



WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
KOPENHAGEN

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
Einundfünfzigste Tagung, Madrid, 10.–13. September 2001

EUR/RC51/Inf.Doc./2
21. August 2001
10439M
ORIGINAL: ENGLISCH

GESUNDHEITLICHE PERSPEKTIVEN IN LÄNDERN, DIE SICH UM DEN BEITRITT ZUR EUROPÄISCHEN UNION BEWERBEN

In dem vorliegenden Papier werden die Erkenntnisse einer Untersuchung über die Zusammenarbeit des WHO-Regionalbüros für Europa mit den Kandidaten für den Beitritt zur Europäischen Union (EU) zusammengefasst, als Hintergrundinformation für die Podiumsdiskussion während der 51. Tagung des Regionalkomitees.

2001 sind folgende zwölf Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO Kandidaten für die Mitgliedschaft in der EU: Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, die Türkei und Ungarn. Dieses Papier umreißt einige allgemeine Aspekte bezüglich des Beitritts dieser Länder zur EU, gibt ausgewählte Beispiele bezüglich des Gesundheitszustands und der Ressourcen in diesen Ländern, vermittelt einen generellen Überblick über die derzeitige Zusammenarbeit des Regionalbüros mit diesen Ländern und enthält einige Vorschläge zur Gestaltung der künftigen Zusammenarbeit des Regionalbüros mit diesen Ländern.

EINIGE ASPEKTE DES BEITRITTSPROZESSES ZUR EU FÜR BEWERBERLÄNDER¹

1. Die Gründerstaaten der Europäischen Union (EU) sind: Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg und die Niederlande. Die Geschichte der Erweiterung der EU begann mit dem Beitritt Dänemarks, Irlands und des Vereinigten Königreichs im Jahr 1973, gefolgt von Griechenland in 1981, Portugal und Spanien in 1986 sowie Finnland, Österreich und Schweden in 1995. 1998 begann die Europäische Kommission Beitrittsverhandlungen mit sechs Ländern (Estland, Polen, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern). Offizielle Beitrittsverhandlungen mit sechs weiteren Ländern (Bulgarien, Lettland, Litauen, Malta, Rumänien und Slowakei) wurden im Jahr 2000 eingeleitet. Die Türkei gilt als Bewerber um die Mitgliedschaft in der Europäischen Union, doch wurden bisher noch keine offiziellen Beitrittsverhandlungen initiiert.

2. Der Beitrittsprozess erstreckt sich auf alle für den Beitritt zur EU vorgesehenen Bewerberländer. Er basiert auf denselben Kriterien für jedes Land. Er beinhaltet Kooperation und Verhandlungen zwischen jedem Beitrittskandidaten und den Institutionen der Europäischen Union, hauptsächlich der Europäischen Kommission, sowie den EU-Mitgliedstaaten. Die Vorabstrategie ist ein Kernstück des Beitrittsprozesses und beschreibt die generelle Strategie, auf deren Grundlage die Bewerberländer sich selbst auf die EU-Mitgliedschaft vorbereiten können, indem sie ihre Gesetzgebung mit dem Recht der Europäischen Gemeinschaft in Einklang bringen.

3. Die Beitrittsverhandlungen mit den einzelnen Bewerberländern sind auch Teil des Beitrittsprozesses. Sie erfolgen in Form von einer Reihe bilateraler zwischenstaatlicher Konferenzen zwischen jedem Bewerberland und den EU-Mitgliedstaaten. Die Beitrittsverhandlungen konzentrieren sich speziell auf die Bedingungen, zu welchen die Bewerberländer den so genannten „Acquis communautaire“ (gemeinschaftlichen Besitzstand) übernehmen, umsetzen und durchführen. Der Acquis communautaire ist das gemeinsame Fundament aus für alle Mitgliedstaaten verbindlichen Rechten und Pflichten und muss von den Bewerberländern akzeptiert werden bevor sie der EU beitreten. Die Beitrittskandidaten müssen auch belegen, dass sie über die institutionelle Infrastruktur verfügen, um ihre rechtlichen Verpflichtungen durchzuführen.

