



WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
KOPENHAGEN

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

Punkt 7 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC51/7
+ EUR/RC51/Conf.Doc./4
19. Juli 2001
10102M
ORIGINAL: ENGLISCH

DER EUROPÄISCHE GESUNDHEITSBERICHT

ZUSAMMENFASSUNG DER ERSTEN ERKENNTNISSE

Mit Resolution EUR/RC49/R10 wurde der Regionaldirektor ersucht, dem Regionalkomitee auf dessen einundfünfzigster Tagung über die Gesundheitssituation in der Region Bericht zu erstatten.

Dieses Dokument enthält die ersten Erkenntnisse aus der Standortbestimmung zur „Gesundheit für alle“ und vermittelt, gestützt auf die vorliegenden Daten, einen Überblick über die wichtigsten Trends in der Europäischen Region.

Im Hinblick auf den demnächst herauszugebenden abschließenden Bericht über die Gesundheit in Europa, der eine detailliertere Analyse der Situation in der Region enthält, wird das Regionalkomitee gebeten, zu diesen ersten Erkenntnissen Stellung zu nehmen.

Ein Entschließungsentwurf ist im Anhang zur Erörterung durch das Regionalkomitee beigefügt.

INHALT

	<i>Seite</i>
Einleitung.....	1
Die Gesundheitssituation innerhalb der Europäischen Region der WHO.....	1
Lebenserwartung und Sterblichkeit	1
Die volkswirtschaftlichen Belastungen durch Krankheit	2
Übertragbare Krankheiten	2
Nichtübertragbare Krankheiten	3
Psychische Gesundheit	4
Unfälle	4
Die Gesundheit in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen	4
Die Gesundheit von Kindern.....	4
Die Gesundheit von Jugendlichen	5
Die Gesundheit von Frauen	5
Altern und Gesundheit	6
Die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten.....	6
Sozioökonomische Ungleichheiten	6
Lebensweisen.....	7
Ernährung	7
Körperliche Aktivität	7
Tabak.....	7
Alkohol.....	8
Drogen.....	8
Umwelt.....	9
Luftgüte und Gesundheit	9
Lebensmittelsicherheit und Gesundheit	9
Wasser und Gesundheit	9
Ionisierende Strahlung und Gesundheit	9
Systeme der Gesundheitsversorgung	10
Grundsatzfragen betreffend Gesundheitssysteme	10
Organisation und Management	10
Finanzierung.....	10
Qualitätsverbesserung	11
Arzneimittel	11
Patientenrechte	11
Erbringung von Gesundheitsleistungen	11
Trends der Gesundheitsreformen.....	12
Umfassende gesundheitspolitische Konzepte	13
Abschließende Bemerkungen.....	14

EINLEITUNG

1. Zur Europäischen Region der WHO gehören einige der reichsten Länder der Welt, andererseits auch sehr arme Länder. Und was noch schlimmer ist: eine größere Gruppe von Ländern – im Vergleich zu vor zehn Jahren – gehört jetzt zu den ärmsten Ländern. 1999 bezifferte sich das Bruttoinlandsprodukt (BIP) auf von 255 US-\$ bis zu über 41 000 US-\$ pro Kopf der Bevölkerung. Je weiter man nach Osten kommt, desto schlimmer ist die Situation. In den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOE) und den neuen unabhängigen Staaten (NUS) war im letzten Jahrzehnt die stärkste Verschlechterung zu verzeichnen. Wo früher nur ein kleiner Teil der Bevölkerung von Armut betroffen war, verfügt jetzt in einigen Ländern ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung nur über ein ganz geringes Einkommen. Selbst in den reichsten Ländern ist die Verteilung des Wohlstands alles andere als ausgewogen, und auch dort gibt es noch Armut.

2. Außerdem hat die Region in den 90er Jahren in verschiedenen Mitgliedstaaten eine Reihe von ernststen Notstandssituationen erlebt mit bewaffneten Konflikten. Der gewaltsame Zerfall des früheren Jugoslawiens war das herausragendste Beispiel – dort hat der Krieg zwischen 1992 und 1996 mehr als 200 000 Menschen getötet, Hunderttausende verwundet und über 4 Millionen Personen aus ihrem Heim vertrieben. Die daraus resultierende Migration – sowohl grenzüberschreitend als auch innerhalb eines Landes selbst – brachte ernste Gesundheitsprobleme mit sich.

3. Mit diesem Papier wird der Versuch unternommen, einen Überblick über die wichtigsten Trends in der Region zu geben; allerdings sind die verfügbaren Daten hinsichtlich ihrer Genauigkeit, Vollständigkeit und Vergleichbarkeit von begrenztem Wert. In dem demnächst erscheinenden Europäischen Gesundheitsbericht werden viel mehr Details enthalten sein. In beiden Dokumenten wird die traditionelle Gruppierung der Länder vorgenommen, d. h. Westeuropa (die hochentwickelten Länder mit Marktwirtschaft innerhalb und außerhalb der Europäischen Union), NUS (die nach dem Zerfall der Sowjetunion gebildeten 15 neuen unabhängigen Staaten) sowie MOE-Länder (die 12 mittel- und osteuropäischen Länder mit ehemals zentraler Planwirtschaft).¹ Es wird eingeräumt, dass eine solche Gruppierung angesichts der heterogenen Situation in den Ländern häufig nur von geringer Relevanz ist. Die Frage der teilregionalen Gruppierung muss für künftige Berichte näher untersucht werden.

4. In dem Bericht wird das immer ausgeprägtere Gefälle im Gesundheitsstatus zwischen den Ländern in der Europäischen Region herausgestellt, das sich in den vielfältigen Veränderungen bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren widerspiegelt. Des Weiteren wird die wichtige Rolle unterstrichen, die den sozioökonomischen Bestimmungsfaktoren für Gesundheit bei der Entstehung dieses Gefälles zukommt. Mehr denn je lautet die größte Herausforderung für die einzelnen Mitgliedstaaten und für die Gemeinschaft der europäischen Länder: Solidarität und Multisektorialität im Gesundheitsbereich zu erreichen.

DIE GESUNDHEITSSITUATION INNERHALB DER EUROPÄISCHEN REGION DER WHO

Lebenserwartung und Sterblichkeit

5. Die letzten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts waren von einem zunehmenden Ost-West-Gefälle bei der Sterblichkeit und einer sich immer breiter öffnenden Schere hinsichtlich der Lebenserwartung der Bevölkerung des östlichen und des westlichen Teils der Europäischen Region der WHO geprägt. In allen westlichen Ländern hat sich die Lebenserwartung stetig erhöht. In den EU-Ländern betrug diese Erhöhung zwischen 1970 und 1995 rund vier Jahre, in den Altersgruppen 15 und 65 Jahre sowie bei der Geburt. Obwohl die Lebenserwartung bei der Geburt 1970 im Schnitt im östlichen Teil der Region ähnlich hoch gewesen ist, hat sich die Schere zwischen den MOE- und EU-Ländern geöffnet: 1990 betrug der

¹ Diese Gruppierungen dienen in erster Linie dem Zweck, stichhaltige Vergleiche der historisch ähnlichen Trends vornehmen zu können (vor allem in Bezug auf die Mortalität in den 15 NUS). Da sich diese Trends verändern, ist die Frage einer weiteren Unterteilung in den einzelnen Gruppen zu untersuchen.

Unterschied rund fünf Jahre, 1999 in etwa sechs Jahre. Zwischen den EU-Ländern und den NUS ist das Gefälle im gleichen Zeitraum sogar noch größer gewesen (sechs bzw. zehn Jahre). Bei der Lebenserwartung in den NUS sind große Fluktuationen zu verzeichnen, insbesondere ein deutlicher Rückgang zwischen 1986 und 1994. Die letzten Zahlen sind zwar noch niedriger als die Werte für 1970, lassen jedoch eine Verbesserung der Situation erkennen. Die Trends verlaufen ähnlich bei Männern und Frauen, bei den Männern seit jeher ungünstiger. Die unterschiedliche Lebenserwartung bei Männern und Frauen ist in den NUS (durchschnittlich mehr als zehn Jahre) und in den MOE-Ländern (rund 7,5 Jahre) viel größer als in den EU-Ländern (rund 6 Jahre). Aus den jüngsten Berichten geht hervor, dass 25 Länder in der Region bereits eine Lebenserwartung bei Geburt von 75 Jahren erreicht haben, wohingegen die Lebenserwartung in zwölf Ländern weniger als 70 Jahre beträgt.

