



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Siebenundfünfzigste Tagung**

Belgrad, Serbien, 17.–20. September 2007

Punkt 6 c) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC57/8
30. Juni 2007
+EUR/RC57/Conf.Doc./2
73357
ORIGINAL: ENGLISCH

**Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO:
Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern –
Erkenntnisse**

Die Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) sind auf die Bewältigung der Armut in all ihren Formen ausgerichtet; gemeinsam bieten sie einen umfassenden und sich wechselseitig verstärkenden Ansatz, der auf eine Durchbrechung des Kreislaufs aus Armut und Krankheit angelegt ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zur Ausarbeitung der MZ beigetragen und ein entschiedenes Bekenntnis zur Erfüllung der Millenniums-Erklärung abgelegt, welche die Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2000 angenommen hat.

Das WHO-Regionalbüro für Europa fördert eine spezifische Strategie zu den MZ in der Europäischen Region der WHO. Gesundheitliche Fortschritte in der Region – darunter das Erreichen vieler MZ – erfordern ein nachhaltiges sektorübergreifendes Handeln, das alle Gesundheitsdeterminanten einbezieht, sowie die Mitwirkung aller Partner auf nationaler und internationaler Ebene. Die Erfahrungen auf regionaler Ebene zeigen jedoch, dass Kapazitätsmängel der Gesundheitssysteme für das Erreichen der gesundheitsbezogenen MZ ein unüberwindbares Hindernis darstellen.

Die Erörterung des Themas MZ während der 57. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa soll einer Beurteilung der Fortschritte hinsichtlich der Zielerfüllung in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region, der Anregung von Förderstrategien für sektorübergreifendes Handeln und Erkenntnisaustausch sowie der Erarbeitung spezifischer Empfehlungen für die gegebenenfalls erforderlichen Anpassungen dienen. Besondere Aufmerksamkeit wird der Stärkung der Gesundheitssysteme als einem besonderen Ansatz zur Umsetzung von Programmen gewidmet werden, welche sich für die Gesundheit von Müttern und Kindern in der Europäischen Region einsetzen.

Ein Resolutionsentwurf mit der Forderung nach einer Ausweitung der Arbeit für die Erfüllung der MZ in der Europäischen Region wird dem Regionalkomitee zur Beratung vorgelegt.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Einführung	1
Aussichten für die Erfüllung der MZ in der Europäischen Region der WHO	2
Die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse	5
Stärkung der Gesundheitssysteme für eine bessere Gesundheit der Mütter und Kinder: Maßnahmen und Herausforderungen.....	6
Leistungserbringung.....	7
Personal- und Sachmittel.....	8
Finanzierung.....	8
Ordnungs- und Leitungsfunktion	9
Schlussfolgerung: Der Weg voran in der Europäischen Region.....	10
Erfordernis weiterer Fortschritte in Richtung Millenniums-Entwicklungsziele	10
Aktuelle und künftige WHO-Initiativen im Bereich Gesundheit von Mutter und Kind	11
Schritte zur Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008.....	12
Anhang: Aktuelles zu Fortschritten in Richtung MZ in der Europäischen Region der WHO.....	13
Literatur	17

Einführung

1. Die Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) (1) sind auf die Bewältigung der Armut in all ihren Formen gerichtet, gemeinsam bieten sie einen umfassenden und sich wechselseitig verstärkenden Ansatz, der auf eine Durchbrechung des Kreislaufs aus Armut und Krankheit angelegt ist. Seit Annahme der Millenniums-Erklärung (2) durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2000 sind die MZ für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu einem breit akzeptierten Maßstab bei der Beobachtung von Fortschritten der internationalen Entwicklung geworden.

2. Die WHO hat zur Ausarbeitung der MZ beigetragen und sich entschieden zu ihrer Erfüllung bekannt. Konkreter hat der Weltgesundheitsbericht 2003 (3) die grundlegenden Leitprinzipien der WHO-Arbeit in Bezug auf sie hervorgehoben. Das Bekenntnis zur Millenniums-Erklärung wurde in einem größeren Maßstab auf der 58. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2005 durch Annahme von Resolution WHA58.30 erneut bekräftigt.

3. Seit einigen Jahren fördert das WHO-Regionalbüro in der Europäischen Region eine spezifische MZ-Strategie mit folgenden Elementen:

- Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Priorisierung ihrer Maßnahmen für die MZ-Erfüllung;
- Verfeinerung des MZ-Ansatzes im Regionalbüro und gezieltere Unterstützung der Länder bei der MZ-Erfüllung; und
- Angebot an die Mitgliedstaaten einer kontinuierlichen Einschätzung der Aussichten auf die MZ-Erfüllung als entscheidenden Beitrag zu den ersten beiden Elementen.

4. Das Hauptaugenmerk der MZ-Strategie der Region folgt den zentralen Herangehensweisen und Grundsätzen der Arbeit des Regionalbüros, wie sie auch in diesem Papier zum Ausdruck kommen:

- Zuschneiden der Länderarbeit nach Maß
- Stärken der Gesundheitssysteme
- Feinausrichten der Fachmaßnahmen
- Zusammenarbeiten in Partnerschaft mit allen internationalen und nationalen Organisationen.

5. Nach allgemeiner Auffassung erfordern gesundheitliche Fortschritte in der Region – darunter auch das Erreichen vieler MZ – ein nachhaltiges sektorübergreifendes Handeln, das auf alle Gesundheitsdeterminanten gerichtet ist, und die Mitwirkung aller Partner auf nationaler und internationaler Ebene. Erfahrungen auf WHO-Regionalebene lassen jedoch Kapazitätsdefizite der Gesundheitssysteme als unüberwindbares Hindernis für das Erreichen der gesundheitsbezogenen MZ erscheinen. Eine fehlende Abgleichung zwischen Gesundheitssystem-Agenda der WHO und einzelnen Strategien ihrer ‚vertikalen Programme‘ hierzu könnte sich auf die Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Stimmigkeit der WHO-Länderunterstützung auswirken. Auch ist in jüngeren Publikationen^a die Rolle der Gesundheitssysteme beim Gesundheitsgewinn der letzten 25 Jahre für Männer und Frauen in ausgewählten Ländern der Europäischen Union (EU) untersucht und bestätigt worden.

6. Die WHO erkennt die Bedeutung der Gesundheitssysteme an und räumt dem Thema jetzt größeren Vorrang ein:

- Der Weltgesundheitsbericht 2000 (5) war Gesundheitssystemen gewidmet und auch die nachfolgenden Berichte bezogen sich ausführlich auf sie.
- In den Strategien für Länderkooperation wird betont, dass die WHO ihre Arbeitsweise ändern und stärker auf die Verbindungen der Länderarbeit mit den Gesundheitssystemen achten muss.
- Auch wird gerade auf globaler Ebene der WHO eine neue Gesundheitssystemstrategie entwickelt. Dabei wird von der Grundannahme ausgegangen, dass die „Gesundheitsergebnisse in der sich ent-

^a Vgl. z. B. McKee und Nolte, 2004 (4).

wickelnden Welt oft auf inakzeptabel niedrigem Niveau sind ... Zentral für dieses Problem ist das schlichte Versagen der Gesundheitssysteme vieler Länder Arzneimittel, Impfstoffe, Aufklärung und andere Formen der Versorgung für die Bedürftigen bereitzustellen oder für mehr als nur bestimmte Bevölkerungsgruppen zugänglich zu sein“.

7. Durch die Gesundheitssystem-Strategie beabsichtigt die WHO gemeinsam mit der Weltbank internationale Anstrengungen zur Bewältigung der Herausforderungen in Gang zu setzen, die vom hochrangigen Forum zu den gesundheitsbezogenen MZ genannt wurden, und dabei von anderen Organisationen und globalen Gremien wie der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung und den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria unterstützt zu werden.

8. Auch in der Europäischen Region der WHO wird die Stärkung der Gesundheitssysteme von den Mitgliedstaaten als integraler Bestandteil der Länderarbeit des Regionalbüros betrachtet (6). Das WHO-Regionalkomitee für Europa stellte sich in jüngerer Zeit durch seine Resolution EUR/RC55/R8 hinter die Initiative des Regionalbüros, den Gesundheitssystemen bei allen Maßnahmen der WHO auf Länderebene eine hohe Priorität einzuräumen.

