



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Sechshundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 11.–14. September 2006

Punkt 7 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC56/8
+EUR/RC56/Conf.Doc./3
30. Juni 2006
60785
ORIGINAL: ENGLISCH

Zugewinn an Gesundheit

**Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung
nichtübertragbarer Krankheiten – Abschließender Entwurf**

Durch Investitionen in die Prävention und verbesserte Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) könnten die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Mensch und Gesellschaft erhöht werden. Ganze 86% der Todesfälle und 77% der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO entfallen auf diese breit gefächerte Gruppe von Erkrankungen, die gemeinsame Risikofaktoren, zugrunde liegende Determinanten und Interventionsmöglichkeiten aufweisen. Mit einer gerechteren Verteilung des Nutzens wirksamer Interventionen ließe sich insgesamt die größte Wirkung und ein signifikanter gesundheitlicher und ökonomischer Zugewinn für alle Mitgliedstaaten erzielen.

Wie vom Regionalkomitee in Resolution EUR/RC54/R4 gefordert, enthält das beiliegende Dokument eine umfassende und maßnahmenorientierte Strategie für die Europäische Region gegen nichtübertragbare Krankheiten, die den bestehenden Verpflichtungen und Erfahrungen der Mitgliedstaaten gerecht wird. Die Strategie wird den Mitgliedstaaten zusammen mit einem Resolutionsentwurf zur Prüfung vorgelegt.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Zusammenfassung	1
Einführung	3
Herausforderungen	3
Herausforderungen im Bereich Gesundheit und Chancengleichheit	3
Herausforderungen für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem	5
Möglicher gesundheitlicher Zugewinn	7
Leitprinzipien	10
Strategischer Ansatz	11
Handlungsrahmen	14
Überzeugungsarbeit	15
Wissen	16
Regulierung und Finanzierung	17
Kapazitäten	19
Unterstützung durch das persönliche Umfeld	20
Erbringung von Gesundheitsleistungen	21
Handeln	22
Derzeitige Situation in der Region	22
Voranschreiten	24
Ausblick – Das weitere Vorgehen	26
Literatur	28

Zusammenfassung

Ein Zugewinn an Gesundheit für die Menschen in der Europäischen Region ist ein realistisches Ziel. Durch umfassende Maßnahmen zur Bekämpfung der wichtigsten Ursachen und Erkrankungen kann die Belastung der Region durch vorzeitige Todesfälle, Krankheit und Behinderung signifikant gesenkt werden. Durch Investitionen in die Prävention und verbesserte Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten könnten die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Mensch und Gesellschaft erhöht werden. Angesichts des starken sozialen Gefälles hinsichtlich der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Morbidität und Frühsterblichkeit könnte mit einer gerechteren Verteilung des Nutzens wirksamer Interventionen insgesamt die größte Wirkung und ein signifikanter gesundheitlicher und ökonomischer Zugewinn für alle Mitgliedstaaten erzielt werden.

Mit dem Begriff „**nichtübertragbare Krankheiten**“ wird **eine Gruppe von Erkrankungen** bezeichnet, zu der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, psychische Gesundheitsprobleme, Diabetes mellitus, chronische Atemwegserkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen gehören und **auf die der größte Teil der Krankheitslast in der Region entfällt**. Diese vielfältige Gruppe weist gemeinsame Risikofaktoren, zugrunde liegende Determinanten und Interventionsmöglichkeiten auf.

Die Europäische Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten setzt sich für ein umfassendes und integriertes Konzept zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten ein, das gleichzeitig:

- Programme zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auf Bevölkerungsebene befürwortet,
- stark gefährdete Gruppen und Personen aktiv ins Visier nimmt und
- eine effektive Behandlung und Versorgung für einen möglichst großen Anteil der Bevölkerung gewährleistet und dabei systematisch Konzepte und Maßnahmen zur Verringerung der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich miteinander verbindet.

Die Zielsetzung dieser Strategie besteht darin, vorzeitige Todesfälle zu vermeiden und die durch nichtübertragbare Krankheiten bedingte Krankheitslast signifikant zu senken, die Lebensqualität zu erhöhen und sowohl in den als auch zwischen den Mitgliedstaaten eine ausgeglichene Verteilung der Lebenserwartung zu erreichen. **Die Strategie zielt darauf ab**, integrierte und sektorübergreifende Maßnahmen zur Bekämpfung von Risikofaktoren und ihren zugrunde liegenden Determinanten mit Bemühungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Bezug auf Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen zu verbinden.

Für das Vorgehen bietet sie sechs Schlüsselbotschaften an:

- Lebenslange Prävention ist wirksam und muss als Investition in Gesundheit und Entwicklung angesehen werden.
- Die Gesellschaft sollte gesundheitsförderliche Umfelder schaffen und so der Gesundheit zuträglichere Entscheidungen erleichtern.
- Die gesundheitliche und ärztliche Versorgung sollte leistungsfähig sein und der gegenwärtigen Krankheitslast und den zunehmenden Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung entsprechen.
- Die Menschen sollten in die Lage versetzt werden, etwas für ihre eigene Gesundheit zu tun, wirksam mit den Gesundheitsdiensten zusammenzuarbeiten und zu aktiven Partnern bei der Bewältigung von Krankheiten zu werden.
- Ein allgemeiner Zugang zu Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung ist für die Verwirklichung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich von zentraler Bedeutung.
- Der Staat trägt auf allen Ebenen die Verantwortung für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Konzepte und die Veranlassung von Maßnahmen in allen betroffenen Sektoren.

Die Strategie beinhaltet einen **Handlungsrahmen, der den Ländern** bei der Entwicklung von Gegenmaßnahmen auf der Grundlage bereits bestehender Strategien und Maßnahmen **beihilflich sein soll**. In der Strategie wird nachdrücklich die Bedeutung sektorübergreifender Maßnahmen sowie einer Führungsrolle der Gesundheitsministerien hervorgehoben und es werden in ihr die möglichen Schritte analysiert, in denen ein Land zunächst seine vorhandenen Konzepte überprüft und anschließend verfeinert, um seine Gesundheitspolitik mit dem Ziel einer umfassenden und zusammenhängenden Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu entwickeln bzw. zu stärken. Zwar unterscheiden sich die einzelnen Länder der Region voneinander, insbesondere in Bezug auf die große Vielfalt der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Probleme sowie hinsichtlich der jeweiligen Mittel und Kapazitäten, doch sind alle in der Lage, wirksame Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Die vorliegende Strategie ist für die gesamte Europäische Region von Bedeutung.

Einführung

1. Diese umfassende, maßnahmenorientierte Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten wurde aufgrund einer diesbezüglichen Aufforderung durch die Mitgliedstaaten auf der 54. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im Jahr 2004 ausgearbeitet. Dies geschah mittels eines umfassenden Konsultationsprozesses mit den Ländern sowie mit Experten, nichtstaatlichen Organisationen und anderen Akteuren. Wie in Resolution EUR/RC54/R4 gefordert, ist die Strategie fest im aktualisierten Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (GFA) verankert und berücksichtigt die bestehenden Verpflichtungen der Mitgliedstaaten aus den Ministerkonferenzen der WHO und den einschlägigen Strategien und Resolutionen sowie die Erfahrungen aus dem Integrierten Länderprogramm zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI).

2. Das Dokument gliedert sich in acht Abschnitte und beginnt mit einer Begründung des Handlungsbedarfs angesichts der Probleme in den Ländern der Europäischen Region der WHO sowie einer Darstellung des bestehenden Potenzials für einen gesundheitlichen Zugewinn. Anschließend wird ein strategisches Handlungskonzept mit einer klaren Vision und Zielsetzung und klaren Zielvorgaben sowie mit sechs Leitsätzen vorgeschlagen. Ein strategischer Handlungsrahmen soll den Mitgliedstaaten bei der Stärkung ihrer Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten behilflich sein; er soll auf bereits vorhandenen Strategien und Maßnahmen aufbauen. Weitere Einzelheiten, Darstellungen und Beispiele für Maßnahmen werden in dem Anfang 2007 erscheinenden Bericht über nichtübertragbare Krankheiten in der Europäischen Region der WHO enthalten sein.

Herausforderungen

Herausforderungen im Bereich Gesundheit und Chancengleichheit

3. **Einige wenige Erkrankungen, die gemeinsame Risikofaktoren und zugrunde liegende Determinanten aufweisen, sind für einen großen Teil der Krankheitslast in der Region verantwortlich** (s. Tabelle 1). Diese häufigsten Erkrankungen sowie ihre Risikofaktoren und Determinanten sind für jeden Teil bzw. jedes Land der Region weitgehend gleich und haben in Bezug auf die Krankheitslast die übertragbaren Krankheiten überholt, wobei einige Länder unter einer „Doppelbelastung“ durch übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten leiden. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen hierbei an erster Stelle und verursachen mehr als die Hälfte aller Sterbefälle in der Europäischen Region; Herzerkrankungen oder Schlaganfälle sind in allen 52 Mitgliedstaaten für die meisten Todesfälle verantwortlich. Dort, wo nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten erhoben werden, treten bei den nichtübertragbaren Krankheiten Unterschiede zwischen Männern und Frauen zutage.

Tabelle 1: Durch nichtübertragbare Krankheiten bedingte Krankheitslast und Todesfälle in der Europäischen Region der WHO (Schätzungen für 2005)

Ursachengruppe (ausgewählte wichtigste NCD)	Krankheitslast [DALY in Tausend]	Anteil an allen Ursachen [%]	Sterbefälle [in Tausend]	Anteil an allen Ursachen [%]
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	34 421	23%	5 067	52%
Neuropsychiatrische Erkrankungen	29 370	20%	264	3%
Krebs (bösartige Neubildungen)	17 025	11%	1 855	19%
Erkrankungen des Verdauungssystems	7 117	5%	391	4%
Atemwegserkrankungen	6 835	5%	420	4%
Sinnesorganerkrankungen	6 339	4%	0	0%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	5 745	4%	26	0%
Diabetes mellitus	2 319	2%	153	2%
Mundhöhlenerkrankungen	1 018	1%	0	2%
Alle nichtübertragbaren Krankheiten	115 339	77%	8 210	86%
Alle Ursachen	150 322		9 564	

Quelle: Preventing Chronic Diseases: a vital investment (1).

4. **Fast 60% der in DALY gemessenen Krankheitslast in der Europäischen Region entfallen auf sieben führende Risikofaktoren:** Bluthochdruck (12,8%), Tabak (12,3%), Alkohol (10,1%), hohes Blutcholesterin (8,7%), Übergewicht (7,8%), niedriger Obst- und Gemüsekonsum (4,4%;) und Bewegungsmangel (3,5%). Es sollte auch erkannt werden, dass Diabetes ein wesentlicher Risikofaktor und Auslöser für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) ist. Somit gelten für alle epidemiologischen Untergruppen der Europäischen Region (Eur-A, Eur-B, Eur-C¹) sowie für die meisten Länder der Region dieselben führenden Risikofaktoren, wenn auch ihre Rangfolge jeweils verschieden sein mag (2). In 37 der 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO ist Bluthochdruck der führende Risikofaktor in Bezug auf die Sterblichkeit; in 31 Mitgliedstaaten ist Rauchen der führende Risikofaktor für die Krankheitslast. Alkohol ist der führende Risikofaktor für sowohl Behinderungen als auch Todesfälle bei jungen Menschen in der Region.

5. Diese führenden Risikofaktoren sind vielen der häufigsten Erkrankungen in der Region gemeinsam. So ist beispielsweise jeder der sieben führenden Risikofaktoren mit mindestens zwei der häufigsten Erkrankungen verknüpft und umgekehrt ist jede der häufigsten Erkrankungen mit zwei oder mehr Risikofaktoren verbunden. Darüber hinaus sind insbesondere bei sozial benachteiligten Menschen oft eine Konzentration von Risikofaktoren sowie Wechselwirkungen zwischen diesen zu beobachten, die sich nicht selten multiplizieren.

6. **Manchmal treten Krankheiten auch bei einer Person gehäuft auf, mehrere Begleiterkrankungen verlaufen also gleichzeitig.** Mindestens 35% der Männer über 60 Jahre leiden unter zwei oder mehr chronischen Erkrankungen, und die Zahl der Begleiterkrankungen steigt mit zunehmendem Alter – bei Frauen in noch höherem Maße. Es bestehen starke Wechselbeziehungen zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit, beide weisen gemeinsame Determinanten wie schlechte Wohnbedingungen, mangelhafte Ernährung oder unzureichende Bildung oder gemeinsame Risikofaktoren wie Alkohol auf. So treten etwa Depressionen bei körperlich kranken Menschen häufiger auf als bei gesunden; die Prävalenz schwerer Depressionen beträgt für Krebskranke bis zu 33%, für Bluthochdruckpatienten 29% und für Diabetiker 27%.

7. **Nichtübertragbare Krankheiten haben eine multifaktorielle Ätiologie** und resultieren aus komplexen Wechselwirkungen zwischen Personen und ihrer Umgebung, einschließlich ihrer Möglichkeiten, etwas für die eigene Gesundheit zu tun und ihrer Anfälligkeit gegenüber bestimmten Risiken entgegenzuwirken. Individuelle Merkmale (z. B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, genetische Veranlagung) und gesundheitliche Schutzfaktoren (z. B. emotionale Belastbarkeit) sind im Zusammenwirken mit sozialen, ökonomischen und ökologischen Determinanten (wie Einkommen, Bildungsniveau, Lebens- und Arbeitsbedingungen) für die Unterschiede hinsichtlich der Belastung von Personen durch gesundheitsbeeinträchtigende Einflüsse und ihrer Anfälligkeit hierfür verantwortlich. Diese zugrunde liegenden Determinanten – oder „Ursachen von Ursachen“ – wirken sich auf Gesundheitschancen, Gesundheitsverhalten und Lebensweise sowie auf Ausbruch, Manifestation und Ausgang von Erkrankungen aus.