6. Die auf teilnationaler Ebene erhältlichen Daten zeigen, dass die gebietsbezogenen Unterschiede innerhalb der Länder im östlichen Teil der Region ausgeprägter sind. So beträgt zum Beispiel der Unterschied zwischen dem höchsten und niedrigsten Wert für die Lebenserwartung in den einzelnen Provinzen in Schweden ungefähr 2 Jahre, zwischen den *oblasts* in der Russischen Föderation indessen 15 Jahre.

7. Eine Analyse der Mortalitätsmuster in Europa, nach Alter und Geschlecht, zeigt, dass die größten Unterschiede zwischen den EU-Ländern und den NUS (Durchschnittswerte) bei der Sterblichkeit in der Altersgruppe 25–34 Jahre sind. Mit zunehmendem Alter verringert sich der relative Unterschied allmählich. Bezüglich des Ost-West-Gefälles bei der Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung beträgt die unterschiedliche Sterblichkeit in der Altersgruppe 15–64 Jahre 7,5 Jahre (58%) und insgesamt gesehen 12,8 Jahre. Eine Analyse der Veränderungen der Sterbeziffern während des Rückgangs der Lebenserwartung bis 1994 und während der anschließenden Verbesserung in den Jahren 1995–1997 zeigt, dass diese Veränderungen hauptsächlich das Resultat der Fluktuationen bei den Sterbefällen infolge von äußeren Ursachen sowie Herz-Kreislaufkrankheiten in den mittleren Altersgruppen waren.

Die volkswirtschaftlichen Belastungen durch Krankheit

Übertragbare Krankheiten

8. Die westeuropäischen Länder haben bei den übertragbaren Krankheiten einen stetigen Rückgang, beziehungsweise einen unveränderten Trend der Erkrankungen und Sterbefälle verzeichnet. Im östlichen Teil der Region ist die Situation indessen weitaus weniger zufriedenstellend. Die MOE-Länder registrierten einen mäßigen Anstieg der Krankheits- und Sterbefälle in den 90er Jahren, wohingegen in den NUS ein bisweilen dramatischer Anstieg beobachtet wurde. Den letzten verfügbaren Daten zufolge hat sich die Situation zum Ende des Jahrzehnts etwas verbessert.

9. Die Rückkehr der Diphtherie führte seit 1990 zu einer großen Epidemie in den NUS, und auch in anderen europäischen Ländern gab es etliche Diphtheriefälle. Die Diphtherie-Epidemie ist jetzt unter Kontrolle gebracht worden und die Inzidenz hat in den meisten Ländern wieder den einstigen Stand (also das Niveau von vor Beginn der Epidemie) erreicht.

10. Die in den 80er Jahren aus Europa nahezu verbannte Malaria ist in einigen Ländern der Region seit 1990 wieder epidemisch aufgetreten. 1997 wurden 76 996 Fälle in Aserbaidschan, Tadschikistan, der Türkei und, in geringerem Ausmaß, in Armenien und Turkmenistan verzeichnet und auch in anderen Ländern gab es eine Reihe von importierten Malariafällen. Gegenwärtig hat die Malaria in Georgien und Usbekistan epidemische Ausmaße erreicht. Seit 1996 ist ein rückläufiger Trend zu beobachten (32 724 Fälle in 2000).

11. Die Kampagne der WHO zur Eradikation der Poliomyelitis wurde bisher erfolgreich durchgeführt. Seit zwei Jahren wurde keine Infektion mit Polio-Wildvirus in der Region mehr festgestellt. Die beiden vor kurzem in Bulgarien aufgetretenen Fälle zeigen jedoch, dass importierte Virus für einige nicht geimpfte Bevölkerungsgruppen eine Gefahr darstellt. Eine rasche Reaktion war wegen der guten Krankheitsüberwachung durch die örtlichen Behörden möglich.

12. Das globale Ziel des erweiterten Immunisierungsprogramms der WHO – eine Verringerung der Masern-Sterblichkeit um 95% – wurde erreicht.

13. Sehr große Probleme sind Tuberkulose und HIV/Aids. In westeuropäischen Ländern ist jetzt ein rückläufiger Trend bei der Aids-Inzidenz zu verzeichnen, was teilweise auf die Wirksamkeit der antiretroviralen Therapie zurückzuführen ist, die den Krankheitsbeginn bei HIV-Infizierten hinauszögert. Ein alarmierender Anstieg von HIV-Infektionen und sexuell übertragbaren Krankheiten ist in den letzten Jahren in den NUS zu beobachten. 1999 wurden über 370 000 neue Fälle von Tuberkulose in der Region festgestellt, die höchste Zahl in den letzten beiden Jahrzehnten. Die meisten dieser Fälle traten in den MOE-Ländern und NUS auf. Hinzu kommt, dass sich die multiresistente Tuberkulose, die weitaus schwieriger und mit einem hundertfach höheren Kostenaufwand zu behandeln ist, in der gesamten Region ausbreitet. Weiteren Anlass zur Besorgnis geben Tuberkulose-Epidemien in Gefängnissen sowie die Verbindung zwischen Tuberkulose und HIV-Infektionen.

Nichtübertragbare Krankheiten

14. Überall in der Region bringen nichtübertragbare Krankheiten die größten volkswirtschaftlichen Belastungen mit sich. Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, Diabetes und chronische Lungenerkrankungen sind hier die größten Probleme. 1990 betrug der Verlust an behinderungsfreien Lebensjahren (DALYs = Lebensjahre unter Berücksichtigung von behindernden Gebrechen) infolge von nichtübertragbaren Krankheiten 73% der gesamten DALYs in den ehemaligen sozialistischen Wirtschaftssystemen und 82% in den hochentwickelten Marktwirtschaften. Es wird geschätzt, dass sich diese prozentualen Anteile bis 2020 u. U. auf 80% bzw. 84% erhöhen.

15. Herz-Kreislaufkrankheiten sind für rund die Hälfte aller Todesfälle in Europa verantwortlich. Die Spanne reicht hier von 60% in einigen MOE-Ländern/NUS bis 35% in einigen EU-Ländern. Über die Hälfte des Ost-West-Gefälles in der Lebenserwartung geht auf die Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten zurück. Die durchschnittlichen Sterberaten an Herz-Kreislaufkrankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre, bezogen auf 100 000 Einwohner, waren 1970 ähnlich hoch (um 100), doch jetzt beziffern sie sich auf ungefähr 50 in Westeuropa, 106 in den MOE-Ländern und 240 in den NUS. Wegen der unterschiedlichen Registrierung der Todesursachen sind diese Zahlen indessen für einen Vergleich zwischen Ländern oder Ländergruppen nicht ohne weiteres geeignet. Wie z. B. bereits im letzten Bericht über die Gesundheit in Europa (1997)² bemerkt, könnte ein Teil dieser höheren Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten unter Männern in einigen osteuropäischen Ländern auf Alkoholvergiftung zurückzuführen sein.

16. Krebserkrankungen sind für fast ein Fünftel aller Todesfälle verantwortlich, wobei die Spanne von rund 30% in einigen westlichen Ländern bis etwa 10% in einigen östlichen Ländern reicht. Die durchschnittliche Krebsmortalitätsrate in der Bevölkerungsgruppe 0–64 Jahre beträgt 80 je 100 000 Einwohner in der EU, 106 in den MOE-Ländern und 101 in den NUS. Im westlichen Teil Europas hat sich diese Rate rückläufig entwickelt und liegt jetzt um ungefähr 13% unter der Rate von 1980. Die meisten MOE-Länder verzeichneten bis 1990 einen Anstieg, daraufhin folgte eine konstante oder sogar leicht rückläufige Entwicklung seit 1995. In den NUS ist dasselbe Muster erkennbar. Bei den über 65-Jährigen ist die Krebssterblichkeit höher als im westlichen Teil der Region.