9. Bei dem (aufgrund umfassender Erfahrung aus der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten) gewählten Vorgehen wird die gesamte WHO-Länderunterstützung innerhalb des funktionellen Rahmens für Gesundheitssysteme (Finanzierung, Leistungserbringung, Erschließung von Ressourcen und Aufsichts- und Schutzfunktion) analysiert, der im Weltgesundheitsbericht 2000 entwickelt worden ist. Es gibt daher im Regionalbüro für Europa Bemühungen, die Programme für Gesundheit (z. B. Tuberkulosebekämpfung oder Gesundheit von Mutter und Kind) und für Gesundheitssysteme stärker miteinander zu verknüpfen. Im Gesundheitssystem-Rahmen der WHO wird die Benennung konkreter Reformen empfohlen, welche mögliche Änderungen in der Funktion der Systeme durch konzeptionelle Entwicklung und einen sorgfältig geplanten Prozess mit konkreten Zielvorgaben verknüpfen.

Aussichten für die Erfüllung der MZ in der Europäischen Region der WHO

10. Erhebliche finanzielle und personelle Anstrengungen sowie spezifische Maßnahmen sind dem Erreichen der MZ in der Europäischen Region gewidmet. Angesichts der zur Erfüllung der MZ verbleibenden Zeit von weniger als zehn Jahren sind eine Bestandsaufnahme des bislang Erreichten, eine Benennung von Erfolg und Misserfolg sowie ein Verstehen und Bezwingen der die Entwicklung verlangsamen- den Engpässe von großer Wichtigkeit.

11. Im Gesamtdurchschnitt macht die Europäische Region in Bezug auf die MZ gute Fortschritte.

12. Bei genauerer Betrachtung der nationalen und subnationalen Ebene erscheint allerdings ein viel unausgewogeneres Bild. Mit Sicherheit lässt sich ein Muster im Verhältnis zwischen Einkommensniveau und Fortschritten hinsichtlich der gesundheitsbezogenen MZ beobachten. Die Länder der Europäischen Union und Südosteuropas sind viel weiter vorangeschritten als die Länder mittleren und niederen Einkommens der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) – der früheren Sowjetunion.

13. Trotz der jüngsten Beschleunigung des Wirtschaftswachstums stehen insbesondere die Länder Osteuropas und Zentralasiens bei der Erreichung der MZ vor Schwierigkeiten. Dem letzten Weltbericht (7) zufolge hat die Europäische Region der WHO bereits drei der acht MZ erreicht: das zur Armut, das zur Bildung und das zur Gleichstellung der Geschlechter. Acht Länder werden wohl fünf der acht MZ erfüllen, vierzehn werden wahrscheinlich sieben und ein Land keines der Ziele erreichen, wenn der Fortschritt sich weiter im jetzigen Tempo vollzieht (8).

14. Die neuen EU-Mitgliedstaaten haben entweder bereits alle MZ auf nationaler Ebene erreicht oder werden sie wohl zu 80% erfüllen. Die baltischen Länder stehen anscheinend vor der größten Herausforderung mit Hinblick auf das Millenniums-Entwicklungsziel 6 (MZ6) zur Eindämmung von HIV/Aids, Tuberkulose und anderen Krankheiten. Dies liegt hauptsächlich an der zunehmenden Prävalenz von HIV/Aids. Estland wird das MZ wohl nicht erreichen und es ist fraglich, ob Lettland und Litauen es schaffen. Für ein Urteil

über die erreichten Fortschritte in Bezug auf MZ2 (Schulbesuch) und MZ7 (Wasserzugang) stehen nicht genügend Daten zur Verfügung. Doch ist es sehr wahrscheinlich, dass diese Länder das Ziel bereits erfüllen oder es tun werden (7).

15. Die Länder Südosteuropas (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Montenegro, Rumänien, Serbien, und die Türkei) haben etwas mehr als die Hälfte der MZ erfüllt. Langsame Fortschritte machen Albanien, Bulgarien und Rumänien bei MZ6 mit Hinblick auf HIV/Aids und andere Krankheiten (wahrscheinlich wird Rumänien das Ziel nicht erreichen). Die Fortschritte der Türkei hinsichtlich MZ3 zur Gleichstellung der Geschlechter in Schulen reichen nicht zur Erfüllung des Ziels. Ob Albanien und Rumänien MZ7 zum Wasserzugang erfüllen werden ist ungewiss (7).

16. Die Länder mittleren Einkommens der GUS (Kasachstan, Russische Föderation, Ukraine und Weißrussland) werden wahrscheinlich über 50% der MZ erreichen. 20% der MZ werden jedoch von ihnen mit Sicherheit nicht erfüllt. Für die verbleibenden 30% gilt der Erfolg als unsicher oder es liegen keine Daten zur Beurteilung der gemachten Fortschritte vor. Die größten Herausforderungen für diese Länder beziehen sich auf MZ6 (Eindämmung von HIV/Aids und anderen Krankheiten) und MZ4 (Kindersterblichkeit) (7).

17. In den GUS-Ländern niedrigen Einkommens (Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan und Usbekistan) sind die Fortschritte in Richtung MZ am langsamsten. Einige dieser Länder werden wahrscheinlich mehr als vier MZ verfehlen. Keines wird MZ6 erfüllen, da sowohl HIV/Aids als auch Tuberkulose auf dem Vormarsch sind (7).

18. Nach allgemeiner Überzeugung müssen sich die westlichen Staaten der Region um die gesundheitsbezogenen MZ nicht sorgen, da sie die Zielvorgaben bereits erfüllen oder auf gutem Weg dazu sind. Auch wenn dies generell richtig ist, so gibt es doch in einigen Ländern gegenläufige Trends. Zum Beispiel waren im Jahr 2000^b zehn Staaten aus dem Westen der Region in Bezug auf das Ziel zur Müttersterblichkeit vom Weg abgekommen. Die Sterblichkeitsraten waren in diesen Ländern im Vergleich zum Durchschnitt der Region bereits im Jahr 1990 relativ niedrig. In MZ5 wird jedoch eine Senkung der Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel zwischen 1990 und 2015 unabhängig vom jeweiligen Ausgangswert gefordert. Die Statistik zeigt dabei für das Jahr 2000 im Vergleich zu 1990 einen geringeren Rückgang, als dies zur Erfüllung der Reduzierung um drei Viertel bis 2015 erforderlich wäre. Gerechterweise muss gesagt werden, dass eine weitere Verringerung für Länder mit bereits sehr niedriger Müttersterblichkeit schwierig und daher das Erreichen des Ziels für 2015 unrealistisch sein kann. Allerdings stieg in einigen dieser Länder mit niedriger Müttersterblichkeit die Rate zwischen 1990 und 2000 an (z. B. Frankreich, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Vereinigtes Königreich) und dies ist sicherlich ein Anlass zur Sorge.

19. Was MZ6 zu HIV/Aids und anderen Krankheiten betrifft, so wird bei gleich bleibenden Raten und historischen Trends wohl keines der GUS-Länder mittleren und niederen Einkommens ins Ziel kommen. Von den neuen EU-Mitgliedstaaten werden lediglich Estland und Rumänien nicht alle Zielvorgaben erfüllen: Estland wird weder die Vorgabe für HIV/Aids noch für Tuberkulose einhalten, Rumänien wird das Tuberkuloseziel nicht erreichen.

20. Die nachstehende Tabelle gibt ein genaueres Bild der Fortschritte in Bezug auf sieben MZ in ausgewählten Ländern. In Anhang 1 wird die aktuelle Lage noch ausführlicher Ziel für Ziel beschrieben.

^b Berechnung des Autors auf Grundlage der GFA-Datenbank der WHO (9).

Tabelle 1: Fortschritte in Richtung auf sieben MZ in ausgewählten Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO
(MZ8 ist auf Grund fehlender Daten ausgelassen)

	MDG1 Armut	MZ2 Schulbe- such	MZ3 Gleich- stellung in Schulen	MZ4 Kinder- sterblich- keit	MZ5 Mütter- sterblich- keit	MZ6 HIV/Aids, Malaria und andere Krankheiten	MZ7 Wasser- zugang
Neue EU-Mitgliedstaaten							
Bulgarien							
Estland							
Ungarn							
Lettland							
Litauen							
Polen							
Rumänien							
Slowakei							
Slowenien							
Tschechische Republik							
Südosteuropa							
Albanien							
Bosnien- Herzegowina							
Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien							
Kroatien							
Montenegro							
Serbien							
Türkei							
GUS-Staaten mittleren Einkommens							
Kasachstan							
Russische Föderation							
Ukraine							
Weißrussland							
GUS-Staaten niederen Einkommens							
Armenien							
Aserbaidschan							
Georgien							
Kirgisistan							
Republik Moldau							
Tadschikistan							
Usbekistan							
	Keine Daten		Unwahr- scheinlich		Wahr- scheinlich		Vielleicht

Quelle: Millennium Development Goals. Progress and Prospects in Europe and Central Asia (10).

