

DER
EUROPÄISCHE
GESUNDHEITSBERICHT
2002

DER EUROPÄISCHE GESUNDHEITSBERICHT 2002



EUROPA



Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Sie ist die richtungweisende und koordinierende Autorität in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit. Zu den in der Satzung verankerten Funktionen der WHO gehört es, zu die menschliche Gesundheit betreffenden Fragen objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein, eine Verantwortung, der sie teilweise durch ihr Publikationsprogramm gerecht wird. Durch ihre Veröffentlichungen versucht die Organisation, die Gesundheitsstrategien der einzelnen Länder zu unterstützen und sich mit den dringlichsten Problemen der öffentlichen Gesundheit auseinander zu setzen.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben rund 870 Millionen Menschen, in einem Gebiet, das sich von Grönland im Norden und vom Mittelmeer im Süden bis zur Pazifikküste der Russischen Föderation erstreckt. Deshalb konzentriert sich das europäische Programm der WHO sowohl auf die Probleme der Industrieländer und der postindustriellen Gesellschaft als auch auf die Probleme der jungen Demokratien in Mittel- und Osteuropa und in den Ländern der ehemaligen UdSSR.

Die WHO strebt die möglichst breite Verfügbarkeit ihrer autoritativen Informationen und der von ihr geleisteten Orientierungshilfe an, weshalb sie sicherstellt, dass ihre Veröffentlichungen weite internationale Verbreitung finden, und sie auch deren Übersetzung und Bearbeitung fördert. Die Bücher der WHO tragen dazu bei, Gesundheit zu fördern und zu schützen und Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen. Damit sind sie auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Hauptziels der Organisation, allen Menschen die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu ermöglichen.

DER
EUROPÄISCHE
GESUNDHEITSBERICHT
2002



WHO-Regionalbüro für Europa
Kopenhagen

EUROPA

Regionale Veröffentlichungen der WHO,
Europäische Schriftenreihe, Nr. 97

ISBN 92 890 3365 7
ISSN 0258-2155

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

© Weltgesundheitsorganisation 2002

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

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

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

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Der europäische Gesundheitsbericht 2002

(Regionale Veröffentlichungen der WHO. Europäische Schriftenreihe Nr. 97)

1. Gesundheitsstatusindikatoren 2. Auswerteverfahren 3. Sozialökonomische Faktoren
4. Lebensstil 5. Umwelt und Gesundheit 6. Gesundheitsversorgung 7. Gesundheitspolitik
8. Gesundheitsreform 9. Europa I. Reihe

ISBN 92 890 3365 7
ISSN 0258-2155

(NLM Klassifikation: WA 900)

PRINTED IN DENMARK

Inhalt

Danksagungen	v
Vorwort	1
Einleitung	2
TEIL EINS – DIE GESUNDHEITLICHE LAGE IN DER EUROPÄISCHEN REGION	7
Die Gesamtsituation	8
Lebenserwartung und Sterblichkeit	9
Gesunde Lebenserwartung	15
Die Last der Gesundheitsdefizite	18
<i>Übertragbare Krankheiten</i>	<i>19</i>
<i>Nichtübertragbare Krankheiten</i>	<i>29</i>
<i>Psychische Gesundheit</i>	<i>42</i>
<i>Unfälle und Verletzungen</i>	<i>44</i>
<i>Literatur</i>	<i>45</i>
Der Gesundheitszustand in Europa nach Bevölkerungsgruppen	49
<i>Die Gesundheit der Kinder</i>	<i>49</i>
<i>Die Gesundheit der Jugendlichen</i>	<i>50</i>
<i>Die Gesundheit der Frauen</i>	<i>56</i>
<i>Altern und Gesundheit</i>	<i>61</i>
<i>Literatur</i>	<i>63</i>
TEIL ZWEI – DIE WICHTIGSTEN DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT	65
Sozioökonomische Determinanten	66
<i>Gesundheit und Entwicklung</i>	<i>68</i>
<i>Armut</i>	<i>70</i>
<i>Psychosoziale Faktoren</i>	<i>71</i>
<i>Erwerbstätigkeit</i>	<i>72</i>
<i>Bildung</i>	<i>73</i>
<i>Geschlechtszugehörigkeit</i>	<i>73</i>
<i>Literatur</i>	<i>74</i>

Lebensweisen	75
<i>Ernährung</i>	75
<i>Körperliche Aktivität</i>	79
<i>Tabak</i>	81
<i>Alkohol</i>	85
<i>Illegale Drogen</i>	87
<i>Literatur</i>	91
Die natürliche Umwelt	93
<i>Luftgüte</i>	93
<i>Lebensmittelsicherheit</i>	94
<i>Wasser</i>	97
<i>Wohnraum</i>	98
<i>Erwerbstätigkeit</i>	99
<i>Verkehr</i>	101
<i>Ionisierende Strahlung</i>	102
<i>Globale Umweltveränderungen</i>	102
<i>Literatur</i>	104
TEIL DREI – GESUNDHEITSSYSTEMPOLITIK UND GESUNDHEITSREFORMEN	107
Finanzierung	110
Leistungserbringung	114
<i>Primäre Gesundheitsversorgung</i>	115
<i>Krankenhäuser</i>	116
<i>Qualität</i>	119
Ressourcenschöpfung	121
<i>Arzneimittel</i>	123
Stewardship	126
Literatur	130
SCHLUSSFOLGERUNGEN	135
ANHANG 1: Methoden zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen	138
ANHANG 2: Statistische Tabellen	148

Danksagungen

Der Bericht wurde unter der Leitung von Anca Dumitrescu, Roberto Bertollini und Nata Menabde erstellt und weitgehend von Anatoliy Nosikov und Jean-Paul Jardel geschrieben, koordiniert und redaktionell überarbeitet. Die wichtigsten Beiträge stammen, soweit nicht anders angegeben, von Mitarbeitern des WHO-Regionalbüros für Europa (die unten alphabetisch angeführt sind). Zusätzliche Hilfe und Kommentare zu verschiedenen Entwürfen kamen von Mitarbeitern der Abteilung Wissenschaftliche Erkenntnisse und Informationen für die Politik des WHO-Hauptbüros in Genf.

Roger Aertgeerts	Bettina Menne
Richard Alderslade	Haik Nikogosian
Keith Baverstock	Pekka Oja (UKK-Institut, Finnland)
Xavier Bonnefoy	Mikael Østergren
Assia Brandrup-Lukanow	Elaine Price
Luca Brusati	Remigijus Prokhorskas
Kees de Joncheere	Vivian Rasmussen
Antonio Duran	Francesca Racioppi
Mikhail Ejov	Nina Rehn
Lars Fallberg	Neville Rigby (International Obesity Task Force, Vereinigtes Königreich)
Ainna Fawcett-Henesy	Anna Ritsatakis
Bent Fenger	David Rivett
Josep Figueras	Aileen Robertson
Emil Gabrielyan (Behörde für Arzneimittel und Medizintechnik, Armenien)	Wolfgang Rutz
Brian Gaffney (Health Promotion Agency for Northern Ireland, Vereinigtes Königreich)	Aushra Shatchkute
Bernardus Ganter	Sylvie Stachenko
Milagros Garcia-Barbero	Muthu Subramanian (Health and Health Care Assessment, Princeton, Vereinigte Staaten von Amerika)
Cees Goos	Thorkild I.A. Sørensen (Institut für Präventiv- medizin, Dänemark)
W. Philip T. James (International Obesity Task Force, Vereinigtes Königreich)	Cristina Tirado
Marco Jermini	Agis Tsouros
Isuf Kalo	Claude Vilain
Cecile Knai	Steven Wassilak
Rüdiger Krech	Manfred Wildner (Bayerischer Forschungsverbund Public Health, Ludwig- Maximilians-Universität, Deutschland)
Michal Krzyzanowski	Isabel Yordi
Joe Kutzin	Risards Zaleskis
Ulrich Laukamm-Josten	Erio Ziglio
Philip Lazarov	Lorenzo Zucchi
Peter Makara	Übersetzung aus dem Englischen: Gerlinde Supplitt
Viviana Mangiaterra	Design: Tuuli Sauren
Sir Michael Marmot (University of London, Vereinigtes Königreich)	Fotos: Van Parys Media
José M. Martin-Moreno (Universität Valencia und das spanische Amt für Technikfolgenabschätzung, Spanien)	

Vorwort

„Bedarfsgerechte Dienste“, unter dieses Motto hat das WHO-Regionalbüro für Europa seine neue Strategie der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten gestellt. Das Regionalbüro bemüht sich ständig darum, seine Arbeit für die Mitgliedstaaten und deren Bevölkerung relevanter und besser zu gestalten. Es geht darum, sie bei der Erarbeitung und nachhaltigen Umsetzung ihrer Gesundheitspolitik, ihrer Gesundheitssysteme und Public-Health-Programme zu unterstützen. Ich bin der festen Überzeugung, dass das Regionalbüro in diesem Sinne eine seiner wichtigsten Aufgaben erfüllt, wenn es den politisch Verantwortlichen hochwertige, aktuelle Informationen und Analysen liefert, die für ihre Arbeit wirklich von Belang sind.



Regierungen und Politiker sind sich zunehmend bewusst, dass Zugang zu Wissen ihnen eine bessere politische Praxis ermöglicht. Immer mehr sind sich die Politiker der verschiedenen Mitgliedstaaten zudem darüber im Klaren, dass sie vor gemeinsamen Herausforderungen stehen und der Blick über die Grenzen ihnen nützliches Wissen einbringt, das sie auch die Situation ihres eigenen Landes besser verstehen lässt. Das Regionalbüro hat die große Aufgabe, auf den vorliegenden Daten und Erfahrungen aufzubauen, den Austausch dieser Erfahrungen zu erleichtern und letztlich die Daten und Indikatoren international vergleichbar zu machen.

Der europäische Gesundheitsbericht entspricht dem Satzungsauftrag der WHO, die Mitgliedstaaten mit wichtigen gesundheitlichen Informationen zu versorgen. Er bietet ein breites, doch präzises Bild des Gesundheitszustands und der Gesundheitsdeterminanten in der Region und zeigt, wo die Mitgliedstaaten und die europäischen Gesundheitsexperten mit gesundheitlichen Maßnahmen ansetzen sollten. In dem Bericht geht es vor allem um konkrete, für Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich nützliche Fakten. Das Regionalbüro arbeitet ausgehend von den Werten und Prinzipien der WHO als „einer Organisation“ mit den Mitgliedstaaten an für die Gesundheit in Europa wichtigen Themen und Problemen. Die dabei geschaffenen, gelagerten und „beglaubigten“ Informationen werden zusammengefasst und an die Mitgliedstaaten zurückgegeben.

Der Erfolg dieser Veröffentlichung wird sich daran messen, ob die Mitgliedstaaten bei ihrem Bemühen, ihre Gesundheitspolitik und ihre Gesundheitssysteme zu verbessern, die hier vorgelegten Informationen als brauchbar empfinden und nutzen können.

Marc Danzon

WHO-Regionaldirektor für Europa

Einleitung

Wo steht die Europäische Region der WHO auf dem Weg zur „Gesundheit für alle“? Der vorliegende Bericht soll einen Überblick und eine Einschätzung der Situation in Europa geben. Außerdem soll gezeigt werden, inwieweit die Region ihrem Leitziel, eine gesunde Bevölkerung zu schaffen und gesundheitliche Defizite zu bekämpfen, näher gekommen ist. Dieses Ziel verfolgt die Region, indem sie

- gegen überhöhte Sterblichkeit, Morbidität und Behinderungen insbesondere in armen und marginalisierten Bevölkerungsgruppen vorgeht,
- gesunde Lebensweisen fördert und die Risiken für die menschliche Gesundheit mindert, die ihre Ursachen in der Umwelt und in wirtschaftlichen und sozialen Gegebenheiten haben oder verhaltensbedingt sind,
- Gesundheitssysteme entwickelt, die gleichermaßen die Gesundheit der Bevölkerung verbessern, den legitimen Ansprüchen der Menschen gerecht werden und Finanzierungsgerechtigkeit bieten,
- eine zum selbstbestimmten Handeln ermutigende Politik entwirft, einen institutionellen Rahmen für den Gesundheitssektor schafft und in der Sozial-, Wirtschafts-, Umwelt- und Gesundheitspolitik eine wirksame gesundheitliche Dimension fördert.

Der Bericht vergleicht deshalb im ersten Kapitel die gesundheitliche Situation und die Gesundheitstrends, wie sie an den Indikatoren Lebenserwartung, gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast abzulesen sind. Danach wird gezeigt, wie sich Gesundheit innerhalb einzelner Gruppen und auf verschiedene Bevölkerungsgruppen verteilt. Im zweiten Kapitel wird diskutiert, welche Entwicklung die wichtigsten Determinanten der Gesundheit genommen haben, wobei die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren unterstrichen wird. Das dritte Kapitel ist den Systemen der Gesundheitsversorgung gewidmet, deren Leistung ausschlaggebend dafür ist, ob die angestrebte Verbesserung der öffentlichen Gesundheit, ein chancengleicher Zugang zu gesundheitlichen Leistungen und Finanzierungssolidarität erreicht werden. Schwerpunktmäßig werden in diesem Kapitel die Schlüsselfunktionen der Gesundheitssysteme analysiert und dann Chancen und Trends bei der Reform von Gesundheitssystemen und der Umsetzung gesundheitlicher Konzepte aufgezeigt.

Mit dem Bericht wird versucht, die wichtigsten Trends hinsichtlich des Gesundheitsstatus, gesundheitlicher Determinanten und Risikofaktoren sowie der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den Ländern der Region zusammenzufassen und zu vergleichen, wobei das neue WHO-Rahmenkonzept zur Messung der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen und die einschlägige

Berichterstattung sowie das Konzept zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen (Health Systems Performance Assessment – HSPA), das für den *World health report 2000* erarbeitet wurde, die Grundlage abgeben. Es werden quantitative und qualitative Information aus verschiedenen Quellen herangezogen – mit ihren Begrenzungen im Hinblick auf Genauigkeit, Vollständigkeit und Vergleichbarkeit. Dazu gehören Schätzwerte über die gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast, die im *World health report 2000* Eingang gefunden haben, weiterhin von den Mitgliedstaaten beigesteuerte Daten, Veröffentlichungen internationaler Organisationen, wissenschaftliche Publikationen sowie Informationen aus den Fachprogrammen der WHO. Da eine vertiefte Untersuchung zum Thema noch aussteht, werden die Länder nach ihrer geographischen Lage in Gruppen zusammengefasst, bzw. unter Verwendung überkommener (allerdings zunehmend unerheblicher) Kategorien wie Europäische Union (EU), mittel- und osteuropäische Länder (MOE) und neue unabhängige Staaten (NUS)¹ gruppiert (Abb. 1).

Das Gesundheitsniveau der Europäischen Region ist insgesamt weltweit zwar mit am höchsten, trotzdem verweist der Bericht auf starke Ungleichheiten innerhalb der Länder und zwischen ihnen. Am augenfälligsten ist die sich erweiternde Kluft zwischen ost- und westeuropäischen Ländern hinsichtlich der Lebenserwartung und der gesunden Lebenserwartung. Besonders rückläufig waren sie in den NUS, vorrangig bedingt durch die Frühsterblichkeit unter männlichen Erwachsenen.



Abb. 1: Die in den teilregionalen Durchschnittszahlen umfassten Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO: EU (gelb), MOE-Länder (rot) und NUS (hellblau)

¹ Die NUS sind hier definiert als die 15 Länder, die nach dem Zerfall der UdSSR unabhängig wurden, darunter die drei baltischen Länder (Estland, Lettland, Litauen). Die Gruppe der MOE-Länder umfasst zwölf Länder mit einer ehemals zentral gelenkten Planwirtschaft, die nicht Teil der UdSSR waren. Soweit die Gruppierung „Westeuropa“ benutzt wird, umfasst sie die 15 EU-Mitgliedstaaten und die industrialisierten Marktwirtschaften außerhalb der EU.

Zu den wichtigsten Gründen für den ungleichen Gesundheitsstatus zählt die dramatisch gesteigerte Inzidenz übertragbarer Krankheiten wie HIV/Aids und Tuberkulose in den osteuropäischen Ländern, die weitgehend mit dem Verfall der sozioökonomischen Situation zusammenhängt, sowie der Fortbestand der Malaria in einigen Gebieten im südöstlichen Teil der Region. Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, Diabetes mellitus und andere nichtübertragbare Krankheiten sind jedoch nach wie vor für den Löwenanteil der gesundheitlichen Belastung und des Ost-Westgefälles bei der Lebenserwartung in Europa verantwortlich. Die meisten dieser Krankheiten gehen mit verbreiteten Risikofaktoren einher, die wiederum mit der Lebensweise und dem sozioökonomischen Umfeld verbunden sind. Wie die in einigen westeuropäischen Ländern erzielten Erfolge zeigen, sind bei der Prävention dieser Krankheiten und der Verringerung der Mortalität deutliche Verbesserungen möglich. Verstärkte Anstrengungen sind zudem erforderlich, um den zunehmenden psychischen Störungen sowie der Inzidenz und den Konsequenzen von Verletzungen, insbesondere im Kindesalter, zu begegnen.

Analysiert man, wie sich Gesundheit auf spezifische Bevölkerungsgruppen verteilt, ergibt sich erneut folgendes Bild: Trotz einer allgemeinen durchschnittlichen Verbesserung bestehen erhebliche Ungleichheiten fort, und zwar in Bezug auf Kinder- und Säuglingssterblichkeit, Risikoverhalten unter Jugendlichen, Gesundheit von Frauen allgemein und spezifische Risiken während des reproduktiven Lebensabschnittes, Männer im mittleren Alter (für diese Gruppe bestehen innerhalb der Länder starke Ungleichheiten und ein ausgeprägtes Ost-Westgefälle) sowie bezogen auf die Möglichkeit, gesund zu altern.

Der Bericht unterstreicht die Beziehung zwischen sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit. Vor allem Armut erweist sich als die wichtigste Einzeldeterminante für gesundheitliche Probleme. Daher sind Investitionen in die Gesundheit, wie die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit betont, als konkreter Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung und den Abbau von Armut zu verstehen. Der Bericht sichtet Fakten zu Determinanten von Gesundheit, die in Verbindung zur Lebensweise stehen. Hervorgehoben werden die Vorteile von gesunder Ernährung und Bewegung sowie die beunruhigenden Trends bei ungesunden Verhaltensweisen, etwa dem Konsum von Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen, insbesondere durch die jüngeren Altersgruppen. Es werden die Situation und die Trends hinsichtlich der Belastung durch die wichtigsten umweltbedingten Gesundheitsgefahren zusammengefasst, für deren Verhütung sektorübergreifende Anstrengungen und internationale Zusammenarbeit im Rahmen einer nachhaltigen Entwicklung erforderlich sind.

Die Gesundheitssysteme und -dienste der Europäischen Region durchlaufen derzeit einen weit reichenden Transformationsprozess. Erstens sind die Länder bestrebt,

Nachhaltigkeit und Finanzierungssolidarität besser auszubalancieren. In den meisten westeuropäischen Ländern ist das Solidaritätsniveau weiterhin relativ hoch. Zwar bekennen sich auch die MOE-Länder und die NUS zur Finanzierungssolidarität, jedoch sind die Gesundheitsdienste aufgrund der problematischen wirtschaftlichen Tragfähigkeit des neuen Versicherungswesens für die Bevölkerung in vielen Fällen nur noch beschränkt zugänglich und bezahlbar. Zweitens geht der Trend zum strategischen Einkauf als Instrument der Ressourcenzuweisung für die Leistungsanbieter, um den gesundheitlichen Nutzen zu maximieren, was auch bedeutet, dass man Anbieter- und Käuferfunktionen trennt, von der passiven Leistungsvergütung zum aktiven Einkauf übergeht und die Anbieter nach ihrer Kostenwirksamkeit auswählt. Vertragsmechanismen und die leistungsbezogene Vergütung wird wesentlich für den effektiven Einkauf von Leistungen. Drittens ist bei den Ländern eine deutlich gezieltere Übernahme modernisierter oder neuer Verfahrensweisen festzustellen, wodurch die Leistungserbringung im Gesundheitswesen effizienter gestaltet werden soll. Viertens erweist sich eine effiziente Aufsichts- und Beratungsfunktion (Stewardship) als unabdingbar für eine erfolgreiche Gesundheitsreform. Meist übernimmt der Staat diese Aufgabe, die gesundheitspolitische Führungskompetenz, bedarfsgerechte Regulierung und effektive Informationserfassung und -verarbeitung einschließt. Am „Stewardship“ können jedoch auch andere Organe wie Berufsverbände beteiligt sein.

Der Bericht hat unbestreitbare Begrenzungen. Dennoch bleibt zu hoffen, dass die darin niedergelegten Erkenntnisse den Mitgliedstaaten helfen können, ihre Fortschritte in Richtung auf die „Gesundheit für alle“ zu bewerten und ihre eigene Kompetenz im Bereich der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Information zu verbessern, und dass sie damit ein Instrument zur Hand haben, das ihnen die Erarbeitung besserer gesundheitspolitischer Konzepte und ein besseres Programmmanagement ermöglicht.



TEIL EINS

Die gesundheitliche Lage in der Europäischen Region

Die Gesamtsituation

Lebenserwartung und Sterblichkeit

Gesunde Lebenserwartung

Die Last der Gesundheitsdefizite

Der Gesundheitszustand in Europa nach Bevölkerungsgruppen

Die Gesamtsituation

Zur Europäischen Region der WHO zählen einige der reichsten Länder der Welt, während in anderen bittere Armut herrscht. Schwerwiegender ist jedoch, dass heute mehr Länder in die Gruppe der „weniger Wohlhabenden“ fallen als vor zehn Jahren. Im Jahr 2000 (oder laut letzten verfügbaren Angaben) lag das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf der Bevölkerung zwischen 255 US-\$ und über 42 000 US-\$. Den stärksten wirtschaftlichen Niedergang haben in den vergangenen zehn Jahren die MOE-Länder und die NUS erlebt. Während zuvor nur ein kleiner Teil der Bevölkerung ein ungenügendes Einkommen hatte (1987–1988 waren es 3,3%), ist inzwischen in einigen Ländern ungefähr die Hälfte der Bevölkerung von der einkommensbedingten Armut betroffen. In den Ländern, für die Daten vorliegen (Anhang 2, Tabelle 1), leben derzeit 168 Millionen Menschen unterhalb der Armutsgrenze von 4 US-\$ pro Tag – das sind im Durchschnitt rund 46% der Bevölkerung (Abb. 2). Sogar in den meisten der reichsten Länder ist der Wohlstand bei weitem nicht gerecht verteilt. Es gibt auch dort noch Armutsnischen. In Westeuropa leben rund 37 Millionen Menschen, das sind ungefähr 10% der Gesamtbevölkerung, unterhalb der Armutsgrenze, d. h. mit weniger als 50% des mittleren Einkommens. Allgemein gesprochen besteht für eine große und wachsende Anzahl von Menschen in den europäischen Gesellschaften heute die Gefahr, irgendwann in ihrem Leben einmal arm zu sein.

Dem *Human development report 2001* zufolge schwanken die nach dem Gini-Index² bestimmten Einkommensunterschiede zwischen „sehr niedrig“ (23–25) in Dänemark und Österreich und „relativ hoch“ in Portugal und im Vereinigten Königreich (35–36)

Abb. 2: Bevölkerung unterhalb der einkommensbezogenen Armutsgrenze (prozentualer Anteil der Bevölkerung mit einem Einkommen von weniger als 4 US-\$ pro Tag)



² Definition vgl. Anhang 2

(Anhang 2, Tabelle 1 und Abb. 3). In den 90er Jahren verschärften sich in den meisten westeuropäischen Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen, die Einkommensunterschiede. Die Lage in den MOE-Ländern und den NUS war hinsichtlich der Einkommensunterschiede vor dem Übergang zur Marktwirtschaft sehr viel einheitlicher. Den Berichten zufolge waren die Veränderungen während der Übergangsperiode in den MOE-Ländern moderat, einschneidend dagegen in den NUS und am gravierendsten in der Russischen Föderation.

Insgesamt bot sich in Europa wirtschaftlich ein gemischtes Bild, doch die 90er Jahre waren für viele Menschen außerordentlich schwierig. In den meisten westeuropäischen Ländern herrschte in diesen Jahren ein lang anhaltender wirtschaftlicher Abschwung, der insbesondere die erste Hälfte des Jahrzehnts kennzeichnete. Die Arbeitslosigkeit stieg von etwa 8% im Jahr 1990 auf annähernd 12% im Jahr 1994 und fiel 1999 auf etwa 10% ab. Somit waren im westlichen Teil der Region 16 Millionen Menschen arbeitslos. Bedenklich war insbesondere die wachsende Anzahl der Langzeitarbeitslosen. In den MOE-Ländern und den NUS ging die wirtschaftliche Aktivität in der ersten Hälfte der 90er Jahre in fünf aufeinander folgenden Jahren kontinuierlich zurück. In aggregierten Zahlen betrug der Produktionsrückgang von 1989 bis Ende 1992 30%, 1993 möglicherweise rund 40%. Seither verzeichnen einige dieser Länder wieder positive BIP-Wachstumsraten. Dennoch ist es nur wenigen gelungen, den aggregierten Niedergang seit 1990 auszugleichen, und in einigen NUS liegt das Wirtschaftswachstum weiterhin erheblich niedriger als 1990. In den MOE-Ländern und den NUS ist die Arbeitslosigkeit von annähernd Null steil auf über 14% bzw. 10% hochgeschwollen. In den meisten MOE-Ländern stieg das BIP real leicht an, während es in den NUS beträchtlich sank, bezogen auf den relativ niedrigen Ausgangspunkt im Jahr 1990.



Abb. 3:
Einkommensungleichheit
(Gini-Index)

Zudem waren aufgrund von Katastrophen- und Notstandssituationen (Naturereignisse, durch Menschen verursachte oder multikausal bedingte Ereignisse) oft schnell und umfassende internationale Hilfseinsätze für die betroffenen Länder erforderlich. Insbesondere in den 90er Jahren kam es in mehreren Mitgliedstaaten zu einer Anzahl sehr ernster Notsituationen, einschließlich bewaffneter Konflikte. Der gewaltsame Zerfall des ehemaligen Jugoslawien war hierfür das ungeheuerlichste Beispiel. Berichten zufolge forderte dieser Krieg zwischen 1992 und 1996 mehr als 200 000 Menschenleben, Hunderttausende wurden verwundet, und annähernd vier Millionen Menschen mussten ihre Heimat verlassen. Die dadurch ausgelöste grenzüberschreitende und landesinterne Bevölkerungsverschiebung zog schwerwiegende Gesundheitsprobleme nach sich.

Es kann daher nicht überraschen, dass sich in den 90er Jahren die gesundheitliche Kluft zwischen den Ländern der Europäischen Region dramatisch erweiterte. Diesen Umstand spiegelt die große Varianz der Gesundheitsindikatoren. Während die Lebenserwartung in den westeuropäischen Länder und den MOE-Ländern generell stieg, sank sie in den meisten NUS. Das Bild der gesundheitlichen Verteilungsungerechtigkeiten hat sich in der Region insgesamt verschoben. Anhand von Indikatoren wie reales BIP, Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit ist eine größere Heterogenität der MOE-Länder und der NUS zu erkennen, die ehemals ein sehr viel einheitlicheres Bild abgaben. Einige MOE-Länder finden sich jetzt in der relativ geschlossenen westeuropäischen Ländergruppierung oder haben sich ihr angenähert, wohingegen mehrere NUS deutlich abgefallen sind.

Der vorliegende Bericht strebt die bestmögliche Einschätzung des Gesundheitsstatus in Europa an. Daher wurden Schätzwerte für die Indikatoren Lebenserwartung, gesunde Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebensjahre herangezogen, die sich auf das Jahr 2000 beziehen und im *World health report 2001* veröffentlicht wurden. In den

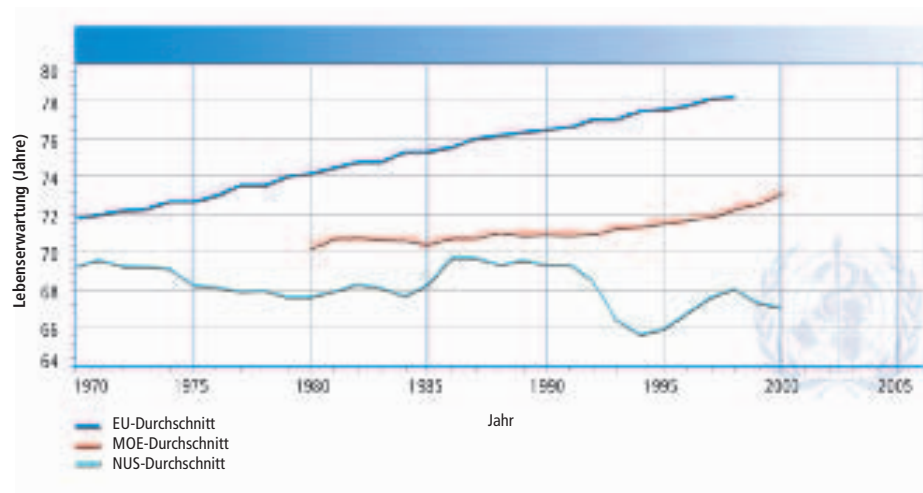


Abb. 4: Lebenserwartung bei der Geburt, 1970–2000

Bericht eingegangen sind darüber hinaus Mortalitäts- und Morbiditätsdaten, die von den Mitgliedstaaten gemeldet und in der Datenbank des WHO-Regionalbüros für Europa erfasst wurden, ebenso wie gegebenenfalls Daten aus anderen Quellen.

Lebenserwartung und Sterblichkeit

Kennzeichnend für die letzten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts waren ein zunehmendes Sterblichkeitsgefälle zwischen dem westlichen und dem östlichen Teil der Region sowie eine sich verbreiternde Kluft in der Lebenserwartung (Abb. 4). In allen westeuropäischen Ländern ist die Lebenserwartung erfreulicherweise stetig angestiegen. In den Ländern der EU betrug die Zunahme zwischen 1970 und 1998 durchschnittlich 6,4 Jahre bei der Geburt, 4,9 Jahre im Alter von 15 und 3,4 Jahre im Alter von 65 Jahren. Während die Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 1970 in den Ländern des östlichen Teils der Region im Durchschnitt noch ähnlich war, waren die MOE-Länder gegenüber den Ländern der EU 1990 um 5,5 Jahre und 1998 um 5,9 Jahre zurückgeblieben. Noch größer ist der Abstand zwischen den Ländern der EU und den NUS (7,2 bzw. 10,2 Jahre) (Abb. 5). In den NUS schwankte die Lebenserwartung stark und ging insbesondere zwischen 1986 und 1994 drastisch zurück. Die jüngsten Zahlen lassen eine erneute Verschlechterung der Situation erkennen, nachdem in der zweiten Hälfte der 90er Jahre eine gewisse Verbesserung eingetreten war. Die traditionell ungünstigeren Zahlen für Männer eingerechnet, ist der Trend für Männer und Frauen ähnlich. Doch ist der Unterschied in der Lebenserwartung von Männern und Frauen in den NUS (durchschnittlich 11,1 Jahre) und in den MOE-Ländern (ungefähr 7,6 Jahre) sehr viel ausgeprägter als in den EU-Ländern (rund 6,3 Jahre). Jüngsten Meldungen zufolge haben 27 Länder in der Region bereits eine Lebenserwartung bei der Geburt von mehr als 75 Jahren erreicht, während sie in 11 Ländern immer noch unter 70 Jahren liegt.

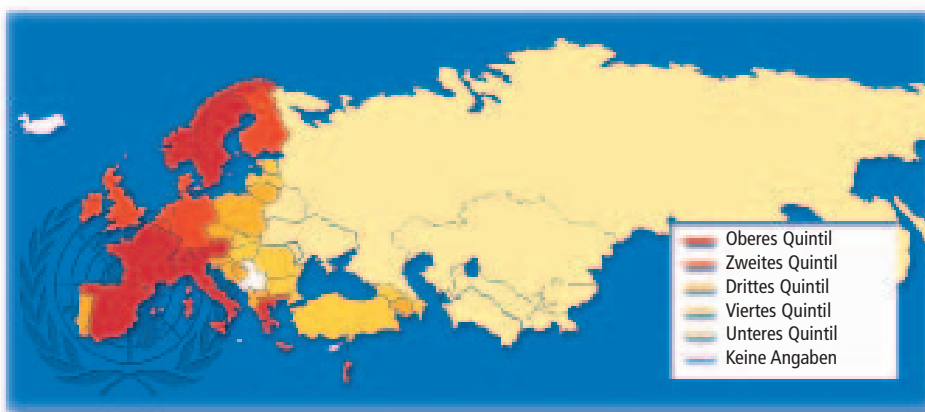


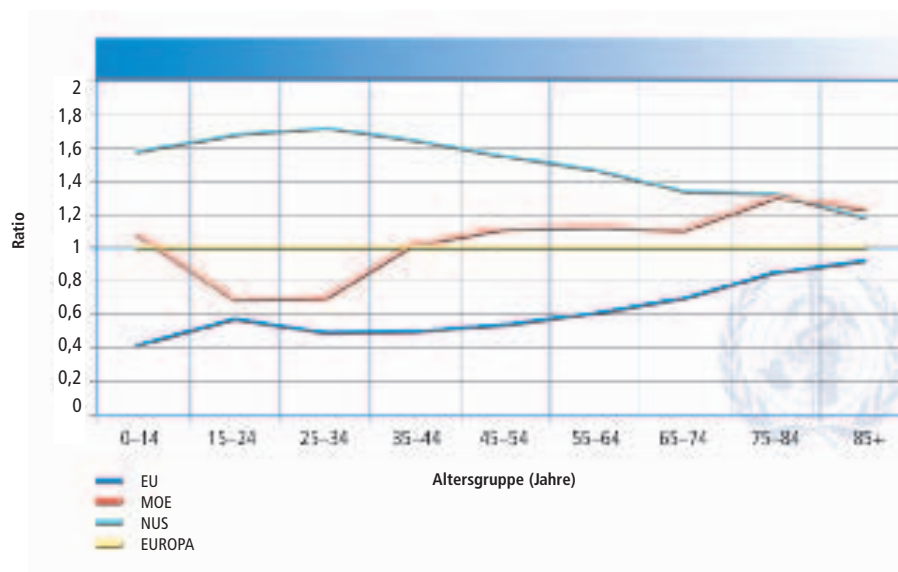
Abb. 5: Lebenserwartung bei der Geburt

Die für einige Länder auf dem Balkan, im Kaukasus und in den zentralasiatischen Gebieten zugrunde gelegten Zahlen dürften überzogen sein. Sie wurden auf der Grundlage der von den Mitgliedstaaten an die WHO gemeldeten Sterblichkeits- und Bevölkerungsdaten berechnet. Die Mortalitätsstatistik dieser Länder ist jedoch lückenhaft. Der Umfang dieser Meldelücken lässt sich erahnen, wenn man die Zahlen mit denen der geschätzten Lebenserwartung vergleicht, die unter Verwendung des Lebenstabellenmodells der WHO errechnet wurden. Mit Hilfe dieses Systems lassen sich Schätzwerte für die Lebenserwartung ermitteln, wenn die vorliegenden Statistiken unvollständig sind (vgl. Anhang 2, Tabelle 2).

Die für die teilnationale Ebene vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass die in den jeweiligen Ländern bestehenden Unterschiede im östlichen Teil der Region größer sind. So beläuft sich der Unterschied zwischen der höchsten und der niedrigsten Lebenserwartung in schwedischen Verwaltungsbezirken auf rund zwei Jahre, während er zwischen „oblast“ der Russischen Föderation bis zu 15 Jahre beträgt.

Die alters-, geschlechts- und ursachenspezifische Sterblichkeit in Europa zeigt das größte Ost-Westgefälle in der mittleren Altersgruppe (Abb. 6). Insbesondere gilt dies für die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten und für externe Todesursachen (Unfall, Tötungsdelikte und Suizid) bei Männern. Mit zunehmendem Alter der Bevölkerung verwischen sich die Unterschiede hinsichtlich der Sterblichkeit zwischen den östlichen und den westlichen Teilen der Region. Die Sterblichkeit in der Altersgruppe der 15–64-Jährigen steuert 8,0 Jahre (61%) zu den 13,25 Jahren bei, um die die Lebenserwartung von Männern im Osten und im Westen der Region differiert.

Abb. 6: Verhältnis der altersspezifischen Sterblichkeitsraten zum jeweiligen Durchschnitt in der EU, den MOE-Ländern und den NUS



Die drastischen Veränderungen der Sterblichkeit in der Russischen Föderation und in anderen Ländern des europäischen Teils der ehemaligen Sowjetunion haben die Aufmerksamkeit vieler Wissenschaftler und Politiker auf sich gezogen. Es gibt praktisch keinen Präzedenzfall für Veränderungen dieser Größenordnung in Friedenszeiten, und sie fielen mit den einschneidenden sozioökonomischen Veränderungen zusammen, die diese Länder durchgemacht haben. Eingehende Mortalitätsstudien belegten die signifikante Rolle des Alkoholkonsums in diesen Ländern. Die ursachen- und altersspezifische Analyse der Veränderungen in der Phase bis 1994, in der die Lebenserwartung sank, sowie während der nachfolgenden Erholungsphase 1995–1997 zeigte, dass diese Verschiebungen hauptsächlich auf Veränderungen bei den externen Todesursachen und auf das plötzliche Auftreten von Herz-Kreislaufkrankheiten in der mittleren Altersgruppe zurückzuführen waren.³ Auch in einigen MOE-Ländern unterlag die Lebenserwartung in den 90er Jahren erheblichen Veränderungen. Ein einheitliches Grundmuster ist nur schwer zu erkennen. Der generelle Trend geht jedoch in der Mehrzahl dieser Länder zu einer erhöhten Lebenserwartung.