8. Die genetische Veranlagung eines Menschen dürfte für die Wahrscheinlichkeit, bestimmte Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Schizophrenie oder Alzheimer-Krankheit zu entwickeln, eine wichtige Rolle spielen. Wenn auch die Vererbungsmuster nicht vollständig geklärt sind, so spielen doch Wechselwirkungen zwischen Genen und Umwelt möglicherweise eine wesentliche Rolle. Überdies unterscheiden sich die Krankheitsmuster nach ethnischer Gruppe: So kommt etwa Diabetes mellitus vom Typ 2 bei Menschen südasiatischer Abstammung bis zu sechsmal und bei Menschen afrikanischer oder afrokaribischer Herkunft bis zu dreimal häufiger vor.

9. **Das Geschlecht beeinflusst die Entstehung und den Verlauf von Risikofaktoren und Krankheiten** wie Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen Gesundheitsproblemen. Unterschiedliche und verschieden bewertete gesellschaftliche Rollen werden den Frauen und Männern im Laufe

¹ Eur-A: 27 Länder mit sehr geringer Kinder- und Erwachsenensterblichkeit
Eur-B: 16 Länder mit geringer Kinder- und Erwachsenensterblichkeit
Eur-C: 9 Länder mit geringer Kinder- und hoher Erwachsenensterblichkeit.

ihres Lebens zugewiesen oder von ihnen übernommen. Dies wirkt sich auf Risikoverhalten, Risikobelastung und gesundheitsbewusstes Verhalten aus und bestimmt auch, wie weit Frauen und Männer Zugang zu den für den Schutz ihrer Gesundheit erforderlichen Ressourcen haben bzw. auf die entsprechenden Entscheidungsprozesse Einfluss nehmen können. Dies führt zu Ungerechtigkeiten bei der Verteilung der Gesundheitsrisiken, beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und bei deren Nutzung sowie bei den gesundheitlichen Ergebnissen.

10. **Das Fundament für die Gesundheit der Erwachsenen wird früh gelegt**, teilweise schon vor der Geburt, dabei ist ein gesunder Lebensanfang für die spätere Entwicklung ausschlaggebend. Junge Mütter, arme Mütter und Mütter mit niedrigem Bildungsniveau gebären häufiger Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht und stillen seltener. Ein niedriges Geburtsgewicht wiederum ist mit einem erhöhten Risiko verbunden, an den Herzkranzgefäßen zu erkranken, Bluthochdruck oder Typ-2-Diabetes zu erwerben oder einen Schlaganfall zu erleiden. Eine gesunde Lebensweise mit ausgewogener Ernährung, Bewegung und ohne Tabakkonsum wird schon früh im Leben erlernt und ist mit dem Vorbild der Eltern und Gleichaltrigen verknüpft. Langsames Wachstum und unzureichende moralische Unterstützung in der Kindheit bringen dagegen ein lebenslanges Risiko körperlicher oder seelischer Erkrankungen mit sich. So werden etwa Kindesmissbrauch und andere Gewalt- und Negativerfahrungen in der Kindheit für ein erhöhtes Risiko in Bezug auf Rauchen, Bewegungsmangel, schwere Adipositas und Alkoholismus im späteren Leben verantwortlich gemacht.

11. **Die verschiedenen Erkrankungen und ihre Ursachen sind in der Bevölkerung insgesamt ungleich verteilt**; sie kommen in den ärmeren und gefährdeteren Bevölkerungsschichten häufiger vor. Angehörige niedriger sozioökonomischer Gruppen tragen ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken und vorzeitig zu sterben, wie Angehörige privilegierter Schichten (3). Gesundheitliche Ungleichheiten sind zwischen Menschen mit höherem und niedrigerem Bildungsniveau sowie in Abhängigkeit von Berufsgruppen und Einkommensniveau in allen untersuchten Ländern der Region festgestellt worden. Die zunehmende Konzentration von Risikofaktoren in den niedrigeren sozioökonomischen Schichten hat eine wachsende Kluft in Bezug auf künftige Gesundheitsergebnisse zur Folge.

12. **Dort, wo es zu gesundheitlichen Verbesserungen kommt, ist der Nutzen** – von wenigen Ausnahmen abgesehen – **innerhalb der Gesellschaft ungleich verteilt**. Wenn alle Gruppen in der Gesellschaft zu einem gewissen Grad Gesundheitsinterventionen erhalten können, reagieren die Angehörigen höherer sozioökonomischer Schichten darauf i.d.R. positiver und profitieren mehr davon. Die Mortalitätsraten sinken in den höheren sozioökonomischen Schichten verhältnismäßig schneller als in den niedrigeren, insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wodurch sich die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf die Lebenserwartung noch weiter verschärfen (4). So wurden in Litauen zwischen 1989 und 2001 für Männer wie Frauen zunehmende (durch das Bildungsniveau bedingte) Ungleichheiten in Bezug auf die Mortalität infolge aller Ursachen festgestellt: Die Mortalität sank unter Akademikern erheblich, während sie bei Menschen mit Grundschulbildung oder ohne Schulbildung stark anstieg.

13. **Diese Erkrankungen und ihre Ursachen verstärken die zwischen wie in den Ländern der Region bestehenden Unterschiede in Bezug auf eine gesunde Lebenserwartung**. Während die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Westen der Region in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen ist, ist die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im mittleren und östlichen Teil der Region noch bis zu zehnmal so hoch wie im westlichen, wobei die höchsten Raten im Osten zu finden sind. Verbreitete, aber vermeidbare Erkrankungen tragen zu einer um bis zu 20 Jahre verschiedenen gesunden Lebenserwartung in der Region und innerhalb der Länder bei.

Herausforderungen für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem

14. **Nichtübertragbare Krankheiten haben erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die Sozialsysteme** durch vorzeitige Todesfälle, langfristige Erkrankungen oder Behinderungen. In einigen Ländern (z. B. Dänemark) leben nach Schätzungen 40% der Bevölkerung mit langfristigen Erkrankungen; ihr Anteil dürfte mit zunehmender Alterung der Bevölkerung in Europa weiter ansteigen.

70–80% der Gesundheitsausgaben entfallen auf chronische Erkrankungen und die Patienten mit langfristigen Erkrankungen beanspruchen die Gesundheitsdienste stark. Die Gesundheitskosten und das Risiko vermeidbarer Krankenhauseinweisungen steigen mit der Anzahl der Begleiterkrankungen dramatisch an. Im Vereinigten Königreich sind nach Schätzungen acht der elf häufigsten Ursachen für Krankenhauseinweisungen langfristige Erkrankungen und auf 5% der stationären Patienten, von denen viele unter langfristigen Erkrankungen leiden, entfallen 42% der gesamten Bettenbelegung in der stationären Akutversorgung (5).

15. Wenn Menschen jung sterben oder mit langfristigen Erkrankungen oder Behinderungen leben müssen, hat dies für ihre Familien wie auch für die Gesellschaft ökonomische Folgen. Arbeitgeber und Gesellschaft müssen die Last tragen, die durch Fernbleiben von der Arbeit, Produktivitätsausfall und Arbeitnehmerfluktuation entsteht. Die Familien und die Gesellschaft müssen für die (direkten und indirekten) Gesundheitskosten sowie die Einkommensausfälle und die höhere Inanspruchnahme von Sozialleistungen aufkommen. So war etwa in Schweden ein Großteil der geschätzten Kosten für Muskel-Skelett-Erkrankungen indirekt durch Krankzeiten (31,5%) und Vorruhestand (59%) bedingt. In der Russischen Föderation wurde die Höhe des Verlusts beim Bruttoinlandsprodukt infolge von Herzerkrankungen, Schlaganfall und Diabetes 2005 auf 11 Mrd. Dollar geschätzt.

16. **Eine Behandlung ist jedoch nicht immer zugänglich, verfügbar oder bezahlbar und die entstehende Kostenbelastung kann eine Familie noch tiefer in die Armut treiben.** So kann beispielsweise ein Salbutamol-Inhalator (für die Behandlung von Asthma) in manchen Teilen der Region die unteren Gehaltsgruppen im öffentlichen Dienst ein halbes Monatsgehalt kosten. Angesichts der Häufung von Begleiterkrankungen in einkommensschwachen Bevölkerungsschichten und der teilweise für eine wirksame Behandlung erforderlichen Vielzahl an Medikamenten ist es kaum verwunderlich, dass die Einhaltung einer langfristigen Therapie eine Herausforderung sein kann (6). Überdies können infolge des Stigmas und der Diskriminierung bei bestimmten Krankheiten wie Diabetes oder psychischen Gesundheitsproblemen den Betroffenen bestimmte Beschäftigungschancen verschlossen bleiben, wodurch sich die Wechselbeziehung zwischen Armut und Krankheit noch verschärft.

17. **Die demografischen Veränderungen in der Region bringen in den nächsten Jahrzehnten weitere ökonomische, budgetäre und soziale Herausforderungen mit sich,** da die Menschen länger leben werden und das Arbeitskräfteangebot wegen der sinkenden Geburtenraten schrumpfen könnte. Im westlichen Teil der Region hat sich die Größe der Altersgruppe über 64 Jahre seit den 1950er Jahren mehr als verdoppelt, die Zahl der Menschen über 80 Jahren sogar vervierfacht. Zwar kann dies in vieler Weise als Triumph für die Gesundheitspolitik gewertet werden, doch entsteht dadurch auch eine besondere Herausforderung für Gesundheitswesen und Sozialstaat. Nach Expertenschätzungen könnte sich in der Europäischen Union zwischen 2005 und 2050 die Relation von älteren, nicht arbeitenden Menschen (> 65 Jahre) zur Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter mehr als verdoppeln. Daher ist es heute wichtiger denn je, dass die Menschen so lange wie möglich gesund und unabhängig bleiben, damit vorzeitige Todesfälle in der arbeitenden Bevölkerung im mittleren Alter vermieden werden und die Morbidität auf den letzten Lebensabschnitt „verschoben“ wird.

18. **Globalisierung und Urbanisierung stellen die Gesellschaft vor besondere Herausforderungen.** Infolge der Globalisierung ernähren sich die Menschen in den Ländern mit niedrigem oder mittlerem Volkseinkommen zunehmend ungesund mit energiereichen Lebensmitteln, die reich an gesättigten Fettsäuren, Salz und Zucker sind. In vielen Ländern sind die Menschen bei ihren täglichen Lebensmitteleinkäufen von nur wenigen Einzelhändlern abhängig, die örtlichen Märkte verschwinden nach und nach. Dieser Trend begann im Westen und hat nun Teile des Ostens der Region erreicht. Durch die wachsende Zahl an Handelsvereinbarungen und gemeinsamen Märkten und die zunehmende grenzüberschreitende Vermarktung von Tabak und Alkohol werden die Bemühungen des Staates um eine effektive Steuerung von Angebot und Verfügbarkeit unterlaufen. Infolge der rapiden Zunahme des Kraftverkehrs und der Ausdehnung der Städte sowie der Abnahme der Möglichkeiten zur täglichen körperlichen Betätigung zuhause, am Arbeitsplatz und in der Schule verbringt die Stadtbevölkerung immer mehr Zeit im Sitzen. Unsere moderne „adipogene“ Umwelt, die durch ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel

gekennzeichnet ist, hat schwerwiegende Auswirkungen auf die Entwicklung von Adipositas, besonders bei Kindern, und trägt auch zu anderen nichtübertragbaren Krankheiten wie Diabetes bei.

19. Gesundheitsförderung und die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten haben in den Haushalten der Gesundheitssysteme nur einen relativ geringen Stellenwert. Nach Aussage der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) werden im Durchschnitt nur 3% der gesamten Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern in bevölkerungsweite Präventionsmaßnahmen und öffentliche Gesundheitsprogramme investiert, während ein Großteil der Mittel auf die Versorgung der Kranken verwendet wird. Überdies richten Geber und internationale Hilfsorganisationen ihr Anstrengungen primär auf übertragbare Krankheiten und lenken damit von den Hauptursachen für Mortalität und Krankheitslast in einer Region wie Europa ab. Nichtübertragbare Krankheiten sind in der Region für 46mal mehr Todesfälle und eine 11mal höhere Krankheitslast verantwortlich als Aids, Tuberkulose und Malaria zusammen.

20. Die Gesundheitsdienste sind häufig mehr auf Versorgung als auf Prävention und mehr auf Akutversorgung als auf Langzeitpflege ausgerichtet, was zu Versäumnissen bei Prävention, Früherkennung und Behandlung führt. Bis zu 50% der Fälle von Diabetes mellitus bleiben vielleicht unerkannt; bei 50% der erkannten Fälle werden Stoffwechsel, Fetthaushalt und Blutdruck möglicherweise nicht zufrieden stellend gesteuert, obwohl allgemein bekannt ist, dass bis zu 80% der Diabetiker an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben. Die Versorgungsqualität ist bei einigen verbreiteten Krankheiten immer noch in einem bedauernden Zustand und manche Gesundheitssysteme sind angesichts der Ausmaße des Problems womöglich überfordert. Bei der Umsetzung effektiver Interventionen gibt es ein beträchtliches Defizit. So sterben beispielsweise in der Europäischen Region jährlich 30 000 Frauen an Zervixkarzinomen; in den Ländern in der Mitte und im Osten sind die Todesraten zwei- bis viermal so hoch wie im Westen der Region: Diese Todesfälle könnten durch Früherkennung und Behandlung weitgehend verhindert werden.

Möglicher gesundheitlicher Zugewinn

21. Für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gibt es bereits effektive Interventionen. Hierzu gehören: Prävention und Modifizierung von Risikofaktoren, Verhinderung von Beginn bzw. Fortschreiten der Krankheit, Prävention von Behinderungen und Prävention von vorzeitigem oder schmerzvollem Sterben. Durch Früherkennung, geeignete Behandlungsmethoden und effektive Rehabilitationsmaßnahmen können Gesundheitsergebnisse verbessert werden. Die Herausforderung liegt darin, für eine bessere und gerechtere Anwendung des vorhandenen Wissens zu sorgen, von der alle profitieren können. Während einige Länder hier erhebliche Erfolge vorweisen können, verdeutlichen die Unterschiede in den sowie zwischen den Ländern doch das enorme Potenzial für weitere gesundheitliche Zugewinne in der Region.

