale und ästhetische Faktoren das ihnen zukommende Gewicht erhalten.

Die natürliche Umwelt sollte als Ressource für die Verbesserung der Lebensbedingungen und des Wohlbefindens gelten. Menschliche Gesundheit ist abhängig von Verfügbarkeit und Qualität von Nahrungsmitteln, Wasser, Luft und Wohnunterkünften. Man weiß zwar schon seit einiger Zeit, daß sich die natürliche Umwelt auf die Gesundheit auswirkt, in der Öffentlichkeit wächst das Bewußtsein für Umweltgefahren allerdings erst in den letzten Jahren. Teilweise wird das bewirkt durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die den Zusammenhang zwischen natürlicher Umwelt und Gesundheit nachweisen, teilweise aber auch durch die Zunahme neuer und potentiell gefährlicher Technologien. Grundsatzmaßnahmen, die nachweislich eine gesündere Umwelt fördern, umfassen allgemein gesprochen die Nutzung ressourceneffizienterer Techniken, die Einführung von Umweltsteuern, die Sensibilisierung von Verbrauchern durch Informationsmaterial und durch die Medien sowie die Unterstützung von NGOs als Instrumenten des Wandels.

Die Antwort auf die Frage, wie sich menschliche Tätigkeiten auf die Umwelt und damit künftig auch auf die Gesundheit der Menschen auswirken, ist immer noch mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. Die Befürworter globaler Maßnahmen vertreten die Ansicht, daß es weit besser sei, die eventuell durch Klimaveränderungen bewirkten Umweltschäden zu verhindern, als sich später mit Abhilfemaßnahmen zu versuchen, und zwar unabhängig davon, wie schnell und wie bald die Schäden eintreten könnten. Die Botschaft der 1992 in Rio de Janeiro, Brasilien, abgehaltenen Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung lautete, daß man zum Schutz der globalen Umwelt und zur Erreichung einer nachhaltigen Entwicklung einen grundlegenden politischen Wandel brauche.

Vor allem durch wissenschaftliche Erkenntnisse sind sich die Menschen der Auswirkungen sozioökonomischer Determinanten von Gesundheit stärker bewußt geworden. Das gilt für die direkten Auswirkungen wie für ihren Einfluß auf Gesundheitsverhalten und neuroendokrine Pfade. Mittlerweile ist wissenschaftlich weitgehend nachgewiesen, daß ärmere sozioökonomische Schichten häufiger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und eher zu gesundheitsschädlichen Verhaltensstrukturen neigen als reichere sozioökonomische Gruppierungen. Praktisch haben wir noch einen weiten Weg vor uns, bis wir ein für Gesundheit und Wohlbefinden förderliches sozioökonomisches Umfeld schaffen können und insbesondere imstande sind, die grundlegenden sozioökonomischen Krankheitsursachen zu bekämpfen (vgl. Ziel 2). In diesem Abschnitt werden einige der in der natürlichen und sozioökonomischen Umwelt vorhandenen gesundheitlichen Herausforderungen skizziert und Vorschläge dafür unterbreitet, wie man sie angehen könnte.

5.2.1 Natürliche Umwelt

Bei der strategischen Planung und Programmumsetzung muß darauf geachtet werden, eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits-, Umwelt- und Wirtschaftssektoren sicherzustellen, um die auf Schadstoffkonzentrationen zurückzuführenden Gesundheitsrisiken so gering wie möglich zu halten. Luft, Wasser und Boden müssen als Teil einer ganzheitlichen Umwelt gesehen werden, weshalb man es vermeiden sollte, Risiken einfach von einem Teil auf

den anderen zu verlagern. Eine Umweltschutzpolitik setzt Investitionen in allen Sektoren voraus, damit die institutionellen Strukturen, die menschlichen Ressourcen und die Qualifikationsverbesserungen geschaffen werden können, die erforderlich sind, um die Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden zu bekämpfen und spezifische Probleme wie Strahlung aufzugreifen.

Umweltgefahren verteilen sich weder geographisch noch gesellschaftlich gleichmäßig. Normalerweise leiden die Ärmsten am stärksten unter den Folgen der Umweltverschmutzung. Deshalb besteht ein starker Zusammenhang zwischen den Zielen, die Umweltverbesserungen anstreben und den Zielen, die den Abbau von Verteilungsungerechtigkeiten vorsehen.

Ein die gesamte Region umfassendes politisches Engagement für Maßnahmen im Bereich Umwelt und Gesundheit konnte durch die 1989 in Frankfurt verabschiedete Europäische Charta Umwelt und Gesundheit und mit der 1994 in Helsinki verabschiedeten Erklärung über Maßnahmen für Umwelt und Gesundheit in Europa erreicht werden. Dieses Engagement wird durch die Schaffung des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit abgestützt.

Im Ergebnis der Erklärung von Helsinki aus dem Jahre 1994 bieten der Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa sowie nationale und örtliche Aktionspläne der Region und ihren Mitgliedstaaten eine solide und umfassende fachliche Handlungsbasis. Die nationalen Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit (NEHAPs) enthalten eine kollektive Strategie zur Prävention und Bekämpfung von umweltbedingten Gesundheitsgefahren in Europa. Bis zum Juni 1998 arbeiteten über 90% der 51 europäischen Mitgliedstaaten der WHO an NEHAPs oder hatten bereits solche Pläne aufgestellt, wobei jedes Land seinen eigenen Plan mit eigenen prioritären Maßnahmen erarbeitet. Die WHO und ihre Partner arbeiten mit den Ländern daran, die Entwicklung voranzutreiben, sie geben methodische Ratschläge und unterstützen die Umsetzung der nationalen Aktionspläne. Zu dieser Zusammenarbeit gehört als wichtiger Teil, daß die Erfahrungen der Länder an andere weitergegeben werden.

Luft

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und dem Risiko einer Schädigung der Lungenfunktion, Atemwegserkrankungen und Sterbefällen aufgrund von Atemwegserkrankheiten. Etwa 30–40% der städtischen Bevölkerung der Region ist durchschnittlichen Luftschadstoffwerten ausgesetzt, die über den Leitlinien der WHO oder der EU liegen. Die weiträumige Exposition gegenüber Luftschadstoffen wie Schwefeldioxid, Schwebstäuben, Stickstoffoxiden und flüchtigen organischen Verbindungen hält in der Region an, was vor allem für den östlichen Teil gilt. Nahezu 90% der gesamten Schwefelemissionen stammen von Brennstoffen, in erster Linie aus dem Energiesektor. Die meisten Emissionen von Stickstoffoxiden und flüchtigen organischen Verbindungen haben ihre Ursache im Straßenverkehr. Diese Emissionen werden vor allem im östlichen Teil der Region wahrscheinlich noch zunehmen.

Saure Niederschläge, vor allem schwefel- und stickstoffhaltige Niederschläge, verursachen weiträumige Schäden an den natürlichen Ressourcen, die für Umwelt und Wirtschaft wichtig sind, z. B. an Wald, Boden und Gewässern. Die größten Gesundheitsgefahren für den Menschen gehen von der Bewegung von Metallen aus: Cadmium und Quecksilber gelangen aus dem Boden in die Nahrungskette, Blei und Kupfer dringen aus den kommunalen Wasserversorgungsleitungen ins Trinkwasser. Zu den gesundheitlichen Auswirkungen zählen Schädigungen des Nervensystems durch Quecksilber und Blei, Nierenschäden durch Cadmium und Leberschäden durch Kupfer. Ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem stellen auch die durch unterschiedliche Luftschadstoffe verursachten Allergien dar.

Trinkwasser und Abwasser

Akute Krankheitsausbrüche kommen in der ganzen Region als Folge einer mikrobiellen Kontamination des Trinkwassers (eine Ursache von Magendarmkrankheiten) oder durch die Belastung mit Nitraten (eine Ursache für Methämoglobinämie bei Kindern), Pestiziden oder anderen Chemikalien auf. Über 100 Millionen Menschen in der Region haben kein sauberes Leitungswasser. Durch Wasser übertragene Infektionen sind auf eine nicht ausreichende Abwasserbehandlung, auf Gülleleitungen, Betriebsstörungen bei der Abwasserbehandlung oder auf die Kontamination des Leitungsnetzes zurückzuführen. Gefährliche Umweltbelastungen durch Chemikalien gehen weitgehend auf Störfälle oder unzulänglich konstruierte Verteilungsnetze zurück.

An vielen Orten sind die Gewässer schwerwiegend durch Abfälle, darunter Metalle und Abwässer, belastet. In ländlichen Gebieten hat der langjährige, weitverbreitete Einsatz von Pestiziden und Nitraten in der Landwirtschaft Grundwasser und Flüsse verunreinigt und zu Eutrophierung geführt. Diese Probleme sind im östlichen Teil der Region nach wie vor größer. Die Belastung des Grundwassers und der Oberflächengewässer kann die Gesundheit der Menschen durch Verschlechterung der Qualität der Trinkwasservorräte beeinträchtigen. Wasser wird aber ebenfalls für die landwirtschaftliche Bewässerung, für Fischerei und Erholungszwecke benötigt. Deshalb ist es unerlässlich, den gesamten Wasserkreislauf zu schützen. In einigen südlichen Ländern stellt die Wasserknappheit ein großes Problem dar, hauptsächlich aufgrund einer schlechten Ressourcenbewirtschaftung in Zeiten wirtschaftlicher Expansion, wobei diese Knappheit durch Bewässerungsprojekte, Industrialisierung und zunehmenden Fremdenverkehr noch verschlimmert wird. Eine schlechte Bewirtschaftung der Wasservorräte und Managementversäumnisse sind sehr teuer. Einige Schäden können sogar irreversibel sein, z. B. bei Grundwasserverunreinigung oder zu starker Grundwasserabsenkung.

Im allgemeinen gilt, daß mehr Menschen sauberes Trinkwasser als Zugang zu einer bedarfsgerechten Abwasserbeseitigung und -behandlung haben. Wenn die Investitionen für die Abwasserbeseitigung nicht der Kapazität des Leitungsnetzes entsprechen, führt das zu einer gesundheitsschädlichen Belastung der Wasserressourcen, was wiederum die gesundheitlichen Vorteile von Investitionen in Wasserprojekte schmälert. Lecks in Trinkwassernetzen erhöhen den Bedarf an Wasser, belasten die Aufbereitungssysteme (was zu erneuter Kontamination führt) und verlocken zur Ausnutzung von qualitativ schlechteren Quellen. Schäden in schlecht gewarteten Verteilungsnetzen und Versorgungssperren können dazu führen, daß das Netz kontaminiert wird.

Festmüll

Gesundheitsgefahren bestehen immer dort, wo aufgrund fehlender oder unzulänglicher Abfallbeseitigungsmöglichkeiten und Entsorgungsanlagen Luft, Wasser, Nahrung oder Boden mikrobiell und chemisch belastet werden. Unkontrollierte gefährliche Abfälle, kontaminierte Industriegebiete und Leckagen aus Deponien bedeuten Vergiftungsgefahren und erfordern konzertiertes Handeln, um eine Belastung des Grundwassers oder der Nahrung mit Chemikalien aus verunreinigten Böden zu verhindern.

Das Festmüllaufkommen nimmt so schnell zu, daß es in einer Reihe von Ländern die vorhandenen Kapazitäten für die Abfallbehandlung und -entsorgung überschreitet. Das durchschnittliche Abfallaufkommen liegt bei einem Kilogramm pro Tag und Kopf der Bevölkerung, eine Menge, die drastisch reduziert werden muß, wenn man eine nachhaltige und umweltgerechte Entwicklung erreichen will.

Strahlung

Die natürliche kosmische Strahlung und die Erdstrahlung tragen am stärksten zur durchschnittlichen Strahlenbelastung des Menschen bei. Radonkonzentrationen in Gebäuden über radonfreisetzendem Gestein tendieren dazu, sich zu verstärken, wenn aus Gründen der Energieeinsparung im Haus weniger gelüftet wird. Berufsbedingte Strahlenexpositionen kommen in der medizinischen Versorgung, in Kernkraftwerken und anderen Industriebereichen vor. Mit Ausnahme einiger Länder im östlichen Teil der Region verringert sich die durchschnittliche berufsbedingte jährliche Exposition allmählich auf ein Niveau, das dem der gesamten natürlichen Strahlendosis entspricht.

Die Strahlenexposition der Bevölkerung durch den Betrieb von Kernkraftanlagen liegt normalerweise um ein Mehrfaches unter der Gesamtdosis der natürlichen Strahlenexposition. Deshalb ist die aktuelle oder potentielle Strahlenbelastung in erster Linie ein Problem der Sicherheit von Kernkraftwerken, der Verbreitung von Nuklearmaterial und der sicheren Entsorgung oder Lagerung des Atommülls. Aufgrund des zunehmenden Risikobewußtseins, der verstärkten Anteilnahme der Bevölkerung an diesen Fragen und der gestiegenen Sicherheitsansprüche, geht die Kernkraftnutzung z. Z. in einer Reihe von Ländern zurück.

Es gibt zwei Kategorien von Strahlenunfällen: großräumige Störfälle, bei denen über weite Gebiete radioaktives Material freigesetzt wird, und Leckagen aus intakten Einrichtungen. Der bisher größte Strahlenunfall, der sich in der Europäischen Region ereignet hat, war der Reaktorunfall von Tschernobyl in der Ukraine im Jahr 1986. Dieser Unfall führte zur weiträumigen Verbreitung von radioaktivem Material, was wiederum eine erhebliche Kontaminierung der Nahrungsmittel zur Folge hatte. Außerdem kam es zu einem steilen Anstieg der Fälle von Schilddrüsenkrebs. Zahlreiche Menschen leiden immer noch unter andauerndem und ernsthaftem psychosozialen Streß, und außerdem verursachte der Unfall erhebliche Kosten im Zusammenhang mit der Schadensbegrenzung und den Aufräumarbeiten in der Reaktoranlage und der unmittelbaren Umgebung sowie durch die Tatsache, daß der kontaminierte Boden auf lange Zeit hinaus nicht nutzbar ist.

Die möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch eine Exposition gegenüber der durch die Elektronik- und Telekommunikationsindustrie emittierten nichtionisierenden Strahlung werden gegenwärtig heftig diskutiert. Man hat diese Strahlung zwar mit einem leicht erhöhten gesundheitlichen Risiko assoziiert, bisher liegen jedoch noch keine gesicherten Erkenntnisse über den Grad der Gefährdung und etwaige kausale Zusammenhänge vor.

Die Exposition gegenüber ultravioletten Strahlen erhöht das Hautkrebsrisiko. Mit wachsendem Reise- und Fremdenverkehr und dem Abbau der Ozonschicht sind diese Krebsformen häufiger geworden.

ZIEL 10 – EINE GESUNDE UND SICHERE NATÜRLICHE UMWELT

BIS ZUM JAHR 2015 SOLLTE DIE BEVÖLKERUNG DER REGION IN EINER MEHR SICHERHEIT BIETENDEN NATÜRLICHEN UMWELT LEBEN, IN DER DIE EXPOSITION GEGENÜBER GESUNDHEITSGEFÄHRDENDEN SCHADSTOFFEN DIE INTERNATIONAL VEREINBARTEN STANDARDS NICHT ÜBERSTEIGT.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 10.1 Die Exposition der Bevölkerung gegenüber gesundheitsgefährdenden physikalischen, mikrobiellen und chemischen Schadstoffen im Wasser, in der Luft, im Abfall und Boden sollte wesentlich verringert werden, entsprechend den in nationalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit vorgesehenen Zeitplänen und Verringerungsraten.
- 10.2 Die Bevölkerung sollte universellen Zugang zu Trinkwasser in ausreichender Menge und von einwandfreier Qualität haben.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Luft

Das individuelle und kollektive Verhalten der Verbraucher und die Produktionssmethoden müssen sich ändern, wenn die Luftgüte verbessert werden soll. Alle Mitgliedstaaten müssen sicherstellen, daß Standards und Leitlinien wissenschaftlich erhärtet sind. Die Luftgütenormen sollten so festgesetzt und Emissionswerte so geregelt werden, daß sie den WHO- und EU-Luftgüteleitlinien entsprechen. Mit der Einführung von Emissionsabgaben oder -steuern zur Reduzierung der Schadstoffemissionen kann man steuerpolitische Maßnahmen greifen lassen. Man sollte die besten zur Verfügung stehenden Techniken benutzen und zur Verringerung der Schadstoffemissionen auch neue Technologien entwickeln. Diese Strategien sollten auch berücksichtigen, wie sich Straßenverkehr, Energieproduktion, Industrie, Landwirtschaft und Haushalte auf die Luftgüte auswirken. Besonders Augenmerk sollte man dabei auf den Verkehrssektor richten.

Trinkwasser und Abwasser

Politische Maßnahmen zum Schutz der Oberflächengewässer und der Wasserquellen beinhalten: die Einführung gesetzlicher Bestimmungen (vor allem die Umsetzung von EU-Richtlinien über die Einleitung von Nitraten), Infrastrukturinvestitionen, insbesondere in Abwasserentsorgungs- und -aufbereitungsanlagen, kommunale Abwasseraufbereitung, Maßnahmen zum Schutz der Wasserquellen vor landwirtschaftlichen, kommunalen und industriellen Abfällen, steuerpolitische Maßnahmen zur Bekämpfung der Verschmutzung durch Abgaben auf bestimmte Produkte oder Steuern auf Düngemittel und Pestizide sowie Emissionsabgaben oder Abfallsteuern.

Die Versorgung mit ausreichenden Mengen von hygienisch einwandfreiem Trinkwasser läßt sich erreichen, wenn man die auf den WHO-Leitlinien zur Wassergüte basierenden Standards einhält, in die Versorgungsnetze investiert und für Kostendeckung sorgt. Für die Wasserwirtschaft ist ein allgemeines Wassergesetz bzw. eine entsprechende Durchführungsverordnung erforderlich, um sicherzustellen, daß die verschiedenen Aspekte umfassende Berücksichtigung finden. Auf der Dritten Europakonferenz Umwelt und Gesundheit (London, 1999) wird den Delegierten zur Billigung ein Wasserübereinkommen für die Region vorgelegt.

SAUBERES TRINKWASSER DURCH AUSNUTZUNG DER NATURGEBEBENEN MÖGLICHKEITEN

Bis vor kurzem reichten die natürlichen Reinigungssysteme des Wassereinzugsgebiets, aus dem die New Yorker ihr Wasser holen, aus, um das Wasser den vorgeschriebenen Standards entsprechend zu reinigen. Doch Abwässer, Düngemittel und Pestizide im Boden haben die Wirksamkeit dieses Prozesses inzwischen so verringert, daß die Wasserqualität den vorgeschriebenen Standards nicht mehr entspricht. Die Stadt sah sich vor die Wahl gestellt, mit Ausgaben von 1–1,5 Milliarden US-Dollar das Wassereinzugsgebiet zu sanieren oder für 6–8 Milliarden US-Dollar eine neue Reinigungsanlage zu bauen. Es war also eindeutig eine billigere Investition, im Wassereinzugsgebiet und angrenzend dazu Boden aufzuklären, um die Bodennutzung Restriktionen unterwerfen zu können, und die Verbesserung von Abwasseraufbereitungsanlagen zu subventionieren, als eine völlig neue Anlage zu bauen. Auf diese Weise tat man nicht nur etwas für den Schutz der Gesundheit, sondern sparte auch Geld und konnte ein Ökosystem erhalten.

Quelle: Chichilnisky, G. & Heal, G. Economic returns from the biosphere. *Nature*, **391**: 629–630 (1998).

Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sind öffentliche, für die Gesundheit und das Wohlbefinden der einzelnen Menschen und ganzer Gemeinschaften unverzichtbare Dienstleistungen. Nicht ausreichende Investitionen in die entsprechenden Anlagen und schlechtes Management führen nicht nur zur Vergeudung von Geldern, sondern auch zu Gesundheits- und Umweltdefiziten. In der gesamten Region, vor allem aber im östlichen Teil, muß erheblich mehr investiert werden, um die Versorgung mit hygienisch einwandfreiem Trinkwasser auszuweiten und neue Abwasserauffang- und -aufbereitungsanlagen zu bauen. Diese Investitionen sind nicht nur zum Nutzen der Länder selbst, sondern auch zum Schutz der internationalen Wasserläufe und Binnenseen erforderlich.

Die Finanzierung der Infrastruktur ließe sich durch Anschlußgebühren, allgemeine Nutzungsabgaben und Spitzenzeitengebühren erreichen, womit man auch eine effiziente Nutzung fördern und die Kostendeckung einkalkulieren würde.

Grundwasser ist besonders wichtig, weil es im Naturzustand für gewöhnlich eine relativ gute Qualität besitzt und Verschmutzung und zu starke Wasserentnahme oft langfristige Konsequenzen haben. Die Behandlung und Wiederverwendung von Abwasser ist im allgemeinen einfacher, wenn industrielle von kommunalen Abwässern getrennt werden. Die Wiederverwendung von aufbereitetem Abwasser trägt zur Schonung der primären Wasservorräte bei. Außerdem müssen die verschiedenen kommunalen Sektoren, z. B. Landwirtschaft und Raumplanung, zusammenarbeiten, um die Sicherheit der Trinkwasserressourcen sicherzustellen.

Festmüll

Abfall wird gegenwärtig größtenteils in Deponien gelagert. Durch technische Verbesserungen sollte diese Entsorgungsmethode auf ein Mindestmaß reduziert und durch Verbrennung, Kompostierung und Recycling ersetzt werden, die in städtischen und ländlichen Gebieten nur zu geringen Umweltschäden oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Das individuelle und kollektive Verhalten muß sich umfassend und grundlegend ändern, wenn das Abfallaufkommen verringert und die Abfallhandhabung verbessert werden sollen.

Nationale und kommunale Maßnahmen sollten das Abfallaufkommen regeln und für die Handhabung von Abfällen die bestmögliche Technik vorschreiben. Außerdem sollten stringente steuerpolitische Mechanismen, wie beispielsweise Deponiesteuern, dafür sorgen, daß sich das Abfallaufkommen verringert und Recycling sowie Kostendeckung gefördert werden. Man sollte zu einer verbesserten Steuerung der Aufbereitung von Industrieabfällen und zu einer umfassenden Handhabung von kommunalem Festmüll anhalten, beispielsweise indem man Wiederverwendung und Recycling finanziell attraktiv macht.

Internationale Maßnahmen sind erforderlich, um den illegalen oder nicht sachdienlichen Handel mit Abfällen unter den Ländern zu unterbinden.

FÄLLE DER UMSTRITTENEN GRENZÜBERSCHREITENDEN VERBRINGUNG VON GEFÄHRLICHEN ABFÄLLEN

Die internationale nichtstaatliche Organisation Greenpeace überwacht die grenzüberschreitende Verbringung von gefährlichen Abfällen weltweit seit 1986. Bei einigen Transporten werden die einzelstaatlichen Bestimmungen und internationale Übereinkommen über die grenzüberschreitende Verbringung von gefährlichen Abfällen mißachtet. Ein Großteil der Transporte findet seinen Weg durch die Vorschriften, weil Recycling versprochen wird, während in Wirklichkeit der Abfall nur aus den Erzeugerländern in Länder mit weniger Vorschriften und billigeren Entsorgungsmöglichkeiten verbracht wird. Dieser Situation sollte das Übereinkommen von Basel jetzt abhelfen.

Quelle: Stannes, D. & Bourdeau, P. ed. *Europe's environment – the Dobroš assessment* Kopenhagen, Europäische Umweltagentur, 1995.

Strahlung

Sicherheitsstandards für Kernkraftanlagen bestehen zwar bereits, sie müssen jedoch in der gesamten Region besser durchgesetzt werden, und zwar mit Hilfe der besten zur Verfügung stehenden Technik und unterstützt durch europäische Solidarität und ausgebaute Informationsnetze sowie eine verbesserte fachliche Qualifizierung auf nationaler und örtlicher Ebene. Die mittelfristige Nutzung der Kernkraft unter Einhaltung der höchsten Sicherheitsstandards und mit Unterstützung der Öffentlichkeit sollte im Lichte der Bemühungen gesehen werden, die Luftverschmutzung durch fossile Brennstoffe zu reduzieren, bis erneuerbare Energiequellen erschlossen worden sind. Die Öffentlichkeit sollte umfassend über Katastrophenpläne und Katastrophenschutz informiert werden.

Um die Kommunikation zwischen den Mitgliedstaaten und innerhalb der Mitgliedstaaten und den einschlägigen internationalen Organen, wie der Internationalen Atomenergieorganisation und dem globalen REMPAN-Netz (Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance Network) der WHO, zu verbessern, hat die WHO ein mit einer nationalen Expertenstelle verbundenes Projektbüro eingerichtet, um die Schutz- und Reaktionskapazität in diesem Bereich weiter zu vergrößern.

Für die Auswertung von neueren Untersuchungen über die gesundheitlichen Auswirkungen nichtionisierender Strahlung und die Ermittlung von Bereichen, die noch genauer untersucht werden müssen, braucht man neue Forschungsinitiativen. Die Entwicklung von emissionsärmeren Technologien sollte verfolgt und gefördert werden.

In vielen Ländern sind bessere Bauvorschriften und Bauanleitungen nötig, um die Radonkonzentrationen in Neubauten gering zu halten. Eine striktere Einhaltung von Sicherheitsstandards und Investitionen in sichere neue Techniken sollten die berufsbedingte Strahlenexposition gesundheitlicher Leistungserbringer, aber auch die Strahlenexposition ihrer Patienten verringern.

5.2.2 Soziale und wirtschaftliche Determinanten von Gesundheit

Gesundheit ist stark von den sozioökonomischen Umständen abhängig, und das gilt sogar für die wohlhabendsten Gesellschaften, d. h. der Gesundheitszustand einer Bevölkerung reagiert auf sozioökonomische Politik und Maßnahmen. Zu den wichtigsten Bestimmungsfaktoren zählen Einkommen, Ausbildung und Beschäftigung. Einige Wissenschaftler schreiben über die Hälfte aller Krankheiten diesen zugrunde liegenden Determinanten zu. Selbst in den Ländern mit niedrigem Einkommen läßt sich der Gesundheitszustand verbessern, wenn man diese Faktoren angeht. Die zeitlichen Veränderungen im Gesundheitszustand benachteiligter Gruppen sind ein aussagefähiger Indikator für die Beurteilung des Erfolgs einer sozioökonomischen Politik.

GESUNDHEIT BILLIG VERBESSERN: INVESTITION IN SOZIALE ENTWICKLUNG

Ein geringes Einkommen und finanzpolitische Engpässe brauchen kein Hindernis zu sein, wenn es darum geht, den Gesundheitszustand der Nation zu verbessern. Der Fall Sri Lanka, eines armen Landes in der Südostasiatischen Region, ist auch für europäische Länder lehrreich. Über Jahrzehnte hinweg verbesserte sich dort der Gesundheitszustand schneller als in einigen reicheren Nachbarländern, weil man in allen wichtigen Wirtschaftsbereichen einen Entwicklungsplan umsetzte und damit jede Familie erreichte. Kostenlose Ausbildung für beide Geschlechter, subventioniertes Wohnen, Versorgung mit sauberem Trinkwasser und Abwassernetze, verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung durch subventionierte öffentliche Verkehrsmittel und ein verbessertes Straßennetz sowie ein soziales Sicherheitsnetz für die Armen durch Einkommenstransfers und Lebensmittelsubventionen.

Quelle: Kumaratunga, C. *Improving health at low cost: lessons and challenges from Sri Lanka*. (Vortrag auf dem Seminar der Asian Development Bank über "Health in Developing Asia: Seizing the Opportunities", Genf, 28.–30. April 1998).

Einkommensverteilung

Das absolute Einkommensniveau bestimmt den mit Armut assoziierten beeinträchtigten Gesundheitszustand. Relative Einkommensunterschiede hängen, unabhängig von der Sozialschicht, mit dem Gefälle an beeinträchtigter Gesundheit und Mortalität zusammen, das sich durch alle Ebenen der sozialen Hierarchie hindurchzieht. Mit größeren Einkommensunterschieden erhöht sich auch das Krankheitsrisiko. Soziale Klassenunterschiede im Gesundheitsbereich kommen in allen Altersgruppen vor, wobei man in den schlechter gestellten sozioökonomischen Gruppen eine höhere Inzidenz von Frühgeburten und Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht, Herzkrankheiten und bei Erwachsenen bestimmte Krebsformen findet. Zu den Risikofaktoren zählt, daß die Mütter nicht stillen, daß geraucht wird, sich die Menschen zu wenig bewegen, daß sie übergewichtig sind, an Bluthochdruck leiden und sich schlecht ernähren, und alle diese Risikofaktoren konzentrieren sich in den schlechter gestellten sozioökonomischen Gruppen.

Die Einkommensverteilung ist nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für den sozialen Zusammenhalt wichtig. In Gesellschaften mit ausgeprägten Verteilungsungerechtigkeiten beim Einkommen findet man tendenziell auch mehr Gewaltverbrechen. Benachteiligung führt zu Streß und wirtschaftlicher Belastung, nimmt den Menschen die Fähigkeit, ihre Rollenfunktionen auszufüllen, und trägt zu einem beeinträchtigenden psychologischen Gesundheitszustand bei. Diese Verteilungsungerechtigkeit muß jedoch auch unter der breiteren Perspektive gesehen werden, inwieweit soziale Güter (z. B. kostenlose Ausbildung) für niedrigere Einkommensgruppen zugänglich sind.

Gesellschaften mit sozialem Zusammenhalt sind Gesellschaften mit gut funktionierenden Institutionen und einer hoch entwickelten Zivilgesellschaft. Wenn man die Verteilungsungerechtigkeiten im Einkommen abbaut, können sich die Menschen in der Gesellschaft sozial vernetzt an gesellschaftlichen Aufgaben beteiligen, und zwar durch die unterschiedlichsten sozialen Organisationen, mit den unterschiedlichsten Zwecken und Tätigkeiten. Ein Gespür für moralische Gemeinschaft

und Gemeinsinn bleibt wichtig. Mit zunehmenden Verteilungsungerechtigkeiten vertieft sich die soziale Kluft.

Gesellschaften, die eine eher egalitär ausgerichtete Politik verfolgen, zeigen oft höhere wirtschaftliche Wachstumsraten und einen besseren Gesundheitszustand. Der Preis der Verteilungsungerechtigkeit wird für keinerlei wirtschaftlichen Nutzen gezahlt, belastet aber die gesamte Gesellschaft wirtschaftlich erheblich und verringert zugleich ihre Wettbewerbsfähigkeit.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

- Eine Politik, die eine gerechtere Verteilung von Einkommen und Wohlstand sicherstellen soll, wie das z. B. durch progressive Steuersysteme angestrebt wird, ist ein wichtiges Element, und zwar ebenso wie Sozialleistungen für spezifische Altersgruppen oder Familien mit niedrigem Einkommen. Wenn man dafür sorgt, daß neu gegründete Familien mit niedrigem Einkommen mehr erhalten, führt das nachweislich zu einem höheren Geburtsgewicht bei Neugeborenen.

GEBURTSGEWICHT UND EINKOMMEN

Ein niedriges Geburtsgewicht ist ein Marker für den Deprivationsindex und repräsentiert akkumulierte Risikofaktoren. Selbst innerhalb der gleichen Sozialschicht haben Menschen mit verringertem Geburtsgewicht im Vergleich zu anderen ein erhöhtes Krankheitsrisiko, u. a. laufen sie als Erwachsene eher Gefahr, an koronarer Herzkrankheit zu sterben und psychisch krank zu werden. Ein Zusammenhang besteht auch zwischen dem Geburtsgewicht und den späteren sozialen Umständen, u. a. zur beruflichen Sozialschicht, und das gilt für die gesamte Verteilungsskala des Geburtsgewichts von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. Ein randomisierter kontrollierter Versuch in den Vereinigten Staaten mit Schwangeren aus einkommensschwachen Familien, die im normalen Wohlfahrtssystem hängen blieben bzw. zusätzlich 50% Subventionen erhielten, zeigte, daß die Frauen, deren Einkommen subventioniert wurde, signifikant weniger Babys mit niedrigem Geburtsgewicht zur Welt brachten als die Frauen der Kontrollgruppe.

Quelle: Kehrer, B. & Wolin, C.M. Impact of income maintenance on low birth weight: evidence from the Gary experiment. *Journal of Human Resources*, 14(4): 434–462 (1979).

- Eine Politik zur Einkommensverteilung sollte durch andere Konzepte ergänzt werden, die kostenlose Gesundheitsversorgung und kostenlose Ausbildung garantieren und das Wohnen subventionieren. Beschäftigung und Sozialleistungen sind ebenfalls wichtige Faktoren, die dazu beitragen, Gesundheit zu verbessern und soziale Ausgrenzung zu verringern.
- Maßnahmen, die Solidarität, Bürgerbeteiligung und sozialen Zusammenhalt fördern, sowie pluralistische soziale und politische Netze können durch die Entwicklung gesunder Gemeinschaften ebenfalls zu einer besseren Gesundheit beitragen.

Beschäftigung

Während der letzten zehn Jahre hat die Arbeitslosigkeit in Europa neue Höhen erklommen – sie beträgt in der EU etwa 12%, liegt in den MOE-Ländern ungefähr auf der gleichen Höhe und in den UdSSR-Nachfolgestaaten bei etwa 6% (dort lagen die Ziffern am Ende der kommunistischen Ära sehr niedrig). Für die unmittelbare Zukunft prophezeien die Prognosen nur geringfügige Änderungen.¹²

Sowohl die Quantität wie die Qualität von Arbeit haben starken Einfluß auf zahlreiche gesundheitsbezogene Faktoren, darunter Einkommen, soziale Netze und Selbstachtung. Arbeitslosigkeit beeinträchtigt die psychische und physische Gesundheit und führt zu Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt. In einer Reihe von Ländern hat sich der Arbeitsmarkt gewandelt, sichere ungelernete oder angelernte Arbeitsplatzmöglichkeiten mit berufsbegleitender Ausbildung sind Arbeitsplätzen gewichen, die bereits eine weitgehende vorberufliche Ausbildung und Schulung voraussetzen, eine Entwicklung, die insbesondere die Jugendarbeitslosigkeit verstärkt hat.

Häufig wurde betont, welche Vorteile für das gesamtwirtschaftliche Wachstum und die wirtschaftliche Entwicklung ein flexiblerer Arbeitsmarkt biete, d. h. ein Arbeitsmarkt, der zum großen Teil aus Zeitarbeitsstellen besteht und auf dem ein höherer Anteil aller Arbeitskräfte mit Kurzzeitverträgen angestellt ist oder offiziell freiberuflich arbeitet. Eine solche Arbeitsplatzunsicherheit ist jedoch mit einem schlechteren Gesundheitszustand assoziiert. In die Schätzwerte für die Produktionskosten fließen allerdings nur selten die mit Arbeitsplatzunsicherheit verbundenen Verluste an Gesundheit und Lebensqualität ein.

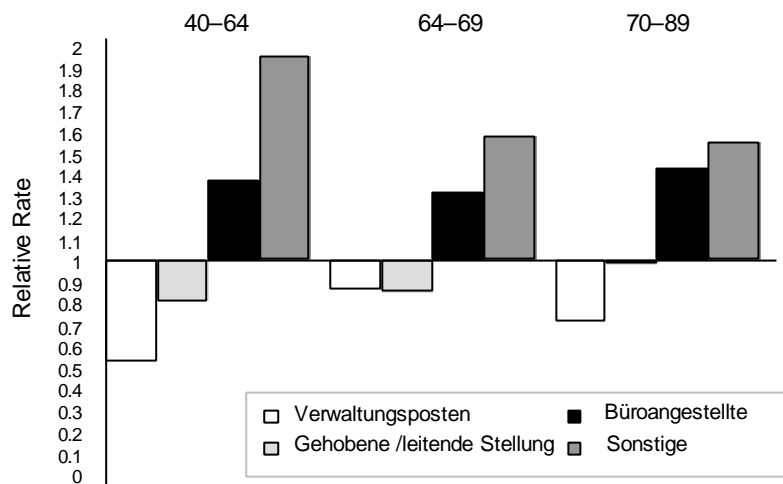
Deutlich assoziiert sind auch Beschäftigungsstatus und Mortalität und Morbidität, d. h. es besteht auch ein Zusammenhang mit den Krankheitsfehlraten. Diese Beziehung bleibt bestehen, auch wenn andere Faktoren, wie beispielsweise Bildungsstand und Art der Wohnunterkunft, berücksichtigt werden. Der Zusammenhang scheint sich dadurch erklären zu lassen, daß bei höherem Beschäftigungsstatus mehr eigenverantwortliche Arbeit, Anregung und Unterstützung zu finden sind. Beispielsweise hat man festgestellt, daß dem Arbeitsplatzgefälle im britischen öffentlichen Dienst von Whitehall ein anhaltendes Mortalitätsgefälle entspricht (vgl. Abb. 6).

Der Gesundheitssektor sollte sich zunächst selbst zum modellhaften Arbeitsumfeld machen. Trotz der Tatsache, daß in diesem Sektor ein großer Ausschnitt der Bevölkerung beschäftigt ist, wird die gesundheitliche Kluft unter verschiedenen Gruppen von den im Gesundheitssektor Beschäftigten nur selten angesprochen. Sie ist jedoch erheblich, wobei beispielsweise schlecht bezahltes Personal und Pflegehilfskräfte im Vergleich zu Ärzten ein mehrfach höheres Risiko für das Auftreten der meisten Krankheiten zeigen.

¹² *Economic survey of Europe 1998*, Genf, Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UN/ECE), 1998.

Wenn, wie das von mancher Seite vorausgesagt wird, die Jahre des Arbeitslebens künftig in eine kürzere Zeitspanne gepreßt werden, muß man neue Mittel und Wege finden, um die Menschen außerhalb ihrer Arbeit am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen, und dafür sorgen, daß sich mehr Menschen die vorhandene Arbeit teilen können.

Abb. 6: Mortalität aufgrund aller Ursachen nach Beschäftigungsstatus, Whitehall, Männer, 25-Jahre-Follow-up



Quelle: Marmot, M.G. & Shiple, M. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25-year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. *British medical journal*, **313**: 1177–1180 (1996).

STRATEGIEVORSCHLÄGE

- Sicherstellung ausreichender finanzieller und sozialer Stützsysteme für arbeitslose Gruppen;
- Förderung von Schulung und Beschäftigung, besonders für diejenigen, die in der Frühphase ihres Lebens unter weniger günstigen Bedingungen leben mußten;
- Investitionen in sichere Arbeitsplätze, um der Gesundheit und der Langzeitproduktivität zu nützen;
- Einbeziehung des Streßfaktors einer hohen Arbeitsbelastung und der Arbeitsplatzunsicherheit in volkswirtschaftliche Analysen, damit man ein besseres Bild der echten volkswirtschaftlichen Resultate erhält;
- flexible Vereinbarungen für das Teilen von Arbeitsplätzen;

- alternative Formen der Sozial- und Gemeindegarbeit, um langfristige strukturelle Arbeitslosigkeit zu vermeiden;
- Anpassung der Arbeitsmarktpolitik, um das Risiko der Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit zu verringern.

Bildung

Im Zusammenhang mit dem Bildungsstand zeigt sich ein ähnliches Mortalitäts- und Morbiditätsgefälle wie bei den Sozialschichten. Die materiellen und kulturellen Ressourcen der Familie haben großen Einfluß auf die intellektuelle Anregung und Förderung, die ein Kind erhält, und auch auf seinen späteren Bildungsstand. Bei den Ausbildungsqualifikationen zeigt sich ein starkes Sozialschichtengefälle. Kinder mit höherer Schulbildung, Fachschulausbildung oder Hochschulbildung haben wesentlich bessere Aussichten in bezug auf Gesundheit, Beruf und Einkommen. Außerdem ist der Bildungsstand für die Wahl einer gesunden Lebensweise äußerst bedeutsam. Eine weiterführende oder andere Form der Ausbildung fördert neues Denken, das wiederum die wirtschaftliche Entwicklung in Gang hält.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

- Pflege des engagierten elterlichen Interesses an Ausbildungsfragen;
- Vorschulerziehung, die dazu beitragen soll, den Teufelskreis der Benachteiligung zu durchbrechen;
- weitere Verbesserungen des Bildungsniveaus und des Zugangs zu Bildung, vor allem für Frauen, aber auch für andere benachteiligte Gruppen;
- Zuweisung von wirtschaftlichen Ressourcen für Ausbildungsprogramme gemäß den Bedürfnissen der Klienten und der Forderung nach sozialer Chancengleichheit;
- Festlegung höherer Ausbildungsstandards und Sicherung von niedrigeren Klassenquotienten;
- Schulung von Lehrern und Schülern in gesundheitlichen Fragen.

BILDUNG – DEN KINDERN EINEN VORSPRUNG GEBEN

In den Industrieländern hat sich in den letzten Jahren der Schwerpunkt verschoben: Es geht jetzt nicht mehr so sehr darum, die Gesamtalphabetisierungsrate zu heben, sondern eher darum, die Bildungsnachteile zu bekämpfen, denen man ausgesetzt ist, wenn man in Armut aufwächst. Das bekannteste Programm dieser Art ist *Head Start*, das 1965 anließ und auf eine halbe Million Kinder in den ärmsten Gebieten der Vereinigten Staaten abzielte. Dreißig Jahre später läuft das Programm immer noch. Ein umfassendes Leistungsangebot umfaßt frühe Erziehung, Impfungen, ärztliche Check-ups, um Hör- und Sehfehler aufzuspüren, warme Hauptmahlzeiten sowie Sozialdienste und Elternberatung/-unterstützung für die Familien der Kinder.

Aus kontrollierten Studien wird deutlich, daß der Gesundheitszustand der an dem Programm beteiligten Kinder besser war als die Gesundheit der Kontrollgruppen, weil sie besser geimpft waren, besser ernährt wurden und ihre Zähne besser gepflegt wurden. Außerdem hatten sie besseren Zugang zu verschiedenen Leistungen und zeigten eine verbesserte Selbstachtung und bessere kognitive Fähigkeiten. Langfristige Resultate belegten, daß mehr dieser Kinder die Aufnahme in ein College schafften und weniger in Gefängnissen saßen. Außerdem gab es unter den Programmteilnehmern weniger Teenagerschwangerschaften als in den Kontrollgruppen.

Quelle: Benzval, M. et al., ed. *Tackling inequalities in health – an agenda for action*. London, King's Fund, 1995.

5.3 Gesunde Lebensweisen

Zuweilen geht man fälschlicherweise davon aus, man brauche den Menschen nur Informationen vorzusetzen, und sie wären dadurch bereits automatisch imstande, gesunde Entscheidungen zu treffen. Selbstverständlich sind mehr Wissen, Aufklärung und Gesundheitserziehung wichtig, nachweislich werden jedoch Entscheidungen für ein gesundheitsförderliches Verhalten – z. B., daß man sich dazu entschließt, gesund zu essen, sich ausreichend zu bewegen und im Sexualleben Vorsicht walten zu lassen, – oft durch die breitere natürliche, soziale, wirtschaftliche und kulturelle Umwelt behindert, die einen Einfluß auf die Entscheidung hat, die der einzelne Mensch, ganze Gruppen und örtliche Gemeinschaften treffen. Außerdem sind es oft die ärmsten Gruppen, die sich das schädlichste Gesundheitsverhalten zulegen, d. h. sie rauchen mehr, trinken mehr und nehmen mehr Drogen, da sie bei der Bewältigung der Probleme, die unzulängliches Einkommen, schlechte Ausbildung und Arbeitslosigkeit oder Arbeitsplatzunsicherheit bereiten, unter stärkerem Streß leiden.

Deshalb muß ein wichtiger Schwerpunkt in jedem Programm darauf liegen, diese Umweltfaktoren zu modifizieren, damit die gesunde Entscheidung leicht wird.

Da gesundheitliche Botschaften häufiger von den besser ausgebildeten und begünstigten Gruppen aufgenommen werden, könnte das die gesundheitlichen Unterschiede und die soziale Ausgrenzung schwacher Gruppen noch stärker akzentuieren. Eine besonders gezielte Gesundheitserziehung sowie Aufklärungsprogramme und die Qualifizierung benachteiligter Gruppen müssen deshalb die Grundvoraussetzung einer jeden erfolgreichen Initiative zur Förderung gesunder Lebensweisen bilden.

Aufklärung und Erziehung in bezug auf gesundheitliche Risiken befähigen den einzelnen Menschen besser dazu, sich bewußt für eine bestimmte Lebensweise zu entscheiden, daneben aber führen sie – z. B. beim Rauchen oder bei Alkohol am Steuer – mit der Zeit dazu, daß die Öffentlichkeit Grundsatzmaßnahmen zur Bekämpfung des Tabak- und Alkoholkonsums stärker unterstützt. Eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit kann den Wandel stark vorantreiben. Die Forderungen der Öffentlichkeit nach Freizeitmöglichkeiten, Fahrradwegen und besseren öffentlichen Verkehrsmitteln haben die Möglichkeiten einer aktiveren Lebensweise verbessert. Die durch die Gefahr von Umweltschäden bewirkte Sorge der Öffentlichkeit führte zu einer verstärkten Nachfrage nach sicheren und umweltfreundlichen Produkten. Wird diese Unterstützung beispielsweise in Verbrauchergruppen organisiert, können die Menschen mächtige Verbündete für die Gesundheit sein und die Kräfte, die sie bedrohen, abblocken.

Für das 21. Jahrhundert sollten die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO auf den breiten Erfahrungen und dem umfangreichen Wissen aufbauen, das man in den letzten 15 Jahren im Umgang mit dem Thema Lebensweise und gesundheitliche Probleme gewonnen hat. Es ist jetzt an der Zeit, ein breites Bündnis aus Mitgliedstaaten und Organisationen aufzubauen, um so die kritische Masse von Kräften zu schaffen, die in der gesamten Region konkrete Veränderungen in Richtung auf gesündere Lebensweisen bewirken kann.

5.3.1 Gesunde Entscheidungen und gesundes Verhalten

Gesunde Ernährung

Thematisch gehören zur gesunden Ernährung eine entsprechende Ernährungs- und Lebensmittelpolitik, gesicherte Lebensmittelversorgung, Lebensmittelsicherheit, die Vermeidung von Mikronährstoffmängeln sowie die Entscheidung für eine gesunde Kost und damit für die Gesundheit. Alle Mitgliedstaaten stellten sich 1992 auf der Internationalen Ernährungskonferenz hinter die Welterklärung und den Aktionsplan für Ernährung, die einen strategischen Rahmen für eine einzelstaatliche Lebensmittel- und Ernährungspolitik abgeben.

Eine gesicherte Lebensmittelversorgung bedeutet, daß Nahrungsmittel immer zur Verfügung stehen, daß sie allen zugänglich sind, daß sie vom Ernährungsstandpunkt her gesehen quantitativ und qualitativ ausreichen, abwechslungsreich sind und innerhalb einer bestimmten Kultur akzeptiert werden. Nach dem Zweiten Weltkrieg verfolgte man in Europa vorrangig das Ziel, eine gesicherte Lebensmittelversorgung zu schaffen, vor allem im Hinblick auf tierische Produkte wie Fleisch und Milch. Einige dieser Nachkriegskonzepte waren allerdings zu erfolgreich, in den 1980er Jahren hatten die EU-Länder nämlich massive Überschußlager von Butter, Fleisch und Milch aufgebaut. Diese Lebensmittelpolitik hatte nicht nur einen direkten Einfluß auf die Gesundheit, sondern auch auf die Umwelt in Europa.

Die Industrieländer sind heute von Epidemien betroffen, die durch erst kürzlich erkannte Krankheitsträger ausgelöst wurden. Zudem erfordern Kontamination, toxische Materialien, Pestizide,

Tieren verabreichte Medizin, landwirtschaftliche Chemikalien und der Einsatz von antimikrobiellen Stoffen im Futter ständige Wachsamkeit. Der globale Handel macht es schwieriger, diese Praxis und die damit verbundenen Krankheiten zu überwachen, weshalb man wahrscheinlich mehr Vorschriften braucht, um die Lebensmittelversorgung zu sichern und die Gesundheit zu schützen – wobei man allerdings darauf achten muß, diese Vorschriften nicht allzu kompliziert abzufassen.

Angesichts der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Verbindungen (Anti-Oxidantien, Flavonoiden und Phyto-Östrogenen), die beispielsweise Schutz vor der Entstehung von Herzkrankheiten und Krebs gewähren, nennt man diese Krankheiten zuweilen auch „Gemüse- und Obstmangelkrankheiten“. In manchen europäischen Ländern existieren unter bestimmten Umständen auch andere Nährstoffmängel: Jodmangelkrankheiten (IDDs) sind beispielsweise in Europa endemisch und betreffen mit wenigen Ausnahmen die Bevölkerung aller Mitgliedstaaten. Jodmangel ist die Hauptursache von verhinderbaren intellektuellen Schädigungen und verursacht darüber hinaus Kropf und Kretinismus. Die WHO hat sich das Ziel gesetzt, die IDDs weltweit bis zum Jahr 2000 zu eliminieren (Resolution WHA49.13). In einigen Ländern wird auch ein erhöhter Folatverzehr befürwortet, um die Prävalenz von Neugeborenen mit Neuralrohrdefekten zu verringern.

Eine Ernährung, die durch einen hohen Anteil an Vollfettmilchprodukten, fettigen Fleischsorten, Salz und zuckerhaltigen energiereichen Lebensmitteln gekennzeichnet ist, kann ein erhöhtes Risiko für nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs darstellen. Sie steht im Gegensatz zu der von der WHO empfohlenen hohen Zufuhr an Gemüse, Obst, Brot, Getreideprodukten und Hülsenfrüchten.

Ein überhöhtes Körpergewicht ist ein unabhängiger und zunehmend wichtiger Bestimmungsfaktor für Frühsterblichkeit. Es kann auf genetische Veranlagung zurückgehen, daneben aber auch durch eine hohe nahrungsbedingte Energiezufuhr (fett- und energiereiche Ernährung) und geringe körperliche Bewegung verursacht sein. Überhöhtes Körpergewicht und Fettleibigkeit sind weit verbreitet und nehmen in den meisten Ländern zu. Übergewicht und Fettleibigkeit sind inzwischen so häufig, daß sie vielerorts die bisher üblicheren Gesundheitsprobleme der Bevölkerung wie Unterernährung und Infektionskrankheiten als Ursache für Gesundheitsstörungen abgelöst haben. Die gesundheitlichen Folgen der Fettleibigkeit reichen vom erhöhten Risiko, vorzeitig – insbesondere an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einigen Krebsarten zu sterben – bis zu verschiedenen zwar nicht tödlichen, doch gesundheitsschädigenden Zuständen, die die Lebensqualität unmittelbar beeinträchtigen. Außerdem ist Fettleibigkeit ein wichtiger Risikofaktor für chronische nichtübertragbare Krankheiten (siehe Kapitel 4), beispielsweise Herz-Kreislaufkrankheit, Bluthochdruck und Schlaganfall, Diabetes mellitus (Typ 2 nicht insulinabhängig) und verschiedene Krebsarten. In vielen Industrieländern hat Fettleibigkeit auch diverse psychosoziale Folgen. 1997 wurde auf einer

WHO-Beratungstagung zum Thema Fettsucht eine Reihe von Empfehlungen für präventive Maßnahmen abgegeben.¹³

Bewegung

Zu den gesundheitlichen Gewinnen einer moderaten sportlichen Betätigung gehören eine bessere Stimmungslage und höhere Selbstachtung, ein verbessertes Aussehen und eine bessere Haltung sowie eine wesentliche Verringerung der Frühsterblichkeit, von Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Krankheiten, nicht insulinabhängigem Diabetes und Osteoporose. Aus einem nationalen Survey von 1990 ging hervor, daß nahezu ein Drittel aller Erwachsenen in England ein inaktives Leben lebt und dieser Anteil der Bevölkerung mit dem Alter zunimmt, eine äußerst bedenkliche Tatsache, die bewirken kann, daß die älteren Menschen, nicht zuletzt Frauen, die Mindestschwelle der für ein unabhängiges Leben benötigten Muskelstärke früher unterschreiten. Die Studie über das Gesundheitsverhalten von Schulkindern, die 19 Länder der Region umfaßt, ergab 1993–1994, daß zwischen 60% und 90% der 11–15jährigen Jungen und zwischen 40% und 80% der 11–15jährigen Mädchen nach eigenen Angaben zweimal oder häufiger pro Woche intensiv Sport betreiben.

Mit dem Trend zu einer verstärkt sitzenden Lebensweise wird sich das Risiko der körperlichen Inaktivität wahrscheinlich noch erhöhen. In einigen Ländern ist das Inaktivitätsniveau so hoch, daß man keine ausreichend Mikronährstoffe enthaltende Ernährung beibehalten kann, ohne daß diese zu Übergewicht führt.

Sexuelle Gesundheit

Sexuelle Beziehungen, die Ausdruck von Kommunikation, Liebe und menschlicher Bindung sind, machen einen wichtigen Aspekt des Erwachsenenlebens aus. Ein gesundes Sexualleben fördert Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen, kann aber auch ein Gesundheitsrisiko darstellen. Ein erheblicher Teil der gesamten Krankheitslast in der Region entsteht vermutlich durch unsicheren Sex; ein Beispiel dafür ist die derzeitige Syphilis-Epidemie in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, der Abbruch unerwünschter Schwangerschaften ein anderes. Der rasche mit Drogenmißbrauch verbundene Anstieg der HIV-Übertragung und die neue Epidemie der sexuell übertragbaren Krankheiten im östlichen Teil der Region erhöhen ebenfalls die Gefahr einer sexuell übertragenen HIV-Infektion. Ein sich änderndes Sexualverhalten, sich wandelnde Einstellungen, zunehmende Reisetätigkeit, Armut und Arbeitslosigkeit sowie Prostitution tragen alle zu dem raschen Anstieg der sexuell übertragbaren Krankheiten bei.

¹³ *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity, 3.–5. Juni, 1997.* Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998 (nicht veröffentlichtes Dokument WHO/NUT/NCD/98.1).

ZIEL 11: GESÜNDER LEBEN

BIS ZUM JAHR 2015 SOLLTEN SICH DIE MENSCHEN IN ALLEN GESELLSCHAFTSSCHICHTEN FÜR GESÜNDERE LEBENSGEWOHNHEITEN ENTSCHEIDEN HABEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 11.1 Das Gesundheitsbewußtsein sollte beispielsweise in bezug auf die Ernährung, körperliche Betätigung und Sexualität erheblich zunehmen.
- 11.2 Die Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von und der Zugang zu hygienisch einwandfreien und gesunden Nahrungsmitteln sollten beträchtlich verbessert werden.

STRATEGIEVORSCHLÄGE**Gesunde Ernährung**

Eine Lebensmittel- und Ernährungspolitik, die eine gesicherte Versorgung mit Getreideprodukten, Kartoffeln, Gemüse und Obst gewährleistet, ist wichtig für die Sicherstellung einer gesunden Ernährung. Die EU-Reform der gemeinsamen Landwirtschaftspolitik sollte durch Gesundheitsempfehlungen und Ernährungsleitlinien beeinflusst werden, da sich diese neue Landwirtschaftspolitik weitgehend auf den Lebensmittelverzehr in ganz Europa auswirken wird.

Mit Lebensmittelsicherheit und Ernährung befaßte Gesundheitswissenschaftler sollten verstärkt mit anderen Sektoren (z. B. Landwirtschaft, Lebensmittelindustrie, Großhandel, Einzelhandel und Verbrauchern) an der Entwicklung einer Lebensmittel- und Ernährungspolitik arbeiten. Außerdem sollten Spezialisten für Lebensmittelsicherheit und Ernährungswissenschaftler dazu angehalten werden, gemeinsam enger an der Aufstellung von gesundheitlichen Zielen im Rahmen einer sektorübergreifenden Lebensmittelpolitik zu arbeiten. Das wird immer wichtiger, da sich die Grenze zwischen Lebensmittelsicherheit und Ernährungspolitik aufgrund von Fertigprodukten, funktionalen und gentechnisch veränderten Lebensmitteln und speziellen Diät-Nahrungsmitteln sowie wegen des zunehmenden Gebrauchs von Lebensmittelzusatzstoffen immer stärker verwischt.

Die Verbraucher haben ein angestammtes Interesse daran, die Versorgung mit einwandfreien, umweltfreundlichen, qualitativ guten und ernährungsmäßig gesunden Lebensmitteln zu stützen. Damit bietet sich die Gelegenheit, stärkere gesundheitliche Bündnisse mit den das öffentliche Interesse vertretenden Gruppen im Umwelt- und Freiwilligensektor zu knüpfen. In einer 1996 in der gesamten EU durchgeführten Erhebung zeigte sich, daß die Öffentlichkeit Verbraucher- und Umweltschutzorganisationen für die glaubwürdigsten Informationsquellen hält. Die Öffentlichkeit muß genauere und aktuelle Informationen über Lebensmittel und Ernährungsfragen erhalten.

HEARTBEAT WALES

Das Anfang der 1980er Jahre angeregte Projekt sollte dazu beitragen, das Ausmaß der Herz-Kreislauf-Krankheiten in Wales zu verringern. Mit diesem Modell betrat man damals Neuland, und auch heute noch stellt es unter der Fülle von Tätigkeiten zur Verringerung der Risiken für Herz-Kreislauf-Krankheiten ein vorbildliches Praxismodell dar; inhaltlich ging es u. a. in zahlreichen Tätigkeiten darum, gesundes Essen zu fördern. Ein Beispiel mag das Vorgehen veranschaulichen. Um vom Produzenten bis zum Teller des Verbrauchers deutlich zu machen, daß Fleisch fettärmer sein sollte,

- wurden die Bauern angehalten, magere Tiere zu züchten;
- wurden die Schlachtereien angehalten, ihre Technik umzustellen und mehr Fett am Kadaver zu lassen;
- wurden die Fleischer angehalten, mehr Fett abzuschneiden und für magerer zugeschnittenes Fleisch einzutreten;
- wurde den Verbrauchern geraten, mageres Fleisch zu kaufen und es gesünder zuzubereiten.

Diese Bemühungen waren Teil einer umfassenden Strategie zur Gesundheitsförderung, die beispielsweise konzeptionelle Entwicklung, gemeindenaher Tätigkeiten und Überzeugungsarbeit einschloß und unterstützte von Partnern in der Privatindustrie, in nichtstaatlichen Organisationen und im öffentlichen Sektor umfaßte.

Quelle: Health Promotion Wales, Cardiff, 1998 .

Eine gesunde Kost

Erhebliche gesundheitliche Zugewinne lassen sich erzielen, wenn die Bevölkerung – vor allem arme Menschen – besseren Zugang zu einer Kost haben könnte, die reich an Gemüse, Obst, nichtraffinierten Getreideprodukten, Fisch und kleinen Mengen qualitativ guter Pflanzenöle sein sollte, so daß eine nährstoffreiche, fett- und kalorienarme Ernährung gewährleistet ist.

Die Verbraucherwahl läßt sich in unterschiedlichster Weise beeinflussen. Alle Glieder der Lebensmittelkette können Lebensmittel produzieren, die gesunde Eßgewohnheiten fördern, die ansprechend und vom Preis her wettbewerbsfähig sind und aktiv vermarktet werden. Auch mit der Preispolitik läßt sich eine gesunde Kost fördern. Im Familien- und Gemeinderahmen sollte man mit Erziehungsprogrammen einsetzen, die das Wissen und die Fertigkeiten vermitteln, gesunde Nahrungsmittel anzubauen, zu kaufen, zuzubereiten und zu essen, und dieses Programm sollte durch Vorschule, Schule und Erwachsenenbildung weitergeführt werden. Für Caterer, Erbringer von Gesundheitsversorgung und andere könnte man besondere Fortbildungsprogramme anbieten.

Jodmangelkrankheiten abzuwenden ist billig, einfach und immer erfolgreich, vorausgesetzt, man macht es konsequent und fortlaufend. Die Jodierung von Speisesalz ist die langfristige Lösung, vielleicht muß man sich anfänglich jedoch auf bestimmte Zielgruppen konzentrieren. Eine gut mit Jod versorgte Bevölkerung ist auch im Fall eines Kernkraftstörfalls, bei dem radioaktives Jod freigesetzt wird, besser geschützt.

PRÄVENTION VON JODMANGEL

Eine derzeit zur Verhütung von Jodmangel empfohlene Möglichkeit ist die generelle Salzzodierung. Eine Obergrenze von 6 g Salz pro Tag wird von der WHO empfohlen. In einigen Ländern – beispielsweise den skandinavischen Ländern und Großbritannien – wird der Jodbedarf der Bevölkerung hauptsächlich durch Milch und Milchprodukte gedeckt, da die Kühe dort jodiertes Futter erhalten. In den Niederlanden werden die Zentralbäckereien jodiertes Salz und in Island deckt die Bevölkerung ihren Jodbedarf hauptsächlich durch Fisch.

Quelle: Department of Health. *Dietary reference values for food energy and nutrients for the United Kingdom*. London, H.M. Stationery Office, 1991 (Report on Health and Social Subjects No. 41). *Report on the addition of essential micro-nutrients to food*. Den Haag, Niederländischer Rat für Nahrungsmittel und Ernährung, 1993.

EINE NACHHALTIGE PRODUKTION FÜR EINEN NACHHALTIGEN KONSUM – FOOD FUTURE 21 IN SCHWEDEN

Durch den Anbau und Verzehr der richtigen Nahrungsmittel kann das Krankheitsrisiko reduziert werden – gleichzeitig können auch eine nachhaltige Entwicklung sowie ein gesundheitsförderliches Umfeld gefördert werden. In einer Zukunftsstudie „Schweden im Jahr 2021“ wird beispielsweise unter anderem untersucht, welche Auswirkungen ein geringerer Verzehr von tierischen Nahrungsmitteln hat. In diesem Zusammenhang wurde eine Referenzgruppe gebildet, der ein breites Spektrum von Vertretern verschiedener Sektoren angehört, z. B. die Lebensmittelindustrie, Handelsunternehmen, Transportverbände und Verbraucher. Als Teil dieser Studie hat die schwedische nationale Ernährungsbehörde eine Kost mit einem (im Vergleich zu der gegenwärtig in Schweden üblichen Ernährungsweise) reduzierten Anteil tierischer Produkte und einem höheren Anteil von Lebensmitteln pflanzlichen Ursprungs erarbeitet. Diese Kost besteht zu einem Drittel aus tierischem Protein und zu zwei Dritteln aus pflanzlichem Protein und das Verhältnis von Protein, Fett und Kohlehydraten ist besser ausgewogen als bei der gegenwärtig üblichen schwedischen Kost. Fleisch und Milch werden teilweise durch mehr Hülsenfrüchte, Kartoffeln, Brot, Gemüse und Obst ersetzt (um genügend Protein zuzuführen, sollte mindestens einmal am Tag ein Gericht mit Hülsenfrüchten verzehrt werden). Dieses neue Beispiel aus Schweden enthält mehr Vitamin C und Ballaststoffe als die übliche Kost, doch trotz des höheren Anteils von Zink und Eisen könnte aufgrund der Tatsache, daß tierisches Protein die Aufnahme von Eisen stimuliert – vor allem für Frauen, Kinder und ältere Menschen – ein leicht erhöhtes Risiko eines Mineralmangels bestehen. Trotzdem wird dieses Experiment nützliche Erkenntnisse darüber liefern, inwieweit diese Empfehlungen gleichermaßen für Gesundheit und eine nachhaltige Umwelt kompatibel sind und einstimmige Zustimmung erhalten.