21. Es gibt unter den Ländern der Europäischen Region klare Ungleichgewichte in Bezug auf Fortschritte in Richtung gesundheitsbezogene MZ. Allerdings gibt es über diese Unterschiede zwischen den Ländern hinaus auch signifikante sozioökonomische Ungleichheiten innerhalb einzelner Länder mit Bezug zu den MZ-Vorgaben. Selbst in Mitgliedstaaten, welche sich auf gutem Wege befinden und die MZ sehr wahrscheinlich erfüllen werden, verbessern sich die Gesundheitsindikatoren für gewisse Bevölkerungsgruppen langsamer oder verschlechtern sich sogar.

22. Leider sind disaggregierte Statistiken zu den MZ-Vorgaben und -Indikatoren in den meisten Ländern der Region nicht leicht zu haben, doch scheinen ethnische Minderheiten, Menschen in Armut, Migranten und intern vertriebene Personen systematisch weniger Nutzen aus Fortschritten in Richtung

MZ ziehen zu können. Besonders schwer erhältlich sind Zahlen für einzelne ethnische Gruppen und Migranten, die häufig marginalisiert werden und nur begrenzt Zugang zu den Gesundheitsdiensten haben.

23. Wo immer solche Daten jedoch verfügbar sind, ist die Unausgewogenheit augenfällig. Einer der Hauptgründe für sozioökonomische Ungleichheiten beim Erreichen der gesundheitsbezogenen MZ-Vorgaben ist somit ein begrenzter Zugang zu Gesundheitsdiensten. Zwischen dem Familieneinkommen und dem Prozentsatz der Menschen, die bei Krankheit das Gesundheitswesen nicht aufsuchen, gibt es einen direkten Zusammenhang. Eine neuere Studie aus den GUS-Ländern zeigt, dass 61% der Menschen im niedrigsten Einkommens-Quintil im Vergleich zu 33% aus dem höchsten Quintil das Gesundheitswesen auch bei Bedarf nicht aufsuchen (12).

24. Solche Beispiele erinnern uns daran, wie wichtig spezifische Anstrengungen für mehr Chancengleichheit sind, um das Erreichen der MZ zu fördern.

Die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse

25. Alle MZ sind für die Gesundheit und das Wohlergehen von Mutter und Kind von Bedeutung, besonders gilt dies jedoch für MZ4 (Verringerung der Kindersterblichkeit um zwei Drittel) und MZ5 (Verringerung der Müttersterblichkeit um drei Viertel). Daher wird im folgenden Abschnitt bei der Thematisierung der Gesundheitssysteme und der Gesundheit von Müttern und Kindern besonders auf diese beiden MZ Bezug genommen.

26. Trotz substanzieller Fortschritte in den zurückliegenden Jahrzehnten gibt es im Bereich Gesundheit von Mutter und Kind sowohl in als auch unter den Ländern der Europäischen Region der WHO immer noch inakzeptable Unterschiede. Die Sterblichkeit von Kindern im Alter bis zu fünf Jahren ist in dem Land mit der höchsten Rate 40mal höher als in dem Land mit der niedrigsten Rate. Ein in der GUS geborenes Kind trägt ein dreifach höheres Risiko, vor Vollendung des fünften Lebensjahrs zu sterben, als ein in der EU geborenes. Die Müttersterblichkeit der zentralasiatischen Republiken ist noch mindestens doppelt so hoch wie der Durchschnitt der Region und obwohl sich die Unterschiede zwischen den EU-Ländern, den nordischen Ländern und anderen Ländergruppen in den vergangenen Jahren verringert haben, sind sie immer noch groß.

27. Unterschiede zwischen den Ländern sind nur ein Aspekt, innerhalb eines Landes kann es ebenfalls erschütternde Ungleichgewichte mit Hinblick auf die Sterblichkeit geben. In der Europäischen Region gibt es heute Gruppen und Gebiete mit einer ebenso gravierenden Mütter- und Neugeborenenmortalität, wie man sie aus Afrika südlich der Sahara oder Südostasien kennt. Fast überall liegt die Mortalitätsrate auf dem Land über der in der Stadt, die Raten variieren auch nach ethnischer Zugehörigkeit oder vorhandenem Wohlstand und entlegene Gebiete sind unverhältnismäßig stark belastet.

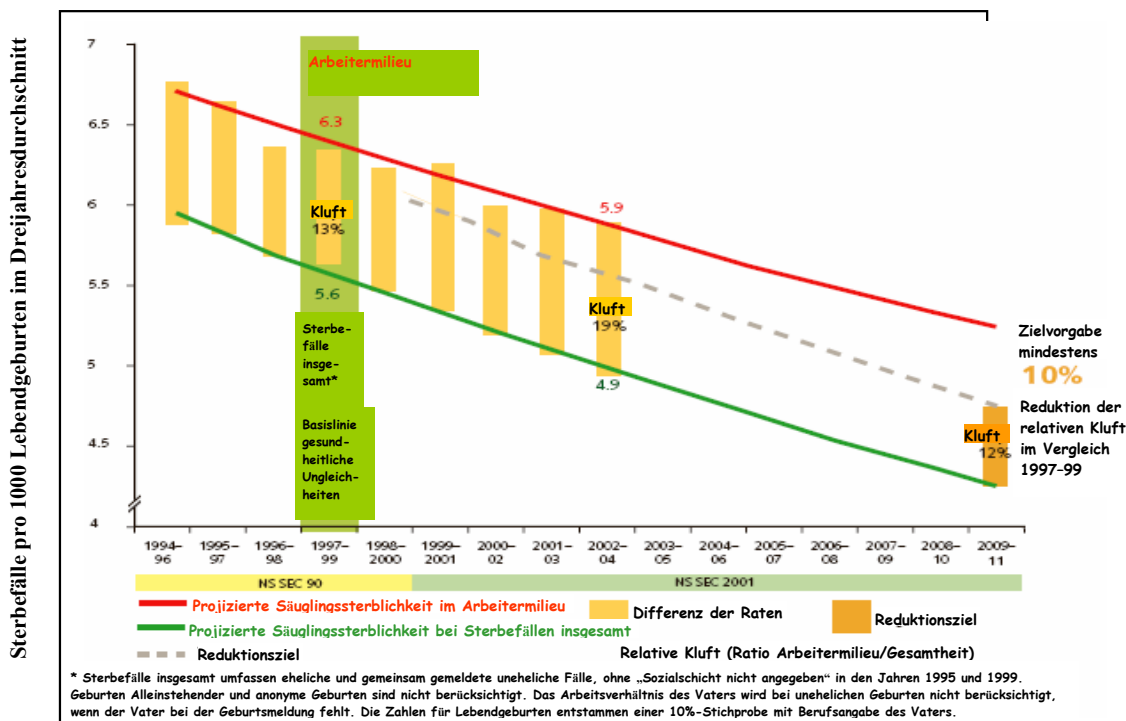
28. Laut demografischen Daten und Gesundheitssurvey hatten zum Beispiel im Jahr 2000 in Aserbaidschan 18% der Mütter ohne weiterführenden Schulabschluss gegenüber nur 1% der Mütter mit höherer Bildung keine qualifizierte Geburtshilfe erhalten (13).

29. Im Vereinigten Königreich, wo die Müttersterblichkeit an sich niedrig ist, unterliegen Frauen schwarzafrikanischer Herkunft einem siebenfach höheren Sterblichkeitsrisiko als weiße Frauen. In E-lendsvierteln und wohlhabenden Vororten der Städte unterscheidet sich die Mütter- und Perinatalsterblichkeit häufig signifikant voneinander. Neu angekommene Migrantinnen, Flüchtlinge und Asylbewerberinnen leiden eher unter unzureichender Versorgung und verbergen manchmal eine Schwangerschaft vor Behörden, hierunter dem Gesundheitswesen.

30. Ähnlich stellt man auch in den unteren Sozialgruppen in England und Wales eine beträchtlich über dem nationalen Durchschnitt liegende Säuglingssterblichkeit fest und die Schere öffnet sich noch weiter. So lag die Säuglingssterblichkeit 2002–2004 insgesamt bei 4,9 pro 1000 Lebendgeburten, während sie bei Arbeiterfamilien 5,9 pro 1000 betrug. Unterm Strich ist die Säuglingssterblichkeit in allen sozioökonomischen Gruppen zurückgegangen, doch war der Rückgang im Arbeitermilieu weniger ausgeprägt. Die

Kluft zwischen Arbeiterfamilien und Allgemeinbevölkerung in Bezug auf die Säuglingssterblichkeit betrug 13% im Jahr 1997, stieg bis 2004 aber auf 19% an. In England und Wales sterben bei Müttern pakisthanischer Abstammung 10,2 Säuglinge pro 1000 Lebendgeburten. Dies ist doppelt so viel wie im Bevölkerungsdurchschnitt und hat zur Aufstellung nationaler Zielvorgaben zum Abbau überhöhter Säuglingssterblichkeit im Vereinigten Königreich geführt (Abb. 1).