22. Das größte Zugewinnpotenzial liegt in der Prävention. So erklären sich etwa in Finnland insgesamt 80% der Senkung der durch koronare Herzkrankheit (KHK) bedingten Mortalität im Zeitraum 1972–1992 aus der Zurückdrängung der führenden Risikofaktoren. Ähnlich wird in Irland nahezu die Hälfte (48,1%) des Rückgangs der KHK-Mortalität in der Altersgruppe von 25–84 Jahren im Zeitraum 1985–2000 auf eine positive Entwicklung der Risikofaktoren in der Bevölkerung zurückgeführt. In beiden Ländern sind die größten Zugewinne offenbar durch eine Senkung der durchschnittlichen Cholesterinkonzentrationen, der Prävalenz des Rauchens und des Bluthochdrucks bedingt.

23. Insgesamt ist eine bevölkerungsweite Prävention langfristig die nachhaltigste Strategie – und ein Mittel zur Bekämpfung bestimmter nichtübertragbarer Krankheiten und ihrer gemeinsamen Risikofaktoren. Beispiele für effektive Interventionen zur Verringerung der Gesamtprävalenz von Risikofaktoren in der Bevölkerung sind die Besteuerung von Tabakprodukten und die Senkung des Fett-, Salz- und Zuckergehalts in verarbeiteten Lebensmitteln. Multiple Interventionen gegen die Risikofaktoren auf der Bevölkerungsebene können zu Veränderungen der Risikoprofile führen, die auf individueller Ebene zwar mäßig sind, sich bei dem Umfang der Mortalität durch nichtübertragbare Krankheiten aber erheblich

auswirken können. Beispielsweise wurde für das Vereinigte Königreich prognostiziert, dass schon geringe Veränderungen hinsichtlich der kardiovaskulären Risikofaktoren zu einer Halbierung der KHK-Mortalität führen könnten: Eine einprozentige Senkung des Cholesterinspiegels in der Bevölkerung könnte zu einer Verringerung der KHK-Mortalität um 2–4% führen, durch eine einprozentige Senkung der Prävalenz des Rauchens könnten pro Jahr 2000 KHK-Todesfälle verhindert werden und durch eine einprozentige Senkung des diastolischen Blutdrucks in der britischen Bevölkerung könnten jährlich 1500 KHK-Todesfälle abgewendet werden.

24. Ein besonderes Augenmerk verdient der Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich. Im Vereinigten Königreich ist die Morbidität durch Diabeteskomplikationen bei den ärmsten Bevölkerungsschichten dreieinhalbmal so hoch wie bei den reichsten. Nach Forschungsergebnissen tragen Männer im Alter von 20 bis 64 Jahren, die ungelernete oder angelernte manuelle Tätigkeiten verrichten, ein dreimal höheres Risiko an Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzeitig zu sterben, als Männer in qualifizierten Berufen und Führungspositionen. Die Belege für die Auswirkungen des sozialen Gefälles und der gesundheitlichen Ungleichheiten sind überwältigend. Interventionen, die auf der Umsetzung von Konzepten zur Bekämpfung der Determinanten im weiteren Sinne – z. B. Wirtschaftswachstum, ungleiche Einkommensverteilung und Armut sowie Bildungsniveau, berufliches Umfeld, Arbeitslosigkeit und Zugang zur Gesundheitsversorgung – basieren, stellen die besten Optionen für nennenswerte gesundheitliche Zugewinne dar. Das breite Spektrum an bevölkerungsweiten Maßnahmen erfordert gesellschaftliche Anstrengungen auf breiter Ebene und eine Zusammenarbeit des Gesundheitssektors mit anderen Sektoren. Der Gesundheitssektor muss verstärkt auf andere Bereiche der Gesellschaft zugehen und sie für ihre Rolle bei der Beeinflussung bestimmter Bedingungen und für ihre Verantwortung bei deren Verbesserung sensibilisieren. Bemühungen zum Abbau sozial bedingter Ungleichheiten im Gesundheitsbereich sollten naturgemäß als fester Bestandteil der Sozial- und Wirtschaftspolitik angesehen werden, nicht als separate Maßnahmen zur Beseitigung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich.

25. Prävention muss gleichzeitig auf Bevölkerungsebene und auf individueller Ebene stattfinden. Wenn stark gefährdete Personen nicht behandelt werden, bleibt der kurz- bis mittelfristige Erfolg in Bezug auf die Morbidität und Mortalität durch nichtübertragbare Krankheiten nur gering. Bei den diabetesgefährdeten Personen mit gestörter Glukosetoleranz kann das Diabetesrisiko durch ein intensives Programm zur Änderung der Lebensweise um 58%, durch eine pharmakologische Intervention um 31% gesenkt werden. Kombinationstherapien mit mehreren Medikamenten (Aspirin, Betablocker, Diuretika, Statin) können z. B. in der stark gefährdeten Gruppe eine Verringerung der Zahl der Myokardinfarkte (Herzinfarkte) um 75% bewirken. Dennoch werden viele dieser wirksamen Maßnahmen nicht umgesetzt: So kam die Studie EUROASPIRE II zu dem Ergebnis, dass es in der Region noch erhebliche Möglichkeiten zur Verringerung des Risikos einer rekurrenten koronaren Herzkrankheit durch Veränderungen der Lebensweise, entschlossene Zurückdrängung anderer Risikofaktoren und effektivere Nutzung bewährter medikamentöser Behandlungen gebe und dass beispielsweise etwa die Hälfte der Koronarpatienten in der Region ein intensiveres Blutdruckmanagement benötigten.

26. Medizinische Untersuchungen können Behinderungen und Tod verhindern und die Lebensqualität erhöhen, wenn sie effektiv durchgeführt werden und wenn bei Bedarf wirksame, bezahlbare und akzeptable Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen. Zur Bestimmung von Personen mit hohem Erkrankungsrisiko gibt es nur wenige bewährte Testuntersuchungen, die aber alle auf ausreichende Kapazitäten der Gesundheitssysteme angewiesen sind. Die Untersuchung und anschließende Behandlung von Personen mit erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mittels eines mehrere Risikofaktoren zugleich berücksichtigenden Ansatzes (*total risk approach*) ist kostenwirksamer als eine Ausrichtung der Behandlung nach einzelnen Risikofaktoren oder deren willkürlich angesetzten Grenzwerte (7). In Ländern mit ausreichenden Ressourcen für eine angemessene Behandlung sind auch Untersuchungen von Frauen auf Brustkrebs und Zervixkarzinome wirksam, insbesondere wenn dies im Rahmen organisierter, populationsweiter Früherkennungsprogramme geschieht (8,9). Diabetische Retinopathie ist eine leicht zu diagnostizierende und behandelnde Diabeteskomplikation, die jedoch in der Region häufig zum Verlust des Sehvermögens führt: Durch regelmäßige Untersuchungen und Behandlung von stark gefährdeten Personen könnten Erblindungsfälle verhindert werden.

27. **In der Europäischen Region wird im 21. Jahrhundert sowohl der bevölkerungsweite als auch der auf stark gefährdete Gruppen abzielende Ansatz von Bedeutung sein**, wenn auch ihr jeweiliges Potenzial in Bezug auf Zugewinne und Anwendbarkeit sich je nach Land und Zeitpunkt unterscheiden dürfte. In denjenigen Ländern der Region, in denen relativ einfache und kostengünstige Strategien wie die Besteuerung von Tabak und die Ersetzung gesättigter durch ungesättigte Fette noch in großem Umfang durchgeführt werden müssen, dürften bevölkerungsweite Strategien die größte Wirkung entfalten, wenn auch Individualstrategien für stark gefährdete Patienten parallel dazu eingeführt werden sollten. Umgekehrt kann in Ländern, die Jahrzehnte lang mit Erfolg bevölkerungsweite Strategien zur Bekämpfung der Risikofaktoren durchgeführt haben, nun ein zunehmendes Potenzial für einen *zusätzlichen* gesundheitlichen Zugewinn in Individualstrategien für stark gefährdete Patienten liegen, wenn auch die bevölkerungsweiten Maßnahmen fortgesetzt werden sollten.

28. **Das persönliche Risiko einer Erkrankung kann von der Wechselwirkung zwischen der Einzelperson, ihrer persönlichen Anfälligkeit und ihrem weiteren Umfeld abhängen.** Während die Verringerung und Beherrschung der leichter beeinflussbaren Risikofaktoren und Determinanten im weiteren Sinne nach wie vor der Eckpfeiler von Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten bleiben, so ist in den nächsten fünf bis zehn Jahren mit einer wachsenden Zahl von Tests auf monogenetische Störungen und genetische Prädispositionen für allgemeine Erkrankungen zu rechnen. Dadurch können symptomfreie Menschen auf genetische Störungen untersucht, die genetisch stärker gefährdeten erkannt und vor dem Auftreten von Symptomen früh mit gezielten Interventionen behandelt werden. Außerdem können Personen mit Symptomen zwecks Bestätigung der Diagnose untersucht und mit neuartigen Behandlungsmethoden therapiert werden. Das Ausmaß möglicher gesundheitlicher Zugewinne aus diesen wissenschaftlichen Fortschritten ist bisher noch unbekannt, sie dürften jedoch erhebliche Auswirkungen auf die Organisation, Personalplanung und Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung haben und neue Fragen in Bezug auf Ethik und Zugangsgerechtigkeit aufwerfen.

29. **Präventionsinterventionen müssen mit Anstrengungen zur Stärkung der gesundheitlichen Schutzfaktoren verbunden werden**, die die Belastbarkeit der Menschen und ihre Widerstandskraft gegen Risikofaktoren und Krankheit stärken können (10). Die Förderung eines gesunden Lebensanfangs mit frühzeitiger Geborgenheit und ausreichender Unterstützung für Eltern und Kinder ist eine wichtige Investition in die körperliche und emotionale Entwicklung, die ein Leben lang Früchte trägt. Die Zugehörigkeit zu einem sozialen Netz und das Gefühl der Verbundenheit mit anderen können einen äußerst wirksamen Schutz für die Gesundheit darstellen. Eine wirkungsvolle soziale Unterstützung kann Bestandteil des emotionalen und praktischen Rüstzeugs sein, das ein Mensch insbesondere zur Bewältigung schwieriger Übergangssituationen benötigt. Effektive Interventionen sind u. a.: Verbesserung der sozialen Umgebung in der Schule, am Arbeitsplatz und im nachbarschaftlichen Umfeld; Erweiterung der sozialen Unterstützung für ältere Menschen; und Bereitstellung von Programmen, die den Menschen Problemlösungskompetenz und soziale Kompetenz sowie die Fähigkeit zur Bewältigung von Stress vermitteln.

30. **Durch Schwerpunktlegung auf evidenzbasierte und kosteneffektive Interventionen und die Verbesserung von deren Qualität** können Ressourcen effizient genutzt und kann das Potenzial für gesundheitliche Zugewinne ausgeschöpft werden. Beim Krankheitsmanagement gibt es effektive Interventionen für eine Verringerung von Morbidität, Behinderungen und vorzeitigen Todesfällen, wenngleich diese für einen optimalen Erfolg oft auf Früherkennung und organisierte Versorgungssysteme angewiesen sind (11). So konnte z. B. durch die Behandlung von Schlaganfallpatienten auf hierfür spezialisierten Stationen der Anteil der Todes- oder Pflegefälle erwiesenermaßen um 25% gesenkt werden. Die Herausforderung liegt in der Fähigkeit der Gesundheitssysteme, effektive Interventionen in großem Umfang bereitzustellen, obwohl die Qualität der Versorgung auch bei knappen Ressourcen verbessert werden kann.

31. Für einen optimalen Nutzen aus einer verbesserten Handlung chronischer Krankheiten müssen **die entsprechenden Programme sowohl allgemeine Herangehensweisen der Langzeitpflege als auch krankheitsspezifische Ansätze berücksichtigen**. Modelle, die auf die Verbesserung der Versorgung chronischer Erkrankungen abzielen, werden in einer Reihe von Ländern praktiziert, z. B. in England und Dänemark. Darüber hinaus gibt es auch Rahmenkonzepte oder Leitlinien für die Versorgung spezifischer Erkrankungen. Angesichts des Ausmaßes von Begleiterkrankungen dürften Versorgungsmaßnahmen, die

auf die Patientenbedürfnisse insgesamt ausgerichtet sind, viel versprechender sein als Maßnahmen für einzelne Krankheiten. In Leitfäden für den Umgang mit einzelnen Krankheiten werden u. U. das Ausmaß und die Folgen von Begleiterkrankungen nicht gebührend berücksichtigt. Deshalb spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle in der integrierten Versorgung. Eine aktive Beteiligung des Patienten am Krankheitsmanagement kann zu besseren Gesundheitsergebnissen führen. Die Vermittlung von Bewältigungsstrategien an Patienten mit Typ-2-Diabetes hat sich beispielsweise in Bezug auf eine Verbesserung ihrer Nüchternblutglukosewerte, ihres glykierten Hämoglobins sowie ihres Wissens über Diabetes und auch im Hinblick auf die Senkung von systolischem Blutdruck, Körpergewicht und Bedarf an Diabetes-Medikamenten als wirksam erwiesen.

32. Investitionen in die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten hätten in vielen Ländern mit niedrigem bis mittlerem Volkseinkommen erhebliche Auswirkungen mit Blick auf den gesundheitlichen und ökonomischen Zugewinn. Für die Länder Osteuropas und der ehemaligen Sowjetunion hätte z. B. eine Senkung der Erwachsenensterblichkeit auf das in der Europäischen Union vorherrschende Niveau durch Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und externer Ursachen mit einem durchschnittlichen Anstieg um acht Jahre signifikante Auswirkungen auf die Lebenserwartung bei Geburt (12). Für die Russische Föderation halten Experten bei Erreichen des in der EU-15 herrschenden Niveaus bis zum Jahr 2025 ökonomische Zugewinne von bis zu 29% gegenüber dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 2002 für möglich (13). Ebenso wird ein Schwerpunkt auf Prävention und Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne zur Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung und zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten insbesondere für solche Länder mit hohem Volkseinkommen als unverzichtbar angesehen, die sich um ein Anhalten der Kostenspirale im Gesundheitswesen bemühen (14).