17. Mit zunehmendem Alter der Bevölkerung nehmen auch die gesundheitlichen Probleme durch andere chronische Krankheiten zu, beispielsweise Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. 20–25 Millionen Menschen in Europa leiden an Diabetes. Die Mortalitätsdaten zeigen einen konstanten oder rückläufigen Trend in EU- und MOE-Ländern, aber einen Aufwärtstrend in einigen NUS.

² *Gesundheit in Europa 1997: Bericht über die dritte Fortschrittsbewertung zur „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region der WHO (1996–1997)*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 83).

Psychische Gesundheit

18. Das Ausmaß der Belastungen durch psychiatrische Störungen wird im Allgemeinen unterschätzt. Störungen der psychischen Gesundheit – die von Stress über Depression und Neurosen bis zu ernststen Psychosen reichen – sind die häufigsten Gesundheitsprobleme in allen Bevölkerungsgruppen. Der Prozentsatz der Bevölkerung mit ernststen psychiatrischen Störungen variiert – entsprechend den Registern und Meldungen der Länder – zwischen weniger als 1% und 6%; in den meisten Ländern liegt der prozentuale Anteil bei 1–3%. Die oft nicht registrierten weniger ernststen psychiatrischen Störungen sind jedoch weitaus häufiger.

19. Nach Schätzungen der globalen Krankheitsauswirkungen gingen 11% der insgesamt um Jahre der Krankheit verminderten Lebenserwartung (unter Berücksichtigung sämtlicher Krankheiten und Verletzungen) im Jahr 1999 auf psychiatrische und neurologische Störungen zurück. Allein Depression hatte einen Anteil von 4,1% und liegt an vierter Stelle der führenden Hauptursachen für krankheitsbedingte volkswirtschaftliche Belastungen. Es wird davon ausgegangen, dass Depression bis zum Jahr 2020 die zweithäufigste Ursache für um Jahre der Krankheit verminderte Lebensjahre ist, an zweiter Stelle hinter der ischämischen Herzkrankheit. Depression führt zu erheblichen Behinderungen und zu höherer Mortalität. Obwohl die Sterberaten infolge von Suizid und selbst beigebrachten Verletzungen durchschnittlich in den EU- und MOE-Ländern rückläufig sind, zeigt der Trend in den NUS – nach einem deutlichen Rückgang in dem Zeitraum 1984–1986 – einen erneuten Anstieg in der Periode 1990–1995.

20. Die Ursachen und Auswirkungen von psychiatrischen Störungen hängen von verschiedenen sozialen und wirtschaftlichen Faktoren ab. In Osteuropa werden die psychiatrischen Gesundheitsprobleme mit dem Rückgang der Lebenserwartung im letzten Jahrzehnt assoziiert, der mit den zeitgleichen wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen zusammenhängt. Insbesondere gibt es einige Anzeichen für den Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und der Häufigkeit der Depression.

21. Die Standards der psychiatrischen Versorgung unterscheiden sich stark in Europa. In den östlichen Ländern existieren noch immer sehr große Anstalten, wohingegen man in den westlichen Ländern einer gemeindenahen Psychiatrie den Vorzug gibt. Doch auch dieses Modell ist mit Problemen verbunden, beispielsweise dem Mangel an qualifizierten Fachkräften.

Unfälle

22. Unfälle und andere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen sind für etwa ein Zehntel der Gesamtsterblichkeit verantwortlich (rund 6% bzw. 12% im Durchschnitt in den westlichen Ländern und im östlichen Teil der Region). Äußere Ursachen sind der Hauptgrund für Tod in den jüngeren Altersgruppen und dementsprechend für einen Großteil der vorzeitigen Sterbefälle verantwortlich. In den EU-Ländern lag die standardisierte Sterbeziffer infolge von äußeren Ursachen 1999 bei unter 40 je 100 000 Einwohner (das entspricht einem Rückgang um über 30% gegenüber 1980). Von 1980 bis 1992 verzeichneten die MOE-Länder eine durchschnittliche Mortalitätsrate von rund 80 je 100 000 Einwohner, doch dann verringerte sich die Rate stetig bis auf 65 je 100 000 Einwohner im Jahr 1999. In den NUS folgte nach einem – im Schnitt – beträchtlichen Rückgang von 140 auf 92 je 100 000 Einwohner zwischen 1980 und 1987 dann ein scharfer Anstieg bis auf 188 in 1994. Seitdem hat sich die Situation verbessert, doch der Durchschnittswert liegt noch immer über dem Niveau von 1980.

Die Gesundheit in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen

Die Gesundheit von Kindern

23. Die Chancen, dass ein Kind gesund geboren wird und das erste Lebensjahr vollendet, sind in der Region unterschiedlich. Die westeuropäischen Länder haben einen bemerkenswert niedrigen Stand der Säuglingssterblichkeit erreicht. Dennoch gibt es noch immer signifikante Ungleichheiten zwischen den sozialen Gruppen. Im östlichen Teil der Region ist die Säuglingssterblichkeit in den beiden letzten Jahrzehnten ständig gesunken, aber im Vergleich zu westeuropäischen Ländern noch immer hoch. Den letzten offiziellen Zahlen zufolge haben sechs Länder in der Region noch immer eine Säuglingssterblichkeitsrate

von über 20 je 1000 Lebendgeburten (in anderen Quellen wird sogar eine höhere Rate und eine größere Zahl von Ländern genannt). Dreißig Länder haben eine Säuglingssterblichkeitsrate von unter 10 je 1000 Lebendgeburten ausgewiesen. Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaften von Teenagern gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Säuglingssterblichkeit, und zwar sowohl in Ost- als auch in Westeuropa.

24. Auch in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit, vor Erreichung des fünften Lebensjahrs zu sterben, bestehen große Unterschiede: Die Spanne reicht hier von weniger als 5 bis zu über 50 je 1000 Lebendgeburten, wobei der Durchschnitt bei 6 pro 1000 in den EU-Ländern, 15 pro 1000 in den MOE-Ländern und 26 pro 1000 in den NUS liegt. Noch immer sterben Kinder an verhütbaren oder heilbaren Krankheiten. In vielen Ländern geht ein Großteil der Krankheits- und Todesfälle bei Kindern vor Erreichung des fünften Lebensjahrs auf das Konto von Durchfallerkrankungen und akuten Atemwegsinfektionen. In der Altersgruppe bis fünf Jahre ist die Sterblichkeit infolge von Unfällen und anderen äußeren Ursachen in den meisten Ländern der Region deutlich zurückgegangen, doch in einigen NUS ist diese Rate um etliches höher als im europäischen Durchschnitt.

25. Armut und ungewisse Zukunft sind wichtige Determinanten für die Gesundheit von Kindern. Die bedeutendsten Faktoren in dieser Hinsicht sind die sozialen Unruhen und bewaffneten Konflikte in mehreren Ländern der Region. Ein anderer wesentlicher Faktor ist die enorme Ungleichheit in Bezug auf die Verfügbarkeit und die Qualität von perinatalen und postnatalen Diensten zwischen den Ländern, aber auch innerhalb der einzelnen Länder.

Die Gesundheit von Jugendlichen

26. Unfälle sind die Haupttodesursache bei Jugendlichen. Die Sterblichkeit infolge von äußeren Ursachen in der Altersgruppe von 5–19 Jahre ist in den meisten europäischen Ländern zurückgegangen, scheint sich in den NUS jedoch auf einem Niveau von etwa 28–29 Fällen je 100 000 Einwohner einzupendeln.

27. In den meisten europäischen Ländern liegt die Schwangerschaftsrate bei Teenagern der Altersgruppe 15–19 Jahre bei 12–25 pro 1000 Mädchen, in einigen Ländern jedoch weit darüber. In bestimmten Ländern ist ein Anstieg der Zahl der Schwangerschaften bei Teenagern im Alter von nur 12 oder 13 Jahren zu verzeichnen. Solche ungewollten Schwangerschaften sind häufig der Grund für gefährliche Abtreibungen, mit ernststen gesundheitlichen Folgen für die jungen Mädchen.