4. In den vergangenen 40 Jahren ist der Acquis communautaire auf über 80 000 Seiten Rechtstexte, unterteilt in 31 Kapitel, angewachsen. Die Rechtsgrundlagen für die Gesundheitspolitik sind hauptsächlich in den Bestimmungen über den Binnenmarkt enthalten. Diese Bestimmungen betreffen verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems, wie Arzneimittel, Medizingeräte, Lebensmittelsicherheit und Gesundheitsberufe. Die Bestimmungen über Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz sind in dem die Sozialpolitik betreffenden Kapitel des Acquis communautaire enthalten. Die Bestimmungen über Wasser und Luft sind in dem Kapitel über die Umwelt enthalten, weitere Aspekte werden in den Kapiteln über Landwirtschaft, Verkehrspolitik sowie Wissenschaft und Forschung abgehandelt. Die Bestimmungen bezüglich der Gesundheit sind somit über die 31 Kapitel des Acquis communautaire verstreut. Der Gesundheitsstatus per se ist kein Kriterium für den EU-Beitritt.

AUSGEWÄHLTE BEISPIELE BETREFFEND GESUNDHEITZUSTAND UND RESSOURCEN IN EU-BEWERBERLÄNDERN

5. Die meisten Beitrittskandidaten weisen – trotz eines Anstiegs der Lebenserwartung in den letzten Jahren – noch immer ein Niveau der Lebenserwartung aus, das unter dem niedrigsten Wert in EU-Mitgliedstaaten liegt.

¹ Siehe auch Europäische Kommission, Generaldirektion Erweiterung. *EU Enlargement – A Historic Opportunity*. Brüssel, 2000 (<http://europa.eu/int/comm/enlargement>, Zugriff am 17. August 2001).

6. In den meisten beitrittswilligen Ländern ist die Säuglingssterblichkeit höher als in den meisten EU-Ländern. In einigen Fällen ist der Unterschied erheblich: beispielsweise ist die Säuglingssterblichkeit in Rumänien drei mal höher als im EU-Durchschnitt.

7. WHO-Daten zufolge erscheinen auch die durchschnittlichen Mortalitätsraten in Bezug auf ischämische Herzkrankheit, Lungenkrebs und chronische Lebererkrankungen höher als in den EU-Mitgliedstaaten. Die Rate der mit dem Tabakkonsum im Zusammenhang stehenden vorzeitigen Todesfälle bei Männern der mittleren Altersgruppen ist in den beitrittswilligen Ländern doppelt so hoch wie in den EU-Ländern.

8. In einigen Bewerberländern sind die Suizidraten höher als in irgendeinem anderen Teil der Welt. Die standardisierte Sterberate für Selbstmord und Selbstbeschädigung ist in den drei baltischen Staaten und in Ungarn drei mal höher als im EU-Durchschnitt. Inwieweit sich der EU-Beitritt auf den psychischen Gesundheitszustand in den Bewerberländern auswirkt ist ungewiss, doch gibt es beispielsweise Forderungen, die Trends der psychischen Gesundheit der Landbevölkerung zu beobachten, da einige Bevölkerungsteile wegen des Rückgangs der Beschäftigungsmöglichkeiten in der Landwirtschaft ihr Leben u. U. umstellen müssen.

9. In den jüngsten Jahren hat es in einigen Bewerberländern eine beträchtliche Zunahme der Tuberkulose- und Syphilis-Inzidenz im Vergleich zum EU-Durchschnitt gegeben. Die Tuberkulose-Durchimpfungsrate ist in beitrittswilligen Ländern zwar zurückgegangen, doch immer noch besser als die Impferfassungsrate in den EU-Ländern. Wegen der erwarteten stärkeren Migration und Zunahme des Tourismus aufgrund der EU-Osterweiterung wird die Situation bei den Infektionskrankheiten mit Besorgnis gesehen. Das ist einer der Gründe weshalb die Beitrittskandidaten und die EU-Länder gleichermaßen der Überwachung übertragbarer Krankheiten größere Aufmerksamkeit widmen.

10. Der zeitweilige wirtschaftliche Zusammenbruch in den meisten EU-Bewerberländern in den 90er Jahren spiegelt sich in der Tatsache wider, dass das Volkseinkommen dort noch erheblich unter den durchschnittlichen EU-Werten liegt. In den meisten Bewerberländern liegt das Bruttosozialprodukt (BSP) unter dem niedrigsten Wert der EU-Länder. 1998 betrug das niedrigste Pro-Kopf-Einkommen in Bewerberländern (gemessen an der Kaufkraftparität) 5648 US-\$ in Rumänien und 4809 US-\$ in Bulgarien gegenüber 14 095 US-\$ in Griechenland und 15 787 US-\$ in Portugal.