Lebensmittelsicherheit

Um die Verbraucher vor nicht einwandfreien Lebensmitteln zu schützen, hat sich das Schwergewicht der Lebensmittelgesetzgebung verlagert, und zwar von der Prüfung und Zertifizierung des Endprodukts auf die Risikoabschätzung und auf Programme zur Sicherung der Lebensmittelsicherheit (z. B. unter Ausnutzung der Methode der Analyse von Gefahren und des kritischen Kontrollpunkts (Hazard Analysis and Critical Control Point = HACCP)). International gesehen muß man an Lebensmittelgesetzgebung ebenfalls anders herangehen, d. h. „vertikale“ Standards für spezifische Lebensmittel aufgeben und statt dessen „horizontale“, für alle Lebensmittel geltende Regeln aufstellen. Die Etikettierung sollte umfassend, korrekt und in der Sprache des Landes, in dem das Produkt verkauft wird, abgefaßt sein. Der Welthandel macht es schwierig, Lebensmittelkontaminationen und -vergiftungen, wie beispielsweise die bovine spongiforme Enzephalitis (BSE) in nationalen Grenzen zu halten. Die meisten Länder

passen deshalb ihre nationale Gesetzgebung an die internationalen, von EU oder Codex Alimentarius erlassenen Richtlinien an, die von der Welthandelsorganisation (WTO) zur Erleichterung des globalen Handels umgesetzt werden. Unbedingt wichtig ist, daß Gesundheitswissenschaftler besser Bescheid wissen über die den weltweiten Handel mit Lebensmitteln betreffenden internationalen Vereinbarungen und daß sie vollgültig im WTO-Ausschuß für Hygiene- und Phytohygiene-Maßnahmen mitarbeiten. Nur wenn die Public-Health-Spezialisten der Bereiche Lebensmittelsicherheit und Ernährung sich an dieser Arbeit beteiligen, können sie darauf hoffen, die künftige Lebensmittelpolitik zu beeinflussen.

Catering

Es wird zunehmend wichtiger, daß man in allen Institutionen, darunter auch in den Einrichtungen des Gesundheitssektors, ein gesundes Essen anbietet und gesundes Essen fördert. Besonders relevant ist das in den Fällen, wo öffentliche Catering-Einrichtungen (Kommunalbehörden, Behörden- und Schulkantinen, Krankenhäuser, Essen auf Rädern, Militäreinrichtungen) immer mehr Mahlzeiten liefern.

Einzelhandel

Der Einzelhandel kann vielfach dazu beitragen, daß die Menschen leichteren Zugang zu einer gesunden Kost erhalten;

- er kann eine Fülle von frischen Gemüsen und Obst anbieten;
- er kann den Verbrauchern kleine, preislich vernünftige Portionen anbieten;
- er kann kleine Portionen von nicht verpacktem Gemüse und Obst anbieten, die sich kleine Haushalte leisten können;
- er kann einen kostenlosen Bus-Pendeldienst für Orte ohne Verkaufsstellen einrichten und für Behinderte Rollstühle und Gehhilfen zur Verfügung stellen;
- er kann für Gemüse und Obst Rabattmarken anbieten;
- er kann die Waren ins Haus liefern.

Körperliche Betätigung

Eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht man, wenn man sicherstellt, daß sich die Menschen an mindestens fünf Tagen der Woche wenigstens etwa 30 Minuten moderat intensiv bewegen, beispielsweise durch rasches Gehen. Am meisten erreicht man damit für Menschen mit sitzender Lebensweise, wenn diese häufiger gehen. Strategisch sollte man Verkehr, Erholung und Stadtentwicklung in Konzepte einbeziehen, mit denen man eine verstärkte körperliche Betätigung zu erreichen sucht. Das Ziel sollte eine ganze Bandbreite innovativer Ansätze sein, die zusammen alle Menschen veranlassen könnten, sich im Rahmen ihres Alltags mehr zu bewegen. Gute Ernährungsgewohnheiten und körperliche Betätigung haben auch eine synergistische Wirkung hinsichtlich guter Gesundheit.

Gemeinsame sportliche Betätigungen können den Zusammenhalt in der Familie oder in anderen sozialen Zusammenhängen stärken und die Achtung vor der Natur fördern. Wohnunterkünfte und Gestaltung der Nachbarschaft können stark dazu beitragen, daß das Gehen als natürliche tägliche Tätigkeit empfunden wird. Man kann Autos von Fahrrädern und Fußgängern trennen, indem man ausreichend Fahrrad- und Fußgängerwege anlegt. Bei Stadtplanung und Besiedlung ist sicherzustellen, daß genug Raum für aktive Erholung erhalten bleibt. Nichtstaatliche Organisationen, Sportvereine, Frauengruppen, Pfadfinder, Seniorenclubs usw. haben im Rahmen von die gesamte örtliche Gemeinschaft umfassenden Bemühungen eine wichtige Rolle zu übernehmen. Will man sicherstellen, daß die Bereiche, in denen die Menschen gehen, laufen oder spielen, sicher sind, muß man partnerschaftlich mit anderen Sektoren, beispielsweise mit Polizei- und Vollstreckungsbehörden, zusammenarbeiten.

Sexuelle Gesundheit

Sexualpolitik und die entsprechenden Programme müssen alle Teile der Bevölkerung angehen, vor allem Jugendliche und Heranwachsende und ausgesetzte Gruppen, wie die im Sexgewerbe Beschäftigten und ihre Klienten, Männer, die Sex mit anderen Männern haben, und intravenös Drogenabhängige. Die Aufklärung sollte weit greifen und über gründlich geplante Aufklärungsprogramme laufen, um Achtung vor dem anderen Geschlecht aufzubauen, Lebens- und Kommunikationsfertigkeiten zu entwickeln und für sicheren Sex und die Akzeptanz des Familienplanungskonzepts zu plädieren. Für Präservative muß auf dem Markt aktiv geworben werden, insbesondere unter jungen Menschen, und sie sollten überall erhältlich sein, und zwar zu Preisen, die alle bezahlen können – besonders wichtig ist dieses Anliegen im östlichen Teil der Region.

5.3.2 Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden

Tabak

Der Tabak stellt in der Region den wichtigsten Einzelrisikofaktor für Krankheit dar. 50% aller Menschen, die regelmäßig rauchen, werden an tabakbedingten Krankheiten sterben, die Hälfte von ihnen im mittleren Alter (der wirtschaftlich aktivsten Lebensspanne), die andere Hälfte in späteren Lebensjahren. Tabakrauch das Risiko für viele Krebsformen, für koronare Herzkrankheiten, niedriges Geburtsgewicht, plötzlichen Kindstod, Allergien und eine Unmenge anderer gesundheitlicher Probleme. 1995 waren über 30% der Erwachsenen in der Region regelmäßige tägliche Raucher. Im gleichen Jahr waren die Zigaretten für 1,2 Millionen Todesfälle verantwortlich, was einen Verlust von durchschnittlich 20 Jahren Lebenserwartung bedeutete. Im östlichen Teil der Region werden 20% aller Männer der Altersgruppe 35 Jahre an einer tabakbedingten Krankheit gestorben sein, bevor sie 69 sind; diese Zahl ist doppelt so hoch wie im westlichen Teil der Region. Im Jahr 2020 werden die Zigaretten für 20% aller Todesfälle in der Region verantwortlich sein, wenn keine strengeren Maßnahmen ergriffen werden.

Tabakprodukte kosten die Welt jährlich mindestens 200 Milliarden US-Dollar, verursachen unerhörtes Leid für den einzelnen Menschen, für ganze Familien und deren Freundeskreis; sie stellen eine starke finanzielle Belastung für die Wirtschaft dar und sind für Umweltverfall und Brände verantwortlich. Die erheblichen wirtschaftlichen Verluste entstehen in erster Linie durch die vorzeitige Beendigung des produktiven Lebens und die außerordentlich hohen Kosten der Behandlung von tabakbedingten Krankheiten. Besorgniserregend ist auch, wenn durch Schmuggelware keine Steuern hereinkommen (was vor allem im östlichen Teil der Region, einem Gebiet mit sowieso schon knappen staatlichen Ressourcen der Fall ist). Ein Viertel aller weltweit exportierten Zigaretten ist Schmuggelware.

Alkohol

Alkoholprodukte sind für rund 9% der Gesamtmorbidität in der Region verantwortlich, erhöhen das Risiko für Leberzirrhose, bestimmte Krebsarten, Bluthochdruck und Schlaganfälle sowie für angeborene Mißbildungen. Alkoholkonsum verringert zwar das Risiko einer koronaren Herzerkrankung, der größte Teil dieser Risikominderung tritt jedoch bei unter zehn Gramm Alkohol pro Tag ein und gilt nur für Personen ab dem fünften Lebensjahrzehnt. Bei hohem Alkoholkonsum steigt das Risiko eines plötzlichen tödlichen Koronarinfarakts. Außerdem erhöht der Alkoholkonsum das Risiko für Probleme in der Familie, am Arbeitsplatz und in anderen sozialen Zusammenhängen durch Alkoholabhängigkeit, Unfälle (einschließlich Brände), Überfälle, Kriminalität, nicht vorsätzliche Verletzungen, Gewalt, Totschlag und Selbstmord, Verkehrsunfälle und Schiffskatastrophen, zuweilen mit umfassenden Umweltschäden zur Folge. Zwischen 40–60% aller Todesfälle durch vorsätzliche und nicht vorsätzliche Verletzungen gehen auf das Konto Alkohol. Besonders hoch sind die alkoholbedingten Schäden im östlichen Teil der Region, wo sie für einen Großteil des Anstiegs der Herz-Kreislauf-Sterbefälle und eine verringerte Lebenserwartung verantwortlich sind.

In 90% der Länder der Region überschreitet der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch zwei Liter reinen Alkohol (die Menge, bei der man von dem geringsten populationsbezogenen Mortalitätsrisiko ausgeht). Die volkswirtschaftlichen Kosten, die der Gesellschaft durch direkte Ausgaben und verlorene Produktivität entstehen, belaufen sich schätzungsweise auf 2–5% des Bruttosozialprodukts.

Illegale Drogen

Zu den illegalen Drogen zählt eine ganze Palette von Substanzen, die aufgrund ihres Schadenspotentials der Kontrolle durch internationale Übereinkommen unterliegen. Illegale Drogen erhöhen die Gefahr von Vergiftungen, Abhängigkeit, Psychose, Selbstmord sowie eines Anstiegs der Gesamtmortalität und der Kriminalität. Die Zahl der Schwerstabhängigen in der Europäischen Region wird auf 1,5–2 Millionen geschätzt. Drogenmißbrauch trägt zur weiteren massiven Verbreitung von HIV und Hepatitis bei, und zwar vor allem in den östlichen Teilen der Region. 40% aller Aids-Fälle in der Europäischen Region sind auf intravenösen Drogengebrauch zurückzuführen. Möglicherweise wird in Zukunft neben den verschriebenen psychotropen Medikamenten eine breitere Palette von psychotropen Substanzen mit potentiell geringerem Schadensrisiko auf den Markt kommen.

Trotz erheblicher internationaler und nationaler Anstrengungen zur Bekämpfung von Drogen gibt es auf diesem Gebiet nur wenige Anzeichen einer wirklichen Verbesserung. Behandlungs- und Präventionsmethoden sind in den letzten Jahren moderner geworden, die Substitutionstherapie für opiatabhängige Personen wird inzwischen breiter akzeptiert. Gesellschaften, die es sich leisten können, Drogenabhängige in ein umfassendes Leistungsnetz einzubinden, gelingt es nachweislich erfolgreich, risikofreudiges oder direkt gesundheitsschädliches Verhalten zu verringern sowie sozialfeindliches und kriminelles Verhalten unter den Drogenabhängigen zu begrenzen.

ZIEL 12 – VERRINGERUNG DER DURCH ALKOHOL, DROGEN UND TABAK VERURSACHTEN SCHÄDEN

BIS ZUM JAHR 2015 SOLLTEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN DIE AUF DEN KONSUM VON SUCHTERZEUGENDEN SUBSTANZEN WIE TABAK, ALKOHOL UND PSYCHOTROPEN SUBSTANZEN ZURÜCKZUFÜHRENDEN GESUNDHEITLICHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN SIGNIFIKANT REDUZIERT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 12.1 In allen Ländern sollte der Anteil der Nichtraucher mindestens 80% in der Altersgruppe über 15 Jahre und in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu 100% betragen. ¹⁴
- 12.2 In allen Ländern sollte der Pro-Kopf-Alkoholkonsum nicht zunehmen bzw. 6 Liter pro Jahr nicht übersteigen und er sollte in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu Null betragen.
- 12.3 In allen Ländern sollten der Konsum illegaler psychotroper Substanzen um mindestens 25% und die darauf zurückzuführenden Todesfälle um mindestens 50% zurückgehen.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Tabak

Die Eindämmung des Tabakkonsums gehört zu den wichtigsten Public-Health-Maßnahmen, mit denen man die Gesundheit der 870 Millionen Menschen in der Region verbessern kann. In der 1988 angenommenen Madrider Charta gegen den Tabak heißt es, daß alle Bürger Anspruch auf eine rauchfreie und unverschmutzte Umwelt haben. Strategisch läßt sich ein rauchfreies Europa u. a. dadurch erreichen, daß man das Recht auf eine rauchfreie allgemeine Umwelt gesetzlich verankert, die Werbung für Tabakprodukte und erkennbare Markensponsoren verbietet und die Einnahmen aus den Tabaksteuern zur Finanzierung von Tätigkeiten zur Bekämpfung des Tabakkonsums und für die Gesundheitsförderung einsetzt. Die Madrider Charta und der Aktionsplan für ein tabakfreies Europa bieten den Grundsatzrahmen für solche Maßnahmen. Durch Präventionsstrategien sollte

¹⁴ Oder andere Altersgruppenvorgaben entsprechend der länderspezifischen Gesetzgebung.

man versuchen, in den gesellschaftlichen Standards einen grundlegenden Wandel zu bewirken, so daß das Nichtrauchen zum akzeptierten Verhalten wird. Dabei muß man mit geschlechtsspezifischen Konzepten arbeiten, da vor allem in Osteuropa die Frauen zum Ziel der Tabakindustrie geworden sind.

Im Zuge der Ausarbeitung eines Rahmenübereinkommens der Vereinten Nationen zum Thema Tabakprodukte sollte die WTO in Erwägung ziehen, Tabakerzeugnisse aufgrund ihrer schwerwiegenden gesundheitlichen Konsequenzen von den Prinzipien des Freihandels auszunehmen. Wenn man Arbeitsplätze und alle öffentlichen Gebäude zunehmend rauchfrei hält, spart man Geld und erhöht die Produktivität. Man vermittelt damit zudem die wichtige kulturelle Botschaft, daß eine Einschränkung des Tabakkonsums die Gesundheit und das wirtschaftliche Wohlergehen fördert.

Eine Anhebung der Steuern auf Tabakprodukte erhöht die staatlichen Einnahmen und dämmt vor allem unter jungen Menschen den Tabakkonsum ein. Die Tabaksteuer kann für die Finanzierung aller Tätigkeiten zur Steuerung des Tabakkonsums dienen, für Gesundheitserziehung, Forschungsarbeiten, die sich mit der Eindämmung des Tabakkonsums befassen, sowie für die Subventionierung der Gesundheitsversorgung Verwendung finden. Tabaksteuern sind auch eine effiziente Art und Weise, Mittel für sportliche und künstlerische Veranstaltungen zu beschaffen, die vorher von der Tabakindustrie gesponsert wurden. Nationale und internationale öffentliche Subventionen sollten nicht zur Förderung des Anbaus von Tabakprodukten verwendet werden.

Will man den Tabakkonsum, und zwar insbesondere das Rauchen von Kindern und jungen Menschen eindämmen, müssen Tabakwerbung und Sponsortätigkeiten erkennbarer Markenunternehmen völlig verboten werden. Die Werbung durch internationale Medien, einschließlich Internet, sollte entsprechend geregelt werden. Wenn man den Zugang zu Tabakprodukten für junge Menschen unter 18 Jahren begrenzt, kann man damit nachweislich den illegalen Umsatz und den Konsum von Tabakprodukten wirksam begrenzen. Nationale und internationale öffentliche Subventionen sollten nicht zur Förderung des Anbaus von Tabakprodukten verwendet werden.

MADRIDER CHARTA 1988 UND ZEHN STRATEGIEN FÜR EIN RAUCHFREIES EUROPA

1. Das Recht der Menschen auf ein „Leben ohne Rauch“ ist anzuerkennen und zu wahren.
2. Das Recht auf eine rauchfreie Umwelt ist gesetzlich zu verankern.
3. Die Werbung für Tabakerzeugnisse und die Sponsortätigkeit der Tabakindustrie sind zu verbieten.
4. Alle Menschen sind über die Gefahren des Tabakkonsums und den Umfang der Pandemie aufzuklären.
5. Rauchern, die den Tabak aufgeben wollen, ist eine breit zugängliche Entwöhnungshilfe zuzusichern.
6. Zur Finanzierung spezifischer Maßnahmen, die der Bekämpfung des Tabakkonsums und der Unterstützung der Gesundheitsförderung dienen, ist auf Einnahmen aus der Tabakbesteuerung eine Abgabe von mindestens einem Prozent zu erheben.
7. Es sind schrittweise finanzielle Abschreckungsmaßnahmen einzuführen.
8. Neue Formen von Nikotinprodukten sind zu verbieten und künftige Marketingstrategien der Tabakindustrie abzublocken.
9. Die Auswirkungen der Pandemie sind laufend zu beobachten und Gegenmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu beurteilen.
10. Mit allen Teilen der Bevölkerung, die Gesundheit fördern möchten, sind Bündnisse einzugehen.

Quelle: *It can be done, A smoke-free Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1990 (Regionale Veröffentlichung der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 30).

Man kann zwar die beste Technologie einsetzen, um Tabakprodukte mit reduziertem Teer- und Nikotingehalt herzustellen, doch Zigaretten mit einem geringeren Gehalt an Teer und Nikotin bedeuten nicht, daß sich damit auch das Risiko verringert. Wenn Raucher dadurch ihre Gewohnheiten ändern und mehr rauchen, heißt das, daß sie mehr Teer und Nikotin aufnehmen, was letztlich keine signifikante Gesamtreduzierung der Lungenkrebsraten bedeutet.

DIE CIGARETTE PAPERS

Aufgrund laufender Prozesse in den Vereinigten Staaten sieht sich die Tabakindustrie zunehmend dem wachsenden Blick der Öffentlichkeit ausgesetzt und wird gezwungen, für die verursachten Schäden aufzukommen. Die in einer Veröffentlichung mit dem Titel *The cigarette papers* zusammengestellten Dokumente der Tabakindustrie sind eine interessante Lektüre. In den 1960er Jahren schrieb die Tabakindustrie: „Wir verkaufen Nikotin, eine suchterzeugende Droge.“ In den 1970er Jahren wußte die Industrie, daß „jemand, der Filterzigaretten raucht, in den meisten Fällen ebenso viel oder mehr Nikotin und Teer aufnimmt, wie jemand, der filterlos raucht“. Zum Teil aufgrund dieser Dokumente verlangte die Food and Drug Administration der Vereinigten Staaten ein Rechtsurteil für Zigaretten. Ähnliche Schritte könnte man in Europa unternehmen.

Quelle: Glantz, S.A. et al *The cigarette papers*. London, University of California Press, 1996.

Eine Reihe von Untersuchungen zeigt, daß etwa zwei Drittel der derzeitigen Raucher angeben, daß sie das Rauchen gern aufgeben würden. Das Rauchen aufzugeben, hat zwar jederzeit seine Vorteile, vor Beginn der mittleren Lebensphase kann man dadurch jedoch fast alle überhöhten Risiken verringern. Die Erfolgsraten von Raucherentwöhnungsinitiativen können durch therapeutische Hilfsmittel, u. a. Nikotinersatzprodukte, verdoppelt werden. Bereits kurze, nicht gezielte Interventionen durch Erbringer von primärer Gesundheitsversorgung können die Raucherentwöhnung wirksam unterstützen. Es handelt sich um eine der kostenwirksamsten Interventionen in der gesamten Gesundheitsversorgung, die 40-mal billiger ist als das, was 300 medizinische Standardinterventionen durchschnittlich kosten. Deshalb braucht man umfassende Schulungsprogramme für Erbringer von primärer Gesundheitsversorgung, d. h. für Pflegende, Ärzte, Apotheker und Zahnärzte, wobei man ihnen Anreize für kurze Interventionen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung bieten sollte.

Den Gesundheitsberufen kommt in Europa eine wichtige Rolle als Fürsprecher von Maßnahmen zur Steuerung des Tabakkonsums zu, wobei sie zugleich dafür eintreten sollten, daß *ihre eigenen Kollegen* das Rauchen eindämmen, und man allen, die das Rauchen aufgeben wollen, Raucherentwöhnungskurse anbietet. Ein äußerst wichtiges Element dieser Strategie ist die aktive Unterstützung durch alle nationalen Ärzteverbände in Europa, die ihre Maßnahmen durch das Europäische Forum der Ärzteverbände und der WHO kanalisieren können. Ärzte, Pflegende und Apotheker sind die wichtigsten Berater für alle, die das Rauchen aufgeben wollen, und das EuroPharm-Forum (Europäisches Forum nationaler selbständiger Apotheker/Apothekerverbände und der WHO) spielt eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, diese Bewegung in der Europäischen Region zu fördern.

Alkohol

Die wissenschaftliche Beweislage in den Ländern der Europäischen Region der WHO zeigt deutlich, daß sich mit Maßnahmen zur Steuerung des Alkoholkonsums signifikante gesundheitliche und wirtschaftliche Vorteile erzielen lassen. In der Europäischen Alkoholcharta (Paris, 1995) werden die wichtigsten Strategien zur Gesundheitsförderung dargelegt, u. a. die Schaffung und Durchsetzung wirksamer Gesetze, die Besteuerung alkoholischer Getränke sowie die Steuerung der direkten und indirekten Werbung für alkoholische Getränke. Eine wichtige ergänzende Strategie bildet die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in der Alkoholindustrie.

EUROPÄISCHE CHARTA ALKOHOL: Zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen

1. Information der Bürger – von früher Jugend an im Rahmen von Aufklärungsprogrammen – über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, Familie und Gesellschaft und über wirkungsvolle Maßnahmen, die zur Vorbeugung oder weitestgehenden Minderung von Schäden ergriffen werden können.
2. Förderung eines vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschützten öffentlichen, privaten und beruflichen Umfelds.
3. Erlaß und Durchführung von wirkungsvollen Gesetzen gegen Alkohol im Straßenverkehr.
4. Gesundheitsförderung durch Einschränkung der Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken, z. B. für Jugendliche, und durch Einwirkung auf ihren Preis, beispielsweise über die Steuern.
5. In Anbetracht der in einigen Ländern bereits bestehenden Beschränkungen oder Werbeverbote strikte Regeln für die direkte und indirekte Werbung für alkoholische Getränke und Sicherstellung, daß sich keine Form der Werbung spezifisch an Jugendliche richtet, beispielsweise durch eine Verbindung von Alkohol und Sportausübung.
6. Für alkoholgefährdete oder alkoholgeschädigte Personen und ihre Familienangehörigen Sicherstellung des Zugangs zu effizienten Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen mit geschultem Personal.
7. Förderung des ethischen und rechtlichen Verantwortungsbewußtseins derjenigen, die für die Vermarktung oder den Ausschank von alkoholischen Getränken zuständig sind, Gewährleistung von strikten Kontrollen der Produktsicherheit und Umsetzung angemessener Maßnahmen gegen illegale Alkoholherstellung und illegalen Verkauf.
8. Durch Schulungsmaßnahmen für Fachkräfte in verschiedenen Sektoren – beispielsweise im Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Rechtswesen – sowie durch Stärkung der Entwicklung und Initiative im Gemeinderahmen bessere Befähigung der Gesellschaft, mit Alkohol umzugehen.
9. Unterstützung von nichtstaatlichen Organisationen und Selbsthilfeinitiativen, die gesunde Lebensweisen fördern, speziell solcher, die die Prävention oder Reduzierung von alkoholbedingten Schäden zum Ziel haben.
10. Formulierung von breit gefächerten Programmen in den Mitgliedstaaten, unter Berücksichtigung der vorliegenden Europäischen Charta Alkohol; Vorgabe klarer Ziele und Ergebnisindikatoren; Fortschrittsmessung sowie regelmäßige Aktualisierung von Programmen auf der Grundlage einer Evaluierung.

Quelle: *Alkohol – weniger ist besser*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 70).

Die Alkohol-Charta von 1995 und der Europäische Aktionsplan Alkohol liefern somit den Grundsatzrahmen zur Verringerung der durch Alkoholkonsum bewirkten Schäden. Eine stärkere Besteuerung von Alkoholprodukten verringert alkoholbedingte Schäden, vor allem unter jüngeren Menschen und schweren Trinkern. Ein 10%iger Rückgang des Pro-Kopf-Verbrauchs bewirkt ungefähr einen 20%igen Rückgang der alkoholbedingten Sterblichkeit bei Männern und einen

5% igen Rückgang der tödlichen Unfälle, Selbstmorde und Gewalttaten mit Todesfolge in der Gesamtbevölkerung.

Zur Kontrolle des Alkoholgehalts von Getränken braucht man Vorschriften, um nicht vertretbare Verknüpfungen zwischen Produkten und Gesundheit zu unterbinden, um die Verpackung von Alkoholprodukten zu kontrollieren und sicherzustellen, daß auf der Verpackung die erforderlichen Angaben (beispielsweise der Äthanolgehalt des betreffenden alkoholischen Getränks) angegeben sind. Alkoholische Getränke, die als Erfrischungsgetränke getarnt vermarktet werden und vor allem Jugendliche ansprechen sollen, verstärken das Sucht- und Rauschrisiko und sollten verboten werden. Die Werbung hat einen erheblichen Einfluß auf den Konsum von alkoholischen Erzeugnissen; Werbebeschränkungen führen zu einem Rückgang des Alkoholkonsums und somit zu weniger alkoholbedingten Schäden. Wenn Alkoholwerbung zugelassen ist, sollte sie zumindest auf die Printmedien begrenzt werden und sich auf Produktinformationen beschränken.

Begrenzte Verkaufszeiten sowie Vorschriften für die Zahl, die Art oder den Standort von Verkaufsstellen dämmen den Verbrauch ein. Die Anhebung des Mindestalters für den Alkoholausschank kann die Zahl der alkoholbedingten Verkehrsunfälle, den Alkoholkonsum an sich sowie die alkoholbedingten Todesfälle verringern. Ein verantwortungsbewußter Ausschank von alkoholischen Getränken und entsprechende Schulungsprogramme sowie eine stärkere rechtliche Haftbarkeit der Gaststättenbetreiber tragen alle dazu bei, die Zahl der Unfälle zu verringern, bei denen Alkohol im Spiel ist. Mit Hilfe der bestmöglichen Technologie kann man preislich wettbewerbsfähige, qualitativ hochwertige alkoholische Getränke mit niedrigem Alkoholgehalt entwickeln.

Todesfälle infolge von vorsätzlichen und nichtvorsätzlichen Verletzungen, plötzliche Koronarsterbefälle und viele soziale Konsequenzen des Alkoholgebrauchs erwachsen aus der akuten Trunkenheitssituation. Deshalb sollten Strategien zur Verringerung der Alkoholschäden schwerpunktmäßig darauf abzielen, Rauschsituationen zu verhindern und das Trinken von schadensverursachenden Verhaltensformen zu trennen. Besonders wichtig sind Programme zur Prävention des Alkoholkonsums am Arbeitsplatz, ebenso aber auch Maßnahmen gegen und schwere Strafen für Alkohol am Steuer.

Kurzinterventionen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung können in Fällen von gefährlichem oder schädlichem Alkoholgebrauch den Alkoholkonsum um über 25% verringern. Sie sind kostenwirksam, verringern die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und führen zu einer besseren Gesundheit. Gemeindebasierte Interventionsprogramme können sich als wirksam erweisen, wenn es darum geht, alkoholbedingte Verkehrsunfälle zu verringern, den Alkoholausschank an Minderjährige zu begrenzen, einen verantwortlichen Alkoholausschank zu fördern und speziell für die jeweilige Gemeinde geltende Gesetze zu erleichtern.

Illegale Drogen

Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor müssen mit Justizvollzug und Gerichtsbarkeit zusammenarbeiten, um die mit dem Gebrauch von illegalen Drogen verbundenen Gesundheitsprobleme in den Griff zu bekommen. Mit einem integrierten Ansatz muß man versuchen, Angebot und Nachfrage zu drosseln. Auf der Angebotsseite kann man die Verfügbarkeit von Drogen begrenzen. Zunehmend sollte man Wert darauf legen, durch Aufklärungsprogramme im Gemeinderahmen und in der Schule auch die Nachfrage nach Drogen zu verringern.

Auf die Nachfrage zielende Programme sollten sich auf ein umfassendes, gegen alle schädlichen psychotropen Substanzen gerichtetes Konzept gründen. Auf Gemeindeebene sollten den Drogengebern und ihren Familien den individuellen Bedürfnissen angepaßte, bedarfsgerechte Behandlungs- und Betreuungsdienste zur Verfügung stehen. Die Behandlung soll es den Drogenabhängigen ermöglichen, auf lange Sicht ein gesundes und drogenfreies Leben führen zu können. Die spezifischen, mit dem Gebrauch von illegalen Drogen verbundenen Schäden wie durch Blut übertragene Infektionen, Gesundheitsprobleme, Armut, Kriminalität, Gewalttätigkeit und nachlassende Produktivität, lassen sich durch Strategien zur Risikobegrenzung mindern. Die Verbreitung der HIV-Infektion läßt sich eindämmen, wenn man gezielt mit intravenösen Drogenabhängigen arbeitet, Programme für die Vergabe und den Tausch von Spritzen organisiert, dafür sorgt, daß Präservative leicht erhältlich sind, ärztlich verordnete Dauertherapien anbietet und die aufsuchende Arbeit auf weniger zugängliche Bevölkerungsgruppen ausdehnt. Im Rahmen solcher Programme müssen einige Aspekte der Handhabung des Umgangs mit Drogenabhängigen aus der Strafrechtspflege in den Gesundheitssektor verlagert werden.

DIE SCHWEIZERISCHE DROGENPOLITIK

1991 führte die Schweiz eine aus vier strategischen Elementen bestehende Drogenpolitik ein: (i) Repression: die strikte Regelung oder das Verbot bestimmter suchterzeugender Substanzen und Produkte. Neue gesetzliche Bestimmungen gegen die Geldwäscherei und gegen die organisierte Kriminalität. (ii) Prävention: Es geht darum, junge Menschen zu überzeugen, keine Drogen zu nehmen, und zugleich werden Programme für die Gruppen angeboten, die Gefahr laufen, in besonders schwerwiegende Probleme zu geraten. (iii) Schadensverminderung: Der Gesundheitszustand der Abhängigen soll während der Suchtphase möglichst bewahrt bleiben, was man durch geeignete Maßnahmen wie Spritzentauschprogramme, Wohnungs- und Beschäftigungsprogramme usw. zu erreichen sucht. (iv) Therapie: Zur Zeit gibt es in der Schweiz ein Netz von Drogenberatungsstellen und etwa 100 stationäre Einrichtungen (die spezifisch auf die Drogentherapie ausgerichtet sind und das erklärte Ziel verfolgen, Abstinenz und soziale Wiedereingliederung zu erreichen). Etwa 14 000 Drogenabhängige erhalten Methadon.

Seit 1994 unterstützt der Bund wissenschaftliche Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln an Schwerstabhängige. Bei diesen Versuchen geht es vorrangig darum, heroinabhängige, mit anderen Behandlungsformen nicht mehr erreichbare Personen in einen therapeutischen Prozeß zu

Fortsetzung auf der nächsten Seite

DIE SCHWEIZERISCHE DROGENPOLITIK (Fortsetzung)

integrieren, Gesundheit und Sozialstatus der Teilnehmer zu verbessern, das Risikoverhalten der Teilnehmer zu verringern (was auch das Risiko einer HIV-Infektion mindert) sowie die Resultate mit den Ergebnissen anderer Behandlungsansätze zu vergleichen. 800 Patientinnen und Patienten (Durchschnittsalter 30,8 Jahre, durchschnittliche Dauer der Heroinabhängigkeit 10,5 Jahre, andere abgebrochene Therapieversuche, offensichtliche soziale und gesundheitliche Probleme) erhalten Heroin auf ärztliches Rezept. Die Therapie beinhaltet ein kontrolliertes Spritzenprogramm (Injektionsmittel dürfen nicht mit nach Hause genommen werden), eine obligatorische umfassende medizinische und psychosoziale Betreuung sowie ein umfassendes Fürsorgeprogramm. Die Teilnahme ist freiwillig. Einige wichtige Resultate der Untersuchung (1995–1996):

- die somatische und psychische Gesundheit hat sich erheblich verbessert;
- illegale und „halblegale“ Aktivitäten gingen zurück (von 69% auf 10%);
- die Wohnungslage verbesserte sich (die Obdachlosigkeit fiel von 12% auf 1%, labile Situationen gingen von 49% auf 21% zurück);
- die Beschäftigung in normalen Arbeitsverhältnissen verbesserte sich (von 16% auf 32%).

Mit dieser 4-Säulen-Politik erzielte die Schweiz bemerkenswerte Fortschritte bei der Reduzierung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Probleme: Aids und Hepatitis-Infektionen sind spürbar zurückgegangen, das gleiche gilt für die Mortalität aufgrund von Überdosen (drogenbedingte Todesfälle: 1992 = 419, 1997 = 241); die offenen Drogenszenen wurden geschlossen, die Drogenbeschaffungskriminalität wurde erheblich verringert.

Quelle: Die schweizerische Drogenpolitik, Bern, Bundesamt für Gesundheit, 1998. Evaluation of federal measures to reduce the problems related to drug use – Second synthesis report 1990–1996. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997. Programme for the medical prescription of narcotics – Summary of the synthesis report. Zürich, Institut für Suchtforschung, und Bern, Bundesamt für Gesundheit, 1997.

5.4 Settings zur Förderung der Gesundheit

Im vorigen Abschnitt ging es um einige der mit individuellen Entscheidungen und Verhaltensweisen verbundenen Probleme. Der folgende Abschnitt geht von der Erkenntnis aus, daß solche Entscheidungen im Alltagsrahmen, d. h. zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft des Nahbereichs, getroffen werden.

Ein auf diese Rahmenbedingungen abzielendes Konzept, der sogenannte Setting-Ansatz, bedeutet, daß man:

- die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Stellen konzentriert, wo Gesundheit gefördert und erhalten wird (wo Menschen leben, arbeiten, lernen, spielen und Gesundheitsversorgung erhalten);
- den Maßnahmen deutlich erkennbare Grenzen setzt;
- es leicht macht, mögliche Partner zu finden;

- die Möglichkeit bietet, zu beobachten und zu messen, wie sich Interventionen zum Vorteil der Gesundheit auswirken;
- daß man eine ausgezeichnete Möglichkeit erhält, Pilotversuche durchzuführen und einen nachhaltigen gesellschaftlichen Wandel zu bewirken.

Wie ein Setting entsteht, ist u. U. von den unterschiedlichsten Partnern abhängig, von Ingenieuren, Architekten, Stadtplanern, Einzelhändlern, Menschen, die in nichtstaatlichen Organisationen oder im Gesundheitssektor arbeiten, und vielen anderen. In einigen Fällen bietet sich die partnerschaftliche Zusammenarbeit von allein an, in anderen Fällen nicht. Doch durch gemeinsames Lernen und Arbeiten können die Partner auf innovative Weise stark zu dem gemeinsamen Ziel beitragen, die Gesundheit der Menschen zu verbessern. In diesem Abschnitt geht es um einige der Strategien, die eine solche gemeinsame Entscheidungsfindung und das Handeln im Alltagsrahmen erleichtern.

In den letzten zehn Jahren haben sich in der Europäischen Region bahnbrechende Entwicklungen vollzogen, wodurch das Setting-Konzept als selbständige Strategie eine neue Dimension gewonnen hat. Es geht jetzt nicht mehr nur darum, die Menschen dort, wo sie leben, arbeiten und spielen, zu erreichen, sondern sie müssen auch als einzelne, ganze Gruppen und Gemeinschaften eine Stimme erhalten, die es ihnen erlaubt, den Kontext, in dem sie Gesundheit erleben, aktiver zu beeinflussen. Wenn die Menschen größeren Einfluß auf ihre Lebenswelt erhalten, fühlen sie sich auch gemüßigt, eher Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen. Um dies tun zu können, brauchen sie jedoch effizientere Strukturen.

Viele unterschiedliche Settings, und nicht nur die unten angeführten, sind mögliche Handlungsfelder. Wichtig ist, daß Konzepte und Programme so zugeschnitten werden, daß sie die Interessen spezifischer Zielgruppen widerspiegeln, und daß man sich überlegt, in welchem Rahmen diese Zielgruppen angesprochen werden könnten. Beispielsweise könnte man eine bestimmte Gruppe (z. B. junge gefährdete Männer) wirksamer erreichen, wenn man sich etwas einfallen lassen würde, um sie in Settings wie Videoläden, Bars, Clubs und Haftanstalten anzusprechen. Das wäre vielleicht effektiver, als wenn man in den herkömmlicheren Settings arbeiten würde.

Das häusliche und nachbarschaftliche Umfeld

Schlechte Wohnverhältnisse haben weitgehende gesundheitliche Auswirkungen, und zwar hauptsächlich, weil sanitäre Anlagen fehlen, weil es in den Wohnungen feucht und schimmelig ist, weil ein ungesundes Innenraumklima herrscht, die Bewohner mit Lärmbelästigung zu kämpfen haben und sich mit Baumängeln abfinden müssen, die die Unfallgefahr und die Gefahr von Schäden bei Erdbeben erhöhen. Gesundheitsschädigend sind auch Baumaterialien wie Asbest und bleihaltige Farbanstriche. Unzureichende Lüftung führt zu Raumluftbelastungen, die wiederum Atemwegsallergien und -erkrankungen auslösen. Wenn jemand mit Rauchern zusammenleben muß, ist er einer Schwebstaubverschmutzung ausgesetzt, die zwei bis dreimal über der Belastung in Haushalten mit Nichtrauchern liegt. Die Gesamtexposition gegenüber der Raumluftbelastung richtet sich nach der im Freien verbrachten Zeit, nach der Fähigkeit der einzelnen Schadstoffe, in die Innenraumluft

einzudringen, wie nach der Schadstoffkonzentration, die in den Innenräumen durch Kochherde, Farbanstriche, Einrichtungsgegenstände und Baumaterialien zustande kommt.

Die Gebäudesubstanz ist in Europa von ganz unterschiedlicher Qualität. Man findet hochmoderne Wohnungen und Einfamilienhäuser, aber auch schlecht ausgestattete Wohnblocks, in denen selbst die grundlegenden sanitären Einrichtungen, wenn sie denn überhaupt vorhanden sind, von mehreren Familien geteilt werden müssen. Im allgemeinen ist die Qualität der Wohnunterkünfte im östlichen Teil der Region schlechter. Die Obdachlosigkeit nimmt jedoch in der gesamten Region zu, die damit verbundenen, eng mit Armut zusammenhängenden Folgen bleiben ein dringliches Problem.

Arbeitsumfeld

Erwachsene verbringen mindestens ein Drittel ihres Lebens am Arbeitsplatz, der deshalb für ihre Gesundheit ungeheuer wichtig ist.

Schätzungsweise 3–5% des Bruttosozialprodukts gehen durch die volkswirtschaftlichen Konsequenzen eines unsicheren und ungesunden Arbeitsumfelds verloren. Zu den Gesundheitsproblemen am Arbeitsplatz zählen Unfälle, Lärmbelästigung und die Belastung durch gefährliche Chemikalien, ergonomische Probleme und Streß. Das psychosoziale Arbeitsumfeld hat zudem möglicherweise Konsequenzen für umfassendere gesundheitliche Probleme außerhalb der Arbeitswelt, wie z. B. Herzkrankheiten und psychische Erkrankungen. Investitionen in bessere Arbeitsbedingungen könnten zu besserer Gesundheit für die Beschäftigten und folglich auch zu einer besseren Unternehmensproduktivität führen.

Die Vermeidung von arbeitsbedingten Krankheiten und Unfällen ist jedoch nicht das einzige wichtige Anliegen. Da der Arbeitsplatz zu den wenigen Orten zählt, an denen sich die Erwachsenenbevölkerung systematisch individuell ansprechen läßt, ist der Arbeitsplatz ein wichtiger Ort, an dem man wirksam, konsequent und über längere Zeit hinweg gezielt mit Gesundheitsförderung für Erwachsene einsetzen und soziale Netze aufbauen kann.

Kindergärten und Schulen

Lehrpläne und schulische Einrichtungen sind in der ganzen Region äußerst unterschiedlich aufgebaut. In den meisten Ländern gelten die vorschulischen Einrichtungen nicht ausreichend als erzieherische Institutionen, weshalb dort die breiten Konzepte für eine Förderung von gesundheitlichen Wertvorstellungen, gesunden Verhaltensweisen und Lebensfertigkeiten fehlen. Die schulische Gesundheitserziehung wiederum geht häufig zu traditionell vor, die Schüler erfahren zwar etwas über gesundheitliche Fragenkomplexe, zugleich aber gelingt es nicht, sie auf einfallsreiche und interaktive Weise auf eine reife Entscheidungsfindung, auf gesundes Verhalten, Streßbewältigung, die Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und andere Lebensfertigkeiten vorzubereiten.

Gemeinden und Städte

Zur Zeit leben rund vier Fünftel der Bevölkerung des westlichen Teils der Region und ungefähr zwei Drittel der Bevölkerung des östlichen Teils der Region in Städten, was direkte Konsequenzen für ihren Gesundheitszustand hat. Städte erfordern eine ausgedehnte Infrastruktur für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz. Unabdingbar für ein gesundes Leben in der Stadt sind Trinkwasserversorgung, Abwasserbehandlung und Abfallentsorgung. Stadtgestaltung, Flächenplanung, Bekämpfung der Lärmbelastung und öffentliche Einrichtungen sind wichtige Elemente, die Gesundheit in der Stadt fördern und dazu beitragen können, Streß, soziale Entwurzelung und Gewalt zu verringern.

In vielen Ballungsgebieten gibt es unterprivilegierte städtische Bereiche, vor allem in heruntergekommenen Stadtzentren oder chaotischen Stadtrandgebieten, wo Umweltverfall und soziale Ausgrenzung Hand in Hand gehen. Es handelt sich dabei um funktional verarmte Orte mit schlechter, unzureichend ausgestatteter Wohnsubstanz und nicht hinlänglichen Sozialeinrichtungen und Erholungsmöglichkeiten.

Die soziale Integration oder der soziale Zusammenhalt einer Stadt ist eng mit ihren Mortalitätsstrukturen verzahnt. Speziell auf besonders gefährdete Gruppen ausgerichtete Maßnahmen zeigen, daß Sozialdienste und soziale Unterstützung einen verbessernden Einfluß darauf haben, wie sich Krankheiten, so z. B. Myokardinfarkt, auswirken, daß sie aber zudem auch einen Einfluß darauf haben, wie Schwangerschaften bei Frauen, die diesen schwachen Gruppen angehören, verlaufen. Außerdem können sie die Überlebenszeit von Menschen mit bestimmten Krebsformen verbessern. Sozial unterprivilegierte und entwurzelte Viertel tragen dazu bei, daß sich die Menschen gestreßt und frustriert fühlen, und behindern die Entstehung von stützenden sozialen Netzen.

Settings für Menschen mit Behinderungen

Es wird stets Menschen mit Schädigungen und Fähigkeitsstörungen geben und die demographischen Trends in der Region lassen erkennen, daß sich die Zahl in Zukunft noch erhöht. Die wichtigsten Ursachen für Behinderungen sind lokomotorische Störungen, Sehstörungen und Hörprobleme, Verletzungen sowie in zunehmendem Maß geistige Störungen, häufig assoziiert mit Stigmatisierung und Hilflosigkeit.

Schädigungen und Fähigkeitsstörungen müssen jedoch nicht zwangsläufig zu dauerhaften Beeinträchtigungen führen. Nur allzu oft werden Menschen mit Fähigkeitsstörungen von der Gesellschaft ausgegrenzt und zu Behinderten gemacht, wenn ihnen die ihren Mitbürgern normalerweise gebotenen Möglichkeiten versagt werden. In vielen Ländern ist die Integration von behinderten Menschen alles andere als zufriedenstellend. In anderen Ländern sind deutliche Verbesserungen hinsichtlich der Integration Behinderter zu erkennen.

Viele Kinder mit Fähigkeitsstörungen werden in nicht bedarfsgerechten Institutionen untergebracht, in denen sie ihr Potential für die Weiterentwicklung und für ein eigenständiges Leben nicht voll entfalten können. Viele Erwachsene mit Fähigkeitsstörungen finden häufig keine Arbeit oder nur schlecht bezahlte Tätigkeiten. Wirkungsvolle Interventionsmöglichkeiten werden oft durch eine unverhältnismäßige Verteilung der verfügbaren Ressourcen zu Gunsten hochspezialisierter Krankenhaustechnik verwässert. Nur allzu häufig erhalten Tätigkeiten und Dienste für Menschen mit Behinderungen nur geringe gesellschaftliche und berufliche Anerkennung.

ZIEL 13 – SETTINGS ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2015 SOLLTEN DIE MENSCHEN IN DER REGION BESSERE MÖGLICHKEITEN HABEN, ZU HAUSE, IN DER SCHULE, AM ARBEITSPLATZ UND IN IHRER GEMEINDE IN EINEM GESUNDEN NATÜRLICHEN UND SOZIALEN UMFELD ZU LEBEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 13.1 Sicherheit und Qualität des häuslichen Umfelds sollten durch eine Verbesserung der Fähigkeiten des einzelnen und der Familie zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit erhöht werden; ferner sollten die vom häuslichen Umfeld ausgehenden Gesundheitsgefahren reduziert werden.
- 13.2 Menschen mit Behinderungen sollten – in Übereinstimmung mit den United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities¹⁵ – wesentlich bessere gesundheitliche Voraussetzungen und Zugangsmöglichkeiten zum häuslichen, beruflichen, öffentlichen und gesellschaftlichen Leben geboten werden.
- 13.3 Unfälle im Haus und bei der Arbeit sollten auf das in Ziel 10 angegebene Niveau reduziert werden.
- 13.4 Mindestens 50% aller Kinder sollte die Möglichkeit geboten werden, einen gesundheitsfördernden Kindergarten zu besuchen, und 95% sollte es möglich sein, eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen.¹⁶
- 13.5 Mindestens 50% aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden sollten sich aktiv an einem Netzwerk gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen.
- 13.6 Mindestens 10 % aller mittleren und großen Unternehmen sollten sich zur Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebs verpflichten.¹⁷

¹⁵ Gemäß Anhang zur Resolution 48/96 vom 20. Dezember 1993 der Generalversammlung der Vereinten Nationen.

¹⁶ Zu einer gesundheitsfördernden Schule gehören die Aufnahme des Fachs „Gesundheitserziehung“ in den Lehrplan sowie entsprechende Maßnahmen des Gesundheitsdienstes der Schule. Seit 1992 unterstützt die WHO gemeinsam mit der Europäischen Kommission und dem Europarat ein Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen.

¹⁷ Zu den Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebs gehören die Schaffung eines sicheren Arbeitsumfelds, die Entwicklung gesunder Arbeitsverfahren, Programme zur Förderung der Gesundheit und zur Bekämpfung psychosozialer Risikofaktoren am Arbeitsplatz, die Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit der vermarkteten Produkte sowie Beiträge zur Förderung der Gesundheit und des sozialen Wohlbefindens der Menschen in der jeweiligen Gemeinschaft.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Das häusliche und nachbarschaftliche Umfeld

Das Zuhause ist der Ort, wo die gesellschaftliche Kerngruppe, die Familie, ihre gesundheitlichen Probleme erörtern und sich auf stützende und gesunde Lebensweisen einigen sollte. Wie in Kapitel 3 angeführt, kann eine gut geschulte Familiengesundheitsschwester, die Hausbesuche macht, für die gesundheitliche Entwicklung der Familie eine unschätzbare Unterstützung darstellen, und das gleiche gilt für den Hausarzt der Familie.

Das Zuhause ist auch der Ort, an dem die Menschen die meiste Zeit verbringen, deshalb sollte es gesundheitsförderlich sein. Wohnstandards und Bauschriften sollten sicherstellen, daß unbedenkliche und geeignete Materialien und adäquate Baumethoden verwendet werden, daß eine hinreichende Beleuchtung vorhanden ist, daß die Versorgung mit sauberem Wasser funktioniert, daß sanitäre Anlagen, Heizung und Ventilationssysteme vorhanden sind. Außerdem muß dafür gesorgt sein, daß die Gebäude eventuellen Schäden durch natürliche Ursachen widerstehen können, daß sie eine angemessene Schalldämmung haben und die kontinuierliche Energieversorgung für Beleuchtung, Heizung und Kochen gesichert ist.

Die Wohnungsbaupolitik muß zudem im breiteren Kontext der Stadt- und Raumplanung gesehen werden, wozu Aspekte wie die Verbesserung der Gebäudesubstanz, Maßnahmen gegen den Verfall von Städten und Landschaften sowie zur Sanierung von benachteiligten Gebieten zählen. Bedarfsgerechte Gesundheits- und Sozialdienste, öffentliche Verkehrsmittel, Einkaufs- und Erholungsmöglichkeiten sowie die effektive Bekämpfung von Verschmutzung und Lärm sind wesentlich für ein gesundes häusliches Umfeld. Bei den einschlägigen Konzepten sollte man besonders den Schutz derjenigen im Auge haben, die Gefahr laufen, obdachlos zu werden.

Die für Wohnungsbau und kommunale Gestaltung Verantwortlichen sollten nach Lösungen suchen, die Vereinsamung entgegenwirken und soziale Netze stärken. Soziale Netze und soziale Unterstützung verbessern die Gesundheit, stärken den sozialen Zusammenhalt und machen die Gemeinschaften sicherer. Bei Wohnungsbau und Stadtgestaltung sollte man auch besonders darauf achten, daß tägliche körperliche Bewegung gefördert wird, so wie man bei der Planung auch Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedürfnissen, z. B. behinderte und ältere Mitbürger, besonders berücksichtigen sollte.

In vielen Ländern muß während der nächsten 20 Jahre ein erheblicher Teil der Bausubstanz erneuert werden – das bietet die Möglichkeit, in städtische und regionale Entwicklungspläne eine GFA-Perspektive einzubringen, womit man eine tragbare Grundlage für die Zukunft schaffen würde.

Arbeitsumfeld

Hier sollte man das Ziel verfolgen, nicht nur die Expositionsrisiken zu verringern, sondern auch Arbeitgeber und Arbeitnehmer stärker in die Förderung eines sichereren und gesünderen Arbeitsumfelds und in den Abbau von Streß einzubeziehen. Eine Möglichkeit wäre es, wenn man an jedem Arbeitsplatz oder in jedem Unternehmen eine arbeitsplatzspezifische, an der GFA orientierte Politik mit vereinbarten Zielen und einem Aktionsprogramm aufstellen würde. Das könnte in einem Arbeitgeber und Arbeitnehmer umfassenden Gesundheitsausschuß geschehen, der bei diesen gemeinsamen Bemühungen durch die arbeitsmedizinischen Dienste unterstützt wird. In den Programmen sollte es nicht nur um die Prävention und Behandlung von Unfällen und Krankheiten gehen, sondern auch um breitere Fragen wie gesunde Lebensweise und eine gesunde Umwelt. Diese Programme fördern wirksam eine Unternehmenskultur, die Teamarbeit und eine offene Diskussion von Problemen begünstigt, weil man davon ausgeht, daß gesündere Mitarbeiter und bessere menschliche Beziehungen am Arbeitsplatz letztendlich dazu beitragen, Arbeitsmoral und Produktivität der Mitarbeiter zu verbessern.

Zu den Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebs zählen:

- ein sichereres Arbeitsumfeld, wozu Prävention und Bekämpfung von konkreten Gefahren und Reihenuntersuchungen für arbeitsbedingte Risiken und Erkrankungen gehören;
- eine gesunde Arbeitspraxis, wie z. B. ein gesundes Ernährungskonzept in der Kantine und eine Nichtraucherpolitik;
- Programme zur Förderung von Gesundheit innerhalb und außerhalb des Unternehmens;
- Initiativen zur Beseitigung von psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz, beispielsweise durch Beratungsangebote, durch die Förderung von stützenden Netzen, durch die Einführung und hilfreiche Begleitung neuer Mitarbeiter, durch Strategien, die Mitarbeiter beim Verlassen des Unternehmens stützen, durch laufende Unterstützung bei Personalabbau und durch die Beschäftigung mit wichtigen Lebensereignissen wie Elternschaft und Todesfällen in der Familie;
- die Einschätzung der Gesundheitsverträglichkeit der vom Unternehmen vermarkteten Erzeugnisse und
- ein Beitrag zur gesundheitlichen und sozialen Entwicklung in der Gemeinde, wozu auch gehört, daß man aktiv mit der Gemeinde zusammenarbeitet und Verbindungen zu den Arbeitslosen am Ort aufbaut.

Kindergärten und Schulen

Bildungseinrichtungen vermitteln Grundwerte, Können und Wissen, daneben aber sollten sie auch dazu dienen, eine kulturelle Identität und Konzepte von sozialer Verantwortlichkeit, Demokratie, Chancengleichheit und Befähigung zum selbstbestimmten Handeln weiterzugeben und aufzubauen. Alle Kinder sollten das Recht haben, in einem gesundheitsfördernden Kindergarten und einer

gesundheitsfördernden Schule zu lernen, wie sie beispielhaft im Europäischen Netz Gesundheitsfördernder Schulen zu finden ist.

In solchen Einrichtungen verfolgt Erziehung das Ziel, die für einen Verhaltenswandel erforderlichen Fertigkeiten zu vermitteln und zu entsprechendem Handeln anzuregen, d. h., sie vermitteln nicht einfach nur Wissen. Ähnliche Prinzipien wie die oben für Arbeitsplätze angeführten gelten auch für die Stätten des Lernens. In Kindergärten und Schulen sollten Lehrer, Eltern und Kinder also Partner sein, die gemeinsam Programme planen, umsetzen und auswerten, die ihnen ihre grundlegenden gesundheitlichen Wertvorstellungen vermitteln, gesunde Lebensweisen fördern, Unfälle verhindern und die Aneignung grundlegender Lebensfertigkeiten ermöglichen – all das mit der inhaltlichen Unterstützung durch den schulischen Gesundheitsdienst.

Vorschuleinrichtungen und die ersten Grundschulklassen können Gesundheit fördern, indem sie die ethischen Grundlagen schaffen und die grundlegenden, gesundheitsstützenden Einstellungen vermitteln, darüber hinaus aber auch gesunde Eßgewohnheiten einschleifen, zu persönlicher Hygiene anhalten, die grundlegenden Lebensfertigkeiten und ein soziales Verantwortungsgefühl vermitteln. Die Lehrpläne für ältere Kinder und Jugendliche können Gesundheit durch Fertigkeitseinübung und von Gleichaltrigen geleitetes Lernen im Hinblick auf Probleme wie Alkohol-, Drogen- und Tabakgebrauch, sexuelle Gesundheit und Streßbewältigung fördern und ihnen so die für ein Leben in der Gemeinschaft und in der Familie erforderlichen Fertigkeiten vermitteln.

Nicht zuletzt kann man Schulen in Tätigkeiten zur Förderung der Gesundheit und zur Stützung der Gesundheitsversorgung in der Gemeinde einbeziehen, indem man beispielsweise die Kinder dazu ermutigt, ältere alleinlebende Mitbürger zu besuchen oder sich aktiv an Nichtraucherkampagnen zu beteiligen; all das ist wichtig, um ein besseres Verständnis für die konkreten Alltagsprobleme der Menschen zu bewirken.

Gemeinden und Städte

Die Planung einer an der GFA orientierten Gesundheitspolitik für eine Gemeinde mit Gesundheitszielen und einem Aktionsprogramm sowie die laufende Überwachung und Auswertung der Umsetzung bilden ein unabdingbares Element der Arbeit für die GFA, die in allen Mitgliedstaaten von allen Stadt- und Landgemeinden und Städten gut geplant angegangen werden muß. Das „Gesunde Städte“-Netzwerk der WHO in der Europäischen Region (das als Speerspitze einer globalen Initiative diente) umfaßt mittlerweile ungefähr 40 „WHO-Städte“ und nationale Netze in 25 Mitgliedstaaten, denen insgesamt über 1000 Städte in der Region angeschlossen sind, die sich dazu verpflichtet haben, die Gesundheit ihrer Einwohner zu verbessern.

Das Konzept der „Gesunden Stadt“/„Gesunden Gemeinde“ bezieht sich auf die gewählte kommunale Selbstverwaltung und Vertreter der wichtigsten Ressorts wie Gesundheit, Bildung und Soziales, umfaßt aber auch die wichtigsten NGOs, die Medien und die Bevölkerung am Ort. Dem Amtsarzt der Gemeinde und anderen Fachkräften im Gesundheitswesen kommt in dieser Arbeit eine

wichtige inhaltliche Aufgabe und Führungsfunktion zu. Bei größeren Städten empfiehlt es sich, die Planung und strukturelle Gestaltung von Diensten der primären Gesundheitsversorgung in kleinere Sektoren aufzuteilen, da sich dadurch eine stärkere Einbeziehung örtlicher Bürgergruppen und eine erhöhte Relevanz der getroffenen Maßnahmen sicherstellen läßt.

Die städtische Infrastruktur sollte eine qualitativ hochwertige Umwelt ermöglichen, durch die die Gesundheit der Einwohner gefördert und geschützt wird. Das heißt, bei der Stadtplanung sollten die Menschen und ihre Lebensbedingungen im Mittelpunkt der Überlegungen stehen. Zukunftsbeständige städtische Strukturen lassen sich durch ausgewogene Raumplanung und effiziente Platznutzung erreichen. Dabei sollte man es möglichst vermeiden, ganze Gruppen oder einzelne Menschen auszugrenzen, und öffentliche Einrichtungen und Räume müssen allen zugänglich sein. Die Bürger können zu einem friedlichen Miteinander angehalten werden, indem man den aktiven Austausch zwischen Generationen und unter ethnischen, kulturellen und sozioökonomischen Gruppierungen fördert.

Luftverschmutzung, Verkehrsstaus, Lärm und Unfälle lassen sich verringern, wenn man durch Straßenbenutzungsgebühren ein ganzheitliches öffentliches Verkehrskonzept, durch Initiativen, die den öffentlichen Verkehrsmitteln Vorrang einräumen, durch Verkehrsberuhigung, Fahrverbot in bestimmten Gebieten und Parkkontrollen ein effizientes Verkehrswesen fördert. Wenn man mit Stadterneuerungsprojekten darauf hinarbeitet, die Qualität des städtischen Lebens zu verbessern, wenn man den Verbrauch an Wasser, Energie und Materialien einschränkt und Programme zur Mülltrennung, zur Wiedergewinnung und zum Recycling von Abfall durchführt, kann man zukunftsbeständigere Städte schaffen.

Möglichkeiten für Behinderte

Die Gesundheit von Behinderten kann verbessert werden, wenn in der Sozial- und Gesundheitspolitik Menschen mit Behinderungen gleiche Möglichkeiten eingeräumt werden, damit sie in das normale Gesellschafts- und Wirtschaftsleben ihres sozialen Umfelds voll integriert werden können. Behinderte müssen in Hinsicht auf ihr Familienleben, ihre Ausbildung und Beschäftigung, den Wohnbereich, ihren Zugang zu öffentlichen Einrichtungen und ihre Freizügigkeit jegliche gebotenen Möglichkeiten erhalten. Die Maßnahmen sollten darauf abzielen, Hilflosigkeit und Stigmatisierung zu vermeiden.

Eine öffentliche Debatte – gestützt auf Informationen über die breite Palette von Fähigkeitsstörungen – ist dringend erforderlich, um der mit Behinderungen verbundenen Stigmatisierung entgegenzuwirken und um das Bewußtsein zu schärfen, daß Behinderungen allgemeine gesellschaftliche Bedeutung haben, weil jeder in seinem Leben betroffen sein kann. In der Behindertenpolitik müssen Kontrollen der Qualität und Angemessenheit der Gesundheitsdienste für Behinderte geregelt werden. Kampagnen in den Massenmedien, wie beispielsweise die Legasthenie-Kampagne in Schweden, zeigen vielversprechende Ergebnisse. Umfassende pluralistische Ansätze zum Umgang mit Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen sind wirkungsvoller als ein einspuriges Vorgehen.

Frühzeitige Interventionsstrategien sollten Anwendung finden, um den Erfolg spezifischer Maßnahmen zur Unterstützung und Therapie sicherzustellen. Besonders wichtig bleibt die intersektorale Koordinierung, um Training, gesundheitliche Aufklärung, Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln und die Schaffung eines bedarfsgerechten physischen Umfelds für alle sicherzustellen. Am wichtigsten ist jedoch, daß die Behinderten selbst (wie auch ihre Interessenverbände) eine wichtige Rolle im Planungs- und Entscheidungsprozeß für öffentliche Programme auf nationaler und lokaler Ebene erhalten, damit gewährleistet ist, daß ihren spezifischen Erfordernissen Rechnung getragen wird.

5.5 Multisektorale Verantwortlichkeit für die Gesundheit

Wie in den vorherigen Kapiteln und in den Abschnitten 5.1 bis 5.4 oben gezeigt wurde, lassen sich gesunde Lebensweisen nur dann fördern und eine gesunde Umwelt nur dann schaffen, wenn man zahlreiche unterschiedliche Sektoren mobilisiert. Soll die gesundheitliche Entwicklung einem wirksamen Konzept folgen, setzt das deshalb voraus, daß alle gesellschaftlichen Sektoren für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Konzepte und Programme rechenschaftspflichtig sind und nicht nur der Gesundheitssektor erkennt, daß es Vorteile bringt, Gesundheit zu fördern und zu schützen.

Gesundheit und Wohlergehen einer Gesellschaft sind Ausdruck ihrer sozioökonomischen und natürlichen Umwelt, sie zeigen, inwieweit die Menschen imstande sind, gesunde Entscheidungen zu treffen, und sie sind Ausdruck ihres konkreten Lebensrahmens. Gesundheit entsteht eindeutig nicht nur durch ausschließlich vom Gesundheitssektor befolgte Maßnahmen, sie ist vielmehr die Manifestation der gesamten Politik und der Art und Weise, wie die einzelnen Politikbereiche für sich allein oder in Wechselwirkung miteinander Gesundheit fördern oder schädigen. Bisher galten Förderung und Schutz der Gesundheit weitgehend als Aufgabe der im Gesundheitssektor auf der gesamten Skala von der Prävention über die Versorgung bis zur Rehabilitation Beschäftigten. Ziel 14 liegt jedoch der Gedanke zugrunde, daß es jetzt an der Zeit ist, im breiteren Rahmen gesundheitsbewußt zu handeln und Rechenschaft für die Konsequenzen des Handelns einzufordern, und daß man jetzt in allen Sektoren das Bewußtsein dafür stärken muß, welche Ziele man mit dem Schutz der Gesundheit verfolgt.