33. Kurz gesagt liegt das größte Potenzial für gesundheitliche Zugewinne also in einer umfassenden Strategie, die zugleich bevölkerungsweite Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beinhaltet und aktiv auf stark gefährdete Gruppen und Personen abzielt, aber auch einen möglichst großen Teil der Bevölkerung durch effektive Behandlung und Pflege erreicht. Durch Ansetzen an den Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne und den Abbau von Ungleichheiten in den und zwischen den Ländern können erhebliche Verbesserungen erzielt werden.

Leitprinzipien

34. Der Rahmen für diese Strategie der Region ist im GFA-Rahmenkonzept der Europäischen Region der WHO fest verankert (15). Beiden gemeinsam sind die Zielvorstellung von Gesundheit als einem Grundrecht, die zentralen Werte Chancengleichheit, Solidarität und Teilhabe und der Appell an die Politik, diese Werte in die ethische Führung ihrer Gesundheitssysteme einfließen zu lassen. Innerhalb dieses Rahmens werden in der Strategie fünf Schlüsselprinzipien bekräftigt, an denen sich die Politik eines Landes auf allen Ebenen orientieren sollte:

- Das letztendliche Ziel von Gesundheitspolitik ist das volle Ausschöpfen des gesundheitlichen Potenzials für alle.
- Das Schließen der gesundheitlichen Kluft zwischen wie in den Ländern (d. h. Solidarität) ist für die öffentliche Gesundheit entscheidend.
- Die Teilhabe der Menschen ist ausschlaggebend für die gesundheitliche Entwicklung.
- Eine Verbesserung des Gesundheitsniveaus lässt sich nur durch multisektorale Strategien und sektorübergreifende Investitionen erreichen, die an den Gesundheitsdeterminanten ansetzen.
- Jeder Sektor ist für die gesundheitlichen Auswirkungen seines Handelns selbst verantwortlich.

35. Im Einklang mit der Vision des GFA-Rahmenkonzeptes und der in der WHO-Satzung verwendeten Definition ist Gesundheit ein positiver Zustand des Wohlbefindens und „nicht nur das Freisein von Krankheit“, Gesundheitspolitik umfasst weit mehr als nur die Versorgung der Patienten. Das Recht auf Gesundheit betrifft nicht nur eine rechtzeitige und angemessene Versorgung, sondern auch die zugrunde liegenden Determinanten von Gesundheit. Ein Staat hat die Verpflichtung, angesichts der sozialen

Determinanten von Gesundheit zu handeln und seine Verantwortung in Politik umzumünzen und dadurch die förderlichen Bedingungen zu schaffen, die allen gesundheitliche Chancen eröffnen und letztlich positive gesundheitliche Ergebnisse ermöglichen – unabhängig von Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit usw. Deshalb greift diese Strategie ebenso wie die GFA-Vision die vier Handlungsstränge auf, die für eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit benötigt werden: Ansetzen bei den Gesundheitsdeterminanten, Förderung gesunder Lebensweisen, Prävention und Früherkennung sowie gesundheitszentrierte Versorgung der Patienten.

Strategischer Ansatz

36. **Die Zielrichtung der Strategie liegt sowohl auf der Prävention als auch auf der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten.** Dabei wird ein Gleichgewicht zwischen Maßnahmen zur Bekämpfung der vermeidbaren Ursachen von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod und Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse und der Lebensqualität der bereits Erkrankten angestrebt. Ziele der Strategie sind Prävention und Modifizierung von Risikofaktoren, Verhinderung von Beginn bzw. Fortschreiten der Krankheit, Prävention von Behinderungen und Prävention von vorzeitigem oder qualvollem Sterben.

37. **Der Anwendungsbereich der Strategie umfasst all diejenigen nichtübertragbaren Krankheiten, die gemeinsame Risikofaktoren, zugrunde liegende Determinanten und Präventionsmöglichkeiten aufweisen.** Dies wird angesichts der multifaktoriellen Verursachung dieser wichtigen Krankheiten und der häufigen Konzentration der Risikofaktoren und Begleiterkrankungen bei Einzelpersonen, insbesondere in den benachteiligten Gesellschaftsschichten, als effektiver und effizienter angesehen.

38. Ein umfassender Ansatz erfordert Anstrengungen über das gesamte „Kontinuum“ aus Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Krankheitsmanagement hinaus durch Interventionen in der gesamten Bevölkerung, bei besonders gefährdeten Personen und bei Patienten im frühen oder fortgeschrittenen Stadium einer Krankheit. **Der strategische Ansatz beruht auf einer Reihe von Schlüsselkomponenten.**

STRATEGISCHER ANSATZ

Ein umfassender Ansatz zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten:

- a) Befürwortet Programme zur Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene und zur Krankheitsprävention,
- b) nimmt stark gefährdete Gruppen und Personen aktiv ins Visier und
- c) gewährleistet eine effektive Behandlung und Versorgung für einen möglichst großen Anteil der Bevölkerung

und verbindet dabei systematisch Konzepte und Maßnahmen zur Verringerung der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich miteinander.

39. Um wirksam zu sein, muss ein derartiger Ansatz integrierte und sektorübergreifende Maßnahmen zur Bekämpfung von Risikofaktoren und ihren zugrunde liegenden Determinanten mit Bemühungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Richtung auf bessere Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen verbinden. **Vision, Zielsetzung und Einzelziele der Strategie werden nachstehend beschrieben.**

VISION

Ein gesundheitsförderliches Europa, frei von vermeidbaren nichtübertragbaren Krankheiten, vorzeitigem Todesfällen und vermeidbaren Behinderungen.

ZIELSETZUNG

Vermeidung vorzeitiger Todesfälle und signifikante Senkung der aus nichtübertragbaren Krankheiten entstehenden Krankheitslast durch integrierte Maßnahmen, Verbesserung der Lebensqualität und einer gerechteren Verteilung der gesunden Lebenserwartung in und zwischen den Mitgliedstaaten.

EINZELZIELE

- Integrierte Maßnahmen zur Bekämpfung von Risikofaktoren und ihrer zugrunde liegenden Determinanten über die Grenzen von Sektoren hinweg.
- Stärkung der Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten.

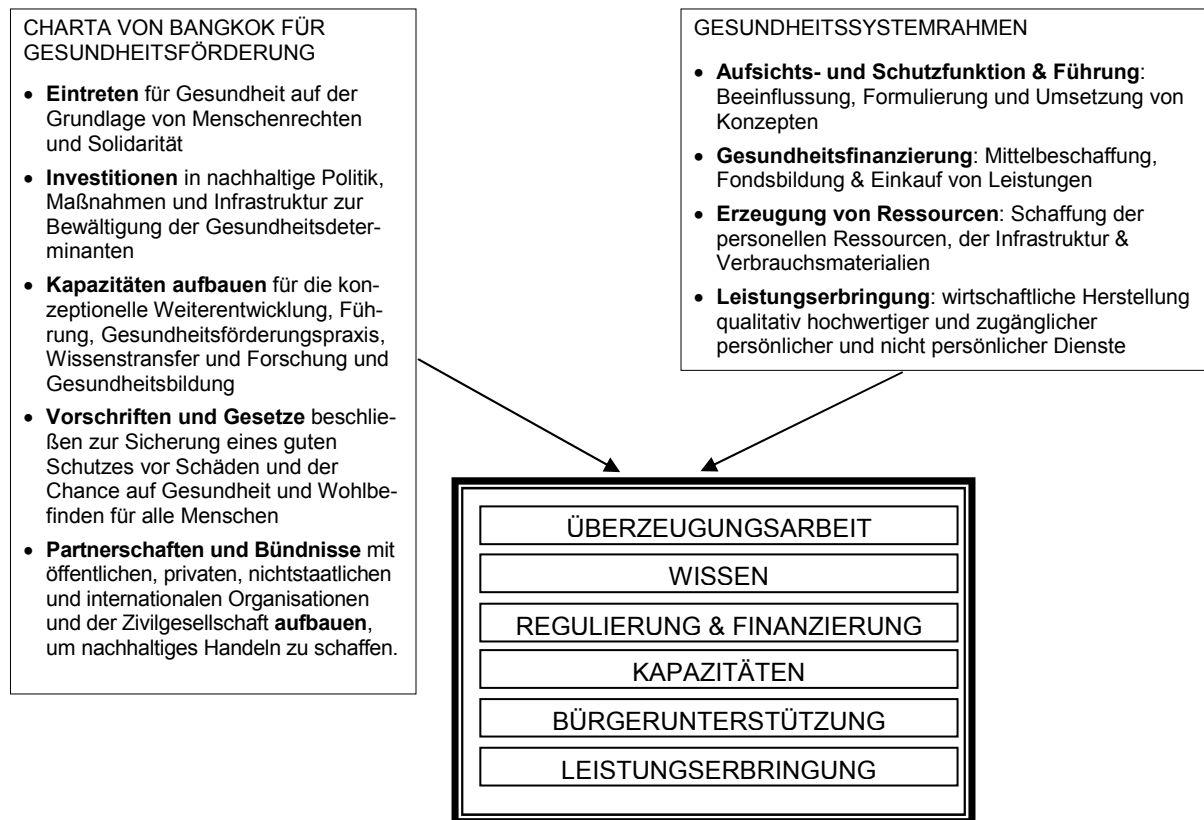
40. Das Handeln orientiert sich an den **Schlüsselbotschaften** der Europäischen Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten.

SCHLÜSSELBOTSCHAFTEN

1. Lebenslange Prävention ist wirksam und muss als Investition in Gesundheit und Entwicklung angesehen werden.
2. Die Gesellschaft sollte gesundheitsförderliche Umfeldler schaffen und so der Gesundheit zuträglichere Entscheidungen erleichtern.
3. Die gesundheitliche und ärztliche Versorgung sollte leistungsfähig sein und der gegenwärtigen Krankheitslast und den zunehmenden Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung entsprechen.
4. Die Menschen sollten in die Lage versetzt werden, etwas für ihre eigene Gesundheit zu tun, wirksam mit den Gesundheitsdiensten zusammenzuarbeiten und zu aktiven Partnern bei der Bewältigung von Krankheiten zu werden.
5. Ein allgemeiner Zugang zu Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung ist für die Verwirklichung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich von zentraler Bedeutung.
6. Der Staat trägt auf allen Ebenen die Verantwortung für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Konzepte und die Veranlassung von Maßnahmen in allen betroffenen Sektoren.

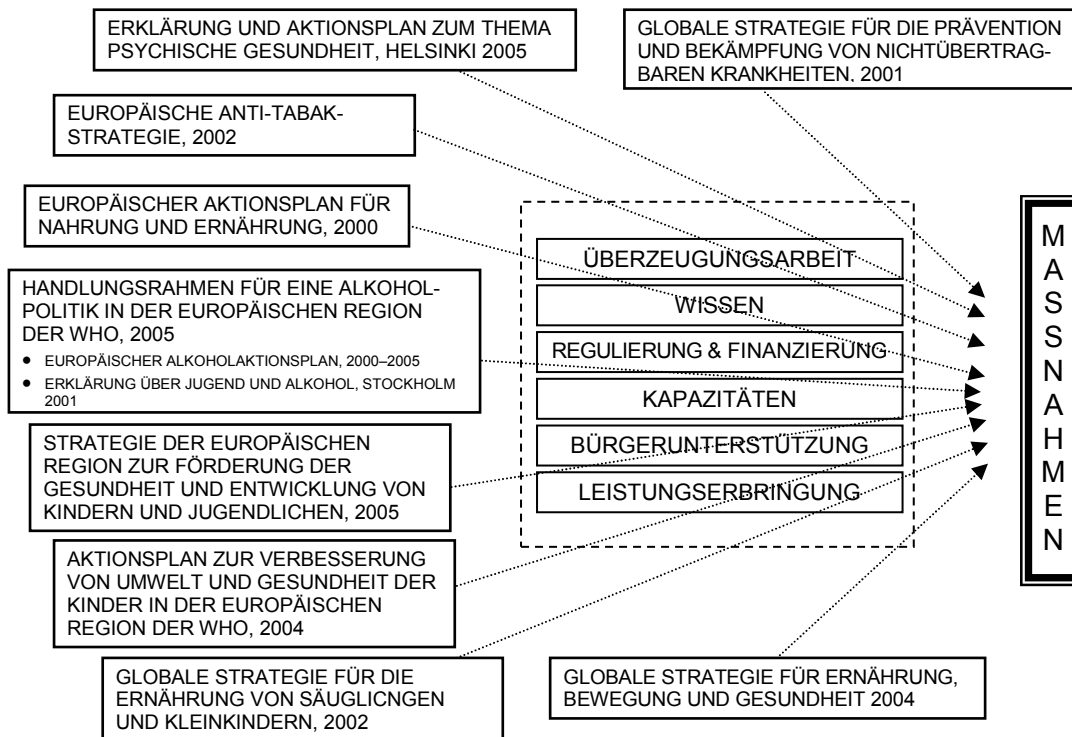
41. Zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Überprüfung und dem Ausbau der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten wird ein umfassender Rahmen vorgeschlagen, mit dessen Hilfe die Maßnahmen auf bestehenden Verpflichtungen aufbauend organisiert werden sollen. **Der Handlungsrahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten** (s. Abb. 1) leitet sich aus zwei vorhandenen hochrelevanten Rahmen her, der Charta von Bangkok für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt (16) und dem Rahmen der WHO für Gesundheitssysteme (17), die Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung miteinander verbinden. Der Handlungsrahmen orientiert sich auch an den Vorgaben zur Umsetzung aus dem globalen Bericht „Preventing chronic diseases: a vital investment“ (1) und der Vision des Programms CINDI (18) und stimmt mit diesen schlüssig überein.