Abb. 1: Säuglingssterblichkeit in England und Wales 1994–2004 nach sozioökonomischer Gruppe und projiziert auf das 2010-Ziel



Quelle: Review of the health inequalities infant mortality PSA target (11).

31. 1999 lag die amtlich gemeldete Säuglingssterblichkeit in Rumänien bei 18,58 pro 1000 Lebendgeburten (9); bei Rumänischstämmigen betrug sie jedoch 27,1, bei Ungarischstämmigen 19,8 und bei den Roma 72,8 (14). Ähnliche Ungleichverteilungen bestehen heute noch in vielen Ländern im Osten der Europäischen Region und es gibt keine Anzeichen für eine Verringerung der Kluft.

Stärkung der Gesundheitssysteme für eine bessere Gesundheit der Mütter und Kinder: Maßnahmen und Herausforderungen

32. In Übereinstimmung mit den voran aufgeführten Erkenntnissen betont die WHO seit einigen Jahren besonders, dass gut funktionierende Gesundheitssysteme zu einer Verringerung der vermeidbaren Säuglings- und Müttersterblichkeit beitragen. Im Weltgesundheitsbericht 2005 (15) ist ausdrücklich die Gesundheit von Müttern und Kindern aus der Perspektive der Gesundheitssysteme thematisiert. Der Bericht schließt damit, dass die Gesundheitsprogramme für die kontinuierliche Versorgung aller Familien zusammen arbeiten müssen, dass eine Grundvoraussetzung hierfür jedoch die Ausweitung und Stärkung der Gesundheitssysteme ist. Außerdem hätten trotz erfolgreicher Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mütter, Säuglinge und Kinder in einer wachsenden Zahl von Ländern gerade die am stärksten von Mortalität und Morbidität belasteten Länder seit den 1990er Jahren die geringsten Fortschritte erzielt. Auch in dieser Hinsicht wird der Bedarf nach gut funktionierenden Gesundheitssystemen deutlich. Länder mit stagnierenden oder sich verschlechternden Gesundheitsindikatoren für Mütter, Säuglinge und Kinder hatten häufig nicht ausreichend in ihre Gesundheitssysteme investieren können.

33. In der Gestaltung ihrer Länderarbeit zielen alle Programme für Gesundheit und Gesundheitssysteme des Regionalbüros darauf ab, Mitgliedstaaten bei eigenen Bemühungen um den Aufbau der Gesundheitssysteme zu unterstützen. Beispiele für derartige Interventionen in Bereichen des Gesundheitssystems zugunsten der Gesundheit von Mutter und Kind werden nachfolgend gegeben.

Leistungserbringung

34. Hochwertige Gesundheitsdienste sind für eine bessere Gesundheit von Mutter und Kind entscheidend, insbesondere in den kritischen Phasen von Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit. In vielen Ländern werden daher die Dienste und ihre Personal- und Sachleistungen umstrukturiert. Pläne zur Umstrukturierung sollten mehrere Komponenten beinhalten, wie nachstehend ausgeführt.

- *Evidenzbasierte Leistungspakete* und Qualitätsstandards der Versorgung in Übereinstimmung mit internationalen Leitlinien. In die Pakete gehören eine qualifizierte Versorgung für Schwangere bis zur Geburt und danach (für Mutter und Neugeborenes), Familienplanung und, soweit legal, Abtreibungs- und Nachsorgeangebote. Zu den erforderlichen Interventionen zählen auch strukturierte Behandlungsprogramme für die verbreitetsten Kinderkrankheiten.
- *Verfahren der Qualitätssteigerung* sind für die Sicherung einer hochwertigen Versorgung entscheidend. Diese Mechanismen (notwendige Kontrollen, geeignete Register und eine leistungsfähige Datenverwaltung, Evaluierung der Wirksamkeit usw.) müssen auch Kriterien für ein angemessenes Überweisungssystem, den rationellen Einsatz von Arzneimitteln und den adäquaten Gebrauch von Technologie beinhalten. Bei diesen Aktivitäten sind Hilfsmaßnahmen möglich, wann immer sie nötig werden.
- *Ein gut funktionierendes Überweisungssystem zur Sicherung der kontinuierlichen Versorgung.* Zwischen 9 und 15% aller Schwangeren erleben in Verbindung mit ihrer Schwangerschaft Komplikationen (einige Studien gelangen zu noch höheren Schätzungen); sie müssen so früh wie möglich an eine Gesundheitseinrichtung überwiesen werden, die über das erforderliche qualifizierte Gesundheitspersonal und die erforderliche Ausrüstung verfügt. In ca. 5% der Fälle benötigen die Frauen eine hoch spezialisierte Rundumversorgung sowie zusätzliche Geräte und Mittel. Zwischen 10 und 20% der Neugeborenen benötigen ebenfalls spezialisierte Versorgung, 5 bis 10% benötigen eine chirurgische oder anspruchsvollere Versorgung. Auch wenn nicht alle Einrichtungen eine anspruchsvolle Versorgung bieten können, müssen sie doch über ein wirksames Überweisungssystem verfügen, das den Zugang zu solcher Versorgung ermöglicht.
- *Integration der Versorgung von Mutter und Kind* in andere Programme der primären Gesundheitsversorgung zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit. Eine Gewichtsverlagerung von den Krankenhäusern auf die erste Versorgungsebene ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Reform und die Errichtung angemessener Gesundheitsdienste für Mutter, Neugeborenes und Kind. Gesundheitserziehung, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Impfung, Ernährung und Familienplanung sowie Prävention und Therapie sexuell übertragener Infektionen (insbesondere Syphilis), HIV/Aids und Malaria werden wirksamer und wirtschaftlicher angegangen, wenn die direkten Kontakte mit dem Gesundheitspersonal vor und während der Schwangerschaft, bei der Geburt und während der frühen Kindheit maximiert werden.
- *Bessere Leitung der Leistungserbringung.* Ein motivierendes Arbeitsumfeld und gute Personalführung, u. a. durch günstige Beschäftigungsbedingungen und gute Betreuung sind für eine Ausweitung der qualifizierten Leistungserbringung von entscheidender Bedeutung. Ein besonderes Augenmerk muss auch der Motivation qualifizierter Gesundheitskräfte und dem Festhalten an ihnen gelten. Das Entgeltniveau muss in vielen Ländern der Region neu überdacht werden. Einige Länder in der Region strukturieren gerade wesentliche Teile ihrer personellen und sächlichen Gesundheitsleistungen um.

Personal- und Sachmittel

35. Die Erbringung der Gesundheitsversorgung erfordert eine belastbare Grundlage, damit sie wirksam und nachhaltig sein kann. Die nationalen Gesundheitssysteme müssen wirksam eine personelle Grundlage schaffen, schulen und einsetzen und auch die nachstehenden Bedingungen erfüllen:

- *Ausreichend Gesundheitspersonal zur Erbringung der notwendigen Leistungen auf jeder Versorgungsebene.* Dazu zählen Hausärzte, Fachkräfte aus den Bereichen Geburtshilfe, Neugeborenen- und Kinderheilkunde sowie Anästhesisten, Schwestern, Pfleger und Labortechniker. Eine entscheidende Schwachstelle vieler Länder ist der Mangel an Hebammen, die als primäre Versorgungsinstanz im Zuhause der Frau oder in einer Gesundheitseinrichtung (Geburtszentrum, -heim, Einrichtung unter Leitung einer Hebamme, Gesundheitsposten oder -klinik) tätig werden können. Gesundheitsökonomien sowie Planungs- und Leitungspersonal sind ebenfalls von vitaler Bedeutung. Viele Länder der Region nehmen das Personalproblem seit einigen Jahren in Angriff.
- *Die richtige Mischung qualifizierten Personals.* Der sich in vielen Ländern vollziehende Übergang von der Krankenhausversorgung hin zur primären Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind bedeutet zusätzlichen Anpassungsbedarf im Sinne eines wirksamen Personaleinsatzes im neuen System. Viele der sich im Umbruch befindenden Länder haben ein Hausarztssystem zur Versorgung der Kinder eingeführt, das die früher übliche Versorgung durch das Krankenhaus ersetzt. Die Zahl der zur integrierten Versorgung von Mutter und Kind fähigen Hausärzte ist allerdings in vielen Ländern noch begrenzt, was eine entscheidende Herausforderung für die Nachhaltigkeit des reformierten Gesundheitssystems bedeutet.
- *Adäquate physische Infrastruktur.* Für eine optimale Wirksamkeit benötigt das sich um Mütter, Neugeborene und Kinder kümmernde Personal angemessene Einrichtungen. In einigen Ländern muss die physische Infrastruktur modernisiert werden durch neue und bessere Gebäude, besseres Design und bessere Strom- und Wasserversorgung. Angemessene Investitionen in Gebäude sind sowohl für die primäre Gesundheitsversorgung als auch für die Krankenhäuser lebenswichtig.
- *Durchgängige Verfügbarkeit der richtigen Technologie.* Eine wirksame Versorgung von Mutter und Kind hängt auch von der Verfügbarkeit geeigneter, bezahlbarer technologischer Unterstützung ab. Weder primäre Gesundheitsversorgung noch Krankenhäuser können ohne ein Mindestmaß an lebenswichtigen Arzneimitteln, medizinischen Gütern und Ausrüstungen eine hochwertige Versorgung sichern.

Finanzierung

36. Ein System, das die kontinuierliche Versorgung aller Frauen, Neugeborenen und Kinder sicherstellen soll, ist von der adäquaten Finanzierung dieser Leistungen abhängig. Ohne nachhaltige Finanzierungsmechanismen führen Maßnahmen zur Stärkung des Gesundheitssystems nicht zu mehr Gesundheit für Mütter und Kinder. Die folgenden Aspekte müssen beachtet werden:

- *Belastbare Grundlage aus vorfinanzierten Diensten.* Zentral für alle Finanzierungsmodelle, die Familien vor katastrophalen Ausgaben schützen, ist die Mobilisierung von Geldern, welche direkte Eigenleistungen zum Zeitpunkt der Nutzung auf ein Minimum begrenzen. Zu solchen Finanzierungsquellen zählen allgemeine und zweckgebundene Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Vorauszahlungen einer Gemeinschaftsversicherung und Privatversicherungsprämien. Ein umfassendere qualifizierte Versorgung erfordert nicht nur zusätzliche finanzielle Investitionen, sondern eher noch die Umwidmung vorhandener Mittel zur Umsetzung kostenwirksamer und evidenzbasierter Interventionen, welche die Gesundheit von Mutter und Kind nachweislich erhöhen.
- *Bündelung von Ressourcen und Risiken zur Ermöglichung von Solidarität.* Eine solide finanzielle Grundlage ist für die Überführung der Mittel und Gelder zwischen reichen und armen Müttern und Kindern aus der Stadt und vom Land unerlässlich. Eine solche Grundlage lässt sich durch eine ausreichend große Zahl von Beitragszahlern erreichen, die durch relativ wenige Finanzierungsmodelle zusammengeführt werden. Durch eine universelle qualifizierte Versorgung könnten die meisten perinatalen und maternalen Sterbefälle sowie viele Erkrankungen und Behinderungen in der

Region verhindert werden. Eine größere Verfügbarkeit finanzieller Mittel ist auch durch größere Kostenwirksamkeit der Verwaltung zu erreichen.

- *Strategische Mittelzuweisung.* Die Versorgungsqualität für Mutter und Kind muss durch eine effiziente Mittelzuweisung gestützt werden und dazu zählt auch die Form der Entgeltung des Gesundheitspersonals. Die Beschäftigten in Krankenhäusern und in der primären Gesundheitsversorgung müssen nach Tarifen und Systemen bezahlt werden, die Leistung und Bedarfsgerechtigkeit fördern. In vielen Ländern der Europäischen Region entstehen durch die Entgeltung nicht die richtigen Anreize. Neue Entgeltungsformen und Anreize für Hausärzte sowie die Einführung von Pro-Kopf-Verfahren bei der Gesundheitsbudgetierung fördern die Erbringung besserer Leistungen für Mutter und Kind.
- *Wirtschaftlichkeit anstreben.* Effiziente Finanzierungsmechanismen sind das Ergebnis nachhaltiger Bemühungen. Eine Kultur des beständigen Suchens nach den besten Methoden und der erhöhten Verantwortlichkeit der für die Verwaltung der Gesundheitsfinanzierung zuständigen Einrichtungen muss gefördert werden. Verfügbar werdende Erkenntnisse sollten zur Wirksamkeitsbewertung von Modellen zur Steigerung der Nutzung der Gesundheitsdienste durch arme und bedürftige Mütter und Kinder und zur Sicherung ihrer Erreichbarkeit verwandt werden. Viele Länder in der Region haben ihre Gesundheitsfinanzierung reformiert oder sind im Begriff dies zu tun, auch mit Bezug auf die Mütter und Kinder.

Ordnungs- und Leitungsfunktion

37. Die Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind ist ein komplexes Unterfangen. Auf der einen Seite ist die Sicherstellung der Versorgung für alle, insbesondere die armen und bedürftigen, weder einfach noch billig, wie die in diesem Papier vorgestellten Befunde aus der Europäischen Region zeigen. Auf der anderen Seite liegen viele der für die schlechte Gesundheit von Frauen und Kindern verantwortlichen Determinanten außerhalb der Reichweite der Gesundheitsversorgung; so ist zum Beispiel der sozio-ökonomische Status von Frauen eine wichtige Determinante für das Überleben von Mutter und Kind.

- *Ein wirksames regulatorisches Umfeld* ist zur Sicherung der Rechenschaftspflicht über die Bereitstellung hochwertiger Versorgungsangebote an alle Frauen und Neugeborenen im öffentlichen wie privaten Gesundheitssektor entscheidend. Gesetze und Konzepte müssen vielleicht überprüft und ggf. geändert werden, damit ein vollkommener und chancengleicher Zugang zu den Diensten im Bereich der reproduktiven Gesundheit ermöglicht wird, u. a. zur Familienplanung, zur Behandlung sexuell übertragener Infektionen und, soweit legal, zu Abtreibungsangeboten sowie zu Information und Aufklärung. In diesem Zusammenhang sollte in Partnerschaften zwischen Gesundheitssystem und Arbeits- und Sozialministerium sichergestellt werden, dass Frauen Mutterschaft und Arbeitsleben miteinander vereinbaren können. Geeignete Standards müssen garantieren, dass Arzneimittel, Ausrüstung und Versorgungsgüter, die den internationalen Qualitätsnormen genügen, durchgängig und chancengleich zur Verfügung stehen.
- *Politische Entschlossenheit* ist für die Bildung der richtigen Grundsatzvision entscheidend. Strategische Programme für Mutter und Kind und ihre Prioritäten müssen überprüft (oder wo erforderlich geschaffen) werden. Doch erinnert uns die hohe Mütter- und Kindersterblichkeit in einigen Ländern der Region schmerzlich daran, dass das politische Engagement trotz der Ratifizierung von WHO- und VN-Dokumenten nicht immer adäquat ist und dass es in einigen Mitgliedstaaten keine langfristige, umfassende Herangehensweise an diese Bereiche gibt. Ein stützendes politisches Umfeld auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene ist von entscheidender Bedeutung. Die Integration von politischen Maßnahmen und Initiativen über verschiedene Ebenen und Sektoren hinweg kann sichern, dass ein stützender regulativer Rahmen koordiniert und observiert wird.

- *Adäquates Wissen.* Ein gut funktionierendes Gesundheitssystem auf der Grundlage internationaler Standards ist der Schlüssel zu Prioritätensetzung und begleitender Beobachtung der Defizite und Verbesserungen im Gesundheitszustand von Müttern und Kindern. Meldelücken in den offiziellen Statistiken über Mütter- und Kindersterblichkeit ist leider in vielen Ländern der Region eine Realität, auch in EU-Ländern wie Finnland, Frankreich, Österreich und dem Vereinigten Königreich, wo die veröffentlichten Daten auf beträchtliche Meldelücken bei der Müttersterblichkeit deuten (16,17,18). In Mitgliedstaaten wie den GUS-Ländern gibt es Meldelücken im Bereich der Säuglingssterblichkeit aufgrund von unterschiedlichen Definitionen für Lebendgeburten und manchmal Gebühren für die Geburtsregistrierung, die weniger begüterte Familien davor abschrecken, Geburten unmittelbar dem Standesamt zu melden. Der Nachvollzug von Verlaufskindern, insbesondere in Bezug auf die Nutzung und die Qualität der Dienste und die Versorgung durch qualifizierte Kräfte bei der Geburt ist auch für die grundsätzliche Ausrichtung wichtig.
- *Geist von Transparenz und Rechenschaftspflicht.* Obwohl sich die Transparenz der Meldungen aus dem Bereich von Gesundheit von Mutter und Kind in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verbessert hat, gibt es noch Probleme. Eine verbesserte Observierung der Mütter- und Kindersterblichkeit ist vorrangig, insbesondere dort wo die Aufzeichnungen fehlerhaft sind. Die Vorgehensweise sollte an den Kontext des Landes angepasst werden, doch hat sich die Anwendung einrichtungsbasierter Fallstudien, besonderer Surveys für Frauen im reproduktiven Alter, verbaler Autopsien und sogar besonderer Fragen im Rahmen eines Zensus bewährt.