Will man Rechenschaftspflicht für Gesundheit erreichen, so sind zwei wesentliche Elemente zu berücksichtigen. Erstens müssen alle sozialen und wirtschaftlichen Konzepte oder Programme, die sich auf die Gesundheit auswirken könnten, auf ihre Gesundheitsverträglichkeit hin beurteilt werden, und zweitens muß die Öffentlichkeit verstärkt in die Aufgabe einbezogen werden. Bisher wird noch nicht allgemein erkannt, daß es wichtig ist, die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung auch über den Umweltsektor hinaus auszudehnen. Ganz im Gegenteil, abgesehen vom Sozialsektor, wird in den meisten anderen Sektoren immer noch nicht wahrgenommen, daß sie dazu beitragen, Gesundheit zu schaffen oder auch zu schädigen.

ZIEL 14 – MULTISEKTORALE VERANTWORTUNG FÜR DIE GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN ALLE SEKTOREN IHRE VERANTWORTUNG FÜR GESUNDHEITLICHE BELANGE ANERKENNEN UND AKZEPTIEREN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 14.1 Entscheidungsträger in allen Sektoren sollten bedenken, welchen Nutzen Gesundheitsinvestitionen in ihrem jeweiligen Sektor erbringen können, und ihre Politik und diesbezügliche Maßnahmen dementsprechend ausrichten.
- 14.2 Die Mitgliedstaaten sollten Mechanismen zur Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit schaffen und sicherstellen, daß alle Sektoren für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Konzepte und Maßnahmen rechenschaftspflichtig sind.

STRATEGIEVORSCHLÄGE**5.5.1 Rechenschaftspflicht erreichen**

Gebraucht werden wirksame Mechanismen, darunter Anreize und ggf. Gesetze, mit denen man alle Sektoren für gesundheitsdienliches Handeln motivieren und sie für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Konzepte und ihrer Arbeit zur Rechenschaft ziehen kann. Der Gesundheitssektor trägt zwar die größte, doch nicht die ausschließliche Verantwortung dafür, der Gesundheit auf der politischen Agenda einen höheren Stellenwert zu verschaffen, indem er die wissenschaftliche Grundlage dafür liefert, daß gesundheitliche Anliegen aufgebracht werden, und indem er diese Anliegen an die Regierung, alle Sektoren, die Öffentlichkeit, Spitzenpolitiker und Führungskräfte der Wirtschaft weitergibt. Der Gesundheitssektor sollte sich auch führend für ganzheitliche Gesundheits- und Entwicklungskonzepte einsetzen, die klar definierte Prioritäten, Ziele und Vorgaben sowie verlässliche Indikatoren für die Fortschrittmessung enthalten und transparente Prozesse vorsehen, die es ermöglichen, in anderen Sektoren nach gemeinsamen oder konvergenten Zielsetzungen zu suchen (vgl. Kapitel 7).

Wenn andere Sektoren dazu motiviert werden sollen, gesundheitlich verantwortlich zu handeln, sollten sie ggf. auch immer vorangehen, weshalb der Gesundheitssektor die Initiativen anderer Sektoren, die einen gesundheitlich positiven Einfluß haben, anerkennen und unterstützen muß. Eine solche Anerkennung kann dazu führen, daß man für alle Teile nützliche Bündnisse findet und schafft. Außerdem muß der Gesundheitssektor Mittel und Wege finden, potentiell widersprüchliche Zielsetzungen der einzelnen Sektoren miteinander zu vereinen und zugleich die Wertprinzipien der GFA zu fördern und zu schützen, d. h. er muß als Fürsprecher dieser Prinzipien auftreten und deutlich machen, welche Vorteile gesundheitsdienliches Handeln in anderen Sektoren haben würde.

Rechenschaftspflichtig sind auch die führenden Politiker, die Politik machen, Ressourcen verteilen und Gesetzesvorlagen einbringen – im Gesundheitssektor wie in allen anderen Sektoren. Regierungen, nationale und regionale Parlamente und kommunale Selbstverwaltungen sollten verlangen, daß wichtige Gesetze und Konzepte auf ihre Gesundheitsverträglichkeit hin geprüft werden. In allen Ländern gehört es wesentlich zu einer solchen Rechenschaftslegung, daß die Fortschritte der sozioökonomischen Entwicklung gemessen werden, und zwar als nachweisliche Veränderungen im Gesundheitszustand der Schwächsten.

Ganz ähnlich wie die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sich kritisch mit Wirtschafts- und Bildungspolitik auseinandersetzt, könnte die WHO als unabhängige Instanz auf Ersuchen nationale und regionale gesundheitspolitische Konzepte prüfen. Es gibt dafür bereits Beispiele, wie die Überprüfung der finnischen Politik zur „Gesundheit für alle“ und die „Gesundheits-Audits“ in Slowenien und in Ungarn. Methodisch gesehen sollten Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen relativ einfach und praktisch umsetzbar, zugleich jedoch ausreichend komplex sein, damit deutlich wird, daß Gesundheit durch sozioökonomische Determinanten und die Politik anderer Sektoren beeinflusst wird.

In allen Ländern der Region sollte man es als politisch vorrangig betrachten, daß die Gesundheitsverträglichkeit bestimmter Maßnahmen allgemein bekannt ist. Man kann die Öffentlichkeit stärker in diese Aufgabe einbeziehen, indem man sie breit an Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen beteiligt, die Ergebnisse dieser Prüfungen bekannt macht und öffentliche Untersuchungen und Anhörungen über die gesundheitlichen Auswirkungen größerer Projekte durchführt.

Nationale und regionale Parlamente sowie kommunale Selbstverwaltungen können sicherstellen, daß Informationen verfügbar und zugänglich sind, indem sie regelmäßig über die gesundheitliche Chancengleichheit Bericht erstatten. Den Privatsektor könnte man wirksam für sein Handeln rechenschaftspflichtig machen, wenn man sichern würde, daß börsennotierte Unternehmen auf ihren Jahresversammlungen über die durch die Produktion bewirkte Verschmutzung oder die Schadstoffemissionen sowie über die gesundheitlichen Konsequenzen der Produkte und über Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz berichten und diese Statements auch in ihrem schriftlichen Jahresbericht veröffentlichen. Mit der Einführung von GFA-Wertprinzipien in die berufsethischen Leitlinien für die unterschiedlichsten volkswirtschaftlichen Experten und Manager könnte man die Rechenschaftspflicht für Chancengleichheit und Nachhaltigkeit in Gesundheit und Entwicklung sehr weitgehend fördern. Beispielsweise haben Journalisten in letzter Zeit auf dieser Grundlage ethische und berufliche Verhaltensregeln aufgestellt.

Nichtstaatliche Organisationen (NGOs) sind auf allen Ebenen als Akteure des Wandels unentbehrlich. Sie stärken in der Öffentlichkeit das Bewußtsein für Trends in Gesundheit und Umwelt und für deren Konsequenzen und zeigen auf, wie man Wirtschafts- und Sozialsysteme anders und nachhaltig gestalten könnte.

5.5.2 Gesundheitsdienliche Maßnahmen anderer Sektoren

Dieser Abschnitt sollte der Beginn eines Dialogs mit anderen Sektoren sein, in dessen Verlauf deutlich werden soll, wie sie Gesundheit fördern und davon profitieren können. Die verschiedenen Grundsatzoptionen sollen als erster Analyseansatz dienen, und die Liste ist keineswegs erschöpfend. Ein wichtiges Ziel im 21. Jahrhundert sollte es sein, die Bandbreite der (sich auf die gemeinsamen Interessen des Gesundheitssektors und anderer Bereiche gründenden) Optionen zu erweitern. Die hier angegebenen Beispiele bauen auf der Vorstellung auf, daß Förderung und Schutz der öffentlichen Gesundheit wesentliche Kriterien für die Wahl von Konzepten und Strategien im Wirtschafts- und Sozialsektor sein sollten und daß andere Sektoren, wenn sie diese Kriterien übernehmen, damit oft auch ihren eigenen Zielen dienen.

In Handel und Industrie setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, daß eine umweltfreundliche und gesundheitsverträgliche Praxis Vorteile bringt. Diese Haltungsänderung ist nicht nur eine Reaktion auf den vom Gesundheitssektor ausgehenden Einfluß, sondern auch darauf zurückzuführen, daß die Verbraucher zunehmend nach umweltfreundlichen und gesundheitsfördernden Produktionsprozessen und Erzeugnissen verlangen. Immer häufiger richtet sich der Preis von Produkten nach den realen Kosten, d. h. mit anderen Worten, daß darin auch die Folgen für Gesundheit und Umwelt mitberücksichtigt werden. Die Verbraucher wissen immer besser, wofür sie bezahlen, und oft sind sie bereit, für ein Produkt mehr zu bezahlen, wenn sie wissen, daß es sicher und gesund und mit ungefährlichen Methoden hergestellt wurde.

DIE INITIATIVE VON VERONA

Um pragmatische Wege zur Erleichterung der Zusammenarbeit unter den für die Gesundheit entscheidenden Akteuren/Partnern aufzuzeigen, wurde 1998 die Initiative von Verona ins Leben gerufen. Ziel dieser Initiative ist, die Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei der sektorübergreifenden Zusammenarbeit zu verdeutlichen und die mögliche Wirkung von Grundsatzentscheidungen über Determinanten von Gesundheit bewußtzumachen. Die „Verona Benchmarks“ bieten einen Rahmen zur Beurteilung der Kapazität von Ländern, Regionen und örtlichen Gemeinschaften, eine intersektorale Zusammenarbeit in Einklang mit dem Konzept und den Prinzipien der GESUNDHEIT21 zu realisieren. Gegenwärtig laufen in Italien, im Vereinigten Königreich und in Österreich dreijährige Pilotprojekte. Weitere Länder, z. B. Finnland, werden wahrscheinlich ebenfalls derartige Demonstrationsprojekte vorsehen.

Energie

Eine nachhaltige Energieversorgung ist grundlegend wichtig für die Haushalte und für die volkswirtschaftliche Produktion. Der Energiesektor kann in Gesundheit und Umwelt investieren, indem er die Luftgüte in Städten verbessert und die Emissionen von Treibhausgasen zurückfährt, sauren Niederschlag und andere Unfälle verhindert. Der Sektor kann auch in die Gesundheit der in diesem Bereich Beschäftigten und in die Gesundheit der in der unmittelbaren Umgebung von Kraftwerken lebenden Menschen investieren.

GRUNDSATZOPTIONEN

- Einbeziehung der „externen“ Umweltkosten in die Energiepreise, so daß sie (vor allem in Mittel- und Osteuropa) die realen Marktpreise besser widerspiegeln und zur Erhaltung von Energie beitragen. Einsatz wirtschaftlicher Instrumente wie Verschmutzungsabgaben, Steuern und handelbare Zertifikate.
- Eine offene und ehrliche Debatte und neue Strategien der Energieproduktion und -nutzung unter Einbeziehung von Fachleuten und der Gesellschaft als solcher.
- Energiepolitische Konzepte, durch die erneuerbare Energiequellen begünstigt und Grenzwerte für die durch Treibstoffverbrennung freigesetzten Schwefelemissionen festgelegt werden (die Umstellung auf Erdgas bewirkt, daß pro Energieeinheit weniger Schwefel anfällt).
- Energieeffizienzprogramme, die sich auf die Betriebseffizienz von Kraftwerken und Energieversorgungsnetzen sowie auf Energieeinsparungen im Verkehr und in den Haushalten konzentrieren.
- Maßnahmen, die gemäß Übereinkommen über weitreichende grenzüberschreitende Umweltverschmutzung die grenzüberschreitenden Umweltauswirkungen des Energiesektors verringern.

Verkehr

Wenn Menschen und Güter beweglich und zugänglich sein sollen, braucht man einen effizienten Verkehrssektor. Dieser Sektor erbringt in der EU 7–8% des BSP. Der Straßenverkehr gehört zu den am schnellsten wachsenden Energiemärkten der Europäischen Region. Vor allem im Ostteil der Region ist zu erwarten, daß die Zahl der Autos auf den Straßen künftig spürbar zunimmt. Zwischen 1990 und 2010 wird sich der Personen- und Frachtverkehr auf der Straße wahrscheinlich verdoppeln, wenn dagegen nicht bald mit besonderen Maßnahmen vorgegangen wird. Wenn die derzeitigen Trends anhalten, werden die durch den Verkehr bewirkten Kohlendioxidemissionen zwischen 1990 und 2000 um weitere 25% ansteigen. In Mittel- und Osteuropa wird der relative Anstieg sogar noch größer sein. Der für den Straßenverkehr zuständige Sektor muß sich führend darum bemühen, die Luftqualität zu verbessern, Lärm und Staus (vor allem in städtischen Ballungsgebieten) einzuschränken und Energie zu erhalten. Die im OECD-Bereich durch den Verkehr anfallenden Sozial- und Umweltkosten werden auf nahezu 5% des BSP veranschlagt.

Verletzungen durch Straßenverkehrsunfälle belasten Europa stark und in wachsendem Maße. Kraftfahrzeuge erhöhen das Krankheitsrisiko aber auch indirekter: Die Menschen bewegen sich weniger, sie leben zu weit auseinander, so daß sich Kinder nicht ohne Hilfe von Erwachsenen fortbewegen können, und die Infrastruktur, z. B. das Straßennetz, wirkt sich stark negativ auf die Qualität der Umwelt aus.

SEKTORÜBERGREIFENDE MASSNAHMEN ZUR VERRINGERUNG VON VERKEHRSunFÄLLEN

Anfang der 1970er Jahre hielt Dänemark den traurigen Rekord, daß dort im Vergleich zu den übrigen westeuropäischen Ländern die meisten tödlichen Verkehrsunfälle unter Kindern vorkamen. Deshalb ließ man in Odense ein Pilotprojekt anlaufen, und zwar mit einem mittlerweile ständigen Etat von ungefähr 150 000 US-Dollar pro Jahr. 45 Schulen machten sich gemeinsam mit Unfallspezialisten, Planungsbehörden, Polizei, Krankenhäusern und Straßenamt daran, festzustellen, welche Gefahren auf den Straßen unbedingt beseitigt werden mußten. Ein Netz von verkehrsfreien Fußgänger- und Fahrradwegen wurde angelegt, gleichzeitig führte man Geschwindigkeitsbegrenzungen ein, engte die Straßen ein und baute Verkehrsinseln. Die Pilotuntersuchung war sehr erfolgreich, weshalb man in 65 von 185 vorgeschlagenen Orten das dänische Programm „Sicher zur Schule“ eingeführt hat, worauf die Zahl der Unfälle um 85% zurückgegangen ist.

Quelle: Walking and cycling in the city. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Local authorities, health and environment series, No. 35).

GRUNDSATZOPTIONEN

- Eine einheitliche Verkehrspolitik für den privaten und öffentlichen Verkehr, durch die eine Verringerung des Straßenverkehrs mit Benzinkraftfahrzeugen begünstigt wird, die Stickstoffdioxid- und Kohlenstoffemissionen von Kraftfahrzeugen begrenzt werden und auf den Straßen Tempolimits vorgeschrieben werden.
- Steuerpolitische Maßnahmen, gesetzliche Vorschriften sowie Forschungs- und Entwicklungsprojekte zur Verringerung der Umweltverschmutzung und zur Verlagerung des Verkehrs auf Schiene und Wasser, die weniger umweltverschmutzend sind und eine bessere Ausnutzung der Energie ermöglichen.
- Umstrukturierung der bestehenden Energiesteuern mit stärkerer Belastung von Benzin und Kraftfahrzeugen, so daß Verschmutzung stärker besteuert wird.
- Spezifische verkehrspolitische Konzepte zum Schutz der Verbraucher und zur Verhinderung von Verletzungen, d. h. Kraftfahrzeuge und Straßen, bei denen Sicherheit bereits mitgeplant wäre, Maßnahmen, die Alkohol am Steuer verhindern, und Programme, die Gesundheit und fachliches Können der in diesem Sektor Beschäftigten sicherstellen.

Industrie

Alle Länder brauchen eine leistungsfähige Industrie – sie ist die primäre Quelle von Gütern, Dienstleistungen, Beschäftigung und Wohlstand. Eine nachhaltige und profitable industrielle Tätigkeit heißt, daß man in Gesundheit und Umwelt und durch die Arbeitsmarktpolitik auch in Entwicklung und Wohlergehen der Menschen investiert. Versagt die Industrie in dieser Hinsicht, so ist sie direkt verantwortlich für einen Großteil der Umweltverschmutzung, die wiederum zu Umwelt- und Gesundheitsdefiziten führt und umfassende industrielle Störfälle mit schweren gesundheitlichen Folgen verursachen kann. Die Öffentlichkeit wird immer häufiger Gesundheitsgefahren ausgesetzt und nimmt kritisch zu diesen Risiken Stellung, weshalb sich in der industriellen Tätigkeit,

unterstützt durch öffentliche Meinung und Nachfrageverhalten der Verbraucher ein spürbarer Wandel vollzogen hat. Bereits durch geringfügige Umstellungen kann die Industrie Mittel freisetzen, die nicht nur Gesundheit verbessern, sondern auch die Wirtschaftlichkeit erhöhen können. Investition in Gesundheit lohnt sich, gesunde Produkte können sich als wirtschaftlich rentabler erweisen.

In vielen Industriezweigen erkennt man heute an, daß sehr viel breitere Kreise ein legitimes Interesse daran haben, wie die Industrie arbeitet. Zu diesen Interessenten gehören nicht nur die Aktionäre und Kreditoren eines Unternehmens und der Gesetzgeber, sondern auch die Beschäftigten, die Kunden, die Zulieferer, Handelsverbände, Bürger- und Umweltgruppen, die Öffentlichkeit insgesamt und im weitesten Sinne auch die künftigen Generationen. Die Industrie setzt sich zunehmend offen Ziele, die der Gesundheit dienen und Verschmutzung verringern sollen, und führt die dafür erforderlichen Investitionsprogramme durch.

GRUNDSATZOPTIONEN

- Der Preis von Erzeugnissen muß die gesundheitlichen Kosten ihrer Produktion widerspiegeln.
- Sauberere Prozesse und Präventivstrategien mit weiteren Materialersparnissen, Einbeziehung der Müllentsorgungskosten und Produkthaftungsabgaben.
- Aufstellung von Verzeichnissen über toxische Emissionen, die öffentlich zugänglich sein müssen.
- Produzenten, die direkt gesundheitsgefährdende Produkte vermarkten (was beispielsweise für den Extremfall der Tabakindustrie zutrifft), sollten die volle Verantwortung für die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Kosten ihrer Produkte übernehmen.
- Im Herstellerland verbotene Produkte sollten nicht in andere Länder exportiert werden; vor allem medizinische und pharmazeutische Erzeugnisse sollten durch internationale Übereinkommen reguliert werden, um ihre Unbedenklichkeit, Umweltverträglichkeit und Relevanz zu sichern.
- „Gesunde Unternehmens/Betriebs“-Initiativen sollten initiiert werden, um den Erfahrungsaustausch über die beste Praxis am Arbeitsplatz zu erleichtern, die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor zu fördern und den Unternehmen die Möglichkeit zu bieten, sich als gesunde Produzenten „zertifizieren“ zu lassen.

RECYCLING VON ABFALL UND VERBESSERUNG DER GESUNDHEIT

In der dänischen Stadt Kalundborg tauschen ein Kraftwerk, eine Ölraffinerie, ein Medizinalunternehmen, ein Fasergipswerk, ein Zementhersteller, Bauern und das die Bewohner der Stadt versorgende Fernwärmenetzwerk durch eine kooperative Vereinbarung Industrieabfälle gegen Abwärme. Alle Beteiligten profitieren finanziell von diesem praktischen Modell eines kleinen industriellen Ökosystems.

Die Verschmutzungsprävention dieser Art folgt einer natürlichen Hierarchie der für die Abfallwirtschaft offenstehenden Optionen. Abfall wird bereits an der Quelle verringert. Anfallende Abfälle werden wiederverwendet oder aufbereitet und wiederverwendet, vorzugsweise direkt vor Ort. Sie gehen also direkt in den Produktionsprozess zurück. Abfälle, die nicht verhindert oder aufbereitet und wiederverwendet werden können, werden mit der neuesten Technologie behandelt, um sie zu entgiften, zu beseitigen oder zu vernichten.

Quelle: World Resources Institute. *World resources 1994–95. A guide to the global environment.* Oxford, Oxford University Press, 1994.

Landwirtschaft und Lebensmittelsektor

Die Landwirtschaft zählt zu den grundlegenden gesellschaftlichen Dienstleistungssektoren. Sie produziert Nahrungsmittel, eine Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden. Der landwirtschaftliche Sektor trägt jedoch auch die Verantwortung für den Schutz und die Verbesserung der Umwelt, für die Erhaltung der Süßwasserressourcen, die Aufrechterhaltung einer nachhaltigen Entwicklung in Landgemeinden und für die Einhaltung der Lebensmittelsicherheit. Außerdem trägt er zur Förderung einer gesunden Ernährung bei. Mit der unter den Verbrauchern wachsenden Kritik an den Umweltauswirkungen landwirtschaftlicher Methoden und der fehlenden Lebensmittelsicherheit in der Landwirtschaft hat sich die Einstellung zur Landwirtschaft in letzter Zeit gewandelt (z. B. auch im Zusammenhang mit BSE).

In den Industrieländern schlucken Landwirtschaft und Nahrungsmittelsektor etwa 30% des Energieverbrauchs. 10% dieser Energie beanspruchen Landwirtschaft und Viehhaltung. Transport, Verpackung und Lebensmittelverarbeitung beanspruchen dagegen ganze 90%. Die potentiellen gesundheitlichen Vorteile einer verbesserten Lebensmittelverfügbarkeit müssen gegen die gesundheitlichen Auswirkungen einer langfristigen Klimaveränderung abgewogen werden. Alle, die ein Interesse am Landwirtschaftssektor haben, sind auch an einer nachhaltigen Lebensmittelproduktion, an Umweltschutz und Förderung der Gesundheit interessiert. Das gilt für die Primärerzeuger, die agrochemische Industrie, für die Verbraucher, den Verkehrssektor und für alle, die mit Wassergewinnung zu tun haben.

GRUNDSATZOPTIONEN

- Förderung innovativer Anbaumethoden, darunter auch Standards für den Agrochemikaliengehalt im Wasser, die Raumplanung und Bodennutzung in der Nähe von Wasserwerken und Erholungsgebieten.
- Konzertierte Maßnahmen auf kommunaler Ebene zur Wahrung der Qualität und Quantität von Süßwasserressourcen.
- Aufklärung und gesetzliche Maßnahmen zum Schutz der Ökosysteme und der Verbraucher vor den möglichen Nebenwirkungen einer Genmanipulation.
- Preispolitische Maßnahmen und Forschungs- und Entwicklungsprojekte, um einen niedrigeren Fettkonsum und einen höheren Verzehr von Obst und Gemüse sicherzustellen, wobei vor allem die ärmeren sozioökonomischen Gruppen angesprochen werden sollten.
- Ein verbesserter Dialog mit den Verbrauchern.
- Mehr Investitionen in Bioanbaumethoden und die örtliche Produktion von unbedenklichen und nachhaltigen Lebensmitteln, um die Arbeitsplätze und die Gesundheit in den einzelnen Gemeinden zu schützen.
- Enge Zusammenarbeit zwischen WHO, WTO und FAO und Befolgung des Codex Alimentarius, um die durch Handelserzeugnisse übertragenen Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen zu verringern.
- Beurteilung globaler Politiken (wie der Reformen der gemeinsamen Landwirtschaftspolitik der EU) im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Umwelt.

Tourismus

Der Tourismus hat sich in der Region zu einem wichtigen Wirtschaftszweig entwickelt und wird auch im Osten der Region weiter an Bedeutung zunehmen. 1990 machte der Tourismus etwa 5,5% des BSP in der EU aus, und bis zum Jahr 2000 wird er in den europäischen Ländern voraussichtlich ein Volumen von fast 400 Millionen Übernachtungen erreichen. Städte- und Kulturreisen werden künftig vermutlich zunehmen, da diese Form des Fremdenverkehrs schon jetzt immer beliebter wird. Der Erfolg des Tourismus hängt von der Qualität der natürlichen und durch den Menschen geschaffenen Umwelt ab; allerdings kann der Tourismus selbst auch zur Umweltbelastung werden und damit seine eigene Entwicklung gefährden. Zu den Umweltfolgen des Tourismus zählen die Entstellung von Landschaften durch die Erschließung für den Fremdenverkehr, die Erosion von Küstenstrichen und Gebirgshängen, das achtlose Wegwerfen von Abfällen, der Verlust natürlicher Lebensräume und die Überbelastung der Wasserressourcen.

Bestimmte Mittelmeergebiete leiden während der Sommersaison, wenn die Touristen ins Land strömen, häufig unter Wasserknappheit. In allen Meeren und Seen der Region ist das Badewasser

weitgehend durch Abwässer und industrielle Verschmutzung kontaminiert. Etwa 70% der kommunalen Abwässer des Mittelmeergebiets werden unbehandelt ins Mittelmeer eingeleitet, was bewirkt, daß Badegewässer und Schalentiere verkeimt sind. Im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten kommt es, besonders dann, wenn die Betroffenen betrunken sind, im Wasser zu Unfällen, bei denen Menschen ertrinken oder sich Rückgratverletzungen zuziehen. Beim Sonnenbaden setzen sich die Menschen verstärkt der ultravioletten Strahlung aus, was zu einer erhöhten Hautkrebsinzidenz führen kann. In Berggebieten ist die Gesamtumweltbelastung durch den Skisport erheblich, wobei die schlimmsten Auswirkungen in den Alpen zu beobachten sind. Jedes Jahr strömen in dieses Gebiet von etwa 190 000 km² 100 Millionen Touristen ein. Schutz der Umwelt und Schutz der Touristen und der Bevölkerung am Ort sollten die übergeordnete Zielsetzung einer nachhaltigen Fremdenverkehrspolitik sein.

GRUNDSATZOPTIONEN

- Infrastrukturinvestitionen für Wasserversorgung, Abwasser- und Müllentsorgung und strenge Vorschriften zur Regelung des Abfallaufkommens aus Industrie und Haushalten, um die Fremdenverkehrs- und Erholungsgebiete zu erhalten und die Touristen zu schützen.
- Freizeit- und Erholungsprogramme, die Bewegung, persönliche Entwicklung, Bewältigungsfähigkeiten und Entspannung fördern.
- Unterkünfte und andere Einrichtungen, die ein sicheres Umfeld für sexuelle Beziehungen bieten, eine rauchfreie Umwelt und einen verantwortlichen Umgang mit Alkohol fördern.
- Maßnahmen, die einen besser auf das ganze Jahr verteilten Fremdenverkehr sichern.
- Investitionen in naturbelassene Ökosysteme und Wiederherstellung naturbelassener Ökosysteme zur Verbesserung der biologischen Artenvielfalt.

Finanzsektor

Der Finanzsektor kann die Arbeit für Umwelt- und Gesundheitsziele entscheidend unterstützen. Preispolitische und steuerpolitische Maßnahmen zählen zu den wirksamsten Instrumenten, die vom Staat, den einzelnen Sektoren, den Kommunen, den einzelnen Menschen und der Gesellschaft als ganzer eingesetzt werden können. Oft werden diese Möglichkeiten jedoch noch nicht ausreichend dazu genutzt, die Entwicklung der Menschen und eine nachhaltige, Wohlbefinden und Gesundheit mit sich führende Volkswirtschaft zu fördern.

GRUNDSATZOPTIONEN

- Einführung einer Steuerpolitik zum Abbau von Einkommensungleichheiten, zur Förderung einer nachhaltigen Entwicklung, zum Schutz der Umwelt und zur Förderung der Gesundheit.

- Die Banken müssen die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in ihren Kriterienkatalog für die Vergabe von Krediten und Investitionsmitteln aufnehmen.
- Staatliche Anreize sollten für die Herstellung gesundheitsförderlicher Produkte vorgesehen werden; Steuern sollten der Produktion gesundheitsschädlicher Erzeugnisse entgegenwirken.
- In die Preisfestsetzung für industrielle Produkte sollten auch die Kosten der durch diese Produkte entstehenden gesundheitlichen Schäden einfließen.
- Anpassung der Meßzahl für das Bruttosozialprodukt, so daß dieses die positiven und negativen Einflüsse auf die Entwicklung der Menschen, auf Gesundheit und Umwelt widerspiegelt.

EINE GESUNDHEITSDIENLICHE STEUERREFORM IN DEN NIEDERLANDEN

Mit dem Steuergesetz von 1996 wurde eine Energiesteuer auf den Gas- und Elektrizitätsverbrauch der Haushalte und bestimmte Ölprodukte erhoben; diese CO₂-Steuer soll dazu beitragen, daß die Niederlande bis zum Jahr 2000 die Ziele erreichen, die sich das Land für die CO₂-Emissionen gesetzt hat. Der Gegenwert von 1 Milliarde US-\$ aus diesen Einkünften fließt durch die Umstrukturierung der Personenbesteuerung an die Haushalte und durch die Senkung der von den Arbeitgebern zu entrichtenden Sozialbeiträge an die Unternehmen zurück, d. h. man besteuert statt der Einkommen die Schadstoffe. Diese Besteuerung trägt dazu bei, die Verschmutzung zu verringern, und macht zugleich deutlich, was sie die Gesellschaft kostet, was auf die Dauer gesehen wiederum zu einer besseren Gesundheit führt, weil die Luftgüte verbessert wird, man die Ressourcen effizienter nutzen kann und eine nachhaltigere Wirtschaftsleistung erzielt. Der potentiell regressive Charakter der CO₂-Besteuerung läßt sich durch andere progressive Steuern im Gesamtsteuersystem ausgleichen.

Quelle: Vos, H. Environmental taxation in the Netherlands. In: O Riordan, T. ed. *Exotaxation*. London, Earthscan Publications, 1997.

Sozialsektor

Der Sozialsektor reagiert auf die durch Armut und soziale Ausgrenzung entstehenden Probleme und bemüht sich darum, sozial bedingte Krankheiten zu verhindern. Insofern trägt der Sektor stark zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden bei. Die Sozialpolitik wird z. Z. in vielen Ländern debattiert, da man erlebt, daß die Sozialausgaben durch sich wandelnde demographische Trends und anhaltende Arbeitslosigkeit zunehmend belastet werden.

GRUNDSATZOPTIONEN

- Ein soziales Sicherheitsnetz, vor allem für die Volkswirtschaften, die sich in der Umstellung befinden oder einen Konjunkturabschwung erleben.
- Sicherung einer familienfreundlichen Sozialpolitik, die allgemeine und elterliche Fürsorge als soziales Recht anerkennt.

- Ausgewogene Berücksichtigung der Tatsache, daß Eltern arbeiten müssen, sich zugleich jedoch um ihre Kinder kümmern wollen.
- Festsetzung von Standards für Wohnunterkünfte, Einkommen und Sozialleistungen, die auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen zugeschnitten sein müssen.
- Engere Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor bei der Erbringung einer gemeindeorientierten primären Gesundheitsversorgung.

Justiz und Gesetzgebung

Die Justiz ist verantwortlich für die Umsetzung von Gesetzen zum Schutz der Umwelt und zur Förderung der Gesundheit, und sie ist bei Verstößen gegen Gesetze zum Umwelt- und Gesundheitsschutz für gesetzliche Gegenmaßnahmen zuständig. Mit der Globalisierung bieten sich verstärkt Möglichkeiten, die gesetzlichen Vorschriften einzelner Länder zu umgehen oder nicht einzuhalten.

GRUNDSATZOPTIONEN

- Gesetze auf einzelstaatlicher Ebene, die eine Umsetzung der Weltgesundheitserklärung erleichtern, und zwar in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit allen, die an Gesundheits- und Umweltfragen interessiert sind.
- Harmonisierung der Rechtssysteme und Haftungsbestimmungen in verschiedenen Ländern, wodurch sichergestellt werden soll, daß Tätigkeiten in einem Land der Umwelt in anderen Ländern nicht schaden oder dort Schädigungen verursachen dürfen.
- Erleichterung des gerichtlichen Vorgehens gegen Handel und Industrie bei konkreten Gesundheitsschäden.

Medien

Die Massenmedien in allen ihren Formen beeinflussen zunehmend die Wertvorstellungen und prägen die öffentliche Meinung, die Wahrnehmung und das Verhalten der Bevölkerung in gesundheitlichen Fragen. Die sich rasch entwickelnde Kommunikationstechnologie, u. a. die Telekommunikation, macht die Massenmedien noch einflußreicher.

Die Thematik Gesundheit und Wellness gehört zu den Wachstumsmärkten im Medien- und Kommunikationsbereich. Einerseits bietet sich damit die Möglichkeit, gesundheitliche Aufklärung zu leisten und gesundheitsgefährdende Aktivitäten öffentlich anzuprangern. Andererseits besteht aber auch die Gefahr, daß Werbung und Marketing in allen ihren Formen den Interessen der Risikoproduzenten, z. B. der Alkohol- und Tabakindustrie dienen, indem sie ungesunde Verhaltensweisen fördern.

GRUNDSATZOPTIONEN

- Partnerschaften für „gesunde Kommunikation“ (zwischen Staat, Bezirks- und Kommunalbehörden, Gesundheitsinstituten, Industrie und Handel, Verbraucherverbänden) für eine korrekte, relevante und rasche Gesundheitsinformation.
- Fortbildung und ethische Verhaltensregeln für alle Multiplikatoren/Akteure im Bereich gesundheitsbezogene Kommunikation.

Gesundheitssektor

In diesem Kapitel geht es nicht um den Gesundheitssektor, obwohl er selbstverständlich entscheidende Anstöße für multisektorale gesundheitliche Maßnahmen liefert und zugleich ein wichtiger Partner ist. Mit der gemeinsamen Verantwortung und der partnerschaftlichen Zusammenarbeit der Sektoren befaßt sich Kapitel 7, während der Schwerpunkt von Kapitel 6 auf den Maßnahmen im Gesundheitssektor liegt.

Ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung

Ziel 15 – Ein integrierter Gesundheitssektor

Ziel 16 – Qualitätsbewußtes Management der Versorgung

Ziel 17 – Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung

Ziel 18 – Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben

6.1 Einleitung

Die GFA-Strategie ist – was Umfang und Inhalt des Gesundheitssektors angeht – notwendigerweise breit angelegt, weil so viele Determinanten von Gesundheit außerhalb der Einflußsphäre der klinischen Versorgung liegen. Das zentrale Ziel des im Zuständigkeitsbereich eines Gesundheitsministeriums bzw. einer Gesundheitsbehörde liegenden Gesundheitssektors besteht in der Verbesserung der Gesundheit: Zu diesem Zweck bietet der Gesundheitssektor entsprechende Dienste an, ist verantwortlich für die Formulierung der Gesundheitspolitik und für das Management im Gesundheitswesen und führt Maßnahmen durch, die sich sowohl an den einzelnen Bürger/Patienten als auch an die Gemeinschaft/Bevölkerung richten.

Die Gesundheitsdienste umfassen die Strukturen und Fachkräfte, die der Gesundheitsförderung, der Krankheitsprävention, der Behandlung und Rehabilitation dienen, wobei hierzu speziell ausgewiesene und zugewiesene Ressourcen verwendet werden.

Die Gesundheitsdienste leisten einen äußerst wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Sie verbrauchen einen beträchtlichen Teil der wirtschaftlichen Ressourcen und zählen in jedem Land zu den größten Arbeitgebern. Außerdem vermitteln sie dem einzelnen Bürger auch ein Gefühl

der Sicherheit und sorgen in der Gesellschaft für ein Klima des Vertrauens; dies sind wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung der Wirtschaft und generell für die Gesellschaft insgesamt.

Die Bedingungen, unter denen in einer Gesellschaft Gesundheitsleistungen erbracht werden, unterliegen einem tiefgreifenden demographischen, wirtschaftlichen, politischen und sozialen Wandel, der von einem wachsenden Nachfragedruck begleitet wird. Die steigende Zahl älterer Menschen sowie zunehmende Armut, Arbeitslosigkeit und Migration – Faktoren, die alle zu mehr chronischen Krankheiten und Behinderungen führen – belasten das gesamte Gesundheitswesen immer stärker; hinzu kommt, daß der Einsatz neuer Technologien und Therapien wesentlich zu einer Steigerung der Kosten beiträgt. Dies hat dazu geführt, daß in allen Ländern Kostenüberlegungen immer wichtiger werden.

In den letzten Jahren wurden in vielen Ländern der Region Gesundheitsreformen durchgeführt. Dabei haben viele Regierungen ihre Rolle bei der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten überdacht und im Bereich der Leistungserbringung marktwirtschaftliche Mechanismen eingeführt. Zu den Ansätzen, die in diesem Zusammenhang verfolgt wurden, gehören der Käufer-Anbieter-Split sowie die Einführung von Wettbewerbselementen in der Gesundheitsversorgung und unterschiedliche Zahlungsmodalitäten. Auch wenn in vielen Ländern die Absicht besteht, das Gesundheitswesen in Richtung auf die primäre Gesundheitsversorgung umzuorientieren, haben diese Absichten vielfach noch zu keinen praktischen Ergebnissen geführt. Dagegen wurde der Einführung sowie der Ausbildung und den Funktionen von Allgemeinpraktikern/Hausärzten mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

Die Kluft, die in bezug auf die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten zwischen einzelnen Ländern sowie zwischen verschiedenen Regionen und sozialen Gruppen innerhalb eines Landes besteht, wird größer, und für viele Länder im östlichen Teil der Europäischen Region der WHO ist die Situation mittlerweile kritisch. In vielen Fällen haben Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung gelitten. Generell wird die Versorgung selbst – und vor allem die kurative Versorgung – überbetont, während der Gesundheitsförderung, der Krankheitsprävention und der Rehabilitation wesentlich weniger Aufmerksamkeit geschenkt wird, als nötig wäre.

DIE CHARTA VON LJUBLJANA

Die Konferenz in Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung war ein Meilenstein für die Analyse von Trends in bezug auf Reformen im Bereich der Gesundheitsversorgung in Europa. Auf der Konferenz wurden Herausforderungen und Sachzwänge ermittelt, und es fand ein reger Erfahrungsaustausch statt. Außerdem wurden auch gemeinsame Grundprinzipien untersucht, die den Gesundheitsversorgungssystemen der einzelnen Länder zugrunde liegen. Diese Bemühungen führten dazu, daß die Charta von Ljubljana 1996 von allen Mitgliedstaaten verabschiedet wurde.

Die Charta befaßt sich mit Gesundheitsreformen im spezifischen Rahmen der Europäischen Region und geht dabei von dem Grundsatz aus, daß die Gesundheitsversorgung in erster Linie dazu beitragen sollte, den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Menschen zu verbessern. Sie unterstreicht die Tatsache, daß Gesundheitsreformen integraler Bestandteil der generellen Gesundheitspolitik sein sollten. Der erste Schritt dazu ist die Entwicklung eines GFA-Konzeptes und anschließend die Formulierung geeigneter Reformstrategien.

Ferner wird in der Charta betont, daß in der Gesundheitsversorgung:

- die Grundsätze der Würde des Menschen, der Verteilungsgerechtigkeit, der Solidarität und der Berufsethik geachtet werden müssen;
- ein Bezug zu klar formulierten Zielen für einen gesundheitlichen Zugewinn bestehen muß;
- die Bedürfnisse der Bürger befriedigt werden müssen;
- eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität angestrebt werden muß;
- eine Finanzierung sichergestellt werden muß, die eine nachhaltige Gesundheitsversorgung aller Bürger ermöglicht;
- die primäre Gesundheitsversorgung im Vordergrund stehen muß.

Die Charta unterstreicht, was getan werden muß, um den Wandel erfolgreich zu bewältigen: Es sind kohärente gesundheitspolitische Konzepte zu erarbeiten; der Stimme und den Wünschen der Bürger muß Gehör geschenkt werden; das System der Leistungserbringung muß umgestaltet werden; die menschlichen Ressourcen müssen umorientiert werden; das Management muß gestärkt werden; und es muß aus den Erfahrungen anderer gelernt werden.

Aus der Charta von Ljubljana ergeben sich weitreichende Folgen für Gesundheitsreformen in Europa. Im letzten Jahrzehnt konzentrierten sich Gesundheitsreformen eher auf Sachthemen als auf die Gesundheit. In erster Linie ging es um eine marktwirtschaftliche Ausrichtung und Kostendämpfung, und es wurden viele Instrumente entwickelt, um in der Gesundheitsversorgung Wettbewerb zu schaffen. Durch die Konferenz von Ljubljana und die dort ausgearbeitete Charta wurden diese Reforminstrumente – vor allem die auf mehr Wettbewerb ausgerichteten Instrumente – in bezug auf ihre Wirkungen auf die Gesundheitssituation in Frage gestellt. Es zeigte sich nämlich, daß zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse finanzielle Mechanismen und Anreizsysteme auf der Angebotsseite und nicht auf der Nachfrageseite ansetzen müssen. Die Charta von Ljubljana hat erfolgreich den gesundheitlichen Zugewinn wieder in den Mittelpunkt des Interesses gerückt und die Entwicklung erneut in Richtung ergebnisorientierter Konzepte gelenkt.

Quelle: Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung in Europa. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (Dokument EUR/ICP/CARE 9401/CN01 Rev.1).

Nach dem bisher vorherrschenden internationalen Modell besteht eine klare Trennung zwischen klinischer Patientenversorgung und dem Bereich der „öffentlichen Gesundheit“. Beide Bereiche unterscheiden sich in bezug auf ihre generelle Zielsetzung, die Grundsätze der Ressourcenzuweisung und die Management-Prinzipien. Außerdem gibt es innerhalb des Bereichs der klinischen Versorgung vielfach nicht nur kaum Kontakt zwischen Krankenhäusern und Primärversorgungseinrichtungen, sondern es besteht sogar eine gewisse Feindschaft zwischen beiden Bereichen: man kämpft gegeneinander um Ansehen, Einfluß und Ressourcen.

Der GFA-Ansatz bietet demgegenüber eine neue Perspektive, die den Schwerpunkt auf das letztendliche Gesundheitsergebnis legt und Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Pflege nicht als getrennte Bereiche ansieht, sondern als eine durchgehende Kette von Maßnahmen zur Steigerung des gesundheitlichen Zugewinns begreift. Um dies zu verwirklichen, müssen allerdings folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- ein gemeinsamer Nenner, um die relative Wirksamkeit jedes der oben genannten Elemente vergleichen zu können; dabei kann es sich nur um eine gemessene Verbesserung des Gesundheitszustands der Zielbevölkerung handeln;
- ein Managementsystem, das sicherstellt, daß die einzelnen Elemente im System entsprechend ihres jeweiligen Stellenwerts mit Ressourcen versorgt werden, daß sie durch ihre Arbeitsweise ihre einzeln und gemeinsam durchgeführten Maßnahmen optimieren und daß ihre Arbeit danach verfolgt und beurteilt wird, wie sie sich auf vereinbarte Resultatindikatoren auswirkt.

Mit Annahme der GFA-Perspektive wird ein gemeinsamer Maßstab akzeptiert und eine engere Kooperation zwischen Patientenversorgung und Public Health sichergestellt. Ein solcher Ansatz fördert zunehmend das Konzept eines „Public-Health-Management“ durch breit angelegte, krankheitsspezifische Gesundheitsversorgungsprogramme, in deren Rahmen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Behandlung und Rehabilitation als zusammengehörig betrachtet werden und Entscheidungen über die Auswahl und die Ausgewogenheit der anzubietenden Leistungen auf der Grundlage von wissenschaftlichen Fakten getroffen werden.

6.2 Die Integration von primärer Gesundheitsversorgung und Krankenhausdiensten

Ein solcher Ansatz erfordert ein strukturell und funktional stärker integriertes System von Gesundheitsdiensten und Versorgungsleistungen. Die zur Zeit angebotenen Gesundheitsdienste sind dagegen – sowohl horizontal als auch vertikal – vielfach aufgesplittert. Die Versorgung erfolgt oft ohne Kontinuität und ist dabei unter mehreren Gebietsärzten, Pflegenden und anderen im Gesundheitswesen tätigen Fachkräften aufgeteilt, anstatt im Rahmen eines multidisziplinären Teamansatzes einer umfassenden und horizontal integrierten Versorgung angeboten zu werden. Die vertikale

Integration zwischen primärer, spezialisierter und Krankenhausversorgung ist vielfach auch nur schwach entwickelt, die Kontinuität der Versorgung zwischen den einzelnen Stufen ist in vielen Ländern nicht gewährleistet.

In den einzelnen Ländern wurden unterschiedliche Ansätze in bezug auf die organisatorische Gestaltung und die Bereitstellung der primären Gesundheitsversorgung verfolgt. Dazu gehören Kliniken für die Behandlung aller Krankheiten sowie Gemeinschafts- und Einzelpraxen. In vielen Ländern erfolgt die Gesundheitsversorgung unkoordiniert, die Zuständigkeit für diesen Bereich ist unter mehreren Behörden aufgeteilt. In mehreren Mitgliedstaaten existieren z. B. für Tuberkulose, sexuell übertragbare Krankheiten und die Gesundheit von Mutter und Kind noch parallele vertikale Versorgungsstrukturen, die Aufgaben erfüllen, welche koordiniert und integriert erbracht werden könnten und sollten.

Oft ist der umweltbezogene Gesundheitsschutz mit anderen Gesundheitsdiensten nicht gut integriert. In manchen Ländern benutzte man die primäre Gesundheitsversorgung als Möglichkeit zur Einführung privater Arztpraxen im Gesundheitsversorgungssystem, ohne dabei zu berücksichtigen, daß Verteilungsgerechtigkeit, Zugang und Kontinuität der Gesundheitsversorgung gewährleistet bleiben müssen.

Die Möglichkeiten der primären Gesundheitsversorgung zur Reduzierung unnötiger Krankenhauseinweisungen sind noch nicht voll ausgeschöpft worden. In vielen Ländern wird die Gesundheitsversorgung immer noch von Krankenhäusern dominiert, in denen häufig Patienten behandelt werden, die eher im gemeindenahen Rahmen versorgt werden könnten und sollten. Auch wenn Krankenhäuser theoretisch die Möglichkeit hätten, Patienten aus der primären Gesundheitsversorgung schnell zu übernehmen und nach der Behandlung wieder dorthin zu entlassen, wird in der Praxis von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch gemacht.

Noch ist nicht ausreichend erkannt worden, welche wichtige Rolle der einzelne in bezug auf die Pflege und Beeinflussung seiner eigenen Gesundheit spielen kann. Auch die lokale Gemeinschaft beteiligt sich noch nicht genügend an der Lösung von Problemen mit Gesundheit und Gesundheitsversorgung. In letzter Zeit hat sich der potentielle Beitrag der Bürger zur Gesundheitsversorgung allerdings tendenziell verstärkt. Dank des höheren Bildungsstands, der Massenmedien und der Computertechnik sind die Menschen besser informiert, weil der Zugang zu Informationen durch diese Entwicklungen leichter geworden ist. Je besser der einzelne informiert wird und je mehr Sicherheitsbedenken ausgeräumt werden können, desto größer wird der Spielraum für die Selbstmedikation.

In den 1960er und 1970er Jahren und zu Beginn der 1980er Jahre hat der Umfang der Krankenhausversorgung stark zugenommen; seitdem gestaltet sich die Situation allerdings zunehmend schwieriger. In Westeuropa haben jahrelange Kosteneinsparungen in vielen Ländern zu einem erheblichen Abbau von Krankenhausbetten und starkem Druck zur Steigerung der Produktivität

geführt. Aufgrund dessen haben sich in vielen Krankenhäusern Arbeitstempo und Leistungsdruck erhöht, während die Kontinuität der Versorgung gelitten hat.

In den östlicheren Teilen der Region hat die sehr große Zahl von Krankenhausbetten (ein Vermächtnis der Gesundheitsversorgungspolitik aus alten Tagen) in Verbindung mit einer schweren Wirtschaftskrise in den 1990er Jahren eine äußerst schwierige Situation heraufbeschworen: Gebäude verfielen zunehmend, technische Geräte waren verschlissen, es mangelte an den notwendigsten Verbrauchsmaterialien, und aus finanziellen Gründen konnte man nicht von neuen Durchbrüchen in der Krankenhaustechnologie profitieren.

ZIEL 15 – EIN INTEGRIERTER GESUNDHEITSEKTOR

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN DIE MENSCHEN IN DER REGION EINEN WESENTLICH BESSEREN ZUGANG ZU EINER FAMILIENORIENTIERTEN UND GEMEINDENAHEN PRIMÄREN GESUNDHEITSVERSORGUNG HABEN, UNTERSTÜTZT DURCH EIN FLEXIBLES UND REAKTIONSSCHNELLES KRANKENHAUSSYSTEM.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 15.1 Mindestens 90% aller Länder sollten über umfassende primäre Gesundheitsversorgungsdienste verfügen und durch effiziente und kostengünstige Systeme zur Überweisung von Patienten an spezialisierte und Krankenhausdienste mit entsprechendem Feedback die Kontinuität der Versorgung sicherstellen.
- 15.2 In mindestens 90% aller Länder sollten Hausärzte und Pflegekräfte den Kern dieses integrierten primären Gesundheitsversorgungssystems bilden, das auf dem Einsatz multidisziplinärer Teams aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie aus anderen Sektoren basiert und auch die örtliche Bevölkerung mit einbindet.
- 15.3 Mindestens 90% aller Länder sollten ein Gesundheitswesen haben, das eine Beteiligung des einzelnen sicherstellt, und Menschen, die andere im häuslichen Umfeld gesundheitlich versorgen, anerkennen und unterstützt.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Für West- und Osteuropa besteht der einzige vernünftige Ausweg aus dem gegenwärtigen Dilemma darin, daß ein stärker integriertes Gesundheitsversorgungssystem geschaffen wird, in dem die primäre Gesundheitsversorgung so strukturiert ist, daß sie alle Probleme lösen kann, die auf diesem Niveau wirksam bearbeitet werden können, während im Krankenhaus die Fälle übernommen werden, die in der primären Gesundheitsversorgung nicht gelöst werden können. Dieser Ansatz unterstreicht die absolute Priorität, die der primären Gesundheitsversorgung einzuräumen ist, und zielt darauf ab, die gesellschaftlichen Ressourcen so einzusetzen, daß dabei maximale Gesundheitsergebnisse erzielt werden.

Ein solches System fördert die Integration von primärer, spezialisierter und im Krankenhaus erbrachter Gesundheitsversorgung und kann wirtschaftlich, politisch und sozial an die spezifischen Bedingungen angepaßt werden, die in der Gesellschaft herrschen, für die diese Versorgung gedacht ist.

6.2.1 Funktionen integrierter Gesundheitsdienste

Bedarfsabschätzung

Die Funktionen eines Gesundheitsdienstes sollten den in der Gesellschaft bestehenden Bedürfnissen entsprechen, wobei der mit Hilfe von angewandten epidemiologischen Methoden ermittelte Bedarf die Grundlage für die Planung und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten bilden sollte. Auf diese Weise sollten auch die speziellen Bedürfnisse von Kindern, älteren Menschen, marginalisierten sozialen Gruppen und (angesichts der in allen Ländern steigenden Zahlen von Obdachlosen und anderweitig „ausgegrenzten“ Menschen) praktisch der gesamten zu betreuenden Bevölkerung ermittelt werden.

Die ermittelten Schwerpunkte für Programme und Maßnahmen decken sich u. U. mit einzelnen Funktionen der Gesundheitsdienste, wie z. B. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, oder es handelt sich dabei um Problembereiche, die außerhalb des normalen Auftrags der Gesundheitsdienste liegen, wie etwa Fragen, die mit der Umwelt und den sozialen Bedingungen in einer Gemeinde zu tun haben.

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Die Aufgabe von Gesundheitsdiensten geht weit über die Erstellung von Diagnosen und die Durchführung von Therapien hinaus: Durch Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention leisten sie über den gesamten Lebenszyklus einen Beitrag zur Gesundheit der Menschen. Die Dienste sollten sich eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen zu eigen machen und sich sein Wohlergehen insgesamt – im physischen, psychischen und sozialen Bereich – zum Ziel setzen. Diese Dienste können problemlos im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung integriert und angeboten werden.

Am effektivsten ist eine gesundheitsfördernde Beratung über wichtige Fragen der Lebensweise – wie z. B. Ernährungsweise, körperliche Betätigung, Alkohol- und Tabakkonsum – wenn sie beharrlich, konsequent und kontinuierlich erfolgt und wenn eine solche Beratung Familien und Gemeinschaften auf allen Ebenen angeboten wird. Im Rahmen dieser auf eine bestimmte Bevölkerung bezogenen Arbeit kann eine Beratung einzelner auf opportunistischer Basis erfolgen, d. h. wer einen Gesundheitsdienst aufsucht – egal, aus welchem Grund –, wird bei dieser Gelegenheit beraten. Im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung sind auch entsprechende Reihenuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bzw. zur Erkennung von Veranlagungen für Krankheiten und die notwendigen Schutzimpfungen durchzuführen.

RAUCHERENTWÖHNUNGSMASSNAHMEN IN DER PRIMÄRVERSORGUNG

Im Vereinigten Königreich hat die Verankerung der nationalen Gesundheitsziele in der Gesetzgebung zur Aufstellung lokaler Beschaffungspläne geführt, die neben den nationalen Zielen auch örtliche Gesundheitsschwerpunkte berücksichtigen. Außerdem enthalten die mit den Hausärzten geschlossenen Verträge eine Bestimmung, wonach diese verpflichtet sind, ihre Patienten im Sinne der Gesundheitsförderung zu beraten. Der Kauf von Gesundheitsförderungsleistungen auf Vertragsbasis führte dazu, daß gesundheitsfördernde Maßnahmen in bezug auf ihre klinische Wirkung und ihre Wirtschaftlichkeit evaluiert wurden. Dabei hat sich gezeigt, daß auf der primären Versorgungsebene durchgeführte Maßnahmen zur Raucherentwöhnung – wie z. B. eine kurze Beratung – eine sehr kostengünstige Möglichkeit zur Erzielung eines gesundheitlichen Zugewinns für die Bevölkerung darstellen.

Quelle: European health care reform. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 72); Buck, D. The cost-effectiveness of smoking cessation interventions: what do we know? International journal of health education, 35(2): 44–52 (1997).

Es sollte auch noch einmal überlegt werden, welche Rolle die primäre Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit dem umweltbezogenen Gesundheitsschutz spielen kann. Im westlichen Teil der Region müssen die Länder deshalb wohl eher dafür sorgen, daß die Ressorts besser miteinander verzahnt werden, was man durch Strukturreformen abstützen kann, während im östlichen Teil der Region eine stärkere Integration erforderlich ist, vor allem durch die Hygiene- und Epidemiologiedienste in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion.

Diagnose und Behandlung

Eine rechtzeitige Diagnose und wirksame Behandlung müssen sichergestellt werden. Um ersteres zu erreichen, müssen die Bevölkerung im allgemeinen und die Gesundheitsfachkräfte im besonderen wissen, welche Krankheiten im Laufe des Lebens auftreten können und mit welchen Symptomen diese Krankheiten einhergehen. Die Gesundheitsfachkräfte sollten so gut ausgebildet sein, daß sie bei der Diagnosestellung im Gespräch mit den Patienten mögliche Krankheiten zur Altersgruppe dieser Patienten in Beziehung setzen können.

An die Stelle der gegenwärtig aufgesplitterten Behandlung einzelner Krankheitsepisoden – vielfach unter Einschaltung jeweils unterschiedlicher Gebietsärzte – sollte eine integrierte Gesundheitsversorgung treten, die umfassend ist, in bezug auf die den Patienten behandelnden Personen Kontinuität gewährleistet und auf einem Verhältnis des gegenseitigen Vertrauens zwischen Leistungserbringern und Bevölkerung basiert. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei der Notfallversorgung bei akuten Krankheiten, Unfällen und Katastrophen geschenkt werden.

Rehabilitation

Rehabilitation erfordert Kontinuität, Dialogbereitschaft, Follow-up und Beharrlichkeit. Ferner sind alle drei Ebenen der Gesundheitsversorgung an der Rehabilitation beteiligt. Daneben erfüllen

besondere Dienste wie Physiotherapie, Sprachtherapie, berufliche Wiedereingliederung und soziale Rehabilitation spezielle, ganz wesentliche Aufgaben.

Die Sozial- und Wohlfahrtsdienste, die außerhalb des üblichen Rahmens der Gesundheitsversorgung liegen, spielen bei der sozialen Rehabilitation eine ebenso wichtige Rolle wie bei der Unterstützung von Patienten mit chronischen Krankheiten und bei der Beratung von Patienten, die bei der Bewältigung von Alltagsproblemen Hilfe benötigen, um in der komplexen Welt von heute zu überleben. Die primäre Gesundheitsversorgung sollte für diese verschiedenen Netze zum natürlichen Brennpunkt werden.

6.2.2 Die organisatorische Gestaltung einer integrierten Gesundheitsversorgung

Hausärztliche Versorgung

Wie bereits in Kapitel 5 erwähnt, ist die Familie (der einzelne Haushalt) die Kernzelle der Gesellschaft, in der die Erbringer von Gesundheitsleistungen sich nicht nur mit den somatischen Beschwerden von Patienten, sondern auch mit den psychologischen und sozialen Aspekten der Krankheitsbilder zu befassen haben. Es ist wichtig, daß Leistungserbringer in der primären Gesundheitsversorgung die Lebensumstände ihrer Patienten kennen, daß sie wissen, wie sie wohnen, wie ihre familiären Verhältnisse aussehen, was sie beruflich tun, wie ihr soziales bzw. natürliches Umfeld aussieht. All diese Faktoren können erheblichen Einfluß auf eine Krankheit haben. Sind die Leistungserbringer mit den Lebensumständen ihrer Patienten nicht vertraut, kann es passieren, daß Symptome falsch interpretiert und Krankheiten nicht erkannt werden und deshalb unbehandelt bleiben. Dies kann zu unnötigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen führen, wodurch die Kosten in die Höhe getrieben werden, ohne daß dabei die wirklichen Probleme gelöst werden.

Die Betreuung einer fest umrissenen Bevölkerungsgruppe verbessert das Verhältnis zwischen Gesundheitsfachkräften und Bevölkerung. Wenn alle Hausärzte und Pflegenden, die Hausbesuche machen, nur jeweils eine bestimmte Bevölkerungsgruppe betreuen, die entweder durch einen geographischen Einzugsbereich oder durch Eintragung in eine Liste definiert wird, ist am ehesten gewährleistet, daß den Patienten die gesamte Breite des Leistungsspektrums zur Verfügung steht. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, daß die Menschen in der Lage sind sich, aus der Liste der in ihrer Gegend praktizierenden Gesundheitsfachkräfte „ihren eigenen“ Arzt bzw. „ihre“ Pflegekraft auszusuchen, ohne dabei irgendwelchen Beschränkungen zu unterliegen. Wenn zwischen Gesundheitsfachkräften und Bevölkerung eine solche Bindung entsteht, ist es wesentlich einfacher, die für die primäre Gesundheitsversorgung notwendigen Aufgaben und Aktivitäten auszuführen. Dadurch wird auch die Effektivität erhöht, weil die Ärzte gesundheitliche Probleme ihrer eigenen Patienten, die sie deren ganzes Leben hindurch betreuen, leichter und schneller erkennen können. Hinzu kommt, daß die Kontinuität der Versorgung gewährleistet ist, da eine Person kontinuierlich von ein und derselben Gesundheitsfachkraft betreut wird.

Selbstfürsorge

Wie in Abschnitt 4.4 erwähnt, kann wesentlich mehr Gesundheit geschaffen werden, wenn in den Gesundheitsversorgungssystemen der tatsächliche und potentielle Beitrag erkannt und gewürdigt wird, den der einzelne zu seiner eigenen Gesundheit leisten kann (Selbstfürsorge), und wenn aktiv etwas getan wird, um die Menschen dazu zu befähigen. Der Staat ist verantwortlich dafür, daß seine Bürger mit Hilfe verschiedener Kommunikationskanäle umfassend, präzise und rechtzeitig über Fragen der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung informiert werden; denn Informationen an sich können die Gesundheit des einzelnen und die Nutzung von Gesundheitsdiensten schon beträchtlich beeinflussen.

Die Gesundheitsfachkräfte sollten ihren Patienten in deren Kontakt mit anderen Einrichtungen sowie mit sozialen und sonstigen gesundheitsbezogenen Diensten mit Rat und Tat zur Seite stehen und ihre Interessen vertreten. Auf nationaler und lokaler Ebene sollte die Bildung von Patientenorganisationen gefördert und ihre Tätigkeit unterstützt werden.

PORTUGIESISCHE APOTHEKEN BERATEN DIE BEVÖLKERUNG

Zu den Beratungsdiensten gehört das Programm „Say no to a used needle“ – ein Programm gegen die gemeinsame Benutzung von Injektionsnadeln (Needle-sharing), das zur Prävention der Verbreitung von HIV unter Drogenkonsumenten beitragen soll. Dieses Projekt läuft seit Oktober 1993 landesweit in den 2500 Apotheken und hat sich – gemessen an der Zahl der benutzten Injektionsnadeln und an der Akzeptanz des Projekts unter Drogenkonsumenten – als ein Erfolg erwiesen. Ein weiterer Beratungsdienst trägt zur Prävention des primären und sekundären Diabetes bei, durch Förderung einer frühzeitigen Diagnose und durch Beratung der Bevölkerung über gesunde Lebensweisen – Ratschläge, die von einer Reihe von „Patienten“ aufgegriffen werden. Das Europäische Forum der Apothekerverbände und des WHO-Regionalbüros für Europa (EuroPharm-Forum) fördert ähnliche Projekte in einer Reihe von Ländern.

Quelle: Matias, L. & Teles, A. Portugiesischer nationaler Apothekerverband (nicht veröffentlichte Daten). Soares, M.A. et al. Lissabon, Santa-Maria-Krankenhaus (nichtveröffentlichte Daten).

In vielen Ländern kommen „alternative“ Behandlungsformen und Leistungserbringer immer mehr in Mode. Wenn man den Menschen als ganzheitliches Wesen begreift, dem das Recht auf eine freie Entscheidung zusteht, dann muß man die Existenz einer neben der Schulmedizin bestehenden, alternativen Gesundheitsversorgung nicht nur anerkennen und akzeptieren, sondern sogar begrüßen. Aber auch eine solche alternative Gesundheitsversorgung muß hohen ethischen Maßstäben genügen, der Verbraucher muß vor Ausbeutung geschützt werden, und öffentliche Mittel sollten nur für Behandlungsverfahren bewilligt werden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen wurde.

Häusliche Pflege

Im Einklang mit einer veränderten demographischen Struktur, technologischen Verbesserungen und den Anforderungen der Bevölkerung nimmt der Bedarf an häuslicher Pflege zu. Das eigene Zuhause bildet den Rahmen, in dem am häufigsten gesundheitliche Leistungen erbracht werden. Regelmäßige Hausbesuche durch Gesundheitsfachkräfte spielen eine wichtige Rolle für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Nachuntersuchungen chronisch kranker oder genesender Patienten finden in der Regel im eigenen häuslichen Umfeld statt.