Abb. 1: Ein umfassender Handlungsrahmen für Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten



42. Die Europäische Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gibt den Mitgliedstaaten eine Chance, die für eine umfassende Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten während des gesamten Lebens maßgeblichen Strategien und Aktionspläne der WHO in einen Zusammenhang zu bringen, in dem sie sich gegenseitig verstärken (Abb. 2). Dabei soll sie diese Strategien und Aktionspläne nicht wiederholen oder ersetzen, sondern von den mit ihnen gemachten Erfahrungen profitieren, zu ihrer verbesserten Umsetzung beitragen und mit ihnen zusammen für das gemeinsame Ziel wirken. Benötigt wird eine Kombination aus horizontalen und vertikalen Konzepten, diese müssen jedoch gut aufeinander abgestimmt sein und zusammenhängen, damit die möglichen Synergieeffekte erreicht werden können.

Abb. 2: Ein umfassender, maßnahmenorientierter Ansatz



43. In dem folgenden Abschnitt mit der Überschrift „Handlungsrahmen“ (Absatz 45–62) werden die in den Abb. 1 und 2 hervorgehobenen sechs Bereiche näher erläutert und es wird anhand von Handlungsbeispielen gezeigt, wie die Bereiche zusammengebracht werden könnten. Der Rahmen bietet auch eine Gelegenheit, auf die Schlüsselbotschaften zu reagieren, die von anderen Strategien und Aktionsplänen noch nicht abgedeckten Bereiche zu erkennen und die Bedeutung der Gesundheitsdeterminanten sowie die Notwendigkeit der Beseitigung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich hervorzuheben.

44. Die Europäische Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten appelliert an alle Regierungen und anderen zuständigen Entscheidungsgremien zu untersuchen und zu beurteilen, welche Grundsatzoptionen der Intention der Strategie jeweils am besten gerecht werden. Zwar ist jedes Land der Region verschieden, sind die Herausforderungen für die Länder durch nichtübertragbare Krankheiten breit gefächert und treffen auf verschiedene Ausmaße an Mitteln und Kapazitäten, doch können alle Länder wirksame Gegenmaßnahmen ergreifen. Diese Strategie sollte den Mitgliedstaaten erstens eine Orientierungshilfe bei der Bewertung ihrer gegenwärtigen Konzepte sein und ihnen zweitens bei deren Verfeinerung helfen, sodass die nationale Gesundheitspolitik zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten umfassend weiterentwickelt und gestärkt wird. Für die meisten Aktionen werden Instrumente, Akteure und Umfeldler benötigt, die in den nächsten beiden Abschnitten unter verschiedenen Aspekten besprochen werden. Der Abschnitt mit der Überschrift „Handeln“ (Absatz 63–74) befasst sich näher mit der Rolle des Staates und insbesondere des Gesundheitsministeriums bei der Entwicklung, Umsetzung, Überwachung und Auswertung der Konzepte zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Die politische Entschlossenheit ist für jede Maßnahme entscheidend.

Handlungsrahmen

45. In diesem Abschnitt werden die sechs Bereiche des Rahmens aus dem Abschnitt „Strategischer Ansatz“ (Absatz 36–44) näher betrachtet, dafür wird ihr Gegenstand kurz skizziert und es werden Beispielen möglicher Maßnahmen genannt. Der Abschnitt bezieht sich auf vorhandene WHO-Strategien und Aktionspläne sowie auf andere einschlägige Unterlagen wie Dokumente für die bevorstehende Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas, z. B. *Promoting physical activity for health – a framework for action in the WHO European Region* [dt.: Förderung der Gesundheit

durch körperliche Betätigung – ein Handlungsrahmen für die Europäische Region der WHO], den nächsten Europäischen Aktionsplan für Nahrung und Ernährung und den Vorschlag für die *Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme* (19). Dieser Abschnitt richtet sich primär an die Gesundheitsministerien und an gesundheitspolitische Entscheidungsträger, wengleich andere Akteure wie nichtstaatliche Organisationen, Privatwirtschaft und Bürgergruppen durchaus für ihre eigene Tätigkeit relevante Beispiele finden werden.

Überzeugungsarbeit

46. Aktives Eintreten für Gesundheit umfasst eine Kombination aus individuellen und sozialen Maßnahmen zur Sicherung von politischem Engagement, konzeptioneller Hilfestellung, gesellschaftlicher Akzeptanz und Unterstützung des Systems für ein bestimmtes gesundheitliches Ziel oder Programm. Das Ziel ist die Schaffung von Lebensbedingungen, die der Gesundheit und der Annahme einer gesunden Lebensweise zuträglich sind. Als eine wichtige Strategie der Gesundheitsförderung kann Überzeugungsarbeit auf viele Weisen erfolgen, etwa durch die Nutzung der Massenmedien, durch direkte politische Lobbyarbeit und die Mobilisierung von Bürgern, z. B. durch Interessensbündnisse zu bestimmten Sachfragen. Gesundheitspolitische Entscheidungsträger, insbesondere die Gesundheitsministerien, haben eine Verantwortung als Fürsprecher innerhalb der Regierung aufzutreten sowie gegenüber anderen Sektoren eine erkennbare Führungsrolle im Gesundheitsbereich zu übernehmen, besonders bei politischen Maßnahmen mit Auswirkungen auf die Gesundheit und ihre Determinanten.

47. Im Folgenden werden Beispiele für spezifische Maßnahmen genannt.

Überzeugungsarbeit in allen Politikbereichen – innerhalb der Regierung und gegenüber anderen Sektoren

- Beleuchtung des Verhältnisses zwischen Determinanten und Gesundheit, der Lage der meisten dieser Determinanten außerhalb des Gesundheitssektors und der Notwendigkeit einer Beteiligung aller Sektoren an ihrer Bewältigung.
- Eintreten für die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten als eine Investition, die auch für andere Sektoren und die Entwicklung der Gesellschaft insgesamt von Vorteil ist, etwa im Bereich der Produktivität, der Beschäftigung, des sozialen Zusammenhaltes und der wirtschaftlichen Entwicklung.
- Entwicklung von Mechanismen zur Erleichterung ressortübergreifender Zusammenarbeit, z. B. durch Schaffung sektorübergreifender Ausschüsse, Festlegung gemeinsamer Ziele und Mittel und Annahme eines gemeinsamen Wertesystems.
- Förderung von Strategien auf Makroebene zur Verringerung der Gesundheitsrisiken und Verbesserung der Lebensqualität, etwa durch einfacheren Zugang zu gesunder Nahrung und besserer Ernährung, besserem Wohnraum, besserer Bildung sowie bewegungsförderlichen Umwelt- und Arbeitsbedingungen, wirtschaftlicher Sicherheit usw.
- Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zur Abschätzung möglicher Auswirkungen einer Maßnahme, eines Programms oder eines Projektes auf die Bevölkerungsgesundheit sowie die Verteilung der Auswirkungen auf die Bevölkerung.
- Eintreten für familienfreundliche Beschäftigungsbedingungen, insbesondere die Unterstützung berufstätiger Frauen beim Stillen.

Überzeugungsarbeit für Maßnahmen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit als Vorreiter im Gesundheitssektor

- Gewährleistung der Priorisierung von Investitionen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit nach ihrem potenziellen Nutzen für die soziale und ökonomische Entwicklung.
- Prüfung von Konzepten und Diensten auf ihre Sensibilität hinsichtlich Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und den Bedürfnissen benachteiligter Gruppen (z. B. durch Bewertung der Chancengleichheit beim Zugang verschiedener sozioökonomischer Gruppen zur Gesundheitsversorgung).
- Förderung positiver schützender Faktoren in den Gesundheitsdiensten (z. B. Verstärkung der sozialen Unterstützung und Beteiligung an berufsbezogenen Entscheidungsprozessen für Betreuungsteams).

- Verringerung der Krankheitsfolgen für arme Menschen durch Erleichterung der Rückkehr chronisch Kranker an die Arbeit.
- Entwicklung von speziellen Angeboten für „schwer erreichbare“ Gruppen wie Obdachlose und Migranten.

Wissen

48. Die politischen Entscheidungsträger werden zunehmend dazu ermutigt, Gesundheitspolitik, Gesundheitswesen und Leistungserbringung mit zuverlässigen Informationen und Erkenntnissen zu begründen, denn durch unwirksame Interventionen würden Mittel verschwendet und möglicherweise für den Einzelnen und die Bevölkerung unerwünschte Wirkungen erzielt (20). Um ihrer Schutz- und Aufsichtsfunktion sowie Führungsrolle gerecht zu werden, benötigen die Gesundheitsministerien zuverlässige Standardinformationssysteme, die die Entscheidungsfindung unterstützen, die Bewertung gesundheitlicher Bedürfnisse und Prioritätensetzung erleichtern und die Möglichkeit zur Überwachung von Prozessen und Ergebnissen bieten. Die Erfassung eines breiten Spektrums von Indikatoren und die Disaggregation von Bevölkerungsdaten nach wichtigen Kategorien wie Einkommen, Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit ermöglicht politischen Entscheidungsträgern eine Bewertung der Verteilung des gesundheitlichen Nutzens unter den verschiedenen Bevölkerungsgruppen und eine Analyse von Fortschritten bei der Verwirklichung der Chancengleichheit.

49. Bei gesundheitspolitischen Entscheidungen von bevölkerungsweiter Relevanz sollten die besten Erkenntnisse aus vielfältigen Quellen gewonnen werden. Ein Mangel an definitiven und abschließenden Erkenntnissen sollte kein Grund zur Untätigkeit sein, insbesondere wenn das Risiko für die Gesundheit groß ist. Gesundheitspolitische Entscheidungen müssen auf transparente und demokratische Weise erfolgen und der Komplexität und Ungewissheit im Vorfeld Rechnung tragen; dabei kann das Vorsorgeprinzip als nützliches Instrument für das Risikomanagement dienen.

50. Eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Menschen, d. h. ihres Zugangs zu Gesundheitsinformationen und ihrer Fähigkeit, diese zu verstehen und wirksam in gesundheitsförderlicher Weise zu nutzen, ist für fundierte Entscheidungen und die Befähigung zum selbst bestimmten Handeln ausschlaggebend. Viele Menschen finden es schwer, sich in Gesundheitsdiensten zurechtzufinden, sich für die eigene gesundheitliche Versorgung zu engagieren und sich an der Entscheidungsfindung zu beteiligen, insbesondere wenn sie sich verwundbar oder krank fühlen, Schmerzen haben oder sich um ihre Gesundheit Sorgen machen.

51. Im Folgenden werden Beispiele für spezifische Maßnahmen genannt.

Vorhandenes Wissen besser nutzen

- Verdeutlichung, wo evidenzbasierte und hochgradig kosteneffektive Interventionen nutzbringender eingesetzt und wo erwiesenermaßen unwirksamere Maßnahmen zurückgefahren werden könnten.
- Einführung von Mechanismen für eine schnellere und wirksamere Umsetzung von Forschungserkenntnissen in die Praxis.
- Einbeziehung der Grundlagen der Krankheitsprävention in die Aus- und Weiterbildung für Gesundheitspersonal, wo der Schwerpunkt oft noch auf akuter bzw. kurativer Versorgung liegt.

Neues Wissen und neue Informationen gewinnen

- Sicherstellung einer routinemäßigen Bewertung und Überwachung von Konzepten und Diensten.
- Schaffung bzw. Stärkung von Institutionen, die für die Gestaltung von Konzepten, für konzeptuelle Beratung oder für konzeptuelle Bewertung und Forschung verantwortlich sind.
- Bestimmung und Bewältigung von Defiziten in der Erforschung gesundheitspolitischer Maßnahmen und entsprechende Umschichtung von Ressourcen.

- Einführung von Gesundheitsüberwachungssystemen für breit gefasste (und disaggregierte) Daten über Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsrisiken und Gesundheitsdeterminanten.
- Ausbau des Wissens über die Zusammenhänge zwischen sozialen Determinanten und Gesundheitsergebnissen.
- Bei der Finanzierung neuer Forschungsvorhaben: Gewährleistung, dass Männer wie Frauen einbezogen werden (sofern nicht der Ausschluss eines Geschlechts aufgrund vorliegender Erkenntnisse oder aus klinischen Gründen gerechtfertigt ist), dass alle Bevölkerungsgruppen bei der Probenahme vertreten sind und dass die beobachteten Unterschiede in den Ergebnissen Erwähnung finden.

Nutzung von Wissen für die politische Entscheidungsfindung erleichtern

- Erleichterung der Kommunikation zwischen Wissenschaftlern, politischen Beratern und Politikern, z. B. durch Gründung bzw. Ausbau nationaler Forschungsinstitute für öffentliche Gesundheit.
- Entwicklung der Fähigkeiten zur Nutzung und Einstufung von Gesundheitsinformationen für die Bewertung gesundheitlicher Erfordernisse und für Entscheidungsprozesse.

Wissen als Weg zu einer besseren Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln und zu Engagement nutzen

- Zusammenarbeit mit den Medien für eine bessere Vermittlung von Gesundheitsrisiken und -informationen an die Öffentlichkeit.
- Einbeziehung der Öffentlichkeit in die Prioritätensetzung und die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung.
- Sicherstellung des Zugangs zu wichtigen Gesundheitsinformationen für die jeweils Betroffenen und Förderung und Erleichterung der Informationssuche.
- Unterrichtung der Öffentlichkeit über Entwicklungen in der Gentechnik, die dadurch gebotenen Möglichkeiten und die jeweiligen ethischen Implikationen.
- Nutzung von Mechanismen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, etwa durch Entscheidungshilfen für Patienten und Selbstbehandlungskurse, und Bekämpfung von Analphabetismus und mangelnden Sprachkenntnissen als Hindernis für die Gesundheitskompetenz.
- Aufbau von Gesundheitskompetenz außerhalb der medizinischen Berufe, sofern ein Einfluss auf Gesundheit und ihre Determinanten gegeben ist, etwa bei Lehrern, Polizeibeamten, Städteplanern, Sozialarbeitern und Journalisten.