28. Weitere vorrangige Probleme in Bezug auf die Gesundheit von Jugendlichen ist der Konsum von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak. In vielen Ländern haben insbesondere der Alkoholkonsum und das Rauchen bei Jugendlichen zugenommen, was als Indiz für die Grenzen der derzeitigen Jugendpolitik zu werten ist.

Die Gesundheit von Frauen

29. Bezüglich der Müttersterblichkeit wurden wichtige Unterschiede festgestellt. Die westeuropäischen Länder haben – mit einer mehr oder minder konstanten Rate von 5–6 Sterbefällen pro 100 000 Lebendgeburten im letzten Jahrzehnt – bereits einen sehr niedrigen Stand erreicht. In den MOE-Ländern und NUS lag die durchschnittliche Müttersterblichkeitsrate bis 1990 bei ungefähr 40–50 pro 100 000. Seitdem sind die Sterbefälle in den MOE-Ländern auf rund 15 pro 100 000 zurückgegangen; demgegenüber war die rückläufige Entwicklung in den NUS deutlich langsamer, wo der Durchschnitt bei gegenwärtig 35 pro 100 000 Lebendgeburten liegt.

30. Die Gesundheit von Frauen ist nicht nur unter dem Aspekt der Reproduktionsfunktion der Frauen zu sehen, sondern unter sämtlichen körperlichen und emotionalen Aspekten während des gesamten Lebenszyklus einer Frau. In den MOE-Ländern und NUS hat das Jahrzehnt des Umbruchs negative Veränderungen mit sich gebracht, u. a. Einbuße früherer Verbesserungen hinsichtlich der Gesundheit von Frauen, ein größeres Morbiditäts- und Mortalitätsgefälle innerhalb von und zwischen den Ländern sowie eine

Abnahme der Fertilität bei Frauen. Die Gesundheit der Frauen in Flüchtlings- und Kriegssituationen ist sogar noch stärker beeinträchtigt worden.

31. Geschlechtsspezifische Gewalt beinhaltet vielfältige Formen des Missbrauchs, u. a. häusliche Gewalt, Vergewaltigung, sexuelle Übergriffe, Kindesmissbrauch, Drogenhandel, Prostitution und sexuelle Belästigung. In der Region waren zwischen 20% und 50% der Frauen von einer oder mehreren Formen des Missbrauchs betroffen. Eine besondere Risikogruppe sind Migranten und Flüchtlingsfrauen; sie bedürfen besonderer Beachtung.

Altern und Gesundheit

32. Achtzehn von zwanzig Ländern mit dem weltweit höchsten Prozentsatz alter Menschen liegen in der Europäischen Region der WHO. In diesen Ländern sind zwischen 13,2% und 17,9% der Einwohner älter als 65 Jahre.

33. In den EU-Ländern ist die Lebenserwartung der 65-Jährigen stetig gestiegen, auf durchschnittlich mehr als 18 Jahre (seit 1980 eine Verbesserung um rund 2,5 Jahre). In den MOE-Ländern hat sich die Lebenserwartung in derselben Altersgruppe sehr viel langsamer erhöht und betrug 1999 ungefähr 15 Jahre (das entspricht einer Verbesserung um weniger als ein Jahr seit 1980). In den NUS hat sich die Situation seit 1990 verschlechtert: dort lag der Durchschnittswert 1999 bei 14 Jahren (das entspricht einem Verlust von einem halben Jahr seit 1980). Aus den für einige Länder Westeuropas vorliegenden Daten lässt sich schließen, dass der Zugewinn bei der Lebenserwartung der 65-Jährigen nicht mit einer Zunahme der mit schweren Behinderungen verbrachten Jahre einhergeht. Die höhere Lebenserwartung von Frauen der Altersgruppe 65 Jahre ist konstant geblieben und liegt im Schnitt bei rund drei oder vier Jahren in der Region.

34. In fast jedem europäischen Land sind die großen Gruppen von Krebs- und Herz-Kreislauf-erkrankungen zusammengenommen für rund zwei Drittel aller Sterbefälle in der Altersgruppe 65–74 Jahre verantwortlich und für die Hälfte der Sterbefälle bei den über 75-Jährigen. In dieser Altersgruppe sind auch Unfälle eine wichtige Ursache von Behinderungen und Tod.

35. Körperliche Gewalt gegen alte Menschen durch Pflegepersonal in der häuslichen Pflege oder in Institutionen ist in ganz Europa ein zunehmend anerkanntes Problem, mit unterschiedlichen Formen des Missbrauchs, der Ausbeutung und Vernachlässigung. Gegenwärtig wird das Ausmaß des Problems erforscht und die Risikofaktoren werden ermittelt.

DIE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSDETERMINANTEN

36. Es ist jetzt üblich, eine lange Liste von Determinanten für Gesundheit zu untersuchen, wie beispielsweise genetische und individuelle Faktoren, Lebensweisen, Umwelt sowie die Verfügbarkeit und Effizienz von Gesundheitsdiensten. Die von Land zu Land und zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb der Länder beobachteten großen Unterschiede im Gesundheitsstatus haben die Tatsache in den Brennpunkt gerückt, dass alle diese Determinanten mit sozialen und ökonomischen Faktoren verknüpft sind, die Kernstück der politischen und gesellschaftlichen Entwicklung sind.

Sozioökonomische Ungleichheiten

37. Armut – definiert nach Einkommen, sozioökonomischem Status, Lebensbedingungen oder Bildungsgrad – ist eine der größten Determinanten für schlechte Gesundheit. Die Folgen von Armut sind ein höheres persönliches und umweltbezogenes Risiko, schlechte Ernährung, geringerer Zugang zu Information und Wissen sowie eingeschränkte Möglichkeiten für gesundheitliche Versorgung. In einem wahren Teufelskreis führt schlechte Gesundheit zu Armut, weil sie die Produktivität, das Einkommen und die Lebensqualität verringert. Aus einigen Ländern wird noch immer berichtet, dass ein Großteil der Bevölkerung

über weniger als 2 US-\$ pro Tag zum Leben verfügt. Relative Armut ist auch in der Region ein ernstes Problem, wo ungefähr 165 Millionen Menschen unterhalb der Armutsgrenze leben.

38. Die Auswirkungen des sozioökonomischen Gefälles auf die Gesundheit der Bevölkerung sind nicht nur eine Sache von Armut. Fakten belegen, dass die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Ländern und zwischen den sozialen Gruppen innerhalb der Länder nicht allein mit dem Einkommensniveau zusammenhängen, sondern auch mit einer ungerechten Einkommensverteilung. Eine Analyse des gesundheitlichen Gefälles in Ländern der Europäischen Region zeigt, dass die Unterschiede in der Sterblichkeit entsprechend dem sozialen Status einem klaren Gradienten folgen: Die Sterbeziffern stehen im umgekehrten Verhältnis zur Stellung der Menschen in der sozialen Hierarchie. Ein beunruhigender Trend ist, dass die Dimension solcher sozioökonomischen Unterschiede in der Mortalität im östlichen Teil der Region zuzunehmen scheint. Zu einem großen Teil können die in den MOE-Ländern und NUS beobachteten Veränderungen in der Lebenserwartung mit der Zunahme der Armut und der ungleichen Einkommenssituation assoziiert werden.

39. Armut und niedriger wirtschaftlicher Status werden mit der Verbreitung von Krankheiten wie Tuberkulose und HIV/Aids in Verbindung gebracht, ferner mit Mütter- und Säuglingssterblichkeit, mit der Verbreitung des Rauchens und mit dem Risiko, in einer ungesunden Umwelt zu leben. Deshalb sind Strategien zur Auseinandersetzung mit Armut und sozioökonomischen Ungleichheiten im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheit und Reduzierung des gesundheitlichen Gefälles von wesentlicher Bedeutung.