Die wichtigsten Todesursachen sind in den europäischen Ländern ähnlich weit gestreut wie die Lebenserwartung und die Gesamtsterblichkeit (Abb. 7). Im Durchschnitt entfällt die Gesamtsterblichkeit zur Hälfte auf Herz-Kreislaufkrankheiten. Das altersbereinigte Verhältnis der Herzkreislaufmortalität zur Gesamtmortalität schwankt jedoch zwischen 35% in Westeuropa und rund 60% in einigen osteuropäischen Ländern. Auf Krebskrankheiten entfallen fast 20% der Gesamtsterblichkeit in Europa. Hier liegen die Zahlen zwischen rund 30% in einigen westlichen Ländern und etwa 10% im östlichen Teil der Region. Unfälle und andere äußere Ursachen von Verletzung und Vergiftung tragen rund 9% zur Gesamtsterblichkeit bei (durchschnittlich etwa 6% bzw. 12% im Westen und im Osten der Region). Äußere Todesursachen spielen in den jüngeren Altersgruppen eine besonders wichtige Rolle. Bei den unter 65-Jährigen entfallen 20% der Gesamtsterblichkeit auf äußere Ursachen. Herz-Kreislaufkrankheiten bzw. Krebs sind dagegen für 31% bzw. 23% verantwortlich.

Die Mortalitätsindikatoren für Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs beleuchten Aspekte des Gesundheitszustands, die eher durch die Lebensweise und die sozioökonomische Situation als durch den Leistungsgrad des Gesundheitswesens bestimmt sind. Die Leistungsfähigkeit dieser Dienste lässt sich dagegen besser anhand der so genannten Indikatoren der „vermeidbaren Sterblichkeit“ einschätzen. Es handelt sich dabei um Todesursachen, die mit Hilfe von rechtzeitigen und wirksamen Maßnahmen weitgehend zu verhindern wären. Andererseits sind einige dieser

³ SHKOLNIKOV, V. ET AL. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*, 357: 917–921 (2001).

Krankheiten, wie z. B. Diabetes mellitus und Tuberkulose, im Zusammenhang mit den wichtigsten Determinanten von Gesundheit zu sehen, darunter insbesondere Armut. Der Trend und die Verteilung dieser Indikatoren folgen in den Ländern der Europäischen Region im Allgemeinen dem gleichen Ost-Westmuster. Die Sterblichkeit durch Appendizitis und Zervixkarzinom ist in den mittel- und osteuropäischen Teilen der Region durchschnittlich zwei- bis dreimal höher als in den westlichen Ländern (Abb. 8).

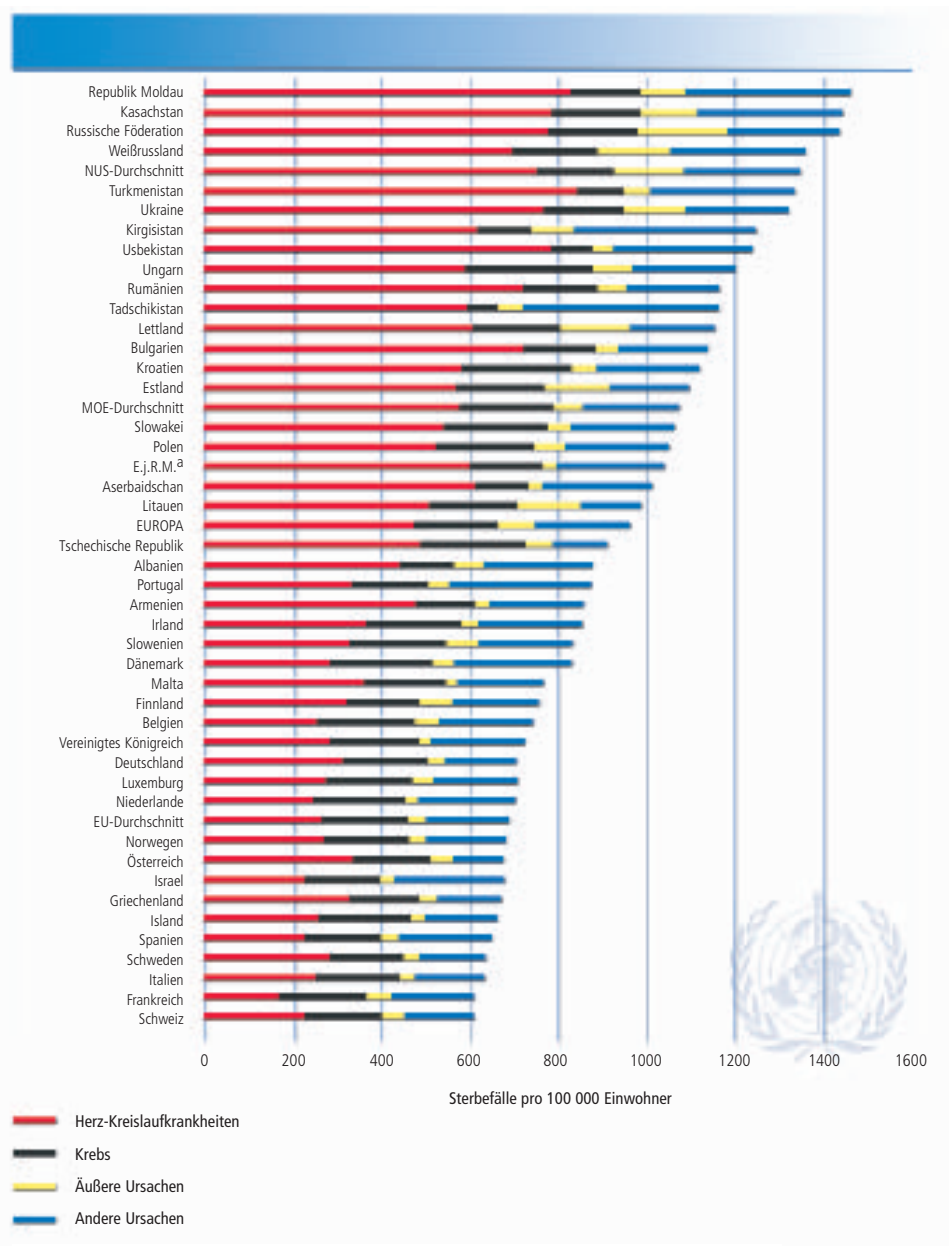


Abb. 7: Die Sterblichkeit aufgrund der Haupttodesursachen in der Europäischen Region der WHO, neueste verfügbare Daten

^a E.j.R.M. : Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien.

Gesunde Lebenserwartung

Die WHO benutzt die Kategorie Gesunde Lebenserwartung (Healthy Life Expectancy – HALE)⁴ als eine zusammenfassende Messgröße für den Gesundheitszustand, die die gesundheitliche Gesamtrealität der Bevölkerung und nicht nur die Sterblichkeit erfasst. HALE wurde bei der im *World health report 2000* veröffentlichten Analyse des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen dazu benutzt abzuschätzen, inwieweit das Ziel einer Verbesserung der durchschnittlichen Bevölkerungsgesundheit erreicht wurde. Zwar wurde auch früher schon mit ähnlichen zusammengesetzten Messwerten für Gesundheit gearbeitet, die allgemeine Verwendung von HALE – die Berechnung erfolgt zentral mittels standardisierter Methoden, die sich auf intern einheitliche Schätzwerte für Gesundheitsniveaus stützen – ist jedoch ein deutlicher Fortschritt. HALE ist so angelegt, dass damit zeitliche Veränderungen oder Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich der gesundheitlichen Gesamtsituation erfasst werden. Da sich HALE jedoch auf Eigenangaben zum Gesundheitszustand gründet, sind die Informationen einem direkten Ländervergleich unter Umständen nicht immer zugänglich, da man für die Erhebungen unterschiedliche Instrumente und Methoden benutzt, unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit hat und für Gesundheit unterschiedliche Normen gelten und bei den Angaben zum Gesundheitszustand auch mit kulturspezifischen Unterschieden zu rechnen ist. International vergleichbare Messungen zu auf Eigenangaben beruhenden gesundheitlichen Indikatoren aus Bevölkerungssurveys können sich als schwierig erweisen, selbst wenn Reliabilität und

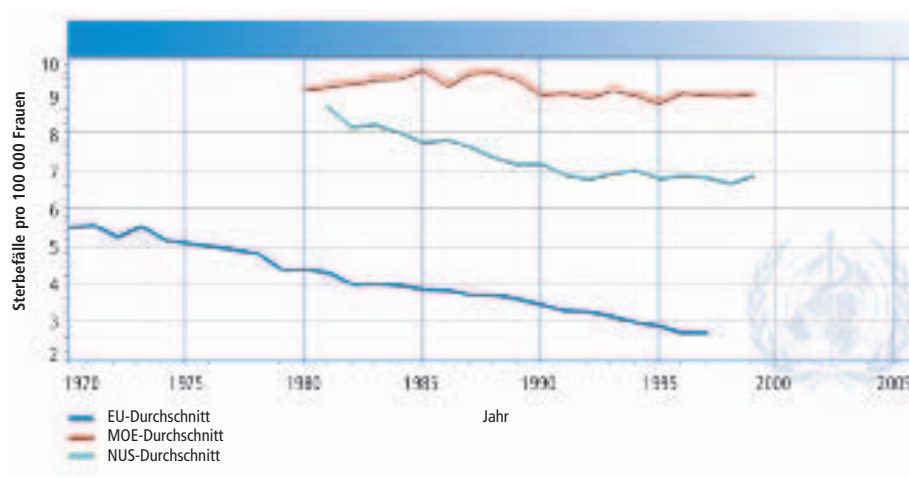


Abb. 8: Sterblichkeitsrate aufgrund von Gebärmutterhalskrebs, 1970–1999

4 HALE (vormals DALE – behinderungsberinigte Lebenserwartung) verknüpft die Lebenserwartung (einen zusammengesetzten Messwert für die Sterblichkeit, d. h. Ereignisse mit tödlichem Ausgang) mit geschätzten Ereignissen mit nicht tödlichem Ausgang, bereinigt nach deren Schweregrad. HALE lässt sich am ehesten als die bei voller Gesundheit, d. h. behinderungsfrei gelebte Lebensspanne verstehen. (vgl. auch Anhang 1 und Anhang 2, Tabelle 2.)

Validität mit Bezug auf die jeweiligen Populationen bereits durchaus akzeptabel sind. So können z. B. Antwortkategorien (wie „leicht“, „mäßig“, „schwer“) bei Eigenangaben für die unterschiedlichen Populationen ganz unterschiedliche Bedeutung haben.

Die WHO bemüht sich darum, die methodische und empirische Grundlage für die Messung der Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und hat deshalb zusammen mit ihren Mitgliedstaaten eine Datenerhebungsstrategie entwickelt. Sie arbeitet mit einem standardisierten Instrumentarium sowie mit neuen statistischen Methoden, um aus Eigenangaben stammende gesundheitliche Messwerte anhand vergleichbarer Skalen bereinigen zu können. Die mit HALE für das Jahr 2000 und alle Länder ermittelten Schätzwerte basieren auf den Erhebungsdaten einiger Länder (mit den ihnen eigenen Unsicherheitsfaktoren aufgrund von Stichprobenbias und systematischen Verzerrungen) sowie auf der im Rahmen des Projekts zur Ermittlung der globalen Krankheitslast (Global burden of disease project⁵) durchgeführten Analyse der Prävalenz von Behinderungen. Diese Analyse stützt sich auf eine Vielzahl epidemiologischer und demographischer Daten mit unterschiedlicher statistischer Unsicherheit. Die neuen in dem Mehrländer-Haushaltssurveyuntersuchung der WHO⁶ eingesetzten Methoden, erhöhen die länderübergreifende Vergleichbarkeit der aus Eigenangaben stammenden Daten und bedeuten somit für die Verwendung dieser Art von Gesundheitsdaten einen wichtigen Fortschritt. Auf dieser Grundlage arbeitet die WHO an verbesserten Verfahren zur Erfassung des Gesundheitszustands, die im Rahmen eines für 2002 vorgesehenen Weltgesundheits surveys eingesetzt werden.

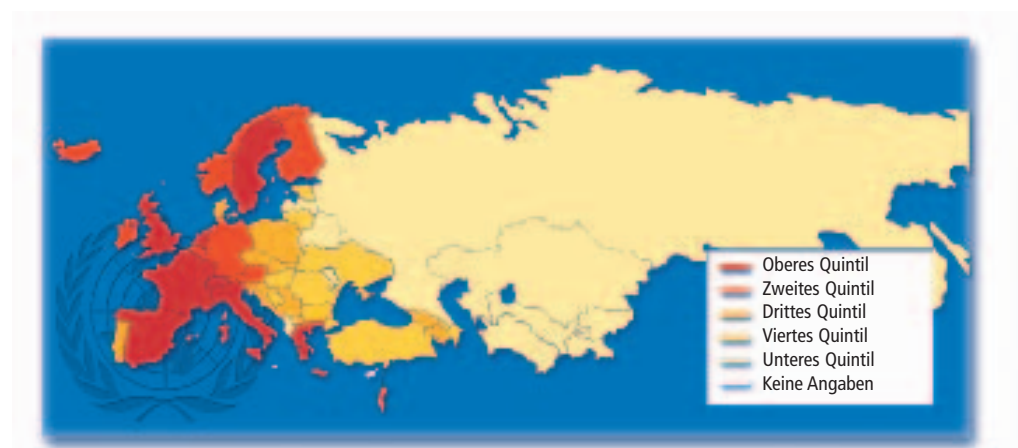


Abb. 9: Gesundheitsbereinigte Lebenserwartung (HALE)

⁵ MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

⁶ ÜSTÜN, T.B. ET AL. *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper 37).

Im Weltmaßstab ergab sich im Jahr 2000 für die HALE bei der Geburt eine von 39 Jahren für Männer und Frauen in Afrika bis zu annähernd 66 Jahren für Frauen in den westeuropäischen Ländern reichende Spanne. Regional reichte die HALE im Alter von 60 Jahren im Jahr 2000 von 8,3 Jahren in Afrika bis zu etwa 16 Jahren für Frauen in Europa, Nordamerika und der Westpazifischen Region der WHO. In der Europäischen Region der WHO (Abb. 9) betrug die HALE bei der Geburt im Jahre 2000 für Männer und Frauen zusammen 62,9 Jahre, lag also 9,0 Jahre unter der Gesamtlebenserwartung bei der Geburt. Die HALE bei der Geburt ist für Frauen um 5,9 Jahre höher als für Männer. Im Vergleich: Die Gesamtlebenserwartung bei der Geburt ist für Frauen um fast 8,2 Jahre höher als die der Männer. Die HALE bei der Geburt reicht von 50,3 Jahren für russische Männer bis zu 72,2 Jahren für Frauen in den westeuropäischen Ländern mit niedriger Sterblichkeit.

Die meisten westeuropäischen Industrieländer mit einer HALE bei der Geburt von rund 70 Jahren (68 Jahre für Männer und 72 Jahre für Frauen), liegen in einer von Japan angeführten Ländergruppe. Für japanische Frauen wurde im Jahr 2000 eine durchschnittliche HALE bei der Geburt von 76,3 Jahren angenommen. Die Länderrangfolge ist jedoch mit einem nicht unerheblichen Unsicherheitsfaktor belastet, wobei die statistische Unsicherheit für Industrieländer zu 95% um die drei Jahre beträgt.

In der Russischen Föderation liegt die weibliche HALE mit 60,6 Jahren um 5 Jahre, die für Männer gemessene Spanne von 50,3 Jahren sogar um 9,6 Jahre unter dem europäischen Durchschnitt. Hier besteht einer der weltweit gesehen größten geschlechtsspezifischen Unterschiede. Er spiegelt den steilen Anstieg der Sterblichkeit für männliche Erwachsene in den frühen 90er Jahren wider. Zwischen 1987 und 1994 stieg das Frühsterblichkeitsrisiko für männliche Russen um 70%. Zwischen 1994 und 1998 verbesserte sich die männliche Lebenserwartung, war jedoch in den letzten drei Jahren wiederum stark rückläufig. Die Raten in anderen Ländern der ehemaligen Sowjetunion sind ähnlich.

Eine geringere Lebenserwartung ist im Allgemeinen auch mit einer niedrigeren HALE verknüpft. Es gibt jedoch auf allen Ausgangsniveaus für die Lebenserwartung eine breite Streuung. In Ländern mit einer Lebenserwartung von 70 Jahren liegt die HALE z. B. zwischen 57 und 61,5 Jahren – eine nicht unerhebliche Abweichung. Betrachtet man die HALE für Männer und Frauen getrennt, ergibt sich bei einer Gesamtlebenserwartung von 70 Jahren sogar eine Abweichung zwischen 57 und 65 Jahren. In diesen Zahlen schlagen sich zum Teil die unterschiedlichen Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen nieder, wie auch der Leistungsgrad der Gesundheitssysteme allgemein.

Die Last der Gesundheitsdefizite

Insgesamt gehört der Gesundheitszustand in der Europäischen Region zu den besten der Welt. Im Jahr 2000 gingen schätzungsweise 153,1 Millionen DALY⁷ (disability-adjusted life-years – behinderungsbereinigte Lebensjahre) durch Tod, neue Krankheitsfälle oder Verletzungen verloren. Das entspricht etwa 10,4% der globalen Gesamtzahl (1472 Millionen DALYs), was erheblich weniger ist als der Bevölkerungsanteil der Region an der Weltbevölkerung (14,4%). Das Ausmaß der Krankheitslast verteilt sich in der Region jedoch ganz unterschiedlich.

In der gesamten Region entfiel der Hauptanteil der Krankheitslast im Jahr 2000 (vorzeitiger Tod und neu aufgetretene Erkrankungen ohne Todesfolge) auf die ischämische Herzkrankheit. Der Anteil bezifferte sich auf 15,5 Millionen DALYs oder 10,1% der Erkrankungen und Verletzungen insgesamt. Dabei war der Anteil für Männer (11,0%) und Frauen (9,0%) ähnlich groß. Die zweitwichtigste Ursache (beide Geschlechter) waren zerebrovaskuläre Erkrankungen (10,4 Millionen oder 6,8% der DALYs in der Region), wobei ein beträchtlich höherer Anteil auf Frauen (8,3%) als auf Männer (5,6%) entfiel. Tabelle 1 führt die wichtigsten zehn Krankheiten für beide Geschlechter zusammen auf. Neben schweren Gefäßerkrankungen sind Störungen aufgrund von Alkoholmissbrauch und Depressionen, die allerdings keine führenden Todesursachen darstellen, die dritt- und viertwichtigste Ursache für DALY-Verluste bei Männern, gefolgt von Selbstmord, Verkehrsunfällen, Lungenkrebs und chronischen Lungenkrankheiten. Mehr als 2% der DALYs von Männern gehen zu Lasten von Infektionen der unteren Luftwege, Vergiftungen, Hörverlust, Leberzirrhose, Alzheimer und anderen Formen von Demenz. Bei Frauen ist Depression die zweit- und Morbus Alzheimer die viertwichtigste Erkrankung. Mehr als 2% der DALY entfallen bei Frauen z. B. auf Osteoarthritis, Brustkrebs, Hörverlust, Infektionen der unteren Luftwege und Diabetes mellitus.

Zwar ähneln sich die wichtigsten Ursachen der Krankheitslast in den verschiedenen Teilgebieten der Europäischen Region, aber das Ausmaß der Auswirkungen variiert. So entfielen im Jahr 2000 bei Männern in Osteuropa 13% der verlorenen DALYs auf die ischämische Herzkrankheit, dagegen nur 9,1% in West- und Nordeuropa. Mehr

⁷ DALY drückt die Anzahl der durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre aus sowie die Anzahl der mit einer Behinderung von spezifizierter Schwere und Dauer gelebten Jahre. Ein DALY entspricht somit einem verlorenen gesunden Lebensjahr. Bei Verwendung von DALY als Maß für die Krankheitslast werden schwerwiegende Ursachen von Behinderung als maßgeblich für die Größe der Krankheitslast erkennbar, etwa psychische Störungen, Verlust des Gehörs oder Osteoarthritis, wengleich diese Leiden normalerweise nur eine geringe Sterblichkeit zur Folge haben.

osteuropäische Männer (1,3 Millionen) waren im Jahr 2000 in Verkehrsunfälle verwickelt als in Nord- und Westeuropa (1,08 Millionen), obgleich dort nur etwa halb so viele Männer leben. Außerdem zählen in einigen Ländern der Europäischen Region Erkrankungen wie Infektionen der unteren Luftwege, perinatale Leiden und Diarrhöe nach wie vor zu den zehn wichtigsten Krankheitsursachen. Folglich haben in diesen Ländern vermehrte Anstrengungen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten weiterhin gesundheitspolitische Priorität.

Ursache	DALYs (in Tausend)	Prozent
Herz-Kreislaufkrankheiten	33 381	21,8
Neuropsychiatrische Störungen	31 080	20,3
Verletzungen	22 707	14,8
Bösartige Neubildungen	17 642	11,5
Erkrankungen des Verdauungstraktes	7 087	4,6
Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	6 823	4,4
Krankheiten der Atemwege	6 416	4,2
Erkrankungen der Skelettmuskulatur	5 304	3,5
Störungen der Sinnesorgane	4 150	2,7
Infektionen der Atemwege	3 891	2,5
Alle anderen Ursachen	14 631	9,5
DALYs insgesamt	153 111	100,0

Tabelle 1: Die zehn wichtigsten Krankheitsursachen in der Europäischen Region der WHO, angegeben in DALYs, Schätzungen für 2000

Quelle: The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization, 2001.

Übertragbare Krankheiten

In der Europäischen Region sind übertragbare Krankheiten grob gesagt in zwei unterschiedlichen epidemiologischen Mustern zu beobachten. In den westeuropäischen Ländern war im Verlauf der letzten Jahrzehnte eine stetige Abnahme oder Stagnation der Morbidität und Mortalität aufgrund von übertragbaren Krankheiten festzustellen. Die Länder im östlichen Teil der Region erlebten in den 90er Jahren gelegentlich einen drastischen Anstieg der Inzidenz übertragbarer Krankheiten, wenngleich in den letzten vier Jahren einige Fortschritte errungen wurden. Weiterhin ist zwischen vielen MOE-Ländern und NUS zu unterscheiden: In ersteren ist nur eine mäßige Inzidenz zu beobachten, verglichen mit den steigenden Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei einigen ausgewählten übertragbaren Krankheiten in den NUS. Diese unterschiedlichen Muster der übertragbaren Krankheiten hängen mit sozioökonomischen Faktoren, den Ausgaben für die öffentliche Gesundheit aufgebrauchten Aufwendungen und der Infrastruktur des Gesundheitswesens zusammen.

Tularämie-Ausbruch im Kosovo

In der frühen Nachkriegsphase 1999-2000 kam es im Kosovo zu einem schweren Tularämie-Ausbruch. Mitte 1999 hatten zehn Jahre politische Krise und bewaffnete Auseinandersetzungen zu Massenvertreibung und zum Zusammenbruch von Kanalisation und Hygieneinfrastruktur geführt, die sozioökonomischen Lebensbedingungen vernichtet und die Umwelt zerstört.

Als die Menschen zurückkehrten, standen sie vor zerstörten oder beschädigten Häusern. Lagerflächen für Nahrungsmittel waren ungeschützt geblieben, Brunnen waren beschädigt oder kontaminiert, es waren keine Ernten eingebracht und viele Felder nicht bestellt worden. Dies führte zusammen mit der Verarmung der Menschen zu einer Epidemie dieser Nagetierseuche und ihrer Ausbreitung auf die sich wieder ansiedelnde ländliche Bevölkerung.

Man führte epidemiologische und Untersuchungen der Umwelt durch, um die Infektionsquellen, die Übertragungswege und die Risikofaktoren in den Haushalten ausfindig zu machen. Durch Laboruntersuchungen wurden Fall- und Kontrollstatus verifiziert. In 21 von 29 Ortschaften wurden insgesamt 327 Fälle von Pharyngitis tularensis und zervikaler Lymphadenitis serologisch nachgewiesen. Eine Parallelanalyse von 46 betroffenen Haushalten und 76 Kontrollhaushalten deutete darauf hin, dass die Infektion durch kontaminierte Nahrungsmittel oder Wasser verbreitet wurde. Die Infektionsquelle waren Nagetiere, die es in Überzahl gab, als die Menschen in ihre Wohnunterkünfte zurückkehrten.

Dieser Krankheitsausbruch verdeutlicht das Gefahrenpotenzial einer in der Natur weit verbreiteten Krankheit, wenn sie auf Menschen trifft, die hinsichtlich Unterkunft, Hygiene, Nahrungszubereitung und Abwasserentsorgung unter düftigsten Bedingungen leben müssen, wie sie im Gefolge von Krieg oder Naturkatastrophen oder bei schweren Einkommenseinbußen auftreten.

Quelle: REINTJES, R. ET AL. Tularemia outbreak investigation in Kosovo: case control and environmental studies. Emerging infectious diseases, 8: 69-73 (2002).

Der Zusammenhang zwischen Armut und Hygiene, Ernährung, Immunstatus und Krankheitsanfälligkeit ist zweifelsfrei belegt. Armut hat durch vermehrte Umweltgefahren, Fehlernährung und Unsicherheit der Nahrungsmittelversorgung sowie durch den eingeschränkten Zugang zu Wissen, Information und Gesundheitsversorgung negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Gleichgültig, ob man Armut durch Einkommen, Lebensumstände oder Schulbildung definiert, stellt sie die wichtigste Einzeldeterminante der durch übertragbare Krankheiten verursachten gesundheitlichen Defizite dar. Ein Leben in Armut geht mit einer höheren Rate an Infektionskrankheiten einher. Insbesondere sind hier Tuberkulose und HIV zu nennen. Auch dort, wo wirksame Impfstoffe und Medikamente zur Verfügung stehen, bleiben Nischen mit geringer Impfdichte und mangelhafter Nutzung der Gesundheitsdienste bestehen. In diesem Zusammenhang ist auch die Antibiotikaresistenz zu sehen, die im Kampf gegen Malaria und Tuberkulose sowie für die Bekämpfung bakterieller Infektionen generell ein zunehmend ernstes Problem darstellt. Die Entstehung und Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen gefährden in wachsendem Maße die erfolgreiche Prävention und Therapie von Infektionskrankheiten. Um dieser Gefährdung zu begegnen, legt die WHO den Regierungen Dringlichkeitsmaßnahmen nahe und ist bestrebt, diese durch Experten und praktische Beratung zu unterstützen.

Die Ausweitung des Handels und Bevölkerungsbewegungen begünstigen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten innerhalb der Länder und über die Landesgrenzen hinaus. Dieser Trend gibt den Politikern vermehrt Anlass zu Sorge, da er die nationalen Möglichkeiten im Umgang mit solchen Gefahren überfordern kann. Folglich muss dafür gesorgt werden, dass das Auftreten von Infektionskrankheiten systematisch, rechtzeitig und effizient beobachtet werden kann. Die Überwachungssysteme der Länder sollten im Stande sein, relevante und aktuelle Daten über Verbreitung und Trends von Infektionskrankheiten zu erheben, zu analysieren und rechtzeitig zu publizieren, damit geeignete Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können. Das Frühwarnsystem der Überwachungsnetze in den Ländern ist entscheidend wichtig, um Handel und Reiseverkehr vor unnötigen Interventionen und Restriktionen zu bewahren.

Die Prioritäten im Bereich der übertragbaren Krankheiten bleiben in der Europäischen Region unverändert. Es zählen dazu: Prävention und Bekämpfung von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen, Kampagnen zur Bekämpfung von Tuberkulose und Malaria, die Ausrottung von Poliomyelitis und die Eliminierung der Masern und eine verbesserte Überwachung und Bekämpfung anderer übertragbarer Krankheiten. Für die Unterstützung der entsprechenden Programme ist der Ausbau der Überwachungsprogramme der Länder und ihrer Laborkapazitäten von ausschlaggebender Bedeutung. Das schließt Frühwarnsysteme für bakterielle Meningitis, durch Nahrungsmittel und Wasser verbreitete Krankheiten, Hepatitis C, Cholera, Influenza und neue epidemische Krankheiten ein.

Die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit zeigen unmissverständlich, dass sich die internationale Gemeinschaft mit der möglichen absichtlichen Freisetzung von biologischen Krankheitserregern auseinandersetzen und in diesem Zusammenhang dem Schutz der Gesundheit Priorität beimessen muss. Die WHO hat entsprechende kritische Aktivitätsbereiche definiert, z. B. den Ausbau von Überwachungs- und Frühwarnsystemen für die gesundheitlichen Auswirkungen des natürlichen Vorkommens oder der willkürlichen Freisetzung von biologischen Krankheitserregern. Die Weltgesundheitsversammlung erklärte mit Resolution WHA54.14, dass man sich völlig darüber im Klaren sei, dass die Stärkung der epidemiologischen und labortechnischen Überwachung und der Krankheitsbekämpfung auf nationaler Ebene die wichtigste Abwehrmaßnahme gegen die internationale Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten darstellt.

Sexuell übertragbare Infektionen (STI – Sexually transmitted infections), einschließlich HIV/Aids

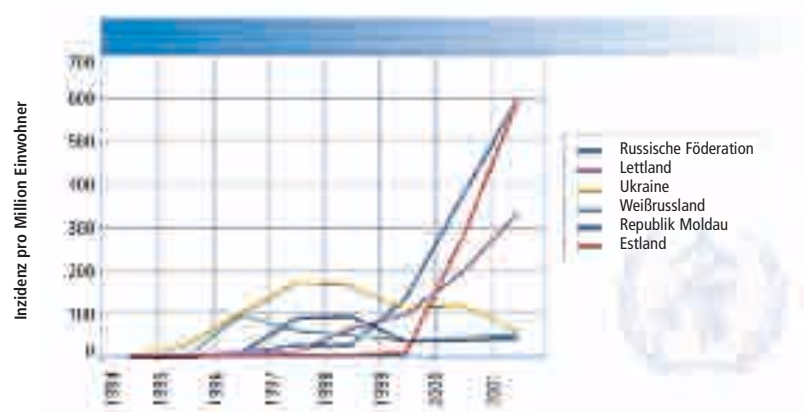
In der Europäischen Region leben derzeit schätzungsweise 1,56 Millionen Menschen mit HIV/Aids. Allein in den MOE-Ländern und in den zentralasiatischen Republiken sind es rund eine Million (verglichen mit 420 000 noch vor zwei Jahren). Somit hat diese Region derzeit weltweit die am steilsten hochschnellende Infektionsrate zu verzeichnen (Abb. 10). Beispielsweise hat sich die kumulative Zahl der Menschen mit

HIV/Aids in der Russischen Föderation seit 1995 jährlich verdoppelt. Trotz dieser explosionsartigen Ausweitung befindet sich die Epidemie noch im Frühstadium: Intravenös Drogenabhängige machen 75% der Neuinfektionen aus, 77% betreffen Männer und 84% Menschen unter 30 Jahren. Dieses HIV-Übertragungsmuster und das gleichzeitige epidemische Auftreten von sexuell übertragenen Krankheiten (Abb. 11) schaffen das Potenzial für den massiven Ausbruch von sexuell übertragbarer HIV-Infektionen. Dies könnte in wenigen Jahren wiederum eine allgemeine HIV/Aids-Epidemie großen Maßstabs heraufbeschwören. Auf nationaler und internationaler Ebene ist deshalb eine massive Ausweitung der derzeit praktizierten Gegenmaßnahmen dringlichst geboten.

Die politische Reaktion der Mitgliedstaaten war teilweise unzureichend. HIV/Aids wird nach wie vor oft als medizinisches Problem betrachtet. Daher kommen die erforderlichen multisektoralen Überlegungen und Maßnahmen zu kurz. Die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Diensten bleibt oft sporadisch. In vielen Regierungen fehlt es an Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Ministerien. Viele Maßnahmen erfolgen daher als Einzelaktionen ohne genügende Reichweite, und es gibt keinen darauf bezogenen Erfahrungsaustausch. Insbesondere sollten in den Etats der Gesundheits- und Sozialministerien Mittel für die antiretrovirale Therapie vorgesehen werden.

Die derzeit vom Regionalbüro eingesetzte Strategie für die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV/Aids und für die Versorgung der von diesen Krankheiten Betroffenen, berücksichtigt die oben skizzierte Einschätzung der Situation. Als Ko-Sponsor des Gemeinsamen HIV/Aids-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS) in der Region sowie durch die in den Mitgliedstaaten arbeitenden Themengruppen der Vereinten Nationen zu HIV/Aids setzt das Programm folgende Schwerpunkte: *a)* Stärkung der Gesundheitssysteme durch die Erarbeitung einer bedarfsgerechten Politik, von Strategien und Plänen für die Bereitstellung von präventiven und klinischen Diensten; *b)* Verbesserung der

Abb. 10: Inzidenz der HIV-Infektion, 1994–2001, in den am stärksten betroffenen Ländern



Faktengrundlage für präventive und kurative Maßnahmen; *c)* verbesserte Beobachtung und Evaluierung der Reaktion der Länder auf aktuelle Epidemien; *d)* Koordinierung der internationalen Reaktion und Beschaffung von Ressourcen für die Bekämpfung der Epidemien sexuell übertragbarer Krankheiten durch die speziell hierfür eingerichtete regionale Sonderarbeitsgruppe.

Die WHO empfiehlt ihren Mitgliedstaaten, die nachstehend aufgeführten Anleitungen besonders zu beachten, in denen sich der Kompetenzvorsprung der WHO gegenüber anderen Organisationen der Vereinten Nationen niederschlagen: *a)* Es ist sicherzustellen, dass die Prävention und Versorgung bei sexuell übertragbaren Krankheiten im Zuge des Gesundheitsreformprozesses in die Dienste für reproduktive Gesundheit, primäre Gesundheitsversorgung, HIV/Aids, Gesundheitsförderung in Gefängnissen sowie in andere Dienste integriert wird. *b)* Die epidemiologische Überwachung von sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV/Aids sowie die Surveillance risikoträchtiger Verhaltensfaktoren, die eine HIV-Übertragung begünstigen, ist zu verbessern. *c)* Die Betreuung von Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten bzw. HIV ist zu verbessern. Dies schließt freiwillige Beratung und Tests ein sowie die Prävention einer Übertragung von der Mutter auf ihr Neugeborenes. *d)* Information, Aufklärung und Betreuung sind gezielt auf anfällige Gruppen auszurichten. Das gilt z. B. für junge Menschen, Sexarbeiter, männliche Homosexuelle, Strafgefangene und intravenös Drogenabhängige. *e)* Der HIV-Übertragung in Einrichtungen des Gesundheitswesens muss vorgebeugt werden.

Tuberkulose

Im Jahr 1993 erklärte die Weltgesundheitsorganisation mit einem noch nie da gewesenen Schritt die Tuberkulose zu einer globalen Bedrohung. Bedauerlicherweise ist die Krankheit in vielen Teilen der Welt derzeit außer Kontrolle. Rund ein Drittel der Weltbevölkerung ist infiziert. Jährlich treten ca. acht Millionen Neuerkrankungen auf, und die Tuberkulose kostet jedes Jahr zwei Millionen Menschenleben, obgleich die Krankheit heilbar ist.

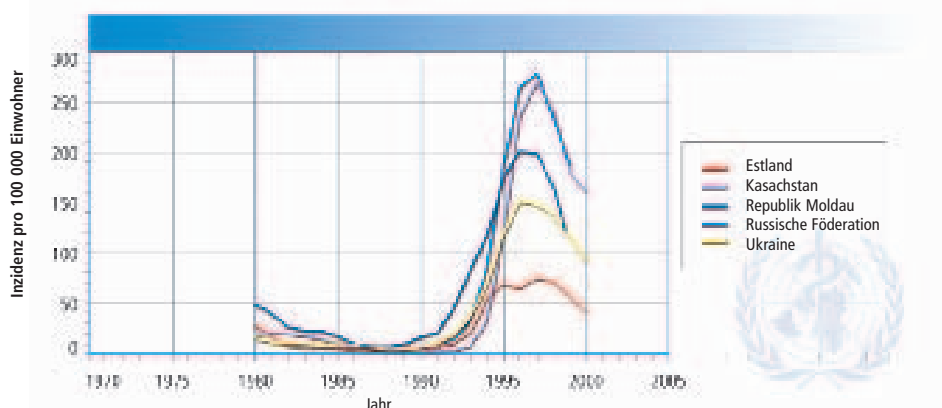


Abb. 11: Syphilisinzidenz, 1980–2000

Auch in der Europäischen Region der WHO stellt die Tuberkulose ein ernsthaftes Problem dar: Im Vergleich zu den 231 600 Fällen im Jahr 1991, wurden 2000 rund 370 000 Neuerkrankungen diagnostiziert. Die meisten Fälle traten in den MOE-Ländern und in den NUS auf, wo die Tuberkulose zunehmend dramatische Ausmaße annimmt (Abb. 12). Zudem breitet sich in der Region eine multiazneimittelresistente Form der Tuberkulose aus, deren Behandlung sehr viel schwieriger und nahezu hundert Mal teurer ist. Das weltweit höchste Vorkommen findet sich in Estland, in Lettland und in der Russischen Föderation, wo zwischen 1996 und 1999 in jeweils 14%, 9% und 6–9% der diagnostizierten Neuerkrankungen multiazneimittelresistente Stämme entdeckt wurden. In vielen Gefängnissen der NUS ist die Tuberkulose außer Kontrolle geraten. Aus einem sibirischen Gefängnis wird für die Insassen eine Prävalenz von 7% gemeldet. Die Multiazneimittelresistenz ist in Einrichtungen des Strafvollzugs ebenfalls weit verbreitet. Tuberkulose und HIV kommen als Ko-Epidemie in der Region noch nicht so häufig vor, doch die sich rasch ausbreitende HIV-Infektion in den NUS könnte sehr schnell dazu führen. Die Fälle von Ko-Morbidität haben in den letzten Jahren zugenommen. In der Ukraine stieg sie von einigen Dutzend auf 2106 Fälle. In der Russischen Föderation wurden im Jahr 2000 1658 neue Fälle entdeckt.