Regulierung und Finanzierung

52. Regulierung und Gesetzgebung sind grundlegende Elemente der Gesundheitspolitik und -praxis. Über die Zuständigkeit der Gesundheitsministerien für die Regulierung herrscht allgemein Übereinstimmung. Sie umfasst die Vorgabe eines Regulierungsrahmens zur Verhaltenssteuerung der Akteure im Gesundheitssystem, die nicht auf das Gesundheitsministerium und den öffentlichen Sektor beschränkt sind, und die Sicherstellung der Einhaltung dieses Rahmens. Während der Regulierungsrahmen hochgradig kosteneffektive gesundheitspolitische Interventionen enthalten kann, würde ein Mangel an Engagement und Mitteleinsatz potenziell die Fähigkeit des Staates zur Umsetzung und zum Vollzug ordnungspolitischer Verpflichtungen beeinträchtigen.

53. Die Gesundheitsfinanzierung kann ein wichtiges Instrument zur Übertragung von Konzepten und Plänen in die Praxis sein. Gesundheitsfinanzierung umfasst als Oberbegriff drei Funktionen: (i) Einnahme von Mitteln, (ii) Zusammenführung der Mittel und Aufgreifen der Risiken in der gesamten Bevölkerung mit dem Ziel der Förderung gesellschaftlicher Solidarität und (iii) Einkauf von Leistungen, wobei die Mittel im Sinne einer optimalen Bevölkerungsgesundheit für Leistungserbringer und verschiedene Gesundheitsmaßnahmen eingesetzt werden. Verschiedene Finanzierungsmechanismen können als Hebel zur Veränderung bei der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten benutzt werden, z. B. die Schaffung von Anreizen für eine verbesserte Versorgung und Leistungserbringung, die Verringerung

der finanziellen Selbstbeteiligung und der Abbau finanzieller Barrieren für den Zugang zur benötigten Versorgung.

54. Im Folgenden werden Beispiele für spezifische Maßnahmen auf internationaler, nationaler und/oder lokaler Ebene genannt.

Entwicklung und Durchsetzung von Regulierungsrahmen (gesetzliche und andere Vorschriften, Verordnungen, Verträge)

- Beschränkung von Werbung, Sponsoring und Verkaufsförderung für Produkte wie Tabak, Alkohol und bestimmte Lebensmittel, insbesondere in Verbindung mit jungen Menschen sowie Unterricht und Sport.
- Schutz gegen Passivrauchen durch Rauchverbot an allen öffentlichen Orten, u. a. in öffentlichen Verkehrsmitteln, am Arbeitsplatz, in Kneipen, Restaurants, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen.
- Nutzung von Ausschank-, Lizenz- und Verkaufsbestimmungen zur Eindämmung der Zugänglichkeit von Tabak und Alkohol, insbesondere für junge Menschen.
- Durchsetzung der geltenden Gesundheitsvorschriften, z. B. der Bestimmungen über Alkohol am Steuer.
- Nutzung der Menschenrechtsgesetzgebung für gesundheitspolitische Zwecke, z. B. durch Förderung von Gesundheit als Menschenrecht, Beschränkung der kommerziellen Werbung für Kinder, Bekämpfung von Diskriminierung aufgrund von Alter, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit sowie Beendigung der erniedrigenden Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.
- Steuerung der Qualität bestimmter Produkte (wie Nahrungsmittel, Tabak, Alkohol und Medikamente) sowie der entsprechenden Verbraucherinformationen durch Bestimmungen über Inhalt, Verpackung und Vermarktung sowie Überwachung ihrer Einhaltung.
- Klare und verständliche Nährwertkennzeichnung als Entscheidungshilfe für gesündere Lebensmitteleinkäufe durch die Verbraucher.
- Zusammenarbeit mit der Industrie durch freiwillige Selbstverpflichtungen und Vorschriften zur Reduzierung von Salz-, Fett- und Zuckerzusätzen in verarbeiteten Lebensmitteln und Vermarktung bestimmter energiereicher, nährstoffarmer Lebensmittel und Getränke für Kinder.
- Regulierung des baulichen Umfelds, z. B. durch Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Verkehrs- und Städteplanungsvorhaben, um das Gehen und Radfahren zu fördern, Linderung beengter Wohnverhältnisse und Verbesserung von Möglichkeiten der sozialen Interaktion.
- Förderung der Sicherheit am Arbeitsplatz und der Umwelt durch Bekämpfung der Luftverschmutzung und der Exposition gegenüber gefährlichen Stäuben und Chemikalien, physikalischen und biologischen Einwirkungen, insbesondere während der Schwangerschaft sowie im Kindes- und Jugendalter.

Nutzung fiskalischer Maßnahmen zur Förderung gesünderer Entscheidungen

- Zusammenarbeit mit Landwirtschaft und Industrie auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene zur Verbesserung der Verfügbarkeit von Obst, Gemüse und anderen gesunden Lebensmitteln zu bezahlbaren Preisen.
- Zusammenarbeit mit den lokalen Behörden und anderen Akteuren zur Verbesserung des Zugangs zu bezahlbaren Angeboten für körperliche Betätigung.
- Subventionen zur Beeinflussung des Lebensmittelkonsums in Bereichen wie Schule und Arbeitsplatz.
- Beseitigung von Subventionen für die Erzeugung ungesunder Produkte wie Tabak und allmähliche Verlagerung der Subventionen für Fleisch und Milchprodukte hin zu Obst und Gemüse.

- Entwurf einer Steuerpolitik, die hohe Preise für Alkohol- und Tabakprodukte sicherstellt.
- Entwicklung einer Steuerpolitik, die nachhaltige und umweltfreundlichere Verkehrsmittel fördert und Anreize für den Umstieg auf das Gehen, das Radfahren oder die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel schafft.
- Erkundung der Möglichkeiten zur Beeinflussung des Lebensmittelkonsums durch Lebensmittelsteuern und andere fiskalische Maßnahmen.

Nutzung von Gesundheitsfinanzierungsmechanismen zur Herbeiführung von Veränderungen

- Erforschung der Mittelzuweisung als Möglichkeit zur Umverteilung von Ressourcen nach relativer Bedürftigkeit, Krankheitslast, Kosteneffektivität der Intervention und potenziellem gesundheitlichen Nutzen und gleichzeitig Anerkennung der in manchen Ländern bestehenden „Doppelbelastung“ durch übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten.
- Prüfung der Nutzung von „Sündensteuern“ (Tabak, Alkohol usw.) zur Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, wobei die Mittel in Bereiche mit besonders hoher Krankheitslast fließen und Interventionen zur sinnvollen Bekämpfung einer Reihe von Risikofaktoren und -verhaltensweisen finanzieren und nicht nur Tabak und Alkohol bekämpfen sollen.
- Einsatz der Gesundheitsfinanzierung zum Abbau finanzieller Versorgungsbarrieren und zur Sicherung des allgemeinen Zugangs zu einem Grundpaket wirksamer Präventions- und Behandlungsmaßnahmen.
- Erkundung finanzieller Anreize für eine Ausdehnung der Krankheitspräventionsangebote und eine bessere Versorgung chronisch Kranker, z. B. durch die Zahlungsverfahren an Hausärzte.

Kapazitäten

55. Grundsätzlich gibt es drei Arten von Ressourcen innerhalb eines Gesundheitssystems: Die Humanressourcen (Gesundheitspersonal, Gesundheitsexperten usw.), die Infrastruktur (Gebäude, Einrichtungen usw.) und Verbrauchsmaterialien (Arzneimittel, Technologien usw.). Investitionen in diese Ressourcen sind erforderlich, um qualitativ hochwertige Gesundheitsinterventionen und verschiedene Leistungen des Gesundheitssystems zu erhalten.

56. Für die Planung der Humanressourcen ist es wesentlich sicherzustellen, dass die Gesundheitsfachkräfte in der erforderlichen Zahl und Kategorie ausgebildet und am richtigen Ort eingesetzt werden und dass sie ihre Kompetenz, Qualität und Produktivität aufrechterhalten. Die Verlagerung des Schwerpunkts von akuten auf chronische Gesundheitsprobleme bringt neuartige Anforderungen an das Gesundheitspersonal mit sich, sodass dessen Fähigkeiten und Fachkenntnisse in Richtung eines stärker patientenzentrierten, integrierten Versorgungsmodells erweitert werden müssen (21). Ein besonderes Problem für die Region besteht in der Schwierigkeit, die Verfügbarkeit, die Fähigkeiten und die Motivation im öffentlichen Gesundheitssystem zu erhalten, insbesondere angesichts durch Migration zugänglichen attraktiveren Alternativen. Innerhalb der Gesundheitsberufe genießen Kliniker u. U. ein höheres „Sozialprestige“ als Experten für Bevölkerungsgesundheit und die „unsichtbare“ Arbeit derjenigen, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung befassen, wird oft im Bereich von Ausbildung, Personalpolitik und Karrieremöglichkeiten im Gesundheitswesen nicht ausreichend anerkannt.

57. Im Folgenden werden Beispiele für spezifische Maßnahmen genannt.

Investitionen in Humanressourcen für Gesundheit

- Aus- und Fortbildung der vorhandenen und künftigen Gesundheitsfachkräfte zur Verbesserung ihres Fachwissens und Erweiterung ihrer Fähigkeiten auf dem Gebiet von Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sowie einer für Geschlecht und Ethnizität sensiblen Leistungserbringung.

- Stärkung der Kapazität und Infrastruktur des Gesundheitswesens durch stärkere Betonung von Fähigkeiten in den Bereichen politische Gestaltung, Forschung und öffentliche Gesundheit in der Ausbildung und durch Prüfung von Möglichkeiten zur Verbesserung der Verfügbarkeit, Motivation und Verteilung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen.
- Stärkung der Patienten als Hilfe für sich selbst und andere bei Krankheitsmanagement und -prävention, z. B. durch Annahme des Modells vom „kompetenten Patienten“.
- Bessere Nutzung der vorhandenen Humanressourcen, z. B. durch erweiterte Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeit von Pflegekräften, Zahnärzten und Apothekern.

Entwicklung von Einrichtungen, Laboren, Geräten, Technologien und Arzneimitteln

- Gewährleistung, dass die für die Prävention benötigte Grundausstattung, z. B. Messgeräte für Blutdruck und Atemspitzenfluss, Waagen, Glukosemesser zuverlässig funktionieren und bezahlbar und leicht verfügbar sind.
- Nutzung von Gesundheitstechnologie-Bewertung als Instrument zur Verlagerung von kostspieligen auf bezahlbarere und geeignete Gesundheitstechnologien.
- Sicherstellung einer ausreichenden Schulung für die Nutzung und Wartung der kostspieligeren Technologien, um eine optimale Nutzung der Investitionen zu gewährleisten.
- Förderung der Einhaltung von Medikationsplänen durch den Patienten (um ihren Zugang zu wirksamer Behandlung zu sichern) und Schulung des Patienten in der korrekten Anwendung von Gesundheitstechnologie, z. B. Glukosemetern, im Zuge der Selbstbehandlung.

Unterstützung durch das persönliche Umfeld

58. Eine Person kann mehreren Gemeinschaften angehören, die durch Geografie, Beruf, gesellschaftliche Gruppen, Freizeitaktivitäten und gemeinsame Interessen geprägt sind. Diese können über eine gemeinsame Kultur und gemeinsame Wertvorstellungen und Normen verfügen und durch eine übergeordnete Thematik und Zielsetzung verbunden sein. Eine Gemeinschaft kann Einzelpersonen durch Schaffung sozialer Netze und Mobilisierung gesellschaftlicher Unterstützung helfen; dies kann den Zusammenhalt zwischen Menschen fördern und ihnen über schwierige Übergangssituationen des Lebens und Zeiten erhöhter Verwundbarkeit hinweghelfen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Gemeinschaft erfordern ein gemeinsames Handeln von Einzelpersonen mit dem Ziel, mehr Einfluss und Kontrolle über die Gesundheitsdeterminanten sowie die Lebensqualität und das Wohlbefinden in der Gemeinschaft zu erlangen. Der Schauplatz solcher täglichen Aktivitäten, z. B. Schule oder Arbeitsplatz, ist ein Ort, an dem die Menschen ihre Umgebung aktiv gestalten und gesundheitsbezogene Probleme lösen können. Eine Gemeinschaft kann sich so organisieren, dass Einzelpersonen und Familien ein bestimmtes Maß an Verantwortung für sich und ihre Gemeinschaft in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden übernehmen. So haben sich z. B. teilweise Patientenvereine oder Hilfguppen gebildet, um Familien und Dauerpatienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen zu unterstützen. Die Befähigung von Gemeinschaften zur Selbstorganisation und Beteiligung an der öffentlichen Diskussion und Entscheidungsfindung ist von zentraler Bedeutung, wenn mehr Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich erreicht werden soll.

59. Im Folgenden werden Beispiele für spezifische Maßnahmen genannt.

Entwicklung unterstützender Gemeinschaften durch Förderung gesundheitlicher Schutzfaktoren

- Befähigung von Einzelpersonen zum Handeln für die eigene Gesundheit und die ihrer Familie.
- Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Stärkung der Mittel gesellschaftlicher Unterstützung, etwa durch Gründung von Gemeinschaftsnetzen oder Schaffung von Orten der sozialen Begegnung.
- Förderung von gesellschaftlicher Verantwortung sowie Toleranz und Verständnis für die soziale und ethnische Diversität, um die Integration ethnischer und anderer Minderheiten voranzutreiben.

Systematische sektorübergreifende Zusammenarbeit gegen Stressfaktoren und für größere Belastbarkeit

- Förderung eines gesunden Lebensanfangs und Unterstützung positiver Beziehungen zwischen Eltern und Kind von Geburt an, wobei den Eltern von Kleinkindern und jungen Müttern bei der Entwicklung elterlicher Fähigkeiten geholfen werden soll.
- Verringerung von Kindesmissbrauch und -vernachlässigung und Bekämpfung geschlechtsspezifischer Gewalt, da diese u. a. ein erhöhtes Risiko körperlicher oder seelischer Erkrankungen im späteren Leben mit sich bringen.