In diesem Zusammenhang sind die im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung erbrachten Leistungen von besonderer Bedeutung für die Bevölkerung, weil hier mit dem Bürger als Koproduzent im Bereich der Gesundheit und Gesundheitsversorgung zusammengearbeitet wird: Die Menschen werden darüber informiert und beraten, wie sie ihre Gesundheit erhalten können, und wenn sie sich selbst pflegen, werden sie unterstützt, indem man sie in ihrem eigenen Zuhause versorgt.

Die primäre Gesundheitsversorgung muß sich auch um physisch oder psychisch behinderte Menschen kümmern; es sollten große Anstrengungen unternommen werden, um diesen Menschen die Dienste anzubieten, die es ihnen ermöglichen, in ihrem häuslichen Umfeld und – soweit möglich – auch erwerbstätig zu bleiben. Da, wo es nötig ist, sollten allerdings auch beschützte Wohnunterkünfte bereitgestellt werden; nur in den schwersten Fällen sollte man auf die Unterbringung in einem Pflegeheim zurückgreifen. Ein Behindertenprogramm im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung muß eine gemeinsame Aufgabe von Gesundheits- und Sozialdiensten, Schulen, nichtstaatlichen Organisationen und insbesondere Selbsthilfegruppen sein.

Schließlich müssen auch ältere Menschen angesichts ihrer steigenden Zahl und zunehmenden sozialen Isolierung und Not – vor allem bei den chronisch Kranken und Behinderten – im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung unterstützt werden. Die primäre Gesundheitsversorgung ist besonders dafür verantwortlich, für diese Gruppe von Patienten zu sorgen und ihre Betreuung zu übernehmen, wozu auch die häusliche Pflege und gegebenenfalls die institutionelle Versorgung in einem Pflegeheim gehört. Die Pflegeheime müssen so gestaltet sein, daß sie den unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener Patienten gerecht werden: Tageseinrichtungen, Einrichtungen für die nächtliche Betreuung sowie für Kurz- und Langzeitpflege sollten Teil der primären Gesundheitsversorgung sein oder zumindest eng mit ihren Teams zusammenarbeiten.

Schulen und Arbeitsplätze

Wie in Kapitel 5 erwähnt, ist Schulen und Arbeitsplätzen als bedeutenden Tätigkeitsbereichen für die primäre Gesundheitsversorgung mehr Beachtung zu schenken. Die schulischen Gesundheitsdienste haben eine wichtige fördernde, präventive, diagnostische und therapeutische Funktion für die gesundheitliche und schulische Entwicklung der Kinder.

Die arbeitsmedizinischen Dienste befassen sich mit allen Aspekten des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit. Besondere Aufmerksamkeit ist den Arbeitsplätzen in bezug auf präventive

Dienste und Arbeitssicherheit zu widmen. Normalerweise erfordern diese Dienste zwar eine eigene Organisationsstruktur, dennoch sind sie Teil der primären Gesundheitsversorgung und sollten eng mit anderen Diensten der primären Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten.

Überweisungssysteme

Ein System, das in diesem Bereich wirksam funktionieren soll, benötigt ein gut organisiertes Verfahren für Überweisungen und Rückmeldungen zwischen der primären, spezialisierten und im Krankenhaus erbrachten Versorgungsebene. Nicht alle Leiden eines Patienten können im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung behandelt werden. Patienten mit komplizierten oder lebensbedrohlichen Krankheitsbildern müssen rechtzeitig an den entsprechenden Gebietsarzt überwiesen werden, um unnötige Komplikationen und Behinderungen zu vermeiden. Zu den wichtigsten Fähigkeiten aller in der primären Gesundheitsversorgung beschäftigten Fachkräfte gehört es, erkennen zu können, wann eine Überweisung notwendig ist. Zu einer Überweisung gehört zwingend auch ein wechselseitiger Informationsaustausch zwischen der primären, der spezialisierten und der Krankenhausebene, damit Follow-up und Kontinuität der Versorgung gewährleistet sind; denn die Dienste im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung sind für die Beobachtung und Unterstützung der Patienten nach deren Versorgung auf der spezialisierten und Krankenhausebene verantwortlich. Viele Mitgliedstaaten sind hier weiter gegangen: Sie verpflichten die Patienten dazu, zunächst Dienste der primären Gesundheitsversorgung zu konsultieren. Dadurch übernimmt die primäre Versorgungsebene formell die Funktion eines „Torwächters“. Ein solches System trägt in der Tat zu größerer Effizienz bei, weil auf diese Weise unnötige oder allzu sehr in die Intimsphäre eindringende Gespräche mit Fachkräften aus der spezialisierten und im Krankenhaus erbrachten Versorgung vermieden werden. Allerdings erfordert die Schaffung eines Systems mit dieser Torwächter-Funktion gut ausgebildete Ärzte im Rahmen einer gut organisierten primären Gesundheitsversorgung. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß Patienten nicht nur an spezialisierte und Krankenhausdienste überwiesen werden können, sondern auch an andere Gesundheitsfachkräfte innerhalb der primären Gesundheitsversorgung oder auch an außerhalb des Gesundheitssektors angesiedelte Einrichtungen, wie z. B. Sozialdienste.

6.2.3 Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung

Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung stellen sicher, daß die verschiedenen Settings, in denen Gesundheitsdienste und andere Sektoren angesiedelt sind, vernetzt arbeiten. Einrichtungen wie z. B. Gemeinschaftspraxen, Polikliniken sowie Gesundheitszentren und sonstige Orte, an denen der erste Kontakt mit Patienten entsteht, spielen eine zentrale Rolle bei der Erfüllung der Hauptfunktionen der primären Gesundheitsversorgung. Sie bringen multidisziplinäre Teams aus Gesundheitsfachkräften, Vertreter örtlicher Institutionen, nichtstaatliche Organisationen, Schulen, Medien und Unternehmen der Gemeinde zusammen und gehen die Lösung der anstehenden Probleme multisektoral an.

6.2.4 Krankenhäuser

Die spezialisierte und im Krankenhaus erbrachte Versorgung unterstützt die primäre Gesundheitsversorgung durch die Bereitstellung technisch komplizierter Diagnose-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten. In den meisten Mitgliedstaaten sollte diese Versorgung stärker der primären Gesundheitsversorgung dienen und sie unterstützen und sich dabei auf die Funktionen konzentrieren, die von der primären Gesundheitsversorgung nicht effektiv ausgeführt werden können. Patienten, die im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung klinisch zufriedenstellend behandelt werden können, sollten dort auch behandelt werden.

Wenn spezialisierte und im Krankenhaus angesiedelte Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nach dem Grundsatz eines bevölkerungsorientierten „regionalisierten“ Systems geplant werden, führt dies zu einer rationelleren Nutzung der aufwendigen Medizintechnik und der Sachkenntnis von hochqualifiziertem Personal. In dieser Beziehung müssen sich Vertreter regionaler Gesundheitsbehörden und der Leitung von Krankenhäusern noch wesentlich besser über die Gesundheitsbedürfnisse der versorgten Bevölkerung informieren, um eine rationelle Hierarchie von Diensten planen und beurteilen zu können, ob bestimmte Gesundheitsprobleme sachgerecht behandelt werden oder nicht. Dazu sind bessere Informations- und Managementsysteme erforderlich – sowohl für die Patientenversorgung als auch für Verwaltungsverfahren.

Um die Nutzung der spezialisierten und im Krankenhaus angesiedelten Gesundheitsversorgung zu rationalisieren, müssen „Substitutionskonzepte“ für Überweisungen eingeführt werden; dies bedeutet, daß Diagnostik und Behandlung nicht nur in herkömmlichen Krankenhäusern, sondern auch in anderen Einrichtungen erfolgen und daß Zuständigkeiten und Aufgaben auf andere Gesundheitsfachkräfte verlagert werden. Ein Grundthema ist dabei die Reduzierung der Zahl von Patienten, die über Nacht im Krankenhaus bleiben müssen. „Tageskrankenhäuser“, „Kurzzeitkrankenhäuser“ und „Krankenhäuser ohne Betten“ beschreiben Dienste, die eine kurzfristigere ambulante Versorgung bieten. Der Begriff „Krankenhaus zu Hause“ umschreibt sehr spezielle, von Krankenhäusern organisierte aufsuchende Dienste (z. B. für chronisch Kranke mit Heimhämodialyse). Im östlichen Teil der Region muß die hohe Zahl von Krankenhausbetten abgebaut werden; parallel dazu sollten allerdings auch Substitutionskonzepte eingeführt werden.

Die Krankenhäuser der Europäischen Region versorgen heute gleichzeitig akute Fälle und chronisch Kranke. Es wäre allerdings besser, wenn zwischen diesen beiden Kategorien von Patienten unterschieden würde, damit die Ressourcen und die Fachkenntnisse des Krankenhauspersonals optimal genutzt werden könnten. Krankenhäuser für die Akutversorgung sollten in schwereren Fällen eingeschaltet werden, in denen die dort vorhandenen klinischen Einrichtungen für die Diagnose, Behandlung und Rehabilitation benötigt werden. Dagegen sollten Langzeiteinrichtungen für chronisch Kranke sowie andere Einrichtungen für eine erweiterte Pflege versuchen, eher ein dem Zuhause der Patienten ähnliches Umfeld zu schaffen und eine auf die spezifischen Bedürfnisse der Bewohner abgestimmte Versorgung anzubieten. Solche Einrichtungen sollten nicht zu groß bemessen

sein und nicht als Teil des Krankenhaussektors, sondern am besten als Teil der primären Gesundheitsversorgung oder des Sektors betrachtet werden.

Die Krankenhausbetriebskosten werden nicht nur durch die Personalkosten, sondern auch durch die zur Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur erforderlichen Aufwendungen in die Höhe getrieben: die Sicherheit von Geräten, die Abfallbehandlungsanlage sowie andere Gebäude und technische Anlagen müssen ständig auf dem letzten Stand gehalten werden. Auch dies spricht dafür, diese teuren Einrichtungen – soweit klinisch vertretbar – durch wirtschaftlichere Alternativen der Primärversorgung zu ersetzen.

6.3 Ein qualitätsbewußtes, ergebnisorientiertes Management der Versorgung

Die gesundheitliche Entwicklung soll zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation führen. Seit 1984 werden mit Hilfe ergebnisorientierter GFA-Indikatoren, die auf die einzelnen regionalen GFA-Ziele zugeschnitten sind, die Gesundheitsergebnisse für die Region insgesamt und für jeden einzelnen Mitgliedstaat systematisch gemessen. Doch nur wenige Länder haben auch eigene spezifische Ziele und Indikatoren definiert, und viel zu wenige benutzen die Gesundheitsergebnisse als Hauptparameter für die Steuerung des Gesundheitssektors. Die Zahl der Länder, in denen die Gesundheitsergebnisse als Hauptparameter für die Steuerung einzelner Gesundheitseinrichtungen genutzt werden, ist noch geringer. Und in keinem Land – weder in der Europäischen Region noch anderswo – existiert ein System, mit dem allen Ärzten ein kontinuierliches Feedback über die Ergebnisse ihrer Patientenversorgung geboten wird.

Diese Situation enthüllt ein schwerwiegendes theoretisches und praktisches Defizit im Management des Gesundheitswesens. Aufgrund dessen fehlt es dem Gesundheitssystem an der notwendigen Fokussierung, was dazu führt, daß die Qualität der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region in der Praxis zur Zeit vielfach unter dem vermuteten Niveau liegt. Dadurch werden auch Ressourcen verschwendet. Die wichtigste Aufgabe der Gesundheitsversorgung besteht daher für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region darin, das Management der Gesundheitsdienste und der Gesundheitsversorgung neu auszurichten auf eine Messung der tatsächlichen Wirkung unterschiedlicher Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung; der Einsatz von gesundheitsbezogenen Resultatindikatoren liefert dafür ein vereinheitlichendes Konzept.

Bis vor kurzem ging man generell davon aus, daß gut ausgebildete Ärzte und andere Gesundheitsfachkräfte, die systematisch über neue wissenschaftliche Erkenntnisse informiert werden und in gut ausgestatteten Gesundheitseinrichtungen tätig sind, automatisch zu einer homogenen, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung führen würden. Es mehren sich allerdings die Anzeichen dafür, daß dem nicht so ist und daß trotz des vorhandenen Wissens große – zum Teil riesige – Unterschiede in bezug auf die Ergebnisse der Versorgung bestehen. Unterschiede dieser Art existieren

nicht nur zwischen einzelnen Ländern bzw. Regionen in einem Land, sondern auch zwischen einzelnen Einrichtungen, Krankenhausabteilungen und einzelnen Erbringern von Gesundheitsversorgung.

Auf allen Ebenen sollten Informationssysteme ein auf Sachkenntnissen gestütztes Management und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität wirksam unterstützen. Bei fast allen Gesundheitseinrichtungen und Leistungserbringern der Europäischen Region mangelt es allerdings zur Zeit an grundlegenden Informationen über die Qualität der Versorgung, die sie tagtäglich in ihrer Praxis bieten. Wesentlich besser sieht die Situation in bezug auf bevölkerungsbezogene Informationen aus, da mit Hilfe der – über 200 – von den Mitgliedstaaten seit 1984 vereinbarten regionalen GFA-Indikatoren eine einzigartige Datenbank zum Vergleich unterschiedlicher Gesundheitsstrategien aufgebaut werden konnte.

ZIEL 16 – QUALITÄTSBEWUSSTES MANAGEMENT DER VERSORGUNG

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN DIE MITGLIEDSTAATEN DAFÜR SORGEN, DAB SICH DAS MANAGEMENT IN ALLEN BEREICHEN DES GESUNDHEITSWESENS – ANGEFANGEN BEI BEVÖLKERUNGSORIENTIERTEN GESUNDHEITSPROGRAMMEN BIS HIN ZUR KLINISCHEN VERSORGUNG EINZELNER PATIENTEN – AN DEN ERGEBNISSEN GESUNDHEITLICHER MASSNAHMEN ORIENTIERT.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 16.1 Die Wirksamkeit zentraler Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit sollte an den Ergebnissen solcher Maßnahmen gemessen werden, und Entscheidungen über alternative Strategien zur Lösung spezifischer Gesundheitsprobleme sollten zunehmend auf Vergleichen der Ergebnisse gesundheitlicher Maßnahmen mit deren Wirtschaftlichkeit basieren.
- 16.2 In allen Mitgliedstaaten sollte landesweit ein Mechanismus zur kontinuierlichen Überwachung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in bezug auf mindestens zehn wichtige Krankheitsbilder geschaffen werden, einschließlich einer Messung der gesundheitlichen Folgen, der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und der Patientenzufriedenheit.
- 16.3 Die Resultate gesundheitlicher Maßnahmen sollten mindestens bei fünf der oben erwähnten Krankheitsbilder auf eine signifikante Besserung hinweisen, und aus Erhebungen sollte hervorgehen, daß die Patienten mit der Qualität der erhaltenen Leistungen zufriedener sind und daß man ihre Rechte stärker achtet.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Qualität bezeichnet einen Gütegrad, und die Weiterentwicklung der Qualität sollte nicht als administrative Kontrolle mißverstanden werden, mit der die Erreichung eines im voraus festgelegten Qualitätsniveaus sichergestellt werden soll. Vielmehr handelt es sich hierbei um einen dynamischen Prozeß, der kontinuierliche, innovative Verbesserungen bei den Ergebnissen der

Gesundheitsversorgung fördern soll. Aus diesem Grund ist es von wesentlicher Bedeutung, daß die Gesundheitsdienste organisatorisch so gestaltet werden, daß bei der Festlegung der Inputs, der Definition der Prozesse und der Evaluierung der Outputs das Gesundheitsergebnis im Vordergrund steht. Ziel des gesamten Prozesses sollte die Verbesserung der Gesundheitssituation, der Patientenzufriedenheit und der Wirtschaftlichkeit sein – im Gegensatz zu traditionellen Steuerungsmethoden, bei denen das System aus dem Blickwinkel der Inputs betrachtet und nach Inputs geplant wurde.

Einzelstaatliche und berufsbezogene Konzepte

Als erste Forderung ist zu nennen, daß auf nationaler Ebene eine einheitliche Politik entwickelt werden sollte, die diese Grundsätze beherzigt. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat in Zusammenarbeit mit nationalen Verwaltungen und Berufsverbänden entsprechende Modelle entwickelt (siehe unten).

NATIONALE KONZEPTE ZUR KONTINUIERLICHEN WEITERENTWICKLUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Frage der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Versorgungsqualität ist von mehreren Ländern im Rahmen nationaler Versorgungsqualitätskonzepte aufgegriffen worden. Solche Konzepte wurden mit Unterstützung der WHO in Dänemark (1993), in Belgien (1995) sowie in Slowenien und Polen entwickelt, während sie sich in anderen Ländern – u. a. in Ungarn und Litauen – noch in der Phase der Umsetzung bzw. Erarbeitung befinden. In Dänemark wurden nach der Festlegung des Konzepts zahlreiche neue Datenbanken geschaffen und wissenschaftlich fundierte Qualitätskriterien entwickelt. Das Europäische Forum der Ärzteverbände und der WHO hat für die Ärzteverbände ein der Politik in den einzelnen Ländern entsprechendes modellhaftes Konzept zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität erarbeitet und gebilligt und setzt sich für die Anwendung dieses Konzepts unter den eigenen Mitgliedern ein.

Quelle: Blomhøj, G. et al. *Continuous quality development: a proposed national policy*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1995 (Dokument EUR/ICP/CLR 059); Borgions, J. et al. *Développement continu de la qualité des soins: Proposition de politique nationale*. Brüssel, Ministère de la Santé Publique et de l' Environnement, und WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, 1995; Recommendations for national medical associations regarding quality of care development. *Medisch Contact*, **38**: 166 (1993).

Resultatindikatoren

Es muß ein minimaler Grundbestand an relevanten und meßbaren Resultatindikatoren – vor allem für Gesundheitsergebnisse – entwickelt werden, um die gesamte Palette von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit bis hin zur klinischen Versorgung einzelner Patienten zu unterstützen. Diese Indikatoren sollten international abgestimmt werden (um aus internationalen Vergleichen lernen zu können) und von den Gesundheitsdiensten regelmäßig kontrolliert und evaluiert werden. Solche wissenschaftlich validierten und auf praktischen Erfahrungen basierenden Resultatindikatoren sollten in bezug auf jedes Gesundheitsprogramm die einzelnen Dimensionen der Gesundheitsversorgung abdecken (d. h. Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Behandlung und Rehabilitation) und bei der Planung und Steuerung solcher Programme als Vergleichsgrundlage für die Bestimmung des Stellenwerts jeder dieser Dimensionen herangezogen werden.

Resultatindikatoren ermöglichen eine Messung der Wirksamkeit von Maßnahmen und sollten zur Überwachung der täglichen Patientenversorgung und zur Bewertung neuer diagnostischer und therapeutischer Techniken – einschließlich neuer Pharmaprodukte und medizinischer Geräte – sowohl während der anfänglichen Erprobung und beim anschließenden routinemäßigen Gebrauch zum Einsatz kommen. Sie können auch zu einem wichtigen Instrument für neue Steuerungsverfahren werden, wie z. B. die Überwachung der Erfüllung von Verträgen zwischen Käufern und Anbietern von Gesundheits- und Versorgungsleistungen. Dies hat Folgen für die Arbeit von Experten im Bereich des „Public-Health-Management“ (s. Abschnitt 6.5).

Eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsqualität mit Hilfe dokumentierter Ergebnismessungen und wissenschaftlich fundierter Behandlungsmethoden trägt zu einer wirksameren Anwendung diagnostischer und kurativer Maßnahmen sowie zu einer Reduzierung unnötiger Kosten für Verfahren und Arzneimittel bei.

In ihrer Aus- und Fortbildung müssen den Gesundheitsfachkräften die Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, die für eine aktive Beteiligung an diesem Prozeß erforderlich sind, d. h. sie müssen in der Lage sein, die Qualität und das Ergebnis ihrer klinischen Arbeit zu bewerten; dies ist ein notwendiger Schritt in der Verbesserung des gesundheitlichen Leistungsgeschehens.

Wissenschaftlich fundierte Gesundheitsversorgung

Qualität wird auf der Grundlage von Fakten bewertet, und die besten Ergebnisse werden anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse ermittelt. Alle im Gesundheitswesen oder in der eigentlichen Gesundheitsversorgung eingesetzten Maßnahmen müssen wissenschaftlich validiert sein. Bemühungen zur systematischen Erbringung eines solchen wissenschaftlichen Nachweises für verschiedene Maßnahmen und zur Gewährleistung ihrer Akzeptanz durch die gesundheitlichen Leistungserbringer sind daher ein wichtiges Anliegen.

Wichtige Funktionen sind in diesem Zusammenhang die Überprüfung und Zusammenfassung von Forschungsergebnissen, die Führung von Registern und Datenbanken auf der Grundlage von abgestimmten Resultatindikatoren und die Übermittlung der Erkenntnisse an Entscheidungsträger sowie Erbringer und Nutzer von Leistungen. Diese Erkenntnisse können als „Benchmarks“ – d. h. als Maßstab für die besten Verfahren – angesehen werden, die es zu erreichen, wenn nicht gar zu übertreffen gilt.

Auf der Grundlage der besten gemessenen Ergebnisse sollten Leitlinien für die klinische Praxis ausgearbeitet werden; diese Leitlinien sollten von denen, die damit arbeiten, „verinnerlicht werden“, und sie sollten häufig aktualisiert werden, damit es nicht zur Stagnation kommt. Die dynamische Suche nach besseren Wegen muß sowohl durch die Grundlagenforschung als auch durch Innovationen in der täglichen Praxis angetrieben werden.

AUF HALTBAREN DATEN BASIERENDE, GEZIELTE PROGRAMME FÜHREN ZU EINER NACHHALTIGEN VERBESSERUNG DER GESUNDHEIT

In Stockholm, Schweden, hat ein im Einklang mit den Zielen der Erklärung von St. Vincent durchgeführtes Programm zur Erkennung und Behandlung der diabetischen Retinopathie bemerkenswerte Ergebnisse erzielt: In einem Zeitraum von zehn Jahren ging die Erblindungsrate in dieser Region um 60% zurück. Es wird davon ausgegangen, daß dieses Programm in vielen anderen Regionen ebenso erfolgreich sein kann, da mit diesem Projekt nachgewiesen werden konnte, daß sich auch in Ländern, die bereits über ein gut funktionierendes, modernes Gesundheitsversorgungssystem verfügen, eine Verbesserung erreichen läßt.

Solche Programme müssen auf der Grundlage haltbarer klinischer Daten entwickelt werden. Im vom Norwegischen Orthopädenverband geführten Hüftregister werden kontinuierlich alle chirurgischen Eingriffe im Zusammenhang mit Erst- und späteren Wiederholungsoperationen bei Hüftprothesen eingetragen. Diese Daten werden dann in anonymisierter Form allen teilnehmenden Zentren zur Verfügung gestellt. Dies führt zu einem viel gezielteren Ansatz bei der Entwicklung und Bereitstellung hüftchirurgischer Verfahren in Norwegen, da die Diskussionen auf „realen Daten“ basieren. So hat die Datenbank wesentlich zur Modernisierung der chirurgischen Verfahren bei Hüftoperationen beigetragen und somit die Qualität der Versorgung verbessert.

Quelle: Stæhr Johansen, K. et al. Improving health of people with diabetes: The "End of the Beginning". *Diab. Nutr. Metab.*, **10**(3): (1997); Bäcklund, L.B. et al. New blindness in diabetes reduced by more than one-third in Stockholm county. *Diabetic Medicine*, **14**: 732–740 (1997); Dr. med. L.I. Havelin, Vorsitzender des Norwegischen Hüftregisters, persönliche Mitteilung, 1998.

Informationssysteme

Die Schaffung eines Informationssystems auf klinischer Ebene stellt eine wichtige Strategie zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität dar, weil damit die einzelnen Gesundheitsfachkräfte eine Rückmeldung über die Ergebnisse der von ihnen erbrachten Versorgungsleistungen erhalten (s. auch 7.2.2). Ein solches Informationssystem sollte es den einzelnen Leistungserbringern ermöglichen, ihre Ergebnisse untereinander anonym zu vergleichen (andernfalls wären die gegebenen Informationen wohl weniger korrekt, und das System würde auf Widerstand stoßen). Die Erfahrung zeigt, daß dies eine unmittelbare und sehr positive Wirkung auf die Qualität der von den einzelnen Gesundheitsfachkräften erbrachten Versorgung haben kann: Die Erkenntnis, daß ihre Leistung und ihr Geräteinsatz eventuell nicht optimal sind, schafft für sie einen bedeutenden ethischen Anreiz zur Änderung ihres Verhaltens.

Solche Systeme bieten auch die einzigartige Möglichkeit, anhand der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung festzustellen, wer wirklich am besten arbeitet. Überraschenderweise sind es nicht immer diejenigen, die man für die Besten hält, sondern diejenigen, die innovativer denken, sich mehr um ihre Patienten kümmern oder gründlicher arbeiten. Damit ändert sich das gesamte Konzept: von der Qualitätssicherung zur Qualitätsweiterentwicklung, wobei die Ergebnisse der Besten die anderen mit nach vorne ziehen. Ein solches Vorgehen ebnet den Weg für die Suche nach neuen Ideen und macht das Streben nach besserer Qualität zu einem kontinuierlichen und dynamischen Prozeß, bei dem hervorragende Leistungen schnell erkennbar werden.

Auf der Grundlage aggregierter Qualitätsdaten, die z. B. auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene erhoben wurden, sollten für einen bestimmten Zeitraum und anhand abgestimmter Qualitätsindikatoren Ziele zur Verbesserung der Qualität gesetzt werden.

Patientenzufriedenheit

Bürger können zu eigenständigem Handeln befähigt werden, indem man ihnen die Informationen an die Hand gibt, die sie benötigen, um sich an der Beurteilung der Versorgungsqualität beteiligen zu können. Auf allen Ebenen sollte eine Beteiligung der Bürger bei Entscheidungen über Gesundheitsfragen gewährleistet sein. Mittlerweile haben sich viele Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen gebildet (so z. B. Vereinigungen von Patienten mit chronischem Nierenversagen, Hämophilie, Thalassämie, Diabetes und Asthma sowie Verbände der Familienangehörigen von Patienten mit psychischen Störungen), die als Fürsprecher der Verbesserung von angebotenen Leistungen eine außerordentlich wichtige Rolle spielen. Sie leisten einen bemerkenswerten Beitrag zur Überwachung der Leistungsqualität und zu einer besseren Behandlung ihrer Krankheit. Diese Bemühungen laufen parallel zu den im Gesundheitssektor selbst unternommenen Anstrengungen zur Verbesserung der Ergebnisse und der Qualität der Versorgung; zuweilen überschneiden sich beide Bereiche auch.

Wie die Erbringer und Käufer von Gesundheitsversorgung muß auch die Öffentlichkeit insbesondere gut darüber informiert werden, was sie vernünftigerweise in bezug auf die Qualität und die Ergebnisse von Gesundheitsversorgung erwarten kann, damit der einzelne sinnvolle Entscheidungen treffen, mit den Erbringern von Gesundheitsleistungen in einen fundierten Dialog eintreten sowie beschließen kann, wie er sein Leben gestalten möchte, wenn er krank wird oder behandelt werden muß. Ein ausdrückliches Ziel von Gesundheitssystemen sollte künftig in der Aufklärung der Bürger und Patienten bestehen, damit diese zu eigenständigem Handeln befähigt werden und sich ihr Gesundheitszustand verbessert.

Viele europäische Länder haben beschlossen, die Rechte der Patienten gesetzlich zu verankern. Eine andere Möglichkeit besteht darin, eine allgemein anerkannte Patientencharta zu verabschieden. Die Erklärung über die Förderung der Patientenrechte in Europa (Amsterdam 1994) bietet einen nützlichen Rahmen für Länder, die in diesem Bereich aktiv werden wollen. Dieser Trend wird wohl im wesentlichen dazu führen, daß Patienten über ihren Gesundheitszustand und ihre Therapie besser informiert sein werden und daß die Gesundheitsfachkräfte den Bedürfnissen und Ansichten der Patienten mehr Beachtung schenken und ihnen mehr Beistand bei der Bewältigung ihrer Krankheit leisten werden.

6.3.1 Auf Resultate ausgerichtete Managementinstrumente

Flexibles Management

Durch ein stärker dezentralisiertes Management läßt sich die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens stark verbessern. Dabei verträgt sich verstärkte Autonomie auch mit Wettbewerb. Letzteren kann man ankurbeln, indem man den Patienten größere Wahlmöglichkeiten bietet und Ressourcen nach Qualitätsindikatoren zuteilt.

Auch vertragliche Vereinbarungen zwischen Käufern und Anbietern von Gesundheitsversorgung können in dieser Hinsicht nützliche Instrumente sein. Sie können es den Käufern ermöglichen, sich auf die Ermittlung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zu konzentrieren und diesen durch koordinierte Verträge mit einer Palette von Leistungs- und Versorgungsanbietern gerecht zu werden. Ein solcher Wettbewerb unter den Erbringern von Versorgung verträgt sich auch mit einem regionalisierten System, doch nur dann, wenn die Käufer mit einer kohärenten Rahmenstrategie vorgehen und unter den Anbietern eine vernünftige Zusammenarbeit herrscht. Verträge können auch die Qualitätsentwicklung unterstützen, wenn in den Rechnungen, die die Erbringer von Gesundheitsversorgung den Finanzträgern vorlegen, vereinbarte Qualitätsindikatoren aufscheinen. In diesen Fällen muß die Vertraulichkeit der einzelnen Anbieter gesichert sein. Auf Bevölkerungsebene aggregierte Daten dienen als Input für die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Gesundheitsversorgung sowie für die künftige Zielfestlegung und für das Aushandeln von Verträgen im Rahmen einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung.

Letztlich entscheiden jedoch Gesundheitsfachkräfte und nicht Manager, was im klinischen Alltag mit einzelnen Patienten zu geschehen hat, weshalb Manager für die Ansichten von Patienten und Fachkräften aufgeschlossen sein müssen. Mit Informationstechnologie sollte man die Qualität der Versorgung und die Effizienz von Diagnose- und Therapieabteilungen verbessern. Eine bessere Kommunikation zwischen Krankenhäusern und primärer Gesundheitsversorgung kann die Kontinuität der Versorgung sichern.

6.3.2 Ergebnisorientierte Planungsinputs

Gebraucht werden vernünftige Planungsmechanismen, die grundlegend darauf abzielen, gute Resultate zu schaffen. Inputs und Prozesse sollten so geplant werden, daß sie ein gutes gesundheitliches Resultat, Patientenzufriedenheit und Kosteneffektivität sichern. Unter diesen drei Qualitätsbereichen sind die gesundheitlichen Resultate das wirksamste Instrument zur Erreichung der beiden anderen Ziele. Ein Konzept, das eine laufende Qualitätsentwicklung fördert, setzt voraus, daß die Gesundheitsfachkräfte als Kommunikatoren geschult werden, daß sie für die Zufriedenheit der Patienten arbeiten und sich für die Kostenimplikationen ihrer Interventionen interessieren.

Bei der Personalplanung sollte man dafür sorgen, die Resultate zu sichern, indem man für eine sachgerechte Zusammensetzung der benötigten Qualifikationen sorgt. Durch Aus- und Fortbildung

erhalten die Fachkräfte das erforderliche Wissen, um ihre Aufgaben lösen zu können, eignen sich zugleich aber auch das nötige praktische Können an, um ihre eigenen Resultate messen und auswerten zu können.

Die Zuweisung der finanziellen Ressourcen sollte die erzielten Resultate widerspiegeln und Anreize für die Verbesserung der Versorgungsqualität beinhalten. Die Wahl der zweckdienlichen Technologie, die Bereitstellung von Arzneimitteln und die konkrete Infrastruktur sollten entsprechend geplant werden.

6.4 Finanzierung und Zuweisung von Ressourcen für Gesundheitswesen und Gesundheitsversorgung

6.4.1 Finanzielle Ressourcen

Finanzierungsniveau

Ausreichende finanzielle Ressourcen sind eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Gesundheitswesens und für die Erbringung von Gesundheitsversorgung. Einen wie großen Teil des BSP die Ausgaben für den Gesundheitssektor beanspruchen, hängt weitgehend von der Wirtschaftslage eines Landes ab. Dieser Anteil liegt in der Region zwischen 3,1% und 10,7%. Dabei reichen die absoluten öffentlichen Ausgaben für den Gesundheitssektor in einigen Ländern der Region nicht aus, um die vernünftigen Bedürfnisse der Bevölkerung auch nur annähernd abzudecken. In vielen Ländern sind Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention unterfinanziert. Nur zu oft zielen Kostendämpfungsmaßnahmen statt auf Einrichtungen und Erbringer von Gesundheitsversorgung auf die Patienten und Nutzer des Gesundheitssystems ab.

Die in der Region zu beobachtenden Trends sprechen dafür, daß zusätzliche Ressourcen und Investitionen zur Deckung des Entwicklungsbedarfs vor allem in den Gesundheits-, Bildungs- und Kulturbereich fließen werden. Die Gesundheitsversorgung ist dabei nur Teilobjekt einer kontinuierlichen Investition in Gesundheit.

Man kann Ressourcen freisetzen, wenn man sich darum bemüht, sich auf die Qualität der Versorgung und auf die Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitssektors zu konzentrieren, und dabei die relativen Vorteile von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnose/Therapie, Rehabilitation und Pflege gegeneinander abwägt. Mit diesen Ressourcen lassen sich dann einige neue Investitionen finanzieren, die für den Einsatz von effektiverer (oft allerdings auch teurerer) neuer Technologie und für die Versorgung einer zunehmenden Zahl älterer Mitbürger erforderlich sind.

Finanzierungsquellen

Die Finanzierungsgrundlage unterscheidet sich von Land zu Land und reicht von steuerbasierten bis zu versicherungsbasierten Systemen. Stark debattiert wird zur Zeit, wie das Gesundheitswesen am besten zu finanzieren wäre, damit die allgemeine Zugänglichkeit und die finanzielle Nachhaltigkeit erhalten bleiben. Meist sieht man die Lösung in einer Mischung dieser Systeme. In den Ländern des östlichen Teils der Region bestehen weitgehend steuerbasierte Systeme, allerdings arbeiten einige auch an der Einführung einer Krankenversicherung. Andere Länder, vor allem im Süden der Region, gehen von versicherungsbasierten Systemen auf steuerbasierte Systeme über.

Privatversicherungen unterhöheln die Solidargemeinschaft oft durch individuelle Risikoeinstufung – eine besonders schädliche Form der Versorgungsfinanzierung. In diesen Fällen gestaltet sich die Grundlage von Zahlungen des einzelnen an die Krankenversicherung als risikobestimmte Prämie, die den individuellen Gesundheitszustand widerspiegelt. Ein sich auf den Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherungsträgern gründendes System verstößt gegen die Verteilungsgerechtigkeit und das Solidarprinzip, wenn die Versicherungsträger versuchen, sich die guten Risiken auszuwählen.

Zuweisung finanzieller Ressourcen

Die Ressourcen sollten den gesellschaftlichen Bedürfnissen und Prioritäten entsprechend verteilt werden. Dabei muß man zwischen geographischen Gebieten und einzelnen Leistungen eine Wahl treffen, aber auch entscheiden, welche Therapieformen finanziert werden sollen und ob man innovative oder teure Verfahren anbieten sollte.

Als Reaktion auf das Interesse an der Frage, wie man die finanziellen Ressourcen am besten so auf Einrichtungen und Leistungen verteilen könnte, daß sie den Zugewinn an Gesundheit maximieren und die Kosten senken, hat man in den letzten Jahren in mehreren Ländern begonnen, sich systematischer und expliziter mit der Prioritätenfestlegung auseinanderzusetzen. An der Prioritätenfestsetzung sind mehrere Entscheidungsebenen beteiligt. Sie reichen von der Ebene, auf der die Gesamtfinanzierung des Gesundheitswesens gegen andere Ressourcenansprüche abgewogen werden muß, bis zu den die Therapie einzelner Patienten betreffenden Entscheidungen. Eine Reihe von Ländern der Region ist von integrierten Modellen der Leistungserbringung abgegangen und versucht, die öffentlichen oder halböffentlichen Kostenträger von den Leistungserbringern zu trennen.

Eine geographisch bestimmte Ressourcenzuweisung entspricht meist nicht dem Bedarf. Vor allem im östlichen Teil der Region fördert eine Infrastrukturnormierung eher die Überversorgung, als daß sie dem tatsächlichen Bedarf entspricht.

Vergütung der Leistungserbringer

Zur Zeit sind in den Ländern der Europäischen Region drei unterschiedliche Systeme zur Vergütung der Ärzte der Primärversorgung üblich – Gehalt, Pro-Kopf-Pauschale (d. h. ein jährlicher

Betrag pro Person, für die der Arzt die ständige Verantwortung trägt) und Einzelleistungsvergütung. Leistungszulagen lassen sich mit allen drei Systemen vereinbaren. Jedes System hat seine Vor- und Nachteile, kein System kann allein allen Grundsatzzielen gerecht werden.

Die Erbringer von spezialisierter Versorgung und Krankenhausversorgung sollten so bezahlt werden, daß die Kosten eingedämmt werden und man sich zugleich sichert, daß man für das Geld den entsprechenden Gegenwert in Form von Gesundheit erhält. Die herkömmlichen Konzepte der Krankenhausvergütung (die sich statt auf Resultate eher auf Inputs oder Zwischenoutputs gründen) eignen sich nicht dazu sicherzustellen, daß diese Ziele auch wirklich erreicht werden. Retrospektive, sich auf das Leistungsvolumen gründende Systeme der Krankenhausfinanzierung sind offen, was die Steuerung von Kosten und Leistungsanspruchnahme erschwert.

ZIEL 17 – FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS UND RESSOURCENZUWEISUNG

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN AUF DER GRUNDLAGE DES CHANCENGLEICHEN ZUGANGS, DER WIRTSCHAFTLICHKEIT, DER SOLIDARITÄT UND DER OPTIMALEN QUALITÄT BELASTBARE FINANZIERUNGS- UND RESSOURCENZUWEISUNGSVERFAHREN FÜR GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME ENTWICKELN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 17.1 Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sollten angemessen sein und dabei den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.
- 17.2 Die Mittel sollten unter Berücksichtigung von Gesundheitsverträglichkeit, Wirtschaftlichkeitsaspekten und verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen zwischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz, Behandlung und Pflege aufgeteilt werden.
- 17.3 Die Finanzierungssysteme für die Gesundheitsversorgung sollten eine allgemeine Versorgung, Solidarität und Tragfähigkeit sicherstellen.

Nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens

Welche finanziellen Ressourcen für das Funktionieren eines Gesundheitswesens erforderlich sind, läßt sich unmöglich in absoluten Zahlen angeben, wobei es auch nicht leicht ist, eine Korrelation zwischen Finanzierungsniveau und den gesundheitlichen Erfahrungen eines Landes herzustellen. Selbstverständlich sollte sich das Land die Finanzierung leisten können, und sie sollte den Bedarf an Gesundheitsförderung sowie die Erbringung einer effektiven und qualitativ guten Versorgung decken. Diese Ziele lassen sich zwar leicht aufstellen, sind in der Praxis jedoch weitaus schwerer zu vereinen. Eine vergleichende Analyse der derzeit in Europa üblichen Finanzierung spricht jedoch dafür, daß man mit 7–10% des BSP eine vernünftig verteilte Ausnutzung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems erreichen kann, selbstverständlich vorausgesetzt, das nationale

Bruttosozialprodukt ist insgesamt ausreichend hoch. In den meisten Ländern sollten die zeitlichen Trends außerdem zeigen, daß der Anteil der in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und in die primäre Gesundheitsversorgung fließenden Ressourcen steigt.

Diese Spanne gibt allerdings nur einen Rahmen an. Die einzelnen Länder müssen entscheiden, wie sie mit ihren wirtschaftlichen Ressourcen, ihren gesundheitlichen Erfahrungen und ihrem Bedarf an Gesundheitsförderung und der Erbringung einer effektiven und qualitativ guten Versorgung das beste Finanzierungsniveau festlegen wollen.

Kollektive Finanzierung und Solidarität

Unabhängig davon, aus welcher Quelle sich die Finanzierung der Gesundheitsversorgung hauptsächlich speist, so fällt der Regierung als der gewählten Vertreterin der Bürger die Verantwortung dafür zu, die Solidarität und allgemeine Zugänglichkeit der gesundheitlichen Leistungen sicherzustellen und zugleich die Gesamtkosten zu decken. Dabei können sich die Regierungen in unterschiedlicher Ausgangsposition befinden, beispielsweise kann der Staat (in Ländern mit steuerbasierten Systemen) die wichtigste Finanzierungsquelle sein, oder er kann (in Ländern mit Sozialversicherungssystemen) als Beitragsregler fungieren. In beiden Fällen hat der Staat jedoch die Aufgabe, die allgemeine Zugänglichkeit und Solidarität des Systems zu sichern, und diese Funktion sollte nicht an Gewicht verlieren.

Die Kollektivfinanzierung, gleichgültig, ob über Versicherung oder Steuern, sollte gefördert werden, um Solidarität und „Risikopooling“ zu sichern. Ein Hauptanliegen der Länder, die ihre Finanzierungssysteme umstellen, ist die Ausgewogenheit zwischen Solidarprinzip und dem zunehmenden Druck zur Einführung von Wettbewerbsmechanismen, von denen man annimmt, daß sie die Qualität der Versorgung und die effiziente Ressourcennutzung fördern. Aus der Sicht des Solidarprinzips stellen spürbare Direktzahlungen bei Inanspruchnahme die regressivste Form der Finanzierung von Gesundheitsversorgung dar, da sie einen größeren Teil des Einkommens der Armen beanspruchen, die zugleich die Versorgung auch stärker in Anspruch nehmen. Die allgemeinen Erfahrungen sprechen also dafür, daß man keine Finanzierungsreformen durchführen sollte, die dem Solidarprinzip direkt schaden würden.

Wenn die Länder, die sich auf die Marktwirtschaft umstellen, zur versicherungsbasierten Finanzierung der Sozialkosten übergehen, sollten sie ein solches System vorsichtig einführen, um sicherzustellen, daß die zur Steuerung eines solchen neuen Systems erforderlichen komplexen institutionellen und technischen Strukturen auch wirklich sinnvoll funktionieren.

MÄRKTE UND GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die konkreten Erfahrungen in West- und Osteuropa sprechen dafür, daß völlig freie Märkte mit dem Charakter von Gesundheitsversorgung als sozialem Gut nicht vereinbar sind. Marktmechanismen in der Gesundheitsversorgung sind finanziell und operationell erfolgversprechender, wenn man sie auf Krankenhäuser und Ärzte konzentriert; die Versuche, unter mehreren privaten Versicherungsträgern Wettbewerb zu schaffen oder von den Patienten hohe Zuzahlungen zu verlangen, waren dagegen weitaus weniger erfolgreich.

Sollen Marktmechanismen unter den Leistungsanbietern funktionieren, muß der Staat diese Beziehungen steuern und regeln. Die Besitzverhältnisse für die Anbieterinstitutionen zeigen in Europa eine ganz unterschiedliche Zusammensetzung aus öffentlichen und privaten Möglichkeiten. Effizienz und Verteilungsmöglichkeit setzen jedoch eine konsequente und stabile staatliche Regulierung voraus.

Quelle: Saltman, R.B. & Figueras, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 72).

Bedarfsgerechte Ressourcenzuweisung

Die Sachlage spricht dafür, daß man an Ressourcenzuweisung und Prioritätensetzung strategischer herangehen muß, um die Entscheidungsfindung auf unterschiedlichen Ebenen koordinieren zu können, und daß man deshalb zunächst erörtern und beschließen sollte, welche Wertvorstellungen und Prinzipien für die Bedarfsermittlung und die Wahl der Prioritäten gelten sollten. Einer jeden Entscheidung über die Rationierung von Versorgung und Ressourcen muß eine (Regierung, Gesundheitswesen und Erbringer von Gesundheitsversorgung, Öffentlichkeit und Patienten einbeziehende) Debatte über die zu beachtenden ethischen, politischen und sozialen Fragen vorausgehen. Jede Rationierung der Zugänglichkeit notwendiger Leistungen sollte sich deshalb auf eine gründliche Untersuchung der Gesamtstruktur des Gesundheitssystems sowie der Kosten und der Effektivität der geleisteten Versorgung stützen.

In einigen Ländern im westlichen Teil der Region wurde für die Ressourcenzuweisung ein Bedarfschlüssel eingeführt, und mittlerweile gehen auch einige Länder im östlichen Teil der Region dazu über, vor allem bei der geographischen Zuweisung von Ressourcen und Leistungsangeboten.

Verträge bieten als Mechanismus eine Alternative zu traditionellen Modellen der Ressourcenzuweisung, sie binden Träger und Erbringer von Gesundheitsversorgung an ausdrückliche Verpflichtungen und schaffen die wirtschaftliche Motivation zur Einhaltung dieser Verpflichtungen. Für die Einführung von vertraglichen Vereinbarungen in steuerbasierten Systemen unter Ausnutzung der langjährigen Erfahrungen aus Krankenversicherungssystemen gibt es vier Hauptgründe:

- sie fördern die Dezentralisierung
- sie verbessern die Leistung der Anbieter
- sie verbessern die Planung im Gesundheitswesen und die Weiterentwicklung der Versorgung
- sie verbessern das Management der Versorgung.

Verträge können die Verteilungsgerechtigkeit unterstützen, wenn die Ressourcen über die Bedarfsabschätzung schwerpunktmäßig ausdrücklich an benachteiligte Bevölkerungsgruppen gehen. Aufgabe des Staates sollte es dabei sein, sicherzustellen, daß eine Überbetonung der Rentabilität auf Kosten der Leistungseffizienz verhindert wird.

Anbietervergütung, die Qualitätsanreize schafft

Vergütung der Erbringer von primärer Gesundheitsversorgung

Die Vergütungssysteme für Leistungserbringer der primären Gesundheitsversorgung sollten dazu beitragen, daß die bestmöglichen gesundheitlichen Resultate erzielt werden. Ein optimales Vergütungssystem für diese Leistungserbringer sollte außerdem folgendes sichern: die finanzielle Steuerung der verschiedenen Elemente der primären Gesundheitsversorgung im Rahmen der für die Gesundheitsversorgung vorgesehenen Gesamtausgaben eines Landes, ein ausgewogenes Maßnahmenpaket für Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen, freie Wahl des Leistungserbringers (Pfleger, Ärzte, Krankenhäuser) für alle, eine gerechte Vergütungsstruktur für die Praktiker, in der Arbeitsbelastung und berufliche Verdienste berücksichtigt werden. Außerdem muß das System akzeptieren, daß die gesundheitlichen Leistungserbringer für die Bevölkerung verantwortlich und dieser rechenschaftspflichtig sind, und es muß gegenüber den Bedürfnissen der Gemeinschaft, der Familie und des einzelnen Menschen aufgeschlossen sein. Es muß eine enge Zusammenarbeit unter den Erbringern von Gesundheitsversorgung fördern und eine demokratische Entscheidungsfindung ermöglichen. Zudem sollte das System eine sinnvolle, flexible Steuerung ermöglichen, die auf laufende Qualitätsverbesserung und erhöhte Kostenwirksamkeit abzielt.

Gemischte Zahlungssysteme mit einem prospektiven, auf der Pro-Kopf-Pauschale fußenden Element scheinen zusammen mit der Einzelleistungsvergütung für ausgewählte Leistungen die Kosten auf der Makroebene erfolgreicher eindämmen zu können, dabei zugleich die Zufriedenheit von Patienten und Leistungserbringern sicherzustellen und auf der Mikroebene Effizienz und Qualität zu erzielen. Zu den für eine solche Steuerung zur Verfügung stehenden Instrumenten zählen verschiedene Anreize, durch die sich die Versorgungsstruktur beeinflussen läßt (z. B. das Angebot stärker präventiv ausgerichteter Leistungen), und die Gewährleistung einer gerechten Verteilung der für die Erbringung von primärer Gesundheitsversorgung zuständigen Anbieter auf das gesamte Land.

Die Vergütung von spezialisierter Versorgung und Krankenhausversorgung

Die prospektive Budgetierung bietet offensichtliche Vorteile: Sie beschränkt die Finanzierung auf ein bestimmtes Leistungsniveau, das für einen festgesetzten Zeitraum im voraus festgelegt ist. Ein prospektives Budgetierungssystem ist dann empfehlenswert, wenn es auch Fallmixkontrollen und Outputmessungen beinhaltet. Klassifikationssysteme, die sich auf Diagnosegruppen oder Patientencharakteristika gründen, können dazu dienen, Kostenstrukturen besser zu analysieren, die Krankenhausleistung und die Qualität der Versorgung zu evaluieren sowie Kostenstruktur und

Leistungsqualität verschiedener Krankenhäuser zu vergleichen und Verträge zwischen den Krankenhäusern und denen, die ihre Leistungen kaufen, auszuhandeln.

Die Volumenmeßmethode kann andererseits funktionieren, wenn man für vereinbarte Leistungsniveaus mit prospektiver Preisfestsetzung und mit vertraglichen oder planerischen Vereinbarungen arbeitet. Auf diese Weise können die Krankenhäuser dazu verpflichtet werden, spezifische Zielvorgaben der Kostenkontrolle und wirksamen Ressourcennutzung zu erreichen, was sie dazu zwingt, ihre derzeitige Organisationsstruktur, ihre Personalausstattung und die interne Ressourcenallokation zu überdenken und den Erfordernissen anzupassen.

6.4.2 Humanressourcen

Mit etwa 1,5 Millionen Ärzten, über 4,5 Millionen Pflegenden und weit über 10 Millionen anderen in der Gesundheitsversorgung der Region Beschäftigten stellen die Humanressourcen in jedem Gesundheitswesen einen überaus wichtigen Faktor dar, dem für die Umsetzung von Konzepten und Programmen eine zentrale Rolle zukommt. In der Region lassen sich in diesem Zusammenhang unterschiedliche Trends beobachten. Das Gesundheitswesen im östlichen und südlichen Teil der Region war lange Zeit hindurch zu personalintensiv, und doch haben Arbeitslosigkeit und andere Marktkräfte nur wenig dazu beigetragen, die Ärzteschwemme zu beseitigen. Eine Reihe von Ländern hat trotz des Überangebots an Arbeitskräften immer noch Schwierigkeiten, Ärzte in die ländlichen Gebiete zu bekommen. In vielen Mitgliedstaaten stellt die Knappheit an bedarfsgerecht ausgebildeten Hausärzten und Pflegefachkräften und anderen Mitarbeitern der primären Gesundheitsversorgung ein schwerwiegendes Problem dar, während andererseits die Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte aus dem Gleichgewicht geraten ist und häufig zu überspezialisierten Ärzten und nicht ausreichend qualifizierten Pflegefachkräften führt. Die Ausbildung ist statt auf Krankheit und Gesundheit ausschließlich auf Krankheit ausgerichtet und beschränkt sich auf den Krankenhausrahmen oder sogar auf die hochspezialisierte Versorgung. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention werden dagegen unterbewertet. Außerdem geht die Ausbildung der unterschiedlichen Gesundheitsfachkräfte häufig völlig getrennt vor sich, sie kommen während der praktischen Ausbildung nie zusammen, weshalb Teamarbeit im allgemeinen nicht gefördert wird.

In der Ausbildung widmete man herkömmlicherweise den für eine bevölkerungsbezogene Versorgung wichtigen Elementen der Arbeit von Fachkräften zu wenig Aufmerksamkeit. Zu diesen fehlenden Elementen zählen eine epidemiologisch fundierte Bedarfsabschätzung, die Prinzipien und Praxis der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und rehabilitative Versorgung sowie die systematische Messung und Analyse der geleisteten Arbeit. Die beruflichen Fortbildungsmöglichkeiten sind im allgemeinen schlecht.

ZIEL 18 – QUALIFIZIERUNG VON FACHKRÄFTEN FÜR GESUNDHEITLICHE AUFGABEN

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN DAFÜR SORGE TRAGEN, DASS SICH FACHKRÄFTE IM GESUNDHEITSWESEN UND IN ANDEREN SEKTOREN DIE ZUM SCHUTZ UND ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT ERFORDERLICHEN KENNTNISSE, EINSTELLUNGEN UND KOMPETENZEN ANEIGNEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 18.1 Die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften sollte auf den Grundsätzen der GFA basieren und die Fachkräfte darauf vorbereiten, hochwertige Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Heilung und Rehabilitation zu erbringen, und dabei helfen, zwischen klinischer Praxis und praktischer Public-Health-Arbeit eine Brücke zu schlagen.
- 18.2 Es sollten Planungssysteme geschaffen werden, die gewährleisten, daß die Zahl der ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte und die Zusammensetzung ihrer Qualifikationen dem gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf im Gesundheitswesen entspricht.
- 18.3 Alle Mitgliedstaaten sollten genügend Ausbildungskapazität für gesundheitswissenschaftliche Diplomstudiengänge haben, deren Absolventen imstande sein müssen, im Public-Health-Bereich Führungs- und Managementaufgaben zu übernehmen und in der Praxis zu arbeiten.
- 18.4 Auch bei der Ausbildung von Fachkräften in anderen Sektoren sollten die Grundprinzipien der GFA vermittelt werden, vor allem aber auch das Wissen darüber, wie sie durch ihre Arbeit die Determinanten von Gesundheit beeinflussen können.

STRATEGIEVORSCHLÄGE***Berufsscharakteristika***

Für die Gesundheitsversorgung sollten ausreichende Humanressourcen vorhanden sein, und die Fachkräfte sollten das Können und Wissen besitzen, das es ihnen ermöglicht, auf die Anforderungen und den absehbaren Bedarf des Gesundheitswesens zu reagieren. Das bedeutet, daß man im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung und die Fortbildung von Ärzten, Pflegenden, Managern und anderen Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung umdenken muß. Ein solches Umdenken sollte dazu führen, daß man die Ausbildungsgänge anders ansiedelt und inhaltlich umgestaltet, damit die Gesundheitsfachkräfte in ihren Qualifikationen den Funktionen einer modernen GFA-basierten Public Health und der Praxis im Gesundheitswesen, bei der stärkeres Gewicht vor allem auf Gesundheitsförderung, primäre Gesundheitsversorgung und Qualität der Versorgung gelegt wird, angepaßt sind.

Die enge Zusammenarbeit unter Kollegen ist ein wichtiges Element der beruflichen Arbeit und muß stärker in der Berufsethik verankert werden. In der Krankenhausmedizin hat dies in Europa bereits Tradition, in der primären Gesundheitsversorgung findet man sie dagegen weniger häufig. Es kann jedoch heute nicht mehr als fachlich befriedigend gelten, wenn man allein arbeitet und

keinen regelmäßigen, für alle Beteiligten zu Verbesserungen führenden Erfahrungsaustausch pflegen kann. Gleichmaßen müssen alle in der primären Gesundheitsversorgung Beschäftigten (wie Pflegende, Apotheker, Zahnärzte und Sozialarbeiter) im Team arbeiten und anerkennen, daß sie zusammenarbeiten müssen, wenn die vielschichtigen Gesundheitsprobleme gelöst werden sollen, die von einem Berufszweig allein nicht sinnvoll bewältigt werden können.

Ärzte und Pflegende müssen die Verantwortung für die Konsequenzen übernehmen, die ihre eigene Lebensweise für die Gesundheit ihrer Patienten hat, und sie müssen entsprechend ausgebildet werden. Beispielsweise zeigen zahlreiche Forschungsarbeiten, daß es sehr viel ausmacht, ob ein Arzt raucht oder nicht raucht, wenn er seine Patienten aktiv und wirksam davon überzeugen möchte, daß sie das Rauchen aufgeben sollten. Beratung zu Fragen der Lebensweise muß zum Praxisalltag der Erbringer von Gesundheitsversorgung gehören.

Die Weiterentwicklung einer besseren Versorgungsqualität ist ein Bereich, in dem die Gesundheitsberufe ihr Engagement und Können verbessern müssen. Die einzelnen Erbringer von Gesundheitsversorgung müssen ihre eigene Leistung verfolgen, sie mit den Resultaten ihrer Kollegen vergleichen und dies als wesentliches ethisches Element ihrer Berufspraxis betrachten. Um eine solche Veränderung zu bewirken, muß die Berufsausbildung geändert werden, und die berufsständischen Organisationen müssen diesen Schritt vorbehaltlos unterstützen. Den drei mit der WHO zusammenarbeitenden europäischen Fora der Ärzte-, Apotheker- und Pflegeverbände kommt dabei die wichtige Rolle zu, auf regionaler Grundlage die Berufsverbände auf eine solche Entwicklung zu verpflichten.

Integrierte Gesundheitsversorgung wird von einem multidisziplinären Team aus Gesundheitsfachkräften erbracht. Die Ausbildung aller Gesundheitsfachkräfte sollte getragen sein von der Achtung vor der menschlichen Würde, von berufsethischen Prinzipien und Solidarität. Wichtig ist, daß man anerkennt, daß jede Berufsgruppe ihre besondere Fachkompetenz besitzt und alle in gegenseitiger Achtung vor der Sachkenntnis der anderen zusammenarbeiten müssen. Zusammenarbeiten bedeutet dabei nicht notwendigerweise, daß man unter einem Dach arbeitet (obwohl das ein Vorteil ist), aber man muß einander kennen, sich in der Arbeit ergänzen, ständig Erfahrungen austauschen und sich regelmäßig treffen, um die Zusammenarbeit zu erleichtern. Man sollte festlegen, welche Fachkompetenzen man für die unterschiedlichen Rahmenbedingungen braucht, und danach die Zahl der Ausbildungsstellen planen.

Die Planung von Humanressourcen

Um sicher sein zu können, daß das Angebot an Gesundheitsfachkräften dem Bedarf entspricht, müssen die Länder imstande sein, den künftigen Bedarf an Humanressourcen zu planen. Das setzt sachgerecht ausgebildete Fachkräfte und die notwendigen Instrumente voraus. Diese Fachkräfte sollten auch laufend imstande sein, die bereits bestehenden Pläne zu überdenken und zu aktualisieren, Grundsatzanalysen durchzuführen und Prognosen und Planspiele auszuarbeiten. Dafür braucht man ein gut ausgebautes Managementinformationssystem für Humanressourcen und einen

Prozeß, in den die zahlreichen, an der Weiterentwicklung von Humanressourcen beteiligten Akteure einbezogen werden müssen.

In einigen Ländern im östlichen Teil der Region gibt es zu viele Gesundheitsfachkräfte. Trotz der zu hohen Gesamtzahl leiden diese Länder zum Teil aber immer noch darunter, daß sich diese fachliche Kompetenz ungleich verteilt. Im allgemeinen plant man mit einer Rationalisierung der Gesamtzahl, die Effizienz zu verbessern und dafür zu sorgen, daß man die Leistungserbringer zur Verfügung hat, die dem Bedarf der Bevölkerung am besten entsprechen. Eine solche Rationalisierung läßt sich durch die Bündelung verschiedener Maßnahmen sichern, mit Personalabbau durch die Begrenzung der Anzahl von ausgebildeten Fachkräften, durch eine andere Personalnormierung, durch die Umverteilung der vorhandenen Fachkräfte und mit einem durch besseres Management erreichten sinnvollen künftigen Einsatz dieser Fachkräfte.

Ausbildung von Gesundheitsfachkräften

Die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften sollte sich nach den gesundheitlichen Bedürfnissen der Gesellschaft richten und darauf abgestellt sein, daß sie mit dieser Ausbildung das erforderliche Wissen und Können erwerben. Überall, wo Gesundheitsversorgung geleistet wird, sei es zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Rahmen der Primärversorgung oder im Krankenhaus, sollte man darauf dringen, daß diese Settings in der Ausbildungspraxis als einheitliches Lernumfeld begriffen werden. Die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften auf unterschiedlicher Ebene, d. h. die Vordiplomausbildung, die postgraduale Weiterbildung und die Fortbildung, sollte eng miteinander verzahnt werden, um einen kontinuierlichen Prozeß entstehen zu lassen. Entsprechend sollte die Ausbildung auf verschiedenen Ebenen auch strategisch und inhaltlich festgelegt werden.

Gesundheitsfachkräfte sollten aus ihrer Ausbildung ein gut ausgebildetes analytisches, kommunikatives und auf Führungsaufgaben ausgerichtetes Können mitnehmen. Vor allem müssen sie eine starke Problemlösungskompetenz besitzen und in der Lage sein, im Team zu arbeiten und die gesellschaftlichen und kulturellen Realitäten zu verstehen. Die Bildungssysteme sollten die aktive Beteiligung der Studierenden am Lernprozeß fördern. Die Beurteilung der Ausbildungsqualität sollte sich auf das Wissen, das Können, die Einstellungen und Fähigkeiten der Studierenden gründen. Wenn man eine gewisse Zeit, nachdem die Hochschulabsolventen ihre praktische Arbeit aufgenommen haben, eine Leistungsbewertung vornehmen würde, könnte man damit nützliches Material für eine weitere Verbesserung der Ausbildungsziele und -curricula an die Hand bekommen.

Die Lehrenden vermitteln nicht einfach nur Wissen, sondern erleichtern aktive Lernerfahrung. Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, müssen sie Gelegenheit haben, ihr Wissen zu aktualisieren, und sie müssen flexibel genug sein, um sich den neuen didaktischen Methoden anpassen zu können.

Ärzte müssen in der Lage sein, die gesundheitlichen Probleme einzelner Menschen und der Gesellschaft insgesamt zu diagnostizieren, den einzelnen Menschen und die Gesellschaft vor Krankheit

zu schützen, Gesundheit zu fördern und gegebenenfalls individuelle und bevölkerungsbezogene Behandlung und Rehabilitation zu leisten. Sie sollten deshalb die Managementprinzipien der Kostenwirksamkeit und einer effizienten Ressourcennutzung kennen und über wesentliche gesundheitsrelevante Aspekte der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Bescheid wissen.

Humanressourcen für die primäre Gesundheitsversorgung

Das multidisziplinäre Team der im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung arbeitenden Gesundheitsfachkräfte umfaßt Ärzte, Pflegende, Hebammen, Feldscher, Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter u. a. An dieser Stelle geht es jedoch insbesondere um die Qualifikationen der Ärzte und Pflegenden, die in der primären Gesundheitsversorgung arbeiten, da diese beiden Berufsgruppen den Angelpunkt des Leistungsnetzes bilden.

Der Arzt für die Primärversorgung muß es gelernt haben, ungeachtet Alter, Geschlecht, Sozialschicht, Rasse oder Religion die gesamte Bevölkerung versorgen zu können, und zwar im Hinblick auf alle Krankheiten, denen er in der primären Gesundheitsversorgung begegnet, ohne irgendeine Kategorie von Beschwerden oder gesundheitlichen Problemen ausklammern zu müssen. Allgemeinärzte sollten deshalb ein auf die Gesundheit der Familie ausgerichtetes Qualifikationsprofil besitzen und imstande sein, die Probleme aus der physischen, psychischen und sozialen Sicht ihrer Patienten zu erkennen, was vor allem für Probleme gilt, die mit den familiären Umständen oder den Defiziten der sozialen Unterstützung zu tun haben. Die Medizinerbildung sollte sicherstellen, daß sie das für diese Aufgabe erforderliche Wissen und die notwendigen Praxiskenntnisse erhalten. Ob der Allgemeinarzt/Hausarzt eine Gebietsqualifikation braucht oder die zur Erfüllung seiner Funktionen notwendige Qualifikation bereits nach Absolvierung seines Medizinstudiums besitzt, diese Frage wird zur Zeit in einer Reihe von Ländern diskutiert. Die Entscheidung wird in Übereinstimmung mit den spezifischen Gegebenheiten des einzelnen Landes getroffen werden müssen, zwei Punkte sind jedoch unverzichtbar: Der Arzt sollte einerseits den Mindestanforderungen an Wissen und Kenntnissen gerecht werden können, andererseits ist berufliche Anerkennung (die in Ärztekreisen normalerweise mit der gebietsärztlichen Qualifizierung erreicht wird) wichtig, um sicherzustellen, daß Bevölkerung und Krankenhaussektor die Ebene der Primärversorgung als die kompetente und wichtige Leistungsfunktion betrachten, die sie sein muß.