In Zusammenarbeit mit internationalen Partnern rief die WHO 1995 in der Europäischen Region die DOTS⁸-Pilotprojekte ins Leben. Die DOTS-Strategie nutzt die nachweislich wirksame Kombination unterschiedlicher Vorgehensweisen aus, nämlich *a*) staatliches Engagement, einschließlich Finanzierung umfassender und nachhaltiger Bekämpfungsmaßnahmen, und *b*) hochgradig kostenwirksame Methoden der Fallentdeckung und der standardisierten und kontrollierten Chemotherapie, deren Ergebnisse regelmäßig zu verifizieren und zu melden sind. Nach Untersuchungen der



Abb. 12:
Tuberkuloseinzidenz,
1974–2000

⁸ DOTS: Directly observed treatment, short-course (direkt überwachte ambulante Kurztherapie).

Weltbank zählt die DOTS-Strategie in Ländern mit niedrigem und mittlerem Volkseinkommen zu den kostenwirksamsten Maßnahmen der Gesundheitsversorgung. Eine 1997 in Armenien durchgeführte ökonomische Evaluierung bestätigte, dass die DOTS-Strategie kostenwirksamer war als die zuvor zur Tuberkulosebekämpfung eingesetzte Strategie. Eine ähnliche Evaluationsstudie im oblast Ivanovo in der Russischen Föderation ergab mit der DOTS-Strategie pro geheiltem Tuberkulosefall Fallkosten von 1626 US-\$. Mit der bis dahin benutzten Strategie kostete jeder Fall dagegen 6293 US-\$.

Eine wachsende Zahl von Ländern der Region übernimmt die DOTS-Strategie. Von den 27 MOE-Ländern und NUS setzen nur zwei Länder sie derzeit nicht ein, drei Länder befinden sich in der Vorbereitungsphase, und fünf testen die Strategie. In sechs Ländern werden zwischen 10% und 90% der Bevölkerung durch die mit der Strategie arbeitenden Behandlungsstellen erreicht, und in elf Ländern findet die DOTS-Strategie flächendeckenden Einsatz (Abb. 13). Pilotprojekte für „DOTS-Plus“, mit denen gegen die multiarzneimittelresistente Tuberkulose vorgegangen wird, wurden in Estland, Lettland und in der Russischen Föderation umgesetzt. Trotzdem kommen durchschnittlich nur 17% der Bevölkerung der Europäischen Region in den Genuss von DOTS-Diensten. In den MOE-Ländern und den NUS wird derzeit zwar erst ein geringer Teil der Bevölkerung erreicht, doch die meisten Länder haben immerhin mit der Umsetzung der Strategie begonnen, während die Mehrzahl der westeuropäischen Länder sie noch nicht übernommen hat. Die gründliche Umsetzung der DOTS-Strategie hat weiterhin höchste Priorität, da sie in der gegenwärtigen sozialen und wirtschaftlichen Situation die einzig realistische und verantwortungsvolle gesundheitspolitische Antwort auf die Tuberkulosegefahr darstellt.

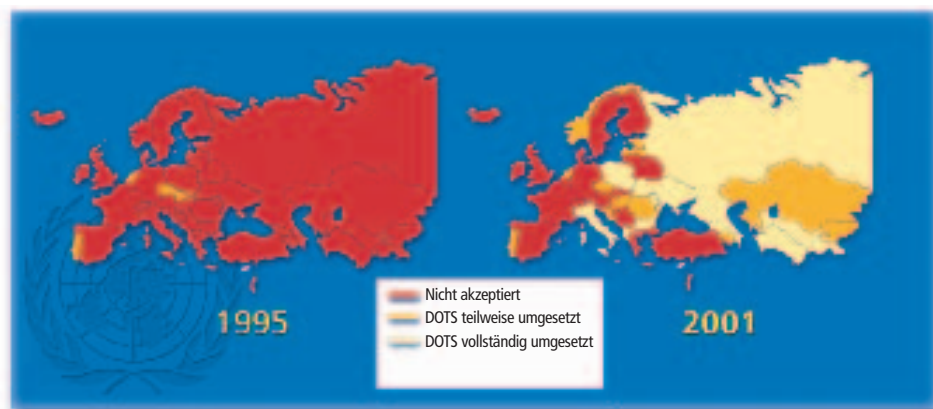


Abb. 13: Stand der Umsetzung der WHO-Tuberkulosebekämpfungsstrategie in der Europäischen Region, 1995 und 2001

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass auch die anderen Länder und Gebiete in der Region durch die DOTS-Strategie abgedeckt werden. Das Vorkommen der multiazneimittelresistenten Tuberkulose in „Hot Spots“ stellt eine Krisensituation dar und muss als internationaler Notfall verstanden und angegangen werden. Eine wirksame Bekämpfung setzt nach wie vor vor allem die Reform des Gesundheitssektors, die Prävention und Bekämpfung der Krankheit in Einrichtungen des Strafvollzugs und den Schutz der Mitarbeiter von Gesundheitsdiensten voraus. Die meisten Regierungen der MOE-Länder und der NUS können die DOTS-Strategie jedoch aus finanziellen Gründen nicht ohne externe Unterstützung umsetzen. Zur Bekämpfung der Tuberkuloseepidemie ist daher die Hilfe der internationalen Gemeinschaft und von Gebern unerlässlich.

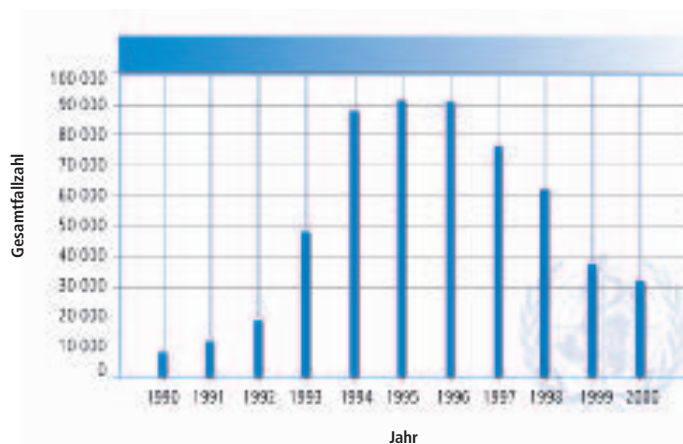
Malaria

Zu Beginn der 90er Jahre setzte aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Instabilität, massiver Bevölkerungsbewegungen sowie umfassender Entwicklungsprojekte eine Verschlechterung der Malaria-situation ein (Abb. 14). Im Jahr 1990 wurden insgesamt 8884 autochthone, lokal übertragene Malariafälle gemeldet. Mit 90 712 Fällen erreichte die Epidemie 1995 einen Höhepunkt. Dem folgte ein Rückgang auf 31 923 Fälle im Jahr 2000. Aserbaidschan, Tadschikistan und die Türkei erlebten ausgedehnte Epidemien, während es in Armenien und Turkmenistan zu kleineren Ausbrüchen kam. Die Malaria greift derzeit in Georgien und Usbekistan weiter um sich. Sporadische Fälle von autochthoner Malaria wurden außerdem aus Bulgarien, Griechenland, Italien, Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau und Weißrussland gemeldet.

Derzeit ist zwar ein beträchtlicher Rückgang der Malariainzidenz in der Region zu verzeichnen, aber die Situation wird aktuell wieder problematisch, da aus Tadschikistan das erneute Auftreten und die Ausbreitung von *Plasmodium falciparum* bekannt wurde.

Im Jahr 2000 kam es dort zu 813 registrierten Fällen. In der Türkei ist die Malariainzidenz weiterhin hoch. In Gebieten mit mehr als 15 Millionen Einwohnern ist die Krankheit endemisch.

Abb. 14: Malariainzidenz (registrierte lokal übertragene Fälle) in der Europäischen Region, 1990–2000



Als Reaktion auf diese Situation wurde 1999 eine regionale Strategie zur Bekämpfung der Malaria (RBM – Roll Back Malaria) erarbeitet und eingeführt. Die Zielsetzung lautet, die Übertragung der Malaria, insbesondere der durch Plasmodium falciparum verursachten Form, bis 2010 zu unterbrechen. Das regionale RBM-Programm thematisiert durch Überzeugungsarbeit auf regionaler Ebene und in den Mitgliedstaaten malariabedingte Probleme. Dabei geht es um die Förderung des Ausbaus vorhandener Institutionen, um die Mobilisierung von Ressourcen für RBM, um ein qualifizierteres Krankheitsmanagement und die Verbesserung der Möglichkeiten einer umgehenden Reaktion auf Notsituationen. Weiterhin stehen die Optimierung der Surveillance-Mechanismen und praktische Forschungsprojekte vor Ort, die Mobilisierung der Bevölkerung und die Ausweitung der intersektoralen Zusammenarbeit auf dem Programm.

Durch Impfungen vermeidbare Krankheiten

Die Diphtherieepidemie, die Anfang der 90er Jahre mehrere Länder heimsuchte, wurde eingedämmt, weil die betroffenen Mitgliedstaaten mit Unterstützung internationaler Partner 1994–1998 rigorose Gegenmaßnahmen ergriffen (Abb. 15). Nach einem Gipfel von mehr als 50 000 Fällen im Jahr 1995 sanken die Fallzahlen fortlaufend und erreichten 1999 einen Stand von 1603 gemeldeten Fällen.

Dank der preiswerteren Hepatitis B-Vakzine wurde die allgemeine Schutzimpfung für Säuglinge in der Region möglich, was zur Eliminierung der Überträger geführt hat. Das Hepatitis B-Oberflächenantigen zeigt im überwiegenden Teil von West- und Nordeuropa geringe Prävalenz (<1%), mittlere (1–5%) bis hohe (>5%) in den meisten Gebieten der MOE-Länder und der NUS. Hoch ist die Prävalenz dagegen in einigen zentralasiatischen und kaukasischen Republiken. Im Jahr 2000 führten 28 Länder routinemäßig eine Hepatitis B-Immunsierung durch. Im Jahr 1999 betrug die

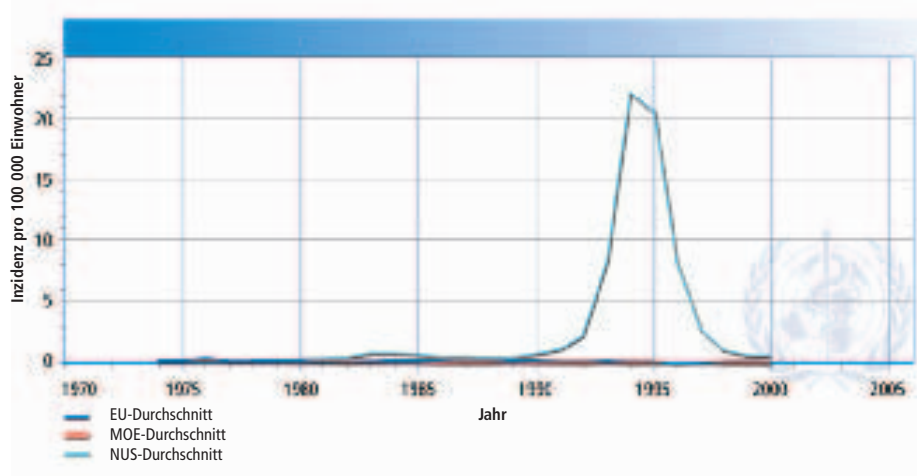


Abb. 15: Diphtherieinzidenz, 1974–2000

Impfdichte in der Region insgesamt 24% (Meldungen aus 26 Ländern), gegenüber nur 4% im Jahr 1990 (Meldungen aus vier Ländern).

Koordinierte interregionale Massenimpfkampagnen im Zuge der „Operation MECACAR“ hatten zur Folge, dass seit November 1998 keine Fälle von Poliomyelitis aufgrund einheimischer Polio-Wildviren mehr gemeldet wurden. Drei zwischen März und Mai 2001 aus Bulgarien gemeldete Fälle traten in einer Hochrisiko-Minoritätengruppe der Bevölkerung auf. Sie gingen auf aus Nordindien eingeschleppte Polio-Wildviren zurück. Eine schnelle Fallerkennung ermöglichte die umgehende Bekämpfung durch Impfkampagnen.

Trotz rückläufiger Inzidenz wurden 1999 noch 17 900 Masernfälle gemeldet (Abb. 16). In vielen Ländern werden die Masern jedoch nur lückenhaft überwacht, und in nur wenigen Ländern wird die Krankheit durch Laborbefunde bestätigt. Das erschwert es abzuschätzen, wie verbreitet die Krankheit derzeit in der Region ist, während die Mitgliedstaaten auf die Eliminierung der Masern eingestimmt werden. In Europa verfolgt die WHO unter anderem das Ziel, die Impfdienste zu verbessern und neue Vakzinantigene anzubieten. Die Globale Initiative zur Beschaffung von Impfstoffen und zur Verbesserung der Immunisierung (Global Alliance for Vaccines and Immunization⁹) ein breiter Partnerschaftsverbund zur Unterstützung von Impfsystemen, bietet daher die hervorragende Gelegenheit, in den elf in Frage kommenden Ländern der Region Impfstoffe besser einzusetzen und die nationalen Impfprogramme auszubauen. Weiterhin soll die Aufmerksamkeit auf einen breiteren Einsatz zu wenig genutzter Impfstoffe gerichtet werden sowie auf eine Verbesserung von Kühlketten- und Logistiksystemen und auf die Förderung einer unbedenklichen Impfpraxis.

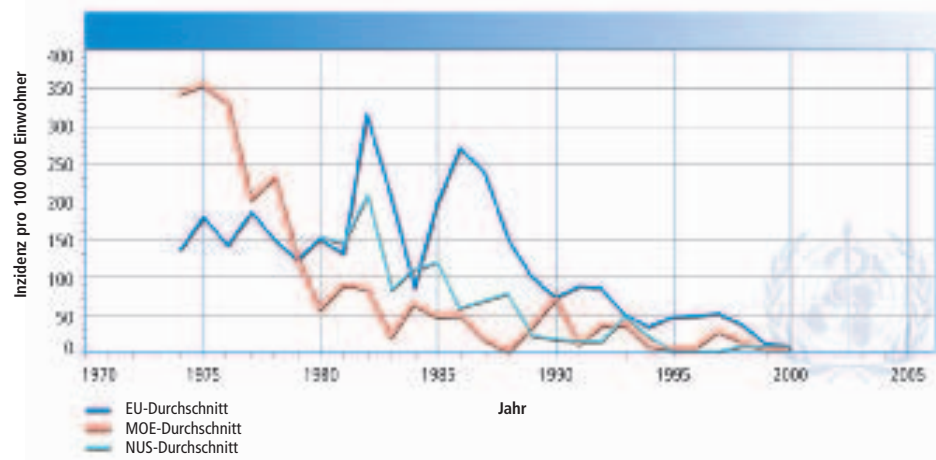


Abb. 16: Maserninzidenz, 1974–2000

⁹ <http://www.vaccinealliance.org>, eingesehen am 21. Mai 2002.

Der Poliomyelitisausbruch in Bulgarien macht deutlich, wie wichtig eine sorgfältige Überwachung und hohe Durchimpfungsraten in allen Teilpopulationen aller Mitgliedstaaten sind, bis die Krankheit weltweit nachweislich vollständig ausgerottet ist. Die Behörden vieler Länder sind inzwischen um eine bessere Masernüberwachung bemüht und streben die Eliminierung dieser Krankheit an. Dafür ist es erforderlich, mit der ersten Impfdosis in der Region eine hohe Durchimpfungsrate zu erreichen und zu wahren, wobei zu gewährleisten ist, dass nachgeimpft werden kann und dass Surveillance und Bestätigung durch Laborbefunde verbessert werden. Maßnahmen zur beschleunigten Eindämmung der Röteln und der kongenitalen Röteln werden Bestandteil der für die Eliminierung der Masern geplanten Maßnahmen sein.

Die wichtigste Aufgabe besteht jetzt darin, für die Bekämpfung der durch Impfung verhütbaren Krankheiten genügend Ressourcen zu beschaffen, um die Strategien in den im wirtschaftlichen Umbruch befindlichen Mitgliedstaaten umsetzen zu können, und in einigen westeuropäischen Ländern die politische Bereitschaft für die Durchführung dieser Maßnahmen zu sichern. Die Mitgliedstaaten können beim Aufbau selbständiger, nachhaltiger Impfdienste, die anerkanntermaßen überaus kostenwirksam sind, beachtliche Fortschritte vorweisen. Im Jahr 1999 wurde mit DTP3 eine Durchimpfungsrate von 94% und mit der Masernvakzine eine Durchimpfung von 90% erreicht.

Nichtübertragbare Krankheiten

Die nichtübertragbaren Krankheiten sind chronische Krankheiten von großem Gewicht für die öffentliche Gesundheit. Auf sie entfällt der größte Teil der Morbidität, der Behinderungen und Frühsterbefälle in der Europäischen Region der WHO. In behinderungsfreien Lebensjahren ausgedrückt, entfielen im Jahr 2000 75% der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf diese Krankheiten: Herz-Kreislaufkrankheiten 21,8%, bösartige Neubildungen 11,5%, Asthma und chronische Lungenverschlusskrankheiten 4,2%, rheumatoide Arthritis und Osteoarthritis 3,5%, Diabetes mellitus 1,6%. Voraussichtlich werden die nichtübertragbaren Krankheiten im Jahr 2020 sogar mehr als 80% der Krankheitslast ausmachen. Die sich epidemisch ausbreitenden nichtübertragbaren Krankheiten sind zudem überwiegend für die wachsende Kluft hinsichtlich der Lebenserwartung, Mortalität und Lebensqualität innerhalb der Länder und unter den Mitgliedstaaten der Europäischen Region und auch weltweit verantwortlich.

Die Informationen über die derzeitige und zunehmende Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten stützen sich allerdings nach wie vor hauptsächlich auf Mortalitätsdaten, die jedoch die sich durch diese Krankheiten für den einzelnen Menschen, die Gesundheitssysteme und die Gesellschaft insgesamt ergebenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen nicht angemessen widerspiegeln. Es liegen nur wenige vergleichbare Daten aus Bevölkerungserhebungen vor. Die Informationsquellen beschränken sich daher auf Untersuchungen in

ausgewählten Teilgebieten der Mitgliedstaaten. Ein Beispiel dafür ist das so genannte MONICA-Projekt der WHO (MONItoring CARDiovascular diseases), mit dem Ereignisse erfasst werden, in denen sich diese Erkrankungen niederschlagen. Es werden große Anstrengungen unternommen, um die Datenerhebungskapazitäten zu erweitern und die Faktengrundlage für die Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten zu verbessern. Die WHO unterstützt diese Anstrengungen, insbesondere im Rahmen der Weltgesundheitserhebung des Jahres 2002.

Die häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten, etwa Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, chronische Lungenverschlusskrankheiten und Diabetes mellitus, haben verbreitete und vermeidbare, mit der Lebensweise im Zusammenhang stehende Risikofaktoren gemeinsam. Zu nennen sind Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht und Bewegungsarmut. Psychosozialer Stress gilt gleichfalls als ein wichtiger Faktor für die Entstehung von chronischen Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislaufkrankheiten.¹⁰ Eindeutig belegt ist zudem der Einfluss sozioökonomischer Gegebenheiten auf die Entstehung von nichtübertragbaren Krankheiten,¹¹ wie sich an der Inzidenz dieser Krankheiten in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen nicht nur innerhalb der Länder, sondern auch im Ländervergleich erkennen lässt.¹² In armen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen treten nichtübertragbare Krankheiten überproportional häufig auf.

In einer Reihe von Ländern werden Daten zu Risikofaktoren erhoben, die allerdings für einen Ländervergleich noch nicht ausreichend geeignet sind. Auch international gibt es Beispiele für Datenerhebungen zu Risikofaktoren. Einige Länder haben im CINDI-Programm¹³ bei der Erarbeitung von standardisierten Erhebungsmethoden und Untersuchungen zu Risikofaktoren zusammengearbeitet. Durch den CINDI Health Monitor Survey¹⁴ etwa, der auf der FINBALT-Surveymethode beruht, oder EUROHIS, das gemeinsame WHO/EU-Projekt zu Methoden und Instrumenten für Gesundheitsinterview-Surveys wurden ebenfalls Standards und Protokolle für die Datenerhebung zu Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten erarbeitet. Vergleichsdaten über das Gewicht physiologischer Risikofaktoren wie Bluthochdruck und hoher Serumcholesterinspiegel werden nicht in allen Ländern der Europäischen Region der WHO systematisch erhoben. Es wurde vorgeschlagen, die Daten im Rahmen eines internationalen Programms zur Überwachung von Risikofaktoren (das Projekt EURALIM¹⁵) zu harmonisieren.

¹⁰ HEMINGWAY, H. & MARMOT, M. Evidence-based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *British medical journal*, 318: 1460–1467 (1999).

¹¹ MARMOT, M. & BOBAK, M. International comparators and poverty and health in Europe. *British medical journal*, 321: 1124–1128 (2000).

¹² WORLD BANK. *World development report 1993*. New York, Oxford University Press, 1993.

¹³ CINDI ist ein internationales Ringprojekt mit dem Ziel, den beteiligten Ländern einen Rahmen oder Zugangswege zu eröffnen, um die für nichtübertragbare Krankheiten typischen Risikofaktoren mit geeigneten Maßnahmen zu verhüten oder zu bekämpfen. Die Erfahrungen mit mehreren Demonstrationsprojekten der Länder, wie etwa dem Nordkarelienprojekt in Finnland, belegen, wie außerordentlich nützlich diese Arbeit für die Gestaltung der Gesundheitspolitik eines Landes sein kann.

¹⁴ <http://www.euro.who.int/Document/Chr/Cinheamonquest.pdf>, eingesehen am 29. Mai 2002.

¹⁵ <http://www.epidemiology.ch/euraim>, eingesehen am 21. Mai 2002.

Wir verfügen mittlerweile über einen breiten Fundus an Erkenntnissen und Erfahrungen, die zeigen, wie man aktiv gegen nichtübertragbare Krankheiten vorgehen kann. Diesen Krankheiten lässt sich weitgehend mit gegen die wichtigsten Risikofaktoren und deren sozioökonomische Determinanten gerichteten Maßnahmen vorgehen. Mehrere Studien verdeutlichen, dass sich eine veränderte Mortalität aus einem Wandel der Risikofaktoren erklären lässt, wie am Beispiel der Mortalität durch die ischämische Herzkrankheit in Finnland zu zeigen war.¹⁶ Bei allen gegen diese Krankheiten gerichteten Vorbeugemaßnahmen sollte daher der Schwerpunkt auf der umfassenden Bekämpfung der Risikofaktoren liegen. Auch der Entwicklungsstand und die Zugänglichkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens wirken sich auf den Verlauf von nichtübertragbaren Krankheiten aus. Dabei ist jedoch klarzustellen, dass sozioökonomische Faktoren dafür ausschlaggebend sind, wie sich Risikofaktoren sowie Qualität und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung verteilen.

Die WHO betrachtet die Prävention und Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten als ein vorrangiges gesundheitliches Anliegen, das im 21. Jahrhundert umfassend angegangen werden muss. GESUNDHEIT21¹⁷ gibt dafür das Rahmenkonzept ab. Es soll helfen, die Last der auf nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführenden Gesundheitsdefizite zu verringern, indem auf die Notwendigkeit hingewiesen wird, gezielt gegen die Determinanten dieser Krankheiten vorzugehen und Einfluss auf Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten zu nehmen. Mit Resolution WHA51.18 der Weltgesundheitsversammlung hat sich die WHO verpflichtet, eine gegen die Last der nichtübertragbaren Krankheiten gerichtete Rahmenstrategie zu erarbeiten und bei deren Umsetzung eine Führungsrolle zu übernehmen. Viele Länder der Region orientieren sich in ihren gesundheitspolitischen Konzepten bereits an den Zielen der globalen Strategie der WHO: Kartierung von Epidemien, Verringerung der Belastung durch verbreitete Risikofaktoren, Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Überwachung, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und wirksame Bekämpfungsmaßnahmen.

Anhand einer Erhebung, die die WHO im Jahr 2001 durchführte¹⁸, wurde ermittelt, inwieweit die Länder imstande sind, präventiv und mit Bekämpfungsmaßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten vorzugehen. Das Augenmerk richtete sich dabei auf die Gesundheitspolitik sowie auf die Programme und die Infrastruktur in allen sechs Regionen der WHO. Nachstehend sind die für die Europäische Region wichtigsten Ergebnisse aufgeführt:

¹⁶ VARTIAINEN, A. ET AL. *British medical journal*, 309: 23–27 (1994).

¹⁷ *Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6).

¹⁸ *Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control. The report of a global survey*. Geneva, World Health Organization, 2001 (Document WHO/MNC/01.2).

- 59% der Länder sehen in ihrer Gesundheitspolitik die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten vor. Konkrete Programme zur Bekämpfung von Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes und Krebs gibt es in jeweils 50%, 54% und 62% der Mitgliedstaaten.
- Rund 63% der Länder unterhalten, ihren Angaben zufolge, ein Referat ausdrücklich für die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, aber in weniger als 46% sind Haushaltsmittel dementsprechend ausgewiesen.
- In 66% bzw. 71% der Länder besteht ein nationales Referenzzentrum für Diabetes und Krebs.
- Ein intensiveres konkretes Vorgehen gegen nichtübertragbare Krankheiten setzt eine deutlichere Prioritätenfestlegung voraus und erfordert überdies eine bessere Politikentwicklung in den Ländern.
- Die Eckpfeiler der Programmplanung, Prioritätensetzung und Evaluierung in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten sind effiziente Überwachungssysteme und zuverlässige Daten zu den Risikofaktoren. Aus 88% bzw. 80% der Länder werden Rauchen bzw. Diabetes als häufigste Indikatoren für nichtübertragbare Krankheiten gemeldet. In rund 70% der Länder wurden Daten zu Ernährungsweise, Bluthochdruck, anthropometrischen Messwerten und Bewegung erhoben. Nur 44% der Länder führen allerdings bei ihrer jährlichen Gesundheitsberichterstattung Daten zu Risikofaktoren an.
- In vielen Ländern steht es weiterhin als wichtige Aufgabe an, die Gesundheitsfachkräfte für die Prävention und das Management nichtübertragbarer Krankheiten zu schulen.
- Für den Erfolg vieler Initiativen im Kampf gegen die nichtübertragbaren Krankheiten sind kohärente Bemühungen um Prävention und Bekämpfung entscheidend. Nicht weniger wichtig ist in Anbetracht der großen Bandbreite der Risikofaktoren ein partnerschaftlicher Ansatz. Der Erhebung zufolge sind in vielen Ländern nichtstaatliche Organisationen (NGOs) in Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten eingebunden. Als deren Hauptaktivitäten werden angegeben: Aufklärung (94%), Prävention (98%), Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung (89%) und Patientenbetreuung (86%). An der Grundsatzarbeit sind dagegen weniger NGOs beteiligt (62%).

Herz-Kreislaufkrankheiten

Zu den Herz-Kreislaufkrankheiten zählen Bluthochdruck, die koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Erkrankungen der peripheren Gefäße, Herzversagen, rheumatische Karditis, kongenitale Herzkrankheit und Kardiomyopathien. Den Schätzungen des *World health reports 2000* zufolge sind diese Krankheiten in der Europäischen Region der WHO insgesamt die Hauptursache der in DALYs ausgedrückten Krankheitslast. Lediglich in Ländern mit äußerst geringer Kinder- und geringer Erwachsenenmortalität, d. h. in den

marktwirtschaftlich ausgerichteten Ländern Westeuropas und in einigen EU-Beitrittsländern, liegen sie nach den neuropsychiatrischen Störungen an zweiter Stelle.

Die Europäische Union konnte (in allen Altersgruppen) einen stetigen Rückgang der Mortalität durch Herz-Kreislaufkrankheiten verzeichnen. Sie beträgt jetzt mit 240–260 auf 100 000 Einwohner rund die Hälfte der für 1970 ermittelten Zahlen (Abb. 17). Die Durchschnittswerte in den NUS liegen mit 750 Sterbefällen pro 100 000 Einwohnern annähernd dreimal höher. Die Mortalität durch Herz-Kreislaufkrankheiten in den jüngeren Altersgruppen ist für mehr als die Hälfte des West-Ostgefälles der Lebenserwartung verantwortlich. Im Jahr 1970 waren die durchschnittlichen Mortalitätsraten pro 100 000 Einwohner unter 65 Jahren in West- und Osteuropa ähnlich (ca. 100). Derzeit betragen sie rund 50 in Westeuropa, 120 in den MOE-Ländern und 230 in den NUS. Die Frühsterblichkeit aufgrund der beiden häufigsten Todesursachen aus dieser Krankheitsgruppe folgt dem gleichen Trend. In der Altersgruppe der 25–64-Jährigen zeigt sich in den Ländern der EU ein gleichmäßiger Rückgang der durch koronare Herzkrankheit und Schlaganfall bedingten Sterblichkeit, in den MOE-Ländern ist der Trend relativ stabil und seit Beginn der 90er Jahre tendenziell rückläufig. Ein genereller Anstieg, der zunächst 1994 gipfelte, und jüngst erneut steigende Raten sind dagegen in den NUS zu verzeichnen. Die Sterbeziffern für die koronare Herzkrankheit liegen bei Männern etwa dreimal höher als bei Frauen und nicht ganz doppelt so hoch für Hemiplegie. Die Validität dieser Zahlen, mit denen Länder oder Ländergruppen verglichen werden, ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Dokumentation von Todesursachen fraglich. Wie bereits im vorigen Bericht zur Gesundheit in Europa ausgeführt¹⁹, könnte die überhöhte Sterblichkeit durch Herz-Kreislaufkrankheiten bei der männlichen Bevölkerung einiger osteuropäischer Länder in Wahrheit auf Alkoholintoxikationen beruhen.

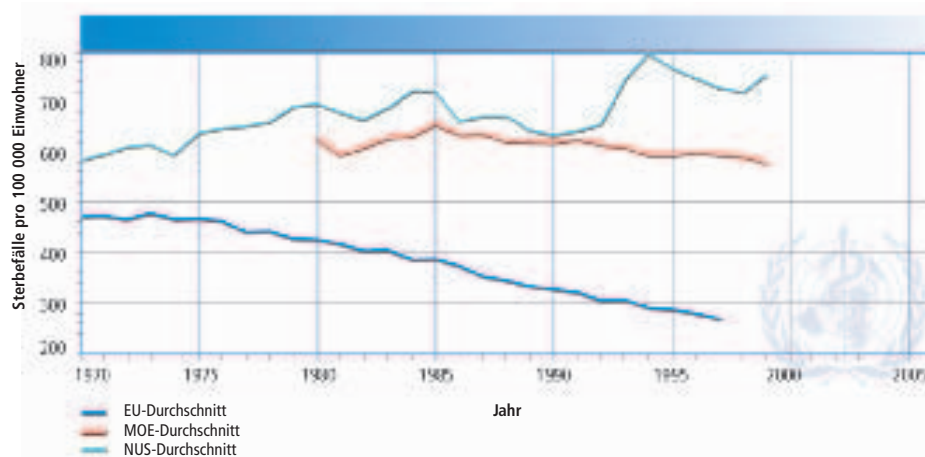


Abb. 17: Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten, 1970–1999

¹⁹ *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).

Das MONICA Projekt²⁰ der WHO erfasste von Mitte der 80er bis Mitte der 90er Jahre in 37 Ländern Erkrankungsdaten für die koronare Herzkrankheit, Risikofaktoren und koronarmedizinische Versorgung in vorab definierten Bevölkerungsgruppen, um ein genaues Bild von Ausmaß und Trends der koronaren Herzkrankheit zu gewinnen. Die ermittelten Raten ähnelten denen aus den Routinemortalitätsstatistiken, obgleich letztere in vielen Ländern die Sterberate aufgrund der koronaren Herzkrankheit tendenziell unterschätzen. Das Projekt bestätigt somit den Nutzen von routinemäßig erhobenen Sterbedaten zwecks Beobachtung von Langzeittrends bei durch die koronare Herzkrankheit bedingten Sterbefällen. Am stärksten sank die Rate der koronaren Herzkrankheit bei Männern in drei nordeuropäischen Bevölkerungsgruppen, nämlich in Nordkarelien und Kuopio in Finnland und in Nordschweden. Mit der Ausnahme von Katalanien (Spanien) stammten die männlichen Bevölkerungsgruppen, für die ein deutlicher Anstieg der Raten zu verzeichnen war, überwiegend aus den mittel- und osteuropäischen Ländern. Auch bei den Frauen betraf der Anstieg tendenziell Bevölkerungsgruppen aus diesen Ländern, wenngleich das Muster von Anstieg und Rückgang weniger einheitlich schien. Wo die Mortalitätsrate sank, war dies im Durchschnitt zu einem Drittel auf die längere Überlebenszeit und zu zwei Dritteln auf eine rückläufige Inzidenz der koronaren Herzkrankheit zurückzuführen. Dies unterstreicht die Bedeutung sowohl der Prävention der Herzkrankheit als auch der verbesserten Akutversorgung.

Die Ergebnisse zeigen eine rückläufige Inzidenz der koronaren Herzkrankheit in den meisten MONICA-Zentren. Es ist nicht einzusehen, weshalb sich diese Verbesserungen nicht fortsetzen und auf andere Länder ausdehnen lassen sollten. Allgemeiner gesagt: Für mehrere westeuropäische Länder ist eine Veränderung zum Besseren belegt. Zumindest teilweise beruht dies auf einer verbesserten primären und sekundären Prävention sowie auf einer optimierten nicht invasiven und chirurgischen Behandlung der Patienten. Die WHO hat Prävention und Bekämpfung der koronaren Herzkrankheit zur Priorität gemacht und unterstreicht damit ihre Absicht, diesem günstigen Trend weiterhin Vorschub zu leisten.

Krebs

Offiziell dem Regionalbüro gemeldeten Daten zufolge ist Krebs für annähernd ein Fünftel aller Sterbefälle verantwortlich. Die Spannweite reicht von rund 30% in einigen westeuropäischen Ländern bis zu 10% in einigen Ländern im Osten der Region (Abb. 18). Auf Krebs entfällt zudem ein großer Anteil der verlorenen Lebensjahre und der Lebensjahre mit Behinderung. Durchschnittlich sterben in der Altersgruppe der 0–64-Jährigen pro 100 000 Einwohner der Europäischen Union 79 Personen an Krebs. In den MOE-Ländern sind es 104 Personen und 99 in den NUS. Für die Altersgruppe der über 65-Jährigen lauten die entsprechenden Zahlen 1065, 1024 und 785. Das heißt, anders als in den jüngeren Altersgruppen, liegen die Zahlen für die MOE-Länder

²⁰ <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-27.html>, eingesehen am 7. Mai 2002.

und besonders für die NUS unter denen der Europäischen Union. Die Krebssterblichkeit ist in der gesamten Europäischen Region rückläufig. Im westlichen Teil der Region ist die Rate gegenüber 1980 etwa um 14% gesunken. Die meisten MOE-Länder erlebten bis 1990 einen Anstieg, der seit 1995 abflachte und sogar in einen tendenziellen Rückgang mündete. In den NUS ist der Rückgang ausgeprägter und folgt demselben Muster wie in der Europäischen Union.

Unter den Krebsformen steht der Lungenkrebs an erster Stelle. In den Ländern der EU stieg die Lungenkrebsrate bei Männern bis zur Mitte der 80er Jahre stetig an und sank ab 1985. In den MOE-Ländern stieg die Mortalität bei Männern über 65 Jahren auch nach 1985 weiter an, war dagegen in den jüngeren Altersgruppen rückläufig. In den NUS sank die Rate in allen Altersgruppen. Zwischen dem Westen und dem Osten der Region besteht allerdings ein zeitlicher Abstand von etwa 5–15 Jahren (je nach Land und Geburtenkohorte), bevor die positiven Veränderungen eine sich verändernde Prävalenz und eine andere Vorgeschichte der Belastung durch das Tabakrauchen spiegeln.