Ausbau des gesundheitsförderlichen Potenzials von Bereichen wie Schule, Krankenhaus und Arbeitsplatz

- Förderung einer „aktiven Fortbewegung“, insbesondere für das Pendeln zu Schule und Arbeitsplatz.
- Verbesserung der Schul- und Betriebskantinen durch das Angebot gesünderer Alternativen.
- Anpassung des Arbeitsplatzes und Anregung von Veränderungen in der städtischen Umgebung zwecks Förderung körperlicher Betätigung.

Befähigung aller Mitglieder einer Gemeinschaft zum Erreichen ihres vollen Potenzials

- Gewährleistung von Chancengleichheit für eine bessere Gesundheit aller in der Gemeinschaft.
- Verbesserung der Bildungs- und Beschäftigungschancen für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.
- Beseitigung von Beschäftigungshindernissen wie Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen und langfristigen Erkrankungen (z. B. Diabetes).
- Unterstützung des Bemühens älterer Menschen, so lange wie möglich körperlich aktiv und unabhängig zu bleiben.

Erbringung von Gesundheitsleistungen

60. Die Erbringungsfunktion eines Gesundheitssystems betrifft die Wirtschaftlichkeit bei der Herstellung und Bereitstellung einer optimalen Kombination aus benötigten Leistungen. Dabei kommt es vor allem darauf an, dass die benötigten Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung flächendeckend bereitgestellt werden und kundenorientiert sind und dass ihre Qualität, Sicherheit und Bedarfsgerechtigkeit überwacht und ggf. verbessert werden. Dieser Prozess kann durch eine geeignete Gestaltung der Leistungen und der Leitungsinformationssysteme gefördert werden.

61. Um auf die gegenwärtige Krankheitsbelastung wirksam reagieren zu können, muss in den Gesundheitssystemen ein grundlegender Paradigmenwandel stattfinden: weg von dem ärztlichen, kurativen Modell der Gesundheitsversorgung, die oft nur reaktiv, ungeplant und sporadisch erfolgt, und hin zu einem strukturierteren Modell für Patienten mit chronischen Erkrankungen. Benötigt wird ein effektiverer systematischer Ansatz, bei dem die Versorgung sich nach dem Bedarf richtet und die Patienten mit chronischen oder langfristigen Erkrankungen einbezogen werden. Eine solche maßgeschneiderte Versorgung würde innerhalb eines gesundheitsförderlichen Umfelds stattfinden, das Gesundheitschancen fördert.

62. Im Folgenden werden Vorschläge für spezifische Maßnahmen genannt.

Paradigmenwechsel in der Versorgung hin zu einem Modell der Langzeitversorgung chronisch Kranker

- Besser integrierte Versorgung über institutionelle Grenzen hinweg (primäre Gesundheitsversorgung, Krankenhaus, Notversorgung usw.) innerhalb der Gesundheitsdienste, z. B. durch Fallmanagement und multidisziplinäre Teams.

Gesundheitsdienste gesundheitsförderlicher gestalten

- Nutzung der bereits erwähnten „Hebel“ (Bildung, Ausbildung, Finanzierung), um die Chancen für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu verbessern.
- Sicherstellung, dass Personal, Abläufe und Verfahren in Krankenhäusern sich weiterhin für die erfolgreiche Aufnahme und Fortsetzung des Stillens einsetzen.

Verbesserung der Versorgungsstandards

- Verwendung von Leistungsindikatoren für das Gesundheitssystem und von Verfahren zur Qualitätssicherung, mit denen die Versorgungsqualität gemessen, überwacht und regelmäßig zurückgemeldet wird.
- Verwendung evidenzbasierter Entscheidungsfindungsinstrumente, die den Klinikern in ihrer klinischen Praxis und bei der Umsetzung entsprechender Leitlinien von Nutzen sein können.
- Nutzung der Kraft der chronisch Kranken zur Verbesserung ihrer Versorgung sowie ihrer Gesundheitsergebnisse, z. B. durch Unterstützung, Befähigung und Ausrüstung der Patienten für eine größere Einflussnahme auf ihre Gesundheit.
- Verwendung finanzieller Anreize wie die Bindung höherer Zahlungen an eine verbesserte klinische Leistung.

Verbesserung der Planung und Erbringung von Leistungen

- Schaffung von vernetzten Angeboten und Pfaden, die die Grenzen zwischen Gesundheitswesen, Sozialfürsorge und anderen Bereichen überwinden und bürgernahe Leistungen ermöglichen, wie sie für Menschen mit langfristigen Erkrankungen besser geeignet sind.
- Entwicklung und Umsetzung nationaler Leistungsrahmen für die Bekämpfung der wichtigsten Krankheiten, die mit einer hohen Krankheitslast verbunden sind, z. B. Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wo bestimmte Charakteristika vorliegen bei Anerkennung der Bedürfnisse der bereits mit der Krankheit lebenden Patienten sowie ihrer Familien und der Gesundheitsfachkräfte.
- Entwicklung spezialisierter Angebote für junge und ältere Menschen sowie geschlechtsspezifischer Angebote.
- Ausgestaltung der Dienste zur Verbesserung von Chancengleichheit, Bezahlbarkeit und Zugänglichkeit für marginalisierte und anfällige Gruppen.
- Sicherung der Vertretung von Betroffenen und Betreuenden in Ausschüssen und Gruppen, welche für die Planung, Erbringung, Überprüfung und Inspektion der Angebote verantwortlich sind.
- Sicherstellung, dass alle Präventions- und Behandlungsprogramme geschlechtsspezifischen Kriterien genügen, indem Männer wie Frauen in ihre Ausarbeitung einbezogen werden.

Handeln

Derzeitige Situation in der Region

63. **Die Europäische Region besitzt ein hohes Maß an Diversität und die Länder befinden sich bei der Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten in unterschiedlichen Phasen.** Die meisten Länder verfügen bereits über ein Spektrum an Grundsatzmaßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten und ihre Risikofaktoren (Tabelle 2). Diese Situation entspricht der großen Vielfalt der durch nichtübertragbare Krankheiten verursachten Probleme und den unterschiedlichen Kapazitäten der Länder zu ihrer Bewältigung. In den letzten fünf Jahren waren positive Trends festzustellen: Mehr Länder entwickeln nun spezifische Konzepte und Rechtsvorschriften für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und sehen dafür entsprechende Haushaltsmittel vor. Dennoch verfügen nach wie vor mehr Länder über nationale Protokolle, Leitfäden oder Normen für Krankheiten wie Diabetes,

Herzkrankheit und Krebs als über die entsprechenden Politikinstrumente zur Förderung von Gewichtskontrolle und körperlicher Betätigung.

Tabelle 2: In den Ländern der Region für nichtübertragbare Krankheiten vorhandene relevante Konzepte, Programme und Rechtsvorschriften

	Nationale Gesundheitspolitik	Spezifisches staatliches Programm	Gesetz, Rechtsvorschrift, ministerielle Verordnung
Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten	28	28	--
Eindämmung des Tabakgebrauchs	28	25	37
Ernährung/Nahrung	24	20	35
Körperliche Betätigung	19	17	13
Maßnahmen zur Steuerung des Alkoholkonsums	19	17	28
Bluthochdruck	15	16	--
Diabetes	20	29	--
Herzkrankheit	20	20	--
Schlaganfall	17	14	--
Krebs	23	23	--
Chronische Atemwegserkrankungen	13	10	--
Andere chronische Erkrankungen	10	10	--

Quelle: WHO-Umfrage über Konzepte und Kapazitäten in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten in der Europäischen Region 2005–2006. Antworten aus 38 von 52 Ländern

64. **Die Länder haben ihren heutigen Stand auf verschiedenen Wegen erreicht.** Dabei scheint anfangs häufig die Schwerpunktlegung auf einen einzelnen Risikofaktor oder eine einzelne Krankheit zu stehen, was durch ein entsprechendes Interesse des Gesundheitsministeriums oder der Wissenschaft bedingt sein mag. In einigen Ländern gibt es Präventionspläne für Krebs bzw. Herzkrankheiten neben Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und/oder zur Förderung besserer Ernährung. In der Anfangsphase sind solche Maßnahmen oft nur von begrenztem Umfang und laufen weitgehend separat ab. Mit der Zeit jedoch können die Aktionen umfassendere und sektorübergreifendere Formen annehmen, doch solange die eher vertikal ausgerichteten Programme nicht auch „horizontal“ verknüpft werden, gehen Chancen verloren und kann es zu Überschneidungen und damit Vergeudung von Ressourcen kommen.

65. In manchen Ländern kann die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten eher auf ein gewisses Spektrum von Risikofaktoren bzw. Krankheiten abzielen. So kann es z. B. eine einzige Strategie für Ernährung, Bewegung und Prävention von Adipositas geben. Zwar sind bei der bevölkerungsweiten Prävention erhebliche Fortschritte erzielt worden, doch gehen dabei teilweise Chancen zur Einbeziehung und Neuausrichtung des Gesundheitssystems bzw. zur Verknüpfung mit übergeordneten gesellschaftlichen Anstrengungen zur Bewältigung der Gesundheitsdeterminanten verloren. So kann es beispielsweise nationale Leitfäden zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mittels eines multifaktoriellen Ansatzes geben und gleichzeitig können die für ihre erfolgreiche Umsetzung erforderlichen Veränderungen am Gesundheitssystem, insbesondere in der primären Gesundheitsversorgung, noch fehlen. Oder es wird auf nationaler Ebene die Notwendigkeit hervorgehoben, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu verringern oder den gesundheitsbezogenen Umweltschutz zu verbessern, ohne dass explizit eine Verbindung zu Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten hergestellt wird.

66. Ein umfassendes und integriertes Konzept zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten scheint es bisher erst in relativ wenigen Ländern zu geben. Bei einem solchen Szenario wäre

ein multifaktorieller Ansatz für die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten durch die Bewältigung gemeinsamer Risikofaktoren fest etabliert und sowohl auf die Gesamtbevölkerung als auch auf die stark gefährdeten Gruppen ausgerichtet. Dabei würden Chancen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention innerhalb der Gesundheitsdienste genutzt und dies würde durch einen Ausbau der primären Gesundheitsversorgung, eine Reform des Gesundheitssystems und geeignete Mechanismen zur Gesundheitsfinanzierung ergänzt. Etwaige Defizite in der Qualität der Langzeitversorgung wären zu diesem Zeitpunkt erkannt und Gegenmaßnahmen in Form von Programmen ergriffen worden und dabei wäre eine Leistungskontrolle sowie die Beteiligung von Betroffenen und Betreuenden bei der Planung und Erbringung der Leistungen vorgesehen. Die Bemühungen um eine Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit würden auch auf andere Bereiche übertragen und miteinander verknüpft: Neue nationale Gesundheitskonzepte, die auf die vorgelagerten Ursachen abzielen und Zielvorgaben für die Gesundheitsdeterminanten enthalten, würden die krankheitsbezogenen Konzepte ablösen oder ergänzen, damit Möglichkeiten für einen systematischen Abbau der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich erkannt werden. Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung würde institutionell verankert und das Konzept der „Gesundheit in aller Politik“ würde an Boden gewinnen.

Voranschreiten

67. Bei der Antwort auf die Bedrohung durch nichtübertragbare Krankheiten ist die Rolle des Staates von entscheidender Bedeutung. Im Rahmen seiner Aufsichts- und Schutzfunktion muss der Staat die primäre Steuerungs- und Führungsrolle bei Gegenmaßnahmen übernehmen, den Gesundheitsministerien kommt eine besondere Aufgabe und Verantwortung beim Eintreten für Veränderungen (s. Absatz 46–47) und bei der Koordinierung und Erleichterung der Beiträge anderer staatlicher und nichtstaatlicher Akteure zu. Die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten muss als Investition in Gesundheit und Entwicklung und als wesentlich für den Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich begriffen werden – und somit als Kernaufgabe für alle staatlichen Bereiche. Die Folgen von Untätigkeit hätten alle zu tragen. Durch entschlossenes Engagement auf höchster politischer Ebene für eine Verbesserung der Gesundheitssituation und eine Verringerung von Ungerechtigkeiten könnten alle Grundsatzmaßnahmen auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet und ausgeformt werden. Investitionen in die Gesundheit werden sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitswesens benötigt und der Einsatz der Mittel muss ggf. neu ausgerichtet werden. Für ein anhaltendes Engagement auf hoher Ebene für gemeinsames Handeln muss eine Regierung möglicherweise ein hochrangiges Gremium aus führenden politischen Entscheidungsträgern einsetzen, die zur Ausgabe von Ressortmitteln befugt sind und gemeinsam über ausreichend Macht verfügen, um Veränderungen in Gang zu bringen, deren Auswirkungen zu überwachen und für die Erreichung des Ziels verantwortlich und rechenschaftspflichtig sind. Für die Überwachung der Umsetzung der Politik sollte eine verantwortliche Ansprechperson bestimmt werden und für die Umsetzung der Strategie sind der Größe der Aufgabe entsprechende Mittel entscheidend.

68. Bei der Formulierung und Umsetzung einer Antwort auf die Bedrohung durch nichtübertragbare Krankheiten wird ein breites Spektrum von Akteuren auf allen Ebenen benötigt. Dabei muss der Staat u. a. mit folgenden nationalen wie internationalen Akteuren zusammenarbeiten: Entscheidungsträger aus den Bereichen Gesundheit, Ernährung, Landwirtschaft, Finanzen, Umwelt und Verkehr, Bildung und Jugend, Sport und Freizeit; Planer, Leistungsanbieter und Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen; Gesundheitsbehörden und Forschungseinrichtungen; Städteplaner; Privatwirtschaft und Arbeitgeberverbände; nichtstaatliche Organisation und Berufsverbände; Vertreter der Zivilgesellschaft – Patienten, Betreuer und die Öffentlichkeit; Medien. Unternehmen können bei der Förderung eines gesunden Lebensstils und entsprechender Wahlmöglichkeiten und Chancen eine bedeutende Rolle spielen, wenn sie sich für die jeweiligen Gesundheitsziele einsetzen und diesem Bemühen nicht durch ihre übrigen Geschäftspraktiken entgegenwirken. Ihr möglicher Beitrag reicht von der Herstellung und Vermarktung von Produkten bis zu ihrer Rolle als verantwortungsbewusste Arbeitgeber und ihrem Einfluss auf lokale Gemeinschaften. Ein Partnerschaftsgremium, ein nationales Forum, Podium oder Bündnis unter Beteiligung der wichtigsten Interessengruppen kann einen wesentlichen Beitrag zur multisektoriellen Arbeit leisten.