1988 auf der Wiener Pflegekonferenz abgegebenen Empfehlungen, ist eine weitere wichtige Fachkraft der primären Gesundheitsversorgung, die ihre pflegerische Funktion erfüllen und zugleich erheblich zu Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beitragen kann. Die sogenannte „Familiengesundheitsschwester“ kann dem einzelnen Menschen und ganzen Familien helfen, mit Krankheit und chronischer Behinderung fertig zu werden und in Streßsituationen zurechtzukommen, indem sie einen großen Teil ihrer Arbeitszeit im Zuhause der Patienten und mit deren Familien verbringt. Diese Pflegefachkräfte können sinnvolle Ratschläge zu Fragen der Lebensweise und verhaltensbedingten Risikofaktoren erteilen und den Familien in gesundheitlichen Anliegen

zur Seite stehen. Sie können die gesundheitlichen Probleme der Familie schon im Frühstadium erkennen und damit gewährleisten, daß sie auch frühzeitig behandelt werden. Mit ihrem gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Ausbildungshintergrund und ihrer Kenntnis anderer für Sozialfragen zuständiger Stellen können sie die Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit einer Familie erkennen und die Familie an die richtige zuständige Stelle überweisen. Durch häusliche Pflege können sie eine frühe Entlassung aus dem Krankenhaus erleichtern, sie können als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt dienen und an die Stelle des Arztes treten, wenn eindeutig eher pflegerische Sachkenntnis gefordert ist.

Manager im Gesundheitswesen

Die Trends zur Dezentralisierung und zu flexiblem Management, die größere Unabhängigkeit der einzelnen Gesundheitsversorgungseinrichtungen und die Einführung von gesteuerten Märkten machen Managementkönnen zu einem Schlüsselanliegen, da diese Prozesse ein qualitativ besseres Managementkönnen erfordern, als es in den hierarchisch aufgebauten Verwaltungssystemen der Vergangenheit gebraucht wurde.

Darüber hinaus erfordert das Konzept der Regionalisierung (wonach den einzelnen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung die Verantwortung dafür übertragen wird, die gesundheitlichen Bedürfnisse einer bestimmten Bevölkerung zu ermitteln und darauf zu reagieren), daß die Manager solcher Einrichtungen eine gewisse gesundheitswissenschaftliche Ausbildung erhalten haben, wozu auch epidemiologische Kenntnisse gehören, so daß sie mit Bedarfsabschätzung, Planung von Gesundheitsprogrammen und Resultatmonitoring vertraut sind. Dafür braucht man Ausbildungsgänge, die den Absolventen die geeignete Mischung an praktischen Fertigkeiten mitgeben, um strategische Planungsarbeiten durchzuführen und Institutionen zu leiten, während alle Kategorien von Gesundheitsfachkräften besser imstande sein müssen, in einem Sektor, in dem der Umgang mit anderen Menschen zum Alltag gehört, zu leiten, zu verhandeln und zu kommunizieren. (Zum Management in diesem Sektor ausführlicher in Abschnitt 6.5 unten.)

Management von Humanressourcen

Zum Management der personellen Ressourcen für den Gesundheitsbereich gehört, daß die Fachkräfte entsprechend ihren Qualifikationen und unter Bedingungen, die effektives Arbeiten fördern, eingesetzt werden. Außerdem gehört dazu, daß man die Gesundheitsfachkräfte im Land geographisch richtig verteilt, daß man Kontakt zur Bevölkerung hat und weiß, welche gesundheitlichen Leistungen sie braucht.

Damit gewährleistet ist, daß ein Land sinnvoll in seine Humanressourcen investiert, muß die Nachwuchsauswahl so gründlich und methodisch wie möglich erfolgen. Voraussetzung dafür, daß die im Gesundheitssektor Beschäftigten effektiv arbeiten, sind eine sinnvolle Nachwuchs politik und eine vernünftige Personalpflege.

Zuweilen werden die für die zu erfüllenden Aufgaben vorausgesetzten beruflichen Qualifikationen zu hoch angesetzt und zu streng gehandhabt – es besteht durchaus noch Spielraum dafür, daß bestimmte Berufsgruppen mehr Aufgaben und Aufgaben anderer Fachkräfte übernehmen. Auch die Mindestanforderungen für eine Beförderung (Qualifikationen, Erfahrung usw.) müssen entsprechend den erforderlichen Qualifikationen festgesetzt werden.

Eine Reihe weiterer Faktoren wird das Verhalten der Fachkräfte beeinflussen. Das Konzept der leistungsbezogenen Bezahlung erweist sich zusammen mit den relevanten Systemen, Meßgrößen und Indikatoren als nützliches Werkzeug. Außerdem muß das Budgetierungssystem so angelegt sein, daß es den Managern Spielraum läßt, den Gesundheitsfachkräften Anreize zu bieten. Dabei muß laufend ausgewertet werden, wie sich Anreize auf das Anbieterverhalten auswirken.

Ein gutes System zur Beurteilung der Mitarbeiterleistungen ist für die gute Personalführung wesentlich. Zugleich stellt es eine Grundvoraussetzung für die Einführung einer leistungsbezogenen Bezahlung dar und ist zudem eng mit den Prozessen der Personalentwicklung verknüpft.

Wichtig ist die Frage der sich mit der beruflichen Laufbahn eröffnenden Aussichten, weil sich diese auf das Leistungsverhalten der Mitarbeiter und damit auf das Leistungsgeschehen selbst auswirken. Laufbahnmöglichkeiten müssen transparent sein und Stellungswechsel auf gleicher Ebene sowie das Emporsteigen auf der beruflichen Stufenleiter ermöglichen. Das System sollte auf allen Ebenen gelten. In vielen Fällen bieten die Teams der Primärversorgung naturgemäß keine dynamische Laufbahnentwicklung. Deshalb muß dieser Gruppe von Leistungserbringern die Möglichkeit geboten werden, andere Aufgaben zu übernehmen, sich beispielsweise an Forschungsprojekten und an der Lehre zu beteiligen.

6.4.3 Arzneimittel

Sachgerecht eingesetzte Arzneimittel gehören zu den kostenwirksamsten Interventionen in der Gesundheitsversorgung. In den europäischen Ländern werden zwischen 10% und 30% der für die Gesundheitsversorgung vorgesehenen Ressourcen für Arzneimittel ausgegeben, wobei zugleich in vielen Ländern knappe Ressourcen an Arzneimittel von geringem oder fragwürdigem Nutzen und den nicht notwendigen Arzneimittelgebrauch verschwendet werden. Die Arzneimittelpolitik aller Länder wird oft durch andere Faktoren als die Interessen der öffentlichen Gesundheit bestimmt, beispielsweise auch durch wirtschaftliche Rücksichten, die Interessenlage berufsständischer Organe, das Verbraucherverhalten und die Arzneimittelindustrie. In allen europäischen Ländern regelt der Staat die Zulassung von Arzneimittelprodukten auf dem Markt, oft werden die entsprechenden Gesetze jedoch nur unzulänglich eingehalten oder durchgesetzt. In einigen Ländern werden Arzneimittel ohne die erforderliche sachkundige Kontrolle und Beratung importiert und verkauft, weshalb nicht dem Standard entsprechende Arzneimittelprodukte in verschiedenen Ländern der Region zur Zeit ein Problem darstellen.

Vor allem in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion ist die Zugänglichkeit von Arzneimitteln stark dadurch eingeschränkt, daß die Bevölkerung mit großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, andererseits sind bestimmte Arzneimittel aber auch nicht erhältlich; Krankenversicherungs- und Rückvergütungssysteme habe keine ausreichende Finanzierungsgrundlage und sind daher nicht tragfähig.

Eine unabdingbare Voraussetzung für eine qualitativ gute, bezahlbare Gesundheitsversorgung ist es, daß keine Gelder an Arzneimittel von zweifelhafter Wirksamkeit, unnötig verschriebene oder unnötig teure Arzneimittel verschwendet werden. Die europäischen Länder arbeiten bereits jetzt mit einer Mischung aus gesetzgeberischen, administrativen, finanziellen, ausbildungsorientierten und informationsvermittelnden Strategien. Zu den Maßnahmen zählen Positiv- und Negativlisten, die angeben, welche Arzneimittel rückvergütet werden, die Verschreibung und Auslieferung von Arzneimitteln einschränkende Vorschriften, Verschreibungsaudits, die Förderung von Generika sowie verschiedene finanzielle Steuerungsinstrumente, z. B. Patientenzahlung, fixe oder Rahmenbudgets für die verschreibenden Ärzte, Preisregulierung und Richtpreise.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Der Staat hat die wichtige Aufgabe, Normen aufzustellen und die Effizienz, Sicherheit und Qualität medizinischer Erzeugnisse zu regeln sowie zu gewährleisten, daß die gesamte Bevölkerung Zugang zu den von ihr benötigten Arzneimitteln hat.

Eine Arzneimittelpolitik sollte sich darauf konzentrieren, die Zugänglichkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln zu verbessern und die in die Finanzierung von Arzneimitteln fließenden öffentlichen und privaten Mittel bestmöglich zu nutzen, damit durch eine gute, bezahlbare Arzneimitteltherapie eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung geleistet werden kann. Das bedeutet:

- daß die einzusetzenden Arzneimittel nach den Kriterien der Effizienz, Sicherheit und Qualität auszuwählen sind und für die Rückvergütung von Arzneimittelkosten die Kostenwirksamkeit maßgeblich ist. Das WHO-Konzept der unentbehrlichen Arzneimittel und die überarbeitete Arzneimittelstrategie der WHO bilden dafür einen guten Ausgangspunkt;
- daß eine tragfähige Finanzierung gesichert ist;
- daß (gleichgültig, ob öffentlich und/oder privat finanzierte) effiziente und professionell vertretbare Arzneimittelversorgungs- und -vertriebssysteme geschaffen werden, die sicherstellen, daß alle die Arzneimittel bekommen, die sie brauchen;
- Strategien umgesetzt werden, die den sinnvollen Arzneimittelgebrauch stützen und stärken.

Neue Arzneimittelprodukte sollten auf dem Markt nur dann zugelassen werden, wenn sie den Kriterien der Effizienz, Sicherheit und Qualität genügen. Wenn beschlossen wird, ein Arzneimittel in das Rückvergütungssystem aufzunehmen, muß sehr viel stärker betont werden, ob es tatsächlich einen meßbaren positiven Einfluß auf das Behandlungsergebnis hat, ob es anderen Therapieformen überlegen ist und ob es (aus der Sicht der Gesundheitsversorgung) wirklich aus der kollektiven öffentlichen Tasche bezahlt werden muß. Die konkreten Auswirkungen einer Arzneimitteltherapie auf das Behandlungsergebnis lassen sich oft erst nach mehreren Jahren abschätzen, wobei die Evaluierung durch einen kontinuierlichen Prozeß erfolgen muß. Informationstechnologie und die Überwachung des Marktes nach Einführung eines bestimmten Arzneimittels sowie die Arzneimittel-epidemiologie können die Instrumente für eine bessere Einschätzung und nachfolgende Entscheidungsfindung in diesen Fragen liefern.

Außerdem sollte man Konzepte umsetzen, die die Entwicklung neuer Arzneimittel für den bisher noch nicht gedeckten therapeutischen Bedarf vorsehen.

Arzneimittelauswahl und -gebrauch lassen sich erheblich verbessern, wenn die Gesundheitsberufe Zugang zu objektiven und unparteiischen Arzneimittelinformationen haben und wenn man in Krankenhäusern und in der ambulanten Versorgung Kliniker, klinische Pharmakologen und (klinische) Apotheker in arzneimitteltherapeutischen Ausschüssen zusammenbringt. Das erfordert die aktive Zusammenarbeit aller Partner im Gesundheitsbereich, d. h. von Ärzte- und Apothekerverbänden, Pharmaindustrie und Verbraucher- und Patientenorganisationen. Diese Gruppen können den bedarfsgerechten Arzneimittelgebrauch entscheidend verbessern helfen und sicherstellen, daß Öffentlichkeit und Fachwelt Vertrauen in die politischen Ziele und Strategien haben können.

Der Arzneimittelgebrauch kann nur dann zu einem besseren gesundheitlichen Resultat führen, wenn die Patienten wirklich in die Entscheidung einbezogen werden und über ihre Krankheit und die Ziele der Arzneimitteltherapie gut unterrichtet sind. Die Gesundheitsfachkräfte haben dabei die immer wichtigere Aufgabe, die Patienten über den bedarfsgerechten Gebrauch von Arzneimitteln aufzuklären. Hier bietet die neue Informationstechnologie ein erhebliches Potential, das noch weiter ausgeschöpft werden muß.

PARTNERSCHAFT FÜR DIE WAHRUNG DER VERBRAUCHERRECHTE IN POLEN

Im Oktober 1994 regte der polnische Verbraucherverband zusammen mit Health Action International eine Initiative zur Förderung des rationalen Arzneimittelgebrauchs in Polen an. Vor 1989 herrschte in Polen Arzneimittelknappheit, während man jetzt ganz im Gegenteil meinte, daß zu viele Arzneimittel auf dem Markt seien, viele davon veraltet, unwirksam und potentiell schädlich. Das wichtigste Ziel des Projekts war es, die Verbraucher aufzuklären und ihnen ihre Rechte deutlicher ins Bewußtsein zu heben. Anfangs konnte man die Gesundheitsberufe nur schwer für das Projekt gewinnen. Einige Ärzte waren der Meinung, daß die Entscheidung darüber, welche Arzneimittel sie verschreiben sollten, ausschließlich ihnen selbst überlassen bleiben müsse. Die Apotheker unterstützten die Initiative dagegen schon eher.

Eine Broschüre mit dem Titel „*Verbraucher und Arzneimittel*“ gab Auskunft über den rationalen Arzneimittelgebrauch und über die auf dem Markt befindlichen problematischen Arzneimittel. Die Broschüre wurde an alle für die Entwicklung und Umsetzung einer nationalen Arzneimittelpolitik Zuständigen verschickt. In einem zweiten Schritt sollte eine weitere Informationsbroschüre mit dem Titel „*Mit Vernunft*“ unter den Verbrauchern eine kritischere Haltung zur Arzneimittelwerbung bewirken. Die Aufklärungsstrategie wurde kräftig durch Fernsehkampagnen, Printmedien und Rundfunksendungen unterstützt. Das Projekt wurde 1995 mit einem Seminar über rationalen Arzneimittelgebrauch abgeschlossen, bei dem Verbraucher und Fachkräfte die Arzneimittelsituation debattierten. Der deutlichste Erfolg des Projekts war die starke Aufmerksamkeit, die es in den Medien erhielt. Außerdem wurde die Rolle des polnischen Verbraucherverbands gestärkt, so daß die Verbraucher inzwischen von der Pharmaindustrie und vom Gesundheitssektor ernster genommen werden. Das Gesundheitsministerium sicherte zu, die gefährlichsten Arzneimittel vom Markt zu nehmen. Weitere Erfolgsindikatoren waren:

- Die WHO-Liste über unentbehrliche Arzneimittel wird häufiger benutzt
- Medizinstudenten lernen etwas über eine gute Verordnungspraxis
- Das Institut für Psychiatrie und Neurologie lieferte Ärzten in einem Faltblatt Leitlinien für die Therapie mit psychotropen Substanzen, um Drogenabhängigkeit zu verhindern
- Das Interesse an Patientenrechten nimmt zu
- Die Medien interessieren sich zunehmend für den rationalen Arzneimittelgebrauch

Quelle: London, Consumers' International (nicht veröffentlichte Daten).

6.4.4 Medizinische Ausrüstung

Es kommen ständig neue technische Errungenschaften auf den Markt, die sowohl qualitativ wie vom Kostenaspekt her einen Einfluß auf die Trends der angebotenen Leistungen haben. Die Länder der Region verhalten sich ganz unterschiedlich zur Einführung neuer Technik. In vielen Ländern wird sie ohne Beurteilung und planlos übernommen. Einige Länder lassen neue Geräte und Verfahren zu, wenn sie nachweislich effizient sind und geplant eingesetzt werden, in vielen Ländern hat man jedoch keine Möglichkeit, systematisch zu beurteilen, ob die neuen Geräte und Verfahren den bereits vorhandenen relativ überlegen sind.

Im östlicheren Teil der Region fehlt in vielen Ländern aufgrund der wirtschaftlichen Zwangslage selbst die grundlegendste medizinische Apparatur. In anderen Fällen steht in der Primärversorgung häufig nicht einmal die unentbehrlichste Apparatur zur Verfügung, während man in der spezialisierten Krankenhausversorgung die hochmodernste Ausrüstung findet.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Wesentlich ist, daß bedarfsgerechte Technologie vor ihrer Einführung gründlich beurteilt wird und man neue medizinische Geräte und sonstige Ausrüstung einer sorgfältigen Bewertung unterzieht. Die Regierungen müssen bei der Zulassung neuer Gesundheitstechnologie eine stärkere Rolle übernehmen, wie sie das bei den Arzneimitteln bereits seit langem tun. Ein Schritt wäre es, wenn man den Nachweis dafür verlangen würde, daß neue Geräte und Verfahren zu einem meßbar besseren Gesundheitszustand und zu größerer Kostenwirksamkeit führen als die bisherigen.

Die praktische Erfahrung der letzten Jahre zeigt, daß sich neue Gesundheitstechnologien trotz anfänglich positiver Einschätzung bei breiterer Übernahme in die Alltagspraxis oftmals als problematisch erweisen. Künftig sollten somit die gesundheitlichen Auswirkungen, die der Routineeinsatz neuer Geräte und Verfahren mit sich bringt, kontinuierlich verfolgt werden. Die Technologiebewertung sollte deshalb als Bestandteil der Weiterentwicklung von Versorgungsqualität gesehen werden und nicht gesondert laufen.

6.5 Infrastruktur des Gesundheitswesens

Wesentlich ist, daß man ausreichende Kompetenzen zur Steuerung der Entwicklung und Umsetzung von GFA-basierten Konzepten und Strategien fördert. Die gesundheitlichen Erfahrungen eines Landes, die Determinanten von Gesundheit und der gesundheitliche Bedarf müssen epidemiologisch analysiert werden, auf gesundheitlichen Zugewinn ausgerichtete Programme und Tätigkeiten sind zu fördern, und die Erbringung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung muß ebenfalls auf diese Bevölkerungsperspektive ausgerichtet sein. Dafür braucht man in Politik und Management ein starkes und nachhaltiges Engagement.

System und Infrastruktur des Gesundheitswesens müssen in allen Ländern modernisiert und gestärkt werden, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß. In vielen Ländern bleibt es institutionell und funktional schwach, oft mit traditionellem Schwerpunkt ausschließlich auf den klassischen Funktionen der öffentlichen Gesundheit wie Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, Impfungen, Gesundheit von Mutter und Kind, umweltbezogener Gesundheitsschutz und Zusammenstellung von Gesundheitsstatistiken. Diese Aufgaben behalten zwar ihre Bedeutung, das GFA-Konzept der gesundheitlichen Entwicklung setzt jedoch voraus, daß man auch imstande ist, den gesamtgesellschaftlichen Bedarf an gesundheitlicher Entwicklung aus umfassender Querschnittssicht zu

sehen, weitere gesundheitsdienliche Strategien zu analysieren, das Handeln vieler unterschiedlicher Akteure innovativ zu vernetzen und ganz allgemein als Katalysator des Wandels zu fungieren.

Die Länder machen in dieser Hinsicht konkret ganz unterschiedliche Erfahrungen. In vielen Mitgliedstaaten ist die von Public-Health-Experten getragene grundlegende Infrastruktur in den letzten 10 bis 15 Jahren, zuweilen im Zuge der Dezentralisierung und Privatisierung, in Verfall geraten. In diesen Ländern haben die Praktiker im Gesundheitswesen an Autorität verloren, ihre Rolle wird oft hinterfragt. In einigen anderen Ländern hat man sich jedoch staatlicherseits eingehend mit dieser Situation befaßt, was dazu geführt hat, daß die wichtige Rolle, die der Public Health in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem zukommen sollte, stärkere Anerkennung erfahren und man bereits Schritte unternommen hat, um die Kapazität des Public-Health-Managementsystems zu stärken. Viele Länder der Region müssen zudem die Infrastruktur ihrer gesundheitswissenschaftlichen Ausbildungsgänge ausbauen.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Um sicherzustellen, daß die Entwicklungen in Übereinstimmung mit der GFA-Perspektive verlaufen, muß man sich vor allem zwei Fachgruppen anschauen, nämlich bevölkerungsbezogen arbeitende Public-Health-Manager und andere in der Gesundheitsversorgung Beschäftigte.

6.5.1 Public-Health-Manager

Grundlegend erfüllt die Public-Health-Funktion die Aufgabe, die gesundheitliche Lage eines Landes und die dafür maßgeblichen Determinanten zu ermitteln, zu analysieren und darüber Bericht zu erstatten. Wie verteilen sich Krankheit und Behinderung in einer Gesellschaft, und weshalb ist das so? Diese analytische Arbeit und Berichterstattung ist die wesentliche Vorarbeit für die politische, fachliche und öffentliche Debatte über die Frage, wie man Gesundheit handelnd verbessern könnte. Dazu gehört zweifellos, daß sich Gesundheitssektor und Gesundheitswesen Partner in anderen Sektoren suchen. Außerdem gehört dazu die grundsatzpolitische und pragmatische Entwicklung auf verschiedenen Ebenen (international, national, regional und lokal) und im unterschiedlichsten Rahmen (Städte, Schulen usw.). Bisher fehlte dafür häufig eine tragfähige Struktur, in der diese Public-Health-Perspektive funktionieren kann, d. h. eine eigentliche Public-Health-Funktion, sowie eine enge Arbeitsbeziehung zwischen dieser Funktion und der individuellen klinischen Arbeit.

Letztlich wird es vom Können, der Durchsetzungskraft und der Autorität der heutigen und künftigen Public-Health-Praktiker und von ihren Führungsqualitäten abhängen, ob es gelingt, überzeugende Argumente für die Stärkung der gesundheitlichen Perspektive vorzubringen und die Menschen, Gemeinschaften, alle Gesundheit schaffenden Sektoren, Politiker, Manager der Gesundheitsversorgung und Fachkräfte für diese Aufgabe zu begeistern. Diese Praktiker in nationalen, teilnationalen und kommunalen Positionen müssen ein gesundheitswissenschaftliches Diplomstudium absolviert haben und unter den unterschiedlichsten politischen und administrativen Rahmenbedingungen

Erfahrungen mit bevölkerungsbezogenen Public-Health-Aufgaben gesammelt haben. Die Situation gestaltet sich zwar von Land zu Land unterschiedlich, die Region insgesamt braucht jedoch viel mehr praktisch arbeitende Gesundheitswissenschaftler, die dafür ausgebildet sind, bevölkerungsbezogene Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands zu unterstützen. Außerdem aber braucht man für diese Arbeit eine bedarfsgerechte institutionelle Infrastruktur.

Die Public-Health-Praktiker müssen das geweckte politische Bewußtsein zugunsten der Bevölkerungen ausnutzen und für chancengleiche, nachhaltige und rechenschaftspflichtige Konzepte der gesundheitlichen Entwicklung eine breite politische und kulturelle Unterstützung mobilisieren. Sie müssen instande sein, Menschen, Organisationen, Gemeinschaften und ganzen Ländern zu helfen und sie dazu zu motivieren, effektiv mit einer sich wandelnden Umwelt zurechtzukommen und sich dieser Entwicklung anzupassen, und sie müssen in der konkreten Arbeit vor Ort die Kompetenzbildung erleichtern. Außerdem müssen sie den Mut haben, sich effektiv gegen Gruppen durchzusetzen, deren Verhalten der öffentlichen Gesundheit schadet.

Gebraucht werden im wesentlichen also Public-Health-Manager, die im Rahmen von Bündnissen Partnerschaften und koordinierte Maßnahmen handhaben können. Sie müssen gründlich darüber Bescheid wissen, was verschiedene Sektoren und verschiedene Partner zur Lösung gesundheitlicher Probleme beitragen können, sie müssen in der Analyse bevölkerungsbezogener Gesundheitsprobleme geschult sein, in Konzepten zur Bewältigung von Problemen der Lebensweise verankert sein, wissen, wie Umwelt und Gesundheitsschutz zusammenhängen, und instande sein, die Überzeugungsarbeit zu leisten, die erforderlich ist, um viele Partner vernetzt zusammenarbeiten zu lassen. Außerdem müssen sie gelernt haben, wie man für die breite Öffentlichkeit, für Fachkräfte und Politiker ausgezeichnete Public-Health-Informationen aufbereitet. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen sie von den unterschiedlichsten Experten aus spezifischen Fachdisziplinen unterstützt werden.

Wenn sie im eigentlichen Gesundheitswesen arbeiten, müssen sie in Grundsatzarbeit und Programmplanung geschult sein, d. h. sie müssen wissen, wie man Ziele aufstellt, Resultate mißt und auswertet, und sie müssen entscheidend zur Gestaltung des Leistungsangebots beitragen. Sie müssen instande sein, an der Planung, laufenden Überwachung und Auswertung von breiten, nach Krankheitskategorie oder Klientengruppe aufgestellten Entwicklungsprogrammen mitzuwirken, wobei sie mit wissenschaftlich haltbaren Argumenten (im Hinblick auf gesundheitliche Verbesserungen, Investitionen und Leistungsgeschehen) das richtige Gleichgewicht zwischen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Therapie und Rehabilitation finden müssen. All dies verlangt den Public-Health-Managern ausgesprochen viel ab, weshalb man an ihre Ausbildung entsprechend hohe Ansprüche stellen muß.

Die Länder sollten ihre bestehenden Systeme überdenken, um festzustellen, ob sie ein klares Mandat haben und ausreichend qualifiziert sind, um solche bevölkerungsbezogenen Public-Health-Maßnahmen zu ergreifen. Besonders entscheidend wird es sein, daß man Infrastruktur, Qualifikationsanspruch und Profil von Ausbildungseinrichtungen wie Hochschulen für Gesundheitswissenschaften stärkt, an denen Public-Health-Manager ausgebildet werden. Außerdem braucht man

bessere einheitliche Curricula. Daß sich die Ausbildung ändern muß, ist vor allem im östlicheren Teil der Region besonders geboten, doch diese Problematik muß auch in vielen anderen Ländern in den Programmen zur gesundheitlichen Entwicklung sehr viel stärker Vorrang erhalten.

6.5.2 Andere Gruppen, die für Public Health arbeiten

Nicht nur die bevölkerungsbezogen arbeitenden Public-Health-Manager setzen sich für die GFA und die öffentliche Gesundheit ein, sondern die Humanressourcen für diese Arbeit findet man überall in der Gesellschaft, und zwar innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors. Man kann sagen, daß diese Ressourcen Wichtiges zur Public-Health-Funktion beizutragen haben und damit Teil der „Public-Health-Infrastruktur“ im breiten Sinne dieses Begriffs sind. Verschiedene Gruppen lassen sich hier erkennen:

- Im breitesten Sinne haben zahlreiche Personen und Fachkräfte in ihrem Arbeitsalltag ein ungeahntes Potential, das sich für die öffentliche Gesundheit ausschöpfen läßt. Dazu zählen nicht nur Ärzte, Pflegende, Apotheker, Sozialarbeiter usw., sondern auch andere Berufsgruppen, die in Schulen, in den Medien, in Stadtplanung, Architektur und Wohlfahrtsarbeit beschäftigt sind. Hinzu kommen alle, die in den unterschiedlichsten NGOs mitarbeiten.
- Ein Großteil des für die Public-Health-Praxis benötigten wissenschaftlichen und fachlichen Könnens kommt von Epidemiologen, Informationswissenschaftlern, Sozialwissenschaftlern, Gesundheitsökonomern, Unternehmensforschern, Juristen, Politologen und Verwaltungswissenschaftlern, Experten für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, Spezialisten im Bereich Umwelt und Gesundheit usw.
- Wie oben gesagt, müssen Manager im Gesundheitswesen die Bevölkerungsperspektiven und die Public-Health-Problematik eingehender kennen, damit sie den Zusammenhang zwischen ihrer Arbeit (im Krankenhaus, Gesundheitszentrum) und der durch diese Einrichtung versorgten Bevölkerung verstehen. Sie müssen die Bedürfnisse der gesamten durch diese Einrichtung versorgten Bevölkerung (und nicht nur die Belange der Patienten) im Auge haben und daran denken, welche gesundheitlichen Zugewinne durch die Leistungen dieser Einrichtung erzielt werden können. Zugleich müssen sie auch auf die Qualität und Kostenwirksamkeit der erbrachten Leistungen achten.

Alle diese „Public-Health-Arbeiter“ sind eine unentbehrliche Ressource für Gesundheit. Sie sollten über gesundheitliche Erfahrungen und Probleme aufgeklärt und informiert sein und dieses Wissen einzuschätzen verstehen, damit sie dazu beitragen können, daß Gesundheit gesamtgesellschaftlich als ein alle angehendes positives Konzept begriffen wird, und sie sollten bei der Aufstellung und Durchführung von multisektoralen Konzepten und Programmen für die gesundheitliche Entwicklung eine wichtige Rolle übernehmen.

Deshalb müssen für viele Diplomstudiengänge und Fortbildungsangebote maßgeschneiderte, sich auf die GFA gründende Ausbildungsziele und Programmelemente, die speziell auf Gesundheit und

gesundheitliche Verbesserungen Bezug nehmen, aufgestellt werden. Das gilt z. B. für die Studiengänge von Volkswirten, Architekten, Journalisten, Juristen, Sozialarbeitern, Ingenieuren und anderen außerhalb des Gesundheitssektors, aber auch für die Ausbildung von allen innerhalb des Sektors, die nachweislich einen Beitrag zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit leisten.

Letztlich muß die Qualität der Public-Health-Entwicklung aber auch durch die Weitergabe von Wissen gefördert werden. Das kann weitgehend durch Vernetzung geschehen, wie die Verbundprojekte „Regionen für Gesundheit“, „Gesunde Städte“, „Gesundheitsfördernde Schulen“, „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“, „Gesundheit in Haftanstalten“, CINDI usw. zur Genüge bewiesen haben. Es bleibt zu hoffen, daß man künftig solche Netze weitaus stärker nutzen wird. Sie sollten gefördert werden, weil sie in allen Mitgliedstaaten landesweit als wichtige Instrumente zur Anregung von Public-Health-Maßnahmen dienen können.

Kapitel 7

Konzepte und Instrumente zur Steuerung des Wandels

Ziel 19 – Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit
Ziel 20 – Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange
Ziel 21 – Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“

7.1 Einleitung

Wie in den vorangegangenen Kapiteln herausgestellt, müssen die auf der Basis der GFA-Prinzipien zur Verbesserung der Gesundheit der europäischen Völker erforderlichen Veränderungen über den Gesundheitssektor hinausgehen und die gesamte Gesellschaft betreffen. Sie sind in Theorie und Praxis komplex und die in der Europäischen Region involvierten zahlreichen Akteure – Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen – müssen sensibilisiert werden. In diesem Kapitel werden die Möglichkeiten untersucht, wie diese Ressourcen für die Gesundheit koordiniert und in Einklang mit den GFA-Prinzipien strukturiert zusammengebracht werden können.

Die bürokratischen, hierarchischen Organisations- und Managementsysteme und tradierten Verfahrensweisen werden nicht genügen, um diese Ziele zu erreichen; neue Systeme zur multisektoralen organisatorischen Kooperation und Koordination werden erforderlich sein. Die Öffentlichkeit sowie eine breite Palette von Organisationen, Institutionen und Sektoren müssen informiert werden, was getan werden muß, um gesundheitliche Verbesserungen zu erreichen und sie müssen zum Handeln motiviert und zu aktiven „Koalitionen für die Gesundheit“ herangezogen werden. Managementfähigkeiten, um einen durchgehenden Wandel in komplexen modernen, pluralistischen Gesellschaften zu fördern, werden hoch im Kurs stehen und entwickelt werden müssen.

Im vorliegenden Kapitel wird auf einige Dimensionen der erforderlichen Veränderungen eingegangen, d. h. Verbesserung der Wissensbasis zum Planen und Handeln durch Forschung und bessere Informationssysteme (Abschnitt 7.2); die Frage, wie man eine breite Palette von Partnern dafür gewinnen kann, eine landesweite Bewegung für die Gesundheit ins Leben zu rufen (Abschnitt 7.3); und schließlich die Frage, wie man den Prozeß der Planung, Umsetzung und Evaluierung der GFA organisieren sollte (Abschnitt 7.4).

7.2 Ausbau der Wissensbasis für Gesundheit

Forschung – um bessere Instrumente zum Gesundheitsschutz und zur Behandlung von Krankheiten zu entwickeln – und Gesundheitsinformationssysteme sind zwei Schlüsselbereiche für die Herbeiführung eines Wandels.

7.2.1 Forschung

Jegliche Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit setzen eine solide Wissensbasis voraus, und Forschung ist eines der wertvollsten und wichtigsten Werkzeuge der Gesellschaft, um die Grundlagen für bessere Strategien zur Verbesserung der Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu schaffen. Dennoch hat erst eine geringe Zahl von Mitgliedstaaten die ausführlichen Ratschläge des Europäischen Beratungsausschusses für Gesundheitsforschung (EACHR) der WHO bezüglich der Formulierung länderspezifischer an der GFA orientierter Forschungskonzepte und -programme befolgt.

In vielen Ländern der Region findet z. Z. eine umfangreiche, durch öffentliche Mittel sowie von der Privatindustrie finanzierte Grundlagenforschung statt, die sich damit befaßt, das Grundwissen über biologische Prozesse zu erweitern, das menschliche Genom zu kartieren und nach neuen Arzneimitteln für eine bessere Behandlung von Krankheiten zu suchen. Im großen und ganzen funktioniert das derzeitige System recht gut, obschon die Forschung in noch stärkerem Ausmaß auf vielversprechende oder absolut vorrangige Bereiche ausgerichtet werden könnte, z. B. Immunologie, Genetik oder Verbesserung der Immunisierung durch Entwicklung hochwirksamer Impfstoffe, die leichter, billiger und einfacher gelagert und eingesetzt werden können.

Problematischer ist, daß ein systematischer Ansatz zur klinischen Forschung in vielen medizinischen Bereichen fehlt und daß der operationellen Forschung in der Gesundheitsversorgung nur ein geringer Stellenwert beigemessen wird. Dementsprechend ist ein wesentlicher Großteil beider Bereiche in der gegenwärtigen Praxis nicht hinreichend wissenschaftlich erhärtet.

Die immer größere Rolle der Forschung bedeutet, daß die Wissenschaftlergemeinschaft stärker in die Entwicklung wissenschaftlich vertretbarer, gesellschaftlich relevanter und praktisch brauchbarer Entscheidungsgrundlagen einbezogen werden sollte. In den meisten Ländern ist die Situation indessen

so, daß der von den Entscheidungsträgern und Planern einerseits gesehene Bedarf an Gesundheitsforschung besser mit den von der Forschergemeinschaft andererseits festgelegten Forschungsschwerpunkten abgestimmt werden muß. Außerdem verfügt heutzutage kaum ein Land über einen systematischen Mechanismus, der sicherstellt, daß neue Forschungserkenntnisse auch tatsächlich praktisch umgesetzt werden. Der Dialog zwischen den beiden Gruppen muß deshalb unbedingt verstärkt werden, und zwar nicht nur, um die Forschung stärker zu konzentrieren, sondern auch – und das ist keineswegs weniger wichtig – um sicherzustellen, daß die für die Dienste Zuständigen stärker motiviert sind, Veränderungen vorzunehmen, weil sie *selbst* an der Gestaltung der Forschung mitgewirkt haben.

Der europäische Kontext für gesundheitsbezogene Forschungsinitiativen ist jetzt sehr vielversprechend. Außer den bemerkenswerten Forschungsbemühungen einzelner Mitgliedstaaten sind hier speziell das vorgeschlagene Fünfte Rahmenprogramm der Europäischen Union sowie die Forschungsaufträge der Generaldirektion XII der EU zu nennen, ferner der Europäische Medizinische Forschungsrat, die Europäische Wissenschaftsstiftung sowie eine Reihe von Stiftungen, Privatunternehmen und Wohlfahrtsorganisationen und nicht zuletzt die WHO.

7.2.2 Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Informationssysteme sind ein weiteres Schlüsselement zur Wissensverbreitung und heutzutage leben wir in einer Kommunikationsära.

Im Gesundheitsbereich wurden viele neue Systeme zur Verbesserung der klinischen Patientenversorgung (siehe auch Abschnitt 6.3) entwickelt. In einer Reihe von Ländern verbindet die „Telemedizin“ Expertenzentren mit anderen Teilen des Gesundheitsversorgungssystems, wodurch es möglich wird, diagnostische Daten vom Erbringer der primären Gesundheitsversorgung bzw. dem örtlichen Krankenhaus an spezialisierte Zentren in Krankenhäusern der tertiären Versorgungsebene zu übermitteln und rasch Ratschläge zu erhalten. In Krankenhäusern und Primärversorgungssystemen sind automatisierte Krankenakten mit den medizinischen Daten der Patienten entwickelt worden. Direkte elektronische Kommunikationsmöglichkeiten, beispielsweise zwischen Primärversorgungsärzten und Apothekern haben einige Aspekte der Gesundheitsversorgung vereinfacht und beschleunigt. Die Notfallversorgung und Intensivpflege wurde durch moderne Patientenüberwachungssysteme erheblich verbessert. Allerdings befinden sich Feedback-Systeme, um durch Rückinformation die Versorgungsqualität zu verbessern, erst noch im Frühstadium ihrer Entwicklung.

Die Fortschritte durch Nutzung solcher Entwicklungen sind ganz unterschiedlich. In vielen Ländern der Europäischen Region, insbesondere in den osteuropäischen Ländern, dringen diese neuen Systeme jetzt erst langsam vor und werden wahrscheinlich auf lange Zeit hinaus wohl kaum zum Alltag gehören.

Für die Verbraucher steht gegenwärtig erst eine ganz geringe Zahl von Gesundheitsinformations-Datenbanken zur Verfügung, und das auch nur in wenigen Ländern. Momentan bestehen keine klaren Vorstellungen darüber, wie man die Qualität des Dateninputs kontrollieren kann, um sicherzustellen,

daß die Verbraucher die korrekte Information erhalten, die ihnen wirklich hilft, ihr Verständnis des Gesundheitsversorgungssystems und der Behandlungsergebnisse zu verbessern.

Auf der Public-Health-Ebene sind die Informationen über den Gesundheitszustand, Risikofaktoren und die Organisation der Gesundheitsdienste unverzichtbar. Ganz wichtig war hier die Vereinbarung, daß alle Mitgliedstaaten unter Anwendung eines einheitlichen Katalogs globaler und europäischer GFA-Indikatoren Bericht erstatten. Dies wird nunmehr seit 1984 erfolgreich praktiziert und seitdem wurde eine große Datenbank entwickelt, die es den Mitgliedstaaten ermöglicht, Daten über eine Fülle von Gesundheitsergebnissen und Risikofaktoren zu vergleichen, die den Planern und Entscheidungsträgern nutzen (dennoch ist die Datensammlung in einzelnen Ländern noch verbesserungsfähig).

Mittlerweile ist eine Reihe von WHO-Datensystemen, u. a. in bezug auf die Lebensmittelsicherheit und Bekämpfung von Infektionskrankheiten, in Betrieb. Da auch die EU begonnen hat, für ihre Mitgliedsländer neue Systeme in bezug auf die Bekämpfung von Infektionskrankheiten sowie andere Themenkomplexe zu entwickeln, ist eine Koordination und Kooperation unverzichtbar. In ähnlicher Weise besteht auch die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit mit der OECD, die Daten über die Gesundheitsausgaben und über andere gesundheitsbezogene Aspekte erhebt.

In zunehmendem Maß können Telematikdienste, die mittels moderner Kommunikationstechnologien (speziell Computer, Multimedia und Telekommunikation) Informationen liefern, zur Unterstützung der gesundheitlichen Aufklärung, gesundheitlichen Versorgung (Telemedizin, Frühwarnsysteme usw.), Gesundheitsforschung und zum Management der Gesundheitsdienste herangezogen werden.

ZIEL 19 – FORSCHUNG UND WISSEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2005 SOLLTEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN GESUNDHEITSFORSCHUNGS-, INFORMATIONSS- UND KOMMUNIKATIONSSYSTEME ZUR VERFÜGUNG STEHEN, DIE DEN ERWERB SOWIE DIE EFFEKTIVE NUTZUNG UND VERBREITUNG VON WISSEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER „GESUNDHEIT FÜR ALLE“ FÖRDERN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 19.1 Die in den einzelnen Mitgliedstaaten verfolgte Forschungspolitik sollte sich an den Prioritäten des jeweiligen langfristigen GFA-Konzepts orientieren.
- 19.2 In allen Ländern sollten Mechanismen vorhanden sein, die eine wissenschaftlich fundierte Bereitstellung und Entwicklung von Gesundheitsdiensten ermöglichen.
- 19.3 Gesundheitsinformationen sollten so aufbereitet werden, daß sie für Politiker, Manager und Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen sowie für die Allgemeinheit nützlich und leicht zugänglich sind.
- 19.4 Alle Länder sollten durch Formulierung einer Kommunikationspolitik und einschlägiger Programme im Gesundheitsbereich das GFA-Konzept unterstützen und den Zugang zu diesbezüglichen Informationen erleichtern.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Entwicklung der Forschungsagenda für die GFA

Die meisten Mitgliedstaaten müssen eine gesundheitsorientierte Forschungspolitik entwickeln – ein guter Orientierungsrahmen hierfür sind die Empfehlungen des Europäischen Beratungsausschusses für Gesundheitsforschung (EACHR) der WHO – und sie sollten die Forschungsgemeinschaft dazu anregen, sich den Herausforderungen der GFA im 21. Jahrhundert zu stellen. Die systematische Suche nach besseren Instrumenten zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Versorgung – sowohl zur Anwendung in der klinischen Versorgung als auch auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit – sollte intensiviert werden und für jeden wichtigen Bereich von Gesundheitsproblemen (wie z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten) sollten wissenschaftliche Ausschüsse die wissenschaftliche Evidenzbasis systematisch analysieren und ihre Erkenntnisse in laufend aktualisierte Datenbanken eingeben. Die Länder benötigen ein Instrumentarium, um festzustellen, ob eventuelle Defizite in bezug auf wissenschaftliche Nachweise bestehen, und sie sollten nach Möglichkeiten suchen, diese Defizite auszugleichen, indem sie weitere Untersuchungen über Bereiche durchführen, über die erst unzulängliche Erkenntnisse vorliegen. Um sich mit eher generellen gesellschaftlichen Veränderungen wie sozioökonomischer Deprivation, geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gesundheitszustand usw. auseinanderzusetzen, müssen außerdem neue Ansätze entwickelt werden.

Besondere Bemühungen sollten Forschungsvorhaben gelten, die sich mit künftigen Trends, Bedürfnissen und Aufgaben im Gesundheitsbereich befassen, wozu nicht nur die Entwicklung von direkten Gesundheitsindikatoren sondern auch von Indikatoren für strukturelle, umweltbezogene, verhaltensrelevante und soziale Determinanten gehört.

Angesichts der Tatsache, daß 5–10% des Bruttosozialprodukts auf die Gesundheitsversorgung entfallen und daß in den Ländern 5–8% aller Erwerbstätigen im Gesundheitswesen beschäftigt sind, wird es zunehmend wichtiger, alternativen Formen der Gesundheitsversorgung und deren Auswirkungen zu erforschen. Von daher sollte keine neue Gesundheitsreform in die Wege geleitet werden, die nicht eine klare Evaluationskomponente enthält, denn nur so wird es möglich sein, Lehren aus den bisherigen praktischen Erfahrungen zu ziehen.

Der öffentliche Sektor und die Wissenschaftlergemeinschaft sollten gemeinsam die Forschungsprioritäten setzen und die Instrumente zum Dialog und zur Kooperation zwischen politischen Entscheidungsträgern und der Wissenschaftlergemeinschaft müssen durch spezielle Ausschüsse, zweckgebundene Forschungsmittel, Gemeinschaftsvorhaben im Forschungsbereich usw. erheblich ausgebaut werden.

Eine sehr wichtige Aufgabe für praktisch jeden Mitgliedstaat der Region ist die Schaffung eines permanenten Mechanismus, der eine systematische Überprüfung – z. B. einmal pro Jahr – der wichtigsten nationalen und internationalen Forschungsergebnisse in wesentlichen Bereichen der

gesundheitlichen Entwicklung (z. B. Tuberkulose, Krebs, Drogenkonsum usw.) erlaubt. Bei einer derartigen Bestandsaufnahme sollten alle wichtigen Erkenntnisse, die in dem betreffenden Land in der täglichen Praxis Niederschlag finden sollten, herausgestellt werden und die Aufmerksamkeit der höchsten Entscheidungsebene im Gesundheitssektor sollte darauf gelenkt werden. Wie im Kapitel 2 erwähnt, würde dies auch den Gedanken der Schaffung einer „WHO-Länderfunktion“ in jedem einzelnen Mitgliedstaat fördern.

Auf europäischer Ebene sollte die internationale Zusammenarbeit im Forschungsbereich intensiviert werden, mit stärkerem Akzent auf bedarfsorientierter Forschung, einer größeren Zahl von Mehrländer-Forschungsprogrammen und einem besseren Austausch von Forschungsdaten. So sollten beispielsweise die Europäische Kommission, die Europäische Wissenschaftsstiftung und die WHO im Forschungsbereich enger zusammenarbeiten; ein guter Anfang ist bereits im Bereich Umwelt und Gesundheit gemacht worden, doch ist eine engere Zusammenarbeit in vielen anderen Gesundheitsfragen ebenfalls erforderlich.

Stärkere Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Gesundheitsinformationen müssen auf breiterer Ebene verfügbar werden und leicht zugänglich sein, wenn das GFA-Konzept richtig verstanden und aktiv gefördert werden soll. Entscheidungsträger, Gesundheits- und Wirtschaftsexperten, Architekten, Lehrer, Forscher, die Medien, die allgemeine Öffentlichkeit usw. müssen über gesundheitliche Belange in einer Art und Weise informiert werden, die ihr Interesse an Prozessen der gesundheitlichen Verbesserung weckt und ihr Engagement für Gesundheitsfragen stärkt.

Eine Möglichkeit hierfür liegt im Ausbau des Instrumentariums zum Monitoring der Gesundheit und der bekannten Determinanten sowie der Funktionsweise des Gesundheitsversorgungssystems. Zu diesem Zweck sollten die Länder mindestens die globalen und regionalen GFA-Indikatoren anwenden – diese vorzugsweise aber noch durch spezifische Indikatoren ergänzen, die die landesspezifischen GFA-Ziele jeweils reflektieren. Diese Informationen sollten über elektronische Medien verfügbar sein und regelmäßig in einer öffentlich zugänglichen Form veröffentlicht werden, um eine informierte, offene Debatte unter Politikern, Experten und der Öffentlichkeit über Gesundheitsergebnisse und -determinanten sowie künftige Handlungs- und Investitionsprioritäten zu fördern.

Die Daten sollten speziell auf die wichtigsten für die Planung und Umsetzung von GFA-Programmen gewählten Ebenen (Länderebene, nachgeordnete Ebene, nachgeordnete regionale und kommunale Ebene, Institution) zugeschnitten sein (s. nachstehend Abschnitt 7.4).

Die europäischen GFA-Indikatoren werden aktualisiert, um die neuen Prioritäten, die sich aus der derzeitigen Aktualisierung des regionalen GFA-Rahmenkonzepts und der GFA-Ziele ergeben, zu reflektieren (s. Anhang 2). Einige Aspekte in bezug auf die gesundheitlichen Ergebnisse müssen stärker ausgebaut werden, insbesondere in Hinsicht auf Risikofaktoren. Hier ist ein europäischer Standard für periodische Gesundheitserhebungen erforderlich, um die den einzelnen Ländern und

der Region insgesamt über Lebensweisen und gesundheitliche Risikofaktoren gelieferten Informationen zu verbessern. Ein WHO-Modell – EUROHIS – wird gegenwärtig entwickelt. In ähnlicher Weise ist ein weiterer Ausbau der Überwachungsnetzwerke und Indikatoren für die Bereiche übertragbare Krankheiten, Lebensmittelsicherheit sowie Umwelt und Gesundheit wünschenswert. Dies sollte eine stärkere Standardisierung von Definitionen und Datenerfassungssystemen in allen Mitgliedstaaten beinhalten.

In den kommenden Jahrzehnten wird es eine wichtige Aufgabe sein, den Nutzern – darunter auch der breiten Öffentlichkeit – freien Zugang zu Datenbanken zu sichern, die auf gesundheitliche Probleme in Europa, auf Risikofaktoren, Gegenmaßnahmen und die Begründung für Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung aufmerksam machen. Ein besonders wichtiger Aspekt ist hier die Entwicklung von speziellen Datenbanken, die der breiten Öffentlichkeit nützliche Informationen über Eigenbehandlung bzw. Selbstversorgung liefern.

Die WHO hat Vorhaben in bezug auf Qualitätsindikatoren und Datenbanken für den klinischen Gebrauch durch Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Erbringer von Gesundheitsleistungen begonnen, die jedoch noch weitergeführt werden müssen. Dazu sollte auch die Ausarbeitung international abgestimmter Qualitätsindikatoren – eine Aufgabe der WHO – und der Aufbau eines Systems miteinander verknüpfter Datenbanken gehören, das den einzelnen Nutzern Rückinformationen über die Behandlungsergebnisse liefert und ihnen somit ermöglicht, die eigene Leistung mit der Leistung von Fachkollegen zu vergleichen. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist der Schutz von Patienten- und Behandlungsdaten in Datenbanken auf klinischer Ebene, um die Validität der erfaßten Informationen zu verbessern. Für Managementzwecke auf institutioneller und populationsbezogener Ebene sollten allerdings verdichtete, anonymisierte Informationen zur Verfügung gestellt werden. Eine Reihe von Pilotgebieten in der Europäischen Region wird jetzt in einem WHO-System gekoppelter Datenbanken erfaßt, das die Anwendung von standardisierten Qualitätsindikatoren für Vergleiche der Behandlungsergebnisse ermöglicht.

Maßnahmen, um sicherzustellen, daß die örtliche Bevölkerung über Fragen der Gesundheit, Lebensweise und über Umweltprobleme sowie Entwicklungstätigkeiten in ihrer Gemeinde besser informiert ist, sind eine wichtige Voraussetzung für die Einbeziehung und Beteiligung der Bevölkerung und derartige Maßnahmen sollten ideenreich und innovativ gefördert werden. Dazu gehört heutzutage die Nutzung der konventionellen Medien wie auch der neuen Möglichkeiten zur elektronischen Kommunikation. Hier wiederum kommt den Medien und dem Kommunikationssektor eine besonders wichtige Rolle zu, die Bürger über ihre individuelle und kollektive Verantwortung für die Gesundheit aufzuklären und hinsichtlich der Handlungsoptionen zu informieren und zu sensibilisieren.

Telematik

Der weitere Einsatz der Telematik im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Patientenversorgung wird eine sehr wichtige Strategie für die Mitgliedstaaten sein, die dazu beitragen

kann, Expertenwissen kostenwirksam und rasch in neue Bereiche und anderen Institutionen zu vermitteln. Bei einer solchen Strategie sind jedoch diverse Aspekte zu beachten:¹⁸

- Gesundheitstelematiksysteme und -dienste sollten sich an den Gesundheitsbedürfnissen sowie den klinischen und öffentlichen Gesundheitsstandards orientieren und nicht die Technik in den Mittelpunkt stellen.
- Die Grundwerte und Prinzipien der GFA – vor allem Chancengleichheit, Nachhaltigkeit, Partizipation und Transparenz – sollten auch uneingeschränkt für die Entwicklung von Gesundheitstelematiksystemen gelten.
- Gesundheitstelematik erfordert neue Fachkompetenz von den relevanten Entscheidungsträgern, Nutzern und Akteuren, und zwar einen Mix aus partizipatorischer Ausbildung, Schulung der Fertigkeiten, beruflicher Weiterbildung und lebenslangem Lernen.
- Angesichts des raschen technischen Fortschritts und der sich ändernden Preis-Leistungsverhältnisse werden die Länder Nutzen aus einer engeren Zusammenarbeit bei der Entwicklung von technischen Standards, aus Kompatibilität, offener Architektur, Preiswettbewerb und Pilotanwendungen ziehen.

Effizientes und rationelles Management von Gesundheitsinformationen auf der Ebene der Europäischen Region erfordert, daß die wichtigsten auf diesem Gebiet tätigen Organisationen formellere Kooperationsvereinbarungen treffen als bisher; vor allem wird dies die WHO, die Europäische Kommission und die OECD einbeziehen.

7.3 Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Wie im Kapitel 5 ausgeführt, muß ein breites Spektrum von Partnern in der Gesellschaft einbezogen werden, wenn multisektorale Konzepte und Maßnahmen für die Gesundheit entwickelt und genutzt werden sollen. Speziell im Abschnitt 5.4 wird die Notwendigkeit derartiger Handlungsansätze, um gesunde Lebensweisen zu fördern, unterstrichen; demgegenüber stellt Kapitel 6 heraus, daß nicht nur Fachkräfte der Gesundheitsberufe, sondern auch viele andere Partner in die Gesundheitsversorgung einbezogen werden müssen. Somit liegt die Bedeutung der GFA darin, eine breite Palette von Partnern unter einer Reihe von Rahmenbedingungen des täglichen Lebens und auf verschiedenen Managementebenen – landesweit bis hin zur örtlichen Gemeinde – für die Sache der Gesundheit zu sensibilisieren.

Der neue Fokus auf der Berücksichtigung der Determinanten von Gesundheit zeigt, daß es eine Reihe von neuen Mitspielern gibt, die heutzutage noch nicht voll als „Partner für die Gesundheit“ anerkannt worden sind. Viele dieser potentiellen Partner sind sich des Nutzens nicht bewußt, den

¹⁸ Übernommen aus: A health telematics policy in support of WHO's Health-for-All strategy for global health development: report of the WHO Consultation on Health Telematics. Genf, 11.–17. Dezember 1997. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998.

sie aus einer Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor und aus Investitionen in die Gesundheit ihrer Klienten ziehen können. Deshalb ist es nötig, die Probleme zu lösen die sich aus der Konzentration auf jeweils nur einen Sektor und spezifische organisatorische Ziele, Budgets und Aktivitäten ergeben. Eines dieser Probleme liegt darin, daß es an Mechanismen fehlt, um Partner zur systematischen Kooperation zusammenzuführen.

Im Kapitel 1 wurde das Recht auf Partizipation als eines der drei Grundprinzipien der GFA beschrieben. Das gilt für alle Partner für die Gesundheit, d. h., sämtliche Mitglieder der Gesellschaft, die durch ihren persönlichen Beitrag als Individuum oder in ihrer beruflichen Rolle zur Gesundheitsverbesserung beitragen können. Mit dem Recht auf Beteiligung kommt indessen auch die Pflicht zur Rechenschaft (s. auch Kapitel 1); deshalb bedeutet Partnerschaft, daß alle Partner Verantwortung für die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Politik und ihres Handelns tragen und ihr Teil der Rechenschaftspflicht für die Gesundheit übernehmen müssen.

Regierungen bleiben die wesentlichen Partner. Im Zentrum der Regierungsprozesse steht: die menschliche Entwicklung der Population, für die die Regierung jeweils zuständig ist, zu verbessern. Das ist in den Regierungsstrukturen impliziert, die Funktionen in bezug auf Gesundheit, Bildung, Gemeinwohl und Umweltschutz sowie wirtschaftliche Entwicklung erfüllen. Dieses Prinzip ist jedoch nur selten hinreichend explizit und scheint derzeit ganz gewiß nicht das oberste Anliegen der Wirtschaftspolitik zu sein.

In der Europäischen Region ändert sich die Art und Rolle der Regierungen allmählich, und zwar weg von der direkten Leistung von Diensten und Unterstützung für die Bevölkerung, hin zur Schaffung eines Rahmens für gesellschaftliche Vorgaben und Ordnungen, innerhalb welcher zahlreiche öffentliche wie auch private Leistungsanbieter existieren. Außerdem war auch eine Bewegung zur Dezentralisation zu beobachten, wobei die Verantwortlichkeiten zunehmend regionalen oder lokalen Strukturen überantwortet werden. Letztlich tragen allerdings immer noch die Regierungen die eigentliche Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bevölkerung sowie für den Einsatz der für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung verfügbaren Gesamtrressourcen und die Resultate.

Sowohl nationale Parlamentarier als auch lokale Politiker in Europa müssen Gesundheitsbelange höher auf ihre politische Tagesordnung setzen und über die erzielten gesundheitlichen Ergebnisse und die Effizienz der gesundheitsbezogenen Maßnahmen rechenschaftspflichtig sein. Ihnen kommt eine unverzichtbare Rolle in Hinsicht auf die Vermittlung der mittel- und längerfristigen Vision zu, die grundlegende, wirkungsvollere und nachhaltigere Ergebnisse für die Gesundheit erbringen kann; durch Wahrnehmung dieser Rolle werden sie auch das große Potential für politische Unterstützung erkennen, das in derartigen Initiativen liegt.

Die verschiedenen Akteure in der Public-Health-Infrastruktur – von den Bediensteten der Gesundheitsministerien bis hin zum Direktor von Gesundheitsbehörden auf kommunaler Ebene – spielen eine Schlüsselrolle als Initiatoren von Maßnahmen, technische Experten, Berater für Politiker, Verbundpartner usw. Von einigen rühmlichen Ausnahmen abgesehen sind jedoch viele Länder in der

Vergangenheit nicht aktiv genug gewesen, andere Sektoren einzubinden oder dazu beizutragen, daß die klinische Medizin das Dilemma der Versorgungsqualität mit Hilfe eines epidemiologischen Ansatzes angeht. In jüngerer Zeit haben innovative Projekte wie die „Gesunden Städte“ einen neuen Weg gewiesen und dabei gleichzeitig das Konzept der Public-Health-Infrastruktur erweitert (s. Abschnitt 6.5).

Den Gesundheitsberufen kommt bei einer breiten Palette von gesundheitsbezogenen Maßnahmen die wichtigste Rolle zu, und zwar als Leistungserbringer ebenso wie als Planer und Manager in vielen Teilen des Gesundheitssektors. In der Vergangenheit ist ihr großes Potential indessen nicht voll genutzt worden, da sowohl individuelle Gesundheitsfachkräfte als auch ihre Berufsverbände häufig – und hier wiederum von einigen rühmlichen Ausnahmen abgesehen – ihre Tätigkeiten zu eng fokussiert haben und nicht weit genug über die Versorgung des einzelnen Patienten hinausgeblickt haben, um die Auswirkungen aus der Sicht der Bevölkerung zu analysieren. Oft mangelt es ihnen auch an Bereitschaft, die Bedeutung ihrer eigenen beispielhaften Funktion als Vorbild für die örtliche Bevölkerung, z. B. in bezug auf persönliche Rauchgewohnheiten zu erkennen. Häufig gab es bei ihnen erheblichen Widerstand, eine Gesundheitsförderungsrolle (im Gegensatz zur Rolle der Patientenversorgung) zu akzeptieren und mit Strukturen und Sektoren außerhalb ihrer eigenen Institutionen zusammenzuarbeiten.

Im letzten Jahrzehnt ist jedoch eine stärker Public-Health-orientierte Sichtweise zutage getreten. Die europaweiten Foren der WHO und nationalen Ärzteverbände, nationalen Pflegeverbände und nationalen Apotheker-/Pharmazeutenverbände haben eine wichtige Pionierrolle für die Entwicklung dieser Sichtweise gespielt.

Erzieher – vom Kindergarten über die Schule bis zur Universität – haben große Möglichkeiten, zur Entwicklung des Menschen und zur Wahrung von GFA-Wertprinzipien, Wissen und Sachkompetenz beizutragen. Heutzutage ist dieser Input indessen nur selten Teil eines sorgfältig konzipierten, integrierten und gegenseitig stützenden Programms, das systematisch auf den gesamten Lebenszyklus eines Individuums ausgelegt ist.

Forschern kommt eine Schlüsselrolle hinsichtlich der Verbesserung der abertausend Instrumente, die die GFA benötigt, zu. Wie bereits vorstehend (im Abschnitt 7.2) erwähnt, ist ihr Input indessen oft nicht hinreichend auf die tatsächlichen Prioritäten des Gesundheitsversorgungssystems fokussiert oder darauf abgestimmt.

In Europa, speziell in Westeuropa, nimmt die Zahl der auf dem Gesundheitssektor tätigen nicht-staatlichen Organisationen (NGOs) rasch zu. Im östlichen Teil der Region (in den MOE-Ländern und Nachfolgestaaten der Sowjetunion) gibt es bis jetzt erst relativ wenig NGOs, obgleich ihre Zahl laufend steigt. Hier besteht noch ein großer Handlungsbedarf, die NGO-Entwicklung zu stimulieren und zu unterstützen, jedoch ohne ihre Autonomie oder ihre sehr wichtige Flexibilität und Innovationskapazität zu beeinträchtigen. NGOs können meist rascher und flexibler auf bestimmte Situationen reagieren, da sie normalerweise weniger organisatorischen und bürokratischen Zwängen unterliegen als offiziell etablierte internationale Organisationen.

Der Privatsektor (s. Abschnitt 5.5) ist ein unentbehrlicher Partner für die Gesundheit. Bis jetzt wurde sein – in Industrie, Handel, Medien und anderweitig vorhandenes – großes Potential, zu den Strategien und Prozessen der gesundheitlichen Verbesserung beitragen zu können, oftmals nur allzu wenig gewürdigt. Inzwischen zeigt es sich jedoch klar, daß der Privatsektor zunehmend die wachsenden Erfordernisse und Besorgnisse der Verbraucher in bezug auf Gesundheit, Lebensqualität und generell das Gemeinwohl erkennt und eine strengere Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen neuer Produkte vornimmt.

Individuen sind in zweierlei Hinsicht Partner für die Gesundheit. Zunächst einmal sind sie, als Privatperson, Partner bei Handlungen, die ihre eigene Gesundheit und/oder die Gesundheit ihrer Familienangehörigen oder Freunde direkt betreffen. Darüber hinaus können sie durch Mitgliedschaft in NGOs oder durch Beteiligung an gemeindenahen Gesundheitsprogrammen Partner sein.