Insgesamt scheint der Gipfel der Mortalität bei Männern überwunden und ein Rückgang eingeleitet zu sein. Für Frauen ist ein abweichendes Muster mit alarmierenden Aussichten festzustellen. Die Länder der EU und in Mittel- und Osteuropa zeigen in allen Altersgruppen eine steigende Tendenz, sodass mit einem beschleunigten, epidemischen Anstieg der Mortalität zu rechnen ist. In den NUS scheint sich bei den dokumentierten Mortalitätstrends ein Rückgang abzuzeichnen, wobei die Daten schwerer zu interpretieren sind. Die rückläufige Krebsmortalität in diesen Ländern lässt sich als ein Kombinationseffekt aus veränderter Datenerhebung, konkurrierender Mortalität aufgrund anderer Todesursachen, von Kohorteneffekten und der Auswirkungen einer verbesserten Gesundheitsversorgung verstehen. Vor allem werden nachweislich bei weitem zu geringe Fallzahlen für krebsbedingte Sterbefälle

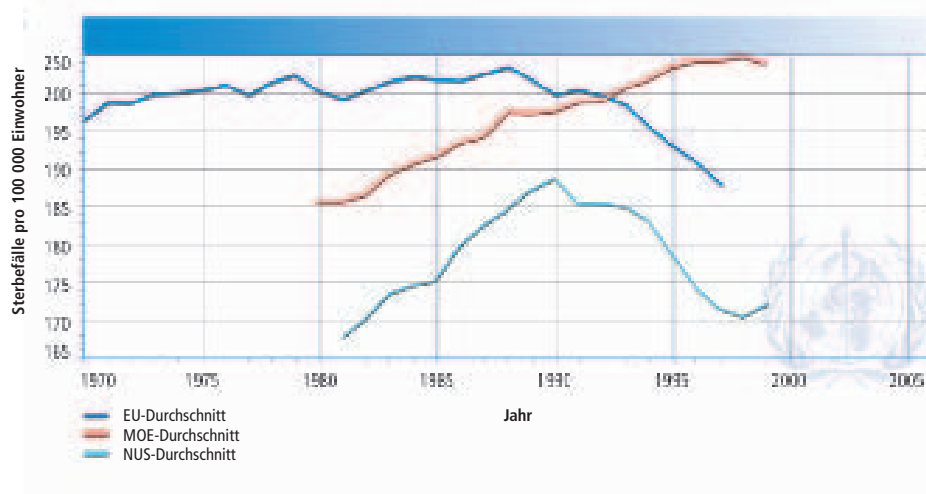


Abb. 18: Krebssterblichkeit, 1970–1999

unter älteren Menschen und insbesondere aus ländlichen Gebieten gemeldet. Zudem wurde die Kodierung in den frühen 90er Jahren grundlegend geändert.²¹

Die beschriebenen allgemeinen Muster für Krebsinzidenz (Abb. 19) und -mortalität werden durch gute Inzidenz- und Mortalitätsquerschnittsdaten ergänzt, die von den zahlreicher werdenden bevölkerungsbasierten Krebsregistern in Europa kommen.²² Dem European Network of Cancer Registries sind 166 Register in 40 europäischen Ländern angeschlossen. 1995 errechnete der Verbund landesweite Schätzwerte für die Krebsinzidenz und -sterblichkeit in 38 Ländern, für die die Vereinten Nationen geschätzte Bevölkerungszahlen und -prognosen lieferten. Die gemeldeten länderspezifischen Daten zu Inzidenz und Mortalität werden durch regionale Daten ergänzt. Die hierfür eingesetzte Methode stützt sich auf die validierten Inzidenz- und Mortalitätsdaten aus den Krebsregistern und erlaubt dadurch und anhand einer einheitlichen Methodik für alle Länder Schätzungen der Inzidenz und Mortalität.

In diesen 38 Ländern entfielen 1995 mehr Fälle und Sterbefälle auf fünf Krebsformen, nämlich Lungen-, Kolon- und Rektum-, Brust-, Magen- und Prostatakrebs, als für alle anderen Krebsformen zusammen (Tabelle 2). Je nach Geschlechtszugehörigkeit waren nur vier verschiedene Krebsformen für mehr als die Hälfte der Krankheitslast verantwortlich. Bei Männern manifestierte sich der Krebs vorrangig an Lunge, Kolon und Rektum, Magen und Prostata. An fünfter Stelle stand der Befall der Blase (7% der

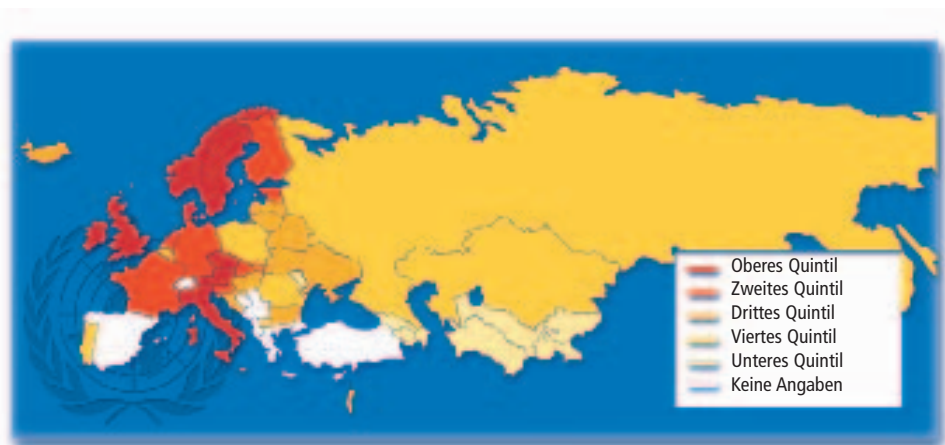


Abb. 19: Krebsinzidenz pro 100 000 Einwohner

²¹ SHKOLNIKOV, V.M. ET AL. Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks and cohort effects. *International journal of epidemiology*, 28: 19–29 (1999).

²² BRAY, F. ET AL. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *European journal of cancer*, 38: 99–166 (2002).

Fälle). Bei Frauen zeigte sich Krebs hauptsächlich an Brust, Kolon und Rektum, Magen und Lunge. An fünfter Stelle standen Zervix- und Uteruskarzinom (mit jeweils 6% der Fälle). Die Gesamtinzidenz bei Männern war in Westeuropa am höchsten²³, danach folgten die MOE-Länder mit extrem hohen Raten in der Tschechischen Republik und in Ungarn. Die höchsten Raten bei Frauen entfielen auf Nordeuropa, vor allem auf Dänemark, aber auch auf Island.

Die Anzahl der Sterbefälle spiegelt sowohl die Inzidenz- als auch die Überlebensrate wider. Bei weitem der gnadenloseste Killer war der Lungenkrebs. In Anbetracht der schlechten Prognose für diese Krebsform entsprach die Zahl der Sterbefälle annähernd der absoluten Inzidenzziffer. An zweiter Stelle standen Sterbefälle aufgrund von Kolon- und Rektumkrebs, gefolgt von Magenkrebs. Da für letzteren die Prognose ungünstiger ist, lag er noch vor dem Brustkrebs. Die häufigste Krebstodesursache bei Männern war Lungenkrebs, bei Frauen Brustkrebs.

Ungeachtet gewisser Vorbehalte, die im Hinblick auf Qualität und Verfügbarkeit der Daten in einigen Teilen der Region gerechtfertigt sind, ist ein generelles Muster zu erkennen, das mit den Informationen über Exposition und Interventionsmaßnahmen in der Vergangenheit übereinstimmt. Dieser allgemeine Eindruck darf jedoch nicht den Blick verstellen für unterschiedliche Trends und Häufigkeit des Vorkommens je nach Krebsform, Alter, Geschlechtszugehörigkeit und geographischer Ansiedlung der Bevölkerung. Die komplexen Entwicklungsstränge bestätigen nur, wie wichtig Krebsbekämpfungsmaßnahmen sind, die auf ausreichender epidemiologischer Grundlage und bei regelmäßiger Überwachung präzise auf die konkrete Situation der jeweiligen Zielgruppe ausgerichtet sind.

Weltweit ließe sich allein durch die Anwendung des vorhandenen Wissens schätzungsweise ein Viertel aller Krebsfälle verhindern. Ein Drittel aller Krebsfälle ist bei Einsatz moderner Technologie heute heilbar. Dieser Anteil wird mit aller Voraussicht im Verlauf der nächsten 25 Jahre auf die Hälfte ansteigen. Allerdings muss das erforderliche Fachwissen weiten Kreisen zugänglich sein. In nicht mehr heilbaren Fällen sollte die wirksame Linderung der Symptome, insbesondere des Schmerzes, als grundlegendes Menschenrecht gelten. Schlagkräftige Strategien, politischer Wille, überzeugende Argumentation und gute Beziehungen zu den Medien sowie eine internationale Zusammenarbeit der Fachkräfte und Sozialpartner sind entscheidend, um dieses Ziel zu erreichen.

Die WHO setzt sich für eine Verbesserung der Krebsbekämpfung durch den Ausbau nationaler Programme in den Mitgliedstaaten ein. Dabei sind die Krebs epidemiologie, der Bildungs- und Informationsstand, vorhandene Ressourcen und das ökonomische

²³ Nicht-melanotische Hautkrebsformen sind nicht in den Schätzwerten enthalten.

Leistungsvermögen des Gesundheitswesens des jeweiligen Landes zu berücksichtigen. Im Zentrum dieser Initiative steht die so genannte „abgestufte Prioritätenliste für die Krebsbekämpfung“. Sie gibt die international akzeptierten Prioritäten für die Ausarbeitung wirksamer Länderprogramme im Kampf gegen den Krebs an.²⁴

Adipositas

Fettleibigkeit ist eine vermeidbare chronische Krankheit und stellt einen Risikofaktor für andere Krankheiten dar. Zu ihren wichtigsten gesundheitlichen Folgeerscheinungen zählen Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten, Erkrankungen der Gallenblase, psychosoziale Probleme und bestimmte Krebsformen.²⁵ Die Risiken wachsen mit zunehmenden Body-Mass-Index (BMI).²⁶ Das relative Risiko ist in den jüngeren Altersgruppen erhöht, verringert sich bei Gewichtsabnahme jedoch nachweislich erheblich. Fettleibigkeit und Übergewicht sind eine paneuropäische Epidemie und stellen die Prävention chronischer nichtübertragbarer Krankheiten vorersthafteste Probleme.

In vielen Ländern liegt das Gewicht von mehr als der Hälfte der erwachsenen Bevölkerung über dem Grenzwert, und 20–30% gelten als im klinischen Sinne adipös. Die vorliegenden Daten zeigen eine breite Streuung der Adipositas in Europa. In Deutschland, Finnland und im Vereinigten Königreich ist einer von fünf Erwachsenen fettleibig, während in den MOE-Ländern und den NUS sogar noch höhere Raten zu verzeichnen sind. Die vorliegenden Daten lassen hauptsächlich steigende Tendenzen erkennen, wobei die Steigerungsrate allerdings unterschiedlich ist (Tabelle 3).

Tabelle 2. Die fünf häufigsten Krebsarten in Europa – in Prozent aller Krebsformen, 1995

Betroffenes Organ	Beide Geschlechter		Männer		Frauen	
	Neue Fälle	Sterbefälle	Neue Fälle	Sterbefälle	Neue Fälle	Sterbefälle
Lunge	14	20	22	29	6	9
Kolon und Rektum	13	12	12	10	14	14
Brust	12	8	–	–	26	17
Magen	8	9	9	10	7	9
Prostata	6	5	11	8	–	–
Insgesamt	53	54	54	57	53	49

²⁴ <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-72.html>, eingesehen am 8. Mai 2002.

²⁵ Krebs im Zusammenhang mit Adipositas betrifft: Dünndarm, Gallenblase, Speiseröhre, Nierenparenchym, Blase, Gebärmutterhals, Endometrium, Eierstöcke, Gehirn und Bindegewebe. Die Verbindung von Adipositas und Krebsrisiko für Brust, Prostata und Pankreas ist u. U. altersabhängig. Adipöse Männer sterben eher als nicht adipöse an Krebs des Kolon, Rektum oder der Prostata. Adipöse Frauen sterben eher als nicht adipöse an Krebs der Gallenblase, Brust, des Uterus, Gebärmutterhalses oder der Eierstöcke.

²⁶ Körpergewicht in Kilogramm, dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern.

Das Problem der Adipositas im Kindesalter hat sich schnell verschärft. In vielen Ländern ist bereits eines von fünf Kindern betroffen. Im vergangenen Jahrzehnt nahmen Übergewicht und Fettleibigkeit unter Jungen und Mädchen in England und Schottland besonders schnell zu. In den zehn Jahren bis 1994 verdoppelte sich die Rate annähernd. In den Niederlanden nimmt die Prävalenz seit 1980 signifikant zu, und Studien aus Deutschland, Frankreich, Jugoslawien und Polen zufolge ist dort derzeit ebenfalls ungefähr eines von fünf Kindern übergewichtig oder fettleibig.

MONICA-Berichterstattung	80er Jahre		90er Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Belgien (Charleroi)	19,6	25,7	18,9	23,9
Belgien (Gent)	11,3	15,5	13,2	15,9
Dänemark (Glostrup)	11,1	10,4	13,2	12,1
Deutschland (Augsburg, Landkreis)	19,9	22,2	23,5	23,0
Deutschland (Augsburg, Stadt)	17,6	15,5	17,3	20,8
Deutschland (Bremen)	13,9	18,0	15,6	18,7
Deutschland (Ostdeutschland)	14,5	18,6	16,1	20,4
Finnland (Kuopio)	17,8	19,2	23,7	25,9
Finnland (Nordkarelien)	17,3	23,7	22,7	23,5
Finnland (Turku/Loimaa)	18,7	16,6	22,4	19,2
Frankreich (Lille)	14,0	17,7	17,2	21,8
Frankreich (Straßburg)	22,0	22,9	21,6	18,6
Frankreich (Toulouse)	9,2	10,5	12,6	10,1
Island	11,6	13,7	17,0	18,4
Italien (Brianza)	10,9	15,2	13,5	17,8
Italien (Friaul)	15,6	18,7	17,1	18,8
Jugoslawien (Novi Sad)	17,5	29,4	20,3	31,8
Litauen (Kaunas)	22,0	44,9	19,8	32,0
Polen (Woiwodschaft Tarnobrzeg)	12,8	31,9	14,9	36,3
Polen (Warschau)	17,5	25,6	22,2	28,5
Russische Föderation (Moskau)	13,6	32,1	8,3	22,2
Russische Föderation (Nowosibirsk)	13,6	45,5	16,7	34,8
Schweden (Göteborg)	7,8	9,0	13,0	10,4
Schweden (Nordschweden)	11,4	14,2	14,3	13,8
Schweiz (Tessin)	19,7	15,0	13,3	16,3
Schweiz (Waadt/Freiburg)	13,4	13,2	16,1	10,1
Tschechische Republik	21,8	32,5	23,4	30,2
Vereinigtes Königreich (Belfast)	11,2	14,2	13,6	16,2
Vereinigtes Königreich (Glasgow)	10,9	15,5	12,7	22,8

Tabelle 3. Prozentsatz adipöser Personen der Altersgruppe 35–64 Jahre in MONICA-Gebieten von Europa. Daten aus Erhebungen in den frühen bis mittleren 80er und frühen bis mittleren 90er Jahren

Einige Länder kostet die Fettleibigkeit bis zu 7% ihres gesamten Gesundheitsetats. In England schätzte man die direkten Kosten auf 500 Millionen £, die indirekten Kosten auf 2 Milliarden £.²⁷ Jüngste Schätzungen für Deutschland sprechen sogar von Kosten in Höhe von 20 Milliarden DEM, berechnet nach der Kaufkraft im Jahr 1995. In Frankreich, das weniger hohe Adipositasraten aufweist, liegen die Kosten nach dem Kaufkraftniveau von 1992 zwischen 4,2 und 8,7 Milliarden FRF. Das sind 1,5% aller im Gesundheitswesen anfallenden Kosten.

Es mangelt noch an ganzheitlichen Konzepten, mit denen man das Problem von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Erwachsenen auf Bevölkerungsebene angehen kann. Die Regierungen müssen nachdrücklicher auf die Bedeutung der Ernährung und der Bewegung eingehen, was koordinierte, sektorübergreifende Bemühungen auf allen Ebenen erfordert. Zu oft gehen die Zuständigen davon aus, dass allein die individuelle Gesundheitserziehung zum Ziel führt. Das trifft jedoch ganz offensichtlich nicht zu, wie das enorme Interesse an Schlankheitskuren, an Diätahrung und anderen Hilfsmitteln für eine Gewichtsabnahme zeigen, die parallel zu den steigenden Raten bei Übergewicht und Adipositas zu verzeichnen sind. Europa braucht umfassendere und kohärentere Konzepte, um den zur Fettleibigkeit führenden Zwängen zu begegnen, denen derzeit sehr große Teile der Bevölkerung ausgesetzt sind.

Diabetes mellitus

Die meisten Länder verzeichnen eine rasch anwachsende Zahl von Menschen mit Diabetes mellitus. In der Europäischen Region sind es etwa 22,5 Millionen Erwachsene. Von diesen Personen leiden 5–15% an Diabetes des Typs I, der in erster Linie Kinder und Jugendliche ereilt und lebenslang regelmäßig und mehrfach täglich Insulininjektionen erforderlich macht. Die übrigen Diabeteskranken leiden an Typ II, der typischerweise im mittleren Lebensalter auftritt. Zweifelsfrei jedoch wird insbesondere der Typ II der Diabetes häufiger und in zunehmend jüngeren Jahren diagnostiziert. Aus einer „Alte-Leute-Krankheit“ ist ein Leiden geworden, das bereits in der ersten Lebenshälfte auftritt. Mit dem typischen hohen Blutzuckerspiegel gehen für gewöhnlich Bluthochdruck und Störungen des Serumcholesterinspiegels einher.

Diabetes ist in vielen Ländern nach wie vor eine schwerwiegende Ursache für die überhöhte perinatale Sterblichkeit, die häufigste Ursache für Erblindung im arbeitsfähigen Alter, eine der häufigsten Ursachen für Nierenversagen und die häufigste Ursache für Beinamputationen. Allgemein haben Diabeteskranken ein drei- bis viermal höheres Risiko als die übrige Bevölkerung, vorzeitig an einer Herz-Kreislaufkrankheit zu sterben. Die dem Gesundheitswesen durch Diabetes entstehenden Kosten erreichen schwindelnde Höhen: Eine neuere schwedische Untersuchung beziffert sie auf 8% des gesamten Gesundheitsetats. Der Löwenanteil entfällt auf die Behandlung der Diabeteskomplikationen. Abb. 20 zeigt die Gesamtsterblichkeit aufgrund von Diabetes.

²⁷ 1 Milliarde = 1000 Millionen.

In Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass sich Diabetes vom Typ II²⁸ verhindern oder verzögern lässt, wenn die Risikopersonen ihre Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten ändern. Eine große Studie mit Patienten mit eindeutig diagnostiziertem Diabetes vom Typ II zeigte, dass der Diabetes und seine Begleitsymptome erfolgreich zu bekämpfen sind und die Entstehung kostenträchtiger Komplikationen aufgehalten oder verzögert werden kann. In einer Reihe von Untersuchungen wurde deutlich, dass zielgerichtete Programme deutlich positive Auswirkungen auf den Diabetes und seine Komplikationen haben und dass Präventionsmaßnahmen kostenwirksam sind.

Dies alles stellt die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten vor die Aufgabe, Programme zu erarbeiten, um der Bevölkerung, den Politikern und den Gesundheitsfachkräften das Problem deutlicher vor Augen zu führen. Auf eine gesunde Lebensweise ausgerichtete Programme sollten gefördert und Diabetesprogramme überarbeitet werden, um dem wachsenden Trend zu Überernährung und Bewegungsarmut zu begegnen. Eines der besten einschlägigen Programme ist das Aktionsprogramm im Rahmen der Erklärung von St. Vincent, eine gemeinsame Initiative des WHO-Regionalbüros für Europa, der European Region of the International Diabetes Federation und der European Association for the Study of Diabetes.²⁹

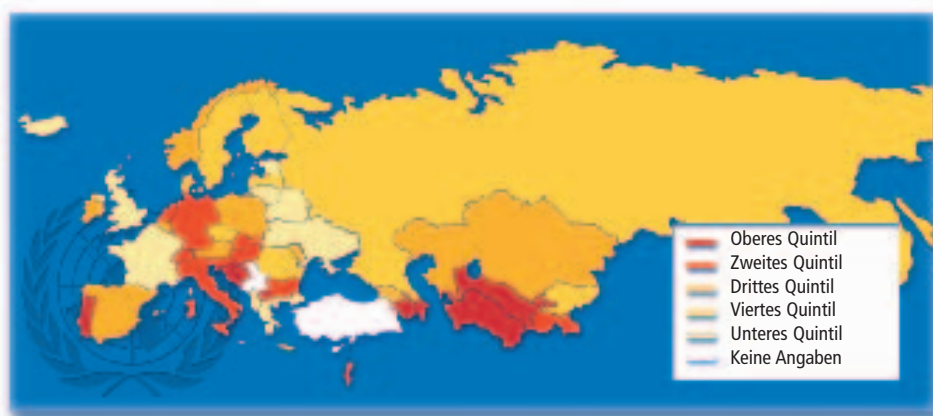


Abb. 20: Sterbefälle aufgrund von Diabetes pro 100 000 Einwohner

²⁸ UK Prospective Diabetes Study (<http://www.dtu.ox.ac.uk/index.html?maindoc=/ukpds>, eingesehen am 29. Mai 2002).

²⁹ <http://qct.who.dk/diabetes/dm.htm>, eingesehen am 8. Mai 2002.

Psychische Gesundheit

Störungen der psychischen Gesundheit werden immer häufiger. Den Schätzwerten für die Globale Krankheitslast^{30,31} zufolge gehören psychische und neurologische Störungen zu den wichtigsten Ursachen von Krankheit und Behinderung. Neuropsychiatrische Störungen machen weltweit 11,5% der Krankheitsbelastung aus. Fünf der zehn wichtigsten Ursachen von Behinderung fallen unter psychische Störungen: Unipolare schwere Depression, Alkoholabhängigkeit, bipolare Depression, Schizophrenie und Zwangserkrankungen. Allein Depressionen machen 4,1% der gesundheitlichen Gesamtbelastung aus und stehen unter den wichtigsten Krankheitsursachen an vierter Stelle. Bis zum Jahre 2020 werden psychische Störungen voraussichtlich Platz zwei unter den Ursachen für verlorene behinderungsfreie Lebensjahre einnehmen, übertroffen nur von der ischämischen Herzkrankheit. Weltweit wiegen psychische Erkrankungen in der Krankheitsgesamtlast schwerer als Krebs. In einigen europäischen Ländern ist inzwischen die Sterberate durch Suizid höher als durch Verkehrsunfälle. Der Anteil ist sogar noch größer, wenn kombiniert auftretende Störungen wie Depression und Herz-Kreislaufkrankheiten mit berücksichtigt werden.

Das Ausmaß der durch psychischen Stress und psychische Störungen bedingten Last, die vom depressionsbedingten Stress über Neurosen bis zu schweren Psychosen reicht, wird im Allgemeinen unterschätzt. In der Europäischen Region liegt der Bevölkerungsanteil mit schweren psychischen Störungen laut Angaben der Länder zwischen 1% und 6%, wobei die meisten Länder 1–3% melden. Die Prävalenz z. B. von Angsterkrankungen variiert von Land zu Land, möglicherweise aufgrund kultureller Unterschiede. Die Krankheitsraten etwa für Schizophrenie sind in den Ländern dagegen ähnlich und liegen zwischen 1–2%. Weniger schwer wiegende Störungen, die oft nicht gemeldet werden, haben dagegen eine weitaus höhere Prävalenz. In ihrer großen Mehrheit werden weniger schwer wiegende psychische Störungen in der Gemeinde selbst und im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung betreut, und nur ein geringer Prozentsatz wird an spezialisierte psychiatrische Einrichtungen überwiesen. Studien zeigen, dass in Europa bis zu 30% der Besuche beim Hausarzt psychische Gesundheitsprobleme zum Anlass haben.

Depressionen ziehen in beträchtlichem Ausmaß Behinderungen und auch eine erhöhte Sterblichkeit nach sich. Die Mortalitätsraten aufgrund von Suizid und selbst zugefügten Verletzungen liegen zwischen 11 und 36 Personen pro 100 000 Einwohnern in den

³⁰ MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

³¹ Unter psychischen Störungen kann eine Gruppe von Symptomen oder ein Verhalten verstanden werden, das Ausdruck einer zerebralen Funktionsstörung ist. In den meisten Fällen geht diese mit negativem Stress und einer Störung der persönlichen Funktionen einher.

europäischen Ländern. Während sich in den Ländern der EU und Mittel- und Osteuropas ein allmählicher Rückgang abzeichnet, war der Trend in den NUS nach einem steilen Abfall im Zeitraum 1984–1986 in den 90er Jahren ansteigend. Für bis zu 60% der an einer Depression Erkrankten ist bei der richtigen Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie eine Heilung möglich. Kognitive Psychotherapien scheinen hier besonders erfolgreich zu sein. Studien aus den nordischen Ländern ergaben einen Rückgang der Suizidrate um 20–30%, nachdem Hausärzte gelernt hatten, Depressionen zu erkennen und zu behandeln.

Ursachen und Auswirkungen von Störungen der psychischen Gesundheit variieren mit verschiedenen sozialen und wirtschaftlichen Faktoren. Für Osteuropa wurden psychische Gesundheitsprobleme mit der abnehmenden Lebenserwartung während der letzten zehn Jahre in Verbindung gebracht, die wiederum mit den wirtschaftlichen und sozialen Umwälzungen im gleichen Zeitraum assoziiert ist. Insbesondere weist einiges auf einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und der Prävalenz von Depressionen hin.

Vor allem drei Faktoren sind in der Europäischen Region für den psychischen Gesundheitszustand relevant. Erstens hat der Umfang der wirtschaftlichen, psychosozialen und umweltabhängigen Gesundheitsdeterminanten großen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden der Menschen und auf die Bereitstellung von psychischen Gesundheitsdiensten. Zweitens bleibt für viele Patienten angesichts der fortbestehenden Stigmatisierung psychischer Störungen nur die Unterbringung in Institutionen. Das hat Konsequenzen für rechtzeitige Interventionsmaßnahmen, die Humanisierung der Dienste und die Reintegration des psychisch Kranken in die Gesellschaft. Drittens schlägt sich ein gesundheitlicher Zustand, der mit Stress und Hilflosigkeit einhergeht, wie es bei Depression, Suizidalität, Alkoholismus, gewalttätigem und risikoträchtigem Verhalten der Fall ist, noch immer deutlich in der Morbiditätsziffer und in der Frühsterblichkeitsrate nieder – insbesondere im östlichen Teil der Region. Auch eine geschlechtsspezifische Problematik ist erkennbar. Sie spiegelt sich in der abnehmenden Lebenserwartung der Männer wieder, wohingegen Frauen mit Stress und sozialen Umbrüchen offenbar besser umgehen können. In anderen Ländern sind geschlechtsspezifische Muster in Hochrisikogruppen zu finden, etwa bei Jugendlichen, bei Alleinstehenden und bei unter sozialen Zwängen stehenden Frauen.

Der Standard der psychischen Gesundheitsversorgung in Europa ist außerordentlich unterschiedlich. Viele europäische Länder wenden für die psychische Gesundheitsversorgung weniger als 3% ihres Gesundheitsetats auf, obwohl die Folgekosten psychischer Erkrankungen ein Drittel bis zur Hälfte der für die Gesundheitsversorgung vorhandenen Mittel verschlingen können. In den osteuropäischen Ländern bestehen weiterhin sehr große Krankenhäuser, in denen bis zu 50% aller Patienten behandelt werden, während man im Westen der Region

vorzugsweise zur nicht stationären Behandlung übergegangen ist. Auch dieses Modell funktioniert allerdings nicht problemlos. So sind die Gesundheitsfachkräfte für die Kranken schwer zu erreichen, und in der Bevölkerung ist man wenig bereit, Menschen mit psychischen Störungen zu akzeptieren.

Verschiedene Vorhaben im Jahr 2001 unterstrichen, welche Bedeutung, die Weltgesundheitsorganisation der psychischen Gesundheit beimisst. So stand der Weltgesundheitstag unter dem Motto „Stop exclusion – dare to care“ (Psychische Gesundheit erhalten und wiederherstellen). Die Weltgesundheitsversammlung befasste sich mit allen Aspekten der psychischen Gesundheit. Der *World health report 2001* lieferte einen umfassenden Überblick über die gesamte Problematik der psychischen Gesundheit und deren relevante Einflussfaktoren und zeigte Konzepte für die Prävention, Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen und für die Förderung und den Schutz der psychischen Gesundheit auf. Insbesondere das der psychischen Gesundheit noch immer anhaftende Stigma, behindert eine rechtzeitig ansetzende Prävention und Behandlung und auch die Wiedereingliederung psychisch anfälliger Menschen in die Gesellschaft.

Unfälle und Verletzungen

Beabsichtigte und unbeabsichtigte Verletzungen stellen ein großes und in vielen Ländern weitgehend vernachlässigtes Problem dar. Gewalttätigkeit und Eigenverletzungen sind eine nicht unwesentliche Gefährdung der öffentlichen Gesundheit, denn sie gewinnen innerhalb der allgemeinen Krankheitslast zusehends an Gewicht.

Unfälle, anderweitig verursachte Verletzungen und Vergiftungen sind für ungefähr ein Zehntel der Gesamtmortalität verantwortlich (im westlichen und östlichen Teil der Europäischen Region durchschnittlich für 6% bzw. 12%). In den jüngeren Altersgruppen hat die Sterblichkeit vor allem äußere Ursachen, die demzufolge auch für einen Großteil der Frühsterbefälle verantwortlich sind. Durchschnittlich lag die standardisierte Sterberate aufgrund äußerer Ursachen in der EU im Jahr 1999 unter 40 pro 100 000 Einwohnern (im Vergleich zu 1980 ein Rückgang um mehr als 30%). Die MOE-Länder hatten zwischen 1980 und 1992 eine durchschnittliche Mortalitätsrate von rund 80 pro 100 000 Einwohnern, die bis 1999 stetig auf 65 pro 100 000 Einwohner sank. In den NUS war zwischen 1980 und 1987 durchschnittlich ein erheblicher Rückgang von 140 auf 92 Sterbefälle pro 100 000 Einwohner zu verzeichnen. Diese Rate schnellte nachfolgend jedoch hoch und erreichte 1994 die Zahl von 188 Sterbefällen (Abb. 21). Seither hat sich die Situation beruhigt, wenngleich die Durchschnittszahlen immer noch über denen von 1980 liegen.

Rund 30–40% der Sterbefälle bei Kindern zwischen 1–14 Jahren gehen auf Verkehrsunfälle und andere äußere Ursachen wie Vergiftungen, Ertrinken,

Verbrennungen, Stürze und Gewalteinwirkung zurück. Die Raten variieren in den Ländern. Sie betragen durchschnittlich 33% in der EU, 40% in den MOE-Ländern und 33% in den NUS. Verletzungen führen nicht allein zum Tod, sondern in erheblichem Umfang auch zu Behinderung und bewirken, dass viele Kinder leiden müssen.

In mehreren westeuropäischen Ländern ist es gelungen, die verletzungsbedingte Sterblichkeit bei Kindern zwischen 0–14 Jahren zu senken. Ein gutes Beispiel aus dem Vereinigten Königreich³² unterstreicht, wie wichtig bestimmte Maßnahmen sind, zum Beispiel: Gebietsumspannende städtische Sicherheitsprogramme, Maßnahmen zur Verkehrsberuhigung, die Verwendung von Rückhaltesystemen für jüngere Kinder, eine bessere Konstruktion und Ausführung von Haushaltsgeräten sowie Maßnahmen auf Gemeindeebene, die gezielt auf die Verletzungsursachen vor Ort eingehen.

Literatur

Aids epidemic update: December 2000. Geneva, World Health Organization, 2000 (UNAIDS/00.44E; WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9).

ALPERT, J.S. Coronary heart disease: where have we been and where are we going? *Lancet*, 353: 1540–1541 (1999).

BERGSTROM, A. ET AL. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International journal of cancer*, 91: 421–430 (2001).

CHINN, S. & RONA, R.J. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974–94. *British medical journal*, 322: 24–26 (2001).

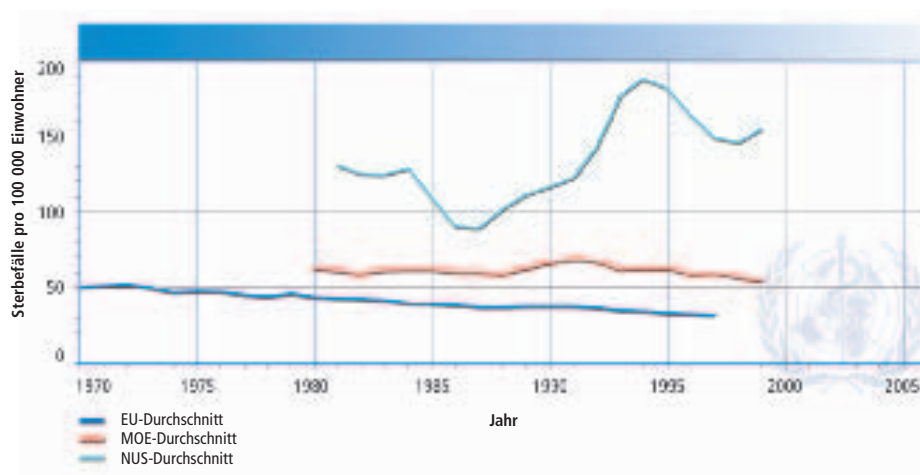


Abb. 21: Sterblichkeit aufgrund äußerer Ursachen, 1970–1999

³² CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, UNITED KINGDOM. Unintentional injuries in young people. *Effective health care bulletin*, 2: 1–16 (1996).

CINDI dietary guide. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Document EUR/00/5018028).

COLE, T.J. ET AL. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British medical journal*, **320**: 1240–1243 (2000).

DE GUERRA MACEDO, C. & MELGAARD, B.. The legacies of polio eradication. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**: 283–284 (2000).

Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997 (F-Serie Nr. 24).

DETOURNAY, B. ET AL. Obesity morbidity and health care costs in France: an analysis of the 1991–1992 Medical Care Household Survey. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, **24**: 151–155 (2000).

Diabetes atlas 2000. Brussels, International Diabetes Federation, 2000.

DYE, C. ET AL. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. *Journal of the American Medical Association*, **282**: 677–686 (1999).

EHTISHAM, S. ET AL. Type 2 diabetes mellitus in UK children – an emerging problem. *Diabetic medicine*, **17**: 867–871 (2000).

ESPINAL, M. & RAVIGLIONE, M., ED. *Coordination of DOTS-plus pilot projects for the management of MDR-TB: proceedings of a meeting*. Geneva, World Health Organization, 1999 (Document WHO/CDS/CPC/TB/99.262).

ESPINAL, M. ET AL. *Anti-Tuberculosis drug resistance in the world. Report No. 2. Prevalence and trends*. Geneva, World Health Organization, 2000 (Document WHO/CDC/TB/2000.278).

EUCAN: cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1999 (CD-ROM).

European Regional Consultation on the Introduction of Second-Generation HIV Surveillance Guidelines. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (Document EUR/01/5026722).

FAGOT-CAMPAGNA, A. Emergence of type 2 diabetes mellitus in children: epidemiological evidence. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism*, **13**(Suppl. 6): 1395–1402 (2000).

FREDRIKS, A.M. ET AL. Body index measurements in 1996–97 compared with 1980. *Archives of disease in childhood*, **82**: 107–112 (2000).

GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization (<http://www.vaccinealliance.com>, eingesehen am 8. Mai 2002).

Global tuberculosis control: Bericht der Weltgesundheitsorganisation. Geneva, World Health Organization, 2000 (Document WHO/CDS/TB/2000.275).

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).

HEITMANN, B. L. Ten-year trends in overweight and obesity among Danish men and women aged 30–60 years. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 24: 1347–1352 (2000).

HESEKER, H. & SCHMID, A. Epidemiology of obesity. *Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique*, 57: 478–481 (2000).

HIV/AIDS surveillance in Europe – Report No. 63. Paris, European Centre for the Epidemiological Monitoring of Aids, 2000.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<http://www.unaids.org>, eingesehen am 30. Juli 2001).

KUDEL'KINA, N. A. & MOLOKOV, A. L. [Erkennung und Prävalenz von Risikofaktoren für die Entstehung nicht infektiöser Krankheiten unter der organisierten Bevölkerungsgрупп von Westsibirien] *Terapevticheskii arkhiv*, 73(1): 8–12 (2001) [auf Russisch].

LAHTI-KOSTI, M. ET AL. Age, education and occupation as determinants of trends in body mass index in Finland from 1982 to 1997. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 24: 1669–1676 (2000).

LISSNER, L. ET AL. Social Mapping of the Obesity Epidemic in Sweden. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 24: 801–805 (2000).

Major cardiovascular study shows substantial regional differences. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1999 (Pressemitteilung WHO/27).

MARTIN-DU PAN, R. C. & HERAIEF, E. Ten questions on the causes and consequences of obesity: stress hormones. *Revue médicale de la Suisse romande*, 121(1): 51–55 (2001).

METHERS, C. ET AL. *Report on the burden of disease and injury study in Australia*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1999.

MIGLIORI, G. B. ET AL. Cost-effectiveness analysis of tuberculosis control policies in Ivanovo Oblast, Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, 76: 475–483 (1998).

MURRAY, C. J. L. & LOPEZ, A. D., ED. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

NATIONAL PUBLIC HEALTH INSTITUTE, FINLAND. *Health behaviour and health among Finnish adult population, spring 2001*. Helsinki, Julkaisija Utgivare, 2001.

New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications: conclusions and recommendations. WHO Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Interagency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV, Genf, 11.–13. Oktober 2000. Geneva, World Health Organization, 2001 (Document WHO/RHR/01.28).

Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, World Health Organization, 2000 (Document WHO/NUT/NCD/98.1).

POSTON, W.S. & FOREYT, J.P. Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, 146(29): 201–209 (1999).

Principles for preventing HIV infection among drug users. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (Document EUR/ICP/LVNG 02 06 01).

Progress with roll back malaria in the WHO European Region – regional and country updates. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Document EUR/00/5024939).

Roll Back Malaria – a global partnership (<http://www.rbm.who.int>, eingesehen am 30. Juli 2001).

Stop TB Initiative (<http://www.stoptb.org>, eingesehen am 19. Mai 2002).

Strategy to control tuberculosis in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Document EUR/00/5017620).

Strategy to roll back malaria in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (Document EUR/ICP/CMDS 08 03 02).

Tackling obesity in England. Report by the Comptroller and Auditor General. London, National Audit Office Publications, 2001.

TANSELLA, M. ET AL. *Common mental disorders in primary care: essays in honour of Professor Sir David Goldberg.* London & New York, Routledge, 1999.