Schlussfolgerung: Der Weg voran in der Europäischen Region

Erfordernis weiterer Fortschritte in Richtung Millenniums-Entwicklungsziele

38. Dieses Papier zeigt, dass sich die Erfüllung der MZ schwieriger gestaltet als vorhergesehen. Entgegen der intuitiven Ausgangserwartung, dass Geld und andere Mittel die wichtigsten (wenn nicht einzigen) Anforderungen seien, sind die Fortschritte in vielen Fällen langsam wenn nicht ganz abwesend. Die Befürchtung, dass viele der MZ nicht erreicht werden, insbesondere in denjenigen Ländern, in denen dies am dringendsten erforderlich wäre, ist leider keine Übertreibung, sondern eine wohlbegründete Vorhersage, sollten sich in den kommenden acht Jahren nicht dramatische Fortschritte ergeben.

39. Zusammengefasst zeigen die globalen Daten auf halber Wegstrecke zum Stichtag für die MZ im Jahr 2015 dass:

- sich der Anteil der bei der Geburt von qualifiziertem medizinischem Fachpersonal betreuten Frauen in einigen Regionen (vor allem Asien) erhöht hat, wenn auch von niedrigem Ausgangspunkt,
- die Anwendung insektizidbehandelter Moskitonetze angestiegen ist und
- die Versorgung mit wirksamer Tuberkulosebehandlung zugenommen hat (19).

40. Doch dass gleichzeitig:

- keine Region in der sich entwickelnden Welt gegenwärtig auf dem richtigen Weg zur Erfüllung der Zielvorgabe für die Kindersterblichkeit ist und
- es bei der Müttersterblichkeit Erkenntnisse über eine Begrenzung des Rückgangs auf Länder mit niedrigen Sterblichkeitsniveaus gibt, bei gleichzeitiger Stagnation oder sogar Negativtrends in Ländern mit hoher Müttersterblichkeit (20).

41. Der jüngste Weltbericht 2006 (7) stellt fest, dass:

- die Europäische Region im regionalen Durchschnitt gut dasteht, aber auf nationaler und subnationaler Ebene ein viel unausgewogeneres Bild abgibt,

- sich ein Muster im Verhältnis zwischen Einkommensniveau und Fortschritten in Bezug auf die MZ abzeichnet: die Länder höheren Einkommens aus EU und Südosteuropa seien viel weiter fortgeschritten als die Länder mittleren und niederen Einkommens und
 - die Europäische Region der WHO bereits drei der acht Entwicklungsziele erreicht hat: im Bereich, Bildung und Geschlechtergleichstellung. Allerdings würden acht Länder wahrscheinlich fünf der acht MZ erfüllen, vierzehn würden sieben und ein Land nicht eines der Ziele erreichen, wenn sich der Fortschritt weiter im jetzigen Tempo vollziehe.
42. Dies alles scheint das Ergebnis einer Reihe von Faktoren zu sein, u. a.:
- der geringen Aufnahmekapazität auf Seite der Länder und
 - der Schwierigkeiten die Zielpopulationen zu erreichen.
43. Die wichtigste Entwicklung der letzten Jahre ist allerdings, dass bis jetzt vertikale Herangehensweisen und krankheitsspezifische Programme von der internationalen Gemeinschaft bevorzugt wurden. Heute gibt es wirksame Maßnahmen gegen viele vordringliche Gesundheitsprobleme; die Preise fallen und die finanziellen Mittel nehmen zu. Die Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der beschlossenen Gesundheitsziele stellen sich jedoch nur langsam ein. Kapazitätsmängel der Gesundheitssysteme sind ein unüberwindbares Hindernis für das Erreichen der gesundheitsbezogenen MZ (21).

Aktuelle und künftige WHO-Initiativen im Bereich Gesundheit von Mutter und Kind

44. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat aus seinen Erfahrungen gelernt und mehrere Strategien im Bereich der Gesundheit von Mutter und Kind entwickelt, die darauf abzielen die Mitgliedstaaten bei der Schaffung eigener nationaler Konzepte und Pläne und dem Aufstellen von Prioritäten für die Gesundheit von Mutter und Kind innerhalb der Gesundheitssysteme zu unterstützen. Neben den bereits erwähnten Texten zu den Gesundheitssystemen zählen hierzu:
- die 2005 angenommen Europäische Strategie für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und darauf bezogene Instrumente;
 - die 2001 bzw. 2004 angenommene regionale und globale Strategie für reproduktive Gesundheit;
 - der Entwurf einer globalen Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter, die von der 60. Weltgesundheitsversammlung 2007 gebilligt wurde und an die Europäische Region angepasst werden muss;
 - der Entwurf einer Strategie *Verbesserung der Gesundheit von Frauen vor, während und nach der Geburt: das strategische Vorgehen der Europäischen Region für sicherere Schwangerschaften*;
 - die 2005 vom Regionalkomitee angenommene Strategie zur Eliminierung von Masern und Röteln;
 - der zweite Aktionsplan Nahrung und Ernährung der Europäischen Region mit seiner Betonung der Bedeutung des Stillens und
 - die Erklärung der 4. Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit aus dem Jahr 2004.
45. Sie sollen im Rahmen der Grundsatzkonzepte nationaler Gesundheitssysteme umgesetzt werden; die Herausforderung für die Mitgliedstaaten besteht darin, die strategischen Papiere in praktische Aktionspläne für verschiedene Ebenen zu übertragen.
46. Auch gibt es eine Reihe aktuell durch das Regionalbüro geförderter Initiativen, in denen Programme für Gesundheitssysteme und für die Gesundheit von Mutter und Kind miteinander verbunden würden, so die in Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Montenegro, der Republik Moldau, Rumänien und Serbien gerade durchgeführten Programme. Die Republik Tschuwaschien der Russischen Föderation hat beeindruckende Ergebnisse einer in diesem Gebiet durchgeführten Umstrukturierung gemeldet.

47. Die oben genannten neun südosteuropäischen Länder haben mit Unterstützung der norwegischen Regierung und des WHO-Regionalbüros für Europa eine besondere konzertierte Regionalinitiative auf die Beine gestellt. Durch spezifische Reformen und verstärkte Kapazitäten ihrer Gesundheitssysteme soll sie die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen verbessern. Gegenwärtig führen diese Länder eine tiefgehende Analyse zur Gesundheit von Mutter und Kind durch und benennen Engpässe in ihren Gesundheitssystemen zur Bestimmung des Reformbedarfs.

Schritte zur Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008

48. Die oben genannten Maßnahmen werden sich voraussichtlich auf die Leistungserbringung für Mütter und Kinder in vielen Mitgliedstaaten der Europäischen Region auswirken. Das Regionalbüro ist überzeugt, dass nachhaltige und bleibende Ergebnisse nur erreicht werden, wenn in den betreffenden Ländern stabile Strukturen und Institutionen geschaffen werden. Reformen einzelner Sektoren wie die in diesem Papier erörterte Reform in Bezug auf die Gesundheit von Müttern und Kindern sind für sich genommen gut, sollten jedoch auch im breiteren Kontext der Gesundheitssystemreform gesehen werden.