ZIEL 20 – MOBILISIERUNG VON PARTNERN FÜR GESUNDHEITLICHE BELANGE

BIS ZUM JAHR 2005 SOLLTEN ZUR UMSETZUNG DER GFA-KONZEPTE ALLIANZEN UND PARTNERSCHAFTEN GEBILDET WERDEN, DIE EINZELNE UND GRUPPEN SOWIE ORGANISATIONEN AUS ALLEN BEREICHEN DES ÖFFENTLICHEN UND DES PRIVATEN SEKTORS UND NICHT ZULETZT DIE ZIVILE GESELLSCHAFT INSGESAMT IN DIE VERFOLGUNG GESUNDHEITLICHER BELANGE EINBINDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 20.1 Der Gesundheitssektor sollte gesundheitliche Belange aktiv fördern und für gesundheitliche Interessen eintreten und dabei andere Sektoren dazu ermutigen, sich an sektorübergreifenden Aktivitäten zu beteiligen, gemeinsame Ziele zu verfolgen und die verfügbaren Ressourcen miteinander zu teilen.
- 20.2 Auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene sollten Strukturen und Prozesse vorhanden sein, die eine harmonische Zusammenarbeit aller Akteure und Sektoren bei der gesundheitlichen Entwicklung erleichtern.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Partnerschaften für die Gesundheit werden auf verschiedenen Ebenen benötigt, d. h. auf internationaler, regionaler und lokaler Ebene. Sie sind erforderlich: für die Formulierung der Gesundheitspolitik, für die Schärfung des Problembewußtseins in der Bevölkerung und für das Verständnis gesundheitlicher Belange, für die Ausprägung des politischen Willens zum Handeln, für die Zielsetzung, für die Durchführung von Politiken und Programmen und die Gestaltung der Dienste, einschließlich Prioritätenfestlegung und Ressourcenaufteilung, sowie für die Verlaufsbeobachtung und Evaluierung der Resultate.

7.3.1 Regierungen

Letztlich ist es Aufgabe der Regierungen, eine klare Gesundheitspolitik für das gesamte Land zu entwerfen und die Verantwortung dafür zu übernehmen. In einer Europäischen Region an der Schwelle zum 21. Jahrhundert sollten die Regierungen über eine Verlagerung von Gesellschaftswerten nachdenken, und zwar dahingehend, daß das Wirtschaftswachstum nur noch ein Ziel unter vielen wird – in ausgewogenem Verhältnis mit anderen Zielen wie gesundheitliche Verbesserung, Nachhaltigkeit, Chancengleichheit, sozialer Zusammenhalt und Umweltqualität. Bei Wahrnehmung dieser Aufgabe, werden die Regierungen zunehmend der Notwendigkeit Rechnung tragen müssen, daß ein breiteres Spektrum von Partnern voll einbezogen werden muß und daß die Prozesse der politischen Gestaltung transparent sein müssen.

Die Regierungen müssen effiziente und dauerhafte Koordinationsmechanismen schaffen, beispielsweise einen nationalen Gesundheitsrat, der sich aus hochrangigen Vertretern vieler Ministerien und aus anderen Partnern zusammensetzt, um sicherzustellen, daß der Ansatz bei den Konzepten zur gesundheitlichen Verbesserung kohärent ist und daß die Gesundheitsziele sowohl aus politischer als auch aus technischer Sicht ausgewogen sind. Die Gesundheitsministerien müssen jedoch die wichtigsten technischen Dimensionen der Gesundheitspolitik liefern und die Hauptverantwortung für die Umsetzung der Gesundheitspolitik auf sich nehmen. Zur Erleichterung dieser Aufgabe sollten sie nationale und internationale Entwicklungen, die zu besseren Strategien und Methoden für gesundheitsbezogene Maßnahmen führen, systematischer verfolgen und analysieren (siehe Abschnitt 7.2). Die Schaffung einer „WHO-Länderfunktion“ (siehe Abschnitt 2.1) mit formellen Querverbindungen zu nationalen Forschungsgremien sollte zu einer solchen Initiative beitragen und davon profitieren.

7.3.2 Politiker

Die Politiker auf kommunaler, regionaler oder Landesebene benötigen eine eingehende Analyse der gesundheitsbezogenen Aufgaben und Möglichkeiten für die Bevölkerungsteile, deren Interessen sie vertreten, und das europäische GFA-Rahmenkonzept bietet ihnen ein facettenreiches strategisches Modell, nach dessen Muster sie eine ähnliche Politik auf der Ebene ihrer Zuständigkeit entwerfen können. Ihre Verantwortlichkeit für diese Politik sollte sichergestellt werden – beispielsweise durch generelle Zielvorgaben und durch eine Verlaufsbeobachtung und Evaluierung der anschließenden Maßnahmen. Ebenfalls sollte gewährleistet sein, daß die von ihnen verfügbaren Gesetze und Regelungen sowie die wirtschaftlichen und anderweitigen Anreize, die sie verschiedenen Sektoren und Institutionen bieten, auch wirklich der Gesundheit dienen; erforderlichenfalls sollten solche Regelungen durch Verfahren zur Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen ergänzt werden.

7.3.3 Einschlägige Experten

Gesundheitsexperten

Angesichts ihrer Schlüsselposition in der Gesundheitsversorgung sollten die Gesundheitsfachkräfte und ihre Berufsverbände sich die Prinzipien bezüglich der Versorgungsqualität zu eigen machen und die Selbstversorgung ihrer Patienten aktiv unterstützen (wie im Abschnitt 6.3 ausgeführt). Außerdem sollten sie sich angesichts ihrer Vorbildrolle aufgrund ihres beruflichen Status selbst zu einer gesunden Lebensweise verpflichtet fühlen (siehe Abschnitt 6.4.2). Im übrigen legt ihnen ihr Fachwissen eine besondere Verantwortung auf, die örtliche Bevölkerung und nationale Entwicklungsprogramme zu unterstützen.

Public-Health-Experten

Ihre Rolle und Zuständigkeiten wurden eingehend im Abschnitt 6.5 behandelt.

Sonstige Experten

Viele Experten außerhalb des Gesundheitssektors können als „sonstige Public-Health-Mitarbeiter“ in der breiteren Dimensionierung der Public-Health-Infrastruktur angesehen werden (siehe Abschnitt 6.5).

Schullehrer und Erzieher in Kindergärten müssen drei wichtige Aufgaben erfüllen:

- Erstens müssen sie das Wissen und die Lehrbefähigung erwerben, ihre Schüler dazu zu erziehen und zu inspirieren, die Grundwerte Fairneß, Gerechtigkeit, Mitgefühl und die Prinzipien einer zukunftsfähigen Entwicklung zu respektieren. Besonders wichtig ist, daß sie die Schüler zu einer gesunden Lebensweise ermutigen und sie dafür wappnen, dem Gruppendruck zu widerstehen; sie müssen praktische Lebensfertigkeiten vermitteln, wie man souverän mit Streß und Widrigkeiten im späteren Leben umgehen kann; sie müssen ihre Schüler auf die Herausforderungen des Heranwachstums vorbereiten, ihnen das Bewußtsein für den Wert sozialer Interaktion und für die Bedeutung sozialer Netze wecken und sie darauf vorbereiten, später einmal selbst gute Eltern zu werden.
- Zweitens müssen Schullehrer und Erzieher sich der Tatsache bewußt sein, daß sie wichtige Vorbilder für ihre Schutzbefohlenen sind, dementsprechend gesundheitsbewußt leben (nicht rauchen) und unter Beweis stellen, daß sie gut mit Streß umgehen können.
- Drittens sollten Lehrer klar erkennen, daß sie die Familiensituation ihrer Schüler besser verstehen müssen und den Eltern partnerschaftlich entgegenkommen (siehe Abschnitt 5.4).

Ingenieure, Architekten und Stadtplaner müssen ihr Verständnis über die Auswirkungen, die ihre Arbeit auf die Gesundheit des einzelnen und der Bevölkerung haben kann, erweitern. Sie müssen sich nicht nur um Sicherheitsbelange kümmern, die für die Planung von Häusern, Siedlungen und Städten relevant sind, sondern sie müssen auch nach ideenreichen neuen Lösungen suchen, die z. B. zu täglichem Körpertraining anregen, die Entwicklung nachbarschaftlicher sozialer Netze fördern, geeignete Wohngebäude für das Zusammenleben von drei Generationen vorsehen und die

„erweiterte Familie“ als ein Mittel gegen die heutzutage in vielen modernen Stadtsiedlungen vorherrschende soziale Isolation fördern.

Wirtschaftsexperten sollten nicht nur auf die Gesundheitsversorgungsressourcen und den Input sehen, sondern auch verstärkt auf die durch das Gesundheitsversorgungssystem und seine verschiedenen Komponenten erbrachten gesundheitlichen Resultate und Leistungen. So müssen beispielsweise die gesundheitlichen Begleiterscheinungen und sozialen Kosten von industriellen und infrastrukturellen Entwicklungsprojekten kritischer betrachtet werden. Ein Schritt nach vorn wären zweckgebundene finanzielle Anreize, beispielsweise durch einen aus Tabaksteuereinnahmen finanzierten speziellen Gesundheitsfonds, um Funktionen wie die Gesundheitsförderung und Versorgungsqualität zu verbessern.

Eine stärkere offene Einbeziehung von Journalisten und anderen Experten des Medien- und Kommunikationsbereichs hinsichtlich der Sensibilisierung und Wahrung des öffentlichen Interesses an Gesundheitsfragen wird für den Erfolg des GFA-Rahmenkonzepts mit seinem Schwerpunkt auf der Einbindung der Öffentlichkeit und der Transparenz der politischen Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse von wesentlicher Bedeutung sein. Im Rahmen der Ausbildung dieser Berufsgruppen sollte auch speziell auf gesundheitliche Aspekte eingegangen werden. Der Gesundheitssektor selbst muß den ersten Schritt dazu tun und sich für einen offeneren Dialog über seine Anliegen aussprechen.

7.3.4 Nichtstaatliche Organisationen

NGOs sind sehr wichtige Partner für die Gesundheit. Sie sind eine unverzichtbare Komponente einer modernen bürgerlichen Gesellschaft, die das Problembewußtsein der Bevölkerung schärft, für Veränderungen eintritt und zu einem Dialog über die Politik anregt; in Gesundheitsfragen sollte ihre Rolle gestärkt werden. Sie können zusätzlich zum Leistungsangebot des öffentlichen und privaten Sektors vielfältige gesundheitsbezogene und soziale Dienste erbringen und dadurch wichtige neue Ressourcen erschließen. Vor allem sollte ihre Rolle hinsichtlich der Förderung der Selbsthilfe nachhaltig gestärkt werden, d. h. der Unterstützung von Personen, die an einem spezifischen Gesundheitsproblem leiden (beispielsweise Hämophile, Diabetiker, Drogen- und Alkoholabhängige), besser für sich selbst zu sorgen. Um die Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen zu verbessern, müssen jedoch die Stärke und das Potential der NGOs mit organisierten öffentlichen Bemühungen auf kommunaler oder nationaler Ebene enger koordiniert werden. Dabei müssen die NGOs als echte Partner angesehen werden. Ihre Einbeziehung in örtliche Gesundheitsprogramme bietet auch ein hervorragendes Beispiel für praktizierte Demokratie auf lokaler Ebene – besonders wichtig für Reformländer – und großes Potential für die Freisetzung lokaler Ressourcen für die Gesundheit, indem die örtliche Gemeinschaft zu einer starken Beteiligung angeregt wird.

Für die WHO gehört es gegenwärtig zu den wichtigsten Prioritäten, flexiblere Mechanismen zur Aufnahme und Aufrechterhaltung eines Dialogs mit NGOs zu etablieren. Dies würde die Möglichkeit eröffnen, das Wissen der WHO über den generellen Handlungsbedarf und die gesundheitsbezogenen

Optionen mit den Kapazitäten von NGOs zur Ermittlung gemeinsamer Interessengebiete und Zielgruppen zu kombinieren.

7.3.5 Privatsektor

Der Privatsektor sollte aufmerksamer auf die Verbraucher reagieren, kritisch prüfen, wie seine Produkte die Gesundheit fördern können, und zur Verbesserung der Umwelt beitragen. Es wird zunehmend Anforderungen hinsichtlich wissenschaftlicher Nachweise, die Aussagen über Produkteigenschaften bekräftigen, sowie des Einsatzes von objektiven Instrumenten, beispielsweise Beurteilungen der gesundheitlichen Auswirkungen, geben. Dementsprechend sollten die Tätigkeiten des Privatsektors umfassender und stärker gesundheitsorientiert werden als sie heutzutage sind. Außerdem ist der Privatsektor eine wesentliche Komponente der Gemeinschaft auf lokaler wie auch auf nationaler Ebene; deshalb könnte seine Unterstützung für die Entwicklung und Umsetzung von Public-Health-Programmen – als Partner und in voller Anerkennung seines möglicherweise maßgeblichen Beitrags – aktiv nachgesucht werden.

Wie im Abschnitt 5.4 erwähnt, gehört der Arbeitsplatz zu den wirkungsvollsten sozialen Systemen (Settings), wenn es um die Entscheidung zugunsten einer gesünderen Lebensweise geht. Deshalb muß der Privatsektor der Gesundheit seiner Arbeitnehmer unbedingt große Aufmerksamkeit widmen. Ein Schritt in diese Richtung könnte die Förderung des Konzepts eines „gesunden Betriebs bzw. Unternehmens“ sein, auf partnerschaftlicher Basis zwischen Arbeitgebern, Arbeitnehmern und arbeitsmedizinischen Diensten. Dies sollte einen auf dreierlei Ziele ausgerichteten Ansatz beinhalten: gesunde Mitarbeiter, Produktion gesunder Erzeugnisse in dem Betrieb sowie aktive Unterstützung örtlicher gemeindenaher (oder auch nationaler) Gesundheitsprogramme durch das Unternehmen. Solche Maßnahmen sollten ihrerseits von nationalen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden sowie vom öffentlichen Gesundheitssektor unterstützt werden; dies könnte im Laufe der Zeit zum Entstehen eines Netzwerks „gesunder Betriebe“ führen.

7.3.6 Der einzelne Bürger

Die Strategie, durch die in den vorangegangenen Kapiteln (speziell Kapitel 5) beschriebenen Maßnahmen, die gesundheitsbewußte Entscheidung zur einfachsten Entscheidung zu machen, ist von maßgeblicher Bedeutung, um dazu beizutragen, daß der einzelne mehr Verantwortung für „Gesundheitsbewußtheit“ in seinem eigenen Leben trägt und die Gesundheit als ein Gut betrachtet, das geschützt und aktiv verbessert werden muß. In ähnlicher Weise sollte jeder einzelne sich verpflichtet fühlen, Freunden und Angehörigen zu helfen, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden, indem er selbst als Vorbild dient und direkte Unterstützung anbietet.

7.3.7 Zusammenführung von Partnern für gemeinsame Aktionen

Damit eine Strategie der Partnerschaft bei der gesundheitlichen Entwicklung tatsächlich wirkungsvoll ist, müssen besondere Mechanismen etabliert werden, die den Fokus und die Beständigkeit der

Partnerschaft sicherstellen. Auf der Grundlage des GFA-Rahmenkonzepts haben in jüngster Zeit viele Länder große Fortschritte hinsichtlich der Bildung solcher Partnerschaften durch Bewegungen wie die „Gesunden Städte“, „Gesundheitsfördernden Schulen“, „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“, „Gesundheit in Haftanstalten“ usw. gemacht (siehe Abschnitt 5.4). Jetzt fehlt noch eine Strategie und ein strukturelles Instrumentarium für die Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange in der Gesellschaft.

Das Zuhause

Das familiäre Umfeld ist ein informelles Setting, das keine formellen Mechanismen erfordert, doch könnte hier eine qualifizierte „Familiengesundheitsschwester“ – eine Pflegefachkraft, die die Familien aufsucht und zu Diskussionen über die Gesundheitsbedürfnisse anregt – sehr wirkungsvolle Arbeit leisten. Ein gut geplantes Hausarzt-Konzept – einschließlich familienorientierter Epidemiologie und Aufzeichnungen, die ggf. Teamüberprüfungen (z. B. durch einen Arzt, eine Pflegefachkraft und einen Sozialarbeiter) von Familien mit besonderen gesundheitlichen oder sozialen Erfordernissen erlauben – kann ebenfalls einen großen Unterschied ausmachen.

Schule, Arbeitsplatz usw.

Wie im Abschnitt 5.4 erwähnt, sind Kindergärten, Schulen, Haftanstalten usw. wichtige soziale Systeme für gesundheitsbezogene Maßnahmen. Sie erfordern einen Gesundheitsförderungsausschuß, der sich aus den wichtigsten Partnern zusammensetzt, mit angemessenen Ressourcen zum Handeln ausgestattet ist und klare Zuständigkeiten für die Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene erhält.

Örtliche Gemeinschaften

Die Aufgabe, eine an der GFA-orientierte gemeindenahe Gesundheitspolitik mit Zielen und einem Aktionsprogramm zu konzipieren sowie durchzuführen, zu überwachen und zu evaluieren, sind wesentliche Komponenten des GFA-Ansatzes, der nach sorgfältiger Planung von jeder örtlichen Gemeinschaft in jedem Mitgliedstaat eingeleitet werden muß (siehe Abschnitt 5.4 und 7.4). Dazu muß es einen lokalen Gesundheitsrat oder ein ähnliches Organ geben, das mit dieser Aufgabe betraut worden ist, und darüber hinaus müssen neben dem gewählten Gemeinderat Vertreter wesentlicher Sektoren wie dem Gesundheits-, Bildungs-, Sozialsektor usw. sowie die wichtigsten NGOs, die Medien und die örtliche Bevölkerung (letztere beispielsweise durch öffentliche Anhörungen) beteiligt werden. Dem örtlichen Public-Health-Beamten und anderen Mitarbeitern des Public-Health-Bereichs kommen hier entscheidende fachliche und organisatorische Managementfunktionen zu.

Nationale und nachgeordnete Ebene

Die Formulierung eines landesweiten, an der GFA orientierten Konzepts und Programms bleibt unerlässlich, wenn man einen mittelfristigen Entwicklungsrahmen mit klaren GFA-Zielen vorgeben möchte, der zu synergistischem Handeln anregen und eine gemeinsame Richtung für ähnliche Bemühungen auf anderen Ebenen in dem Land zeigen kann (siehe nachstehenden Abschnitt 7.4). Dies

wird auch benötigt, um sicherzustellen, daß die Ressourcen landesweit rational eingesetzt werden, und um eine durch die gesamte Gesellschaft gehende Bewegung für bessere Gesundheit zu erleichtern, die von allen Ministerien, nationalen Berufsverbänden, Gewerkschaften und Industrieverbänden, den Medien und anderen aktiv unterstützt wird.

Wie vorstehend ausgeführt, muß es unbedingt einen eindeutigen, sichtbaren Mechanismus geben, beispielsweise einen nationalen Gesundheitsrat, um dieses gemeinsame Engagement zu realisieren. Ein derartiger Gesundheitsrat müßte fachliche Unterstützung und Orientierungshilfe vom Gesundheitsministerium erhalten. Er sollte das zuständige Gremium sein, um landesspezifische Konzepte und Programme zu entwerfen, die Umsetzung solcher Konzepte und Programme zu verfolgen und zu evaluieren und um über die jeweiligen Fortschritte Bericht zu erstatten. Dieser Prozeß würde zur öffentlichen Rechenschaftslegung beitragen, wodurch die gesamte Gesellschaft für die Ziele zur Gesundheitsentwicklung sensibilisiert und die Bereitschaft gefördert würde, diese Ziele zu erreichen.

Die Ebene der Europäischen Region

Für die 51 Länder der Europäischen Region besteht mit dem WHO-Regionalkomitee für Europa bereits ein ständiges Kooperationsinstrumentarium, das „Gesundheitsparlament“, in dem sich alljährlich die Gesundheitsminister zur Überprüfung der Gesundheitspolitik und -programme in der Region treffen. Das europäische regionale GFA-Konzept repräsentiert ihre Politik und Ziele für gemeinsame regionsweite Maßnahmen und bildet einen inspirierenden Rahmen, auf dem die einzelnen Länder aufbauen können. Die regionsweite Berücksichtigung der GFA-Ziele und der GFA-Evaluierungsprozeß (der zur Zeit alle sechs Jahre durchgeführt wird) gewährleisten öffentliche Transparenz und systematisches Feedback, dessen Ergebnisse bei der periodischen Aktualisierung (alle 6 bis 7 Jahre) des europäischen GFA-Rahmenkonzepts berücksichtigt werden.

Partnerschaften mit anderen wichtigen integrierenden und zwischenstaatlichen Gremien sind von allergrößter Bedeutung, wenn Gesundheit in ganz Europa verwirklicht werden soll. Zu derartigen Institutionen gehören die Europäische Union, die Weltbank, der Europarat, die OECD und verschiedene humanitäre Organisationen und Entwicklungsorganisationen innerhalb des Systems der Vereinten Nationen. Während überall bei den politischen Entscheidungen und Tätigkeiten der Gesundheit zunehmende Aufmerksamkeit gewidmet wird, ist vor allem die verstärkte Public-Health-Kompetenz der EU erwähnenswert, ebenso wie die Tatsache, daß die Weltbank kürzlich ein strategisches Konzept für die Bereiche Gesundheit, Bevölkerung und Ernährung entwickelt hat. Es gab viele bedeutsame Entwicklungen hinsichtlich einer engeren Zusammenarbeit zwischen diesen Organisationen, aber es könnten noch erhebliche Fortschritte gemacht werden und formelle Partnerschaftsvereinbarungen – insbesondere zwischen der WHO, der Europäischen Kommission und dem Europarat – wären hier hilfreich. Im Kapitel 1 wird auf die fünf wichtigsten Rollen eingegangen, die das WHO-Regionalbüro für Europa bei der europäischen gesundheitlichen Entwicklung spielen sollte.

Ein Beispiel für eine erfolgreiche Partnerschaft ist der Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, in dem die Schaffung eines Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit zu einer Struktur für häufige Diskussionen über wichtige Grundsatzfragen und somit zu einer intensiveren Zusammenarbeit unter den beteiligten Organisationen und zu einem besseren Verständnis geführt hat. Ein weiteres Beispiel ist das Projekt Gesundheitsfördernde Schulen, das die Europäische Kommission, den Europarat und das WHO-Regionalbüro zu einer praxisorientierten, langfristigen und innovativen Partnerschaft verbindet.

Die Bemühungen, professionelle und institutionelle Partner in einer europaweiten GFA-Bewegung zusammenzubringen, haben sich als erstaunlich erfolgreich erwiesen. Wie bereits erwähnt, gehören einem Europäischen Forum der nationalen Ärzteverbände und der WHO jetzt Vertreter der nationalen Ärzteverbände aus fast allen Mitgliedstaaten an, und das EuroPharm-Forum für die Apothekerverbände umfaßt jetzt zwei Drittel aller Mitgliedstaaten. Beide Organisationen werden weiterhin die wichtigsten GFA-Herausforderungen wie Versorgungsqualität und gesundheitsrelevante Fragen der Lebensweise aufgreifen, und zwar nicht nur bei ihren Jahreskonferenzen, sondern auch durch ständige aktionsorientierte Arbeitsgruppen. 1996 wurde nach diesem Muster das Forum der europäischen nationalen Pflegeverbände und der WHO geschaffen, das sich allen Anzeichen nach zu einem äußerst effizienten Instrumentarium zur Sensibilisierung der 4,5 Millionen Pflegefachkräfte und Hebammen in der Region zugunsten eines GFA-Ansatzes entwickeln wird.

Kooperationsnetze sind eine jüngere Entwicklung, doch sollen sie dauerhafte internationale Strukturen werden, mit einem enormen Potential zur Beeinflussung der Arbeit bezüglich spezifischer GFA-Ziele in der gesamten Region. Wie bereits erwähnt, gehören folgende Netzwerke dazu: „Regionen für die Gesundheit“, „Gesunde Städte“, „Gesundheitsfördernde Schulen“ und „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“, „Gesundheit in Haftanstalten“, CINDI und im weiteren Sinn auch das WHO-Regionalkomitee. Andere Verbundprojekte wurden mit Schwerpunkt auf dem Management spezifischer Gesundheitsprobleme geschaffen, beispielsweise Infektionskrankheiten (wo sich spezifische mit SDT/Aids sowie mit Impfprogrammen in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion befaßte Task Forces als ein sehr wirkungsvolles Medium zur Vereinigung vieler Partner erwiesen haben), Diabetes (die St.-Vincent-Initiative) und Schlaganfall; verschiedene europäische Krebsnetze und die Arbeit des Internationalen Krebsforschungszentrums (IARC) sind in diesem Zusammenhang ebenfalls wichtig.

NEHAPs – EIN PRAKTISCHER WEG ZUM PARTNERSCHAFTLICHEN HANDELN

Auf der Zweiten Europakonferenz Umwelt und Gesundheit (Helsinki, Juni 1994) haben die Gesundheits- und Umweltminister ihre jeweiligen Länder verpflichtet, nationale Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit (NEHAPs) zu entwickeln, die Maßnahmen zur Verbesserung der Umwelt explizit mit der Gesundheit der Bevölkerung in Zusammenhang bringen. Seitdem haben 40 Länder bereits eigene NEHAPs erstellt oder sind dabei, solche länderspezifischen NEHAPs zu entwickeln. Diese NEHAPs haben sich als ein erfolgreiches Instrument erwiesen, das verschiedene Sektoren und Partner zusammenbringt und einen kohärenten, umfassenden und kostenwirksamen Aktionsrahmen für die Erreichung der Ziele der GFA und der Agenda 21 bietet. Wegen der sektorübergreifenden Natur von Umwelt- und Gesundheitsangelegenheiten hängt die erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung der NEHAPs von der Zusammenarbeit aller betroffenen Akteure auf nationaler und internationaler Ebene ab, z. B. die Regierungen der Länder, die örtlichen Behörden, die verschiedenen Sektoren der Wirtschaft und die Öffentlichkeit. Die Tätigkeiten auf Länderebene werden durch internationale Organisationen und Finanzierungsinstitutionen unterstützt. In einer Reihe von Ländern ist die Umsetzung von NEHAPs auch Teil des Prozesses ihres Beitritts zur Europäischen Union.

Quelle: Implementing national environmental health action plans in partnership. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Dokument für die Dritte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, London, 1999).

Während für den Bereich Umwelt und Gesundheit (durch den NEHAP-Prozeß) bereits gute Fortschritte erzielt werden konnten, ist es jetzt dringend erforderlich, eine neue, starke europaweite Bewegung für gesündere Lebensweisen ins Leben zu rufen. Die Zeit dafür ist reif, und das erforderliche technische Wissen und hinreichende Erfahrungen stehen zur Verfügung. Die Europäische Kommission hat ein neues Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung entwickelt, und das WHO-Regionalbüro verfügt über weitreichende starke Netzwerke und langjährige Erfahrungen auf diesem Gebiet; das gleiche gilt auch für zahlreiche sehr aktive NGOs. Und was am wichtigsten ist: In den Mitgliedstaaten scheint der politische Wille zu wachsen, den Themenkomplex Gesundheitsförderung ernst zu nehmen.

Netzwerke haben ein enormes Potential, den Wissens- und Erfahrungsaustausch zu erleichtern; gesundheitsorientierte Netzwerke ähnlicher Art könnten möglicherweise parlamentarische Gesundheitsausschüsse und internationale Lehrerverbände, Wirtschaftsexperten, Anwälte, Ingenieure und Architekten umfassen.

7.4 Planung, Umsetzung und Evaluierung von GFA-Konzepten

Die Verwirklichung der in den Kapiteln 1–6 beschriebenen Absichten bedeutet nicht mehr und nicht weniger, als eine breite gesellschaftliche Bewegung für die Gesundheit ins Leben zu rufen, die die gesamte bürgerliche, administrative, kommerzielle und politische Gesellschaft mit einbezieht. Das kann nur erreicht werden, wenn alle Partner an den Prozessen zum Verständnis der Gesundheitsprobleme und der Voraussetzungen für eine gesundheitliche Verbesserung partizipieren. Damit derartige breitgefächerte Prozesse wirkungsvoll sein können, benötigt man eine

inspirierende Vision über die einzuschlagende Richtung, eine transparente und gemeinsam abgestimmte Politik, die auf dem GFA-Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ basiert.

Seit dem Beginn im Jahre 1984 haben zahlreiche Mitgliedstaaten in der Europäischen Region gute Fortschritte gemacht, das regionale GFA-Konzept auf seine spezifischen Erfordernisse zuzuschneiden. Anfang der 90er Jahre kam es zu einer zeitweiligen Stagnation, als der politische Umbruch und die Wirtschaftskrisen in den mittel- und osteuropäischen Ländern und Nachfolgestaaten der Sowjetunion kurzfristige Sofortmaßnahmen zur Reform des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt rückten. Bis Juni 1996 hatten indessen rund 60% der 51 Länder, die gegenwärtig die Region bilden, umfassende Gesundheitskonzepte auf der Basis des GFA-Ansatzes formuliert oder geplant und die übrigen Länder hatten auch bereits wichtige GFA-Elemente in ihre gesundheitspolitischen Konzepte einfließen lassen.

Die Verfahren zur Umsetzung und Begleitüberwachung der GFA-Konzepte sind das Ergebnis sorgfältiger Überlegungen und somit bereits in einer Reihe von Ländern sehr effektiv. In anderen Ländern gab es indessen noch keine klare Linie, sondern erst bruchstückhafte Ansätze, die dementsprechend weniger Wirkung zeigten. Die Länder haben sich auf mannigfaltige Art und Weise bemüht, das GFA-Konzept in die Praxis umzusetzen, meist mittels quantifizierter Zielvorgaben, wohingegen einige Länder qualitative Zielvorgaben bevorzugten. Die erfolgreichsten Länder haben ganz innovative Wege zur Sicherung einer breiten Beteiligung am Entscheidungsprozeß eingeschlagen, wohingegen andere Länder ihren Ansatz auf einen weitgehend auf den Gesundheitssektor begrenzten, von Experten geleiteten Prozeß beschränkt haben. Viele Länder haben ihre Konzepte vom Parlament absegnen lassen und somit auf mittlere Sicht eine breitgefächerte politische Unterstützung sichergestellt – was ein sehr wichtiger Gesichtspunkt ist. Im Laufe der Zeit sind die Länder in den letzten Jahren bei der Formulierung nationaler GFA-Konzepte und -Ziele sowie bei der Planung der Umsetzung besser vorgegangen.

Der gemeinsame Rahmen von GFA-Indikatoren und der vereinbarte Zeitplan für die Bestandsaufnahme der globalen, regionalen und nationalen GFA-Konzepte und für die regelmäßige Neubeurteilung ihres Umfangs und Inhalts mittels abgestimmter Ziele hat ebenfalls in vielen Ländern zu einer neuen Transparenz geführt. Dieser Prozeß, kontinuierlich und systematisch aus den Erfahrungen zu lernen, hat auch die Basis für die periodische Aktualisierung der Konzepte fundamental verändert – im wesentlichen wurde somit ein wissenschaftliches Prinzip in den gesamtpolitischen Entscheidungsprozeß eingeführt. Dieser neue Ansatz und Prozeß hat eine neue Dimension der Kohäsion und Solidarität unter Mitgliedstaaten in der Region geschaffen und eine einzigartige Wissensbasis geliefert, an der sich alle Länder orientieren und inspirieren können.

Von daher läßt sich insgesamt gesehen sagen, daß etliche Länder bereits eine erfolgreiche, auf die GFA gestützte Politik praktizieren, wohingegen andere ihre Politik aktualisieren müssen und wiederum andere überhaupt erst noch die politische Bereitschaft sichern müssen, um den gesamten Prozeß der Ausrichtung ihrer Politik auf die GFA beginnen zu können.

ZIEL 21 – KONZEPTE UND STRATEGIEN ZUR „GESUNDHEIT FÜR ALLE“

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN – UNTERSTÜTZT DURCH GEEIGNETE INSTITUTIONELLE INFRASTRUKTUREN, MANAGEMENTPROZESSE UND INNOVATIVE IDEEN – AUF NATIONALER, REGIONALER UND LOKALER EBENE GFA-KONZEPTE FORMULIERT UND UMGESETZT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 21.1 Die auf nationaler Ebene verfolgten GFA-Konzepte sollten motivierend und inspirierend wirken und einen zukunftsgerichteten Rahmen für die Einführung entsprechender Konzepte und Maßnahmen auf regionaler, kommunaler und lokaler Ebene sowie in Schulen, am Arbeitsplatz und zu Hause bilden.
- 21.2 Zur Förderung der gesundheitspolitischen Entwicklung auf nationaler und nachgeordneter Ebene sollten Strukturen und Prozesse geschaffen werden, im Rahmen derer eine Vielzahl unterschiedlicher Schlüsselpartner aus dem öffentlichen wie aus dem privaten Sektor Aufgaben im Bereich der Formulierung, Umsetzung, Überwachung und Beurteilung von Konzepten übernehmen sollten.
- 21.3 Auf der Grundlage der GFA-Prinzipien sollten kurz-, mittel- und langfristige Ziele, Indikatoren und Prioritäten sowie die zur Umsetzung erforderlichen Strategien formuliert und die erreichten Fortschritte regelmäßig kontrolliert und evaluiert werden.

STRATEGIEVORSCHLÄGE

Alle Mitgliedstaaten der Region sollten sicherstellen, daß ihre Gesundheitspolitik weitgehend in Einklang mit den GFA-Prinzipien und -Strategien steht, um somit ihre Ansätze auf die Erfordernisse zur gesundheitlichen Entwicklung und auf die besonderen Merkmale der heutigen demokratischen und pluralistischen Gesellschaftssysteme abzustimmen. Das bedeutet nicht nur, die in den Kapiteln 2–6 hinsichtlich der Behandlung der Bereiche Lebensweisen, Umwelt und Gesundheit beschriebenen Strategien anzupassen, sondern auch, daß es nicht minder wichtig ist, sich das Konzept von Partnerschaften für die Planung und Umsetzung, mit Akzept auf den wichtigsten Settings/Ebenen für Handlungsansätze zu eigen zu machen. Die GFA-Strategien und -Ziele auf europäischer Regionalebene sollten die länderspezifischen Zielvorgaben inspirieren, und die Länderziele sollten ihrerseits zur Formulierung von entsprechenden Zielen auf der lokalen Ebene anregen. Einige der seit 1984 gezogenen Lehren sind auf den nachfolgenden Seiten beschrieben.

7.4.1 Eine klare Zielrichtung für den Weg nach vorn

Die für mehr gesundheitliche Chancengleichheit, für Nachhaltigkeit und für einen schärferen Fokus in der Gesundheitsversorgung nötigen Maßnahmen erfordern langwierige, entschlossene Bemühungen seitens vieler Partner. Solange es nicht ein schriftliches Grundsatzpapier gibt, das

aufgegriffen, gelesen, erörtert und auch kontrovers diskutiert werden kann, werden die zahlreichen Partner, die einbezogen werden müssen, nicht genau verstehen, weshalb sie für die Gesundheit zusammenarbeiten sollen oder was ihr spezieller Input dabei sein könnte. Ein GFA-Grundsatzdokument auf Länderebene (und ggf. auf nachgeordneter regionaler Ebene) sowie auf lokaler Ebene – mit klaren Zielvorgaben und Strategien – bildet den wesentlichen Rahmen, Bezugs- und Ausgangspunkt, so daß selbst kleine weitere Schritte in die richtige Richtung erfolgen. Eine solche Richtungsvorgabe für den weiteren Weg setzt einen demokratischen, partizipatorischen Planungsprozeß voraus, dessen wichtigste Schritte im folgenden beschrieben werden.

7.4.2 Bewußtseinsbildung

Konzepte, Aktionen und ein Engagement für die Gesundheit werden nicht von selbst kommen. Es ist und bleibt eine wichtige Aufgabe für die Public-Health-Experten, das Bewußtsein über die Notwendigkeit, Gesundheitsziele zum Bestandteil der generellen sozioökonomischen Entwicklung werden zu lassen, zu schärfen; außerdem muß der gesamte Gesundheitssektor als Verfechter der Gesundheit und Fürsprecher von mehr Chancengleichheit und Solidarität im Gesundheitsbereich auftreten.

Diese Prozesse führen zu einem klareren Bild und besseren Verständnis der Erfahrungen und Gesundheitsdeterminanten wie auch der gesundheitlichen Ungleichheiten. Regelmäßige Berichte über diese Aspekte auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene können hier einen wesentlichen Beitrag leisten. Eine solche Berichterstattung wird kaum erfolgreich sein, wenn sie sich lediglich an die Wissenschaftlergemeinschaft oder an die Gesundheitsbehörden richtet; sie muß so konzipiert sein, daß sie von allen voraussichtlichen Partnern verstanden wird, insbesondere Politikern auf allen Ebenen, aber auch in Fachkreisen und der Öffentlichkeit. Deshalb ist eine enge Zusammenarbeit mit den Medien und deren konstruktive Unterstützung von maßgeblicher Bedeutung.

7.4.3 Abstimmung des Prozesses

Wie vorstehend angesprochen, muß der politische Entwicklungsprozeß transparent sein und die weitestgehende Beteiligung verschiedener Sektoren, Ebenen und Interessengruppen gewährleisten. Wenn diejenigen, die die Gesundheits- und Entwicklungspolitik und -programme durchführen sollen, nicht auch an der Gestaltung und Evaluierung beteiligt sind, werden sie nicht sonderlich engagiert sein, die Politik in die Praxis umzusetzen.

Die Abstimmung eines politischen Entwicklungsprozesses sollte ebenfalls Initiativen beinhalten, Verfahren und Infrastrukturen zur Erleichterung der Zusammenarbeit aller maßgeblichen Partner zu schaffen, bzw. zu stärken. So könnte auf Länderebene ein spezieller nationaler Gesundheitsrat die Führungsrolle des Gesundheitsministeriums und anderer Ressorts nationaler Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, der wichtigsten nationalen Zusammenschlüsse der Gesundheitsberufe, eine nationale Dachorganisation örtlicher Räte und NGOs vereinen. Ähnliche Mechanismen (ggf. auch Strukturen auf subnationaler Ebene) wären auf kommunaler Ebene in Städten und Gemeinden

erforderlich, wobei Ausschüsse in Betrieben, Schulen und anderen Institutionen einem ähnlichen Zweck dienen würden. Alle diese Mechanismen müssen sich mit möglichen Interessenkonflikten auseinandersetzen, die Notwendigkeit von Verhandlungen und Kompromissen anerkennen und dafür sorgen, daß benachteiligte Gruppen ebenfalls zu Wort kommen. Auf allen Ebenen benötigen derartige Ausschüsse eine gezielte Unterstützung durch Public-Health-Experten und einen Input von verschiedenen Expertengruppen.

7.4.4 Suche nach einem Konsens

Maßgeblich für die Orientierungsgrundlagen auf allen Ebenen ist ein Konsens über die Grundprinzipien, Ziele und anderweitigen Vorgaben sowie über die entsprechenden Prioritäten. Das beinhaltet eine Gewichtung der verschiedenen Wertprinzipien, eine Definition der Kriterien für die Prioritätensetzung und eine Erörterung der möglichen Konsequenzen der verschiedenen Optionen. Diese Prozesse werden zweifelsohne unter den Partnern für Gesundheit auf kontinuierlicher Basis ausgehandelt und mit fortschreitender Entwicklung der Politik neu verhandelt werden müssen.

Ein Regierungswechsel auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene kann das Engagement für langfristige gesundheitspolitische Konzepte, die vielleicht noch keine Ergebnisse vor Ablauf der Regierungszeit zeigen, erschweren. Eine langfristige parteiübergreifende Vereinbarung läßt sich indessen leichter erreichen, wenn die Politiker auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene bereits in einem frühen Stadium einbezogen werden. Eine gut fundierte Unterstützung seitens der Verbraucher oder der Öffentlichkeit kann ebenfalls dazu beitragen, die erforderliche Kontinuität und Nachhaltigkeit der gesundheitspolitischen Konzepte zu sichern.

7.4.5 Zielsetzung

Die Erfahrungen der vergangenen 12 Jahre seit Anwendung der regionalen GFA-Ziele und ihrer Indikatoren auf ganz Europa – und entsprechender Ziele auf nationaler und kommunaler Ebene in vielen Ländern – haben bereits bewiesen, daß Zielvorgaben ein besonders wertvolles Instrument sind. Ziele machen die politischen Vorgaben spezifischer, ermöglichen eine Fortschrittmessung und inspirieren viele Partner, gesundheitliche Entwicklungen aktiv zu unterstützen. Bei dem für die kommenden Jahre vorgeschlagenen ehrgeizigen Ansatz zur Gestaltung politischer Konzepte ist die Vorgabe von Zielen auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene nach wie vor von großer Bedeutung. Dafür gibt es hauptsächlich folgende Gründe:

- Zielsetzungen erfordern eine Beurteilung der gegenwärtigen Situation, möglichst auf einer wissenschaftlich erhärteten Basis, sowie einige Aussagen zu möglichen künftigen Trends als wesentliches Element der Prioritätenfestlegung;

- Zielsetzungen und Fortschrittsmessungen sind ein entscheidender Lernprozeß in dem kontinuierlichen politischen Entscheidungsprozeß, da die Diskussion somit darauf konzentriert werden kann, was man sich erhofft hat, weshalb man sich etwas erhofft hat und warum man erfolgreich war oder nicht;
- Zielvorgaben stellen ein wirkungsvolles Kommunikationsinstrument dar, das den Prozeß der Gestaltung der Politik von bürokratischen Zwängen befreit und somit zu einem gut verständlichen öffentlichen Anliegen macht;
- Ziele wirken wie Orientierungspunkte auf einer Landkarte, die allen Partnern ein klareres Verständnis von der Dimension der Politik vermitteln sowie darüber, weshalb bestimmte Dinge geschehen müssen und welche Rolle die jeweiligen Partner dabei spielen können; sie können ebenfalls zu einem Sammelpunkt für Basisgruppen werden, um Aktionen anzuregen und zu fordern;
- mittels spezifischer Indikatoren überwachte Ziele sind ein hervorragendes Instrument, mehr Transparenz und Verantwortung für die Gesundheit zu erreichen;
- kurzfristig gesehen bieten Ziele einen Bezugspunkt für die Beurteilung der Angemessenheit alltäglicher Maßnahmen, z. B. Prüfung von Vorschlägen der Regierungsstellen oder des Jahreshaushalts;
- im übrigen wird durch Einbindung aller Betroffenen in den eigentlichen Prozeß der Zielsetzung eine wichtige Strategie geschaffen, die zum Handeln motiviert.

Nicht alle Ziele sind quantifiziert, und es muß unbedingt danach getrachtet werden, den wohlbekannten Hang zu leicht meßbaren Zielvorgaben zu vermeiden. Bei der Zielsetzung müssen die politischen Entscheidungsträger sorgfältig die erhoffte Wirksamkeit der vorgeschlagenen Lösungen und die möglichen Implikationen des Handelns bzw. Nichthandelns berücksichtigen. Die Zielvorgaben sollten mindestens Aussagen zu der angestrebten gesundheitlichen Verbesserung und Minderung gesundheitlicher Risikofaktoren enthalten. Außerdem könnte es hilfreich sein, prozeßbezogene Ziele zu setzen, die die Handlungsebenen in bestimmten Phasen spezifizieren.

Die wichtigsten Strategien, die zur Erreichung der Ziele führen könnten, sollten mit Angaben darüber, welchen Beitrag die wichtigsten Partner dazu leisten können, umrissen werden. Bei der Zielsetzung sollte auch klar festgelegt werden, wann die grundsätzlichen Ziele evaluiert und aktualisiert werden sollten; dabei wird wahrscheinlich von einem Mindestintervall von zehn Jahren ausgegangen.

7.4.6 Erreichung von Transparenz

Welcher Weg auch immer für die Formulierung von Vorgaben und Zielen gewählt wird, sie müssen in einer klaren und transparenten Weise in einem schriftlichen Grundsatz- und Strategieinstrument Ausdruck finden. Bei einer schriftlichen Fixierung können die zahlreichen Akteure erkennen, worauf sie sich gemeinsam eingelassen haben, und verstehen, welche Rolle sie selbst dabei

einnehmen können. Um dieses Verständnis zu erleichtern, können für unterschiedliche Zielgruppen unterschiedliche Versionen vorbereitet werden und neue Möglichkeiten der Verbreitung, beispielsweise das Internet, können genutzt werden.

7.4.7 Legitimierung des Prozesses

Der Prozeß der politischen Gestaltung kann durch einen breiten, transparenten Konsultationsprozeß legitimiert werden. Inzwischen gibt es aus der seit 1984 auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene geleisteten Arbeit viele hervorragende Beispiele für den positiven Beitrag von öffentlichen Tagungen, Themenveranstaltungen, der Massenmedien und des Feedback über den Konsultationsprozeß. Die Politik muß formell auf der höchsten politischen Ebene – vorzugsweise durch nationale oder lokale Parlamente, Gemeinderäte oder Stadtverwaltungen – gebilligt werden. Ohne solchen offiziellen Rückhalt auf hoher Ebene hätte der Gesundheitssektor nicht den erforderlichen Einfluß, um die Politik durchzuführen, gelegentlich allein, aber sehr häufig auch mit zahlreichen anderen Sektoren und Partnern.

7.4.8 Schaffung neuer Bündnisse

Bildung neuer Partnerschaften. Die Formulierung und Umsetzung einer solchen Politik setzt nicht nur neue Bündnisse mit verschiedenen Sektoren und mit den zahlreichen involvierten öffentlichen und privaten Partnern, einschließlich einer Fülle von freien Verbänden, voraus, sondern auch einen differenzierten Ansatz zur Bildung von Partnerschaften mit diesen Gremien.

Public-Health-Experten und der Gesundheitssektor müssen die Hauptverantwortung dafür übernehmen, die anderen Sektoren und Gremien zu ermutigen, der Gesundheit einen hohen Rang auf der Tagesordnung beizumessen, und sie benötigen Verstärkung für diese Aufgabe. Die Zusammenarbeit für gemeinsame Ziele der gesundheitlichen Verbesserung erfordert neue Strukturen zur Einbeziehung aller Partner in die gesundheitliche Entwicklung. Beim Aufbau von Allianzen mit anderen Sektoren muß nach gemeinsamen oder übereinstimmenden Zielen gesucht werden. Der Gesundheitssektor sollte bereit sein, einen gut dokumentierten und offenen Dialog zu führen und nach Ausgewogenheit oder Kompromissen zu suchen, wenn es einen Interessenkonflikt zu geben scheint.

All das bedeutet, daß man nicht nur über andere, sondern auch *von* den anderen lernen sollte. Und noch wichtiger ist, daß man bei der Suche nach, beim Aufbau von und beim Handeln durch Partnerschaften unbedingt danach trachten muß, ein Vertrauensklima zu schaffen und zu bewahren. Eine starke, aber gemeinsame Führungsrolle und effiziente organisatorische Entwicklung sind die Säulen erfolgreicher Partnerschaften für die Gesundheit. Außerdem muß es eine Vereinbarung über die Verantwortlichkeiten, die Verfahren und Budgets sowie eine abgestimmte Basis für Verantwortlichkeit geben.

7.4.9 Erweiterung des Instrumentariums zur Umsetzung der Politik

Die zur Umsetzung einer Politik möglichen Maßnahmen können je nach der Zuständigkeitsebene und dem jeweiligen politischen Umfeld unterschiedlich sein. Bestimmte Gesetze oder Vorschriften können nur auf nationaler Ebene erlassen werden, bzw. in föderalistischen Staaten auf regionaler Ebene. In der Vergangenheit bestand beispielsweise in bezug auf multisektorales Handeln die Tendenz, sich auf gesetzgeberische Maßnahmen und Regelwerke sowie in begrenztem Ausmaß auf finanzielle Maßnahmen zu konzentrieren, doch sollten nun Verwaltungs-, Finanz- und Management-Instrumente stärker genutzt werden, ebenso Maßnahmen, die die Forschung und Ausbildung berühren. Maßgebliche Bedeutung kommt hierbei der weiteren Nutzung von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen und gesundheitspolitischen Audits zu.

Im übrigen sollten auch Mechanismen zur Information, Einbeziehung und Förderung der einflussreichen und entwicklungsfähigen Netzwerke in der bürgerlichen Gesellschaft beachtet werden. Gerade von hier – auf einer dezentralisierten Ebene innerhalb der Gesellschaft – geht in Wirklichkeit ein Großteil des Engagements und der Initiativen für die Gesundheit aus.

7.4.10 Koordinierung, Monitoring und Evaluierung der Fortschritte

Verantwortlichkeit kann durch Mechanismen zur Koordinierung, Verlaufsbeobachtung und Evaluierung der Fortschritte bei der Umsetzung der Politik sowie durch Verfahren zur Berichterstattung an gewählte Gremien wie auch durch die Massenmedien erreicht werden. Es gibt viele gute Beispiele für eine öffentliche Gesundheitsberichterstattung, die es ermöglicht, aus den Erfahrungen zu lernen und die erforderlichen Anpassungen und Revisionen vorzunehmen, um aktuell zu bleiben und veränderten Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Entsprechende Vorkehrungen sollten in dem GFA-Konzept selbst enthalten sein, das auch präzise Indikatoren zur Messung der Fortschritte hinsichtlich der Erreichung der einzelnen Ziele, klare Verfahren zur diesbezüglichen Datensammlung und -analyse sowie vorher festgelegte Zeitpläne für die Evaluierung, die im darauffolgenden Planungszyklus zum Tragen kommen, beinhalten sollte.

POLITIK ZUR „GESUNDHEIT FÜR ALLE“ IN FINNLAND – EIN KONTINUIERLICHER PROZESS DER UMSETZUNG, EVALUIERUNG UND REVISION

1985 unterbreitete die finnische Regierung dem Parlament zur Diskussion ein nationales GFA-Dokument mit 32 Grundsätzen. Dies war das erste Grundsatzpapier dieser Art in Europa und ihm folgte rasch eine Strategie für die Umsetzung. Allerdings verlief der Umsetzungsprozeß nicht so glatt wie erwartet. Trotz eines breiten politischen Konsens über die Hauptausrichtung war es mehr oder minder vernachlässigt worden, Prioritäten zu definieren oder die jeweiligen Handlungskompetenzen festzulegen. 1990 wurde beschlossen, das Konzept zu überprüfen und diese Revision mit einer externen Überprüfung des gesamten Prozesses (durch die WHO) zu kombinieren. Die Bestandsaufnahme traf auf ein beachtliches Interesse, da sich das politische Umfeld in der Zwischenzeit verändert hatte; die Wirtschaftslage hatte sich verschlechtert, und eine wichtige Planungs- und Finanzreform wurde gerade vollzogen, die den 455 Gemeinden die Verantwortung für die Finanzierung des Gesundheitswesens übertrug.

Die WHO-Prüfungsgruppe stellte fest, daß der politische Prozeß weitgehend von Experten geleitet und auf den Gesundheitssektor begrenzt war. Es wurde gefolgert, daß eine frühzeitige Einbeziehung anderer Sektoren und ein breiterer Konsultationsprozeß bei der Umsetzung der Politik hilfreich gewesen wäre; die Politik war in den Massenmedien oder an der Basis nicht hinreichend bekannt geworden; spezifischere Vorgaben und Ziele für benachteiligte Gruppen hätten die Möglichkeiten zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit verbessern können und mehr personelle und finanzielle Ressourcen hätten für die Umsetzung und Verlaufsbeobachtung der Politik eingesetzt werden müssen.

Nach breiten Konsultationen wurde Ende 1992 eine überarbeitete Strategie gebilligt. Diese Neufassung war selektiver, spezifizierte die Rollen und Aufgaben aller Partner und legte einen genauen Zeitrahmen fest. Ein weitaus größerer Akzent wurde auf Publizität, Bildungsmaßnahmen und Lehrmaterial gelegt. Anfang 1998 wurde ein neuer Prozeß der Evaluierung und Revision initiiert. Diese neue Politik hat eine zweijährige Anlaufperiode, in der breitgefächerte Konsultationen mit anderen Gruppen und Sektoren vorgesehen sind. Besonderes Augenmerk wird auf die künftigen gesundheitlichen Herausforderungen, das Lebensspannenkonzept und Fragen der Chancengleichheit gerichtet.

Wie der Fall Finnland deutlich zeigt, handelt es sich bei der GFA nicht um eine einmalige Maßnahme, sondern um einen kontinuierlichen Prozeß der Umsetzung, Evaluierung und Revision.

Quellen: Health for all policy in Finland. WHO health policy review. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1991 (Dokument EUR/FIN/HSC 410); Exploring the process of health policy development in Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (im Druck).

Kapitel 8

GESUNDHEIT21 – neue Handlungsmöglichkeiten

An der Schwelle zum 21. Jahrhundert sehnen sich die Menschen in Europa nach einem Wandel, nach mehr Sinngehalt und Erfüllung in ihrem Leben und nach mehr sozialem Engagement. Zwar wird es zwischen wirtschaftlicher Entwicklung einerseits sowie dem Schutz und der Förderung der Gesundheit andererseits immer Kompromisse geben müssen, aber viele können sich des Eindrucks nicht erwehren, daß im gegenwärtigen System das Pendel zu sehr in Richtung des wirtschaftlichen Gewinns ausschlägt. Beide Faktoren – die wirtschaftliche Entwicklung und die Gesundheit – sind aufs engste miteinander verbunden; dieser Zusammenhang wird allerdings oft übersehen. Damit muß endlich Schluß sein.

Gesundheit ist etwas Einzigartiges; sie ist der Nährboden für die menschliche Entwicklung und Voraussetzung für das menschliche Wohlergehen und für die Befriedigung anderer Bedürfnisse. Gesundheit betrifft jeden einzelnen und ist für alle leicht verständlich. Jeder ist für seine eigene Gesundheit verantwortlich und muß zur Verbesserung der Gesundheit etwas beitragen. Um dieses gemeinsame Ziel zu verfolgen, muß die Unterstützung der Wirtschaft und des öffentlichen Sektors, der freien Berufe und nichtstaatlicher Organisationen sowie der politischen Führung und anderer Gruppen gewonnen werden. So ist das in der Demokratie.

Bedeutende Chancen für die Verbesserung der Gesundheit aller Menschen in Europa sind jetzt zum Greifen nah. Aus erfolgreichen Initiativen, die in den letzten 10 bis 15 Jahren im Gesundheitswesen und in zahlreichen anderen Sektoren von vielen verschiedenen Akteuren durchgeführt wurden, konnte viel gelernt werden. Das sind die guten Neuigkeiten; die schlechten Neuigkeiten sind, daß solche Erfolge oft Einzelereignisse bleiben. Damit muß jetzt Schluß sein.

Es reicht aber nicht aus, nur neue „strategische Ansätze“ in Europa zu entwickeln; noch wichtiger ist, daß sich jemand an die Spitze der Entwicklung setzt, weil er das ungeheure Potential und die Bedeutung der gesundheitlichen Entwicklung erkannt hat, nicht nur für die Verbesserung des Gesundheitszustands der Menschen, sondern auch für die Stärkung des sozialen Zusammenhalts und der Sinnhaftigkeit – kurzum: für die Schaffung einer gesunden Gesellschaft.

Im Bereich der öffentlichen Gesundheit werden Führungspersönlichkeiten gebraucht, die bereit sind, aus einer sorgfältigen Analyse der bisherigen Erfahrungen im eigenen Land und in anderen Ländern zu lernen; Menschen, die auch eine Fortsetzung des Lernprozesses in der Zukunft ermöglichen, indem sie Ziele setzen und die Fortschritte auf dem Weg zur Erreichung dieser Ziele messen; Menschen, die in ihrem Land flächendeckend die Anwendung guter Methoden systematisch erleichtern und die für andere ein Vorbild sind.

Europa ist hervorragend dazu geeignet, eine solche Führungsrolle in der Welt zu übernehmen: eine Region, in der Solidarität geachtet wird; eine Region, die gemeinsam über beispiellose Kenntnisse, Instrumente und Technologien zur wirksamen Förderung der Gesundheit verfügt.

Paradoxerweise scheinen viele europäische Gesellschaften orientierungslos vor sich hin zu treiben. Die politischen und religiösen Überzeugungen aus der Vergangenheit wurden verdrängt von einer Konsumgesellschaft, die von Technologien und vom Imperativ des Profits bestimmt wird. Viele Menschen geraten zunehmend in eine Isolation, haben immer weniger Kontakt mit der Gesellschaft, in der sie leben. Im Grunde genommen fehlt ihnen die menschliche Grundvoraussetzung für Lebensqualität: das Gefühl, gebraucht zu werden. Dieser Orientierungslosigkeit muß ein Ende bereitet werden.

GESUNDHEIT21 bietet eine neue Chance für die Entwicklung eines sozialen Sinngehalts. Ohne einen solchen Rahmen kann es Politikgestaltern auf allen Ebenen leicht passieren, daß sie „den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sehen“ und den Forderungen von Interessengruppierungen und politischen Einflüssen nachgeben. Wenn dies geschieht, spiegeln ihre Entscheidungen nicht mehr die klaren Wertvorstellungen und die wahren Bedürfnisse der eigenen Bevölkerung wider; nur zu oft führen diese Entscheidungen dann zu einer Verschlechterung der Gesundheitssituation und zu höheren Kosten für die Gesellschaft insgesamt.

Dieser Rahmen der Gesundheit für alle bietet die Möglichkeit, schwierige Entscheidungen zu fällen, angemessene Mittel zuzuweisen, diejenigen zu ermutigen, die Gesundheit schaffen und denjenigen entgegenzutreten, die die Gesundheit von Menschen schädigen. Dieser Ansatz steht allen zur Verfügung; er ist nicht das Eigentum irgend einer Organisation oder irgendeines Sektors. Allerdings müssen die darin enthaltenen Grundgedanken an eine Vielzahl unterschiedlicher politischer, wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rahmenbedingungen angepaßt werden, die auf dem riesigen Gebiet der 51 Mitgliedstaaten der Region herrschen.

Um diese Änderungen im Interesse der Gesundheit erreichen zu können, braucht man in Führungspositionen Menschen, die zuhören können. Sie müssen auf die Stimme der Bevölkerung hören und sich für ihre lokalen Anliegen interessieren; sie müssen auf die Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung und ihren Sachverstand hören; und sie müssen ein offenes Ohr für die Meinungen der zahlreichen Partner im privaten und öffentlichen Sektor haben, die zur Schaffung von Gesundheit in der Bevölkerung beitragen.

In ganz Europa müssen die Menschen das Gefühl haben, daß ihre Gesundheit sicher ist. Sie müssen sicher sein können, daß sie ihr Leben lang Zugang zu einer Gesundheitsversorgung haben werden, die bezahlbar, relevant und qualitativ gut ist. Eine sichere Gesundheitsversorgung basiert auf dem Grundrecht eines jeden Menschen auf gute physische und psychische Gesundheit; dieses Grundrecht umfaßt das Recht auf ausreichende Versorgung mit gesunden Nahrungsmitteln, auf menschenwürdige Wohnunterkünfte, auf sichere Lebens- und Arbeitsbedingungen und auf Zugang zu Bildung und Informationen über die Gesundheit.

Leider werden der Gesundheit in vielen Ländern und Kommunen bei weitem nicht die notwendige Aufmerksamkeit und die erforderlichen Mittel gewidmet. Wenn der Gesundheitszustand der Menschen verbessert werden soll, müssen neuartige Wege eingeschlagen werden, um die dazu nötigen finanziellen Mittel sowie die menschliche Energie und den erforderlichen Unternehmungsgeist aufzubringen. Diese Ressourcen müssen freigesetzt werden.

Noch nie zuvor waren die Zukunftsaussichten für Europa so gut wie heute, aber noch nie zuvor stand Europa auch vor einer ähnlich großen Herausforderung: wie läßt sich Orientierung vermitteln, die wirksam und gleichzeitig anspornend ist. Die GFA-Bewegung in der Europäischen Region trägt diesem Anliegen Rechnung. Natürlich ist jeder für seine eigene Gesundheit verantwortlich, aber es ist jetzt an der Zeit, daß die Verantwortlichen im Bereich der öffentlichen Gesundheit die Initiative ergreifen und durch Ideen, Eingebungen und Anregungen die Entwicklung vorantreiben. Sie müssen die Gesundheit ganz oben auf die politische Tagesordnung setzen, die ungeheuren Ressourcen Europas mobilisieren und eine Koalition aus engagierten und mitfühlenden Männern und Frauen, Organisationen und Staaten bilden, die alle das gleiche Ziel verfolgen. Eine solche Leistung würde in der ganzen Welt Wiederhall finden.

Deshalb beenden wir diese Strategieerörterung nicht mit einer Schlußforderung sondern mit einem Aufruf – dem Aufruf an die Menschen, die Berufsstände, die Organisationen, die Institutionen und die einzelnen Länder Europas, sich den GFA-Ansatz zu eigen zu machen. Wir bitten sie dringend, Konzepte zu entwickeln, die auf den GFA-Wertprinzipien aufbauen, sowie Maßnahmen zur Umsetzung dieser Prinzipien zu ergreifen, die ermittelten Ergebnisse anderen mitzuteilen und voneinander zu lernen. Wenn das GFA-Konzept als Rahmen für unsere gemeinsamen Bestrebungen zur Nutzung des vorhandenen Potentials dient, sind wir fest davon überzeugt, daß das Jahr 2000 wahrhaftig eine bessere Zukunft für die 51 Mitgliedstaaten und die 870 Millionen Menschen in der Europäischen Region einläuten wird.