11. Überdies verwenden die Bewerberländer nach wie vor einen geringeren Teil des Volkseinkommens als die EU-Länder für die Gesundheitsversorgung. Der für die Gesundheit aufgewendete Teil des BSP liegt in den meisten Bewerberländern unter dem niedrigsten Wert in EU-Mitgliedstaaten. Es wird befürchtet, dass die Aufwendungen für den Schutz der öffentlichen Gesundheit nicht proportional mit dem Volkseinkommen steigen werden, da – wie argumentiert wird – Gesundheit nicht zu den übergeordneten Prioritäten im Prozess des wirtschaftlichen Umbruchs gehört. Außerdem wird gelegentlich berichtet, dass die Ressourcen hauptsächlich zur Angleichung der Rechtsvorschriften und für den Aufbau von Infrastrukturen eingesetzt werden, um die EU-Beitrittskriterien zu erfüllen. Die Bewerberländer müssen auch hinsichtlich ihrer Haushaltsdefizite bestimmte Grenzen wahren. Andererseits können private Mittel vielleicht nur eine begrenzte Möglichkeit zur Aufstockung der öffentlichen Mittel in beitrittswilligen Ländern mit einem niedrigen Pro-Kopf-Einkommen gegenüber der EU bieten.

12. In einigen Bewerberländern können die generellen Schwierigkeiten, Mittel zur Gesundheitsversorgung zu mobilisieren, das Problem der relativ niedrigen Beträge des für die Gesundheit aufgewendeten Pro-Kopf-Einkommens verschärfen. So hat beispielsweise die Einführung einer einkommensbasierten Krankenversicherung als neue komplementäre oder vorherrschende Finanzierungsform in einigen Bewerberländern in den 90er Jahren dazu geführt, dass das Gesundheitssystem geringere Einkünfte erzielte als ursprünglich erwartet. Diese Entwicklung ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, u. a. auf die steigende Arbeitslosenquote, die Überalterung der Bevölkerung, die zunehmende Liberalisierung des öffentlichen Sektors und das Wachstum des nichtöffentlichen Sektors.

13. Die Höhe der in einzelnen Bereichen des Gesundheitssektors eingesetzten Ressourcen kann durch den Beitritt zur EU beeinträchtigt werden. Obwohl die Preise von pharmazeutischen Produkten nicht unter EU-Recht fallen, können sich beispielsweise in den Bewerberländern die Preise und Zugangsmöglichkeiten ändern: Die Patentschutzbestimmungen der EU erfordern, dass einige Beitrittsländer die Dauer des vorgesehenen Patentschutzes verlängern; dementsprechend erwartet man Auswirkungen auf die Inlandsproduktion von Generika. Außerdem bleiben die aus EU-Ländern importierten Arzneimittel für die Bewerberländer weiterhin teuer, so dass die Patienten u. U. gezwungen sind, ihre Medikamente aus privaten Apotheken zu beziehen – was wiederum ein Problem hinsichtlich der Sicherstellung eines gerechten Zugangs darstellt. Die Erweiterung des Binnenmarktes wirft auch das Problem auf, dass sich die einheimische Pharmaindustrie in den Bewerberländern der zunehmenden Konkurrenz durch multinationale Konzerne stellen muss.

14. Eine andere im Kontext der EU-Erweiterung häufig debattierte gesundheitsbezogene Frage betrifft die in den Bewerberländern für den Gesundheitssektor eingesetzten Humanressourcen. Die Zahl der im Gesundheitswesen fortgebildeten und eingesetzten Ärzte ist in vielen Bewerberländern höher als die entsprechenden Werte in vielen EU-Mitgliedsstaaten. Um die Freizügigkeit von Gesundheitsfachkräften zu ermöglichen, müssen die Beitrittskandidaten die EU-Vorschriften bezüglich der gegenseitigen Anerkennung von Diplomen übernehmen. Das hat Anlass zu Spekulationen über die Möglichkeit eines „Brain-Drain“ in den Bewerberländern gegeben, das heißt, dass qualifizierte Gesundheitsfachkräfte in EU-Länder mit besseren sozioökonomischen Bedingungen und mit besserem finanziellen und sozialen Status abwandern könnten. Diese Debatte über die vermutete Abwanderung von Gesundheitsfachkräften und die entsprechenden Auswirkungen auf die Gesundheitsdienste und letztlich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung in den Bewerberländern bleibt indessen kontrovers.