The global burden of disease. (<http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>, eingesehen am 13. August 2001).

World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

THORNICROFT, G. J. & SZMUKLER, G. *Textbook of community psychiatry.* Oxford, Oxford University Press, 2001.

Vaccines, immunization and biologicals: 2000–2001 strategy. Geneva, World Health Organization, 2000 (Document WHO/V&B/00.02).

VARTIAINEN, E. ET AL. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *British medical journal*, 309(6946): 23–27 (1994).

WELTBANK. *World development report 1993: investing in health.* Oxford, Oxford University Press, 1993.

WELTGESUNDHEITSORGANISATION. *Vaccines, immunization and biologicals: measles* (<http://www.who.int/vaccines/intermediate/measles.htm>, eingesehen am 30. Juli 2001).

Der Gesundheitszustand in Europa nach Bevölkerungsgruppen

Die Gesundheit der Kinder

Die Aussichten für ein Kind, gesund geboren zu werden und das erste Lebensjahr zu überstehen, sind in der Region unterschiedlich. Insgesamt haben die westeuropäischen Länder eine beachtlich niedrige Säuglingssterblichkeit erreicht, wenngleich die Situation für die sozialen Gruppierungen innerhalb der Länder signifikant ungleich bleibt. Im östlichen Teil der Region hat die Säuglingssterblichkeit in den vergangenen beiden Jahrzehnten ständig abgenommen, ist jedoch im Vergleich mit den westeuropäischen Ländern immer noch hoch. Laut den letzten offiziell gemeldeten Daten liegt die Säuglingssterblichkeit in sechs Ländern immer noch bei über 20 auf 1000 Lebendgeburten (andere Quellen geben mehr Länder und eine höhere Rate an). Weitere 30 Länder registrieren eine Rate von unter 10 auf 1000 Lebendgeburten. Wichtigste Ursache der Säuglingssterblichkeit sind gesundheitliche Probleme um die Zeit der Geburt. Ungewollte Schwangerschaften und Teenagerschwangerschaften zählen in Ost- und Westeuropa gleichermaßen zu den wichtigsten Risikofaktoren.

Auch die Wahrscheinlichkeit, vor Vollendung des fünften Lebensjahres zu sterben, ist höchst ungleich verteilt (Abb. 22). Die Zahlen reichen von unter fünf bis zu über 50 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeburten. Der Durchschnitt beträgt sechs pro 1000 in der EU, 15 pro 1000 in den MOE-Ländern und 26 pro 1000 Lebendgeburten in den NUS. Kinder sterben immer noch an vermeidbaren oder heilbaren Krankheiten. In vielen Ländern sind Durchfallerkrankungen und akute Infektionen der Atemwege für einen großen Teil der Morbidität und Mortalität von Kindern unter fünf Jahren



Abb. 22: Wahrscheinlichkeit, vor Vollendung des fünften Lebensjahres zu sterben

verantwortlich. Zwar sinkt in den meisten Ländern die durch Unfälle und andere äußere Ursachen bedingte Sterblichkeit der Kinder bis zu fünf Jahren, doch die Raten liegen in einigen NUS immer noch um ein Mehrfaches über dem europäischen Durchschnitt.

Ein gesunder Lebensanfang ist überaus wichtig. In vieler Hinsicht ist die Gesundheit der Kinder von der Gesundheit der Mutter abhängig, von der prä- und perinatalen Entwicklung sowie von der Beschaffenheit des sozialen Milieus und der natürlichen Umwelt in den ersten Lebensjahren. Insbesondere Armut und Unsicherheit können eine Kaskade sozialer Ereignisse auslösen, die sich auf das ganze restliche Leben gesundheitlich nachteilig auswirken. Am schwerwiegendsten sind in dieser Hinsicht die gesellschaftlichen Unruhen und bewaffneten Konflikte, von denen mehrere Länder in der Region betroffen sind. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die erhebliche Chancengleichheit bei Qualität und Angebot von perinatalen und postnatalen Diensten in den Ländern und im internationalen Vergleich (Abb. 23).

Die weltweit unter dem Motto „die Schwangerschaft risikoärmer machen“³³ laufende Initiative der WHO zählt zu den empfehlenswerten Strategien, die dazu beitragen können, eine gesunde Geburt zu ermöglichen und das Gedeihen von Mutter und Kind durch bedarfsgerechte prä- und perinatale Dienste zu fördern. Im Rahmen der ganzheitlich vorgehenden, kostenwirksamen Maßnahmen propagierenden europäischen Initiative wird insbesondere das Stillen gefördert. Weitere Schwerpunkte sind die Neonatalversorgung und der Einsatz bedarfsgerechter Technologie während der Geburt. Grundlegend für diese Initiative ist der Gedanke, dass Schwangerschaft und Geburt natürliche physiologische Vorgänge sind, die von den Gesundheitsfachkräften und der Bevölkerung auch als solche betrachtet werden sollten. Zudem fördert die Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ den frühen und ungestörten Kontakt zwischen Mutter und Kind nach der Geburt, um Versorgungsqualität und optimale Ernährungsanleitung zu sichern.



Abb. 23:
Perinatalsterblichkeit pro
1000 Lebendgeburten

³³ <http://www.who.int/reproductive-health/mps/index.html>, eingesehen am 8. Mai 2002.

Die von WHO und UNICEF gemeinsam entwickelte Strategie des integrierten Managements von Kinderkrankheiten hat die Verminderung von Morbidität und Mortalität zum Ziel. Erreicht werden soll es durch die Grundversorgung bei den verbreitetsten Kinderkrankheiten, durch vorbeugende Maßnahmen (z. B. Schutzimpfungen sowie bessere Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, u. a. durch Stillen) und durch eine verbesserte Betreuung von Familien und Gemeinden. Adressaten sind Länder in der Region mit hoher Säuglings- und Kindersterblichkeit, die großenteils auf übertragbare Krankheiten zurückgeht. Darüber hinaus soll mit dieser Strategie eine ungestörte, gesunde Entwicklung der Kinder gefördert werden.

Wenn Kleinkinder HIV-infiziert sind, liegt in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle eine Übertragung von der Mutter auf das Kind zugrunde. In den osteuropäischen Ländern ist die Zahl der Babys von HIV-infizierten Müttern gestiegen, weil die HIV-Infektion unter jungen Frauen zunimmt. So wurden bis Ende 1999 in der Ukraine rund 1300 Kinder HIV-infizierter Mütter geboren. Es gibt wirksame und bezahlbare Mittel, um eine HIV-Übertragung von der Mutter auf ihr Kind zu verhindern, aber sie stehen noch nicht in allen Ländern der Region zur Verfügung. Die Mutter-Kind-Übertragung sollte im Kontext einer umfassenden HIV/Aids-Bekämpfung gesehen werden, worunter auch die Erweiterung der Zugangsmöglichkeiten zu Versorgungs- und Hilfseinrichtungen für infizierte Mütter und ihre Familien fallen. Um diesem Bedarf zu entsprechen, wurde in der Region eine organisationsübergreifende Sonderarbeitsgruppe gebildet, die sich mit dem Problem der Mutter-Kind-Übertragung befasst.

Im Ersten Aktionsplan für eine Nahrungs- und Ernährungspolitik in der Europäischen Region der WHO wird besonderes Gewicht auf eine gesunde Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern gelegt. Diesem Ziel dient auch die Förderung einer ausschließlichen Ernährung mit Muttermilch während der ersten sechs Lebensmonate. Für die Länder der Region wurden Ernährungsleitlinien für Säuglinge und Kleinkinder erarbeitet. Sie heben die wissenschaftlichen Argumente zu Gunsten länderspezifischer Empfehlungen für die Säuglings- und Kleinkinderernährung hervor. Die Gesundheitssysteme können ihren Beitrag zu einer gesunden Ernährung von Kleinkindern leisten, indem sie diese Leitlinien propagieren.

Kindesmissbrauch und -vernachlässigung sind vorrangige Themen der Menschenrechte und der öffentlichen Gesundheit. Mit Resolution WHA50.19 ruft die Weltgesundheitsversammlung ihre Mitglieder auf, alles Erdenkliche zu unternehmen, um Gewalt gegen Frauen und Kinder zu unterbinden, Kinderhandel und sexuellen Missbrauch eingeschlossen. Missbrauch und Verwahrlosung wirken sich nicht allein negativ auf das physische und psychische Wohlbefinden der Kinder aus, sondern sie beeinträchtigen auch ihre Entwicklung. Die Kinder werden sozial ausgegrenzt und sind schlechter gewappnet, ihr Leben zu meistern. Diese Themen wurden während der vom Regionalbüro 1998 durchgeführten Ersten Tagung zur Erarbeitung von Strategien für

den Schutz von Kindern³⁴ eingehend erörtert. Die Teilnehmer diskutierten die Konsequenzen des Kindesmissbrauchs und erwogen aus Sicht des Gesundheitssektors die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Tagungsteilnehmer geben den politisch Verantwortlichen und den gesundheitlichen Leistungserbringern der Region Handlungsleitlinien an die Hand.

Kinder reagieren empfindlicher als Erwachsene auf gesundheitliche Bedrohungen aus der Umwelt und sind deshalb besonders schutzbedürftig. Die Teilnehmer der Dritten ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit, die 1999 in London stattfand, schlugen konkrete Maßnahmen vor, mit denen man die Problematik von Verletzungen, Passivrauchen, Asthma und neuen Gefährdungen für die öffentliche Gesundheit ansprechen könnte. Die Mitgliedstaaten sind zum partnerschaftlichen Handeln mit internationalen Organisationen, NGOs und anderen Interessenten aufgerufen. Weiterhin wurde vorgeschlagen, einen internationalen Mechanismus zu schaffen, der es ermöglichen soll, Public-Health-Konzepte für neue Problemfelder zu erarbeiten, Maßnahmen zu koordinieren und zu fördern, den Informationsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten zu erleichtern und ein Forum zur Verteidigung der Rechte der Kinder zu bilden.

Die Gesundheit der Jugendlichen

Unfälle sind die Haupttodesursache bei Jugendlichen. In den meisten europäischen Ländern ist die auf äußere Ursachen zurückzuführende Mortalität der 5–19-Jährigen gesunken, scheint sich jedoch in den NUS bei rund 28–29 Sterbefällen pro 100 000 Einwohnern einzupendeln. Die Rate der Teenagerschwangerschaften liegt in den meisten westeuropäischen Ländern zwischen 13 und 25 pro 1000 jungen Mädchen im Alter von 15–19 Jahren. Das Vereinigte Königreich verzeichnet einen Spitzenwert von 50 Schwangerschaften in dieser Altersgruppe. Auch einige MOE-Länder sind hier einzuordnen, z. B. Kroatien und Slowenien. Aus den übrigen MOE-Ländern und den NUS werden dagegen zwei- bis viermal höhere Zahlen gemeldet. In der Ukraine erlebt man sogar mehr als 100 Teenagerschwangerschaften (Abb. 24). In einigen Ländern wurden vermehrt Schwangerschaften bei 12- und 13-jährigen Mädchen beobachtet. Unerwünschte und ungeplante Schwangerschaften führen oft zu riskanten Abtreibungen mit ernsthaften gesundheitlichen Konsequenzen für die jungen Mädchen. Die WHO hat sich verpflichtet, das 1994 von den Teilnehmern der Internationalen UN-Konferenz für Bevölkerungs- und Entwicklungsfragen verabschiedete Aktionsprogramm (ICPD)³⁵ und die Empfehlungen der ICPD + 5 aus dem Jahr 1999³⁶ in die Tat umzusetzen.

³⁴ *First Meeting on Strategies for Child Protection: report on a WHO meeting*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (Document EUR/ICP/FMLY 01 03 01).

³⁵ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York, United Nations, 1995.

³⁶ <http://www.un.org/popin/icpd5.htm#ICPD+5%20Information>, eingesehen am 29. Mai 2002.

Die Tagungsteilnehmer hatten die Regierungen aufgerufen, in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu investieren, aktiver auf die armen und hilfsbedürftigen Kinder und Jugendlichen zuzugehen und junge Menschen zu Akteuren des Wandels werden zu lassen. Die politischen Führungspersonlichkeiten der Welt waren einhellig der Auffassung, dass die Gedanken der Stockholmer Beratungstagung an andere internationale Foren weitergeleitet werden müssten, z. B. an die im Mai 2002 in New York stattfindende Sondersitzung der Vereinten Nationen zu Kinderfragen. Investitionen in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen seien ein Mittel, Armut abzubauen und anderen Gegebenheiten zu begegnen, die eine wirtschaftliche Weiterentwicklung und den Frieden gefährden.

Aus vielfältigen Gründen sind junge Menschen besonders in Gefahr, sich sexuell übertragbare Infektionen (STI) zuzuziehen. Die vorhandenen medizinischen und sozialen Einrichtungen sollten ausgeweitet werden und jungen Menschen Beratung, Information und praktische Hilfe anbieten, etwa zu Fragen der reproduktiven Gesundheit, zu sexuell übertragbaren Krankheiten, zur HIV/Aids-Prävention und zur Empfängnisverhütung. Die WHO unterstützt in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen wie UNAIDS, UNESCO, UNFPA und

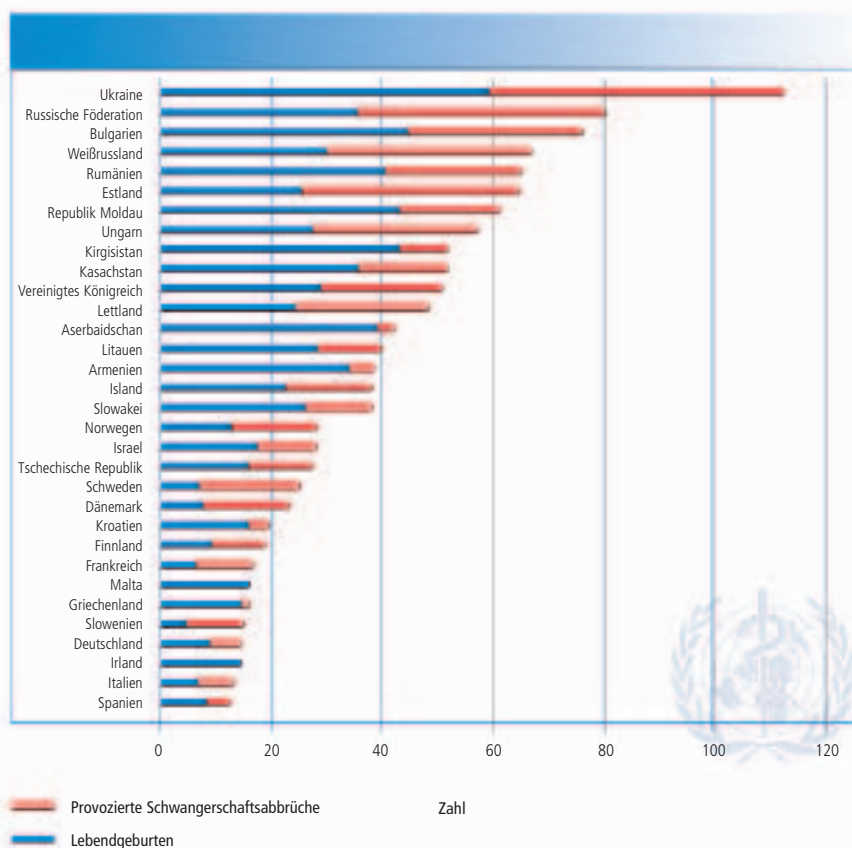


Abb. 24: Zahl der Lebendgeburten und der provozierten Schwangerschaftsabbrüche pro 1000 Frauen der Altersgruppe 15–19 Jahre, neueste verfügbare Daten

UNICEF die Länder beim Aufbau geeigneter Einrichtungen für Jugendliche, bei der Bereitstellung kostengünstiger Verhütungsmittel und beider Erarbeitung schulischer Curricula sowie anderer Informationsstrategien zur Vermittlung von Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit. Angesichts der sich epidemisch ausbreitenden sexuell übertragbaren Krankheiten und der zunehmenden HIV-Infektionen im östlichen Teil der Region propagiert eine durch die WHO koordinierte, organisationübergreifende Sonderarbeitsgruppe Strategien für sicheres Sexualverhalten, einschließlich der vermehrten Verwendung von Kondomen.

In die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen investieren heißt, die wirtschaftliche Entwicklung stärken

Die WHO und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) appellierten gemeinsam an die Welt, das Leben der Kinder zu schützen, und riefen zu einer Beratungskonferenz nach Stockholm. Vom 12.–13. März 2002 fand dort die Globale Beratungstagung zum Thema Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und Entwicklung statt. Fachleute und politische Führungskräfte berieten darüber, wie die Ärmsten und die Jüngsten zu erreichen sind.

- Die Generaldirektorin der WHO betonte, mit 66 Milliarden US-\$ jährlich bis zum Jahr 2007, ließen sich pro Jahr acht Millionen Menschenleben retten – überwiegend das Leben von Kindern.
- Der Exekutivdirektor des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen erklärte, Jugendliche brauchten die Unterstützung von Erwachsenen, wenn sie kritische Lebensentscheidungen trafen. Nicht weniger wichtig sei ein sicheres Umfeld und die Gelegenheit, sich zu gesunden, produktiven Erwachsenen zu entwickeln. Doch sei „für viele Jugendliche heutzutage die Vorstellung von Jugend als einer Lebensphase mit der Chance zur Selbstfindung unter sicheren und gesunden Bedingungen völlig außer Reichweite.“
- Der Exekutivdirektor des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen würdigte das im vergangenen Jahrzehnt Erreichte. Die Kinder seien gesünder geworden, es seien Millionen Leben gerettet und Behinderungen verhütet worden. Zu erwähnen seien die orale Rehydratationstherapie, Impfungen im Kindesalter, eine wirksame Behandlung der Lungenentzündung, von Malaria und anderen tödlichen Kinderkrankheiten, die Nahrungsergänzung durch Jodsalz und Vitamin A sowie Fortschritte bei der Ernährung mit Muttermilch und bessere Ernährungsgewohnheiten für Kleinkinder.
- Ein Vertreter der Weltbank verwies auf die bestehenden Chancenungleichheiten: „In Armut lebende Kinder und Jugendliche, die nicht den Wohlstand und die gute Gesundheit von Kindern aus wohlhabenderen Familien genießen, sind von Anfang an benachteiligt. Armut und nicht sinnvoll funktionierende Gesundheitssysteme verschärfen ihre Anfälligkeit gegenüber Krankheit und möglichem Tod, obgleich allgemein bekannt ist, mit welchen wirksamen und kostengünstigen Maßnahmen Kinder vor Krankheit geschützt und gesundheitlich wiederhergestellt werden können“.

Die Zunahme von depressiven Verstimmungen bei jungen Menschen, insbesondere in den im Umbruch befindlichen Ländern, ist ein vordringliches Problem. Die vorhandenen und erfolgreichen Programme zur Bekämpfung von psychischen Krankheiten sollten besser bekannt gemacht werden, und ihr Schwerpunkt sollte auf Erkennung, Behandlung und Überwachung von depressiven Zuständen im Kindes- und Jugendalter liegen.

Einiges spricht dafür, dass Jugendliche heute früher, mit Alkohol zu experimentieren beginnen und zunehmend risikofreudige Verhaltensweisen annehmen. Zu nennen sind Saufgelage und der gleichzeitige Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. Einer von vier Sterbefällen bei Jugendlichen ist ein Tribut an den Alkohol. In der Region insgesamt sterben jährlich rund 55 000 Jugendliche im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Die Alkoholindustrie versucht, durch Werbung für gezielt auf Jugendliche zugeschnittene Produkte und durch Sponsorenschaft bei gerade für Jugendliche attraktiven Veranstaltungen diesen Markt zu durchsetzen.

Im vergangenen Jahrzehnt ist die Zahl der jugendlichen Raucher in Europa gestiegen. Große multinationale Konzerne, deren Vermarktungsstrategien das Rauchen oft mit einem Leben im Überfluss in Zusammenhang bringen, beherrschen die Tabakindustrie. Das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen, eine Weiterführung der auf der Europäischen ministeriellen Konferenz der WHO: Für ein tabakfreies Europa im Februar 2002 in Warschau geleisteten Arbeit, soll 2003 in der Endfassung vorliegen.

Zu den schwerwiegendsten Folgen des anwachsenden Missbrauchs illegaler Drogen zählt die rasche Ausbreitung von HIV unter Jugendlichen. Am deutlichsten schnellte die HIV-Prävalenz in den NUS in die Höhe, was auf die Verbreitung des Virus unter intravenös Drogenabhängigen zurückzuführen ist. Mit so genannten Strategien zur Schadensbegrenzung konnte in den westeuropäischen Ländern die Ausbreitung von HIV unter Drogenabhängigen gebremst werden.

Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen nehmen in der Europäischen Region zu. Hauptproblem der kindlichen Adipositas ist deren Fortsetzung bis ins Erwachsenenleben mit den damit einhergehenden Krankheitsrisiken im späteren Leben. Weitere bedeutsame Folgen der Fettleibigkeit sind ein geringes Selbstwertgefühl und ein beeinträchtigtes Körperbild. Übergewicht und Fettleibigkeit ist am besten durch verminderten Konsum von Fetten, Alkohol und energiereichen Nahrungsmitteln und durch vermehrte Bewegung beizukommen.

Zwar wurde allgemein das Bildungsniveau erfreulich angehoben, doch in der Europäischen Region zeigt sich der bedenkliche Trend, dass junge Leute „aussteigen“, bevor sie die Primar- oder Grundschulausbildung abgeschlossen haben. Es häufen sich die Hinweise, dass ein vorzeitiger Abgang von der Schule mit Gesundheitsrisiken einhergeht, z. B. mit früher Schwangerschaft, ungesunden Verhaltensweisen und sozialer Ausgrenzung. Einschlägige Forschungsarbeiten, die sich mit diesen Problemen und ihren Ursachen befassen, sind dringend erforderlich, desgleichen zu außerschulischen Bildungsprogrammen, zu Formen der aufsuchenden Arbeit und zu unterschiedlichsten didaktischen Ansätzen, wie etwa der Erziehung durch Gleichaltrige.

Die Schule begreift man inzwischen als ein soziales Setting, in dem durch die „gesundheitsfördernde Schule“ Gesundheit entwickelt und erhalten werden kann. Schulen bieten nicht nur im Klassenraum, sondern auch durch ihr gesamtes physisches und psychosoziales Umfeld Gelegenheit zu Lernerfahrungen. Kern der Initiative für eine gesundheitsfördernde Schule ist die Erkenntnis, dass zwischen guter Gesundheit und guter Bildung ein enger Zusammenhang besteht. Im Rahmen der gesundheitsfördernden Schulen sind alle Aspekte des Schullebens im Hinblick auf ihr gesundheitsförderliches Potenzial angesprochen. Erfolgreiche gesundheitsfördernde Schulen sind im Stande, die gesundheitsbezogenen Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen. Gesundheitsfördernde Schulen wirken sich auf die Unterrichtsweise der Lehrer aus, auf die Beziehung zwischen Schule, Eltern und Gemeinde, auf die soziale Atmosphäre in der Schule, auf die Beteiligung der Schüler an Entscheidungsprozessen und auf die Leitung der Schule.

Schulen, die in den Erwerb von Fertigkeiten und interaktive Methoden einsetzen, um die Schüler zum Lernen zu motivieren, schaffen auch ein gesundheitsförderliches Bildungsumfeld. Es ist für die Schulen nicht einfach, einen Prozess zu initiieren, in dem Fertigkeiten, Fähigkeiten, Wissen und Gesundheitsverständnis zusammenfinden. Das Regionalbüro arbeitet im Europäischen Verbund der Gesundheitsfördernden Schulen mit dem Europarat und der Europäischen Kommission zusammen. Es handelt sich dabei um eine sektorübergreifende Initiative zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schule. Hierbei werden international bekannte Konzepte und Ansätze verfolgt und die Mitgliedstaaten dabei unterstützt, ihre diesbezügliche Kompetenz zu verbessern, Standards zu setzen, Leitlinien zu formulieren und für eine gesundheitsorientierte Schule einzutreten.

Die Gesundheit der Frauen

Für den Bereich der Gesundheit von Frauen ergeben sich in Europa ganz unterschiedliche Prioritäten. Die Spannweite reicht von Problemen der reproduktiven Gesundheit in den östlichen Teilen der Region bis zu Herz-Kreislaufkrankheiten bei Frauen in den westeuropäischen Ländern. In Forschungsarbeiten zur reproduktiven Gesundheit, zur perinatalen Gesundheit und im Hinblick auf Reihenuntersuchungen auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs wurden Fortschritte erzielt, dagegen wurde nie eine eingehende Analyse des Zusammenhangs zwischen Geschlechtszugehörigkeit und Behandlung im Gesundheitssektor unternommen. Durch die sozioökonomische Umstellung im Ostteil der Region gingen bereits erzielte gesundheitliche Verbesserungen für die Frauen wieder verloren. Kriege und Konflikte in vielen Ländern gefährden die Gesundheit der Frauen zusätzlich (Abb. 25). Besonderer Aufmerksamkeit bedürfen die mehr als vier Millionen Frauen in Osteuropa, die zu den Migranten, Flüchtlingen und ethnischen Minderheiten zählen.

Frauen leiden überproportional unter bestimmten Infektionskrankheiten. Frauen können Infektionskrankheiten wie Hepatitis, HIV, Röteln oder Toxoplasmose auf ihr ungeborenes Kind übertragen. Die Geburt selbst geht mit einem Infektionsrisiko für Mutter und Kind einher. Eine Schwangerschaft kann das Immunsystem der Frau beeinträchtigen und sie für weitere Infektionskrankheiten anfällig machen, z. B. für Malaria. Gebraucht werden konkrete Malaria-Präventionsempfehlungen für Schwangere. In vielen Ländern wird dafür gesorgt, dass Mädchen vor Beginn der Pubertät gegen Röteln geimpft werden. Die WHO und ihre Partnerorganisationen arbeiten an Strategien, durch die eine HIV-Übertragung von der Mutter auf ihr Kind verhindert werden kann. Die Exposition der Frauen gegen sexuell übertragbare Krankheiten ist nicht zuletzt vom männlichen Sexualverhalten abhängig. Sichere Sexualpraktiken schützen Frauen und Männer gleichermaßen, aber in den meisten MOE-Ländern und NUS stehen den Frauen blockierende empfängnisverhütende Mittel nicht ohne weiteres zur Verfügung. Es bedeutet einen wichtigen Schritt für den Schutz von Frauen, Männern und Kindern, wenn die entsprechenden Dienste und Leistungen in die reproduktive Gesundheitsversorgung eingegliedert werden.

In der gesamten Region sind Herz-Kreislauferkrankungen zu einer bedeutenden Ursache für die Frühsterblichkeit von Frauen geworden (Abb. 26). Einige chronische Krankheiten betreffen vor allem Frauen. Das gilt z. B. für rheumatoide Arthritis und andere Autoimmunerkrankungen. Da Frauen länger leben, sind Strategien gefragt, um einerseits die Anzahl der aktiven Lebensjahre zu erhöhen, andererseits eine Langzeitversorgung von Menschen mit Funktionsbeeinträchtigungen und chronischen Krankheiten zu sichern, da bisher relativ wenig getan wurde, um schweren Behinderungen mit Public-Health-Strategien vorzubeugen. Krebs der Reproduktionsorgane ist in wesentlichem Ausmaß für Frauensterblichkeit und die Krankheitslast insgesamt verantwortlich. Durch systematische Reihenuntersuchungen auf Brustkrebs kann diese Krebsform früh erkannt und behandelt und dadurch die vermeidbare Mortalität gesenkt werden (Abb. 27). Im Allgemeinen führt das

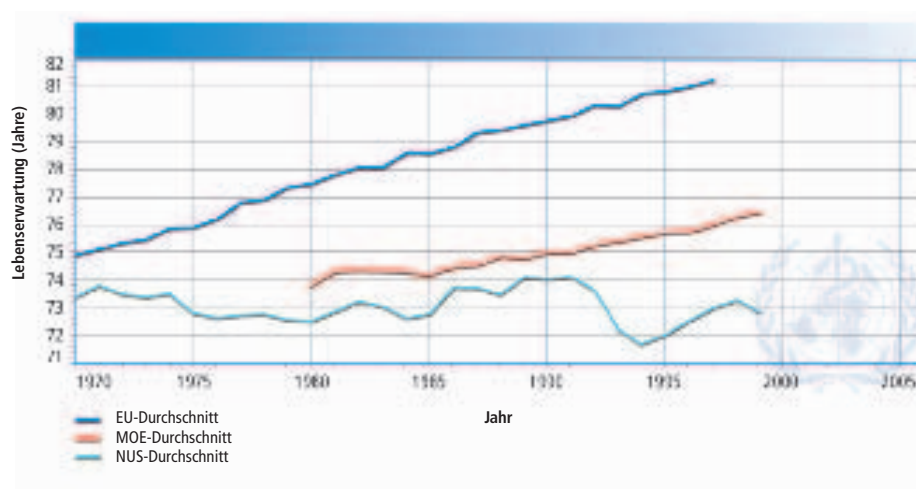


Abb. 25: Lebenserwartung bei der Geburt, Frauen, 1970–1999

Zervixkarzinom in den MOE-Ländern und in den NUS eher zum Tod als in den westeuropäischen Ländern. Auch hier konnte durch bevölkerungsweite Reihenuntersuchungen die Mortalitätsrate gesenkt werden. Vor allem aufgrund des ätiologischen Zusammenhangs mit dem sexuell übertragenen humanen Papilloma-Virus ist eine Zunahme des Zervixkarzinoms in Ländern zu erwarten, in denen sexuell übertragbare Krankheiten epidemische Ausmaße annehmen.

Gegen Frauen gerichtete Gewalt stellt ein besonderes Problem für die öffentliche Gesundheit dar. In der Region insgesamt waren etwa 20–50% aller Frauen einer oder mehreren Formen von Missbrauch ausgesetzt. Gefahr droht Frauen und Kindern meist weniger durch fremde als durch ihnen bekannte Männer (Ehemann, Vater, Partner usw.). Viele dieser Gewalttaten werden nicht registriert, haben aber nachhaltige Auswirkungen auf Gesundheit und Entwicklung. Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen sind hier besonders gefährdet. Mit neuen oder überarbeiteten Gesetzen geht man in ganz Europa vermehrt gegen das Problem der Gewalt innerhalb der Familie vor.

Die gesundheitlichen Bedürfnisse der Frauen wandeln sich im Laufe des Lebens. Wie in zahlreichen internationalen Empfehlungen ausgesprochen, sollte daher eine auf die Lebensphasen abgestimmte Betreuung ins Auge gefasst werden. Die besagten Empfehlungen hatten bereits spürbare Auswirkungen. Viele europäische Länder haben spezifische Frauen-Gesundheitsprofile erstellt, dazu auch regionale oder stadtbezogene Gesundheitsprofile. Die WHO empfiehlt, *a)* die Umsetzung von Gesetzen und Instrumenten zur Sicherung der Menschenrechte sicherzustellen; *b)* die Gleichberechtigung der Frauen europaweit und innerhalb der einzelnen Länder zu fördern; *c)* gegen die Diskriminierung von Frauen vorzugehen; *d)* der

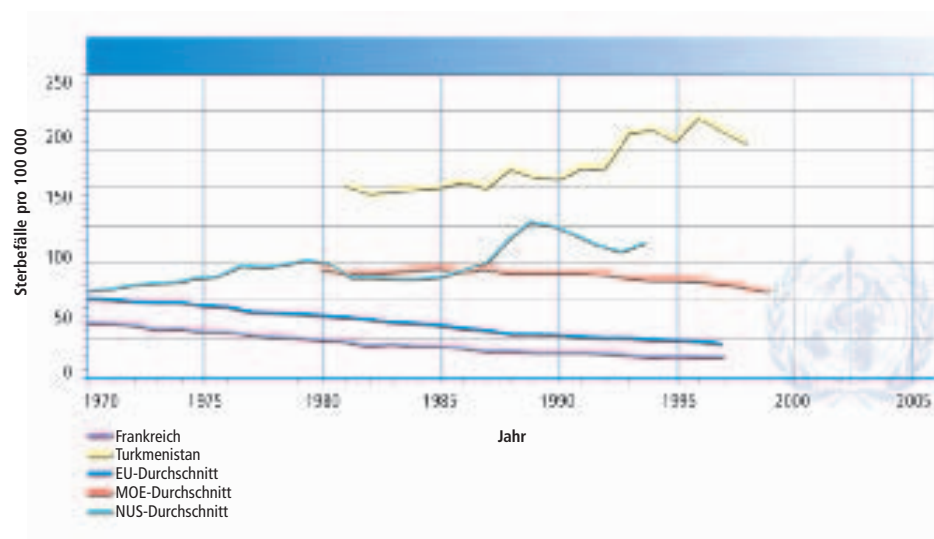


Abb. 26: Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten, Frauen 0–64 Jahre, 1970–1999

frauenspezifischen Armut zu begegnen und dabei sicherzustellen, dass eine der wirtschaftlichen Erholung dienende Politik nicht die Sozial- und Gesundheitsdienste aushöhlt; e) eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bereitzustellen und dafür zu sorgen, dass arbeitslose Frauen im Rahmen der vorhandenen Krankenversicherung Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung haben. Das Regionalbüro hat einen europäischen Sachverständigenausschuss gebildet, der in diesem Prozess begleitend, anregend, weiterführend und leitend tätig werden soll. Er wird mit UNAIDS, UNFPA, UNHCR, UNICEF, ILO, der Europäischen Union und dem Europarat zusammenarbeiten, um die gesetzten Ziele zu erfüllen.

Reproduktive Gesundheit und sexuelle Gesundheit

Defizite der reproduktiven Gesundheit machen in den MOE-Ländern und in den NUS rund 6% der gesamten Krankheitslast aus. Nicht eingerechnet sind hier die durch Krebs, eine HIV-Infektion und sexuell übertragbare Krankheiten hervorgerufenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie solche, die als Langzeitfolgen von Schwangerschaft und Geburt oder von chirurgischen Eingriffen gelten müssen, die ohne die empfohlene und erforderliche technische Ausrüstung und ohne unentbehrliche Arzneimittel durchgeführt wurden. Rechnet man diese Faktoren mit ein, summieren sich die gesundheitlichen Defizite auf annähernd 8–10% der Gesamtlast.

Mit Hilfe einer Reihe von gezielten Maßnahmen, die sich auf solide wissenschaftliche Fakten stützen und aus öffentlichen Geldern finanziert wurden, gelangen den Ländern Westeuropas und einigen MOE-Ländern in den vergangenen zwanzig Jahren bei der Bekämpfung der Müttersterblichkeit beeindruckende Fortschritte. Sie beträgt heute nur noch fünf bis zehn Sterbefälle auf 100 000 Lebendgeburten (Abb. 28). Bis 1990 lag die Müttersterblichkeit in den MOE-Ländern und den NUS durchschnittlich bei 40–50

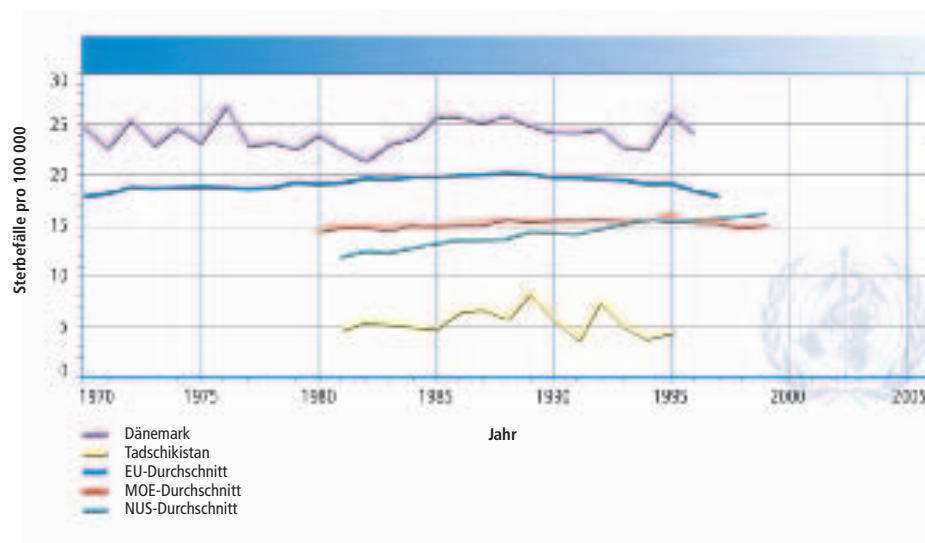


Abb. 27:
Brustkrebssterblichkeit,
Frauen, 0–64 Jahre,
1979–1999

auf 100 000 Lebendgeburten. In den MOE-Ländern ist die Rate seither auf rund 15 pro 100 000 gefallen. In den NUS vollzog sich der Rückgang sehr viel langsamer. Dort rechnet man heute mit durchschnittlich 35 Sterbefällen auf 100 000 Lebendgeburten. In einigen der ärmsten Länder der Region sterben immer noch mehr als 40 Mütter pro 100 000 Lebendgeburten. Oft lassen sich diese Durchschnittswerte mit den sehr hohen Raten in Gebieten erklären, in denen die zuständigen Dienste nicht ausreichen oder nicht erreichbar sind, etwa in entlegenen ländlichen Gegenden oder Bergregionen. In diesen Gebieten führen postnatale Blutungen, Infektionen oder eine blockierte Wehentätigkeit immer noch häufig zum Tod der Mutter. In einigen Ländern entfällt ein Viertel der mütterlichen Sterbefälle auf Komplikationen bei einer Abtreibung. Dies ist in den MOE-Ländern und den NUS im Durchschnitt die wichtigste Einzelursache der Müttersterblichkeit überhaupt.