Lebensweisen

Ernährung

40. Die einer falschen Ernährung zuzuschreibende Krankheitslast ist größer als oftmals eingeräumt. Erste Untersuchungen lassen erkennen, dass 4,5% der in EU-Ländern verlorenen behinderungsfreien Lebensjahre auf schlechte Ernährung zurückzuführen sind, weitere 3,7% auf Fettleibigkeit. Die wichtigsten ernährungsbedingten Gesundheitsprobleme sind: unzureichendes Stillen (wobei zwischen den Ländern große Unterschiede bestehen), Übergewicht und Fettsucht (in allen Altersgruppen rasch ansteigend), nicht-insulinabhängiger Diabetes (wovon rund 4% der Bevölkerung in den meisten Ländern betroffen sind), übermäßiger Fettverzehr und zu geringer Verzehr von Obst und Gemüse sowie Jod- und Eisenmangel. Allerdings sind auch hier die zugrunde liegenden Probleme wiederum: i) relative und absolute Armut, vor allem unter Arbeitslosen und alten Menschen, die sich billig ernähren müssen und ii) unzulängliche Nahrungsmittelproduktion und Verteilungsdefizite.

Körperliche Aktivität

41. Während früher als Fitnessstraining kräftige Aerobic-Dauerübungen empfohlen wurden, zeigen die jüngsten Erkenntnisse, dass der gesundheitliche Nutzen auch durch mäßig-intensive tägliche Aktivität mit Pausen erhöht wird. Es wird davon ausgegangen, dass durch mehr körperliche Aktivität folgende Resultate erzielt werden könnten: 15–39% weniger koronare Herzerkrankungen, 33% weniger Schlaganfälle, 12% weniger Bluthochdruck, 12–35% weniger Diabetes, 22–33% weniger Darmkrebs, 5–12% weniger Brustkrebs, 18% weniger osteoporotische Frakturen usw.

42. Nur wenige europäische Länder untersuchen regelmäßig die Gewohnheiten in Bezug auf körperliche Aktivität. Eine Studie in den 15 EU-Ländern zeigt, dass im Schnitt 57% der Bevölkerung zur Erhaltung ihrer Gesundheit körperlich zu wenig tun. Die Spanne reicht hier von 32% (Schweden) bis 83% (Portugal).

Tabak

43. Jedes Jahr gehen 1,2 Million Tote (14% aller Sterbefälle) auf das Konto des Tabakkonsums. Am schlimmsten ist die Situation in Osteuropa. Wenn bis zum Jahr 2020 keine strengeren Anti-Tabak-Maßnahmen erfolgen, könnte Rauchen für mehr als 2 Millionen Tote pro Jahr in der Region verantwortlich sein.

44. In der ersten Hälfte der 80er Jahre haben rund 40% der erwachsenen männlichen Bevölkerung in Europa täglich geraucht, und in den meisten Ländern hat die Häufigkeit des Rauchens bei Frauen und Jugendlichen zugenommen. Ende 1999 reichte der Prozentsatz der täglich rauchenden Bevölkerung in der Altersgruppe über 15 Jahre von 14% bis 48%. Ungefähr ein Drittel der Männer im westlichen Teil der Region waren Raucher, und ein weiteres Drittel Ex-Raucher. Im östlichen Teil der Region waren in vielen Ländern mehr als 50% der Männer Raucher. In den meisten Ländern rauchen mindestens 15% weniger Frauen als Männer. Im westlichen Teil der Region ist der entsprechende Prozentsatz konstant geblieben, aber in den Mittelmeerländern angestiegen.

45. Unter Jugendlichen ist Rauchen zu einer festen Gewohnheit geworden, und es gibt kaum Anzeichen dafür, dass sich hier etwas ändert – im Gegenteil: in vielen Ländern rauchen immer mehr Jugendliche. Der in 24 europäischen Ländern durchgeführten Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ zufolge sind zwischen den 1993/1994 und 1997/1998 durchgeführten Erhebungen wenig Veränderungen festzustellen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind besonders bemerkenswert: in allen MOE-Ländern rauchen über 15-jährige Jungen häufiger als Mädchen, während in den meisten westeuropäischen Ländern eher die Mädchen als die Jungen rauchen.

46. Die Veränderungen bei der Sterblichkeit infolge von Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs sind ein nützlicher Trendmarker bezüglich der Prävalenz des Rauchens und der entsprechenden Gesundheitsfolgen. Bis etwa 1990 hat die standardisierte Sterberate bei Männern in ganz Europa zugenommen. Seitdem hat sie sich in den meisten Ländern der Region stabilisiert oder verringert. Von 1994 bis 1998 sank die jährliche Rate je 100 000 Einwohner im Durchschnitt von 83 auf 73 in den NUS und von 73 auf 69 in den EU-Ländern, während sie in den MOE-Ländern mit ungefähr 88 konstant geblieben ist. Dieser Trend entspricht den beobachteten Veränderungen bezüglich der Häufigkeit des Rauchens. Bei den Frauen hat die Sterberate sowohl in den EU-Ländern als auch in den MOE-Ländern zugenommen.

Alkohol

47. Jahr für Jahr sterben über 55 000 junge Europäer durch Alkoholmissbrauch. Jeder vierte Todesfall bei europäischen Männern der Altersgruppe 15–29 Jahre hängt mit Alkohol zusammen. Alkohol ist für rund 9% der gesamten Krankheitsfolgen in der Region verantwortlich, denn er erhöht das Risiko von Leberzirrhose, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Krebs, psychiatrischen Störungen und anderen Krankheitszuständen. Außerdem gehen zwischen 40% und 60% aller Todesfälle infolge von Verletzungen auf das Konto des Alkohols. Alkoholkonsum, insbesondere akute Alkoholvergiftung, scheint größtenteils die zwischen EU-Ländern und den MOE/NUS-Ländern beobachteten Unterschiede bezüglich der Sterblichkeit junger Erwachsener zu erklären. Die Region hat den höchsten registrierten Alkoholverbrauch in der Welt: 7,3 Liter reiner Alkohol pro Person in 1998. Wenn man den inoffiziellen Alkoholkonsum hinzu-rechnet, kommen einige Länder auf rund 20 Liter pro Person.

48. Alkoholmissbrauch erhöht das Risiko von familiären, beruflichen und sozialen Problemen. Der Zusammenhang zwischen Alkohol und Kriminalität ist komplex, doch Alkohol ist direkt oder indirekt bei verschiedenen Arten von Gewalt, kriminellem Verhalten, Tötungsdelikten und Suizid impliziert. Alkohol verursacht der Gesellschaft enorme Kosten, wenn man die Kosten im Zusammenhang mit Fürsorgeleistungen, Gesundheitsdiensten, behördlichen und strafrechtlichen Maßnahmen sowie die Produktionsverluste betrachtet. Die durch Alkoholkonsum bedingten volkswirtschaftlichen Kosten betragen insgesamt zwischen 1% und 3% des Bruttoinlandsprodukts eines Landes.

49. Im Allgemeinen sind die westeuropäischen Länder zu einer strikteren Anti-Alkohol-Politik übergegangen, mit dem Ergebnis eines geringeren Alkoholkonsums und stärkeren Rückgangs alkoholbedingter Schäden als in vielen Ländern im zentralen und östlichen Teil der Region. Elf westeuropäische Länder, vier MOE-Länder und drei NUS haben sich für eine restriktivere Alkoholpolitik entschieden.

Drogen

50. Die Drogensituation in Europa hat sich weiter verschlimmert. In den westeuropäischen Ländern ist der Konsum von Cannabis unter jungen Leuten weit verbreitet; der Konsum von Aufputschmitteln der

Amphetamin-Gruppe und Kokain sowie Mehrfach-Drogenkonsum nimmt weiter zu; der Konsum von Opiaten (Heroin) ist mehr oder minder konstant geblieben. Je weiter man nach Osten kommt, desto beunruhigender ist die Situation: das gilt vor allem für die zunehmende Injektion von Opiaten in verschiedenen MOE-Ländern und die dramatisch rasche Verbreitung dieser Praxis in den meisten NUS. Parallel dazu ist ein besorgniserregendes Auftreten von HIV-Infektionen in den NUS festzustellen. Der Tausch von kontaminierten Nadeln und Spritzen ist eine der Hauptursachen für die rasche Verbreitung von HIV-Infektionen. Hepatitis tritt ebenso häufig bei Drogenkonsumenten auf (Prävalenz bis zu 60% und mehr). Eine weitere ernste Begleiterscheinung des Drogenkonsums sind psychiatrische Störungen. Einige Studien zeigen, dass schwere Depressionen dreimal häufiger unter Drogenkonsumenten als in der allgemeinen Bevölkerung vorkommen können.