ZUSAMMENARBEIT DER WHO MIT EU-BEITRITTSKANDIDATEN

15. Die Zusammenarbeit zwischen den EU-Beitrittskandidaten und dem WHO-Regionalbüro für Europa erfolgt auf der Grundlage von gemeinsam ausgehandelten Vereinbarungen zwischen der WHO und den Gesundheitsbehörden der betreffenden Länder. Dazu gehören Tätigkeiten zur Überwachung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten sowie im Bereich Gesundheitsinformation – das sind zwei Bereiche von direkter Relevanz für den EU-Beitritt. Das Regionalbüro kooperiert mit den EU-Beitrittskandidaten bei der Entwicklung von Frühwarnungssystemen und krankheitsspezifischen Netzwerken und es dient als Sekretariat für die Krankheitsüberwachungs-Netzwerke in den mitteleuropäischen Ländern. Diese entsprechen in ihrer Art den Überwachungsnetzen in EU-Ländern; somit erleichtern diese Tätigkeiten den nahtlosen Übergang zur standardisierten Überwachung übertragbarer Krankheiten in der gesamten EU.

16. Auf dem Gebiet der Gesundheitsinformation beinhaltet die Zusammenarbeit mit EU-Beitrittskandidaten offizielle Vereinbarungen mit der Europäischen Kommission. Diese erstrecken sich auf Berichte, die ein Bild von den Public-Health-Problemen in einzelnen Bewerberländern, im Vergleich zu anderen EU-Beitrittskandidaten und EU-Ländern vermitteln. Das Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen ist ein anderes Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und den EU-Beitrittskandidaten, auf der Grundlage eines Gemeinschaftsprojekts des Regionalbüros, der Europäischen Kommission und des Europarats.

17. Andere Bereiche der Zusammenarbeit mit den EU-Beitrittskandidaten sind: Prävention von vorzeitiger Mortalität und Morbidität aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten, einschließlich Förderung der psychischen Gesundheit; Verringerung des Tabak- und Alkoholkonsums und anderer Risikofaktoren wie etwa illegaler Drogenkonsum; Entwicklung von Grundsatzprogrammen betreffend Nahrungsmittel und Ernährung sowie Lebensmittelgesetzgebung; Verbesserung der Gesundheit von Kleinkindern und Förderung des Stillens; Förderung der reproduktiven Gesundheit; sowie Arzneimittelpolitik und Arzneimittelzulassung.

18. Der Grossteil der Zusammenarbeit mit EU-Beitrittskandidaten im Bereich Umwelt und Gesundheit basiert auf der Umsetzung der nationalen Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit. Diese Instrumente zur Verbesserung des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes in den Bewerberländern sind insoweit klar, als sie die rechtlichen, institutionellen und kapazitätsbezogenen Anforderungen für den Beitritt zur EU im Bereich Sicherheit und umweltbezogener Gesundheitsschutz miteinbeziehen.

19. Die Zusammenarbeit konzentriert sich auch auf spezifische Bevölkerungsgruppen, beispielsweise Mütter, Kinder, Jugendliche und Senioren.

20. Eine wichtige Entwicklung für die Zusammenarbeit der WHO mit EU-Beitrittskandidaten ist der neue Briefwechsel zwischen der Weltgesundheitsorganisation und der Kommission der Europäischen Gemeinschaften über die Konsolidierung und Intensivierung der Zusammenarbeit.² Mit prioritären Bereichen für die Zusammenarbeit – beispielsweise Gesundheitsberichterstattung sowie Überwachung übertragbarer Krankheiten und Verbesserung der Reaktionen – erstreckt sich die Vereinbarung auf Bereiche, in denen die Bewerberländer im Verlauf des Beitrittsprozesses ihre Politiken denen der EU anpassen müssen. Außerdem wird zurzeit ein neues „Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001–2006)“ in der Europäischen Gemeinschaft beschlossen.³ Dieses neue Programm soll die jetzigen acht Aktionsprogramme im Bereich der öffentlichen Gesundheit ersetzen. Es konzentriert sich auf drei Aktionsbereiche: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Informationen und Kenntnisse, rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren sowie Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren. Nach seiner Verabschiedung wird dieses Programm auch für die EU-Beitrittskandidaten relevant.

21. Insgesamt gesehen bietet der Prozess der EU-Erweiterung einen differenzierten Kontext für die Zusammenarbeit der WHO mit EU-Beitrittskandidaten im Vergleich zum Zeitpunkt vor deren Bewerbung um EU-Mitgliedschaft. Jetzt arbeiten mehr Organisationen mit EU-Beitrittskandidaten zusammen und die Kooperation erfolgt auf verschiedene Art und Weise. Das gilt nicht nur für EU-Institutionen, sondern auch für andere internationale Organisationen mit Gesundheitsinteressen. In den letzten Jahren hat, abgesehen von bilateralen Tätigkeiten, eine zunehmende Zahl von internationalen Gesundheitskonferenzen, Arbeitsgruppen und Forschungskonsortien damit begonnen, sich mit gesundheitsbezogenen Aspekten im Prozess der EU-Erweiterung zu befassen und dabei einen wachsenden Fundus von Informationen und Wissen angelegt.