49. In der vom Regionalkomitee für Europa auf seiner 55. Tagung im September 2005 angenommenen Resolution EUR/RC55/R8 kam zum Ausdruck, dass das Regionalbüro sich in einer guten Position für eine Analyse der Aufgaben von Gesundheitssystemen befinde, und der Regionaldirektor wurde gebeten, im Jahr 2008 eine Ministerkonferenz der Europäischen Region zum Thema Stärkung der Gesundheitssysteme durchzuführen zwecks Erörterung der oben genannten und ähnlicher Themen. Die zentralen Ziele der Konferenz sind:

- eine Bestandsaufnahme der jüngsten Erkenntnisse über wirksame Strategien für eine Leistungssteigerung der Gesundheitssysteme (um Ziele wie gesundheitliche Verbesserungen, Chancengleichheit und finanziellen Schutz, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität zu erreichen) angesichts der stetig zunehmenden Forderungen nach Nachhaltigkeit und Solidarität und
- die Schaffung eines besseren Verständnisses für die Einwirkung von Gesundheitssystemen auf den Gesundheitszustand in Europa und damit auf das wirtschaftliche Wachstum.

50. Die Konferenz wird vom 25. bis 27. Juni 2008 in Tallinn, Estland, stattfinden, und durch eine Reihe von Treffen unter Einbezug aller Mitgliedstaaten der Europäischen Region und von Partnern der WHO vorbereitet.

Anhang

Aktuelles zu Fortschritten in Richtung MZ in der Europäischen Region der WHO

51. Die Länder weisen signifikante Variationen in Bezug auf ihre wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung und den Gesundheitszustand ihrer Bevölkerungen auf. Daher können die MZ nicht in gleichem Umfang auf jeden Mitgliedstaat der Vereinten Nationen angewendet werden. Dennoch wird jedes Land, selbst die höchstentwickelte Industrienation, mindestens ein MZ finden, das für ein Nachvollziehen seiner Entwicklungsfortschritte relevant ist. Es gibt auch weitere mögliche Ziele, die momentan nicht in die MZ eingeschlossen sind, die jedoch für viele Länder mittleren und hohen Einkommens, insbesondere in der Europäischen Region der WHO, von größter Bedeutung sein könnten. Jedes Land kann seine Entwicklungsfortschritte anhand zusätzlicher Ziele verfolgen, die in seinem Kontext von Bedeutung sind; dennoch verdienen die zentralen MZ weiterhin besondere Aufmerksamkeit auf globaler und nationaler Ebene.
52. Die Lage hinsichtlich der MZ in der Europäischen Region wird nachstehend Ziel für Ziel beschrieben.
53. *Ziel 1: Beseitigung der extremen Armut und des Hungers:* Armut hat in den Ländern niederen und mittleren Einkommens der Europäischen Region stark zugenommen (in den 1990er Jahren schneller als in jeder anderen Region) und ist selbst in den reichsten Ländern noch ein Problem. Viele Länder verfügen nur über unzureichende Daten, doch die begrenzt zur Verfügung stehenden Informationen deuten darauf hin, dass mehrere Länder dieses Ziel wahrscheinlich nicht erreichen werden.
54. *Ziel 2: Verwirklichung der allgemeinen Primarschulbildung:* Die meisten Länder der Europäischen Region haben den Primarschulbesuch vollständig oder fast vollständig erreicht. Allerdings lautet der Trend in einer Reihe von Ländern Zentralasiens, des Kaukasus oder des Balkans Stagnation oder Verschlechterung, sodass hier noch erhebliche Arbeit für besseren Zugang und mehr Qualität zu tun ist. Doch ist dieses Ziel nicht in erster Linie auf Gesundheit bezogen.
55. *Ziel 3: Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung der Rolle der Frauen:* In den meisten Teilen der Region ist Ungleichstellung in der Primarschule kein Thema, doch gehen in einigen Ländern Jungen eher von der Schule ab als Mädchen. Insgesamt ist es in der Europäischen Region eher wahrscheinlich, dass dieses Ziel erreicht wird, als in anderen Regionen. Doch ist das Ziel nicht in erster Linie auf Gesundheit bezogen.
56. *Ziel 4: Senkung der Kindersterblichkeit:* Die Sterblichkeit ist bei Kindern unter fünf Jahren langsam zurückgegangen, doch stehen mehrere Länder, hauptsächlich in Zentralasien und im Kaukasus, in dieser Hinsicht vor erheblichen Herausforderungen. Der östliche und der zentralasiatische Teil der Region sind insgesamt nicht auf dem Weg zur Erfüllung von MZ4. Auch wenn die durchschnittliche Sterblichkeit der Kinder unter fünf Jahren die niedrigste aller sich entwickelnden Regionen ist, so ist der Takt des Rückgangs seit 1990 langsamer, als das Erreichen des Ziels es erfordert. Für die neuen EU-Mitgliedstaaten bedeutet dies eine Senkung der Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren auf ein Niveau unterhalb des gegenwärtigen EU-Durchschnitts. Die meisten Länder niederen und mittleren Einkommens der GUS haben zu geringe Fortschritte hinsichtlich der Sterblichkeit der Kinder unter fünf Jahren gemacht, als dass sie das Ziel für 2015 erreichen könnten (10).
57. Verlässliche amtliche Daten aus den GUS-Ländern zur Sterblichkeit der Kinder unter fünf Jahren sind nur begrenzt verfügbar. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Quellen. Die amtlichen Statistiken enthalten in der Regel sehr viel niedrigere Sterblichkeitsraten als die Daten aus Surveys. Dies hat mit Sicherheit Folgen für die Genauigkeit der Fortschrittmessung und für die Abgabe realistischer Prognosen. In einigen Ländern geht die Sterblichkeit bei den Kindern unter fünf Jahren laut amtlicher Statistik zurück, während Surveydaten auf eine steigende Tendenz deuten. Der Hauptgrund für solche Diskrepanzen sind die schwachen Gesundheitssysteme dieser Länder. Ein Teil des Problems liegt auch darin begründet, dass die Definition einer Lebendgeburt in den GUS-Ländern von derjenigen

der WHO abweicht. Die allgemein in den GUS-Ländern verwandte Definition führt zu einer Unterschätzung der Neugeborenensterblichkeit. In einigen Ländern funktioniert die standesamtliche Registrierung von Geburten und Sterbefällen nicht ordnungsgemäß, was auch zu einer Unterschätzung der Zahlen führt. Mancherorts gibt es Anreize für die Bevölkerung (z. B. Meldegebühren) Geburten und Sterbefälle nicht offiziell zu melden.

58. *Ziel 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern:* Die Müttersterblichkeit schwankt außergewöhnlich stark. In der Europäischen Region schwankt ihre Rate von 2 pro 100 000 Lebendgeburten in Schweden bis zu 210 pro 100 000 Lebendgeburten in Kasachstan. Den Trends zufolge werden die meisten west- und osteuropäischen Länder und die Mehrheit der GUS-Länder mittleren Einkommens das Ziel wohl erreichen. Allerdings weisen die GUS-Länder niederen Einkommens zu geringe Fortschritte auf, als dass sie das Ziel für 2015 erreichen könnten. Jüngste Schätzungen legen nahe, dass die aktuelle Müttersterblichkeit in einigen GUS-Ländern niederen Einkommens über den Ausgangswerten aus dem Jahr 1990 liegt. Wie bei der Sterblichkeit der Kinder unter fünf Jahren würde das Erreichen des Ziels für 2015 bei der Müttersterblichkeit in vielen Ländern der Europäischen Region bedeuten, dass sie Niveaus erreichen müssten, die deutlich unter dem aktuellen EU-Durchschnitt liegen. Auch wenn sie aufgrund der historischen Trends auf dem richtigen Wege zu sein scheinen, so ist doch fraglich, ob das gleiche Tempo im kommenden Jahrzehnt beibehalten werden kann. Zwei Drittel der Länder werden MZ5 erfüllen.

59. Die Messung der Fortschritte in Richtung MZ5 ist problematisch, weil Müttersterblichkeit schwer zu messen ist und weil der andere zur Beobachtung benutzte Indikator – qualifizierte Geburtshilfe – eben ein Indikator für den Zugang zu angemessenen Einrichtungen für Mütter ist. Wie bei MZ4 sind Diskrepanzen zwischen den amtlichen Statistiken und externen Schätzungen auch in Bezug auf die Indikatoren für MZ5 ein Thema.

60. *Ziel 6: Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten:* HIV/Aids ist eine ernste Bedrohung der öffentlichen Gesundheit und die Ausbreitung hat in weniger als zehn Jahren im Osten der Region und in Zentralasien um das Neunfache zugenommen. Nach 40 Jahren des Rückgangs flammte Tuberkulose in den 1990er Jahren in der Region wieder auf und stellt jetzt in vielen Ländern ein schwerwiegendes Problem dar. Mehr als die Hälfte der Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der Region werden dieses Ziel wahrscheinlich nicht erreichen.