Umwelt

51. Die gesundheitlichen Folgen von Umweltgefahren für den Menschen haben der Bevölkerung in Europa immer mehr Anlass zur Besorgnis in den letzten 20 Jahren gegeben. Die den umweltbedingten Auswirkungen auf die Gesundheit zugrunde liegenden Mechanismen sind von komplexer Natur. Die Erfahrung hat gezeigt, dass umweltbedingte Auswirkungen auf die Gesundheit nur im Kontext der nachhaltigen Entwicklung, durch Zusammenarbeit mit den einschlägigen Behörden und Akteuren gemindert werden können. Die derzeitige Situation in der Region ist nachstehend für die wichtigsten Aspekte des Bereichs Umwelt und Gesundheit zusammengefasst.

Luftgüte und Gesundheit

52. Jüngste Studien zeigen, dass schädliche Auswirkungen angesichts der gegenwärtigen Luftverschmutzung in Europa nicht ausbleiben. So ist es gut möglich, dass Schwebstäube in den EU-Ländern jedes Jahr den Tod von 100 000–300 000 Menschen verursachen können, Passivrauchen kann für 5000–10 000 Sterbefälle infolge von kardiovaskulären Krankheiten, 1000 Sterbefälle durch Lungenkrebs bei Nichtrauchern und 500 000 schwere Atemwegsinfektionen bei Kindern verursachen.

Lebensmittelsicherheit und Gesundheit

53. Viele Länder haben eine beträchtliche Zunahme der bakteriellen Lebensmittelkontaminationen dokumentiert. Die EU-Länder und Norwegen haben seit 1996 die Pestizidrückstände in Obst und Gemüse überwacht. 1998 haben die Pestizidrückstände in 3,1% aller Proben die Leitlinienwerte überschritten. Fast 100 Menschen sind bereits an Infektionen mit dem Erreger der bovinen spongiformen Enzephalopathie gestorben. (Über 180 000 BSE-Fälle bei Rindern sind aus dem Vereinigten Königreich sowie 1674 Fälle aus dem übrigen Europa gemeldet worden.)

Wasser und Gesundheit

54. Jüngsten Berichten zufolge gab es in 19 Ländern mehr als 700 Ausbrüche von durch Wasser verursachten Krankheiten, von denen im Durchschnitt jeweils 220 Menschen betroffen waren. Die gemeldeten Ausbrüche reflektieren indessen nicht nur die Inzidenz, sondern auch Aspekte wie die Entdeckung, Untersuchung und Meldung von solchen Krankheitsausbrüchen. Acht Länder sehen die Schadstoffbelastung durch Pestizide als ein besonders großes Problem für die Qualität des Trinkwassers an und mehrere Länder haben über hohe – für Babies und Kleinkinder gefährliche – Nitratkonzentrationen im Trinkwasser berichtet.

Ionisierende Strahlung und Gesundheit

55. Die Exposition gegenüber natürlicher Radioaktivität kann für einige Bevölkerungsgruppen von recht signifikanter gesundheitlicher Bedeutung sein. So kann beispielsweise Radon im häuslichen Umfeld zu einer jährlichen Belastung führen, die die für Expositionen am Arbeitsplatz festgelegten Dosis-Grenzwerte übersteigt.

56. Freisetzungen von ionisierenden Strahlen wurden nach Unfällen in Atomkraftwerken sowie als Folge von Waffentests und der Beseitigung von Waffen gemeldet. Eine Zunahme von Leukämiefällen ist

dem Unfall von Kystym in der Russischen Föderation zugeschrieben worden, und 1800 Fälle von Schilddrüsenkrebs werden als Folge des Unfalls von Tschernobyl im Jahre 1986 angesehen. Abgesehen von den Schilddrüsenkrebsfällen hat der Unfall von Tschernobyl auch wegen der psychosozialen Belastungen beträchtliche gesundheitliche Auswirkungen gehabt.

SYSTEME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

57. Die Leistungen eines Gesundheitssystems stehen in engem Zusammenhang mit der Art und Weise, wie es gestaltet, finanziert und gemanagt wird, sowie mit dem absoluten Betrag der verfügbaren finanziellen Mittel. Die Länder in der Europäischen Region verfolgen unterschiedliche Ansätze hinsichtlich der Gestaltung und des Managements ihrer Gesundheitssysteme. So gibt es beispielsweise große Unterschiede in Hinsicht auf die Art der Finanzierung (mit Implikationen für Zugang, Verteilungsgerechtigkeit und Kostendämpfung), den Grad der Zentralisierung, die Ausgewogenheit zwischen Prävention und Therapie und zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Pflege sowie die Aufmerksamkeit, die der Evaluierung und den Patientenrechten gewidmet wird. Die Kooperation der WHO auf diesem Sektor zielt darauf ab dazu beizutragen, dass die Mitgliedstaaten verstehen, wie sie die Leistung ihres eigenen Systems messen, die leistungsbestimmenden Faktoren identifizieren und ihr System verbessern können, um den Erfordernissen ihrer Bevölkerung besser zu entsprechen.

Grundsatzfragen betreffend Gesundheitssysteme

Organisation und Management

58. Der Bereich Organisation und Management des Gesundheitssystems gehört zu den vorrangigen Prioritäten der Mitgliedstaaten, da die wachsenden Forderungen nach mehr und besserer Gesundheitsversorgung mit den unveränderten bzw. sogar verminderten Ressourcen in Einklang gebracht werden müssen. Hier wurden vor allem zwei Beobachtungen in den letzten Jahren gemacht. Erstens: marktorientierte Konzepte für Gesundheitssysteme, darunter Maßnahmen wie Privatisierung, Selbstbeteiligungsmodelle oder Einzelleistungsvergütung, Wettbewerb der Leistungsanbieter oder -nutzer sowie ausgeklügelte Formen der Dezentralisierung haben ihre Grenzen hinsichtlich der Verbesserung der Verteilungsgerechtigkeit und Erreichung der erwarteten Effizienzsteigerung gezeigt. Zweitens: Die von einigen vorausgesagte Konvergenz unterschiedlicher Gesundheitssysteme ist noch nicht eingetreten. Viele Probleme sind allen Systemen gemeinsam, einige technische Lösungen sind sehr populär, doch die allgemeinen Merkmale der Gesundheitssysteme in Europa scheinen sich nicht auf einen Nenner bringen zu lassen. Vielmehr werden weiterhin unterschiedliche Lösungswege in ganz Europa ausprobiert; das erweitert die zur Verfügung stehende Informationsbasis über die Effizienz von alternativen Ansätzen, die von den Mitgliedstaaten verfolgt werden können, um ihre eigenen Systeme je nach ihren Erfordernissen, Ressourcen, Erfahrungen und soziokulturellen Gegebenheiten zu verbessern.

Finanzierung

59. Das Konzept einer „fairen Finanzierung“ der Gesundheitssysteme basiert auf dem Prinzip der Solidarität, d. h. einer gerechten Verteilung der Finanzierungskosten in der gesamten Bevölkerung. Es beinhaltet das Konzept eines Schutzes vor finanziellen Risiken in dem Sinne, dass die Notwendigkeit, für Gesundheitsleistungen zahlen zu müssen, eine Familie nicht arm machen darf.

60. Mehrere Studien über Verteilungsgerechtigkeit bei der Finanzierung von Gesundheitssystemen in Westeuropa haben gezeigt, dass die überwiegend übliche Art der Finanzierung über die Steuern vielleicht die gerechteste ist, gefolgt von der Finanzierung über die Sozialversicherung/gesetzliche Krankenversicherung. Freiwillige (für gewöhnlich private) Krankenversicherungen und natürlich auch Direktzahlungen erscheinen weniger gerecht. Allerdings werden alle Gesundheitssysteme durch einen Mix von mindestens zwei der genannten Quellen finanziert, und die jeweilige Verteilungsgerechtigkeit hängt von den Institutionen ab, die diesen Mix in einem bestimmten Land regeln.