VORGESCHLAGENE AUSRICHTUNG DER STRATEGIE DES REGIONALBÜROS FÜR DIE ZUSAMMENARBEIT MIT EU-BEITRITTSKANDIDATEN

22. Die gesundheitsbezogenen Auswirkungen der EU-Erweiterung für die Beitrittskandidaten sind ungewiss und gelegentlich kontrovers. Das ist ein Grund für eine besser koordinierte, systematische Erweiterung des Wissenstands über die Auswirkungen des EU-Beitritts auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitssysteme in den betreffenden Ländern. Es liegen bereits umfangreiche Erfahrungen aus Ländern vor, die der EU zu einem früheren Zeitpunkt beigetreten sind, und diese Erfahrungen können jetzt von den Ländern genutzt werden, die sich gegenwärtig um Aufnahme in die EU bemühen. Das könnte auch von Interesse für die jetzigen EU-Mitgliedstaaten und möglicherweise auch für andere WHO-Mitgliedstaaten in der Europäischen Region sein. Deshalb konzentriert sich eine vorgeschlagene Ausrichtung der Strategie des Regionalbüros auf die Sammlung und das Management von Informationen und Wissen. In der Praxis kann dies die Durchführung von Fallstudien über Auswirkungen des EU-Beitrittsprozesses zu Themen wie beispielsweise Alkoholkonsum, Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen Produkten, Le-

² Weltgesundheitsorganisation/Europäische Kommission. *Briefwechsel zwischen der Weltgesundheitsorganisation und der Kommission der Europäischen Gemeinschaften über die Konsolidierung und Intensivierung der Zusammenarbeit*. Brüssel, 2000 (http://europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/who_letters_de.html, Zugriff 17. August 2001).

³ Kommission der Europäischen Gemeinschaften. *Abgeänderter Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001–2006)*. Brüssel, 2001, KOM(2001)302 endgültig (http://www.europa.eu.int/comm/health/whatsnew/index_en.html, Zugriff 17. August 2001).

bensmittel-Sicherheitsstandards, Freizügigkeit von Fachkräften des Gesundheitswesens und epidemiologische Entwicklungen auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten beinhalten. Diese Tätigkeiten fließen in die Aufgabenbereiche des Regionalbüros zur Beobachtung und Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen ein. Es wird ebenfalls vorgeschlagen, dass Informations- und Wissensmanagement Tätigkeiten zur Verbesserung des Zugangs der Länder zu Informationen über die gesundheitsbezogenen Auswirkungen des Beitritts zur EU umfassen sollte.

23. In Einklang mit der neuen Länderstrategie des Regionalbüros „Die Dienste den neuen Erfordernissen anpassen“,⁴ wird die interne Koordinierung der Programme des Regionalbüros mit dieser Ländergruppe gefördert. Die Unterstützung der WHO für EU-Beitrittskandidaten wird weiterhin auf gemeinsam zwischen der WHO und den Regierungen der betreffenden Länder ausgehandelten Vereinbarungen basieren. Die neuen Verträge – die so genannten „Zweijahres-Kooperationsverträge“ – werden mit jedem EU-Beitrittskandidaten individuell abgeschlossen, doch wird das Regionalbüro besonderes Augenmerk darauf richten, die diesen Ländern gemeinsamen Gesundheitsbedürfnisse und Prioritäten für die Zusammenarbeit zu ermitteln. Das sollte es auch dem Regionalbüro ermöglichen, die organisatorischen Vorkehrungen zur Unterstützung der EU-Beitrittskandidaten in dem bestimmten Zeitpunkt, wenn sie der EU beitreten, zu optimieren. Außerdem wird sich die verstärkte Zusammenarbeit zwischen der WHO und der Europäischen Kommission auf Länder erstrecken, die sich um die EU-Mitgliedschaft bewerben.

⁴ Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. *Die Länderstrategie des WHO Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Erfordernissen anpassen“*. Kopenhagen, 2000 (<http://www.who.dk/RC/RC50/Deutsch/PDF%20eng/doc10.pdf>, Zugriff 17. August 2001).