69. **Die größten gesundheitlichen Zugewinne liegen in der Verringerung der sozialen Ungleichheiten in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten.** In allen Ländern herrscht ein signifikantes soziales Gefälle bezüglich der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Morbidität und Mortalität. Ein Übersehen dieser Tatsache würde Fortschritte bei der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit nur verzögern. Durch Aufbau einer umfassenden Strategie für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten innerhalb des Gesundheitssektors und durch Annahme multisektorieller Konzepte für die sozialen Determinanten im weiteren Sinne können geeignete und wirksame Grundsatzoptionen für den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten bestimmt und priorisiert werden.

70. **Die staatlichen Entscheidungsprozesse sollten sich durch Transparenz auszeichnen,** öffentliche Nachfragen und Diskussionen zulassen und die Ungewissheit und Grenzen der vorliegenden Erkenntnisse berücksichtigen, diese jedoch gegen das Ausmaß der bestehenden Gefahr abwägen. Breit angelegte und offene Konsultationen zu Vorschlägen und Plänen können deren Qualität verbessern und die Akzeptanz und Umsetzung befördern. Dazu sind u. U. neue Mechanismen erforderlich, etwa regelmäßige Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen, um die öffentliche Diskussion über die jeweilige Thematik zu erleichtern. Bei der Vermittlung der wichtigsten Sachfragen an die Öffentlichkeit kommt den Medien eine bedeutende Rolle zu. Auch Zivilgesellschaft und nichtstaatliche Organisationen können einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie die Verbraucher auf Themen aufmerksam machen, Maßnahmen veranlassen, durch Lobbyarbeit auf den Staat einwirken, ihn für sein Handeln zur Rechenschaft ziehen und als „Wachhund“ für die Umsetzung der Strategie dienen.

71. **Die Länder müssen auf ihrer jeweiligen Situation sowie der vorhandenen Infrastruktur aufbauen:** Viele Initiativen und Konzepte sind bereits vorhanden, doch befinden sie sich in unterschiedlichen Phasen der Entwicklung bzw. Umsetzung und sind unterschiedlich erfolgreich oder verpassen Chancen für Synergieeffekte und Kohärenz der Bemühungen. Beispielsweise muss u. U. die Kopplung zwischen den bereits eingegangenen Verpflichtungen in den Bereichen Tabak- und Alkoholkonsum, psychische Gesundheit, Umweltschutz und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verstärkt werden. Eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe oder ein entsprechender Aktionsplan kann hierbei zur Koordinierung der verschiedenen gemeinsamen Programme und Strategien der WHO zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten dienen, einschließlich der Arbeit der jeweiligen nationalen Ansprechpersonen. Einige Mitgliedstaaten haben nationale Institute für Bevölkerungsgesundheit als staatliche Stellen gegründet, die aktiv für Strategien gegen nichtübertragbare Krankheiten eintreten und vermitteln, die Strategien überwachen und bewerten und bei der Entscheidungsfindung fachliche Unterstützung leisten.

72. **Die Europäische Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten bietet die Gelegenheit zur Schaffung eines Rahmens** oder Gerüsts, das die einzelnen Komponenten auf das gemeinsame Ziel ausrichtet. Bei ihrer voranschreitenden Arbeit können die Länder u. a. folgende Schritte prüfen:

- Zusammenbringen der maßgeblichen Akteure aus den zentralen Interessengruppen aus Gesundheitsbereich und Gesellschaft insgesamt, einschließlich aller anderen staatlichen Ressorts, deren Politik Auswirkungen auf die Gesundheit hat,
- Durchführung einer Situationsanalyse zur Bewertung des Ausmaßes des Problems und seiner sozioökonomischen, geschlechtsspezifischen, ethnischen und geografischen Verteilung und zur Bestimmung der Grundsatzoptionen und vorrangigen Handlungsfelder,
- Bewertung von bereits ergriffenen Maßnahmen, vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen, Stärken und Schwächen sowie Defiziten und Chancen,
- Wahl der im jeweiligen Landeskontext geeignetsten und realistischsten Optionen aus den verschiedenen möglichen evidenzbasierten Interventionen,
- Festlegung klarer und konkreter Ziele entsprechend den besonderen Bedürfnissen und Prioritäten des Landes und mit lokal geltenden Zielvorgaben und expliziten Etappenzielen,
- Ausarbeitung eines Umsetzungsplans, aus dem hervorgeht, wer wann was tun muss und in dem die unterschiedlichen Rollen der vielfältigen Akteure genutzt werden und bestimmt wird, wer Vorreiter der Veränderung sein sollte und

- Einführung von Verfahren zur systematischen Überwachung und Bewertung von Grundsatz- und Programminterventionen und Weitergabe der erhaltenen Informationen an die verantwortlichen Gremien.

73. **Themen der Überwachung, Bewertung und Kontrolle sind von besonderer Bedeutung.** 32 der 38 Länder der Region, die den bereits erwähnten Fragebogen der WHO (s. Tabelle 2) beantwortet haben, verfügen über ein nationales Gesundheitsinformationssystem, das die nichtübertragbaren Krankheiten und ihre wichtigsten Risikofaktoren umfasst; in 35 der 38 Länder werden nichtübertragbare Krankheiten im nationalen Gesundheitsbericht thematisiert; und in 29 der 38 Länder werden nichtübertragbare Krankheiten im regulären oder routinemäßigen Überwachungssystem erfasst. Allerdings gibt es mehr Länder, deren Überwachungssystem Diabetes, Herzkrankheiten und Krebs erfasst, als Länder, die auch die Risikofaktoren wie Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Alkoholkonsum abdecken. Die folgenden Aspekte müssen staatliche Behörden in ihrem Handeln besonders beachten:

- Systeme für Gesundheitsinformationen und -wissen müssen über ausreichende Kapazität und Qualität verfügen, wenn sie als Grundlage für Entscheidungsprozesse, Prioritätensetzung und Mittelzuweisung dienen sollen.
- Die Überwachung der Bevölkerungsgesundheit durch die Systeme muss routinemäßig erfolgen und die Auswertung muss fester Bestandteil der Intervention sein; die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsforschung muss ausreichend sein, insbesondere für Maße der Kostenwirksamkeit und für bevölkerungsweite Interventionen.
- Die Überwachungssysteme müssen alle relevanten Informationen aus den verschiedenen Sektoren verarbeiten; die Daten sollten nach Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit erfasst, analysiert und gemeldet werden, um die Ermittlung etwaiger Ungleichheiten zu erleichtern.
- Angesichts der großen Spannweite der Strategie und der multifaktoriellen Verursachung der nichtübertragbaren Krankheiten kommt es darauf an, ein breites Spektrum von Indikatoren zu verwenden, die Prozesse und Ergebnisse überwachen und auf die Gesundheitsdeterminanten sowie auf Risikofaktoren und Krankheiten zu achten.
- Gesundheitsbehörden und Forschungsinstitutionen müssen möglicherweise verstärkt und in ihren Kapazitäten erweitert werden, um neue und erweiterte Aufgaben der fachlichen Unterstützung wahrnehmen zu können.

74. **Alle Länder der Region können trotz enormer Unterschiede hinsichtlich Volkseinkommen und Kapazitäten nichtübertragbare Krankheiten wirksam bekämpfen.** Die bekanntermaßen wirksamen Maßnahmen können relativ kostengünstig (z. B. Besteuerung von Tabak- und Alkoholprodukten) oder relativ kostspielig (z. B. Statin-Medikation), relativ einfach (z. B. Blutdruckmessen) oder relativ kompliziert (z. B. Schlaganfallstationen) sein. Alle Länder haben ein Interesse an einer effizienteren Nutzung ihrer begrenzten Mittel. Interventionen mit geringer Wirkung oder Kostenwirksamkeit müssen u. U. im Umfang reduziert werden, wenn sie bereits auf breiter Ebene angewandt werden, bzw. dürfen bei Anwendung im geringen Umfang nicht ausgedehnt werden. Interventionen mit hoher Wirkung oder Kostenvorteil sollten in großem Umfang genutzt werden und sind bei geringer Nutzung ein Hinweis auf eine verpasste Chance. Die Bandbreite von Maßnahmen, die ein Land ergreift, richtet sich nach dem Kontext: So sind manche Interventionen mehr von den institutionellen und organisatorischen Kapazitäten des Gesundheitssystems abhängig als andere. Bei Entscheidungen über Mittelzuweisung und Prioritätensetzung für Erkrankungen oder Interventionen müssen auch epidemiologische, medizinische, politische, ethische und kulturelle Aspekte gebührend berücksichtigt werden.

Ausblick – Das weitere Vorgehen

75. Die wichtigste Herausforderung für die Gesundheitspolitik in der Europäischen Region liegt darin, die Bedrohung durch nichtübertragbare Krankheiten und die diesbezüglichen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu verringern. Die vorliegende Strategie skizziert einen umfassenden, handlungsorientierten Ansatz für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Zwar unterscheiden sich die

einzelnen Länder der Region voneinander, insbesondere aufgrund der großen Vielfalt von Problemen in Bezug auf die nichtübertragbaren Krankheiten sowie hinsichtlich ihrer Mittel und Kapazitäten, doch sind alle zu wirksamen Gegenmaßnahmen imstande.

76. Die WHO kann die Mitgliedstaaten auf folgende Weise bei ihren Anstrengungen unterstützen:

Intensivierung der Zusammenarbeit auf internationaler, bilateraler und multilateraler Ebene

- Förderung des politischen Engagements durch Hervorhebung von Investitionen in die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten als wichtigem Punkt der politischen Agenda.
- Schaffung von Mechanismen für Maßnahmen zu Gesundheitsdeterminanten durch einen multisektoriellen Ansatz, insbesondere bei länderübergreifenden Fragen.
- Entwicklung eines Bündnisses für Überzeugungsarbeit und Handlung im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten und der durch sie bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten, welchem die wichtigsten internationalen Akteure in der Region angehören, darunter die zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen.
- Einführung eines Netzes nationaler Ansprechpersonen als Beratungsmechanismus der WHO für die Umsetzung der Europäischen Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten.

Erleichterung von Informationsaustausch, fachlicher Zusammenarbeit und Kapazitätsaufbau

- Stärkung der Rolle der WHO als Anlaufstelle für relevante Fachinformationen zur Unterstützung der Länder.
- Ausweitung von Abstimmung, Stimmigkeit und Synergien zwischen den einschlägigen Programmen, die sich mit verschiedenen Aspekten der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten befassen.
- Ausarbeitung eines Berichts der Europäischen Region über nichtübertragbare Krankheiten zur Unterstützung der Strategie und Entwicklung anderer Instrumente für die Umsetzung, Vermittlung und Überwachung.
- Veröffentlichung von Fallstudien und Beispielen guter Praxis.

Forschung, Überwachung und Surveillance

- Bündelung der gemeinsamen Bemühungen mit anderen Organisationen um eine bessere Überwachung nichtübertragbarer Krankheiten innerhalb der Länder wie auch der Region insgesamt.
- Entwicklung und Anpassung von Indikatoren für die Überwachung und Messung von Fortschritten unter expliziter Berücksichtigung sozioökonomischer, geschlechtsspezifischer und anderer relevanter Unterschiede.
- Ermittlung von Forschungslücken zu Fragen von gesundheitspolitischer Bedeutung und Möglichkeiten zu ihrer Überbrückung.

Literatur²

1. *Preventing chronic diseases: A vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf).
2. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050909_1?language=German).
3. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>).
4. Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile*. Brussels, European Commission, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf).
5. *Supporting people with long-term conditions. An NHS and social care model to support local innovation and integration*. London, Department of Health, 2005 (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/98/68/04099868.pdf>).
6. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/).
7. Third Joint European Societies' Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Guidelines for CVD Prevention. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2003, 10: Supplement 1.
8. *National cancer control guidelines: policies and managerial guidelines. 2nd edition*. Geneva, World Health Organization 2002 (<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>).
9. *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gcp/).
10. *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
11. *European action towards better musculoskeletal health. A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions*. Lund, University Hospital Department of Orthopedics, 2000 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf).
12. Rechel B, Shapo L, McKee M. *Millennium Development Goals for health in Europe and Central Asia: relevance and policy implications*. Washington DC, World Bank, 2004 (World Bank Working Paper no. 33).
13. *Dying too young: addressing premature mortality and ill health among the Russian working population*. Washington DC, World Bank, 2005 (World Bank Report no. 32377-RU).
14. Wanless D. *Securing good health for the whole population. Final report*. London, HM Treasury, 2004 (http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm).
15. *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 7, <http://www.euro.who.int/document/e87861g.pdf>).
16. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html).
17. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>).

² Alle Verweise auf Websites beziehen sich auf den Stand 10. Juli 2006.

18. *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E83057.pdf>).
19. *Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme* . (Dokument EUR/RC55/9, <http://www.euro.who.int/document/RC55/gdoc09rev1.pdf>) und *Stärkung der europäischen Gesundheitssysteme als Fortsetzung der Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“* (Resolution EUR/RC55/R8 des WHO-Regionalkomitees für Europa, http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2?language=German). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005.
20. *The Mexico Statement on Health Research. Knowledge for better health: strengthening health systems.* Geneva, World Health Organization, 2005 (annex to World Health Assembly document A58/22, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_22-en.pdf).
21. *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chronic_conditions/resources/workforce_report.pdf).
22. Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries. 2nd edition.* Washington DC, IBRD/ World Bank and Oxford University Press, 2006 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=dcp2.TOC&depth=2>).