Anhang 1

Querverbindungen zwischen den globalen und regionalen GFA-Zielen

GESUNDHEIT21 – GFA-Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO – 21 Ziele	Strategien zur Erreichung der Ziele (nur Highlights)	GFA im 21. Jahrhundert – 10 globale Ziele
1. Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region	Eine gemeinsame Vision, Aufteilung der Ressourcen, Wissens- und Erfahrungsaustausch in Europa Mehr und besser koordinierte externe Hilfe für bedürftige Länder, in Einklang mit ihren auf der GFA basierenden Entwicklungsplänen	1. Mehr gesundheitliche Chancengleichheit
2. Gesundheitliche Chancengleichheit	Konzepte, gesetzgeberische und anderweitige Maßnahmen zur Verringerung von sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten zwischen Gruppen	
3. Ein gesunder Lebensanfang	Investition in das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen von Eltern und Familien Zugang zu guten Diensten für reproduktive Gesundheit, gesundheitliche Versorgung von Kindern	2. Verbesserung der Überlebenschancen und der Lebensqualität
4. Gesundheit junger Menschen	Schaffung eines förderlichen und sicheren physischen, sozialen und wirtschaftlichen Umfelds Kooperation der Gesundheits-, Bildungs- und Sozialdienste	
5. Altern in Gesundheit	Wohnen, Einkommen und Maßnahmen zur Verbesserung der Eigenständigkeit und gesellschaftlichen Produktivität Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz während des gesamten Lebens	

GESUNDHEIT21 – GFA-Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO – 21 Ziele	Strategien zur Erreichung der Ziele (nur Highlights)	GFA im 21. Jahrhundert – 10 globale Ziele
6. Verbesserung der psychischen Gesundheit	Lebens- und Arbeitsbedingungen, die das Zusammengehörigkeitsgefühl schärfen und soziale Kontakte Gute Dienste für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen	3. Umkehr der globalen Trends bei fünf wichtigen Pandemien
7. Verringerung übertragbarer Krankheiten	Eradikation/Eliminierung von Poliomyelitis, Masern und Neugeborenen-Tetanus International abgestimmte Strategien zur Überwachung, Immunisierung und Krankheitsbekämpfung	4. Eradikation und Eliminierung bestimmter Krankheiten
8. Verringerung nichtübertragbarer Krankheiten	Prävention und Bekämpfung allgemeiner Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, einschließlich einer europaweiten Bewegung für gesunde Lebensweisen	3. Umkehr der globalen Trends von fünf wichtigen Pandemien
9. Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen	Höhere Priorität für Sicherheit und sozialen Zusammenhalt in der Lebensumwelt und im Arbeitsumfeld	
10. Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt	Nationale und lokale Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit Gesetzgeberische und ökonomische Instrumente zur Verringerung des Abfallaufkommens und der Umweltverschmutzung	5. Verbesserung der Wasserversorgung, Abwasserentsorgung, Nahrungsmittelversorgung und der Wohnunterkünfte
11. Gesünder leben	Maßnahmen zur Erleichterung gesundheitsbewusster Entscheidungen in bezug auf die Ernährung, körperliche Betätigung und Sexualität	6. Förderung gesunder und Eindämmung gesundheitsschädigender Lebensweisen
12. Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden	Breitgefächerte Strategien zur Suchtprävention und -behandlung	

GESUNDHEIT21 – GFA-Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO – 21 Ziele	Strategien zur Erreichung der Ziele (nur Highlights)	GFA im 21. Jahrhundert – 10 globale Ziele
13. Settings zur Förderung der Gesundheit	Multisektorale Mechanismen, um das häusliche Umfeld, Schulen, Arbeitsplätze und Städte gesünder zu machen	
14. Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, um zu erreichen, daß alle Sektoren Verantwortung für die gesundheitlichen Auswirkungen Ihres Handelns übernehmen	
15. Ein integrierter Gesundheitssektor	Primäre Gesundheitsversorgung für Familien und Gemeinschaften, mit flexiblen Systemen für Krankenhausüberweisungen	8. Verbesserung des Zugangs zu einer guten umfassenden Basisgesundheitsversorgung
16. Qualitätsbewußtes Management der Versorgung	Gesundheitliche Resultate – Orientierung der Gesundheitsentwicklungsprogramme und Patientenversorgung	
17. Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung	Finanzierungssysteme, die die universelle Versorgung, Solidarität und Nachhaltigkeit fördern Angemessene finanzielle Ressourcen für prioritäre Gesundheitsbedürfnisse	
18. Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben	Ausbildung unter Zugrundelegung der GFA-Prinzipien Befähigung der Public-Health-Fachkräfte, eine Schlüsselrolle in Gesundheitsangelegenheiten auf allen Ebenen der Gesellschaft zu spielen	
19. Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit	Ausrichtung der Forschungspolitik auf GFA-Erfordernisse Mechanismen für die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis	10. Förderung der Gesundheitsforschung 9. Verwirklichung globaler und nationaler Gesundheitsinformations- und -Überwachungssysteme
20. Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	Engagement, Koalitionen und gemeinsame Aktionen für die Gesundheit Sektoren und Akteure verdeutlichen den gemeinsamen Nutzen von Investitionen in Gesundheit	7. Entwicklung, Umsetzung und Monitoring nationaler GFA-Konzepte

GESUNDHEIT21 – GFA-Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO – 21 Ziele	Strategien zur Erreichung der Ziele (nur Highlights)	GFA im 21. Jahrhundert – 10 globale Ziele
21. Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“	Formulierung und Umsetzung von GFA-Konzepten (mit Zielen und Indikatoren) auf allen Ebenen eines Landes, unter Einbeziehung relevanter Sektoren und Organisationen	

Anhang 2

21 Ziele für das 21. Jahrhundert und vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

Die seit den 1980er Jahren gewonnenen Erfahrungen in bezug auf die Formulierung von GFA-Konzepten und die Begleitüberwachung und Evaluierung ihrer Umsetzung zusammen mit dem aus den Ländern erhaltenen Feedback haben gezeigt, daß die Regionalziele realistisch und erreichbar sein müssen, dabei jedoch nicht imperativ. Gleichzeitig müssen die Ziele herausfordernd und inspirierend sein – „ein Mix aus den Realitäten von heute und den Träumen von morgen“.

Im allgemeinen beziehen sich die für die Erreichung der Ziele vorgeschlagenen Daten auf die gesamte Europäische Region der WHO. Allerdings sollten die Ziele nicht als gleichermaßen anwendbar auf jedes einzelne Land der Region angesehen werden (mit Ausnahme der Ziele zur Eradikation und Eliminierung bestimmter Krankheiten). In einigen Fällen kann es sein, daß verschiedene Länder die Zielvorgaben bereits erreicht haben – dementsprechend wäre dieses Ziel für sie natürlich keine Herausforderung mehr; oder es kann sein, daß die Zielvorgabe für einzelne Länder zu ehrgeizig ist und vorerst als nicht realistisch und erreichbar erscheint.

Bei den vorgeschlagenen Zielen handelt es sich nicht um eine Liste von Verordnungen: Sie sollen die Länder dazu anregen, eigene länderspezifische Ziele zu setzen. Da bei der Formulierung von Zielen die jeweilige gesundheitliche Lage und andere Gegebenheiten in den verschiedenen Teilen der Region zu beachten sind, werden die Länder ermutigt, erforderlichenfalls die Konzepte und Ziele maßgerecht auf ihre jeweiligen Verhältnisse zuzuschneiden.

Bei der Auswahl der Indikatoren für die Messung der Fortschritte hinsichtlich der Erreichung der regionalen Ziele wurde auf weitestgehende Kontinuität im Vergleich zu den früheren GFA-Indikatoren geachtet. Die meisten Indikatoren basieren auf routinemäßig erhobenen gesundheitsbezogenen Statistiken oder anderweitig auf nationaler und internationaler Ebene zur Verfügung stehenden Daten.

Zielsetzung

Bei der Formulierung der Ziele wurde der jeweiligen Bedeutung des Problems, der Natur oder Art des Ziels (z. B. quantitativ, qualitativ, ergebnis-, prozeß-, inputorientiert), dem Grad der Zielerreichung (z. B. auf europäischer, nationaler, regionaler, lokaler Ebene oder auf Programmebene) und der Möglichkeit der Erreichung für die Mitgliedstaaten Rechnung getragen.

Die quantitativen Zielvorgaben für die Europäische Region erfolgten unter Verwendung von auf historischen Trends und Analysen der gegenwärtigen Situation basierenden Projektionen, je nach Verfügbarkeit und Qualität der Daten. Die quantitativen Ziele beziehen sich im allgemeinen auf den regionalen Durchschnitt und sind in zwei Kategorien einzuteilen:

- Erreichung eines bestimmten absoluten Niveaus oder
- Erreichung einer bestimmten prozentualen Erhöhung/Verringerung bei dem betreffenden Indikator.

Die Projektionen und Zielsetzungen erfolgten allgemein unter folgenden Annahmen: Bei Ländern, die in der Vergangenheit gute Fortschritte verzeichnen konnten, wurde davon ausgegangen, daß die künftige Entwicklung anhält oder sogar besser verläuft; bei Ländern, in denen die Trends rückläufig waren oder in denen die Lage gegenwärtig schlecht ist, wurde von der Erwartung eines neuerlichen Aufwärtstrends ausgegangen, der der durchschnittlichen Verbesserungsrate in Ländern, in denen in der Vergangenheit gute Fortschritte verzeichnet wurden, entspricht. Die Erreichbarkeit der projizierten Zielvorgaben wurde durch Vergleiche mit den derzeitigen Fortschritten in den einzelnen Ländern überprüft – d. h. es wurde davon ausgegangen, daß der in einem bestimmten Land in der Region oder global bis jetzt erreichte Höchststand künftig auch in anderen Ländern erreicht werden kann.

Ausgangs- und Zieldaten

Der Ausgangspunkt für die als prozentuale Erhöhung oder Verringerung in bezug auf einen bestimmten Indikator formulierten Ziele ist das Jahr 1995. Das „Enddatum“ wurde indessen je nach der Natur und Art des Ziels gewählt. Im Prinzip wurde für die Ziele, die das gesundheitliche Ergebnis betreffen, das Jahr 2020 als Enddatum vorgesehen (wobei hinsichtlich der Eradikation oder Eliminierung bestimmter Krankheiten kürzere Fristen gesetzt wurden), während für andere Kategorien von Zielen frühere Daten vorgesehen wurden.

Indikatoren für die Messung der Fortschritte hinsichtlich der Realisierung der Ziele

Das Prinzip eines „Mix aus den Realitäten von heute und den Träumen von morgen“ gilt auch für die Auswahl der Indikatoren zur Messung der Fortschritte hinsichtlich der Erreichung der Regionalziele. Die meisten der Indikatoren sind unverändert geblieben und weitgehend bereits in den Systemen der Länder zur routinemäßigen Datensammlung enthalten. Dazu sollten aber auch wichtige

Indikatoren gehören, für die in europäischen Ländern die Verfügbarkeit und Qualität der Daten noch verbessert werden muß. Das WHO-Regionalkomitee für Europa wird auf seiner 49. Tagung im September 1999 diese neue Indikatorenliste genehmigen – bis dahin behält der gegenwärtige Katalog von Indikatoren Gültigkeit. Die endgültige Indikatorenliste wird Ende 1999 in der Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ veröffentlicht. Deshalb enthält dieser Anhang lediglich einen vorläufigen Überblick über Bereiche, in denen Indikatoren vorgesehen werden können.

Ein und derselbe Indikator (z. B. Müttersterblichkeit) kann u. U. auch für mehr als ein Ziel relevant sein. Statistische Indikatoren sind nicht auf alle Ziele anwendbar. In diesen Fällen müssen die hinsichtlich der Erreichung des Ziels gemachten Fortschritte anhand einer qualitativen Beschreibung der Situation, der getroffenen Maßnahmen und der erzielten Ergebnisse beurteilt werden.

Die meisten Indikatoren werden routinemäßig gemessen. Einige wichtige Indikatoren müssen jedoch durch populationsbezogene Erhebungen gemessen oder ergänzt werden. Dies kann durch Beteiligung an dem WHO-Projekt über Erhebungen zu Gesundheitsfragen (EUROHIS-Projekt) erleichtert werden.

Die Daten zu den Indikatoren sollten nach Alter, Geschlecht und feststellbaren sozioökonomischen Untergruppen (sofern relevant und angemessen) aufgeschlüsselt werden, um zu Analysen der gesundheitlichen Chancengleichheit auf Länderebene und in der Region insgesamt anzuregen.

ZIEL 1 – SOLIDARITÄT FÜR DIE GESUNDHEIT IN DER EUROPÄISCHEN REGION

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE DAS DERZEITIGE GEFÄLLE IM GESUNDHEITZUSTAND ZWISCHEN DEN MITGLIEDSTAATEN DER EUROPÄISCHEN REGION UM MINDESTENS EIN DRITTEL VERRINGERT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 1.1 Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen dem Drittel der europäischen Länder mit der höchsten und dem Drittel der Länder mit der niedrigsten Lebenserwartung sollten um mindestens 30% verringert werden.
- 1.2 Durch raschere Verbesserung der Situation in den benachteiligten Ländern sollten die Variationsbreite bei den Werten für wichtige Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität unter Ländergruppen reduziert werden.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *alle Länder durch internationale Solidarität, gegenseitige Unterstützung und gemeinsame Nutzung bzw. den Austausch von Ressourcen, Wissen, Informationen und Erfahrungen sowie*

Ansätzen, die für die Zukunft Europas von wesentlicher Bedeutung sind, zur Reduzierung des gesundheitlichen Gefälles beitragen;

- *alle Länder einen umfassenden Entwicklungsplan erarbeiten, der in direktem Zusammenhang mit ihrer Politik zur „Gesundheit für alle“ und der gemeinsamen Gesundheitsvision für Europa steht;*
- *die externe Unterstützung durch Länder, Gremien und Organisationen koordiniert wird und für die von dem Empfängerland erstellten Gesundheits- und Entwicklungspläne von direkter Relevanz ist;*
- *internationale Institutionen und Finanzierungsorganisationen, zusammen mit der WHO, ihre Maßnahmen im Gesundheitsbereich und in verwandten Bereichen koordinieren, um den Umfang, die Synergie und Effizienz ihrer Unterstützung für die hilfsbedürftigsten Länder in der Region zu vergrößern;*
- *alle Länder sicherstellen, daß ihre Sozial-, Wirtschafts-, Umwelt- und Handelspolitik die Gesundheit in anderen Ländern in keiner Weise beeinträchtigt und daß sie so weit wie möglich zur Entwicklung benachteiligter Länder beitragen.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Mortalitätsbezogene Indikatoren (z. B. Lebenserwartung) und altersstandardisierte Mortalitätsraten (z. B. Müttersterblichkeit)
- Ausgewählte Messungen der Inzidenz und Prävalenz von Behinderungen und Morbidität
- Schätzwerte für Gesundheitsausgaben und externe Hilfe, sofern solche Informationen verfügbar sind

ZIEL 2 – GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE DAS GESUNDHEITSGEFÄLLE ZWISCHEN SOZIOÖKONOMISCHEN GRUPPEN INNERHALB DER LÄNDER DURCH EINE WESENTLICHE VERBESSERUNG DER GESUNDHEIT VON BENACHTEILIGTEN GRUPPEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN UM MINDESTENS EIN VIERTEL VERRINGERT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 2.1 Das Gefälle in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen sollte um mindestens 25% reduziert werden.

- 2.2 Die Werte für die wichtigsten Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität sollten sich auf dem sozioökonomischen Gefälle gleichmäßiger verteilen.
- 2.3 Sozioökonomische Bedingungen, die die Gesundheit beeinträchtigen, vor allem Unterschiede im Einkommen, im Bildungsstand und im Zugang zum Arbeitsmarkt, sollten wesentlich verbessert werden.
- 2.4 Der Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung sollte erheblich verringert werden.
- 2.5 Personen mit besonderen Bedürfnissen aufgrund ihrer gesundheitlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Situation sollten vor gesellschaftlicher Ausgrenzung geschützt werden und ungehinderten Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung erhalten.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *die Politik in bezug auf ihre Auswirkungen auf die Chancengleichheit beurteilt wird, geschlechtsspezifische Besonderheiten berücksichtigt und den im Hinblick auf Einkommen, Dienste und soziale Sicherheit benachteiligten Gruppen höhere Priorität beimißt;*
- *durch politische – einschließlich steuerpolitischer – Maßnahmen sichergestellt wird, daß der Zugang zu Bildung und anderen gesellschaftlichen Gütern nicht vom Einkommen abhängt;*
- *Politik und Gesetzgebung darauf abzielen, die Bestimmungen der Vereinten Nationen über Menschenrechte, einschließlich der Rechte von Frauen und Kindern, und spezifische Vereinbarungen und Regelungen zu den Rechten von Behinderten, Migrantinnen und Flüchtlingen umzusetzen;*
- *alle Sektoren der Gesellschaft ihren Teil der Verantwortung für den Abbau sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheiten und für die Minderung der entsprechenden gesundheitlichen Folgen übernehmen;*
- *öffentliche, private und freiwillige Ressourcen zur Verfügung stehen, um den sozialen und gesundheitlichen Erfordernissen der am meisten gefährdeten Gruppen der Gesellschaft zu entsprechen und allen, die dies benötigen, Zugang zu bedarfsgerechter, akzeptabler und nachhaltiger Versorgung zu verschaffen;*
- *die Mitgliedstaaten ihre Gesundheitsinformationssysteme verbessern und harmonisieren, um wichtige sozioökonomische Variablen zu erfassen und deren Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand zu analysieren.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die wichtigsten sozioökonomischen Meßwerte (z. B. Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit, Einkommen)

- Die Unterschiede im allgemeinen Gesundheitszustand zwischen bestimmten sozioökonomischen Gruppen sowie zwischen Männern und Frauen (z. B. Sterblichkeit/Müttersterblichkeit, Morbidität, Behinderungen und Zugang zur Gesundheitsversorgung)

ZIEL 3 – EIN GESUNDER LEBENSANFANG

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN SICH ALLE NEUGEBORENEN, SÄUGLINGE UND KINDER IM VORSCHULALTER IN DER REGION EINER BESSEREN GESUNDHEIT ERFREUEN, DAMIT SIE GESUND IHR LEBEN BEGINNEN KÖNNEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 3.1 Alle Mitgliedstaaten sollten für einen besseren Zugang zu bedarfsgerechten reproduktionsmedizinischen Diensten sowie zu einer Schwangerschaftsvorsorge und -fürsorge und einer Gesundheitsversorgung für Kinder sorgen.
- 3.2 In keinem Land sollte die Säuglingssterblichkeitsrate über 20 pro 1000 Lebendgeburten liegen; Länder mit Sterblichkeitsraten unter 20 sollten sich bemühen, die Rate auf 10 oder weniger zu reduzieren.
- 3.3 In Ländern, in denen die Säuglingssterblichkeitsrate unter 10 pro 1000 Lebendgeburten liegt, sollte der Anteil der Neugeborenen, die ohne angeborene Krankheiten oder Behinderungen zur Welt kommen, erhöht werden.
- 3.4 Bei Kindern unter 5 Jahren sollten Mortalität und Behinderungen infolge von Unfällen und Gewalteinwirkung um mindestens 50% reduziert werden.
- 3.5 Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2500 g zur Welt kommen, sollte um mindestens 20% gesenkt werden, und die bestehenden Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sollten signifikant verringert werden.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *die Mitgliedstaaten in das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen von Eltern und Familien investieren und Konzepte umsetzen, die ein stützendes familiäres Umfeld schaffen, in dem Kinder erwünscht sind und gute Voraussetzungen für Elternschaft bestehen, um allen Kindern einen gesunden Lebensanfang zu sichern;*
- *die Mitgliedstaaten eine umfassende Politik verfolgen und auf lokaler Ebene gemeindenahere Programme vorsehen, um bedarfsgerechte Dienste für Familienplanung und reproduktive Gesundheit sicherzustellen;*

- *der Gesundheit von Frauen in der nationalen und kommunalen Politik hohe Priorität beigemessen wird;*
- *integrierte primäre Gesundheitsversorgungsdienste folgendes umfassen: eine breite Palette von Familienplanungsdiensten, eine auf unentbehrlichen Technologien basierende Perinatalversorgung, Gesundheitsförderung für Kinder, Prävention von Kinderkrankheiten – u. a. Immunisierung von mindestens 95% der Säuglinge und Kleinkinder – sowie die bedarfsgerechte Behandlung kranker Kinder;*
- *die Politik, das soziale Umfeld und das Gesundheitswesen Maßnahmen zur Stillförderung anregen und unterstützen, so daß mindestens 60% der Neugeborenen wenigstens in den ersten sechs Lebensmonaten gestillt werden;*
- *durch gesetzgeberische Instrumente unterstützte gemeindenahе Maßnahmen darauf abzielen, die Zahl der mißbrauchten, mißhandelten, verlassenen oder marginalisierten Kinder drastisch zu verringern;*
- *Eltern die Mittel und Befähigung haben, ihre Kinder in einem sozialen Umfeld, das die Rechte des Kindes schützt, aufzuziehen und zu umsorgen;*
- *die Kommunalbehörden Familien unterstützen, indem sie für eine sichere, fürsorgliche Umwelt und gesundheitsfördernde Einrichtungen zur Betreuung von Kindern sorgen;*
- *die mit Fragen der Erziehung, Gesundheit und des Gemeinwohls befaßten Sektoren zusammenarbeiten, um die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern in Zeiten familiärer Krisen zu unterstützen;*
- *Bemühungen unternommen werden, um die Öffentlichkeit über Entwicklungen in der Gentechnik, die dadurch gebotenen Möglichkeiten und die jeweiligen ethischen Implikationen zu informieren.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Alters- und todesursachenspezifische Mortalitätsindikatoren (z. B. Perinatal-, Säuglings-, Müttersterblichkeit)
- Ausgewählte Messungen des Gesundheitszustands und Wohlbefindens von Neugeborenen und Säuglingen (z. B. Geburtsgewicht, kongenitale Krankheiten, Ernährung, Immunisierung)

ZIEL 4 – GESUNDHEIT JUNGER MENSCHEN¹⁹

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN SICH JUNGE MENSCHEN IN DER REGION EINER BESSEREN GESUNDHEIT ERFREUEN UND BESSER IN DER LAGE SEIN, IHRE ROLLE IN DER GESELLSCHAFT ZU ÜBERNEHMEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 4.1 Kindern und Jugendlichen sollten bessere „Lebensfertigkeiten“ und die Fähigkeit vermittelt werden, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden.
- 4.2 Mortalität und Behinderungen aufgrund von Gewalteinwirkung und Unfällen²⁰ sollten bei jungen Menschen mindestens um 50% reduziert werden.
- 4.3 Der Anteil junger Menschen, die einer gesundheitsschädigenden Lebensweise frönen²¹, indem sie Drogen, Tabak und Alkohol konsumieren, sollte erheblich verringert werden.
- 4.4 Die Häufigkeit von Schwangerschaften bei Minderjährigen sollte mindestens um ein Drittel reduziert werden.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *die Mitgliedstaaten geeignete Maßnahmen und Strukturen schaffen, um Kinder, die schwachen Mitglieder der Gesellschaft, wie im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes ausgeführt, zu schützen;*
- *die Politik die Schaffung eines stützenden und sicheren natürlichen, sozialen und wirtschaftlichen Umfelds erleichtert und damit die gesunde Entscheidung zur leichten Entscheidung macht;*
- *alle politischen Entscheidungen, die den öffentlichen Sektor betreffen, überprüft werden, um ihre Auswirkung auf die Gesundheit von Kindern und Heranwachsenden, deren Familien und Betreuer abzuschätzen;*
- *die Bildungs- und Beschäftigungspolitik den Zugang junger Menschen zu einem optimalen Bildungsniveau sowie zum Arbeitsmarkt erleichtert;*
- *das Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen zusammenarbeiten, um den Ursachen für ein schlechtes Selbstbild unter jungen Menschen entgegenzuwirken, um die Kompetenz junger Menschen, streßreiche Lebensereignisse zu bewältigen und soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, zu stärken, auf ihre psychosozialen Erfordernisse einzugehen und marginalisierte junge Menschen erreichen zu können;*

¹⁹ Bis zum Alter von 18 Jahren.

²⁰ Vgl. auch Ziel 9 „Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen“.

²¹ Vgl. auch Ziel 12 „Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“.

- *die Mitgliedstaaten den Zugang zu Maßnahmen sicherstellen, durch die nicht geplante Elternschaften vermieden werden können, was die Aufklärung und Unterstützung junger Menschen einschließt;*
- *relevante Forschungs- und Evaluationsinstrumente angewendet werden, um regelmäßig den Gesundheitszustand von Kindern und Heranwachsenden, einschließlich ihrer emotionalen Gesundheit, zu beurteilen.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Mortalitätsindikatoren in bezug auf relevante Altersgruppen und Todesursachen
- Indikatoren bezüglich der Lebensweise junger Menschen (z. B. Rauchen, Alkohol, Drogen, Sexualverhalten)

ZIEL 5 – ALTERN IN GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE MENSCHEN IM ALTER VON ÜBER 65 JAHREN DIE MÖGLICHKEIT GEBOTEN WERDEN, IHR GESUNDHEITSPOTENTIAL VOLL AUSZUSCHÖPFEN UND EINE AKTIVE ROLLE IN DER GESELLSCHAFT ZU SPIELEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 5.1 Die Lebenserwartung von Menschen im Alter von 65 Jahren – mit und ohne Behinderungen – sollte mindestens um 20% steigen.
- 5.2 Der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, daß sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, sollte mindestens um 50% steigen.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *die Politik, u. a. in bezug auf die Wohnverhältnisse, das Einkommen und sonstige Maßnahmen, die die Selbständigkeit und soziale Produktivität der Menschen verstärken, die Bedürfnisse und Ansichten älterer Menschen voll berücksichtigt;*
- *die Gesundheitspolitik durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz in frühen Lebensjahren die Voraussetzungen für ein Altern in Gesundheit schafft;*
- *Gesundheits- und Sozialdienste auf kommunaler Ebene die älteren Menschen bei alltäglichen Handlungen entsprechend ihren Bedürfnissen und Vorstellungen unterstützen, ihnen entgegenkommen (sie in ihrem Zuhause aufsuchen) und ihnen helfen, aktiver zu sein und sich selbst zu helfen;*

- *jede Gemeinde Programme aufstellt, um die für Senioren vorhandenen Dienste zu koordinieren, zu überprüfen und zu evaluieren und sicherzustellen, daß für diese Aufgabe ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen;*
- *die Politik es alten Menschen ermöglicht, die ihnen verbleibenden Fähigkeiten zu nutzen und ihnen Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung, aufsuchenden Diensten, Hilfsmitteln und sozialer Unterstützung bietet.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Mortalitätsindikatoren in bezug auf relevante Altersgruppen und Todesursachen
- Verfügbare Statistiken über Morbidität und Behinderungen bei älteren Menschen

ZIEL 6 – VERBESSERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE SICH DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT DER BEVÖLKERUNG VERBESSERN UND FÜR PERSONEN MIT PSYCHISCHEN PROBLEMEN SOLLTEN BESSERE UMFASSENDE DIENSTE VERFÜGBAR UND ZUGÄNGLICH SEIN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 6.1 Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern, und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen.
- 6.2 Die Suizidraten sollten um mindestens ein Drittel zurückgehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *der Förderung und dem Schutz der psychischen Gesundheit während des gesamten Lebens mehr Beachtung gewidmet wird, insbesondere in den sozial und wirtschaftlich benachteiligten Gruppen;*
- *das Lebens- und Arbeitsumfeld so gestaltet wird, daß es dazu beiträgt, der Bevölkerung in allen Altersgruppen ein Zusammengehörigkeitsgefühl zu vermitteln, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten und Stresssituationen zu bewältigen;*
- *die Gesundheits- und sonstigen Fürsorgeberufe in bezug auf die Früherkennung von psychischen Gesundheitsproblemen und geeignete Interventionen geschult werden;*

- *Dienste für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen eine gute Betreuung mit einem angemessenen Mix von gemeindenahen und krankenhauszentrierten Diensten bieten und dabei der Krisenintervention sowie Minderheiten und benachteiligten Gruppen besondere Beachtung widmen;*
- *die Menschenrechte respektiert werden und für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen, insbesondere Personen mit chronischen Störungen, die Lebensqualität verbessert wird.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die Suizidrate
- Die Inzidenz und Prävalenz von psychischen Störungen wie Schizophrenie, schweren Depressionen, Alkoholpsychosen, posttraumatischen psychischen Folgen
- Statistiken über die Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Diensten für psychische Gesundheit

ZIEL 7 – VERRINGERUNG ÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN DIE GESUNDHEITLICHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN AUFGRUND VON ÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN DURCH SYSTEMATISCH ANGEWENDETE PROGRAMME ZUR AUSSCHLÜTTUNG ODER BEKÄMPFUNG BESTIMMTER INFEKTIOSKRANKHEITEN, DIE FÜR DIE ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT BEDEUTUNG HABEN, ERHEBLICH VERRINGERT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

Eliminierung von Krankheiten²²

- 7.1 Bis 2000 oder sogar früher sollte der Poliomyelitis-Übertragung in der Region Einhalt geboten werden und bis 2003 oder sogar früher sollte die Eliminierung der Krankheit in jedem Land zertifiziert werden können.
- 7.2 Bis 2005 oder sogar früher sollte in der Region Neugeborenen-Tetanus eliminiert werden.
- 7.3 Bis 2007 oder sogar früher sollten einheimische Masern in der Region eliminiert werden und bis 2010 sollte die Eliminierung der Krankheit in jedem Land zertifiziert werden können.

²² Bezüglich der Definition der Begriffe „eradication – Eradikation“, „elimination – Eliminierung“ und „control of disease – Krankheitsbekämpfung“, siehe Glossar (Anhang 5).

Krankheitsbekämpfung

- 7.4 Bis 2010 oder sogar früher sollten alle Länder folgendes erreicht haben:
- eine Diphtherie-Inzidenz von weniger als 0,1 pro 100 000 Einwohner;
 - eine Reduzierung der Zahl neuer Hepatitis B-Virus-träger um mindestens 80% durch Einführung der Hepatitis B-Impfung als Standardimpfung für Kinder;
 - in bezug auf Mumps, Pertussis und invasive Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae* Typ B eine Inzidenz von weniger als 1 pro 100 000 Einwohner;
 - in bezug auf kongenitale Syphilis eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1000 Lebendgeburten;
 - in bezug auf kongenitale Röteln eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1000 Lebendgeburten;
- 7.5 Bis 2015 oder sogar früher
- sollte in jedem Land die Malariainzidenz auf weniger als fünf Fälle pro 100 000 Einwohner reduziert werden, und in der Region sollte es keine Todesfälle infolge einheimischer Malaria mehr geben;
 - sollten in jedem Land die Inzidenz, Sterblichkeit und die negativen Folgen von HIV-Infektionen und Aids, anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, Tuberkulose und akuten Atemwegsinfektionen sowie Durchfallerkrankungen bei Kindern nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *das öffentliche Gesundheitswesen die vorstehend genannten Krankheiten mit effizienten laborgestützten Überwachungsmethoden laufend überwacht und neue Krankheiten sowie Veränderungen der Antibiotika-Resistenzen unverzüglich erkennt;*
- *bei den durch Impfung verhütbaren Krankheiten, deren Eliminierung oder Bekämpfung zu den Zielsetzungen gehört, ein 95%iger Impferfassungsgrad in den betreffenden Bevölkerungsgruppen erreicht wird;*
- *eine generelle Röteln-Impfung im Kindesalter eingeführt wird und wenn je nach den örtlichen Verhältnissen Impfstrategien gegen Hepatitis B sowie Impfprogramme gegen *Haemophilus influenzae* Typ B und Mumps, einschließlich der Anwendung von Kombinationsimpfstoffen, durchgeführt werden;*
- *integrierte, auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtete Programme zur Information, Prävention und Therapie von HIV/Aids und sexuell übertragbaren Krankheiten unter spezieller Berücksichtigung von Drogenkonsumenten und anderen besonders gefährdeten Gruppen erstellt werden;*

- *international abgestimmte Strategien zur Krankheitsprävention und -bekämpfung, beispielsweise in bezug auf Tuberkulose, akute Atemwegsinfektionen und Durchfallerkrankungen, durchgeführt werden;*
- *in allen Ländern Bemühungen unternommen werden, um die Malariaüberwachung und Maßnahmen zur Verhütung der Krankheitsübertragung, zur Fallerkennung und Therapie zu verstärken;*
- *Kooperationspartner auf nationaler und internationaler Ebene, u. a. Netzwerke von Public-Health-Instituten und WHO-Kooperationszentren, einen raschen Informationsaustausch ermöglichen, um gegen Epidemien vorzugehen und Orientierungshilfen in bezug auf Konzepte, internationale Zusammenarbeit und Gesundheitsempfehlungen für Reisende zu bieten;*
- *klar definierte nationale und internationale Strategien zur Krankheitseliminierung und -bekämpfung entwickelt und durch sektorübergreifende Handlungsansätze sowie ein gut organisiertes öffentliches Gesundheitswesen umgesetzt werden.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Mortalitätsindikatoren in bezug auf relevante Altersgruppen und Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Atemwegs- und Durchfallerkrankungen, Malaria usw.)
- Neue Fälle von ausgewählten übertragbaren Krankheiten, d. h. Masern, Malaria, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, kongenitale Syphilis, konnatale Röteln, Neugeborenen-Tetanus, Röteln, Mumps, Tuberkulose, Hepatitis (A, B, sonstige), Syphilis, Gonorrhö, HIV/Aids
- Der prozentuale Anteil der gegen ausgewählte übertragbare Krankheiten geimpften Kinder, d. h. Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Masern, Poliomyelitis, Tuberkulose, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B, Mumps, Röteln

ZIEL 8 – VERRINGERUNG NICHTÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN IN DER GESAMTEN REGION MORBIDITÄT, BEHINDERUNGEN UND VORZEITIGE TODESFÄLLE INFOLGE DER WICHTIGSTEN CHRONISCHEN KRANKHEITEN AUF DEN TIEFSTMÖGLICHEN STAND ZURÜCKGEHEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 8.1 Die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre sollte im Durchschnitt um mindestens 40%, vor allem in Ländern mit derzeit hohen Mortalitätsraten, zurückgehen.

- 8.2 Die Mortalität infolge von Krebserkrankungen jeglicher Art bei den unter 65jährigen sollte im Durchschnitt um mindestens 15% zurückgehen, die Lungenkrebssterblichkeit um 25%.
- 8.3 Die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere ernste Gesundheitsstörungen, sollte um ein Drittel reduziert werden.
- 8.4 Morbidität, Behinderungen und Todesfälle infolge von chronischen Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelettstörungen und anderen prävalenten chronischen Zuständen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.
- 8.5 Mindestens 80% der Kinder der Altersgruppe 6 Jahre sollten kariesfrei sein und Zwölfjährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *in allen Mitgliedstaaten, unter voller Einbeziehung der Bevölkerung, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik verfolgt wird, mit Schwerpunkt auf der Umsetzung der Prinzipien und Strategien für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention;*
- *die Prävention und Bekämpfung von allgemeinen Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten zum integralen Bestandteil des Gesellschaftslebens werden und wenn sich alle Länder und relevanten internationalen Organisationen einer starken europaweiten Bewegung für gesunde Lebensweisen anschließen;*
- *unfassendes Krankheitsmanagement sichergestellt wird, mit Schwerpunkt auf den gesundheitlichen Ergebnissen und der Verbesserung der Versorgungsqualität, unter Beachtung der Rechte und Wünsche des Patienten;*
- *die Mitgliedstaaten Strategien für Mundgesundheit, einschließlich Kariesverhütung, entwickeln und umsetzen.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die altersspezifische Mortalität infolge der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten (Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes und andere)
- Die Inzidenz und Prävalenz der wichtigsten vorstehend genannten nichtübertragbaren Krankheiten, einschließlich Asthma und chronischer rheumatischer Erkrankungen
- Statistiken über die Krankenhausentlassungen bezüglich der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten
- Die Prävalenz der wichtigsten Risikofaktoren in der Bevölkerung, d. h. Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte, Bewegungsarmut, Rauchen, falsche Ernährung
- Ausgewählte Indikatoren für Mundgesundheit

ZIEL 9 – VERRINGERUNG VON AUF GEWALTEINWIRKUNG UND UNFÄLLE ZURÜCKZUFÜHRENDEN VERLETZUNGEN

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTE ES EINEN SIGNIFIKANTEN UND NACHHALTIGEN RÜCKGANG DER VERLETZUNGEN, BEHINDERUNGEN UND TODESFÄLLE INFOLGE VON UNFÄLLEN UND GEWALT IN DER REGION GEBEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 9.1 Die Mortalität und Behinderungen infolge von Straßenverkehrsunfällen sollten um mindestens 30% zurückgehen.
- 9.2 Die Mortalität und Behinderungen infolge von Arbeitsunfällen, Unfällen im Haus sowie beim Sport und bei Freizeitbeschäftigungen sollten um mindestens 50% zurückgehen, vor allem in Ländern mit einer derzeit hohen Rate tödlicher Unfälle.
- 9.3 Die Inzidenz von und die Mortalität aufgrund von häuslicher, geschlechtsspezifischer und organisierter Gewalt und damit verbundene Gesundheitsfolgen sollten um mindestens 25% zurückgehen.

Dieses Ziel lässt sich erreichen, wenn:

- *in der Politik Fragen des sozialen Zusammenhalts und der Sicherheit im Lebens- und Arbeitsumfeld höhere Priorität erhalten und die wichtigsten Determinanten von Gewalt und Unfällen – mit besonderem Augenmerk auf dem Alkoholkonsum – angesprochen werden;*
- *alle Sektoren bei Maßnahmen zur Prävention von Unfällen und Gewalt möglichst weitgehend zusammenarbeiten und Beistand zur Bewältigung der Folgen und Kosten für die Opfer, deren Familienangehörige und die Gesellschaft leisten;*
- *für alle von Gewalt betroffenen Personen bedarfsgerechte und geschlechtsspezifische Hilfs-, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen zugänglich sind;*
- *die Länder Forschungsvorhaben über Formen, Determinanten und Folgen von Gewalt und Unfällen durchführen und sich daran beteiligen, die Häufigkeit von Gewalt und Unfällen analysieren und Pläne für Verhütungsmaßnahmen machen;*
- *die Länder klare Konzepte und Leitlinien in bezug auf die Verkehrssicherheit erstellen und in den Unterrichtsplänen der Schulen Aufklärung über Verkehrssicherheit vorsehen.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die Mortalität aufgrund der wichtigsten äußeren Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen
- Die Inzidenz von Verletzungen infolge von Unfällen im Haus sowie von Verkehrs- und Arbeitsunfällen
- Schätzwerte für Behinderungen als Verletzungsfolge

ZIEL 10 – EINE GESUNDE UND SICHERE NATÜRLICHE UMWELT

BIS ZUM JAHR 2015 SOLLTE DIE BEVÖLKERUNG DER REGION IN EINER MEHR SICHERHEIT BIETENDEN NATÜRLICHEN UMWELT LEBEN, IN DER DIE EXPOSITION GEGENÜBER GESUNDHEITSGEFÄHRDENDEN SCHADSTOFFEN DIE INTERNATIONAL VEREINBARTEN STANDARDS NICHT ÜBERSTEIGT.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 10.1 Die Exposition der Bevölkerung gegenüber gesundheitsgefährdenden physikalischen, mikrobiellen und chemischen Schadstoffen im Wasser, in der Luft, im Abfall und Boden sollte wesentlich verringert werden, entsprechend den in nationalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit vorgesehenen Zeitplänen und Verringerungsraten.
- 10.2 Die Bevölkerung sollte universellen Zugang zu Trinkwasser in ausreichender Menge und von einwandfreier Qualität haben.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *nationale, regionale und lokale Aktionspläne zur Prävention und Verringerung umweltbedingter Gesundheitsrisiken entwickelt und umgesetzt werden und geeignete rechtliche und wirtschaftliche Instrumente eingesetzt werden, um den Konsum zu drosseln und den Müllanfall und die Umweltverschmutzung zu reduzieren;*
- *die Luftgüte in städtischen Ballungsgebieten durch Eindämmung der von der Industrie, dem Verkehr und den Haushalten ausgehenden Umweltverschmutzung so weit verbessert wird, daß sie den WHO-Luftgüteleitlinien entspricht;*
- *Maßnahmen getroffen werden, um die Versorgung aller Haushalte mit Trinkwasser, das den WHO-Leitlinien für Wassergüte entspricht, sicherzustellen und wenn die globalen Wassermanagementpraktiken, u. a. Überwachung der Gewässerverschmutzung, verstärkt werden;*
- *geeignete Abwassermanagementsysteme vorgesehen werden, u. a. zur Sammlung, Behandlung und Endbeseitigung aller Abwässer;*

- *die Abfallerzeuger Systeme vorsehen, die eine geordnete Abfallsammlung und -behandlung sicherstellen, u. a. durch Konzepte und Strukturen zur Wiederverwertung von Abfällen und Minimierung des Abfallaufkommens;*
- *Katastrophen- und Kapazitätspläne für alle Kernkraftwerke entwickelt und Sicherheitsstandards unter Anwendung der jeweils besten Technologien durchgeführt werden;*
- *internationale Übereinkommen wie z. B. die Konventionen über grenzüberschreitende Gewässer, biologische Vielfalt, Klimaveränderungen, weiträumige grenzüberschreitende Luftverschmutzung und den Schutz der Ozonschicht umgesetzt werden;*
- *adäquate Kapazitäten zur Überwachung von umweltbedingten Gesundheitsgefahren aufgebaut werden und wenn in bezug auf die Umweltverschmutzung und gesundheitlichen Auswirkungen regelmäßig Daten gesammelt, Monitoringtätigkeiten durchgeführt und die entsprechenden Ergebnisse uneingeschränkt bekanntgemacht werden;*
- *die Öffentlichkeit stärker für Fragen der nachhaltigen Entwicklung und des Umweltschutzes sensibilisiert wird.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Der prozentuale Anteil der Bevölkerung, der im eigenen Haushalt adäquat mit Wasser versorgt wird und Zugang zu einer geordneten Abwasserentsorgung hat
- Statistiken über mikrobiologische nahrungsmittelbedingte Erkrankungen – Ausbrüche und betroffene Personen
- Statistiken über die Emission von ausgewählten Umweltschadstoffen

ZIEL 11 – GESÜNDER LEBEN²³

BIS ZUM JAHR 2015 SOLLTEN SICH DIE MENSCHEN IN ALLEN GESELLSCHAFTSSCHICHTEN FÜR GESÜNDERE LEBENSGEWONNHHEITEN ENTSCHEIDEN HABEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 11.1 Das Gesundheitsbewußtsein sollte beispielsweise in bezug auf die Ernährung, körperliche Betätigung und Sexualität erheblich zunehmen.
- 11.2 Die Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von und der Zugang zu hygienisch einwandfreien und gesunden Nahrungsmitteln sollten beträchtlich verbessert werden.

²³ Bezüglich Streßvermeidung siehe Ziel 6 „Verbesserung der psychischen Gesundheit“.

Dieses Ziel lässt sich erreichen, wenn:

- *die Politik der Gesundheit zentrale Bedeutung für die menschliche Entwicklung beimißt und die Entscheidung für eine gesunde Lebensweise erleichtert;*
- *die Bevölkerung befähigt wird, ihr Potential zu entfalten und zu nutzen, um ein aus sozialer, wirtschaftlicher und geistiger Sicht erfülltes Leben zu führen;*
- *die Prinzipien der Lebensmittelhygiene in der gesamten Nahrungskette – von der Produktion bis zum Verzehr – Anwendung finden und alle Sektoren Verantwortung für die Anwendung dieser Prinzipien übernehmen;*
- *Verordnungen zur Reduzierung der mikrobiellen und chemischen Kontamination von Lebensmitteln umgesetzt und internationale Standards in der Tierhaltung und Lebensmittelhygiene angewendet werden;*
- *die Ernährung ausgewogener wird und Vitamin- und Mineralmängel (z. B. Vitamin A-Mangel und Eisenmangel) beseitigt werden, und zwar durch bessere Verfügbarkeit und verstärkten Verzehr von Vollkorngetreide, Hülsenfrüchten, Gemüse und Obst sowie durch Einschränkung des Konsums stark fetthaltiger Nahrungsmittel;*
- *Jodmangelstörungen²⁴ in allen Ländern als ein Problem der öffentlichen Gesundheit angesehen und durch Umsetzung von Strategien zur generellen Jodierung von Speisesalz beseitigt werden;*
- *steuerpolitische, agrarpolitische und handelspolitische Konzepte, die zu gesünderer Ernährung anregen, umgesetzt werden;*
- *die Verkehrspolitik, Stadtplanung und Siedlungspolitik der Erholung und verstärkten körperlichen Betätigung mehr Beachtung schenkt;*
- *alle Teile der Bevölkerung über sichere Sexualpraktiken aufgeklärt sind;*
- *effiziente Infrastrukturen und Ressourcen vorgesehen werden, um das vorhandene Wissen über gesundheitliche Belange durch angemessene Aufklärung und Information breiter bekanntzumachen.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Nationale Statistiken über den Nahrungsmittelverbrauch und Body-Mass-Index
- Verfügbare Daten oder Schätzwerte betreffend körperliche Betätigung und Sexualverhalten

²⁴ Mit Resolution WHA49.13 (1997) wird das Ziel bekräftigt, Jodmangelstörungen wegen der großen Bedeutung dieses Problems für die Gesundheit der Bevölkerung in allen Ländern bis zum Jahr 2000 zu beseitigen.

ZIEL 12 – VERRINGERUNG DER DURCH ALKOHOL, DROGEN UND TABAK VERURSACHTEN SCHÄDEN

BIS ZUM JAHR 2015 SOLLTEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN DIE AUF DEN KONSUM VON SUCHT-ERZEUGENDEN SUBSTANZEN WIE TABAK, ALKOHOL UND PSYCHOTROPEN SUBSTANZEN ZURÜCKZUFÜHRENDEN GESUNDHEITLICHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN SIGNIFIKANT REDUZIERT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 12.1 In allen Ländern sollte der Anteil der Nichtraucher mindestens 80% in der Altersgruppe über 15 Jahre und in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu 100% betragen²⁵;
- 12.2 In allen Ländern sollte der Pro-Kopf-Alkoholkonsum nicht zunehmen bzw. 6 Liter pro Jahr nicht übersteigen und er sollte in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu Null betragen.
- 12.3 In allen Ländern sollten der Konsum illegaler psychotroper Substanzen um mindestens 25% und die darauf zurückzuführenden Todesfälle um mindestens 50% zurückgehen.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *mit Aufklärungs- und Interventionsstrategien angestrebt wird, die Lebensfertigkeiten und das psychosoziale Wohlbefinden der Bevölkerung zu verbessern und den Menschen zu helfen, belastende Lebenssituationen zu bewältigen und eine gesundheitsbewußte Wahl zu treffen;*
- *Regelungen zur Einschränkung des Passivrauchens und zur Verringerung von Alkoholvergiftungen, einschließlich des Fahrens unter Alkoholeinfluß, durchgesetzt werden;*
- *Risikominderungsstrategien umgesetzt werden, um die auf den Suchtmittelgebrauch zurückzuführenden Schäden zu reduzieren;*
- *international abgestimmte Übereinkommen über illegale Drogen umgesetzt werden und wenn ein international abgestimmtes Übereinkommen über Tabakprodukte erarbeitet wird;*
- *steuerpolitische Konzepte und Regelwerke zur Einschränkung der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit (insbesondere für junge Menschen) und des Marketing von Tabak- und Alkoholerzeugnissen vorgesehen werden und jegliche Tabakwerbung in allen Ländern verboten wird;*
- *mit Hilfe von Kommunikationsstrategien versucht wird, öffentliche Unterstützung zur Reduzierung der Schäden durch Suchtstoffe zu erhalten.*

²⁵ Oder andere Altersgruppenvorgaben entsprechend der länderspezifischen Gesetzgebung.

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die Mortalität im Zusammenhang mit alkohol- und drogenbedingten Todesursachen
- Schätzwerte für die Prävalenz des Rauchens in relevanten Bevölkerungsgruppen und nationale Statistiken über den Tabakkonsum
- Schätzwerte für die Prävalenz des Alkoholkonsums und nationale Statistiken über den Alkoholkonsum
- Statistiken über die Krankenhauseinweisungen im Zusammenhang mit Alkoholpsychosen und Drogentherapie

ZIEL 13 – SETTINGS ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2015 SOLLTEN DIE MENSCHEN IN DER REGION BESSERE MÖGLICHKEITEN HABEN, ZU HAUSE, IN DER SCHULE, AM ARBEITSPLATZ UND IN IHRER GEMEINDE IN EINEM GESUNDEN NATÜRLICHEN UND SOZIALEN UMFELD ZU LEBEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 13.1 Sicherheit und Qualität des häuslichen Umfelds sollten durch eine Verbesserung der Fähigkeiten des einzelnen und der Familie zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit erhöht werden; ferner sollten die vom häuslichen Umfeld ausgehenden Gesundheitsgefahren reduziert werden.
- 13.2 Menschen mit Behinderungen sollten – in Übereinstimmung mit den United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities²⁶ – wesentlich bessere gesundheitliche Voraussetzungen und Zugangsmöglichkeiten zum häuslichen, beruflichen, öffentlichen und gesellschaftlichen Leben geboten werden.
- 13.3 Unfälle im Haus und bei der Arbeit sollten auf das in Ziel 10 angegebene Niveau reduziert werden.
- 13.4 Mindestens 50% aller Kinder sollte die Möglichkeit geboten werden, einen gesundheitsfördernden Kindergarten zu besuchen, und 95% sollte es möglich sein, eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen.²⁷

²⁶ Gemäß Anhang zur Resolution 48/96 vom 20. Dezember 1993 der Generalversammlung der Vereinten Nationen.

²⁷ Zu einer gesundheitsfördernden Schule gehören die Aufnahme des Fachs „Gesundheitserziehung“ in den Lehrplan sowie entsprechende Maßnahmen des Gesundheitsdienstes der Schule. Seit 1992 unterstützt die WHO gemeinsam mit der Europäischen Kommission und dem Europarat ein Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen.

- 13.5 Mindestens 50% aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden sollten sich aktiv an einem Netzwerk gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen.
- 13.6 Mindestens 10% aller mittleren und großen Unternehmen sollten sich zur Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens verpflichten.²⁸

Dieses Ziel lässt sich erreichen, wenn

- *Mechanismen geschaffen werden, die es den Menschen ermöglichen, die Gestaltung und Verbesserung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen mit zu beeinflussen und aktiv zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens in ihrer Gemeinde beizutragen;*
- *gesellschaftliche Organisationen bei der Steigerung des sozialen Zusammenhalts und der Verbesserung des Zugangs zu gesellschaftlichen Mitteln zur Bewältigung von Problemen eine entscheidende Rolle spielen;*
- *in bezug auf Trinkwasserversorgung, Abwasseraufbereitung und -entsorgung, Bauvorschriften und Schutz vor Risiken im eigenen Heim und in der Stadt eine effektive Infrastruktur für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz zur Verfügung steht;*
- *alle beteiligten Bereiche die Einbeziehung gesundheitsbezogener Themen in ein umfassendes Konzept unterstützen, durch das die Schulen in die Lage versetzt werden, die physische, soziale und emotionale Gesundheit von Schülern, Lehrkräften, Familienangehörigen und der Bevölkerung insgesamt zu fördern;*
- *die Schaffung gesünderer Städte unter der Beteiligung von Partnern aus dem Bereich der Gesundheit, der Umwelt, der Wirtschaft, der Ökologie, der Bildung, der Städteplanung und der kommunalen Selbstverwaltung gefördert und unterstützt wird.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die Inzidenz und Mortalitätsindikatoren in bezug auf Unfälle im häuslichen Umfeld sowie Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
- Nationale Statistiken über Wohn-/Siedlungswesen

²⁸ Zu den Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebs gehören die Schaffung eines sicheren Arbeitsumfelds, die Entwicklung gesunder Arbeitsverfahren, Programme zur Förderung der Gesundheit und zur Bekämpfung psychosozialer Risikofaktoren am Arbeitsplatz, die Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit der vermarkteten Produkte sowie Beiträge zur Förderung der Gesundheit und des sozialen Wohlbefindens der Menschen in der jeweiligen Gemeinschaft.

ZIEL 14 – MULTISEKTORALE VERANTWORTUNG FÜR DIE GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2020 SOLLTEN ALLE SEKTOREN IHRE VERANTWORTUNG FÜR GESUNDHEITLICHE BELANGE ANERKENNEN UND AKZEPTIEREN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 14.1 Entscheidungsträger in allen Sektoren sollten bedenken, welchen Nutzen Gesundheitsinvestitionen in ihrem jeweiligen Sektor erbringen können, und ihre Politik und diesbezügliche Maßnahmen dementsprechend ausrichten.
- 14.2 Die Mitgliedstaaten sollten Mechanismen zur Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit schaffen und sicherstellen, daß alle Sektoren für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Konzepte und Maßnahmen rechenschaftspflichtig sind.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *Mitgliedstaaten Anreize schaffen und durch gesetzliche und verwaltungsrechtliche Maßnahmen die Einbeziehung der verschiedenen Sektoren und die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Sektoren im Interesse der Gesundheit erleichtern;*
- *in der Wirtschaft und im öffentlichen Sektor die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung als wesentliche Kriterien bei der Wahl von Konzepten und Strategien Berücksichtigung finden;*
- *Mitgliedstaaten einzeln oder gemeinsam mit anderen Staaten die wissenschaftlichen Erkenntnisse in bezug auf die gesundheitlichen Auswirkungen von Maßnahmen – aufgeteilt nach einzelnen Sektoren – ausbauen;*
- *Regierungen und Parlamente Konzepten, die der Gesundheitsförderung und dem Gesundheitsschutz dienen, eine höhere Priorität einräumen und in allen Sektoren Gesundheits-Audits durchführen;*
- *öffentliche Untersuchungen und Anhörungen zu den gesundheitlichen Auswirkungen wichtiger Vorhaben durchgeführt werden und eine breite Beteiligung der Öffentlichkeit bei der Bewertung und Verbreitung der Ergebnisse sichergestellt wird;*
- *der Verantwortung des einzelnen und der Allgemeinheit in Bildungs-, Informations- und Forschungsangelegenheiten mehr Bedeutung beigemessen wird, damit sich ein Kompetenz- und Verantwortungsbewußtsein für die Gesundheit entwickeln kann.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Keine statistischen Indikatoren; nur qualitative Bewertung

ZIEL 15 – EIN INTEGRIERTER GESUNDHEITSSSEKTOR

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN DIE MENSCHEN IN DER REGION EINEN WESENTLICH BESSEREN ZUGANG ZU EINER FAMILIENORIENTIERTEN UND GEMEINDENAHEN PRIMÄREN GESUNDHEITSVERSORGUNG HABEN, UNTERSTÜTZT DURCH EIN FLEXIBLES UND REAKTIONSSCHNELLES KRANKENHAUSSYSTEM.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 15.1 Mindestens 90% aller Länder sollten über umfassende primäre Gesundheitsversorgungsdienste verfügen und durch effiziente und kostengünstige Systeme zur Überweisung von Patienten an spezialisierte und Krankenhausdienste mit entsprechendem Feedback die Kontinuität der Versorgung sicherstellen.
- 15.2 In mindestens 90% aller Länder sollten Hausärzte und Pflegekräfte den Kern dieses integrierten primären Gesundheitsversorgungssystems bilden, das auf dem Einsatz multidisziplinärer Teams aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie aus anderen Sektoren basiert und auch die örtliche Bevölkerung mit einbindet.
- 15.3 Mindestens 90% aller Länder sollten ein Gesundheitswesen haben, das eine Beteiligung des einzelnen sicherstellt und Menschen, die andere im häuslichen Umfeld gesundheitlich versorgen, anerkennt und unterstützt.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *unter Einbindung der örtlichen Bevölkerung bedarfsgerechte primäre Gesundheitsversorgungsdienste und -programme geschaffen werden, die den jeweiligen Bedürfnissen und Erwartungen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Versorgung und Rehabilitation, einschließlich Maßnahmen für Gruppen mit besonderen Bedürfnissen, entsprechen;*
- *die für die Verwaltung der Gesundheitsdienste Verantwortlichen den Grundsatz beherzigen, daß alles, was auf der primären Ebene zufriedenstellend geleistet werden kann, dort angeboten werden sollte, während Überweisungen an spezialisierte und Krankenhausdienste auf die Fälle beschränkt bleiben sollten, die spezialisierte Fachkompetenzen und Möglichkeiten erfordern;*
- *Konzepte entwickelt werden, die darauf ausgerichtet sind, den einzelnen zu unterstützen in seinem Bemühen, die eigene Gesundheit zu erhalten und sich soweit möglich gesundheitlich selbst zu versorgen, und wenn Mechanismen geschaffen und Informationen bereitgestellt werden, die den einzelnen in die Lage versetzen, in gesundheitlichen Angelegenheiten Entscheidungen nach Sachlage zu treffen und am Entscheidungsprozeß aktiv teilzunehmen.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die personellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung (z. B. Ärzte nach Fachbereich, Krankenschwestern/Pfleger und prozentualer Anteil der in der primären Gesundheitsversorgung oder Krankenhäusern Beschäftigten)
- Die Krankenhausbettzahl nach Kategorie und anderweitige Statistiken über Ressourcen für die Gesundheitsversorgung
- Indikatoren bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsdiensten (z. B. Krankenhausaufnahmen, durchschnittliche Verweildauer, Inanspruchnahme ambulanter Einrichtungen)

ZIEL 16 – QUALITÄTSBEWUSSTES MANAGEMENT DER VERSORGUNG

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN DIE MITGLIEDSTAATEN DAFÜR SORGEN, DASS SICH DAS MANAGEMENT IN ALLEN BEREICHEN DES GESUNDHEITSWESENS – ANGEFANGEN BEI BEVÖLKERUNGSORIENTIERTEN GESUNDHEITSPROGRAMMEN BIS HIN ZUR KLINISCHEN VERSORGUNG EINZELNER PATIENTEN – AN DEN ERGEBNISSEN GESUNDHEITLICHER MASSNAHMEN ORIENTIERT.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 16.1 Die Wirksamkeit zentraler Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit sollte an den Ergebnissen solcher Maßnahmen gemessen werden, und Entscheidungen über alternative Strategien zur Lösung spezifischer Gesundheitsprobleme sollten zunehmend auf Vergleichen der Ergebnisse gesundheitlicher Maßnahmen mit deren Wirtschaftlichkeit basieren.
- 16.2 In allen Mitgliedstaaten sollte landesweit ein Mechanismus zur kontinuierlichen Überwachung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in bezug auf mindestens zehn wichtige Krankheitsbilder geschaffen werden, einschließlich einer Messung der gesundheitlichen Folgen, der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und der Patientenzufriedenheit.
- 16.3 Die Resultate gesundheitlicher Maßnahmen sollten mindestens bei fünf der oben erwähnten Krankheitsbilder auf eine signifikante Besserung hinweisen, und aus Erhebungen sollte hervorgehen, daß die Patienten mit der Qualität der erhaltenen Leistungen zufriedener sind und daß man ihre Rechte stärker achtet.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *sich alle Gesundheitseinrichtungen sowohl in der Routineversorgung als auch bei der Einführung neuer Verfahren wissenschaftlich fundierter Methoden bedienen, wobei für jede klinische Versorgungsebene die Versorgungsqualitätsindikatoren zu definieren sind und die Überwachung der Versorgungsqualität zu einem festen Bestandteil der Arbeit jeder Versorgungseinheit werden muß;*
- *die Mitgliedstaaten Konzepte und Mechanismen entwickeln, die gewährleisten, daß die Rechte der Patienten auch in bezug auf moralische, kulturelle, religiöse und philosophische Werte und Überzeugungen geachtet werden und daß in der Öffentlichkeit eine offene Debatte über die ethischen Aspekte von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung gefördert wird;*
- *durch Bildungsmaßnahmen und sonstige Aktivitäten Fachkräften in der Gesundheitsversorgung die Motivation und die Kompetenzen vermittelt werden, die notwendig sind, um die jeweils besten Methoden übernehmen zu können, und damit sich jeder für das Ergebnis der eigenen Arbeit verantwortlich fühlt;*
- *die Ergebnisse gesundheitlicher Maßnahmen sowie Wirtschaftlichkeitskriterien regelmäßig zur Beurteilung von Verfahren und Praktiken eingesetzt werden;*
- *neue und bestehende Technologien, einschließlich Arzneimittel, kontinuierlich in bezug auf Gesundheitsverträglichkeit, Resultate und Wirtschaftlichkeit überwacht und beurteilt werden;*
- *ein System zur Dokumentation, Überwachung und Verbesserung der Versorgungsergebnisse geschaffen und Erbringern von Gesundheitsleistungen routinemäßig eine anonymisierte Dokumentation der Ergebnisse zur Verfügung gestellt wird;*
- *Informationen über wissenschaftlich fundierte Methoden für Erbringer von Gesundheitsleistungen frei verfügbar sind.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die Mortalität bei ausgewählten Krankheitsbildern (z. B. Blinddarmentzündung, Bruch, Darmverschluß, Arzneimittelnebenwirkungen und sonstigen „vermeidbaren“ Todesursachen)
- Spezifische Indikatoren in bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung (z. B. Wundinfektionsraten nach chirurgischen Eingriffen, diabetische Komplikationen, Autopsieraten, der geschätzte Grad der Patientenzufriedenheit usw.)

ZIEL 17 – FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS UND RESSOURCENZUWEISUNG

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN AUF DER GRUNDLAGE DES CHANCENGLEICHEN ZUGANGS, DER WIRTSCHAFTLICHKEIT, DER SOLIDARITÄT UND DER OPTIMALEN QUALITÄT BELASTBARE FINANZIERUNGS- UND RESSOURCENZUWEISUNGSVERFAHREN FÜR GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME ENTWICKELN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 17.1 Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sollten angemessen sein und dabei den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.
- 17.2 Die Mittel sollten unter Berücksichtigung von Gesundheitsverträglichkeit, Wirtschaftlichkeitsaspekten und verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen zwischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz, Behandlung und Pflege aufgeteilt werden.
- 17.3 Die Finanzierungssysteme für die Gesundheitsversorgung sollten eine allgemeine Versorgung, Solidarität und Tragfähigkeit sicherstellen.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *die Infrastrukturen im öffentlichen Gesundheitswesen gestärkt werden;*
- *Gesundheitsprioritäten mit Hilfe von transparenten Verfahren festgelegt und bestimmten Prioritäten ausreichend finanzielle Mittel zugewiesen werden, um daraus einen optimalen gesundheitlichen Zugewinn zu erzielen;*
- *für das Gesundheitswesen bestimmte Mittel gegebenenfalls auch anderen Sektoren sowie privaten und nichtstaatlichen Organisationen zugewiesen werden, um so gemeinsam definierte gesundheitliche Ziele zu erreichen;*
- *sich Kostendämpfungsmaßnahmen nicht in erster Linie auf Patienten und Nutzer von Dienstleistungen, sondern auf Gesundheitsversorgungseinrichtungen und -erbringer auswirken;*
- *Mechanismen zur Überwachung der Wirkung von Finanzierung und Mittelzuweisung auf die angebotenen Gesundheitsleistungen und den Gesundheitszustand der Bevölkerung geschaffen werden.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die Aufwendungen für das Gesundheitswesen, insgesamt und nach Kategorien aufgeschlüsselt (öffentliches Gesundheitswesen, periodische Krankenhauskosten, Kapitalinvestitionen, Arzneimittel usw.)