61. Die für die Verteilungsgerechtigkeit der verschiedenen Finanzierungsmethoden in Westeuropa geltenden Kriterien lassen sich nicht ohne weiteres auf die MOE-Länder und NUS übertragen, wo das Steueraufkommen weitaus geringer ist. Das Ergebnis dieser Tatsache ist, dass dort den Direktzahlungen immer größere Bedeutung zukommt, was die Haushalte mit niedrigem Einkommen am meisten belastet. Es scheint, dass in vielen dieser Reformländer die Gesundheitsfinanzierung seit Anfang der 90er Jahre weniger gerecht geworden ist.

Qualitätsverbesserung

62. Qualitätsverbesserung impliziert Bemühungen um Erreichung eines hohen Qualitätsniveaus sowie um eine Minderung der Chancenungleichheit bei der gesundheitlichen Versorgung. Der wichtigste Ansatz ist die Erleichterung von evidenz-basierten Entscheidungen auf allen Ebenen in der täglichen Praxis. Um die gesundheitlichen Resultate zu verbessern, muss eine systematische Bewertung der Gesundheitstechnologie vorgesehen werden, und die entsprechenden Ergebnisse müssen im Rahmen geeigneter Grundsatzprogramme in die Praxis umgesetzt werden. Auf klinischer Ebene stehen jetzt in den Mitgliedstaaten Modelle zur Verfügung, die bereits in die Praxis umgesetzt werden. Die Aufgabe lautet hier: Qualitätsverbesserung auf Systemebene durch Grundsatzprogramme, gesetzgeberische Maßnahmen, Akkreditierung usw. zu fördern. Zu den Hauptproblemen hinsichtlich der Qualitätsverbesserung gehört die Schwierigkeit, die jeweiligen Akteure im Rahmen einer gemeinsamen Strategie zusammenzubringen und grundsätzliche Entscheidungen zu treffen, wenn keine adäquaten Fakten vorliegen. Die meisten Initiativen zur Qualitätsverbesserung in Europa erfolgen eher individuell und weniger als Teil eines kohärenten Systems. Für gewöhnlich mangelt es an Integration zwischen Qualitätsverbesserung und Bewertung der Gesundheitstechnologie. Die Zukunft der Qualitätsverbesserung hängt von der Umsetzung folgender drei Leitprinzipien ab: der Prozess muss wissenschaftsbasiert, systemorientiert und patientenzentriert sein.

Arzneimittel

63. Zu viele Patienten in Europa können die existierenden Pharmakotherapien noch nicht voll nutzen, weil die Erbringer und Nutzer von Gesundheitsleistungen nicht über die entsprechenden Kenntnisse und finanziellen Ressourcen verfügen. Im östlichen Teil der Region ist Arzneimittelfälschung und der illegale Verkauf von Arzneimitteln an der Tagesordnung. Außerdem werden die Arzneimittelvorschriften und Zulassungsbestimmungen nicht wirkungsvoll durchgeführt. Vergrößert wird das Problem noch durch die schlechte Qualität der Produkte. In der Region bewegen sich die Arzneimittelausgaben (pro Kopf der Bevölkerung) in einer Größenordnung von weniger als 10 US-\$ in mehreren NUS bis zu mehr als 350 US-\$ in Westeuropa. In den ärmeren Ländern müssen die Arzneimittel weitgehend von den Patienten direkt bezahlt werden, d. h. ärmere und kränkere Patienten haben große Schwierigkeiten, die richtige Behandlung zu erhalten.

Patientenrechte

64. Seit 1993 haben nicht weniger als 14 europäische Länder Gesetze oder Bestimmungen über Patientenrechte vorgesehen. Die Europäische Erklärung der WHO über die Förderung von Patientenrechten wurde 1994 verfasst und das Europäische Netzwerk für Patientenrechte und Bürgerbeteiligung wurde 1997 etabliert. Das vielleicht größte Hindernis für die Umsetzung der gesetzgeberischen Regelungen über Patientenrechte sind die Wissensdefizite in den Gesundheitsberufen.

Erbringung von Gesundheitsleistungen

65. Das Ziel der Systeme zur Erbringung von Gesundheitsleistungen ist: die Gesundheitspolitik in die praktische Gesundheitsversorgung der einzelnen Bürger und der Bevölkerung umzusetzen; dazu gehören: Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnose und Behandlung, Schmerztherapie und unterstützende Dienste. Diese Systeme unterliegen einem Wandel aufgrund der demographischen Veränderungen, zunehmenden Forderungen der besser informierten Bevölkerung, der von den meisten Regierungen bekräftigten Notwendigkeit, Verteilungsgerechtigkeit und Zugänglichkeit sicherzustellen, neuen biomedizinischen Verfahren und Kommunikationstechnologien sowie der Notwendigkeit die Kosten der Gesundheitsdienste einzudämmen. In Osteuropa sind die Systeme überdies mit seit langem bestehenden und

bisher nicht gelösten Problemen konfrontiert, wie beispielsweise die zu große Zahl von Krankenhausbetten und -personal, die zu lange Verweildauer in Krankenhäusern, ineffiziente Infrastrukturen sowie die geringe Motivation und unzulängliche Ausbildung des Gesundheitspersonals.

66. Auf internationaler Ebene fehlen brauchbare Daten über ambulante Dienste. Die stationäre Pflege ist charakterisiert durch eine augenfällige Übereinstimmung der Krankenhauseinweisungen in ganz Europa mit rund 18 Fällen pro 100 Einwohner und Jahr. Vor rund 10 Jahren gab es noch ziemlich deutliche Unterschiede, aber in den NUS hat sich inzwischen die Rate der Krankenhauseinweisungen rasch verringert, während in den EU- und MOE-Ländern eine leichte aber stetige Zunahme zu verzeichnen ist. Gleichzeitig wurde die Zahl der Krankenhausbetten in allen Ländern reduziert – besonders stark in den NUS, vor allem in den zentralasiatischen Republiken. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer hat in allen Ländern abgenommen (in den EU-Ländern beispielsweise von 14 Tagen im Jahr 1990 auf 10 Tage in 1997).

67. Die anhaltenden Veränderungen in den NUS kann man auch daran erkennen, dass die Zahl der Personen, die eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf abschließen, jedes Jahr zurückgeht, das gilt vor allem für Apotheker und Pflegefachkräfte. Demgegenüber ist die durchschnittliche Zahl der in den MOE-Ländern tätigen Ärzte im Vergleich zum EU-Durchschnitt gering und die immer geringere Zahl ausgebildeter Ärzte ist beunruhigend. In vielen osteuropäischen Ländern – sowohl in den MOE-Ländern als auch in den NUS – sind in etwa nur halb so viel Zahnärzte wie im EU-Durchschnitt tätig.

68. Die Erbringung von Gesundheitsleistungen muss in jedem Land mit den dortigen Gesundheitsreformen in Einklang gebracht werden. In diesem Prozess gibt es drei Hauptziele: i) Konzentration auf die primäre Gesundheitsversorgung, ii) Sicherstellung von effizienten Dienstleistungen und iii) Erreichung einer größeren Patientenzufriedenheit. Die Debatte sollte sich auf das moralische Gebot konzentrieren, Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität zu wahren, Gesundheit und Gesundheitsversorgung als ein soziales Recht anzusehen – gegenüber der Notwendigkeit einer Kostenkontrolle und -eindämmung. Das Dilemma ist, dass – trotz erhärteter Fakten, dass Investitionen in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit kostenwirksamer sind, – die Dienste zur Gesundheitsversorgung von der Bevölkerung und somit von den Politikern als vorrangig empfunden werden.

Trends der Gesundheitsreformen

69. Der Weltgesundheitsbericht *World Health Report 2000*³ beschreibt vier Funktionen des Gesundheitssystems: Erbringung von Diensten, Finanzierung der Dienste, Schaffung der personellen und materiellen Ressourcen sowie Management der Ressourcen und der dem System überantworteten Befugnisse. Im Lichte dieses Rahmens gibt es vier wesentliche Trends bei der Reform des Gesundheitssystems.