Für die Zukunft stellt sich die Aufgabe, kostenwirksame Interventionsmaßnahmen zu finden, um die Morbidität und Mortalität bei Müttern sowie die Infektionshäufigkeit durch sexuell übertragbare Krankheiten, einschließlich HIV, herabzusetzen. Dazu zählt eine angemessene Versorgung vor der Geburt, die durch die primäre Gesundheitsversorgung problemlos von Allgemeinmedizinerinnen und paramedizinischen Fachkräften geleistet werden kann. Weiterhin sollte eine Reform des Gesundheitswesens den Zugang zu den einschlägigen lebensnotwendigen Diensten gewährleisten.

Alle Maßnahmen der WHO werden im Rahmen der weltweiten Initiative „Die Schwangerschaft risikoärmer machen“ durchgeführt. Diese Initiative sieht u. a. die Erarbeitung eines Instrumentariums vor, das sich auf eine in kontrollierten Mehrländerstudien erstellten Faktenbasis stützt. Die so gewonnenen Erkenntnisse geben dem Regionalbüro die Möglichkeit, die Länder in den nächsten beiden Jahren bei Projekten zur Verbesserung der Gesundheit der Mütter zu unterstützen.

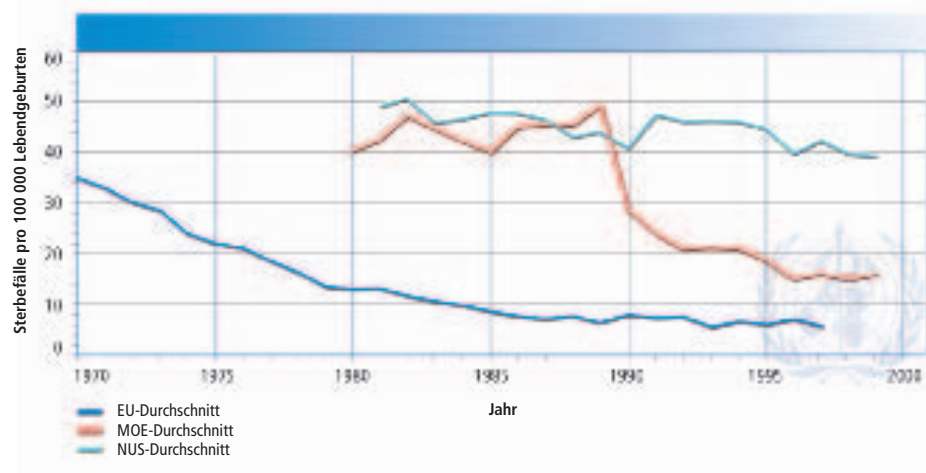


Abb. 28: Müttersterblichkeit, 1970–1999

Altern und Gesundheit

Die Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO wird älter. Die Menschen leben länger, und es werden weniger Kinder geboren. Achtzehn der weltweit zwanzig Länder mit dem höchsten Anteil an alten Menschen liegen in der Europäischen Region. In diesen Ländern sind zwischen 13% und 18% der Bevölkerung älter als 65 Jahre. In den Ländern der EU nimmt die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren stetig zu (Abb. 29). Sie liegt inzwischen im Durchschnitt bei mehr als 18 Jahren (ein Zuwachs von rund 2,5 Jahren seit 1980). In den MOE-Ländern ging dieser Zuwachs sehr viel langsamer vonstatten; die entsprechende Lebenserwartung betrug dort 1999 durchschnittlich 15 Jahre (weniger als ein zusätzliches Jahr seit 1980). In den NUS hat sich die Situation seit 1990 verschlechtert; die Lebenserwartung betrug dort 1999 im Durchschnitt 14 Jahre (seit 1980 wurde mehr als ein halbes Jahr Lebenserwartung verloren). Die Lebenserwartung im Alter von 65 ist in den Ländern der EU noch immer um ganze 4 Jahre höher als in den NUS (Abb. 30). Frauen im Alter von 65 Jahren haben gleichbleibend eine höhere Lebenserwartung als Männer. Der Unterschied beläuft sich in der EU auf 4 Jahre, in den MOE-Ländern auf 3,3 Jahre und in den NUS auf 3,6 Jahre. Die zusätzliche Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren bedeutet jedoch nicht, dass mehr Lebensjahre mit schweren Behinderungen gelebt werden, wie die aus einigen westeuropäischen Ländern vorliegenden Daten erkennen lassen.

In fast allen europäischen Ländern entfallen rund drei Viertel aller Sterbefälle der Altersgruppe 65+ auf Krebs und Herz-Kreislaufkrankheiten. In der EU gehen jährlich schätzungsweise 64 000 Sterbefälle bei älteren Menschen auf Verletzungen zurück, die zu zwei Dritteln sturzbedingt sind. Die Unfallrate pro gefahrener Kilometerzahl ist bei älteren Autofahrern höher als bei solchen im mittleren Alter. In Unfälle mit tödlichem

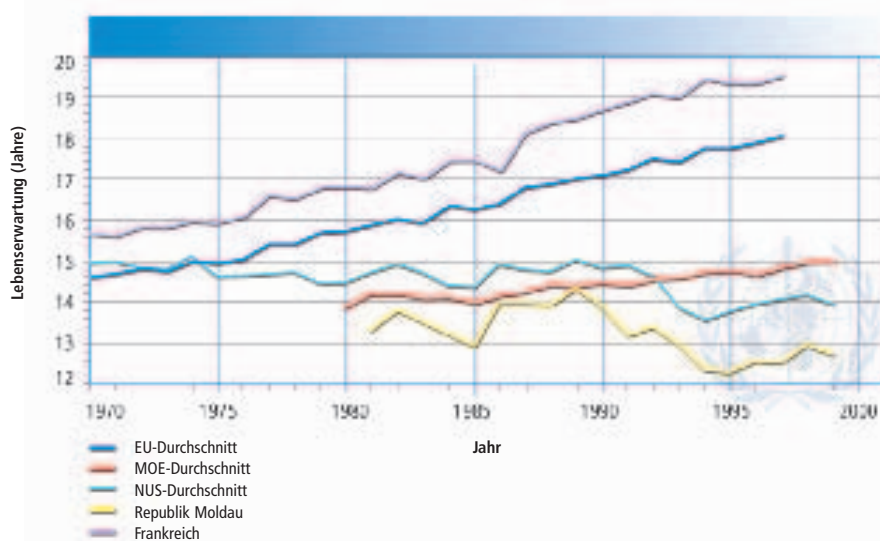


Abb. 29: Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, 1970–1999

Ausgang sind alte Autofahrer unverhältnismäßig oft verwickelt. Körperliche Gewalt gegen alte Menschen, ausgeübt von Pflegepersonen im Haushalt oder in einer Institution, ist europaweit zunehmend ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Das Gleiche gilt für sexuellen und psychologischen Missbrauch und Vernachlässigung. Es muss derzeit noch wissenschaftlich ermittelt werden, welches Ausmaß das Problem hat und welches die Risikofaktoren sind.

Körperliche Aktivität ist ein aussagekräftiger Indikator für erfolgreiches Altern. Aus systematischen Untersuchungen geht hervor, dass körperliche Aktivität die Anzahl der Stürze verringern hilft (selbst in hohem Alter), Muskelkraft, Gehfähigkeit und Gleichgewichtssinn verbessert, den Blutdruck senkt und der psychischen Gesundheit zuträglich ist.

Aus einigen Ländern der Europäischen Region ist eine altersspezifisch eingeschränkte Gesundheitsversorgung dokumentiert. Vermutlich wird unter Klinikern oft die Ansicht vertreten, dass bestimmte Therapien bei Patienten ab einem bestimmten Alter nicht mehr angeboten werden sollten. Es ist anzunehmen, dass eine derartige altersbezogene Rationierung der Gesundheitsversorgung häufiger wird, da die Gesundheitssysteme durch die wachsende Anzahl älterer Menschen unter Druck geraten.

Die volkswirtschaftliche Leistung von Angehörigen der höheren Altersgruppen wird oft nicht zur Kenntnis genommen. Ältere Menschen leisten in erheblichem Umfang unbezahlte Arbeit, z. B. in der Landwirtschaft und in der nichtoffiziellen Betreuung und Dienstleistung. Die Volkswirtschaft vieler europäischer Länder ist von diesem Arbeitseinsatz abhängig, aber nur wenige rechnen sie ihrem Bruttosozialprodukt zu. Oft bleibt die Leistung der älteren Mitbürger unbeachtet und unterbewertet. Derzeit entfallen auf die Verbraucher der Altersgruppe 50 Jahre und älter in Deutschland, Frankreich, Italien und im Vereinigten Königreich über 80% des Reichtums. Gleiches gilt für viele andere europäische Länder. Dennoch leben in ganz Europa auch viele alte Menschen in Armut.



Abb. 30: Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

In einer Vielzahl von Untersuchungen wurde die Bedeutung sozialer und wirtschaftlicher Faktoren als wichtige Determinanten der Gesundheit nachgewiesen. Dies gilt für ältere Menschen ebenso wie für jede andere Gruppe der Bevölkerung. Gesundheitliche Maßnahmen sollten daher auf vier Kernbereiche abzielen:

a) Verringerung von krankheitsbedingten Behinderungen; b) Abbau der Risikofaktoren in Verbindung mit den wichtigsten Krankheitsursachen im Alter und Förderung gesunder Lebensweisen; c) Aufbau einer primären Gesundheitsversorgung mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Bereitstellung einer kostengünstigen, chancengleichen und die Menschenwürde achtenden Langzeitversorgung; d) Zusammenarbeit mit anderen Sektoren mit dem Ziel, die Determinanten für gesundes, aktives Altern und für die Lebensqualität älterer Menschen günstig zu beeinflussen.

Das Programm „Altern in Gesundheit“ des Regionalbüros arbeitet in sechs Teilbereichen: a) Bedarfsermittlung in den Mitgliedstaaten durch einen mit Ansprechpartnern und Fachleuten gebildeten Ausschuss; b) Auswahl von optimalen Praxismodellen sowie Durchführung von Modellprojekten; c) Ermittlung, Einsatzförderung, Finanzierung und weiterer Ausbau von Instrumenten, die nur geringen technischen Aufwand erfordern; d) Förderung einer besseren Ausschöpfung aller günstigen Voraussetzungen und Ressourcen älterer Menschen, ein gesünderes Leben zu führen, wobei auf Rollenmodelle und das Beispiel von Leitfiguren der europäischen Gesellschaft zurückgegriffen werden soll; e) Anpassung des Instrumentariums zur Messung der Lebensqualität; f) Bildung von Task Forces, die sich im Hinblick auf ein gesundes Altern mit neuen Aufgaben und ethischen Anliegen befassen sollen, etwa in Bereichen wie Pharmakologie, Genetik und Biotechnologie.

Literatur

Action for women's health. Making changes through organizations. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.

Children's health and the environment: Third Ministerial Conference on Environment and Health, London, 16.–18. Juni 1999. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (Document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/16).

CURRIE, C. ET AL. *Health and health behaviour among young people: international report.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (Document EUR/ICP/IVST 06 03 05(A); Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 1).

DEHNE, K. & SNOW, R. *Integrating STI management into family planning services: what are the benefits?* Geneva, World Health Organization, 1999 (Document WHO/RHR/99.10).

European strategies to combat violence against women. Report of the First Technical Meeting, Kopenhagen, Dänemark, 11.–13. Dezember 1997. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (Document EUR/ICP/FMLY 05 03 02).

KOLIB, P. & SCHMIDT, B. *Gender and health in adolescence*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (Document EUR/ICP/IVST 06 03 05B).

Making pregnancy safer. Report of the Secretariat. Geneva, World Health Organization, 2000 (Document EB107/26).

Measles: mortality reduction and regional elimination: strategic plan 2001–2005. Geneva, World Health Organization, 2001 (Document WHO/V&B/01.13).

MILLER, A.B. ET AL. *Report on Consensus Conference on Cervical Cancer Screening and Management. Meeting of the International Network on Control of Gynaecological Cancers (INCGC), Tunis, 28.–31. Januar 1999*. Geneva, International Network on Control of Gynaecological Cancers, 1999.

POLLICINO, C.A. & SALTMAN, D.C. The relationship between physician cost and functional status in the elderly. *International journal for quality in health care*, 12: 425–431 (2000).

RASMUSSEN, V.B. ET AL. *The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (Document EUR/ICP/IVST 06 03 05).

Report of the Fourth World Conference on Women (Beijing, 4.–15. September 1995). New York, United Nations, 1995.

SETTERTOBULTE, W. ET AL. *Drinking among young Europeans*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (Document EUR/ICP/IVST 06 03 05(C); Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 3).

Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (Document EUR/01/5019540).

Strategies for child protection: report on a WHO Meeting. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Document EUR/ICP/FMLY 01 03 01).

The second decade: improving adolescent health and development. Geneva, World Health Organization, 1998 (Document WHO/FRH/ADH/98.18).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Health issues of minority women living in Europe. Report of a meeting in Gothenburg, Schweden, 11.–12. November 1999*. Göteborg, Göteborg Länsstryckeri, 2000.

Women and mental health, with emphasis on special groups. Commission on Status of Women, Forty-third Session, 1.–12. März 1999. New York, United Nations Economic and Social Council, 1999 (Document E/CN.6/1999/L.8/Rev.1).

TEIL ZWEI

Die wichtigsten Determinanten der Gesundheit

Sozioökonomische
Determinanten

Lebensweisen

Die natürliche Umwelt



Es ist inzwischen üblich geworden, die Relevanz einer Vielzahl von Determinanten der Gesundheit zu überprüfen, darunter genetische und individuelle Faktoren, die Lebensweise, die Gegebenheiten der Umwelt sowie Verfügbarkeit und Effektivität von Gesundheitsdiensten. Die großen Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitsstatus im Ländervergleich und im Vergleich der Bevölkerungsgruppen in den einzelnen Ländern verdeutlichen, dass diese Determinanten mit sozialen und ökonomischen Faktoren verknüpft sind, die jeder politischen und gesellschaftlichen Entwicklung zugrunde liegen.

Sozioökonomische Determinanten

Der sehr unterschiedliche Gesundheitszustand in den Ländern der Europäischen Region hat Faktoren in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, neben den Gesundheitsdiensten, den genetischen Anlagen und der individuellen Lebensweise. Es schälte sich sehr deutlich heraus, dass sich in diesen Unterschieden im Wesentlichen soziale, ökonomische, der Umwelt zuschreibbare und institutionelle Determinanten manifestieren. Weniger klar ist, wie schwer diese Faktoren im einzelnen wiegen und wie sie zu quantifizieren sind.

Die allgemeine Zugänglichkeit effektiver Gesundheitsdienste von vertretbarer Qualität ist für eine fortgeschrittenen Gesellschaft eine Grundvoraussetzung. Im Einzelfall trägt das Versagen der Gesundheitsdienste zwar wohl zu unnötigem Leiden und zur Morbidität bei, doch nur wenig spricht dafür, dass ein derartiges Versagen in nennenswertem Umfang zu den ausgeprägten gesundheitlichen Verteilungsgerechtigkeiten in der Europäischen Region beiträgt. Mehr noch: Es lässt sich zwar ein Zusammenhang zwischen genetischen Faktoren, der Lebensweise und der individuellen Krankheitsanfälligkeit herstellen, weit weniger eindeutig ist jedoch, welche Rolle diese Faktoren für die gesundheitlichen Unterschiede in der Gesamtbevölkerung spielen. Individuelle Lebensweise und Risikofaktoren erklären das unterschiedliche Krankheitsvorkommen nur zum Teil. Zudem kann die Krankheitsvarianz bei Einzelpersonen ganz anders bedingt sein als in Bevölkerungsgruppen. Die quantitative Analyse der gesundheitlichen Defizite, die sich verschiedenen Risikofaktoren zuordnen lassen³⁷, weist Fehlernährung als den weltweit wichtigsten Einzelfaktor aus, der für annähernd 12% aller Sterbefälle verantwortlich ist. Alle übrigen üblicherweise aufgezählten Risikofaktoren erklären rund 40% der Sterbefälle weltweit. Somit lässt sich fast die Hälfte der globalen Sterblichkeit durch die bekannten wesentlichen Risikofaktoren nicht erklären (Abb. 31).

Es wäre sinnvoll, neben einzelnen Risikofaktoren auch Risikobedingungen zu untersuchen, die direkt mit sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Gesundheitsdeterminanten verknüpft sein können. Eine typische Risikobedingung für

³⁷ MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

die Gesundheit der Menschen in Europa ist Armut. Es mehren sich die Erkenntnis, dass ein Zusammenhang besteht zwischen Krankheitsmustern und der Art und Weise, wie sich eine Gesellschaft organisiert und in die Entwicklung ihrer Mitglieder investiert. Vielfältiges Quellenmaterial deutet darauf hin, dass neben einer Anhebung des wirtschaftlichen Wohlstands insgesamt auch die relative Verteilung des Wohlstands zu beachten ist. In sozial kohärenteren, egalitären Gesellschaften mit schwach ausgeprägter relativer Benachteiligung steht es um die Gesundheit am besten.³⁸ Zumindest in Industriegesellschaften hat Gesundheit mehr mit dem relativen als mit dem absoluten Einkommen zu tun.^{39,40}

Folglich muss es Ziel der Gesundheitspolitik sein, Benachteiligung insgesamt abzubauen. Bei dem Versuch, gesundheitliche Verteilungsgerechtigkeiten zu beseitigen und bessere Bedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung zu schaffen, lassen sich Gesundheitspolitik und andere Bereiche der gesellschaftlichen Entwicklung nicht voneinander trennen. Somit kommt der Verbindung zwischen Gesundheitspolitik und anderen Politikbereichen wie Erwerbstätigkeit, Einkommensstabilität, soziale Absicherung, Wohnung und Bildung in allen europäischen Mitgliedstaaten entscheidende Bedeutung zu. Sowohl der Anteil der wirtschaftlich „nachhinkenden“

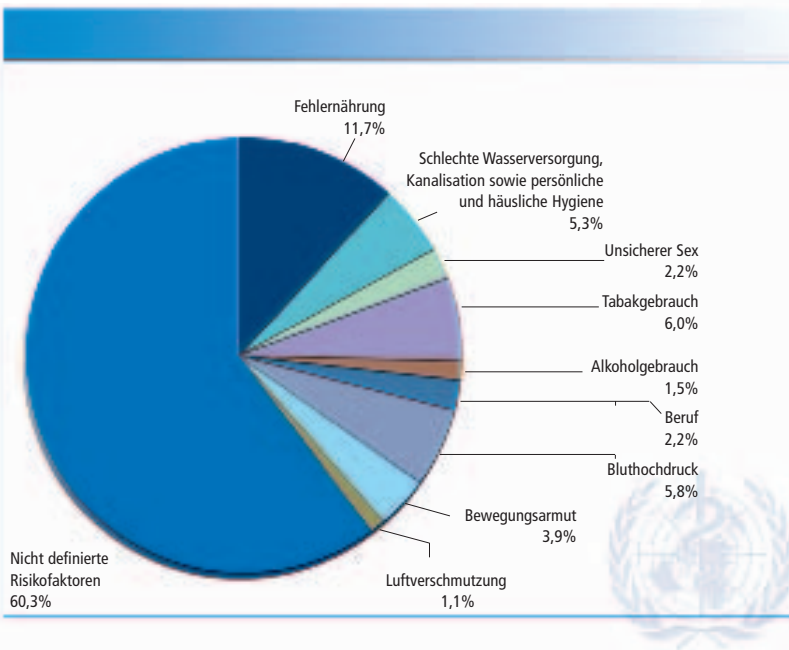


Abb. 31: Prozentsatz der Gesamtsterbefälle (weltweit), die sich ausgewählten Risikofaktoren zuschreiben lassen

³⁸ WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. London, Routledge, 1996.
³⁹ KAWACHI, I. ET AL., ED. *Income inequality and health. Vol. 1. The society and population health*. New York, New Press, 1999.
⁴⁰ WILKINSON, R.G. Health inequalities: relative or absolute material standards? *British medical journal*, 314: 591–595 (1997).

Bevölkerung als auch der Abstand zum besser gestellten Teil der Bevölkerung müssen verringert werden, um sozioökonomische Ungleichheit abzubauen. Die Fakten sprechen dafür, dass mehr Einkommensgleichheit und das damit einhergehende günstigere soziale Umfeld das psychosoziale Befinden der Bevölkerung günstig beeinflussen.^{41,42} Mehr Einkommensgerechtigkeit lässt eine Gesellschaft besser funktionieren und steigert damit auch die Wirksamkeit einer Vielzahl von gesundheits- und sozialpolitischen Initiativen. Sofern nicht gegen soziale Ungleichheiten vorgegangen wird, ist mit langsameren Fortschritten und geringerer Lebensqualität zu rechnen.

Gesundheit und Entwicklung

Zwischen Gesundheit und Entwicklung besteht ein grundlegender Zusammenhang, weshalb die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ein wichtiges Entwicklungsziel sein muss. In armen Ländern besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen BIP pro Kopf der Bevölkerung und Lebenserwartung. Am unteren Ende der Einkommensskala ist diese Beziehung sehr ungünstig. In stärker industrialisierten Gesellschaften wie den Ländern der Europäischen Region, wo vor allem nichtübertragbare Krankheiten für Mortalität und Morbidität verantwortlich sind, zeigen die Fakten mittlerweile eindeutig, dass auch diese Krankheiten eng mit dem sozialen Umfeld verknüpft sind. Eine immer breitere Faktenbasis untermauert die Komplexität dieser Beziehung.^{43,44} Zwar korreliert ein besserer Gesundheitszustand, gemessen als Lebenserwartung, im Allgemeinen mit dem Pro-Kopf-Einkommen der Bevölkerung, doch diese Regel hat zahlreiche Ausnahmen. Es gibt arme Länder, in denen der Gesundheitszustand der Bevölkerung relativ gut und reiche Länder, in denen er relativ schlecht ist. Das Bild wird noch facettenreicher, wenn man auch die Einkommensunterschiede innerhalb der Länder berücksichtigt, da es in reichen Ländern arme Bevölkerungsgruppen gibt, deren Gesundheitszustand weit unter dem der Bevölkerung von deutlich ärmeren Ländern liegt. Ein höheres Einkommen wirkt sich also auf die Gesundheit normalerweise positiv aus. Da hier aber auch noch andere Faktoren wirksam sind, lassen sich zahlreiche Beispiele dafür anführen, dass Arme länger leben als Reiche. In letzter Zeit wurden diese entscheidenden Faktoren genauer bestimmt.⁴⁵ Offenbar besteht in der Tat eine signifikant positive Korrelation zwischen BIP pro Kopf der Bevölkerung und Lebenserwartung. Diese Beziehung wirkt sich jedoch in erster Linie durch den Einfluss des BIP auf a) das Einkommen der Armen und

⁴¹ BRUNNER, E. & MARMOT, M. Social organisation, stress and health. *In: Marmot, M. et al., ed. The social determinants of health.* Oxford, Oxford University Press, 1999.

⁴² MCEWEN, B.S. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338: 171–179 (1998).

⁴³ CORNIA, G.A. & PANICCIA, R. *The mortality crisis of transitional economies.* Oxford, Oxford University Press, 2000.

⁴⁴ LUNDBERG, O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social science and medicine*, 36: 1047–1052 (1993).

⁴⁵ WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities.* London, Routledge, 1996.

b) die Ausgaben der öffentlichen Hand, vor allem für die Gesundheitsversorgung, aus. Es hängt also vieles davon ab, wie der Wohlstand verteilt ist und wie er genutzt wird.

Diese Überlegungen führten zur Definition von zwei Prozessen, durch die sich die Sterblichkeit senken lässt. „Durch Wachstum vermittelte“ Prozesse basieren auf einem schnelleren Wirtschaftswachstum, das ein starkes Beschäftigungselement beinhaltet. Der wirtschaftliche Aufschwung wird genutzt, um wichtige Sozialleistungen des Staates auszubauen, etwa Bildung, soziale Absicherung und Gesundheitsversorgung. „Durch Unterstützung vermittelte“ Prozesse funktionieren durch soziale Stützprogramme für Bildung, Gesundheitsversorgung und andere gesellschaftlich relevante Bereiche. Folglich braucht man Ressourcen für den Ausbau „ressourcenbestimmter“, kostengünstiger und arbeitsintensiver Aktivitätsbereiche wie Bildung und Erziehung oder Gesundheitsversorgung. Eine Grundvoraussetzung der Entwicklung ist, dass man diesen Ressourcen Vorrang einräumt.

Der kürzlich veröffentlichte Bericht der WHO-Kommission für Makroökonomie und Gesundheit⁴⁶ betont den entscheidenden Stellenwert von Investitionen in Gesundheit als konkreten Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung und zum Abbau von Armut. Die volkswirtschaftlichen Fakten zeigen, dass es den Ländern mit der schwächsten Gesundheits- und Bildungsinfrastruktur sehr viel schwerer fällt, ein nachhaltiges Wachstum zu erzielen, als Ländern, die Gesundheit und Bildung bessere Bedingungen bieten. Offenbar kann der Gesundheitsstatus auch nach Berücksichtigung der volkswirtschaftlichen Standardvariablen einen wichtigen Teil des unterschiedlichen Wirtschaftswachstums erklären. Die Kommission fordert einen umfassenden, globalen Ansatz mit konkreten Zielen und klaren zeitlichen Vorgaben. Eine vollständigere Erfassung der armen Bevölkerungsteile durch die Gesundheitsversorgung erfordert höhere finanzielle Investitionen in konkrete Maßnahmen des Gesundheitssektors sowie ein sinnvoll strukturiertes System der gesundheitlichen Leistungserbringung. Die Kommission empfiehlt in ihrem Bericht, in erfahrungsgemäß erfolgreiche Maßnahmen zu investieren, deren Auswirkungen sich an der Krankheitslast und an der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems messen lassen. Vorgeschlagen wird ein Maßnahmenkatalog für Investitionen in Gesundheit zur Förderung der wirtschaftlichen Entwicklung. Darin werden die Länder mit mittlerem und niedrigem Einkommen aufgefordert, den beschleunigten Ausbau grundlegender Gesundheitsmaßnahmen ins Auge zu fassen und dem Gesundheitssektor mehr Haushaltsmittel zuzuweisen. Gleichzeitig wird die internationale Gemeinschaft angehalten, diese Bemühungen koordiniert zu unterstützen.

Das Regionalbüro richtete Mitte der 90er Jahre ein Programm Investition für Gesundheit ein. Eine Reihe von Tagungen zu diesem Thema mündete im Jahr 2000 in

⁴⁶ COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTH. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.

eine Erklärung über die konkrete Verantwortung für Investitionen in die Gesundheit und gesundheitliche Maßnahmen, mit der versucht wurde, Regierungen, nichtstaatliche Organisationen, Industrie und Handel, Zivilgesellschaft und die Medien in einen Handlungsplan einzubinden. In Venedig wurde ein WHO-Büro für Investition für Gesundheit und Entwicklung eingerichtet, das in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten diese besser dazu befähigen soll, den Prozess der Investition in Gesundheit auf den Weg zu bringen.

Armut

Armut und Krankheit bilden einen Teufelskreis, wobei Armut sowohl eine wesentliche Determinante der gesundheitlichen Defizite als auch eine mögliche Folge davon ist. Armut, sei sie durch Einkommen, sozioökonomischen Status, Lebensumstände oder Bildungsniveau definiert, ist die wichtigste Einzeldeterminante für Gesundheitsdefizite. Ein Leben in Armut geht mit einer geringeren Lebenserwartung einher, mit hoher Säuglingssterblichkeit, einer schlechten reproduktiven Gesundheit und dem höheren Risiko, sich eine Infektionskrankheit (insbesondere Tuberkulose und HIV) zuzuziehen. Außerdem ist sie mit einem gesteigerten Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen verbunden sowie mit einer höheren Prävalenz von nichtübertragbaren Krankheiten, von Depression, Selbstmord, asozialem, gewalttätigem Verhalten und einer erhöhten Belastung durch Umweltrisiken. Dem WHO-Regionalkomitee für Europa wurde 2001⁴⁷ ein Bericht vorgelegt, der diese Zusammenhänge bestätigt.

Alle europäischen Länder sind in irgendeiner Form von absoluter oder relativer Armut betroffen (vgl. Anhang 2, Tabelle 1). Selbst in wohlhabenden Gesellschaften nehmen gesundheitliche Verteilungsungerechtigkeiten bei sich vergrößernden sozioökonomischen Unterschieden zu, wobei das soziale Gefälle in allen sozioökonomischen Gruppen, in der gesamten Gesellschaft und über die gesamte Lebensspanne hinweg zu finden ist. 1998 lebten schätzungsweise 2% der europäischen Bevölkerung (rund 24 Millionen Menschen) in absoluter Armut.⁴⁸ Relative Armut⁴⁹ ist in unterschiedlichem Ausmaß in den meisten europäischen Ländern signifikant vorhanden. In einigen osteuropäischen Ländern können davon bis zu 50% der Bevölkerung betroffen sein, aber auch aus einigen westeuropäischen Ländern werden Zahlen von über 10% gemeldet.

Arbeitslosigkeit als Ursache von Armut und unzulänglicher Gesundheit ist in allen europäischen Ländern ein gravierendes Problem. Es nahm in den 90er Jahren in den MOE-Ländern alarmierende Ausmaße an und spielt in den meisten westeuropäischen

⁴⁷ *Poverty and health: evidence and action in WHO's European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (Document EUR/RC51/8).

⁴⁸ Laut Definition der Weltbank liegt „absolute Armut [vor], wenn sich jemand einen Grundwarenkorb im Wert von 2,15 US-\$ pro Tag nicht leisten kann“.

⁴⁹ Laut Definition der Weltbank wird von relativer Armut gesprochen, wenn „die wirtschaftliche Lage der Betroffenen ihnen in ihrer Gesellschaft kein akzeptables Existenzminimum bietet, d. h. wenn ihr Einkommen weniger als 60% des mittleren Einkommens beträgt“.

Ländern weiterhin eine erhebliche Rolle. Besonders bedenklich sind die Auswirkungen von Armut und Arbeitslosigkeit auf junge Menschen, angesichts des Zusammenhangs mit gesundheitlichen und sozialen Problemen wie Gewalttätigkeit, Selbstmord und Substanzenmissbrauch.

In ganz Europa, dessen Bevölkerung zu zwei Dritteln in Städten lebt, bildet die Armut unter Städtern eine Herausforderung. Nicht allein die Zahl der städtischen Armen nimmt zu, sondern es verbreitert sich auch die Kluft zwischen den gesellschaftlichen Gruppierungen in den Städten. Die städtischen Armen sind aufgrund ihrer Wohnbedingungen, der Hygienesituation, ihrer schlechten Ernährung und der Berufsrisiken besonders krankheitsanfällig. Die Gesundheitsdienste sind ihnen u. U. nicht zugänglich oder sie machen keinen Gebrauch davon, weil ihnen die Mittel und die Kenntnisse fehlen und sie oft an den Rand der Gesellschaft gedrängt sind. In vielen Städten ist Obdachlosigkeit bedenklich weit verbreitet, und hat besorgniserregende Konsequenzen für die Mortalität, die Prävalenz chronischer Erkrankungen der Atemwege sowie die Alkohol- und Drogenabhängigkeit.

Ethnische Minderheiten, Migranten und Flüchtlinge sind gesundheitlich besonders gefährdet. Ihren Bedürfnissen wird oft wenig entsprochen, und häufig sind sie durch die üblichen Kanäle des Gesundheits- und Sozialwesens nicht erreichbar. Dieses Problem stellt sich in vielen Ländern mit zunehmender Dringlichkeit.

In der aktuellen Organisationsstrategie der WHO heißt es, es gehöre zu ihren wichtigsten Aufgaben, durch die Verbesserung der Gesundheit zum Abbau von Armut beizutragen und somit Gesundheit in den Kontext der menschlichen Entwicklung zu stellen. Die WHO übernimmt im Kampf gegen die Armutskrankheiten eine Vorreiterrolle. Sie will eine nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung fördern, indem sie dafür eintritt, dass die Ärmsten der Welt besseren Zugang zu gesundheitsrelevanten Gütern und Dienstleistungen erhalten.

Psychosoziale Faktoren

Psychosozialer Stress gilt zunehmend als Schlüsselfaktor für eine Reihe von Leiden, darunter Erkrankungen des Herzens, Bluthochdruck, Alkoholpsychosen, Neurosen, Tötungsdelikte, Selbstmord, Unfälle, Geschwüre und Leberzirrhose. All dies wird tendenziell immer wichtiger in Ländern, in denen beschleunigte soziale und wirtschaftliche Umwälzungen stattfinden, die durch die Sozialpolitik nicht ausreichend abgefedert werden. Einer Untersuchung zufolge⁵⁰ war die beispiellos hohe Sterblichkeit der 90er Jahre in vielen der im Umbruch befindlichen Länder darauf zurückzuführen, dass zu den Belastungen durch den gesellschaftlichen Anpassungsprozess eine langsame

50 ZIGLIO, E. ET AL., ED. *Investment for health. A discussion of the role of the economic and social determinants.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 1) (im Druck).

und langfristige Verschlechterung des Gesundheitszustands hinzukam. Letztere wurde durch eine enorme Steigerung des psychosozialen Stressniveaus bewirkt, für die hauptsächlich der unerwartete Anstieg der Arbeitslosigkeit, berufliche Umschichtungen und Arbeitsplatzunsicherheit verantwortlich waren. Aber auch der Zerfall der Institution Familie, der überhand nehmende negative Stress, Wanderungsbewegungen und eine ausgeprägtere soziale Schichtung trugen das Ihre dazu bei. In den Ländern mit steil ansteigender Sterblichkeit wurde von staatlicher Seite wenig getan, um den gesundheitlichen Auswirkungen der zunehmenden sozialen Stressbelastung zu begegnen.

Ohne Frage werden die sozialen und ökonomischen Determinanten der Gesundheit in diesem Jahrzehnt in der Europäischen Region für die gesundheitliche Entwicklung weiterhin eine vorrangige Rolle spielen. Sie werden auch künftig gesundheitsrelevante Trends beeinflussen, etwa die in vielen Ländern feststellbaren Auswirkungen der immer ungleicheren Einkommensverteilung auf den wahrscheinlichen Anstieg der psychosozialen Stressbelastung in den west- wie in den osteuropäischen Ländern. Die positiven und negativen Auswirkungen der Sozial- und Wirtschaftspolitik auf das Sozialkapital, auf soziale Netze und den gesellschaftlichen Zusammenhalt müssen gleichfalls genau beobachtet werden; denn es häufen sich die Anzeichen für ihr gesundheitliches Schutz- oder auch Gefährdungspotenzial.

Erwerbstätigkeit

Bei Erwerbstätigen besteht eine eindeutige Beziehung zwischen Erwerbsprofil und Mortalität und Morbidität (einschließlich krankheitsbedingter Fehltag). Diese Beziehung bleibt unverändert, auch wenn Faktoren wie Bildungsstand und Wohneigentum berücksichtigt werden. Dies dürfte sich aus dem höheren Maß an Selbstbestimmtheit, der positiven Herausforderung und der Unterstützung erklären, die ein anspruchsvoller Arbeitsplatz bietet.

Erwerbslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit beeinträchtigen den Gesundheitszustand. Sie erhöhen das psychische und physische Erkrankungsrisiko sowie die Suizidneigung. In den jüngeren Altersgruppen besteht der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und defizitärer Gesundheit unabhängig von jeder Beziehung zwischen sozialer Schicht und Arbeitslosigkeit. Sowohl der stetige, seit langem anhaltende Anstieg der Arbeitslosigkeit in den meisten westeuropäischen Ländern als auch der plötzliche, steile Anstieg in den NUS geben im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit Anlass zu großer Sorge.

Die Mechanismen, durch die solche Trends Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen, sind komplex und kaum entwirrbar eng mit einander verflochten. Es besteht jedoch kaum Zweifel an einem Zusammenhang mit verschiedenen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsschäden sowie einer hohen Inzidenz psychosozialer Schwierigkeiten und psychischer Gesundheitsprobleme.

Bildung

Die Schulbildung ist eine wichtige Gesundheitsdeterminante. Sie bewirkt ein ähnliches Mortalitäts- und Morbiditätsgefälle wie das Einkommen. In der Russischen Föderation etwa verstärkte sich während des Umbruchs das nach Bildungsstand berechnete Mortalitätsgefälle. Der Abstand hinsichtlich der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen mit der höchsten und der geringsten Schulbildung in der Altersgruppe 20–69 Jahre vergrößerte sich von 1,63 bzw. 1,44 Jahren im Zeitraum 1988–1989 auf 1,89 bzw. 1,75 Jahre in den Jahren 1993–1994.⁵¹

Die materiellen und kulturellen Ressourcen einer Familie entscheiden weitgehend über die schulischen Leistungen eines Kindes. Die schulische Qualifikation ist stark von der sozialen Schichtzugehörigkeit abhängig, was wiederum für die künftige Berufstätigkeit und das spätere Einkommen sehr aussagekräftig ist. Kinder mit höherem Schulabschluss oder Fachausbildung haben sowohl im Hinblick auf ihre Gesundheit als auch auf Arbeitsplatz und Einkommen sehr viel bessere Chancen.

Geschlechtszugehörigkeit

Die Geschlechtszugehörigkeit ist eine anerkannte Gesundheitsdeterminante, und geschlechtsbedingte Chancenungleichheiten erhöhen das Gesundheitsrisiko. In Bezug auf Stellung und Rolle der Frau in der Gesellschaft sind die Unterschiede zwischen den europäischen Ländern gravierend. So beträgt z. B. der Frauenanteil in der schwedischen Regierung 50%, beläuft sich in drei weiteren Ländern auf 40–45% und liegt in den meisten anderen Ländern bei unter 20%. Unter den Armen in Europa sind Frauen überrepräsentiert, und das Einkommen der Frauen beträgt durchschnittlich nur 60–70% vom Einkommen der Männer.