61. Die Prävalenz von HIV/Aids ist in der Europäischen Region im Vergleich zu anderen Regionen gering. Allerdings steigen die HIV/Aids-Raten in den GUS-Ländern sehr stark an. Nachdem hier die HIV/Aids-Epidemie relativ spät ausbrach, gibt es in diesen Ländern jetzt die höchsten Zuwachsraten in der Welt. Die Epidemie konzentriert sich hauptsächlich auf junge und stark gefährdete Bevölkerungsgruppen. Die höchsten Prävalenz- und Inzidenzraten sind bei intravenös konsumierenden Drogenabhängigen und Sexarbeitern zu finden. Angesichts der Epidemie im Bereich injizierender Drogenkonsum fallen die Infektionsraten für Frauen und Mütter geringer aus. Daher ist der Indikator der HIV-Infektionsrate pro Millionen Menschen zur Beobachtung der HIV/Aids-Dynamik in der Europäischen Region von größter Relevanz. Nach dem steilen Anstieg der HIV/Aids-Inzidenz in den vergangenen Jahren gibt es jetzt in einigen Ländern Anzeichen für ein Abflachen der Kurve. Allerdings erschwert das Fehlen verlässlicher Trendzahlen anhand getesteter Fälle die Aussage, ob diese Abflachung tatsächlich stattfindet oder lediglich eine Zunahme verdeckter Fälle kaschiert.

62. Tuberkulose ist eine weitere Herausforderung für die GUS-Länder. Die Tuberkulose-Inzidenz nimmt in allen GUS-Ländern mittleren und niederen Einkommens zu. In einigen Ländern haben sich die Raten seit 1990 verdoppelt, während sie im Rest der Europäischen Region substanziell zurückgegangen sind. In einigen Ländern war die Zunahme der Tuberkulose-Inzidenz mit der Zunahme der HIV/Aids-Inzidenz verknüpft.

63. *Ziel 7: Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit:* Das gemeinsame Überwachungsprogramm von WHO und UNICEF ist für die Beobachtung dieses Bereichs designiert. Wasserversorgung und Abwasserentsorgung sind weiter die wichtigste umweltbezogene Herausforderung, obwohl laut amtlichen Daten große Teile der Bevölkerungen vollen Zugang auf diese Infrastruktureinrichtungen haben. Es liegen auch

Erkenntnisse vor, dass insbesondere die Wasserqualität ein ernstes Thema bleibt und die Gesundheit vieler Menschen bedroht.

64. Zugang zu Wasser (das die Vereinten Nationen im Jahr 2002 als ein allgemeines Menschenrecht anerkannt haben) ist damit noch nicht vollends für die gesamte Bevölkerung der Europäischen Region verwirklicht. Oft hängt der Zugang von der Entwicklung, dem Betrieb und der Handhabung der Infrastruktur unter den Bedingungen wirtschaftlicher Machbarkeit ab und ist daher in von Armut und Vernachlässigung betroffenen Landgebieten noch nicht erreicht worden. Ein ausgewogener Zugang bleibt für viele Teilregionen und Lokalbevölkerungen der Mitgliedstaaten eine Herausforderung.

65. Im Mittelmeergebiet kommen nach Schätzungen zu den 130 Millionen permanenten Bewohnern der Küstenregion, die in regelmäßigen Kontakt mit dem Mittelmeer stehen, noch jährlich 100 Millionen Besucher hinzu. Unzureichende Abwassersysteme – fehlende Kanalisation, Fehler in Betrieb und Unterhalt oder fehlende Aufbereitung an der Mündung – schaffen gesundheitsbedrohliche Zustände und führen zu Besorgnis, insbesondere was Gesundheitsfolgen durch die Badegewässer selbst und die Meeresfrüchte aus diesen Gewässern betrifft. Die WHO hat demonstriert, dass jeder in Wasserversorgung und Abwasserentsorgung investierte Dollar einen wirtschaftlichen Gewinn von zwischen 3 und 34 Dollar abwirft. Investitionen in Wasserversorgung und Abwasserentsorgung sind daher eines der Mittel, mit denen die Welt die MZ erfüllen kann. Die Erfüllung der Abwasserziele bedeutet eine verringerte Belastung der aufnehmenden Gewässer und damit zu einem Rückgang thalassogener Krankheiten und Erkrankungen durch kontaminierte Lebensmittel aus Aquakulturen und küstennahem Fischfang.

66. *Ziel 8: Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft:* Die jüngsten globalen Übersichten zeigen, dass die Fortschritte hinsichtlich der MZ sehr ungleich verteilt sind und dies trifft auch für die Europäische Region zu. Verblüffen kann, dass die Europäische Region von allen Regionen der Welt die geringste Entwicklungshilfe erhält, wie aus folgender Tabelle hervorgeht:

Region	Entwicklungshilfeausgaben für Gesundheit pro Kopf	%-Anteil der Ausgaben für Gesundheit an der offiziellen Entwicklungshilfe
Ozeanien	9,98	4,7
Mittelamerika	4,22	19,8
Afrika südlich der Sahara	2,06	8,6
Südamerika	1,64	16,5
Nordafrika	1,24	4,4
Südliches Asien	0,84	16,8
Nahost	0,52	3,4
Fernost	0,50	7,8
Europa und Zentralasien	0,34	1,7
<i>DURCHSCHNITT</i>	<i>1,00</i>	<i>8,9</i>

Quelle: Suhrcke M, Rechel B, Michaud C (22).

Literatur

1. UN Millennium Development Goals [Website]. New York, United Nations, 2005 (<http://www.un.org/millenniumgoals/goals.html>, eingesehen am 13. Juni 2007).
2. *United Nations Millennium Declaration*. United Nations General Assembly Resolution 55/2. New York, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>, eingesehen am 13. Juni 2007).
3. *The world health report 2003 – Shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf, eingesehen am 13. Juni 2007).
4. McKee M, Nolte E. *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*. London, Nuffield Trust, 2004 (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/21404avoidablemortality2.pdf>, eingesehen am 13. Juni 2007).
5. *The world health report 2000. Health systems: Improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, eingesehen am 13. Juni 2007).
6. *Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa 2005 (Dokument EUR/RC55/9 rev.1).
7. Global monitoring report 2006: Strengthening mutual accountability – Aid, trade and governance. Washington, World Bank and the International Monetary Fund, 2006 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTGLOBALMONITOR/EXTGLOBALMONITOR2006/0,,menuPK:2186472~pagePK:64218926~piPK:64218953~theSitePK:2186432,00.html>, eingesehen am 11. Juni 2007).
8. *The Millennium Development Goals Report 2006*. New York, United Nations, 2006 (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf>, eingesehen am 19. Juni 2007).
9. European Health for All database [Online-Datenbank]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, eingesehen am 14. Juni 2007).
10. *Millennium Development Goals. Progress and Prospects in Europe and central Asia*. Washington, World Bank, 2005 (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/ECA-MDG-full.pdf>, eingesehen am 12. Juni 2007).
11. *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. London, Department of Health, 2007 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_065544, eingesehen am 12. Juni 2007).
12. Shakarishvili G. *Poverty and equity in health care finance*. Budapest, Local Government and Public Reform Initiative, 2006.
13. *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report*. Atlanta, GA and Calverton, MD, Centers for Disease Control and Prevention and ORC Macro, 2003.
14. *The Roma in Central and Eastern Europe: Avoiding the Dependency Trap. Regional Human Development Report*, Bratislava, United Nations Development Programme, 2002.

15. *The world health report 2005. Make every mother and child count.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf, eingesehen am 14. Juni 2007).
16. Bouvier-Colle M-H et al. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20:717–721.
17. Gissler M et al. Methods for identifying pregnancy-associated deaths: population-based data from Finland 1987–2000. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2004, 18(6):448–455.
18. Wildman K, Bouvier-Colle M-H. Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2): 164–169.
19. Support in combating tuberculosis in the Caucasus (Armenia, Azerbaijan, Georgia) [Website]. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2005 (<http://www.gtz.de/de/dokumente/en-health-mdg-project-caucasus.pdf>, eingesehen am 14. Juni 2007).
20. *The millennium development goals in Latin America and the Caribbean: progress, priorities and IDB support for their implementation.* Washington, DC, Inter-American Development Bank, 2005 (<http://www.iadb.org/idbdocs.cfm?docnum=591088>, eingesehen am 14. Juni 2007).
21. Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *The Lancet*, 2004, 364:900–906 (<http://www.abtassociates.com/articles/lancet-paper.pdf>, eingesehen am 14. Juni 2007).
22. Suhrcke M, Rechel B, Michaud C. *Is development assistance for health to Eastern Europe too low?* Venice, WHO European Office for Investment for Health and Development, 2004.