ZIEL 18 – QUALIFIZIERUNG VON FACHKRÄFTEN FÜR GESUNDHEITLICHE AUFGABEN

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN DAFÜR SORGE TRAGEN, DASS SICH FACHKRÄFTE IM GESUNDHEITSWESEN UND IN ANDEREN SEKTOREN DIE ZUM SCHUTZ UND ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT ERFORDERLICHEN KENNTNISSE, EINSTELLUNGEN UND KOMPETENZEN ANEIGNEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 18.1 Die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften sollte auf den Grundsätzen der GFA basieren und die Fachkräfte darauf vorbereiten, hochwertige Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Heilung und Rehabilitation zu erbringen, und dabei helfen, zwischen klinischer Praxis und praktischer Public-Health-Arbeit eine Brücke zu schlagen.
- 18.2 Es sollten Planungssysteme geschaffen werden, die gewährleisten, daß die Zahl der ausgebildeten Gesundheitsfachkräften und die Zusammensetzung ihrer Qualifikationen dem gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf im Gesundheitswesen entspricht.
- 18.3 Alle Mitgliedstaaten sollten genügend Ausbildungskapazität für gesundheitswissenschaftliche Diplomstudiengänge haben, deren Absolventen imstande sein müssen, im Public-Health-Bereich Führungs- und Managementaufgaben zu übernehmen und in der Praxis zu arbeiten.
- 18.4 Auch bei der Ausbildung von Fachkräften in anderen Sektoren sollten die Grundprinzipien der GFA vermittelt werden, vor allem aber auch das Wissen darüber, wie sie durch ihre Arbeit die Determinanten von Gesundheit beeinflussen können.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *bei allen Ausbildungsmaßnahmen für Gesundheitsfachkräfte die für die Gesundheitsversorgungspraxis erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen vermittelt werden, einschließlich einer hohen Qualität der gesundheitswissenschaftlichen Praxis und unter Berücksichtigung der für die Umsetzung der GFA-Ziele wichtigen wirtschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Aspekte;*
- *an allen Bildungseinrichtungen und Hochschulen, an denen Ärzte, Pflegefachkräfte und sonstige Gesundheitsfachkräfte ausgebildet werden, Ausbildungsgänge eingerichtet werden, bei denen der Schwerpunkt auf der hausärztlichen Versorgung liegt;*
- *im Bereich der öffentlichen Gesundheit tätige Fachkräfte in ihrer Ausbildung auf ihre Rolle als Wegbereiter, Mittler und Interessenvertreter für gesundheitliche Belange in allen Sektoren und auf die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Partnern in der Gesellschaft vorbereitet werden;*

- *in anderen Sektoren tätigen Fachkräften in ihrer Ausbildung klar gemacht wird, welche Bedeutung und welchen Nutzen ihre Entscheidungen und Handlungen für die Gesundheit der Bevölkerung haben;*
- *in Bildungseinrichtungen Systeme geschaffen werden, die ein kontinuierliches Feedback von Erfahrungen aus der Praxis gewährleisten und mit moderner Didaktik und Technik arbeiten.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Statistiken über die personellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung, ggf. nach Kategorien aufgeschlüsselt
- Statistiken über die medizinischen Fachkräfte mit Hochschulabschluß

ZIEL 19 – FORSCHUNG UND WISSEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

BIS ZUM JAHR 2005 SOLLTEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN GESUNDHEITSFORSCHUNGS-, INFORMATIONS- UND KOMMUNIKATIONSSYSTEME ZUR VERFÜGUNG STEHEN, DIE DEN ERWERB SOWIE DIE EFFEKTIVE NUTZUNG UND VERBREITUNG VON WISSEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER „GESUNDHEIT FÜR ALLE“ FÖRDERN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 19.1 Die in den einzelnen Mitgliedstaaten verfolgte Forschungspolitik sollte sich an den Prioritäten des jeweiligen langfristigen GFA-Konzepts orientieren.
- 19.2 In allen Ländern sollten Mechanismen vorhanden sein, die eine wissenschaftlich fundierte Bereitstellung und Entwicklung von Gesundheitsdiensten ermöglichen.
- 19.3 Gesundheitsinformationen sollten so aufbereitet werden, daß sie für Politiker, Manager und Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen sowie für die Allgemeinheit nützlich und leicht zugänglich sind.
- 19.4 Alle Länder sollten durch Formulierung einer Kommunikationspolitik und einschlägiger Programme im Gesundheitsbereich das GFA-Konzept unterstützen und den Zugang zu diesbezüglichen Informationen erleichtern.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *die Mitgliedstaaten ihre Gesundheitsforschungsstrategien an den GFA-Zielen ausrichten und dabei ein Gleichgewicht zwischen Grundlagenforschung und angewandter Forschung wahren;*

- *durch Intensivierung der internationalen Zusammenarbeit die Zahl der Mehrländer-Forschungsprogramme zunimmt und der Austausch von Forschungsergebnissen verstärkt wird;*
- *es im öffentlichen Sektor zu einer besseren Kommunikation und stärkeren Kooperation zwischen Wissenschaftsvertretern und Entscheidungsträgern kommt, so daß sich neue Erkenntnisse in der gesundheitlichen Entwicklung niederschlagen;*
- *Datenbanken zu gesundheitlichen und gesundheitsbezogenen Themen eingerichtet und gepflegt werden, um so die Überwachung und Beurteilung von Gesundheitskonzepten und -maßnahmen zu erleichtern, die Rechenschaftspflicht für gesundheitliche Entwicklungen zu stärken, den Austausch von Erkenntnissen auf nationaler und internationaler Ebene zu fördern und das Gesundheitsbewußtsein der Menschen zu schärfen;*
- *die im Medien- und Kommunikationsbereich vorhandenen Ressourcen und Sachkenntnisse voll genutzt werden, um alle Menschen zu informieren, aufzuklären und von der Bedeutung der Gesundheit für den einzelnen und die Allgemeinheit zu überzeugen und ihnen entsprechende Handlungsmöglichkeiten an die Hand zu geben.*

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Die Aufwendungen für Gesundheitsforschung und -entwicklung

ZIEL 20 – MOBILISIERUNG VON PARTNERN FÜR GESUNDHEITLICHE BELANGE

BIS ZUM JAHR 2005 SOLLTEN ZUR UMSETZUNG DER GFA-KONZEPTE ALLIANZEN UND PARTNERSCHAFTEN GEBILDET WERDEN, DIE EINZELNE UND GRUPPEN SOWIE ORGANISATIONEN AUS ALLEN BEREICHEN DES ÖFFENTLICHEN UND DES PRIVATEN SEKTORS UND NICHT ZULETZT DIE ZIVILE GESELLSCHAFT INSGESAMT IN DIE VERFOLGUNG GESUNDHEITLICHER BELANGE MIT EINBINDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 20.1 Der Gesundheitssektor sollte aktiv gesundheitliche Belange fördern und für gesundheitliche Interessen eintreten sowie andere Sektoren dazu ermutigen, sich an sektorübergreifenden Aktivitäten zu beteiligen, gemeinsame Ziele zu verfolgen und die verfügbaren Ressourcen miteinander zu teilen.
- 20.2 Auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene sollten Strukturen und Prozesse geschaffen werden, die eine harmonische Zusammenarbeit aller Akteure und Sektoren bei der gesundheitlichen Entwicklung erleichtern.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- bestehende Partnerschaften zur Förderung gesundheitlicher und sozialer Belange – wie z. B. Stadt-, Schul- und Arbeitsplatz-Verbundprojekte – gestärkt und Möglichkeiten zur Bildung weiterer Partnerschaften untersucht werden;
- von allen Sektoren und Akteuren im Gesundheitsbereich erkannt und berücksichtigt wird, daß Investitionen im Gesundheitssektor von gegenseitigem Nutzen sind;
- Mechanismen geschaffen werden, die eine gemeinsame Entwicklung, Umsetzung und Beurteilung von auf den GFA-Prinzipien basierenden Konzepten und Strategien erleichtern;²⁹
- Gesundheitsfachkräfte für die Beweggründe von Fachkräften in anderen Sektoren Verständnis haben und bereit sind, sich in Verhandlungen auf Konzepte zu einigen, die für beide Seiten von Nutzen sind;
- auf allen Ebenen der Bildung von Allianzen und Partnerschaften für gesundheitliche Belange sowie der Befähigung einzelner zum selbstbestimmten Handeln und der Schaffung von Netzwerken die größte Bedeutung beigemessen wird;
- im Bereich der öffentlichen Gesundheit Beispielhaftes geleistet wird, was auf alle anderen Sektoren motivierend und inspirierend wirkt und es für diese Sektoren leichter macht, sich für gesundheitliche Belange zu engagieren;
- die internationale Solidarität in bezug auf die gesundheitliche Entwicklung mit Hilfe der bestehenden europäischen Strukturen für zwischenstaatliche Kooperation und Aktionen gestärkt wird.

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Keine statistischen Indikatoren; nur qualitative Bewertung

ZIEL 21 – KONZEPTE UND STRATEGIEN ZUR „GESUNDHEIT FÜR ALLE“

BIS ZUM JAHR 2010 SOLLTEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN – UNTERSTÜTZT DURCH GEEIGNETE INSTITUTIONELLE INFRASTRUKTUREN, MANAGEMENTPROZESSE UND INNOVATIVE IDEEN – AUF NATIONALER, REGIONALER UND LOKALER EBENE GFA-KONZEPTE FORMULIERT UND UMGESETZT WERDEN.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

²⁹ Vgl. Ziel 21 Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“

- 21.1 Die auf nationaler Ebene verfolgten GFA-Konzepte sollten motivierend und inspirierend wirken und einen zukunftsgerichteten Rahmen für die Einführung entsprechender Konzepte und Maßnahmen auf regionaler, kommunaler und lokaler Ebene sowie in Schulen, am Arbeitsplatz und zu Hause bilden.
- 21.2 Zur Förderung der gesundheitspolitischen Entwicklung auf nationaler und nachgeordneten Ebenen sollten Strukturen und Prozesse geschaffen werden, im Rahmen derer eine Vielzahl unterschiedlicher Schlüsselpartner aus dem öffentlichen wie aus dem privaten Sektor Aufgaben im Bereich der Formulierung, Umsetzung, Überwachung und Beurteilung von Konzepten übernehmen sollten.
- 21.3 Auf der Grundlage der GFA-Prinzipien sollten kurz-, mittel- und langfristige Ziele, Indikatoren und Prioritäten sowie die zur Umsetzung erforderlichen Strategien formuliert und die erreichten Fortschritte regelmäßig kontrolliert und evaluiert werden.

Dieses Ziel läßt sich erreichen, wenn:

- *die GFA-Konzepte auf allen Ebenen von den jeweils höchsten politischen Gremien gebilligt werden;*
- *Infrastrukturen und Funktionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit gestärkt und gemäß den Bedürfnissen in diesem Bereich und den auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene geltenden GFA-Wertprinzipien entsprechend modernisiert werden;*
- *der Gesundheitszustand und diesbezügliche Trends³⁰ regelmäßig bewertet, der gesundheitliche Entwicklungsprozeß überwacht und die Auswirkungen von Gesundheitskonzepten auf die Resultate, sowie die Bestimmungsfaktoren für die Gesundheit und die Zufriedenheit der Öffentlichkeit evaluiert werden;*
- *in den einzelnen Ländern auf der Grundlage von der WHO entwickelter Verfahren in regelmäßigen Abständen Bevölkerungserhebungen durchgeführt werden;*
- *in allen Ländern ein einheitliches und vergleichbares Datenerfassungssystem für die Überwachung der auf dem Weg zur Umsetzung der GFA-Ziele erreichten Fortschritte geschaffen wird, und wenn mehr Anstrengungen zur Straffung der Datensammlung und zur Nutzung einer einheitlicheren Auswahl von Indikatoren gemacht werden, um sicherzustellen, daß die Gesundheitsinformations- und -kommunikationssysteme international koordiniert und harmonisiert werden können;*
- *durch die vollständige Mobilisierung von Partnern Konzepte und Strategien formuliert werden.³¹*

³⁰ Vor allem in bezug auf Ziel 1 bis 9.

³¹ Vgl. Ziel 21 „Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Aufgaben“.

Vorgeschlagene Bereiche für die Formulierung von Indikatoren

- Keine statistischen Indikatoren; nur qualitative Bewertung

Anhang 3

Terminplan: Die wichtigsten Vorhaben 1998–2005

Wichtige Daten in bezug auf Monitoring, Evaluierung und Umsetzung des GFA-Rahmenkonzepts für die Europäische Region der WHO

Das GFA-Konzept bietet einen visionären Rahmen zur Gesundheitsverbesserung in Europa. Dieser Terminplan ergänzt die anderweitigen Vorhaben auf nationaler und lokaler Ebene. Er enthält Vorschläge für eine Reihe von spezifischen Vorhaben in den Ländern und für verschiedene wichtige, vom Regionalbüro auszurichtende Konsultationen oder Konferenzen. Die diesbezüglichen satzungsmäßigen Funktionen des Regionalkomitees werden ebenfalls angeführt.

Es wird darauf hingewiesen, daß ein detaillierterer strategischer Arbeitsplan des Regionalbüros zur Unterstützung der Umsetzung des aktualisierten GFA-Rahmenkonzepts in den zweijährigen regionalen Programmhaushalten für den Zeitraum 2000–2005 ausgewiesen wird.

Mit diesem Terminplan der europäischen Regionalorganisation der WHO wird bezweckt, einen integrierten partnerschaftlichen Ansatz auf lokaler, regionaler, Länder- und europäischer Ebene zu fördern. Das Regionalbüro wird seine internationalen Tätigkeiten durch Etablierung von und Beteiligung an Partnerschaften weiter stärken; hier sind z. B. der organisationsübergreifende Koordinierungsausschuß für Impfungen (IICC), die internationale Task Force zur Prävention und Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten und der Europäische Ausschuß für Umwelt und Gesundheit zu nennen.

	Maßnahmen durch:			
GESUNDHEIT21 Kapitel	Jahr	Mitgliedstaaten	Regionalkomitee	Regionalbüro
7	1998		Billigung eines neuen GFA-Rahmenkonzepts mit neuen Zielen und diesbezüglicher Terminplan Genehmigung des regionalen strategischen Programmhaushalts 2000–2001	Veröffentlichung und Marketing des GFA-Rahmenkonzepts Seminar für hochrangige Public-Health-Beamte

		Maßnahmen durch:		
GESUNDHEIT21 Kapitel	Jahr	Mitgliedstaaten	Regionalkomitee	Regionalbüro
5	1998	Umsetzung des Europäischen Alkohol-Aktionsplans (1995–1999) und des Aktionsplans für ein tabakfreies Europa (1997–2001)	Errichtung eines europäischen Ausschusses für ein tabakfreies Europa	Umsetzung
7	1999	Die GFA-Politik: Übersetzung in einzelne Landessprachen	Billigung des Europäischen Alkohol-Aktionsplans – zweite Phase (2000–2004) Billigung neuer GFA-Indikatoren	Konsultation mit verschiedenen Akteuren und Sektoren, um fachspezifische und/oder sektorspezifische GFA-Grundsatzdokumente zu erarbeiten und zu verbreiten Seminar für hochrangige Public-Health-Beamte Tagung des Europäischen Netzwerks für Gesundheitskommunikation und Start der Rundfunkserie GESUNDHEIT21
5				Dritte Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit Initiierung des Netzwerks „Gesunde Unternehmen“
4	1999	Beteiligung an der ME-CACAR-Plus-Kampagne zur Eradikation der Poliomyelitis (1998–2000)		
7	2000	Marketing von relevanten GFA-Grundsatzprinzipien GFA-Fortschrittmessung Seminare zur Ermittlung einer gemeinsamen Agenda in bezug auf sektorübergreifende Aktionen für Gesundheit	Genehmigung des regionalen strategischen Programmhaushalts 2002–2003	Konsultation über künftige Trends in Europa Forum bzw. wichtige Konsultation mit anderen Sektoren im Rahmen der jährlichen Überprüfungen der Politik verschiedener Sektoren Netzwerke nichtstaatlicher Organisationen (NGOs) Seminar für hochrangige Public-Health-Beamte
6	2000			Konferenz über ein vorrangiges Thema

	Maßnahmen durch:			
GESUNDHEIT21 Kapitel	Jahr	Mitgliedstaaten	Regionalkomitee	Regionalbüro
5	2000	Beteiligung an Aktivitäten des Europäischen Komitees zur Entwicklung in der Gesundheitsförderung	Genehmigung des strategischen Plans für einen „Aktionsplan Lebensweisen“	Entwicklung von europäischen Aktionsplänen zur Ernährung und Lebensmittelsicherheit
3, 4	2000	Konferenz: Eradikation der Poliomyelitis Konferenz: Ein gesunder Lebensanfang		
7	2001		Prüfung der Ergebnisse der GFA-Fortschrittsmessung	Seminar für hochrangige Public-Health-Beamte Gemeinsame Workshops mit wichtigen Organisationen zur grundsätzlichen Orientierung
5	2001			Konferenz über ein vorrangiges Thema
7	2002		Genehmigung des regionalen strategischen Programmhaushalts 2004–2005	Konsultation über künftige Trends Seminar für hochrangige Public-Health-Beamte
5	2002		Billigung des Aktionsplans für ein tabakfreies Europa – vierte Phase (2003–2007)	
4	2002			Konferenz über ein vorrangiges Thema
7	2003	Evaluierung der Fortschritte auf dem Weg zur GFA		Europäischer Beratungsausschuß für Gesundheitsforschung und Regionaler Beirat für Gesundheitsentwicklung: Beratung über die nächste Aktualisierung des GFA-Rahmenkonzepts Seminar für hochrangige Public-Health-Beamte
3	2003			Konferenz über ein vorrangiges Thema
7	2004		Prüfung der Resultate der Evaluierung der Fortschritte auf dem Weg zur GFA Billigung des regionalen strategischen Programmhaushalts 2006–2007	Konsultation über die künftigen Trends Seminar für hochrangige Public-Health-Beamte

	Maßnahmen durch:			
GESUNDHEIT21 Kapitel	Jahr	Mitgliedstaaten	Regionalkomitee	Regionalbüro
5	2004	Umsetzung von lokalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit	Billigung des Europäischen Alkohol-Aktionsplans – dritte Phase (2005–2009)	Vierte Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit
7	2005		Billigung des aktualisierten regionalen GFA-Rahmenkonzepts	Veröffentlichung und Marketing des GFA-Rahmenkonzepts Seminar für hochrangige Public-Health-Beamte
4	2005			Konferenz über ein vorrangiges Thema

Anhang 4

Verzeichnis der im Englischen benutzten Abkürzungen und deutsches Äquivalent

AIDS	Erworbenes Immundefektsyndrom (Aids)
BFHI	Baby-Friendly Hospital Initiative (Initiative Babyfreundliches Krankenhaus)
BSE	Bovine spongiforme Enzephalopathie (Rinderseuche BSE)
CAP	Common agricultural policy (allgemeine Landwirtschaftspolitik)
CCEE	englisches Kürzel für: Mittel- und osteuropäische Länder (deutsche Abkürzung: MOE-Länder)
CHD	Koronare Herzkrankheit (KHK)
CINDI	Landesweit integrierte Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten
CIS	englisches Kürzel für: Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS)
CNS	englisches Kürzel für: Zentralnervensystem (ZNS)
DALY	Disability-adjusted life year („behinderungsbereinigte Lebensjahre“)
DFLY	Disability-free life year („behinderungsfreie Lebensjahre“)
DMFT	Decayed, missing or filled teeth (kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne: DMF-Zähne)
DNA	Desoxycholsäure (DNS)
DOTS	DOTS-Behandlungsstrategie (kurzfristig direkt überwachte Therapie)
DTP	Diphtherie-Tetanus-Pertussis
EBRD	Europäische Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (EBWE)
EC	Europäische Kommission
ECU	Europäische Währungseinheit ECU
EEA	Europäische Umweltagentur (EUA)
EEHC	Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit
EME	Established market economy (etablierte Marktwirtschaft)
EU	Europäische Union
EUROHIS	Europäischer Gesundheitssurvey (EUROHIS-Projekt)
FAO	Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen
FSE	Former socialist economy (ehemaliges sozialistisches Wirtschaftssystem)
GDP	englisches Kürzel für: Bruttoinlandsprodukt (BIP)
GNP	englisches Kürzel für: Bruttonationalprodukt (BNP)
GP	englisches Kürzel für: Allgemeinmediziner/Hausarzt

HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Point (Stufenkontrollkonzept zur Lebensmittelüberwachung)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HFA	englisches Kürzel für: GFA („Gesundheit für alle“)
HIV	Hi-Virus
IAEA	Internationale Atomenergie-Organisation (IAEO)
IARC	Internationales Krebsforschungszentrum
IDD	Iodine deficiency disease (Jodmangelkrankheit)
IFRC	Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften
IICC	Organisationsübergreifender Ausschuß zur Koordinierung von Impfungen
MMR	Masern-Mumps-Röteln
NEHAP	Nationaler Aktionsplan für Umwelt und Gesundheit
NGO	Nichtstaatliche Organisation (NGO)
NIS	englisches Kürzel für: Nachfolgestaaten der Sowjetunion
NMA	National medical association (Nationaler Ärzteverband)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ORS	Orale Rehydrations-salze
PCF	Polnischer Verbraucherverband
PCTA	Perkutane transluminale koronare Angioplastie
PHC	Primary health care (Primäre Gesundheitsversorgung)
QALY	Quality-adjusted life year („qualitätsbereinigte Lebensjahre“)
REMPAN	REMPAN-Netzwerk
SCRC	Ständiger Ausschuß des Regionalkomitees
SIDA	Schwedische Internationale Entwicklungsbehörde
STD	Sexually transmitted disease (sexuell übertragbare Krankheit)
TB	Tuberkulose
UN/ECE	UN-Wirtschaftskommission für Europa
UNAIDS	Gemeinsames HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen
UNHCR	Hoher Kommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
USAID	United States Agency for International Development
WFP	Welternährungsprogramm
WHA	Weltgesundheitsversammlung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WTO	Welthandelsorganisation

Englisch-deutsches Begriffsglossar

Accountability – je nach Kontext: **Rechenschaftspflicht, Rechenschaftslegung, rechenschaftspflichtige Verantwortung** – Das Ergebnis des Prozesses, durch den sichergestellt wird, daß Entscheidungsträger auf allen Ebenen ihren Verpflichtungen auch tatsächlich nachkommen und für ihr Handeln zur Verantwortung gezogen werden. Der Prozeß, durch den explizite Vorgaben und Ziele für Gesundheit festgesetzt werden und zugleich festgelegt wird, wie die in dieser Hinsicht gemachten Fortschritte laufend verfolgt werden können, erleichtert den Versuch, durch Offenlegung oder „Transparenz“ eine bessere Rechenschaftslegung zu erreichen. (2)

Appropriate health technology – **Bedarfsgerechte Gesundheitstechnologie, bedarfsgerechte Medizintechnik** – Methoden, Verfahren, Techniken und Geräte im Gesundheitsbereich, die wissenschaftlich valide und den örtlichen Bedürfnissen angepaßt sind. Sie müssen für alle, die damit arbeiten, und für alle, für die sie gedacht sind, akzeptabel sein und mit den Ressourcen, die die Gemeinschaft oder das Land aufbringen kann, erhalten und genutzt werden können. (1)

Benchmarking – Leistungsvergleich durch den Vergleich verschiedener Leistungsaspekte mit dem Ziel, die besten Methoden oder Leistungsziele zu übernehmen. (2)

CINDI – Integriertes WHO-Länderprogramm zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI). Das 1982 geschaffene Programm verfolgt das übergeordnete Ziel, durch die Verringerung von Frühsterblichkeit, Krankheit und Behinderung die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung zu verbessern. Das Programm soll den CINDI-Verbundländern einen Rahmen zur Prävention und Bekämpfung von Risikofaktoren, die bei einer Reihe von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten anzutreffen sind (z. B. Rauchen, Bluthochdruck, anormale Blutfettwerte und überhöhter Alkoholkonsum), an die Hand geben. Außerdem soll er es den Ländern ermöglichen, die sozial- und umweltbedingten Determinanten von Risikofaktoren anzugehen. (2)

Community action for health – **Gesundheitliches Handeln in der Gemeinschaft** – Der Begriff des gesundheitlichen Handelns in der Gemeinschaft bezieht sich auf die Gesamtheit der von Gemeinschaften unternommenen Bemühungen, die sich darauf richten, die Determinanten von Gesundheit besser in den Griff zu bekommen und damit die Gesundheit der Menschen zu verbessern. (4)

Community participation – Bürgerbeteiligung, Einbeziehung, Mitsprache, Teilhabe, partizipatorische Beteiligung der Bürger – Die aktive Einbeziehung der Menschen, die in irgendeiner Form der gesellschaftlichen Organisation leben, in die kohärente Planung, Durchführung und Überwachung der primären Gesundheitsversorgung, und zwar unter Ausnutzung örtlicher, nationaler und anderer Ressourcen. (1)

Comprehensive health system – Umfassendes Gesundheitssystem – Ein Gesundheitssystem, das alle zur Befriedigung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung notwendigen Elemente umfaßt. (1)

Control of disease – Bekämpfung von Krankheiten, Krankheitsbekämpfung – Die Verringerung der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten sowie der krankheitsbedingten Morbidität und Mortalität durch gezielte Bemühungen; dabei ist eine bestimmte Krankheit für die Gesundheit der Bevölkerung vielleicht nicht mehr entscheidend, die Interventionsmaßnahmen müssen jedoch weitergeführt werden, um die Verringerung beibehalten zu können. (8)

Determinants of health – Determinanten für/von Gesundheit, Bestimmungsfaktoren für Gesundheit – Die Bandbreite der persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Bevölkerungen bestimmen. Gesundheit wird durch multiple und interagierende Faktoren beeinflusst. Gesundheitsförderung befaßt sich deshalb grundlegend damit, aktiv die ganze Bandbreite der potentiell modifizierbaren Determinanten von Gesundheit anzugehen und für eine Veränderung dieser Faktoren einzutreten. Dabei geht es nicht nur um die das Handeln des einzelnen Menschen bestimmenden Faktoren, wie Gesundheitsverhalten und Lebensweisen, sondern auch um Faktoren wie Einkommen und Sozialstatus, Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, den Zugang zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen und um die natürliche Umwelt. Zusammen schaffen diese Faktoren unterschiedliche Lebensverhältnisse, die sich auf die Gesundheit der Menschen auswirken. Die Durchsetzung von Veränderungen in diesen Lebensweisen und Lebensverhältnissen, die den Gesundheitszustand bestimmen, gilt als gesundheitliches Zwischenresultat. (4)

Disability – Behinderung – Im Kontext der von Menschen gemachten gesundheitlichen Erfahrungen... (als Folge einer Schädigung) jede Einschränkung oder jeder Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten in der Art und Weise oder in dem Umfang auszuführen, die für einen Menschen als normal gelten. (1)

Disease prevention – Prävention, Krankheitsprävention, Krankheitsverhütung – Maßnahmen, die wie Impfung, Vektorkontrolle oder Antiraucherkampagnen, nicht nur das Auftreten von Krankheiten, sondern auch ihr Fortschreiten verhindern und, wenn sie erst einmal aufgetreten sind, ihre Konsequenzen reduzieren. (1)

Environmental health – Umwelthygiene, Umweltmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz – Die Aspekte von Gesundheit und Krankheit des Menschen, die durch Faktoren der Umwelt bestimmt werden. – Der englische Begriff bezieht sich auch auf die Theorie und Praxis der Beurteilung und Steuerung von Umweltfaktoren, die sich schädlich auf die Gesundheit auswirken können. Unter den Begriff fallen sowohl die direkten pathologischen Auswirkungen von Chemikalien, von Strahlung und gewissen biologischen Organismen als auch die (oft indirekten) Auswirkungen physischer, psychologischer, sozialer und ästhetischer Faktoren wie Wohnunterkunft, Stadtentwicklung, Raumplanung und Verkehr auf Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen. (1)

Equity – Chancengleichheit – Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, daß idealerweise jeder Mensch eine faire Chance haben sollte, sein volles gesundheitliches Potential auszuschöpfen, und, pragmatischer gesprochen, daß niemand durch Benachteiligung daran gehindert werden sollte, diesen Zustand zu erreichen, wenn sich das vermeiden läßt. Der Begriff *Chancenungleichheit (fehlende Chancengleichheit)* bezieht sich auf Unterschiede im Gesundheitszustand, die nicht allein unnötig und vermeidbar, sondern darüber hinaus auch unfair und ungerecht sind. (1)

Elimination of disease – Eliminierung von Krankheiten – Durch gezielte Bemühungen die Verringerung der Inzidenz einer näher bezeichneten Krankheit in einem genau angegebenen geographischen Gebiet bis auf Null (in „GESUNDHEIT21“ ist das die Europäische Region der WHO); fortgesetzte Interventionsmaßnahmen sind erforderlich. (8)

Eradication – Eradikation – Eradizierung – Durch gezielte Bemühungen die dauerhafte Verringerung der weltweiten, durch einen spezifischen Erreger verursachten Inzidenz von Infektionen; Interventionsmaßnahmen werden nicht mehr gebraucht. (8)

Gatekeeper function – Torhüterfunktion, „Gatekeeper“-Funktion – Die akzeptierte Rolle einer bestimmten Berufsgruppe oder Organisationseinheit (z. B. auf der Ebene der Primärversorgung), über die der Zugang zu anderen, oft teuren oder knappen Versorgungsressourcen erfolgt. (2)

Gender sensitivity – Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede – Die Aufnahme einer geschlechtsspezifischen Perspektive in gesundheitspolitische Konzepte und Strategien. Eine geschlechtsspezifische Perspektive führt zum besseren Verständnis der die Gesundheit von Frauen und Männern beeinflussenden Fakten. Sie betrifft nicht nur die biologischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern oder die reproduktive Funktion der Frauen, sondern erkennt an, daß sich die durch soziale, kulturelle und verhaltensbedingte Faktoren bestimmten Beziehungen, Rollen und Aufgaben von Männern und Frauen insbesondere auf die Gesundheit des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft auswirken. (7)

Goal – Endziel, Gesamtziel, übergeordnetes Ziel – Ein allgemeines anzustrebendes Ziel. Im Gesundheitssektor hat die WHO das Gesamtziel der Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 definiert, das besagt, daß „alle Menschen in allen Ländern als Minimum mindestens einen Gesundheitszustand

aufweisen sollten, der es ihnen ermöglicht, produktiv zu arbeiten und sich aktiv am gesellschaftlichen Leben des Landes, in dem sie leben, zu beteiligen“. (3)

Governance – Ordnungspolitik, ordnungspolitische Steuerungsmechanismen – Das System, durch das eine Gesellschaft die Angelegenheiten unterschiedlicher Sektoren und Partner regelt, um ihre übergeordneten Ziele zu erreichen. (7) Der schwer zu übersetzende Begriff wird im Deutschen mittlerweile auch als „governance“ gebraucht.

Health – Gesundheit – 1. Ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. 2. Die Verringerung der auf erkennbare Krankheiten oder Störungen zurückzuführenden Mortalität, Morbidität und Behinderung und die Verbesserung des subjektiv empfundenen Gesundheitszustands. Die erste in der WHO-Satzung verankerte Definition drückt ein Ideal aus, das das Ziel aller gesundheitlichen Entwicklungstätigkeiten sein sollte (d. h. Gesundheit als ein Grundrecht des Menschen und als ein weltweites soziales Ziel). Es eignet sich allerdings nicht als objektive Meßgröße, weshalb man eine enger gefaßte Arbeitsdefinition braucht. Für diesen Zweck benutzt man normalerweise die zweite Definition (z. B. in der Gesundheitsstatistik). (2)

Health competence – gesundheitliche Kompetenz – Die individuelle Fähigkeit zur Beeinflussung der die Gesundheit bestimmenden Faktoren. (1)

Health development – gesundheitliche Entwicklung – Der Prozeß der kontinuierlichen, fortschreitenden Verbesserung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung. (3)

Health education – Gesundheitserziehung – Bewußt geschaffene Lernmöglichkeiten, die Verhaltensänderungen erleichtern sollen. (1)

Health expectancy – Gesundheitserwartung – Die Gesundheitserwartung ist ein bevölkerungsbezogenes Maß des Anteils der zu erwartenden Lebensspanne, der nach herrschenden gesellschaftlichen Normen und Auffassungen und gemäß wissenschaftlichen Standards voraussichtlich als gesund und erfüllt oder frei von Krankheit und Behinderung verbracht werden kann. Beispiele der zur Zeit benutzten Indikatoren für die Gesundheitserwartung sind die behinderungsfreien Lebensjahre (disability-free life years = DFLY) und die qualitätsbereinigten Lebensjahre (quality-adjusted life years = QALY). Bei diesen Indikatoren liegt das Schwergewicht in erster Linie darauf, in welchem Umfang die einzelnen Menschen eine von Behinderungen, Störungen und/oder chronischen Krankheiten freie Lebensspanne verbringen. (4)

Health for all (HFA) – „Gesundheit für alle“ (GFA) – Alle Menschen in allen Ländern sollten als Minimum mindestens einen Gesundheitszustand aufweisen, der es ihnen ermöglicht, produktiv zu arbeiten und sich aktiv am gesellschaftlichen Leben der Gemeinschaft, in der sie leben, zu beteiligen (siehe auch Health – Gesundheit) (1)

Health for all (HFA) policy – Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (GFA-Rahmenkonzept) – Ein sich auf die Wertprinzipien/Werte der „Gesundheit für alle“ gründender vereinbarter Rahmen für die gesundheitspolitische Entwicklung. (1)

Health for all (HFA) target – Ziel zur „Gesundheit für alle“ (GFA-Ziel) – Ein europäisches (oder einzelstaatliches) GFA-Ziel bezeichnet ein gemäß dem vereinbarten europäischen (oder einem einzelstaatlichen) GFA-Konzept anzustrebendes Endziel. Es setzt den politischen Willen voraus, die Ressourcen eines Landes für die Verwirklichung dieses Endziels einzusetzen. (1)

Health for all (HFA) value – Wertprinzip der „Gesundheit für alle“, GFA-Wertprinzip – Gesundheit als Menschenrecht, gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität, Teilhabe und Rechenschaftspflicht. (1)

Health gain – Zugewinn an Gesundheit, Mehr an Gesundheit, Gesundheitsgewinn – Die gemessene Verbesserung des Gesundheitszustands eines einzelnen Menschen oder einer Bevölkerung, einschließlich Lebensdauer und -qualität. (3)

Health impact assessment – Gesundheitsverträglichkeitsprüfung – Die Einschätzung der direkten und indirekten Gesamtwirkungen eines Konzepts, eines Programms, einer Leistung oder Institution auf den Gesundheitszustand und die gesundheitliche und sozioökonomische Gesamtentwicklung. (6)

Health policy – Gesundheitspolitik – Beschlüsse oder Verpflichtungen zur Verfolgung eines Kurses, der darauf abzielt, für die Verbesserung der Gesundheit festgelegte End- und Zwischenziele zu verwirklichen. (3)

Health potential – gesundheitliches Potential – Die bestmögliche Gesundheit, die der einzelne Mensch erreichen kann. Das gesundheitliche Potential bestimmt sich durch die Fürsorge für die eigene und die Gesundheit anderer Menschen, durch die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und sein Leben eigenverantwortlich zu führen, und dadurch, daß man zu gewährleisten sucht, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen schafft, die allen ihren Mitgliedern ein gesundes Leben ermöglichen. (1)

Health promotion – Gesundheitsförderung – Der Prozeß, durch den der einzelne Mensch und die Gemeinschaft dazu befähigt werden, die Determinanten von Gesundheit besser zu steuern und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Ein dynamisches Konzept, das die Förderung von Lebensweisen und anderen sozialen, wirtschaftlichen, umweltbezogenen und persönlichen Faktoren umfaßt, die alle gesundheitszuträglich sind. (1)

Health-promoting hospital – Gesundheitsförderndes Krankenhaus – Ein gesundheitsförderndes Krankenhaus leistet nicht nur eine qualitativ hochwertige umfassende medizinische und pflegerische Versorgung, sondern schafft auch eine die Ziele der Gesundheitsförderung verinnerlichende

organisatorische Identität, baut eine gesundheitsförderliche Organisationsstruktur und -kultur auf, wozu auch die aktive, partizipatorische Rolle von Patienten und allen Mitarbeitern gehört, entwickelt sich zu einem gesundheitsförderlichen natürlichen Umfeld und arbeitet aktiv mit der Bevölkerung seines Einzugsgebiets zusammen. (4)

Health-promoting school – Gesundheitsfördernde Schule – Eine Schule, die danach strebt, durch die Schaffung eines für die Förderung von Gesundheit zuträglichen stützenden Umfelds der gesamten Schulbevölkerung gesunde Lebensweisen zu ermöglichen. Sie bietet Möglichkeiten für die Bereitstellung eines sicheren und die Gesundheit verbessernden sozialen und natürlichen Umfelds und setzt voraus, daß man sich für dieses Ziel einsetzt. Sie verbessert laufend ihr Leistungsvermögen als gesundes Setting, in dem es sich leben, lernen und arbeiten läßt. (2,4)

Health sector – Gesundheitssektor – Der Gesundheitssektor besteht aus organisierten öffentlichen und privaten Gesundheitsdiensten (Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Behandlung und Pflege) und umfaßt auch die Politik und die Tätigkeiten von Gesundheitsministerien, gesundheitsbezogenen nichtstaatlichen Organisationen und Bürgergruppen sowie die einschlägigen Berufsverbände. (4)

Health service(s) – je nach Kontext, Gesundheitsdienst(e), Gesundheitswesen, gesundheitliche Leistungen – alle Dienste bzw. Leistungen, die zu einer Verbesserung der Gesundheit oder zur Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation kranker Menschen beitragen können. Der Begriff beschränkt sich nicht notwendigerweise auf ärztliche Leistungen oder die Dienste der Gesundheitsversorgung. Er bezeichnet auch ein formal strukturiertes System etablierter Einrichtungen und Organisationen, die das Mehrzweckziel verfolgen, den verschiedensten gesundheitlichen Bedürfnissen und Ansprüchen der Bevölkerung zu genügen. (3,2)

Health status – gesundheitliche Lage, gemessener Gesundheitszustand – Ein allgemeiner Begriff für den an definierten Standards gemessenen Gesundheitszustand eines einzelnen Menschen, einer Gruppe oder Bevölkerung. Die WHO-Gesundheitsindikatoren liefern international akzeptierte Standards für verschiedene Aspekte der gesundheitlichen Lage. (3)

Healthy company – Gesundes Unternehmen – Zu den Prinzipien eines gesunden Unternehmens zählen: ein sicheres Arbeitsumfeld, gesunde Arbeitstechniken, Programme zur Förderung von Gesundheit und zur Beseitigung psychosozialer Risikofaktoren am Arbeitsplatz, Gesundheitsverträglichkeitsprüfung für vermarktete Produkte und ein Beitrag zur gesundheitlichen und sozialen Entwicklung der Standortgemeinde.

Health system – Gesundheitssystem – Eine formale Struktur für eine definierte Bevölkerung, deren Finanzierung, Steuerung, Arbeitsaufgaben und inhaltliche Gestaltung in Gesetzen und Bestimmungen festgelegt ist. Sie stellt zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragende Dienste, die in einem bestimmten Rahmen geleistet werden, z. B. zu Hause,

in Ausbildungseinrichtungen, am Arbeitsplatz, in öffentlichen Einrichtungen, Gemeinden, Krankenhäusern und Kliniken, und einen Einfluß auf die natürliche und psychosoziale Umwelt haben können. (3)

Healthy city – Gesunde Stadt – Eine Stadt, die ständig eine natürliche Umwelt und ein soziales Milieu schafft und verbessert und die Ressourcen der städtischen Gemeinschaft ausweitet, die es den Menschen ermöglichen, sich bei der Ausübung aller Lebensfunktionen und der Ausschöpfung ihrer Fähigkeiten gegenseitig zu unterstützen. Beim Gesunde-Städte-Projekt handelt es sich um ein langfristiges Entwicklungsprojekt, mit dem versucht wird, Gesundheit auf die Tagesordnung der Entscheidungsträger in den Städten von Europa zu setzen und auf kommunaler Ebene eine starke Lobby für die öffentliche Gesundheit zu schaffen. Der Gesunde-Städte-Verbund ist ein Netz europäischer Städte, die nach neuen Wegen zur Förderung von Gesundheit und zur Verbesserung der Umwelt suchen. (2)

Healthy public policy – Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik – Die ausdrückliche Sorge um Gesundheit und Chancengleichheit in allen Politikbereichen und die rechenschaftspflichtige Verantwortung für die gesundheitlichen Auswirkungen der Politik. Das Hauptziel... ist die Schaffung stützender Lebenswelten, die den Menschen eine gesunde Lebensführung ermöglichen. (1)

Impairment – Schädigung – Im Kontext der von Menschen gemachten gesundheitlichen Erfahrungen... jeder Verlust oder jede Normabweichung in der psychischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion. (1)

Indicators – Indikatoren – Variablen, mit denen man [die Veränderungen der gesundheitlichen Situation] direkt oder indirekt messen und beurteilen kann, inwieweit die Zielvorgaben und Zielvorstellungen eines Programms erreicht bzw. verwirklicht werden. Für die regionalen GFA-Ziele werden sowohl quantitative wie qualitative Indikatoren benutzt. (1)

Intergovernmental organization – zwischenstaatliche Organisation – Eine durch ein internationales Übereinkommen geschaffene Organisation. Beispiele: WHO, Europarat, OECD, andere Sonderorganisationen des Systems der Vereinten Nationen. (2)

Intersectoral action – intersektorales/sektorübergreifendes, auch ressortübergreifendes Handeln, intersektorale/sektorübergreifende, auch ressortübergreifende Maßnahmen – Maßnahmen, bei denen der Gesundheitssektor und andere einschlägige Sektoren zur Erreichung eines gemeinsamen Endziels zusammenarbeiten, wobei die Beiträge der verschiedenen Sektoren eng koordiniert werden. (1)

Investment for health – Investition in Gesundheit – Investition in Gesundheit bezeichnet die Ressourcen, die ausdrücklich der Schaffung von Gesundheit und eines Zugewinns an Gesundheit gewidmet sind. Sie können von öffentlichen Stellen oder privaten Organisationen, aber auch von einzelnen oder Bevölkerungsgruppierungen investiert werden. Strategien für Investitionen in

Gesundheit gründen sich auf das Wissen über die Determinanten von Gesundheit und versuchen, die Politiker verpflichtend für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu gewinnen. (4)

Lifeskills – Lebensfertigkeiten, Lebenstüchtigkeit – Die persönlichen, sozialen, kognitiven und physischen Fertigkeiten, die es den Menschen ermöglichen, ihr Leben zu steuern und auszurichten und ihre Fähigkeit zu entwickeln, mit den Veränderungen in ihrer Umwelt zu leben und selbst Veränderungen zu bewirken. (2)

Multisectoral action – multisektorales Handeln, multisektorale Maßnahmen – Aus praktischen Gründen werden die Begriffe intersektorales/sectorübergreifendes Handeln und multisektorales Handeln synonym benutzt, wobei ersterer vielleicht stärker das Element der Koordination, letzterer eher den Beitrag zahlreicher Sektoren betont. (1)

Nongovernmental organization – nichtstaatliche Organisation, auch Nichtregierungsorganisation – Eine nationale oder internationale organisatorische Einheit wie z. B. eine Bürgerinitiative, ein Verband, eine kirchliche Organisation oder eine Stiftung, die ein unabhängiges und flexibles Gegengewicht zum staatlichen bzw. zum gewinnorientierten Wirtschaftssektor bildet. (2)

Nursing – Pflege – Im weitesten Sinn die Erbringung pflegerischer Betreuung für einzelne Menschen, Familien oder Gemeinden im Zusammenhang mit der Wiederherstellung oder Erhaltung von Gesundheit. Bezeichnet auch das pflegerische Element der strukturierten Gesundheitsversorgung und der vorbeugenden Dienste. Eine solche Versorgung kann von pflegerischen Hilfskräften, vollausgebildeten Pflegefachkräften und Hebammen geleistet werden. (9)

Outcome – Resultat, Ergebnis, auch Outcome – Im Gesundheitsbereich das Resultat oder die Auswirkungen von Grundsatzmaßnahmen oder gesundheitlichen Interventionen, die eine Veränderung der gesundheitlichen Lage oder des Gesundheitsverhaltens bewirken. (2)

Patients' rights – Patientenrechte – Die gesundheitlichen Grundrechte von Patienten in Bezug auf Zugang zu Versorgung und Leistungen, chancengleiche Behandlung und Versorgungsqualität. (2)

„Polluter pays“ principle – Verursacherprinzip – Das in der Gesetzgebung einiger Länder verankerte Prinzip, wonach der Verursacher von Verschmutzung die Kosten der Entschädigung für entstandene Schäden und die Kosten der Beseitigung von Altlasten tragen sollte. (3)

Primary care – Primärversorgung – Die erste Versorgungsebene (im Gegensatz zur spezialisierten Versorgung und Krankenhausversorgung), im allgemeinen im ambulanten Rahmen. (1)

Primary health care – Primäre Gesundheitsversorgung – Die primäre Gesundheitsversorgung ist die zentrale Funktion und der Mittelpunkt des Gesundheitssystems eines Landes, hier hauptsächlich ist das gesundheitliche Leistungsgeschehen verortet. Es handelt sich um die periphere

Ebene eines Gesundheitssystems, die jedoch bis in die Mitte hineinreicht und einen unabdingbaren Bestandteil der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes bildet. (1)

Public health – je nach Kontext, **Public Health, öffentliche Gesundheit, Gesundheitswissenschaften, Bevölkerungsmedizin, öffentlicher Gesundheitsdienst, öffentliches Gesundheitswesen, Gesundheit der Bevölkerung, Volksgesundheit** (aus historischen Gründen nach Möglichkeit zu vermeiden) – Wissenschaft und Praxis der Prävention von Krankheiten, Verlängerung von Leben und Förderung von psychischer und physischer Gesundheit und Effizienz durch strukturierte Maßnahmen des Gemeinwesens. Public Health läßt sich begreifen als die Strukturen und Prozesse, über die durch strukturierte gesellschaftliche Maßnahmen die Gesundheit von Bevölkerungen verstanden, geschützt und gefördert wird. (2, 10)

Public health management – **Public-Health-Management, Management im Gesundheitswesen** – Die Strukturen und Prozesse, über die für gesamtgesellschaftliche gesundheitliche Verbesserungen notwendige Veränderungen definiert und wirksam umgesetzt werden. (10)

Public/private mix – **Mischform aus öffentlicher und privater Beteiligung im Gesundheitswesen** – Die Kombination aus öffentlicher und privater Finanzierung und/oder Erbringung von Leistungen. (2)

Quality of care – **Versorgungsqualität, Qualität der Versorgung** – Der Umfang, in dem die innerhalb eines wirtschaftlichen Rahmens geleistete Versorgung unter Abwägung von Risiken und Nutzen die günstigsten Resultate erzielt. (1)

Quality of life – **Lebensqualität** – Das Gefühl der einzelnen Menschen oder ganzer Bevölkerungsgruppen, daß ihre Bedürfnisse befriedigt werden und ihnen keine Möglichkeiten, Glück und Erfüllung zu finden, vorenthalten werden. (1)

Regions for Health network – **Netzwerk/Projektverbund „Regionen für Gesundheit“** – Ein vom WHO-Regionalbüro für Europa geknüpftes Netz europäischer Regionen, das einen Wandel im Denken über und Handeln für Gesundheit, im Schutz, in der Erhaltung und Förderung von Gesundheit in Regionen erreichen soll. Der Verbund hat sich das Ziel gesetzt, durch die Entwicklung bedarfsgerechter gesundheitspolitischer Konzepte auf regionaler Ebene die von den Nationalregierungen eingegangene Verpflichtung auf die GFA zu unterstützen. (2)

Reorienting health services – **Neuausrichtung des Gesundheitswesens** – Kennzeichnend für die Neuausrichtung des Gesundheitswesens ist in Struktur und Finanzierung des Gesundheitssystems das ausdrücklichere Anliegen, für die Bevölkerung bessere Resultate gesundheitlicher Maßnahmen zu erzielen. Das muß zu einem Haltungswandel und zu Änderungen im strukturellen Aufbau des Gesundheitswesens führen, so daß das Schwergewicht darauf gelegt wird, die Bedürfnisse des einzelnen Menschen in Abwägung der Bedürfnisse ganzer Bevölkerungsgruppen ganzheitlich zu berücksichtigen. (4)

Reproductive health – je nach Kontext, **reproduktive Gesundheit, Reproduktionsmedizin** – Die Reproduktionsmedizin befaßt sich mit den reproduktiven Prozessen und Funktionen und dem reproduktiven System in allen Lebensphasen. Reproduktive Gesundheit bedeutet, daß die Menschen imstande sind, ein verantwortliches, befriedigendes und sicheres Sexualleben zu führen, daß sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung haben und selbst entscheiden können, ob, wann und wie oft sie Kinder haben möchten. Implizit steckt darin auch, daß Frauen und Männer das Recht haben, zu wissen, wie sie ihre Fertilität nach eigener Wahl sicher, effektiv, bezahlbar und akzeptabel regeln können, und daß sie Zugang zu diesen Methoden haben müssen. Außerdem haben sie Anspruch auf Zugang zu bedarfsgerechten Gesundheitsdiensten, die es den Frauen ermöglichen, Schwangerschaft und Geburt sicher durchzuführen, und die den Paaren die beste Chance geben, ein gesundes Kind zu bekommen. (5)

Risk factor – Risikofaktor – Sozialer, wirtschaftlicher oder biologischer Status, Verhaltensweisen oder Umweltaspekte, die mit einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber einer spezifischen Krankheit, mit einer generellen Anfälligkeit gegenüber Krankheiten oder Verletzungen assoziiert sind oder eine solche erhöhte Anfälligkeit verursachen. (4)

Secondary care – spezialisierte Versorgung, Versorgung auf zweiter Ebene – Die spezialisierte Versorgung erfolgt auf der ersten Überweisungsebene, da sie in den meisten Fällen auf der Primärebene nicht angeboten werden kann. Das gilt beispielsweise für Röntgendiagnostik, Routineoperationen, die Betreuung von Frauen mit Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen sowie für die Diagnostik und Behandlung ungewöhnlicher oder schwerer Krankheiten. Diese Form der Versorgung wird von dafür ausgebildeten Fachkräften in Einrichtungen wie z. B. Gebietskrankenhäusern geleistet. (1)

Self-care – Eigenbehandlung, Eigenfürsorge, Selbstbetreuung, Selbstfürsorge, Selbstversorgung – Alle die gesundheitliche Versorgung betreffenden Tätigkeiten, die der einzelne für sich und seine Familie ausführt, d. h. Erhaltung von Gesundheit, Prävention von Krankheit, Eigendiagnostik und Eigenbehandlung. (2)

Setting for health – soziale Systeme (Settings) für gesundheitliches Handeln – Der Ort oder der soziale Kontext, wo sich der Alltag der Menschen abspielt, bei dem umweltbedingte, organisatorische und persönliche Faktoren interaktiv Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen. (4)

Sexual health – Sexualgesundheit, sexuelle Gesundheit, Sexualhygiene – Die Integration der somatischen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Aspekte der sexuellen Befindlichkeit auf positiv bereichernde und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkende Weise. Der Begriff Sexualgesundheit impliziert somit ein positives Konzept der menschlichen Sexualität. Sinn der einschlägigen Gesundheitsversorgung sollte es deshalb sein, nicht nur Zeugung und sexuell übertragbare Krankheiten betreffende Beratung und Fürsorge anzubieten, sondern das Leben der Menschen und die zwischenmenschlichen Beziehungen zu bereichern. (5)

Social capital – gesellschaftliches Kapital – Das gesellschaftliche Kapital zeigt den Grad des gesellschaftlichen Zusammenhalts von Gemeinwesen. Es bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, durch die soziale Netze geknüpft und Normen festgelegt werden sowie soziales Vertrauen aufgebaut wird, und erleichtert die dem gegenseitigen Nutzen dienende Koordination und Zusammenarbeit. (4)

Social marginalization – soziale Ausgrenzung, Marginalisierung – Der Prozeß, durch den bestimmte schwache Gruppen u. U. daran gehindert werden, sich vollgültig am gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Leben einer Gemeinschaft zu beteiligen. Zu sozialer Ausgrenzung kommt es, wenn die notwendige sektorübergreifende Politik und die stützenden Mechanismen fehlen, die ihnen diese vollgültige Teilhabe ermöglichen. (1)

Strategy – Strategie – Eine langfristig überlegte und umfassende Handlungsweise, die den Orientierungsrahmen für individuelle Tätigkeiten und Ereignisse abgibt. (1)

Supportive environments – stützende Umfelder, gesundheitsförderliche Lebenswelten – Gesundheitsförderliche Lebenswelten bieten den Menschen Schutz vor gesundheitlichen Bedrohungen und ermöglichen es ihnen, ihre Fähigkeiten auszuweiten und ihr gesundheitliches Selbstvertrauen zu entwickeln. Im gesundheitlichen Kontext schließt der Begriff sowohl die naturgegebenen wie auch die sozialen Aspekte unserer Lebenswelt ein. Er umfaßt die alltäglichen Lebensumstände der Menschen, ihre Gemeinde, ihr Zuhause, ihren Arbeitsplatz und ihre Freizeittätten. Stützende Umfelder beinhalten auch die Rahmenbedingungen, die über den Zugang zu Lebensressourcen und die Möglichkeiten der Befähigung zum selbstbestimmten Handeln entscheiden. Daher sind Maßnahmen, die der Schaffung stützender Umfelder dienen, mehrdimensional, nämlich auf naturgegebene, soziale, geistige, wirtschaftliche und politische Aspekte ausgerichtet. Jedes dieser Handlungsfelder ist in lebendiger Wechselwirkung unlösbar mit den übrigen verbunden. (4,1)

Sustainable development – je nach Kontext, nachhaltige, tragfähige (und dauerhafte), zukunftsfähige Entwicklung – Eine Entwicklung, die den Bedürfnissen der Gegenwart gerecht wird, ohne die Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung künftiger Generationen zu gefährden. (11)

Tertiary care – Krankenhausversorgung, Tertiärversorgung – Spezialisierte Versorgung, die hochspezialisierte Einrichtungen und hochspezialisierte Gesundheitsfachkräfte voraussetzt, z. B. für die Neurochirurgie oder die Herzchirurgie. (1)

Quellen

- 1) *Ziele zur „Gesundheit für alle“: Die Gesundheitspolitik für Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 4).
- 2) *Terminology for the European Health Policy Conference*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1994.

- 3) Roberts, J.L. *Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reform*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996.
- 4) Nutbeam, D. *Health promotion glossary*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998 (Dokument WHO/HPR/HEP/98.1).
- 5) *Technical definitions and commentary*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1994 (Informationspapier für die Internationale Bevölkerungs- und Entwicklungskonferenz, Kairo, Ägypten, 5.–13. September 1994).
- 6) *Planning and managing WHO's programmes*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997 (Annex III – Glossary of terms on programme management).
- 7) *Health for all in the twenty-first century*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998 (Dokument A51/5).
- 8) Recommendations of the International Task Force for disease Eradication. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, **42**: 1–38 (1993) (Reports and Recommendations RR–16).
- 9) *Glossary of health care reform terminology*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (Arbeitspapier für die WHO-Beratungstagung leitender ministerieller Beamter für das Pflegewesen, Reykjavik, 11.–13. April 1996).
- 10) *Weiterentwicklung der Public Health in der Europäischen Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Dokument EUR/RC48/13).
- 11) Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. *Unsere gemeinsame Zukunft*. Eggenkamp-Verlag. Greven, 1987.

Anhang 6

Literaturhinweise

Informationen über zusätzliche weiterführende Literatur sind beim WHO-Regionalbüro für Europa erhältlich. Bitte übermitteln Sie Ihre Anfrage mit dem Vermerk HEALTH21 per Fax unter der Nummer +45 39 17 18 18, oder per E-Mail an folgende Adresse: postmaster@who.dk.

Kapitel 1

Atlas of mortality in Europe. Subnational patterns 1980/1981 and 1990/1991 Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 75).

Copenhagen Declaration and Programme of Action. World Summit for Social Development 6–12 March 1995. New York, United Nations, 1995.

CORNIA, G.A. *Labour market shocks, psychosocial stress and the transition's mortality crisis, research in progress* United Nations University/World Institute for Development Economics Research, 1996.

Health for all in the 21st century. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998 (Dokument WHA 51/5).

Gesundheit in Europa 1997. Bericht über die dritte Fortschrittsbewertung zur „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region der WHO (1996–1997) Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 83).

The state of health in the European Community. Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 1996.

Der Weltgesundheitsbericht 1998. Leben im 21. Jahrhundert: eine Vision für alle Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report.* Oxford, Oxford University Press, 1997.

WORLD BANK. *World development report 1997. The state in a changing world* New York, Oxford University Press, 1997.

World population prospects 1950–2050 (1996 revision). New York, United Nations, 1996.

Kapitel 2

DIEREN, W. VAN, ED. *Taking nature into account*New York, Springer, 1995.

LEVIN, L.S. ET AL. *Economic change, social welfare and health in Europe*Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1994 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 54).

MACKENBACH, J. ET AL. Socioeconomic inequalities in mortality and morbidity in western Europe. *Lancet*, **349**: 1655–1659 (1997).

MARMOT, M.G. Improvement of social environment to improve health. *Lancet*, **351**: 57–60 (1998).

MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D. ED. *The global burden of disease*Boston MA, Harvard University Press, 1996.

WILKINSON, R. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*London, Routledge, 1996.

Kapitel 3

BARTLEY, M. ET AL. Socioeconomic determinants of health: health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal* **314**: 1194–1196 (1997).

BELLAMY, C., ED. *The state of the world's children 1997*Oxford, Oxford University Press, 1997.

FERRUCCI, L. ET AL. *Pendulum health and quality of life in older Europeans*Florence, Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani, 1995.

Health promotion for old age.London, Eurolink Age, 1998.

*Health, economics and development: a people centered approach*Fort Worth, World Federation of Public Health Associations, 1996.

*Investing in women's health: central and eastern Europe*Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1995 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 55).

KING, A. ET AL. *The health of youth: a cross-national survey*Copenhagen, Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 69).

*Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, im Druck (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 81).

*Physical activity and health. A report of the Surgeon General*Washington DC, US Department of Health and Human Services, 1996.

*Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4–15 September 1995*New York, United Nations, 1995 (Dokument A/CONF.177/20).

Steering Committee on Social Policy – social protection, family policies. Straßburg, Europarat, 1996 (Dokument CDPS CP (96) 3).

Kapitel 4

BEECK, E.F. VAN, ET AL. Medical costs and economic production losses due to injuries in the Netherlands. *Journal of trauma*, **42**(6): 1116–1123 (1997).

CHEN, M. ET AL. *Comparing oral health care systems: a second international collaborative study*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997 (Dokument WHO/ORH/ICSII/97.1).

LABARTHE, D.R. *Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases: a global challenge*. Gaithersburg, Aspen Publishers, 1998.

MANN, J.M. & TARANTOLA, D.J.M. *AIDS in the world (II)*. Oxford, Oxford University Press, 1996.

Protocol and guidelines: countrywide integrated noncommunicable diseases intervention (CINDI) programme. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (Dokument EUR/ICP/CIND 94 02/PB04).

The Victoria Declaration on Heart Health. Declaration of the Advisory Board – International Heart Health Conference – Victoria, Canada, May 28, 1992. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1992.

Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes, 2nd ed. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997 (Dokument WHO/TB/97.220).

WHO Technical Report Series, No. 862, 1996 (*Hypertension control: report of a WHO Expert Committee*).

Worldwide efforts to improve heart health. A follow-up to the Catalonia Declaration – selected program descriptions. Washington DC, US Department of Health and Human Services, 1997.

Kapitel 5

Alkohol – weniger ist besser (Europäischer Aktionsplan Alkohol). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 70).

Assessing the health consequences of major chemical incidents – epidemiological approach. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 79).

BERTOLLINI, R. ET AL. *Environmental epidemiology. Exposure and disease*. Boca Raton, CRC Press, 1996.

Erklärung über Maßnahmen für Umwelt und Gesundheit in Europa. Zweite Europakonferenz Umwelt und Gesundheit, Helsinki, Finnland, 20.–22. Juni 1994 Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1994 (Dokument EUR/ICP/CEH 212).

EDWARDS, G. ET AL. *Alcohol policy and the public good* Oxford, Oxford Medical Publications, 1994.

EUROPÄISCHE UMWELTAGENTUR. *Die Umwelt in Europa: Der Dobbš-Lagebericht* Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 1997.

EUROPÄISCHE UMWELTAGENTUR. *Die Umwelt in Europa: Der 2. Lagebericht.* Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 1998.

EVANS, R.G. ET AL., ED. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations* New York, Aldine De Gruyter, 1994.

Food safety and foodborne diseases. *World health statistics quarterly* **50**:(1/2):1–154 (1997).

Food safety and globalization of trade in food: a challenge to the public health sector Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997 (Dokument WHO/FSF/FOS/97.8).

Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998.

HARKIN, A.M. ET AL. *Smoking, drinking and drug-taking in the European Region* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997.

Health and environment in sustainable development: five years after the Earth Summit. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997 (Dokument WHO/EHG/97.8).

HOLDER, H.D. & EDWARDS, G. ED. *Alcohol and public policy. Evidence and issues.* Oxford, Oxford Medical Publications, 1995.

LEVIN, L. & ZIGLIO, E. Health promotion as an investment strategy. *Health promotion international*, **11**: 33–40 (1996).

MACARTHUR, I. & BONNEFOY, X. *Environmental health services in Europe 2: Policy options* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 77).

PETO, R. ET AL. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000* Oxford, Oxford Medical Publications, 1994.

Tobacco or health: a global status report Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997.

WHO EUROPEAN CENTRE FOR ENVIRONMENT AND HEALTH. *Concern for Europe's tomorrow. Health and the environment in the WHO European Region* Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1995.

Kapitel 6

ABLESON, J. & HUTCHISON, B. *Primary health care delivery models: a review of international literature* Ontario, McMaster University, 1994 (working paper 94-15).

BERGEM, H. ET AL. *1989–1994. Five years with the St Vincent Declaration* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1995.

BOERMA, W.G.W. & FLEMING, D.M. *The role of general practice in primary health care* London, H.M. Stationery Office, 1998.

Continuous quality development: a proposed national policy Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993 (Dokument EUR/ICP/CLR 059).

Drugs for the elderly 2nd ed. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 71).

Gesundheitsreformen in Europa. Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996.

Promotion of the rights of patients in Europe Proceedings of a WHO consultation. The Hague, Kluwer Law International, 1995.

Quality assurance of pharmaceuticals. A compendium of guidelines and related material Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997, Vol. 1.

SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. *European health care reform. Analysis of current strategies (Gesundheitsreformen in Europa. Strategieanalysen)* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 72).

SALTMAN, R.B. ET AL., ED. *Critical challenges for healthcare reform in Europe* Buckingham, Open University Press, 1998.

STARFIELD, B. Primary care and health, a cross-national comparison. *Journal of the American Medical Association*, **266**: 2268–2271 (1991).

TARIMO, E. & WEBSTER, E.G. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997 (Dokument WHO/ARA/CC/97.1).

WEEL, C. VAN. Primary care: political favourite or scientific discipline? *Lancet*, **348**(11): 1431–1432 (1996).

WHO Technical Report Series, No. 867, 1997 (*The use of essential drugs: model list of essential drugs (ninth list) Seventh report of the WHO Expert Committee*).

WHO Technical Report Series, No. 869, 1997 (*Improving the performance of health centres in a strict health system: report of a WHO Study Group*).

Kapitel 7

BLANE, D. ET AL., ED. *Health and social organization. Towards a health policy for the twenty-first century*. London, Routledge, 1996.

GREEN, G. *Health and governance in European cities. A compendium of trends and responsibilities for public health in 46 Member States of the WHO European Region*. London, European Hospital Management Journal Limited, 1998.

HARRINGTON, P. & RITSATAKIS, A., ED. *European Health Policy Conference opportunities for the future. Vol. 2. The policy framework to meet the challenges: intersectoral action for health*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1995 (Dokument EUR/ICP/HFAP 94 01/CN01(II)).

Intersectoral action for health. Addressing environment and health concerns in sustainable development. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997 (Dokument WHO/PPE/PAC/97.1).

KICKBUSCH, I. ET AL., ED. *International handbook on health promotion*. Westport CT, Greenwood Press Inc. (im Druck).

Our global neighbourhood. Report of the Commission on Global Governance. Oxford, Oxford University Press, 1995.

Renewing the United Nations. A programme for reform. General Assembly, 51st session. New York, United Nations, 1997 (document 97-18979 (E)).

The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century (Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert). Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1997 (Dokument WHO/HPR/HEP/41CHP/BR/97.4).