Die Geschlechterrollen können das Krankheitsvorkommen bei Männern und Frauen in unterschiedlicher Weise prägen. Dasselbe gilt für die Bereitschaft, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufzusuchen, sowie für die unterschiedliche Reaktion der Anbieter und wissenschaftlichen Mitarbeiter in diesem Bereich. Zweifellos bestehen geschlechtsspezifische gesundheitliche Unterschiede mit annähernd gesicherter biologischer Grundlage – und es gibt sozioökonomische Faktoren, die das Ausmaß dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede beeinflussen. Frauen leben länger als Männer, aber die Doppelbelastung durch Haushalt und Erwerbstätigkeit fordert einen hohen Preis. Die Morbidität von Frauen ist höher, und zudem leiden Frauen eher als Männer unter Depressionen und Angsterkrankungen. Andererseits sind Männer stärker unfallgefährdet, und gerade der Gesundheitszustand der Männer im arbeitsfähigen Alter hat sich in den meisten MOE-Ländern und NUS in den letzten Jahren am

⁵¹ SHKOLNIKOV, V.M. ET AL. Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994. *Social science and medicine*, 47: 357–369 (1998).

stärksten verschlechtert. Unter anderem durch die Einbeziehung geschlechtsbezogener Aspekte in Forschungsprogramme und -initiativen lassen sich Gesundheitsförderung und -schutz geschlechtsspezifischer und effizienter gestalten.

Literatur

ACHESON, D. *Independent inquiry into inequalities in health*. London, Stationery Office, 1999.

HEMINGWAY, H. & MARMOT, M. Evidence-based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *British medical journal*, 318: 1460–1467 (1999).

MARMOT, M. & BOBAK, M. International comparators and poverty and health in Europe. *British medical journal*, 321: 1124–1128 (2000).

MARMOT, M.G. & WILKINSON, R.G. *Social determinants of health*. Oxford & New York, Oxford University Press, 1999.

SEN, A. Health in development. *Bulletin of the World Health Organization*, 77: 619–623 (1999).

Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (<http://www.unecce.org>, eingesehen am 30. Juli 2001).

WILKINSON, R. & MARMOT, M., ED. *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Dokument EUR/ICP/CHVD 03 09 01).

WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. London, Routledge, 1996.

Lebensweisen

Ernährung

Weitaus mehr gesundheitliche Defizite gehen zu Lasten der Ernährung als allgemein angenommen wird. Eine vom Institut für Public Health in Schweden vorgenommene Analyse kommt zu dem Schluss, dass in den Ländern der EU allein aufgrund von Ernährungsmängeln 4,5% DALYs verloren gehen und weitere 3,7% bzw. 1,4% aufgrund von Fettleibigkeit und Bewegungsarmut. Insgesamt schlagen Fehlernährung und Bewegungsarmut also mit 9,7% DALYs zu Buche, verglichen mit 9%, die auf das Konto Rauchen gehen. Herz-Kreislaufkrankheiten und Diabetes sind zusammen für 30% DALYs verantwortlich, die jährlich in der Europäischen Region der WHO verloren gehen. Es besteht internationale Einigkeit darüber, dass gesättigte Fettsäuren teilweise schuld am Anstieg des Cholesterinspiegels in der Bevölkerung sind. Das ist wiederum von grundlegender Bedeutung für die Epidemie der koronaren Herzkrankheit – in der Europäischen Region der WHO die führende Mortalitätsursache.

Muttermilch ist die beste Säuglingsnahrung. Sie enthält alle Nährstoffe und immunologisch wichtigen Substanzen für rund die ersten sechs Lebensmonate. Anschließend sollte in geeigneter Weise zugefüttert werden. Eine zu kurze Stillzeit und schlechtes Abstillen können Gedeihstörungen zur Folge haben. Die ausschließliche Ernährung mit Muttermilch verringert das Risiko eines Eisenmangels, der zur Konzentrationsschwäche und zur Beeinträchtigung der Arbeits- und Lernfähigkeit sowie zu Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen führen kann. Die Stillgepflogenheiten sind in den europäischen Ländern außerordentlich unterschiedlich. Im Vereinigten Königreich werden z. B. nur etwa 25% der drei Monate alten Säuglinge noch gestillt, in Usbekistan dagegen 90%. Auch die Rate der ausschließlich gestillten Babys schwankt von Land zu Land: in Schweden werden 35% der Babys mit sechs Monaten noch ausschließlich gestillt, in Aserbaidschan dagegen nur 1%. In vielen europäischen Ländern erhalten Säuglinge bereits in den ersten Lebenswochen verschiedene Speisen und Getränke. Eine ungeeignete Säuglingsernährung hat insbesondere in einigen MOE-Ländern und NUS vermehrt Wachstumsverzögerungen⁵² und Auszehrung⁵³ zur Folge.

⁵² Als Wachstumsverzögerung (stunting) gilt es, wenn die altersentsprechende Körperlänge um mehr als zwei Standardabweichungen unter dem standardisierten Referenzbereich liegt (laut Statistik des National Center for Health der USA).

⁵³ Auszehrung (wasting) liegt vor, wenn das auf die Körperlänge bezogene Gewicht um mehr als zwei Standardabweichungen unter dem standardisierten Referenzbereich liegt (laut Statistik des National Center for Health der USA).

Übergewicht und Fettleibigkeit sind bei Kindern und Erwachsenen immer häufiger zu beobachten. In erster Linie sind hierfür körperliche Inaktivität und übermäßige Energiezufuhr verantwortlich. Fettleibigkeit zieht schwerwiegende Formen von Komorbidität nach sich, etwa den insulinunabhängigen Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen. Adipositas steigert das Diabetesrisiko bis um das Hundertfache. Zu 80% liegen der Diabetesprävalenz Fettleibigkeit und Übergewicht zugrunde. Die Fettleibigkeit geht mit schwerwiegenden Komplikationen einher, ist schwerer und teuer zu behandeln und verkürzt die Lebenserwartung um 8–10 Jahre. Vorbeugung ist deshalb die beste Gegenmaßnahme. Der insulinunabhängige Diabetes zählt zu den wichtigsten medizinischen Folgeerscheinungen der Fettleibigkeit und entwickelt sich zu einer der häufigsten Krankheiten in Europa. In den meisten europäischen Ländern sind davon rund 4% der Bevölkerung betroffen.

Unter Jodmangelkrankheiten (IDD – iodine deficiency disorders)⁵⁴ leiden in der Europäischen Region schätzungsweise 130 Millionen Menschen.⁵⁵ Als Jodmangelkrankheiten gelten alle nachteiligen Auswirkungen eines Jodmangels, denen sich durch ausreichende Jodaufnahme vorbeugen ließe. Dazu zählen Schilddrüsenunterfunktion, Kropf und geistige Funktionsminderung. Zwar gilt das Vorkommen von Jodmangelkrankheiten in mehreren europäischen Ländern als unwahrscheinlich, die letzten Erhebungen zur Prävalenz von Kropf zeigen jedoch, dass bei vielen Menschen nach wie vor ein moderater Jodmangel vorliegt. Dem Jodmangel als der vorrangigen Ursache einer vermeidbaren geistigen Leistungsinderung ist durch generelle Jodierung des Speisesalzes leicht vorzubeugen. Eisenmangel ist in der Europäischen Region ein weiterer wichtiger Nährstoffmangel. Aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, aus den zentralasiatischen Republiken und Teilen Westeuropas wird eine hohe Prävalenz von Eisenmangelanämie bei Kindern und Säuglingen gemeldet.

Der Verzehr von Obst und Gemüse verringert das Risiko einer chronischen Erkrankung. Doch in der Mehrzahl der Länder der Region nimmt die Bevölkerung nicht die von der WHO empfohlenen 400 g pro Person und Tag zu sich. (Tabelle 4). Teilweise erklärt sich dieser Umstand aus den sozioökonomischen und politischen Reformprozessen, die in vielen Ländern ablaufen. Viele NUS und MOE-Länder schöpfen ihr industrielles und landwirtschaftliches Potenzial noch nicht aus, was teilweise damit zu tun hat, dass die traditionellen Handels- und Finanzverbindungen zur ehemaligen Sowjetunion verschwunden sind. Diese Situation beeinträchtigt weiterhin die Nahrungsmittelsicherheit und den Ernährungszustand der betroffenen Bevölkerung dieser Länder. Wie oben erwähnt, sind die Zusammenhänge zwischen

⁵⁴ *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2001 (Document WHO/NHD/01.1).

⁵⁵ Globale WHO-Datenbank zu IDD (Schätzungen für 1998 auf der Basis von Bevölkerungsdaten für 1997).

gesättigten Fetten und Cholesterinspiegel und in der Folge einem erhöhten Risiko für chronische Krankheiten eindeutig nachgewiesen. Die Bevölkerung in der Mehrheit der europäischen Länder nimmt zu viel Fett zu sich. Die WHO empfiehlt eine tägliche Fetzzufuhr von weniger als 30% der insgesamt aufgenommenen Energie (Tabelle 4).

Im September 2000 billigte das WHO-Regionalkomitee für Europa den Ersten Aktionsplan für eine Nahrungs- und Ernährungspolitik 2000–2005. Darin verpflichtete sich die WHO u. a., vergleichende Analysen der Ernährungspolitik in den europäischen Mitgliedstaaten durchzuführen. Mehrere liegen inzwischen vor. Aus Anlass der Beratungstagung zum Aktionsplan, die im November 1999 in Malta stattfand, wurde eine Situationsanalyse erstellt, in der die Berichte der Mitgliedstaaten ausgewertet werden. Die Daten in Tabelle 5 sind dieser Analyse entnommen. Sie dienen als Referenzdaten, anhand deren die Länder auf der für 2005 geplanten ministeriellen Konferenz über Ernährungspolitik ihre Fortschritte vergleichen werden.

Das Regionalbüro ist bemüht, die Erarbeitung und Umsetzung einer umfassenden Nahrungs- und Ernährungspolitik zu fördern und zu unterstützen. Zu diesem Zweck werden *a)* vorhandene Erkenntnisse und wissenschaftlich gesicherte Fakten zusammengetragen, um die Erarbeitung einer Nahrungs- und Ernährungspolitik sowie deren Umsetzung zu unterstützen; *b)* Forschungsarbeiten in Bereichen angeregt, in denen der Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit bisher noch nicht ausreichend nachgewiesen ist; *c)* innovative Wege erprobt, um wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse und Informationen zur gesunden Ernährung zu verbreiten; *d)* bemüht sich das Regionalbüro in Zusammenarbeit mit den Ländern, Wissen in Handlung umzusetzen. Hierbei wird mit Ansprechpartnern in den Ländern kooperiert. Nach Bedarf werden Informationen, Erfahrungen und Fachkenntnisse weitergegeben. Außerdem werden *e)* kostenwirksame Indikatoren für die Überwachung und Berichterstattung zur Nahrungs- und Ernährungspolitik erarbeitet. Es wird *f)* regelmäßig eine aktualisierte Liste mit neuen Informationen, Dokumenten und Schulungsmaterialien zur Ernährungspolitik erstellt, und es werden *g)* moderne Kommunikationsmittel eingesetzt, um die Surveillance und die Informationsweitergabe zu erleichtern. Zudem muss eine rasche Aktualisierung möglich sein.

Tabelle 4: Durchschnittlicher Verzehr von Gemüse, Obst und Fetten in teilregionalen Ländergruppen. Der WHO gemeldete Länderdaten⁵⁶

Ländergruppe	Gemüse (g/Person pro Tag)	Obst (g/Person pro Tag)	Fette (in Prozent der täglichen Zufuhr)
Italien und Portugal	243	196	30
Slowakei, Tschechische Republik und Ungarn	239	180	35
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien und Slowenien	241	155	37
Belgien, Frankreich und Österreich	177	167	38
Baltische Länder	198	176	41
Nordische Länder	104	168	36
Aserbajdschan, Republik Moldau und Ukraine	157	97	24
Kasachstan, Kirgisistan und Usbekistan	159	40	28

Table 5: Ernährungspolitische Trends in europäischen Ländern 1994/1995 und 1998/1999. Der WHO gemeldete Länderdaten⁵⁷

Indikatoren und Kriterien	Anzahl d. Länder	
	1994/1995	1998/1999
Vorlage zur Ernährungspolitik von einem politischen Organ übernommen	24	28
Verwaltungsstruktur für die Durchführung einer Ernährungspolitik vorhanden	21	18
Ernährungsbeirat oder anderes Beratungsgremium als wissenschaftlicher Ratgeber für die politisch Verantwortlichen	25	27
Routinemäßige, von der Regierung initiierte sektorübergreifende Zusammenarbeit	25	26
Routinemäßige Beratungen zwischen Gesundheits- und Landwirtschaftsministerium zu Ernährungsfragen	k. A.	27
Für das Land empfohlene Referenzwerte zur Nährstoffaufnahme (physiologische Normwerte)	29	36
Für die Bevölkerung repräsentative Einschätzung der Ernährungsweise während der letzten 10 Jahre	24	24
Ernährungsleitlinien mit oder ohne Leitfaden zur Lebensmittelauswahl	23	33

⁵⁶ *Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (Document EUR/02/5035226).

⁵⁷ *Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (Document EUR/02/5035226).

Körperliche Aktivität

Für körperlich inaktive Menschen der mittleren und höheren Altersgruppen ist das Risiko, sich eine nichtübertragbare Krankheit zuzuziehen, erheblich größer als für mäßig bis sehr aktive Menschen. Schätzungen zufolge ließen sich 15–39% der koronaren Herzkrankheiten, 33% der Schlaganfälle, 12% der Hypertonien, 12–35% der Diabetesfälle, 22–33% der Dickdarmkreise, 5–12% der Brustkreise und 18% der osteoporosebedingten Knochenbrüche vermeiden, wenn es gelänge, die körperliche Inaktivität der Bevölkerung erfolgreich zu bekämpfen. Finnische Schätzungen zur Auswirkung körperlicher Aktivität auf die Inanspruchnahme von Krankenhausdiensten ergaben, dass die aktivsten Männer 36% und die aktivsten Frauen 23% weniger Tage im Krankenhaus verbringen als die inaktivsten Personen.

Jüngste Forschungsergebnisse zum gesundheitlichen Nutzen der Bewegung geben neue Einblicke in das Dosis-Wirkungsverhältnis von Aktivität und Gesundheit. In der Vergangenheit empfahl man kraftvolle, ohne Pausen ausgeführte aerobe Übungen. Nach neuerer Erkenntnis wirkt sich jedoch bereits eine über den Tag verteilte, moderat anstrengende körperliche Betätigung gesundheitlich vorteilhaft aus. In dieses neue Konzept von gesundheitssteigernder körperlicher Aktivität (health-enhancing physical activity – HEPA) lassen sich viele in die Lebensweise integrierbare Tätigkeiten aufnehmen – und das nicht nur in der Freizeit, sondern auch am Arbeitsplatz, zu Hause und bei Fahrten mit Verkehrsmitteln.

In mehreren europäischen Ländern wird die körperliche Aktivität der Bevölkerung aus bestimmten Anlässen untersucht, nur in wenigen Fällen erfolgt dagegen eine routinemäßige und fortlaufende Beobachtung. Das finnische Institut für Public Health führt solche Untersuchungen seit 1978 durch. Körperliche Aktivitäten in der Freizeit (mindestens zweimal pro Woche jeweils 30 Minuten mit leichtem Schwitzen) sind demnach in den vergangenen 20 Jahren häufiger geworden. Sie nahmen bei Männern wie Frauen von 40% auf 60% zu, wobei in den späten 90er Jahren offenbar eine Plateauphase erreicht wurde. Im gleichen Zeitraum bewältigten jedoch immer weniger Menschen den Weg zum und vom Arbeitsplatz zu Fuß oder mit dem Fahrrad. Demzufolge trainieren die Menschen heute zwar mehr, sind aber insgesamt körperlich inaktiver geworden.

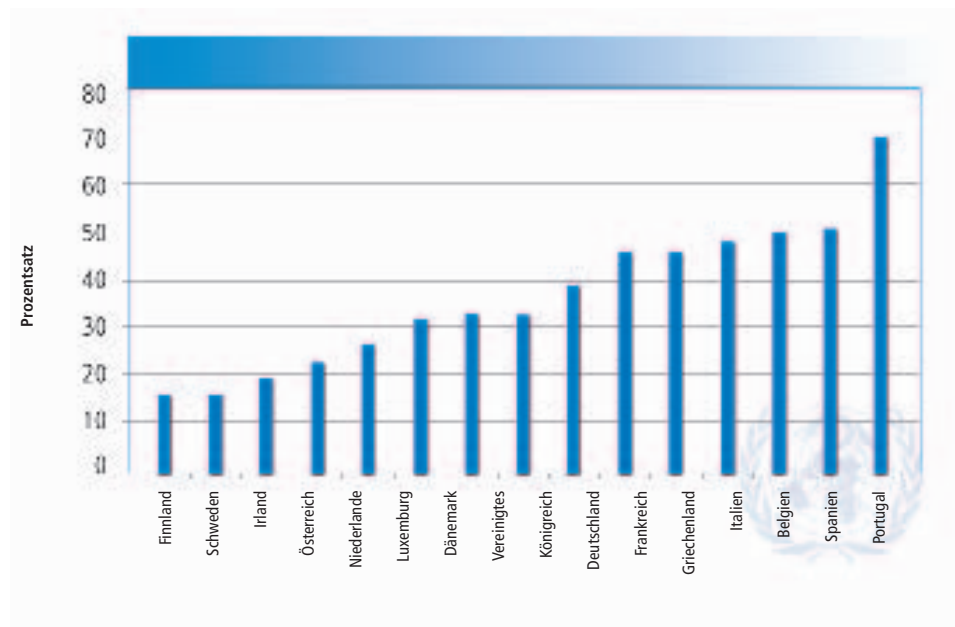
Der in den 15 Ländern der EU durchgeführte Survey, mit dem die Einstellung der Konsumenten gegenüber körperlicher Aktivität, Körpergewicht und Gesundheit erfasst wurde, stammt aus dem Jahr 1999⁵⁸ und arbeitete mit standardisierten Methoden. Zwar war kein Resultatmesswert spezifisch für die HEPA-Bewertung konzipiert worden, die Ergebnisse lassen in den Ländern jedoch vergleichbare Bewegungsmuster erkennen. Ausgehend von mindestens 3,5 Wochenstunden körperlicher Freizeitaktivität

⁵⁸ <http://www.iefs.org/pdf1.pdf>, eingesehen am 15. Mai 2002.

als Grenzwert waren durchschnittlich 41% der Bevölkerung zu wenig aktiv, um damit ihrer Gesundheit zu nutzen. Die Prozentsätze variierten allerdings stark zwischen 14 (Finnland) und 70 (Portugal) (Abb. 32). Dem europäischen Datenpool zufolge bewegen sich Frauen weniger und über einen kürzeren Zeitraum als Männer. Der Anteil älterer Menschen, die sich wöchentlich mehr als 3,5 Stunden lang körperlich betätigten, sank mit steigendem Alter. Menschen mit höherem Schulabschluss waren körperlich aktiver.

Der European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity,⁵⁹ der 1996 ins Leben gerufen wurde, ist einer von sieben europäischen Verbänden, die sich der Gesundheitsförderung verschrieben haben. Er ist schwerpunktmäßig bemüht, den Ländern einen Anstoß zur Erarbeitung von Konzepten und Strategien für gesundheitsförderliche körperliche Aktivität zu geben. Neben den 15 EU-Mitgliedstaaten gehören Estland, Island, Israel, Norwegen, die Schweiz und Slowenien dem Verbund an. Der Verbund veröffentlichte Leitlinien zur HEPA-Förderung (1996), zur Förderung gesundheitssteigernder körperlicher Aktivität (2000) und zur Entscheidung für das Gehen oder Fahrradfahren als Mittel der Fortbewegung (2000). In vielen europäischen Ländern, nämlich in Belgien, Dänemark, Finnland, den Niederlanden, Norwegen, Schweden, der Schweiz, in Slowenien, Spanien und im Vereinigten Königreich, wurden umfassende HEPA-Initiativen, -Strategien oder -Programme erarbeitet und werden laufend in die Praxis umgesetzt.

Abb. 32: Prozentsatz der Bevölkerung in den EU-Ländern, die sich nicht ausreichend bewegt, um der Gesundheit zu nützen (weniger als 3,5 Stunden pro Woche)



⁵⁹ http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/health/proj00_09_en.html, eingesehen am 15. Mai 2002.

Tabak

Ungefähr 215 Millionen Europäer, darunter 130 Millionen Männer, sind Raucher (Abb. 33). Schätzungsweise 1,2 Millionen Sterbefälle (14% aller Todesfälle) gehen jährlich auf den Konsum von Tabakprodukten zurück, 700 000 davon entfallen auf die MOE-Länder und die NUS. Den Daten aus 25 Ländern zufolge, mit denen 60% der Bevölkerung in der Region erfasst werden, rauchen durchschnittlich 34% der Männer in den westeuropäischen und 47% der Männer in den osteuropäischen Ländern. Bei den Frauen beträgt die Prävalenz entsprechend rund 25% und 20%. In elf Ländern liegt die Prävalenz bei Männern über 50%, in fünf Ländern unter 30%. Bei den Frauen liegt die Prävalenz in fünf Ländern über 30% und in drei Ländern unter 10%.

Es ist unter jungen Menschen durchaus üblich zu rauchen. Den vorliegenden Daten ist auch kaum eine rückläufige Tendenz zu entnehmen. Für Europa insgesamt wird in der Gruppe der 15–18-Jährigen eine Raucherprävalenz von rund 30% angenommen. Der Trend ist leicht ansteigend. Kein Land konnte in den letzten Jahren einen Rückgang verzeichnen. Besonders bemerkenswert sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen den Ländern. In der Altersgruppe der über 15-Jährigen rauchen in den meisten Ländern im östlichen Teil der Region mehr Jungen als Mädchen, wenngleich sich der Abstand stetig verringert. In Westeuropa rauchen (mit einigen Ausnahmen) mehr Mädchen als Jungen.

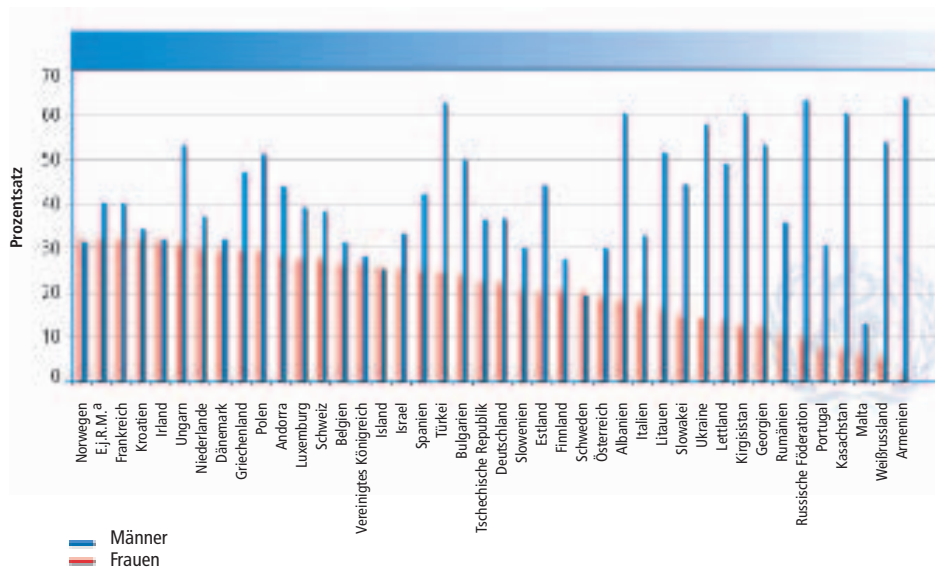


Abb. 33: Prozentsatz der täglichen Raucher der Altersgruppe ab 15 Jahre, letzte verfügbare Angaben

^a E.J.R.M. : Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien.

Soweit Daten vorliegen, lassen sie eine signifikant unterschiedliche Prävalenz des Rauchens in den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen erkennen. Im Vereinigten Königreich etwa zählen nur 10% der Frauen und 12% der Männer aus der höchsten sozioökonomischen Schicht zu den Rauchern. In der untersten sozioökonomischen Gruppe beträgt der Prozentsatz dagegen mehr als das Dreifache. Ein starker umgekehrter Zusammenhang besteht auch zwischen Beschäftigung und Rauchen. In allen Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen, rauchen Arbeitslose eher als Erwerbstätige. In Frankreich liegt die Raucherprävalenz unter arbeitslosen Männern bei 52%, unter den Beschäftigten nur bei 38%.

Die Schwankungen der Mortalitätsrate durch Krebs der Luftröhre, der Bronchien und der Lungen (Abb. 34 und 35) können als Indikator für die Raucherprävalenz in der Vergangenheit dienen. Seit 1985 ist die Sterblichkeit unter Männern in den westeuropäischen Ländern leicht rückläufig, in den MOE-Ländern ist sie seit 1995 gleich geblieben. Daraus lässt sich auf eine Stabilisierung der Situation in der männlichen Bevölkerung schließen. Zwar sterben sehr viel weniger Frauen als Männer an Lungenkrebs (für die gesamte Region betrug die standardisierte Sterbefallrate 1998 13 pro 100 000 und für Männer 73 pro 100 000 Einwohner), aber die Trends in den EU- und in den MOE-Ländern sind nicht günstig. Der zeitliche Abstand zwischen aktuellem Rauchverhalten und der Krankheitsmanifestation deutet darauf hin, dass energische Anstrengungen erforderlich sind, um dem epidemischen Ausmaß des Rauchens unter Frauen beizukommen.⁶⁰

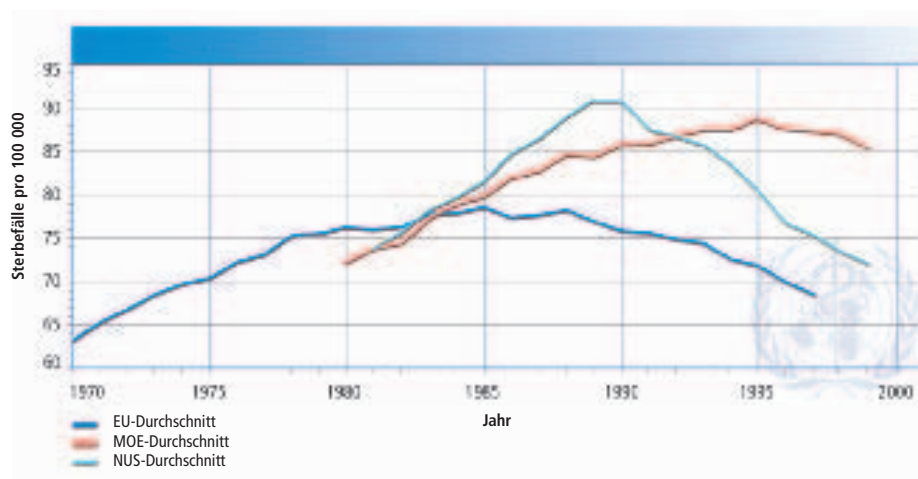


Abb. 34:
Lungenkrebssterblichkeit,
Männer, 1970–1999

⁶⁰ Dem augenscheinlichen Rückgang der standardisierten Sterbefallrate in den NUS können zahlreiche Faktoren zugrunde liegen, darunter demographische Veränderungen und Abänderungen bei Datenerhebungen und Datenübermittlung im Verlauf des letzten Jahrzehnts.

In allen europäischen Ländern, für die Daten vorliegen, sind bei der Mortalität durch Lungenkrebs charakteristische sozioökonomische Unterschiede zu beobachten. Offenbar hängt das unterschiedliche Frühsterblichkeitsrisiko für manuell und nichtmanuell Erwerbstätige wesentlich mit dem Faktor Rauchen zusammen.

Seit Mitte der 90er Jahre haben drei Viertel der europäischen Mitgliedstaaten die Besteuerung von Tabakprodukten verschärft. Zwei Drittel der Länder gehen rigorosser gegen den Schmuggel vor. In einem Drittel der Länder gibt es eine untere Altersgrenze für den Kauf von Tabakwaren, in mindestens acht Ländern ist die direkte Tabakwerbung verboten oder stark eingeschränkt, und das Rauchen in öffentlichen Räumen unterliegt einer erheblich strikteren Regulierung.

Ende 2001 war in ungefähr 80% der Mitgliedstaaten das Rauchen in öffentlichen Gebäuden und an Arbeitsplätzen verboten oder eingeschränkt (allerdings wurden die Verbote unterschiedlich umgesetzt). Gleichzeitig standen in den Apotheken nicht rezeptpflichtige Präparate für eine Nikotinersatztherapie zur Verfügung (die jedoch allgemein teuer sind). In drei Vierteln der Mitgliedstaaten wurden sektorübergreifende Koordinationsausschüsse eingerichtet. Doch weniger als die Hälfte der Mitgliedstaaten hat Aktionspläne und die direkte oder indirekte Tabakwerbung ist nur teilweise eingeschränkt oder verboten. Nur in einem Drittel der Länder wurden nachhaltige und geschlechtsspezifische Informationskampagnen durchgeführt. Ein Viertel der Länder

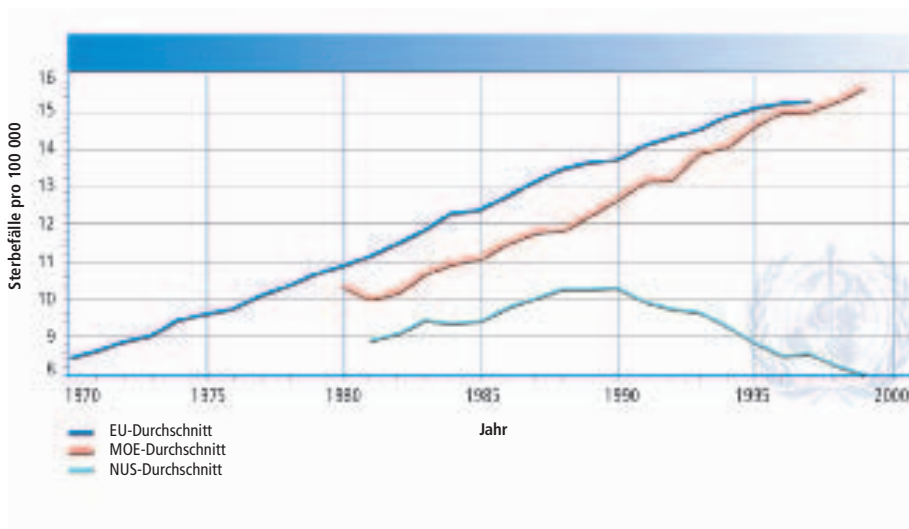


Abb. 35:
Lungenkrebssterblichkeit,
Frauen, 1970–1999

erhebt zweckgebundene Tabaksteuern, und für Personen unter 18 Jahren ist der Zugriff auf Tabakwaren eingeschränkt (alle nicht persönlichen Verkaufsformen sind gleichfalls untersagt). Kaum ein Land zahlt die Kosten einer Raucherentwöhnungstherapie, veröffentlicht umfassende Berichte über Anti-Tabak-Maßnahmen oder lässt jede Packung Tabak mit einem gesundheitlichen Warnhinweis versehen, der mehr als 20% der Verpackungsoberfläche einnimmt.

In den meisten Ländern werden Tabakwaren zwar besteuert, aber das geschieht im Allgemeinen nicht mit ausdrücklichem Hinweis auf die öffentliche Gesundheit. Daher ist der reale Preisanstieg für Tabakerzeugnisse – wo er erfolgt – weniger konsequent als wünschenswert. Der Erlass neuer Gesetze und Verordnungen hat nicht immer greifbare Erfolge gebracht, und in einigen Ländern, vor allem im östlichen Teil der Region, ist man noch dabei, sie überhaupt auf den Weg zu bringen. Darüber hinaus fehlen immer noch in mindestens einem Drittel der Mitgliedstaaten eine Strategie und umfassende Ansätze für Anti-Tabak-Maßnahmen und -Aktivitäten. In anderen Ländern wird die Wirksamkeit der Maßnahmen durch unzureichende Koordination sowie ungenügende Finanzierung und Überwachung geschwächt. Schließlich wirkt sich der Mangel an Unterstützung durch die Öffentlichkeit und deren unzureichende Information nach wie vor auf die Effizienz vieler Programme auf Länder- und lokaler Ebene nachteilig aus.

Die Fortschritte hinsichtlich der Überwachung der Situation rund um den Tabak sind den neuen Herausforderungen nicht angemessen. Der tatsächliche Tabakkonsum wird seit der Zunahme von Schmuggel, Schwarzhandel und grenzüberschreitenden Einkäufen sowie neuen Formen des Tabakkonsums (Selbstrollen, rauchlose Tabakwaren usw.) nur noch unzulänglich erfasst. Zudem sind Qualität und Methodik vieler Erhebungen nicht so zuverlässig, als dass dadurch die Dynamik des Tabakkonsums verständlich und nachvollziehbar würde. Das gilt vor allem für die Trends zum „Ausstieg“ und für die Beobachtung der Rauchgewohnheiten bei Teilgruppen wie Jugendlichen und unter sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Auf internationaler Ebene sind standardisierte Surveillance, Maßnahmen gegen den Schmuggel, die Regulierung der grenzüberschreitenden Werbung sowie ein koordiniertes Vorgehen gegen die Tabakindustrie weiterhin die Hauptaufgaben. Trotz neuer Verbote und Einschränkungen der Werbung erfindet die Industrie weiterhin skrupellose Vermarktungsformen, indem sie etwa gegen das Rauchen von Jugendlichen gerichtete Aufklärungsprogramme fördert und indirekte Werbeformen lanciert, die sich hauptsächlich an junge Menschen richten. Die Tabakindustrie hat versucht, die Politik der EU und der Länder zu beeinflussen, um damit Gesetzesvorlagen oder bereits rechtsgültige Gesetze zu verzögern, zu verwässern oder sogar zu Fall zu bringen. In einigen Fällen war sie damit auch erfolgreich.

Das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen⁶¹ ist ein Meilenstein der internationalen Reaktion auf viele dieser Herausforderungen. Die große Mehrheit der europäischen Mitgliedstaaten beteiligt sich am Verhandlungsprozess. Die vor kurzem verabschiedete Warschauer Erklärung für ein tabakfreies Europa⁶² zeigt, dass die Region bei der Fertigstellung und Verabschiedung völkerrechtlicher Bestimmungen für den Kampf gegen die Geißel Tabak durchaus eine Führungsrolle übernehmen kann.

Alkohol

Jährlich sterben mehr als 55 000 junge Europäer an den Folgen des Alkoholmissbrauchs: Einer von vier Sterbefällen bei europäischen Männern im Alter von 15–29 Jahren ereignet sich in Verbindung mit Alkohol. Weitere 40% bis 60% aller verletzungsbedingten Sterbefälle sind ebenfalls auf Alkoholeinfluss zurückzuführen. Der Alkoholkonsum und insbesondere die akuten Alkoholvergiftungen erklären vermutlich zu einem großen Teil die unterschiedliche Mortalität bei jungen Erwachsenen im östlichen und westlichen Teil der Region sowie zwischen Männern und Frauen. Die durch das Trinken für das Sozialwesen, die Gesundheitsversorgung, die Versicherungen, die Strafverfolgung und den Strafvollzug anfallenden Kosten sowie die Kosten durch den Produktionsausfall belaufen sich auf gesellschaftliche Gesamtkosten in Höhe von 1–3% des BIP.

Schätzungsweise 9% aller in der Region anfallenden Gesundheitsschäden sind auf den Konsum alkoholischer Getränke zurückzuführen. Dadurch steigt das Risiko für Leberzirrhose, Bluthochdruck, Herzkrankheit, Schlaganfall, Pankreatitis, Krebs des Rachenraumes, der Speiseröhre, des Ösophagus, des Magens, der Leber und des Rektum. Alkohol schädigt die psychomotorischen und kognitiven Funktionen rasch und in vielerlei Hinsicht. Die resultierende Einschränkung der emotionalen Kontrolle kann zu gegen die eigene Person oder andere gerichtete Gewalttätigkeit führen. Weiterhin erhöht sich durch Alkohol die Gefahr von Problemen in der Familie, am Arbeitsplatz sowie in anderen sozialen Bereichen, z. B. in Form von Leistungsversagen, Fehlzeiten, Arbeitslosigkeit, Unfällen, Schulden und Wohnungsproblemen. Der Zusammenhang zwischen Alkohol und Kriminalität ist kompliziert, sicherlich aber spielt der Alkohol direkt oder indirekt bei verschiedenen Formen von Übergriffen, bei kriminellen Verhalten, Körperverletzung, Gewalttätigkeit, Tötungsdelikten und Selbstmord eine Rolle.

In über 90% der Länder in der Region liegt der jährliche Verbrauch von reinem Alkohol bei mehr als zwei Litern pro Person (die Fakten deuten darauf hin, dass dieser Wert mit der niedrigsten durchschnittlichen Sterbeziffer assoziiert ist). Die Europäische Region verzeichnet im Weltmaßstab den höchsten Alkoholkonsum. Der für 1998

⁶¹ <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?pid=40>, eingesehen am 15. Mai 2002.

⁶² <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?tld=140>, eingesehen am 15. Mai 2002.

ermittelte durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch von 7,3 Litern reinem Alkohol deckt jedoch beträchtliche Unterschiede zwischen den Ländern: Sie reichen von 0,9 Litern bis zu 13,3 Litern pro Person. Rechnet man den statistisch nicht erfassten Konsum hinzu, so ergibt sich für einige Länder ein deutlich anderes Bild. In einigen Fällen ist mit bis zu 20 Litern pro Person zu rechnen.