70. Erstens: Die Länder streben danach, **Nachhaltigkeit und Solidarität bei der Finanzierung** besser auszubalancieren. Die meisten westeuropäischen Länder wahren ein relativ hohes Niveau, was die Solidarität bei der Mobilisierung und Aufgliederung der finanziellen Ressourcen anbelangt. Die MOE-Länder und NUS engagieren sich ebenfalls für Solidarität bei der Finanzierung, allerdings haben die Probleme bezüglich der wirtschaftlichen Nachhaltigkeit und Umsetzung eines neuen Versicherungsmodells de facto dazu geführt, dass die Gesundheitsdienste weitaus weniger zugänglich und erschwinglich geworden sind.

71. Zweitens: Es besteht ein zunehmender Trend zu einem „**strategischen Ankauf von Leistungen/Diensten**“, als Instrument zur Ressourcenverteilung an Leistungserbringer, um dadurch den gesundheitlichen Nutzen zu maximieren. In Ländern mit einem staatlichen Gesundheitswesen beinhaltet dies eine Trennung zwischen den Funktionen der Leistungserbringer und Leistungsnutzer. In Ländern mit einem Sozial-/Krankenversicherungswesen gehen die Versicherer von einer passiven Rückerstattung zu einem gezielten (aktiven) Ankauf von Leistungen/Diensten und Auswahl der Leistungserbringer nach dem Prinzip

³ *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2000.

der Kostenwirksamkeit über. Verträge und leistungsorientierte Vergütung sind das Kernstück eines solchen Verfahrens.

72. Drittens: Die Länder haben Strategien zur **Erhöhung der Effizienz bei der Erbringung von Gesundheitsdiensten** angenommen, u. a. Dezentralisierung des Leistungsmanagement, Restrukturierung der Krankenhausdienste mit einer stärkeren Gewichtung der Substitution zwischen verschiedenen Versorgungsebenen, Stärkung der Dienste zur primären Gesundheitsversorgung auf der Grundlage des Hausarztmodells, mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten und Einbindung in Gesundheitsdienste sowie Verbesserung der Ergebnisse durch Bewertung der Technologie und durch Initiativen zur Verbesserung der Qualität.

73. Viertens: Aus europäischen Ländern liegen Fakten vor, dass **effektive Verantwortlichkeit der Regierung**, mit einer gesundheitspolitischen Führungsrolle, bedarfsgerechten Regelungen und guter Informationsnutzung, der Schlüssel zum Erfolg von Bemühungen um Reformierung des Gesundheitssystems sind.

UMFASSENDE GESUNDHEITSPOLITISCHE KONZEPTE

74. Aus vielen Richtungen kommen Nachweise dafür, dass eine Verlagerung von einem engen Fokus auf Gesundheitsversorgung zu einer breiteren Konzentration auf die Gesundheit der Bevölkerung nötig ist, um einen integrierten Ansatz zur Gesundheit und Entwicklung sicherzustellen.

75. 1984 haben die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO das erste gemeinsame Konzept der „Gesundheit für alle“ für Europa angenommen. Es wurde vereinbart, auf nationaler, nachgeordneter regionaler und lokaler Ebene sektorübergreifende gesundheitsorientierte Konzepte auf der Grundlage der Prinzipien Chancengleichheit im Gesundheitsbereich und Partizipation im Entscheidungsprozess zu entwickeln. Dieses europaweite Grundsatzprogramm wurde 1991 und 1998 aktualisiert. Die Reaktion darauf war ausgesprochen gemischt. Bis 1990 hatte die Hälfte der seinerzeitigen Mitgliedstaaten sektorübergreifende Grundsatzdokumente erstellt. Allerdings unternahm nur eine kleine Zahl von Ländern den ernsthaften Versuch, ergebnisorientierte Politiken zu entwickeln, während andere Länder diesem Ansatz wenig Wert beimaßen. In den meisten Fällen wurden Public-Health-Konzepte parallel zu und nahezu unabhängig von den Programmen für die Gesundheitsversorgung, die die größte Aufmerksamkeit forderte, entwickelt. Anfang der 90er Jahre rückten Gesundheitsreformen in den Mittelpunkt, was hauptsächlich darauf zurückzuführen war, dass man die Notwendigkeit erkannte, die wachsenden Kosten für die Gesundheitsversorgung einzudämmen. Insbesondere gibt es wenig Informationen über die hergestellten Verbindungen zwischen Gesundheitspolitik und Reformen der Gesundheitsversorgung und darüber, wie Reformen der Gesundheitsversorgung sich auf die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich auswirken. Abgesehen von drei oder vier Initiativen in Westeuropa gibt es keine Studien zur Evaluierung der Umsetzung der entwickelten Konzepte.

76. Wegen der Verschlechterung der Gesundheitssituation in den MOE-Ländern und NUS und nachdem die WHO, EU und die Weltbank die Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit bekräftigt hatten, richtete sich die Aufmerksamkeit seit Mitte der 90er Jahre wiederum auf die Determinanten von Gesundheit. Bis 1998 lagen klare Fakten darüber vor, dass die Gesundheitspolitik sich mit den Ursachen des gesundheitlichen Gefälles befassen muss.

77. Die neue Aufgabe, die gesundheitlichen Auswirkungen zu beurteilen, bietet Hoffnung auf eine andersartige Beziehung zwischen dem Gesundheitssektor und anderen Sektoren. Länder wie die Niederlande, Schweden und das Vereinigte Königreich haben bereits wertvolle Erfahrungen auf diesem Gebiet gewonnen. Eine weitere Konzentration auf diesen Aspekt erwartet man angesichts der Tatsache, dass die EU, auf der Grundlage von Artikel 152 des Vertrags von Maastricht, ein Instrumentarium zur Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Politiken entwickelt.

78. Für die NUS steht noch nicht fest, ob die Formulierung von nationalen Rahmenkonzepten einen Einfluss auf die Verhandlungen mit Investitionsorganisationen gehabt hat. Mit Verbesserung des politischen Prozesses auf nationaler Ebene und der Managementkompetenz sollten die NUS eine bessere Chance haben, ihre Zukunft selbst zu bestimmen, auch wenn einige mächtige Institutionen oder Geber noch mit ihrer eigenen Agenda aufwarten.

ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN

79. In der Europäischen Region der WHO hat sich die Schere zwischen Gesundheit im Osten und Gesundheit im Westen vergrößert und die gesundheitliche Situation im Osten verschlimmert sich zunehmend. In einigen MOE-Ländern und NUS ist jetzt wegen der immer geringeren Lebenserwartung und der sinkenden Geburtsraten ein Bevölkerungsschwund festzustellen. Im Kontext der Weltgesundheitserklärung von 1998 und des darin enthaltenen Postulats, das höchstmögliche Gesundheitsniveau für alle zu erreichen, ist es schwierig, solche entgegenlaufenden wirtschaftlichen und ökonomischen Tendenzen in irgendeiner anderen Perspektive als aus der Sicht der Menschenrechte zu sehen.

80. Ein stärkeres Engagement und wirkungsvollere Maßnahmen sind geboten, um sich mit den Bestimmungsfaktoren für Gesundheit auseinander zu setzen. Zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sind solche Politiken am erfolgreichsten, die sich auf eine integrierte Art und Weise mit dem Themenkomplex Entwicklung und Gesundheit befassen. Einkommensunterschiede, gesundheitliche Auswahlalternativen, Umweltschutz sowie Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten sind sämtlich Variable, die einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik offen stehen, und Veränderungen können dort zu einer Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der gesamten Bevölkerung führen. Steuerliche und gesetzgeberische Maßnahmen sind ein wirkungsvolles Regulatorium, um sich mit den eigentlichen Ursachen einer schlechten Gesundheit auseinander zu setzen. Um die Regelungen wirkungsvoll umsetzen zu können, müssen nicht nur alle Sektoren und alle innerhalb der Gesellschaft betroffenen Institutionen dahinter stehen, sondern sie müssen vor allem die Unterstützung und das Vertrauen der Öffentlichkeit haben. Das kann dadurch erreicht werden, dass man das Problembewusstsein in der Gesellschaft verschärft, alle Bereiche der Gesamtpolitik auf ihre Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit hin untersucht und durch wirkungsvolle Kommunikation eine informierte Diskussion sicherstellt.