Die an europäischen Schulen durchgeführte Untersuchung über den Konsum von Alkohol und anderen Drogen (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)) zeigt für Mittel- und Osteuropa, insbesondere für Litauen, Polen, die Slowakei und Slowenien, eine deutliche proportionale Zunahme der Alkohol konsumierenden Schüler. Am häufigsten ist Alkoholkonsum jedoch unter Schülern in Dänemark, Irland, Malta, der Tschechischen Republik und im Vereinigten Königreich. Unter den vier Ländern mit den für 1995 ermittelten höchsten Intoxikationsraten verzeichneten Dänemark und Irland sogar noch einen Anstieg, während die Situation in Finnland und im Vereinigten Königreich weitgehend unverändert blieb.

In der Region zeichnen sich gewisse Trends ab: In den nordischen Ländern ist der Alkoholkonsum stabil, ausgenommen in Schweden, wo er sinkt. Dagegen nimmt der Konsum in Lettland und Litauen zu, während er in Estland leicht zurückgeht. In den 15 EU-Staaten ist nur in Irland ein beträchtlicher Anstieg des Alkoholkonsums zu registrieren, während er in Griechenland, Luxemburg und Portugal gemäßigter bleibt. In der übrigen EU sinkt der Alkoholkonsum in sechs Ländern und ist in fünf Ländern stabil. Aus der Gruppe der MOE-Länder melden Rumänien, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und die Tschechische Republik steigenden Konsum. Aus den NUS schließlich melden die Russische Föderation und Weißrussland steigenden Konsum.

Trotz gewisser Schwächen in einigen Bereichen macht man in der Europäischen Region mit der Entwicklung einer Alkoholpolitik Fortschritte. In vielen Ländern gibt es inzwischen koordinierte Aktionspläne gegen den Alkoholkonsum mit definierten Zielen und Schlüsselaktivitäten. Ein Umdenken in den letzten vergangenen Jahren mündete in einige Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Alkoholpolitik. Wirkungsvolle Maßnahmen auf Länderebene belegen das Bestreben, gegen Alkohol am Steuer einzuschreiten. In diesem Zusammenhang haben mehrere Länder den Grenzwert für Blutalkohol herabgesetzt und ahnden ein Zuwiderhandeln verschärft. Die gesetzlichen Bestimmungen für alkoholfreie Zonen wurden in vielen Ländern ebenfalls erweitert, um mehr öffentliche Sicherheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zu gewährleisten. Die Maßnahmen zur Begrenzung der Alkoholwerbung stießen auf gemischte Reaktionen: In einigen Ländern wurde diese Werbung eingeschränkt, in anderen erleichtert. Insgesamt verfolgen die westeuropäischen Länder jetzt strikere Strategien zur Eindämmung des Alkoholkonsums. Sie konnten den Konsum pro Kopf der

Bevölkerung senken und die durch Alkohol bedingten Schäden weiter reduzieren als viele Länder im mittleren und östlichen Teil der Region.

Die Politik weist immer noch Schwächen auf. Die Durchsetzung von Kodizes, Verordnungen oder Gesetzen ist für die Wirksamkeit einer Strategie entscheidend. Druck durch die Hersteller alkoholischer Getränke, die kommerzielle Vermarktung sowie der illegale Handel unterlaufen weitere Fortschritte. Ein zusätzliches Hindernis ist die mangelnde Bereitschaft der Allgemeinheit anzuerkennen, wie ernst die Alkoholproblematik ist und wie weit die durch Alkohol verursachten gesellschaftlichen Schäden reichen.

Mit den richtigen Gesundheitsmaßnahmen lässt sich der durch Alkohol verursachte Schaden begrenzen, ohne dass zu prohibitionistischen Methoden gegriffen werden müsste. Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge lässt sich der Schweregrad des Problems mit gestaffelten Zugriffen abschwächen. Zu nennen sind hier: Besteuerung und örtliche Restriktionen für den Verkauf, Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer, großzügige Investitionen in die Therapie und vor allem in die primäre Gesundheitsversorgung. Aufklärungsstrategien oder Beschränkung der Werbung können diesen Katalog ergänzen, sofern realistischerweise langfristige Resultate davon zu erwarten sind. Auch umfassende, bürgernahe Aktionsprogramme können durchaus nützlich sein. Der Europäische Alkohol-Aktionsplan, der vom WHO-Regionalkomitee für Europa im Verlauf der vergangenen zehn Jahre bei zwei Gelegenheiten gebilligt wurde, sowie die vom Regionalbüro als Tagungsunterlage für zwei ministerielle Konferenzen zum Thema erstellte Dokumentation bieten sich als Grundlage für die Ausarbeitung von Strategien und Programmen an.

Illegale Drogen

Laut *World Health report 2001* gehen 0,4% der gesamten Krankheitslast auf den Konsum illegaler Drogen (Heroin und Kokain) zurück. Die Substanzenabhängigkeit ist gleichermaßen ein medizinisches wie ein soziales Problem.^{63,64} Die Prävention von Abhängigkeiten sollte im Kontext des umfassenderen Zieles stehen, drogenbedingte Probleme in der Bevölkerung zu verhüten und zu mindern⁶⁵. Therapieziele sind der Abbau von Morbidität und Mortalität in Verbindung mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen. Die Behandlung der Drogenabhängigkeit ist kostenwirksam, da sie den Substanzenmissbrauch senkt (40–60%) und die damit einhergehenden gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen wie HIV-Infektionen und kriminelle Aktivitäten reduziert.

⁶³ LESHNER, A.I. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278 (5335): 45–47 (1997).

⁶⁴ MCLELLAN, A.T. ET AL. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1689–1695 (2000).

⁶⁵ <http://www.who.int/whr/2001/main/en/chapter4/index.htm>, eingesehen am 15. Mai 2002.

Tabelle 6 gibt die neuesten Prävalenzdaten für die Bevölkerung der Altersgruppe 15–64 Jahre in den Ländern der EU und Mittel- und Osteuropas an. In der EU werden illegale Drogen vor allem von jungen, männlichen Erwachsenen in städtischen Gebieten konsumiert. In den vergangenen zwölf Monaten entfielen 1–9% des Konsums auf Cannabis und selten mehr als 1% auf andere Substanzen. Nur vier Länder (Deutschland, Schweden, Spanien und das Vereinigte Königreich) führten vergleichbare Erhebungen durch. Die Erhebungen in anderen Ländern waren unterschiedlich angelegt, was eine Trendabschätzung erschwert. Mit Ausnahme von Irland und dem Vereinigten Königreich stieg in allen Ländern der EU im Zeitraum 1995–1999 die lebenslange Prävalenz des Substanzenmissbrauchs, d. h. von Cannabis, Amphetamin, LSD und anderen Halluzinogenen, sowie von „Base/Crack“-Kokain. Die entsprechenden Werte für die MOE-Länder verdreifachten sich annähernd. Entsprechende Schätzwerte für die NUS lagen nicht vor, aber allen Anzeichen nach nahm der Konsum von Cannabis und Stimulanzien deutlich zu. Aus der Russischen Föderation und der Ukraine wird ein erheblicher Konsumanstieg bei Ecstasy gemeldet. Cannabis ist weiterhin die von Jugendlichen unter 18 Jahren am häufigsten konsumierte illegale Droge. In Lebensjahren gemessen, verdoppelte sich in den ESPAD⁶⁶-Ländern bei Schulkindern die Erfahrung mit illegalen Drogen ungefähr, hauptsächlich aufgrund des Cannabiskonsums. Beim Konsum von Ecstasy, Amphetaminen und LSD ist ein deutlicher, wenngleich geringerer Konsumanstieg festzustellen.

In der EU liegt die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums⁶⁷ in der Altersgruppe von 15–64-Jährigen zwischen 0,2% und 0,8%. In Finnland und Schweden sind die Amphetaminkonsumenten in dieser Personengruppe am häufigsten

Tabelle 6: Schätzwerte für die auf die Lebenszeit bezogene Prävalenz des Gebrauchs. Angaben für die EU und die MOE-Länder, späte 90er Jahre

Substanz	EU (Länderdaten)	MOE (Daten aus Stadtgebieten)
Cannabis	10–25%	10–30%
Amphetamin	1–4%	1–8%
Ecstasy	0,5–4%	1–5%
Kokain	0,5–3%	1–4%
Heroin	<1%	

⁶⁶ Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) wurde 1999 in 30 Ländern durchgeführt.

⁶⁷ Problematischer Drogenkonsum wird verstanden als Drogenkonsum durch intravenöse Injektion, langfristiger oder regelmäßiger Konsum von Opiaten (einschließlich verschreibungspflichtiger Opiate wie Methadon), Kokain und Amphetaminen. Nicht eingeschlossen in diese Definition ist der Konsum von Ecstasy und Cannabis sowie kein oder nur unregelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain oder Amphetaminen.

(in Finnland 1997 geschätzte 70–80%). In anderen Ländern nehmen Problemdrogenkonsumenten in erster Linie Opiate zu sich, oft jedoch auch verschiedene Drogen gleichzeitig. Kokain wird in den MOE-Ländern wegen seines hohen Preises nur begrenzt konsumiert. In den NUS ist der Konsum von Ephedrin aus Eigenproduktion anhaltend weit verbreitet und ein ständiger Grund zur Sorge. Zudem verdrängt importiertes Heroin lokal hergestellte Opiate zunehmend vom Markt. Der Drogenmissbrauch hat sich von den städtischen Zentren in alle Regionen, unter ethnische Minderheitengruppen und die Insassen von Haftanstalten verbreitet. Über den Drogenkonsum in Zentralasien liegen nur wenige Daten vor, aber es gibt deutliche Anzeichen für eine besorgniserregende Zunahme. Am bedenklichsten ist der Trend zum Missbrauch intravenös injizierter Drogen, wodurch sich die HIV-Infektion beschleunigt ausbreiten konnte. Etwa 70–75% der in den MOE-Ländern in Drogentherapie befindlichen Personen injizieren Substanzen. Die Bandbreite reicht von 26% in Budapest bis zu 96% in Gdansk. In der Russischen Föderation liegen die entsprechenden gemeldeten Raten zwischen 83% für Novosibirsk und 93% für St. Petersburg.

In der EU liegt den Angaben zufolge die HIV-Infektionsrate bei intravenös injizierenden Drogenabhängigen zwischen 1% im Vereinigten Königreich und 32% in Spanien. Laut den letzten vorliegenden Daten hat sich das Bild insgesamt nicht verändert. Anzeichen für eine Zunahme werden allerdings aus Finnland, Irland, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich und Portugal gemeldet, während der Trend in Spanien deutlich rückläufig ist. Die Infektionsrate für Hepatitis C schwankt zwischen 40% und 90% der intravenös injizierenden Drogenabhängigen. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge lässt sich die Übertragungsrate durch Präventivmaßnahmen reduzieren.⁶⁸ Aus den MOE-Ländern und den NUS liegen nur wenige zuverlässige Daten zu HIV sowie Hepatitis B und C vor, da aber die intravenös injizierenden Drogenabhängigen in diesen Ländern ein ausgeprägtes Risikoverhalten zeigen, z. B. indem sie Injektionsnadeln mehrfach benutzen, dürfte die Epidemiefahrer groß sein.

Akute drogenbedingte Sterbefälle („Überdosierung“) geben wichtige, allerdings möglicherweise irreführende Hinweise auf die Drogensituation. Die derzeitigen Fallzahlen, vor allem für Jugendliche, sind äußerst besorgniserregend. In der EU stabilisierten sich die Zahlen laut Angaben bis 1999 bei 7000–8000 Fällen pro Jahr und gingen in einigen Ländern sogar zurück. Dagegen war bis vor kurzem in Griechenland, Irland und Portugal ein deutlich ansteigender Trend zu beobachten, worin sich wahrscheinlich die verzögert einsetzende Verbreitung von Heroin in diesen Ländern ausdrückt. Opiate spielen bei den meisten drogenbedingten Sterbefällen weiterhin die Hauptrolle, daneben sind aber auch andere Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepine oder Kokain üblich, die das Risiko einer Überdosierung erhöhen. In einer Reihe von drogenbedingten Sterbefällen wurde Methadon nachgewiesen.

⁶⁸ <http://annualreport.emcdda.org>, eingesehen am 15. Mai 2002.

Methadon war ursächlich an einer Reihe von drogenbedingten Sterbefällen beteiligt, was darauf hindeutet, dass es auf dem Schwarzmarkt aufgetaucht und die Verschreibungspraxis anfechtbar ist. Die allgemeine Mortalität unter Drogenkonsumenten liefert ebenfalls wichtige Anhaltspunkte, da sie bei Opiatkonsumenten bis zu zwanzigmal höher liegen kann als in der Gesamtbevölkerung derselben Altersgruppe. Sie ist nicht nur durch Überdosierung, sondern auch durch Unfälle, Selbstmorde, Aids und andere Infektionskrankheiten bedingt. Eine Studie an neun Orten in der EU zeigte Mitte der 90er Jahre steigende Trends und danach einen Rückgang. In den MOE-Ländern und den NUS haben die drogenbedingten Sterbefälle zugenommen. Dies hat seinen Grund hauptsächlich in der Überdosierung von Heroin, aber auch in der schlechten Qualität des im Straßenverkauf angebotenen Heroins und in der Verunreinigung mit äußerst giftigen Substanzen wie Strychnin.

Insgesamt ist der Drogenmissbrauch in Europa für die öffentliche Gesundheit zu einem ständigen Problem geworden. Osteuropa findet in dieser Beziehung schnell Anschluss an den Westen, und die meisten Fakten deuten auf eine sich weiter verschlechternde Situation in der Region hin. Der Verfügbarkeit illegaler Drogen müssen Grenzen gesetzt werden, wie sich gezeigt hat. Allerdings waren die Erfolge in dieser Hinsicht nicht eindeutig überzeugend. In den 90er Jahren kamen mehr illegale Drogen auf den Schwarzmarkt, und fast überall sind die Preise gesunken. In einigen Ländern soll es einen Parallelmarkt für pharmazeutische Präparate geben, der sich aus Über-Verschreibung, Verkäufen unter dem Ladentisch in Apotheken oder aus Abzweigungen aus legalen Kanälen speist.

Information, Aufklärung, Therapie und Rehabilitation sind die Eckpfeiler der Länderstrategien, mit denen in der Region der Drogennachfrage begegnet werden soll. Zudem bemüht man sich in den meisten Ländern, die negativen Auswirkungen des langfristigen Drogenmissbrauchs auf die öffentliche Gesundheit abzuschwächen. Zu den diesbezüglichen Maßnahmen zählen die Verschreibung von Drogensatzmitteln für Abhängige, die Förderung des „sicheren“ Konsums und die Einrichtung von Drogenzentren, um dem Mehrfachgebrauch von kontaminierten Injektionsbestecken vorzubeugen. Die Länder versuchen, mit umfassenden drogenpolitischen Konzepten die Konsequenzen des problematischen Drogenkonsums abzuschwächen, z. B. von HIV-, Hepatitis B- und C-Infektionen, sowie Sterbefälle durch Überdosierung zu verhindern. Unter Berücksichtigung der Erklärung der Vereinten Nationen über die Leitprinzipien des Abbaus der Drogennachfrage⁶⁹ ist der breiteren Umsetzung von Drogenpräventionsprogrammen auf Gemeindeebene vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken. Weiterhin steht die Ausarbeitung eines Public-Health-Modells für die Drogenbehandlung an, durch das mehr Behandlungsbedürftige in den Genuss der Dienste kommen könnten, sowie die Entwicklung von Programmen zur Schadensbegrenzung, Risikominimierung und Rehabilitation.

⁶⁹ <http://www.un.org/ga/20special/demand.htm>, eingesehen am 15. Mai 2002.

Literatur

- BALADY, G.J. *ASCM's guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia & London, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- BOUCHARD, C. ET AL. *Physical activity, fitness and health: 2nd International Consensus Symposium papers and consensus statement*. Champaign, IL, Human Kinetics, 1994.
- Comparative analysis of implementation of the Innocenti Declaration in WHO European Member States. Monitoring Innocenti targets on the protection, promotion and support of breastfeeding*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (Document EUR/ICP/LVNG 01 01 02).
- CORRAO, M.A. *Tobacco control country profiles*. Atlanta, American Cancer Society, 2000.
- Erklärung über Jugend und Alkohol: Europäische ministerielle Konferenz der WHO Jugend und Alkohol, Stockholm, 19.–21. Februar 2001*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (Dokument EUR/01/5026952).
- European Alcohol Action Plan 2000–2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Document EUR/LVNG 01 05 01).
- Europäische Charta Alkohol. In: Anderson, P., ed. *Alkohol – weniger ist besser. Bericht der WHO-Konferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol, Paris, 12.–14. Dezember 1995*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1995 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 70), S. 20–21.
- EUROPEAN COMMISSION. *Promotion of health-enhancing physical activity. Development of a European strategy, network and action program*. Tampere, UKK Institute, 1996.
- European Network for Smoking Prevention* (<http://www.ensp.org>, eingesehen am 26. Juli 2001).
- FAOSTAT Database* (http://apps.fao.org/lim500/agri_db.pl, eingesehen am 13. August 2001).
- FLEISCHER MICHAELSEN, K. ET AL. *Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 87).
- FOSTER, C. *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes*. Oxford, British Heart Foundation Health Promotion Research Group, 2000.
- HAAPANEN-NIEMI, N. The impact of smoking, alcohol consumption, and physical activity on use of hospital services. *American journal of public health*, **89**: 691–698 (1999).
- HARKIN, A.M. ET AL.. *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
- International Narcotics Control Board* (<http://www.incb.org>, eingesehen am 30. Juli 2001).

- JHA, P. & CHALOUKKA, F.J. *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
- JHA, P. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999.
- KESANIEMI, Y.K. ET AL. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6, Suppl): S351–S358 (2001).
- OJA, P. & VUORI, I. *Promotion of transport walking and cycling in Europe: strategy directions*. Tampere, UKK Institute, 2001.
- OJA, P. Descriptive epidemiology of health-related physical activity and fitness. *Research quarterly for exercise and sport*, 66: 303–312 (1995).
- PATE, R.R. ET AL. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273: 402–407 (1995).
- PETERSEN, S. ET AL. *Health and lifestyles in four counties: Results from the third Oxford Health Lifestyle Survey*. Oxford, University of Oxford Health Services Research Unit, 1998.
- Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1996.
- POMPIDOU GROUP. *Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs*. (<http://www.pompidou.coe.int>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- PRABHAT, J. & CHALOUKKA, F.J. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000.
- ROBERTSON, A. ET AL. Nutrition and immunisation survey of Bosnian women and children during 1993. *International journal of epidemiology*, 24: 1163–1170 (1993).
- SAMET, J.M. & YOON, S.Y., ED. *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2001 (Document WHO/NMH/TFI/01.1).
- Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (Document EUR/02/5035226).
- The assessment of drug problems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (Document EUR/ICP/LVNG 02 06 01 A).
- Erster Aktionsplan Lebensmittel- und Ernährungspolitik: Europäische Region der WHO 2000–2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (Dokument EUR/01/5026013).
- Dritter Aktionsplan für ein tabakfreies Europa 1997–2000*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Dokument EUR/ICP/LVNG 01 04 01).
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention* (<http://www.undcp.org>, eingesehen am 30. Juli 2001).

VAZ DE ALMEIDA, M.D. ET AL. Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union. *Public health nutrition*, 2: 105–113 (1999).

WHO Tobacco Free Initiative (<http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?pid=39>, eingesehen am 26. Juli 2001).

WILLIAMS, C., ED. *Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union*. Brussels, European Heart Network, 1999.

Die natürliche Umwelt

In den vergangenen zwanzig Jahren ist die Besorgnis der Menschen in Europa über die Einflüsse von Umweltgefahren auf ihre Gesundheit stetig gewachsen. Die Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen und Gesundheit der Menschen sind komplex. Wie die Erfahrung zeigt, ist solchen Einflüssen nur im Rahmen einer nachhaltigen Entwicklung und der Zusammenarbeit von maßgeblichen Behörden und Interessengruppen zu begegnen.

Luftgüte

Zwar sind die Belastungsdaten für Partikel in der Atemluft in Europa noch immer unvollständig, aber es scheint, dass in Nordeuropa die Belastung mit PM_{10} ⁷⁰ gering ist und die winterlichen Durchschnittswerte auch in Stadtgebieten $20\text{--}30\ \mu\text{g}/\text{m}^3$ nicht übersteigen. In Westeuropa liegen die Werte mit $40\text{--}50\ \mu\text{g}/\text{m}^3$ höher. An einigen mittel- und osteuropäischen Messstellen scheinen die Werte nur geringfügig höher zu liegen als in Städten wie Amsterdam und Berlin. Fast überall in Europa konnte die Schadstoffbelastung der Luft deutlich gesenkt werden. Neuesten Untersuchungen zufolge haben jedoch kurzfristige Volumenschwankungen bei den Schwebstäuben selbst bei geringer Exposition (weniger als $100\ \mu\text{g}/\text{m}^3$) ungünstige gesundheitliche Auswirkungen. Sie reichen von leichten Veränderungen der Atemfunktion über vermehrte Morbidität durch Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislaufstörungen bis zu erhöhter Mortalität. Wie in einigen Untersuchungen ermittelt wurde, geht eine Langzeitexposition gegenüber Schwebstäuben mit einer Verkürzung der Lebenserwartung um 1–2 Jahre einher. Jüngste Studien belegen einen Zusammenhang zwischen der Prävalenz von Bronchitis-symptomen bei Kindern, einer verminderten Lungenfunktion bei Kindern und Erwachsenen und der Langzeitexposition gegenüber Schwebstäuben. Die gesundheitliche Gesamtbelastung durch Schwebstäube (PM_{10}) könnte sich jährlich durchaus auf mehr als 100 000 verlorene Lebensjahre belaufen. Hohe Ozonkonzentrationen in der Troposphäre, die typischerweise in den

⁷⁰ Schwebstoffe, deren aerodynamischer Durchmesser zu 50% geringer als $10\ \mu\text{m}$ ist.

Sommermonaten auftreten, bewirken einen Anstieg der Atemwegssymptomatik: In den 15 Ländern der EU dürften jährlich annähernd 1000 Notaufnahmen in Krankenhäuser und mehr als 2000 Frühsterbefälle auf diese Art der Atemluftbelastung zurückgehen.

Tabakrauch gehört zu den gesundheitlich problematischsten Schadstoffen der Innenraumluft. Einigen Schätzungen zufolge könnten allein in den 15 EU-Staaten jährlich annähernd 20 000 Sterbefälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten und 1000 Sterbefälle durch Lungenkrebs bei Nichtrauchern (überwiegend Frauen) darauf zurückzuführen sein. Bei Kindern sind vermutlich rund 500 000 Fälle von Infektionen der unteren Atemwege durch die Exposition gegen Tabakrauch bedingt. Die WHO hat Verfahrensvorschläge zur Umsetzung von umfassenden Abhilfestrategien vorgelegt, die aber von den Mitgliedstaaten noch beraten werden müssen. Die Regierungen versuchen durch unterschiedliche Maßnahmen die Schadstoffbelastung der Atemluft zu verringern oder doch zumindest einen Belastungsanstieg zu verhindern. Viele nutzen die von der WHO aufgestellten Luftgüteleitlinien, um gesetzlich verbindliche Luftgütestandards einzuführen. Das UNECE-Übereinkommen über weiträumige grenzüberschreitende Luftverschmutzung⁷¹ und die einschlägigen Richtlinien der Europäischen Kommission sind die wichtigsten internationalen Dokumente zur Begrenzung der Schadstoffemission und zur Regulierung der Luftgüte in großen Teilen der Europäischen Region der WHO. In den NUS sind verstärkte Anstrengungen erforderlich, um die gesundheitliche Belastung durch Luftverschmutzung besser einschätzen und wirkungsvolle Maßnahmen zu ihrem Abbau einleiten zu können.

Lebensmittelsicherheit

Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen aufgrund mikrobiologischer Gefahrenquellen stellen für die öffentliche Gesundheit zunehmend ein Problem dar. Im Rahmen des WHO-Programms zur Überwachung von Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen in Europa wurden für den Zeitraum der letzten zwanzig Jahre aus den Mitgliedstaaten offizielle Informationen eingeholt. Die meisten Länder, in denen lebensmittelbedingte Erkrankungen registriert werden, verzeichnen im Erhebungszeitraum einen deutlichen Anstieg der durch Mikroorganismen, einschließlich Salmonellen und Campylobacter, verursachten Krankheiten (Abb. 36). In der Nahrungskette sind neue Gefahren aufgetreten, etwa das Enterohämorrhagien auslösende Escherichia coli, die multiresistente Salmonella typhimurium DT-104 und die bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE). Die Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit mit 105 nachgewiesenen Sterbefällen in Europa steht in engem Zusammenhang mit einer BSE-Exposition. Die derzeit vorliegenden Erkenntnisse gestatten jedoch noch keine fundierten Vorhersagen über die künftige Inzidenz dieser Krankheit.

⁷¹ <http://www.unece.org/env/lrtap>, eingesehen am 16. Mai 2002.

Den bei der WHO eingegangenen Meldungen zufolge handelt es sich in rund 77% der lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüche um Infektionen mit Salmonellen, in einem Drittel dieser Fälle um Infektionen durch *S. enteritidis*. Weitere, bei untersuchten Krankheitsausbrüchen häufig gefundene Erreger sind: *Staphylococcus aureus*, *Trichinella*, *Shigella*, *Clostridium perfringens*, Pilzgifte, *Campylobacter* und Viren. In fast 40% der untersuchten Fälle waren die Ursache unzureichend gekochte Eier oder Lebensmittel, die rohe Eier enthalten, z. B. Majonäse, Eis oder Gebäck mit Cremefüllung. Zu den meisten Krankheitsausbrüchen kommt es in Privathaushalten (mehr als 40%). Es wurden jedoch auch nicht wenige Fälle in Restaurantküchen, Cafeterias und Großküchen aufgedeckt (22%). Das System der Gefahrenanalyse und der Kontrolle an kritischen Punkten (Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)) muss also in Restaurants und Großküchen noch besser umgesetzt werden und außerdem braucht man Programme zur Aufklärung der Verbraucher in Fragen der Lebensmittelsicherheit.

Chemische Substanzen sind eine wichtige Quelle von Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen, wenngleich eine Verbindung zwischen ihnen und einem bestimmten Lebensmittel oft nur schwer nachzuweisen ist. Zu den chemischen Schadstoffen in Lebensmitteln zählen natürliche Toxine wie Mykotoxine sowie Umweltschadstoffe wie Dioxin, Quecksilber, Blei und Radionuklide. Die weite Verbreitung von Lebensmittelzusätzen, Pestiziden und tiermedizinisch eingesetzten Arzneimitteln verlangt nach straffen Maßnahmen im Interesse der Lebensmittelsicherheit. Der Informationsstand zur chemischen Belastung der Lebensmittel in Europa ist uneinheitlich und gewöhnlich nicht durch Überwachungsprogramme dokumentiert. In den MOE-Ländern ist die Belastung der Lebensmittel weitgehend eine Folge der industriellen Luft-, Boden- und Wasserverunreinigung – sei es durch Bergbau, Metallverarbeitung, den Energiesektor, die Agrarindustrie oder die Abfallwirtschaft. Die Kontamination von Lebensmitteln erfolgt meist in diesen „hot spots“ und nicht im

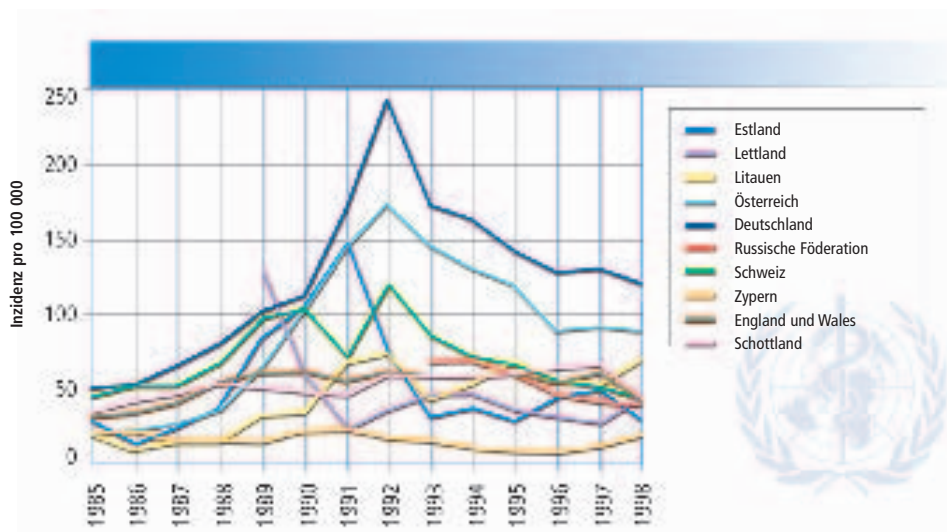


Abb. 36:
Salmonelleninzidenz in
ausgewählten europäischen
Ländern, 1985–1998

gesamten Land. Ein Beispiel ist der Aralsee. Sein Wasser ist stark verseucht, nachdem es dreißig Jahre lang zur Bewässerung von Böden genutzt worden war, auf die Insektizide, Pestizide, Herbizide und Entlaubungsmittel aufgebracht wurden.

Die Überwachung von Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen und die fortlaufende Kontrolle der Schadstoffbelastung von Lebensmitteln sind wichtige Instrumente der Risikoabschätzung. Die WHO ist daher bemüht, geeignete Methoden zu entwickeln, um die erforderlichen Daten für eine quantitative Einschätzung chemischer und mikrobiologischer Risiken bereitzustellen. Mit ihren neuen globalen Initiativen zur Lebensmittelsicherheit fördert sie den Ausbau von Systemen, die sich auf Laborbefunde und epidemiologische Erkenntnisse stützen und die mit Programmen zur Beobachtung der Schadstoffbelastung von Lebensmitteln verknüpft sind. Diese Abschätzungen können die Grundlage von internationalen Standards und Leitlinien abgeben und als Basis der Lebensmittelgesetze in den Ländern oder anderer Initiativen dienen. Im Jahr 1991 wurde in der Europäischen Region der WHO das Programm für das Globale Umweltmonitoringsystem/Monitoring und Abschätzung von Lebensmittelkontaminationen (Global Environmental Monitoring System/Food Contamination Monitoring and Assessment (GEMS/Food)) eingerichtet, das auf die spezifischen Prioritäten und den Bedarf der Region im Hinblick auf die Bekämpfung von Lebensmittelkontaminationen eingeht.

Neue Verfahren, etwa die genetische Veränderung von Lebensmitteln, Bestrahlung und Verpackung unter Schutzatmosphäre, können die Lebensmittelherstellung verbessern und die Lebensmittelsicherheit erhöhen. Die damit verbundenen potenziellen Risiken sollten jedoch objektiv und gründlich überprüft werden, bevor diese Verfahren im großen Maßstab Anwendung finden. Die WHO befürwortet einen ganzheitlichen Ansatz in Bezug auf Produktion und unbedenkliche Verwendung von Lebensmitteln aus neuen Produktionsmethoden, zu denen auch die Gentechnologie zählt. Ein Evaluationsrahmen, in dem Sicherheitsfragen, gesundheitlicher Nutzen, Auswirkungen auf die Umwelt und sozioökonomische Konsequenzen mit bedacht werden, stützt dieses Vorgehen ab. Die gemeinsame Codex-Alimentarius-Kommission von FAO und WHO beschloss im Juni 1999, Standards, Leitlinien oder Empfehlungen zu biotechnologisch hergestellten Lebensmitteln festzulegen.

Der Erste Aktionsplan für eine Nahrungs- und Ernährungspolitik für den Zeitraum 2000–2005 bietet einen Rahmen für die Förderung der öffentlichen Gesundheit durch Lebensmittel. Zu einer umfassenden Nahrungs- und Ernährungspolitik gehören drei Strategien, nämlich für Ernährung, Lebensmittelsicherheit und nachhaltiger Versorgung mit Lebensmitteln. Die drei Strategien sind eng miteinander verzahnt, denn die Versorgung mit Lebensmitteln beeinflusst gleichzeitig deren Unbedenklichkeit und ihre Zusammensetzung. Es bedarf der engen Zusammenarbeit zwischen den Zuständigen für Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Versorgungssicherheit, um umfassende, sektorübergreifende und konzertierte Maßnahmen einzuleiten.

Wasser

Krankheiten hervorrufende Mikroorganismen sind in der Region nach wie vor das größte Problem für die Trinkwasserqualität und Erholungsgewässer, und in einigen Ländern führen gastrointestinale Störungen bei Kindern noch oft zu Krankheit und Tod. Viren (Rotavirus, Calicivirus und Hepatitis A-Virus) sind für 70–80% der in der industrialisierten Welt grassierenden infektiösen Durchfallerkrankungen verantwortlich. Weitere 10–20% werden durch verschiedene andere pathogene Keime verursacht, auf das Konto von Parasiten wie *Giardia lamblia* gehen dagegen weniger als 10%. Die Problematik ist in der Region sehr unterschiedlich ausgeprägt. Im westlichen Teil spielen neue und wieder auftauchende Krankheiten die Hauptrolle, etwa die Legionellose oder die gesundheitlichen Auswirkungen von Cyanobakterien. Im südlichen Teil der Region ist die Wasserknappheit besorgniserregend und verdeutlicht, dass ein integriertes Management der Wasserressourcen erforderlich ist. Im Ostteil der Region sind unbedenkliches Wasser in ausreichender Menge und sanitäre Vorkehrungen sowie Verteilung und ökonomisches Management weiterhin ein ernsthaftes Problem, desgleichen die Wasserknappheit in einigen Teilgebieten.

Die Bekämpfung der durch Wasser übertragenen Krankheiten bleibt für ganz Europa ein wichtiges Anliegen. Im Zeitraum 1986–1996, für den die letzten systematisch erhobenen Daten vorliegen, wurden aus 19 europäischen Ländern 710 durch Wasser bedingte Krankheitsausbrüche gemeldet. Acht weitere Länder bezeichneten die Kontamination des Trinkwassers mit Chemikalien als herausragendes Problem.

Die Datenerhebung muss in der gesamten Region deutlich verbessert werden, bevor sich ein eindeutigeres Bild von der wasserbedingten Krankheitslast ergibt. Derzeit werden durch Wasser übertragene Erkrankungen in der Europäischen Region nicht systematisch gemeldet und auf Länderebene erhobene Daten sind zuweilen nicht kompatibel. Dringend gebraucht wird ein einheitlicher Überwachungsmechanismus. Die entsprechenden Vorarbeiten wurden vom WHO-Kooperationszentrum für gesundheitsförderndes Wassermanagement und Risikokommunikation in Bonn, Deutschland, in Angriff genommen.

Angesichts des oben Angeführten wird die WHO verstärkt für eine Normierung eintreten, und zwar im Hinblick auf Leitlinien für evidenzbasierte Überwachungs- und Frühwarnsysteme hinsichtlich der durch Wasser übertragenen Krankheiten, auf Leitlinien für die Qualität von Trinkwasser und Erholungsgewässern, die insbesondere neue und wieder auftauchende Krankheiten berücksichtigen müssen, und schließlich in Bezug auf das Wasser-Recycling in wasserarmen Gebieten. Angesprochen werden sollen auch die gesundheitlichen Aspekte eines aktiven Ressourcen- (Grundwasser-) Managements. Das Protokoll über Wasser und

Gesundheit⁷² wird, wenn die Mitgliedstaaten es umsetzen, einen Beitrag zur Verringerung der in Europa durch wasserbedingte Krankheiten bewirkten gesundheitlichen Defizite leisten. Das Protokoll, das von 36 Staaten unterzeichnet wurde, dürfte Ende 2003 in Kraft treten, sobald es von mindestens 16 Ländern ratifiziert ist.

Wohnraum

Die Wohnung eines Menschen setzt mit die wichtigste Bedingung für seine Gesundheit. Die Qualität des Wohnraums spielt für den Gesundheitsstatus der Bewohner direkt oder indirekt eine entscheidende Rolle. In den MOE-Ländern und den NUS bestehen 50–60% des Wohnraums aus Häuserblocks in Plattenbauweise, die zwischen den 60er und 80er Jahren errichtet wurden, um dem Bedarf in den rasch anwachsenden Städten zu genügen. Schätzungsweise bis zu 50% der Bevölkerung dieser Länder wohnen in derartigen Gebäuden aus vorgefertigten Teilen, wobei rund 60% der in ausgedehnten Wohngebieten gebauten Häuser nach einem einheitlichen Bauplan errichtet wurden.

Die unzulänglichen Wohnbedingungen in diesen Gebäuden sind durch überholte Konstruktionsverfahren und mangelnde Wartung bedingt. Sie stellen viele Länder vor große Probleme und sind zudem ein bisher noch nicht ausgewertetes Gesundheitsrisiko. Schon seit langem ist klar, dass der Wohnraum in diesen Ländern modernisiert werden muss, doch die Privatisierung des Immobiliensektors im Zuge der gesellschaftlichen Umwälzungen verschlimmerte die Situation nur noch. Die Kombination aus einem hohen Anteil an Privatbesitz, mangelnder Koordination und Aufsicht und zunehmender Armut erweist sich als großes Hindernis selbst für eine Wartung auf unterster Stufe. Die MOE-Länder und die baltischen Staaten weisen die höchste Privatisierungsrate in Europa auf (durchschnittlich 70%, verglichen mit 61% in der EU), den höchsten Anstieg der Wohnungskosten im Verhältnis zum Gesamteinkommen eines Haushalts, und zusätzlich hat der Wohnungsbau seit 1990 um 70% abgenommen.

Es gibt derzeit keine Konzepte, wonach man Investitionen in den Wohnungsbau mit einem „Index“ für ihren gesundheitlichen Nutzen versehen könnte. Zudem sind die Kenntnisse über den Zusammenhang von Wohnen und Gesundheit lückenhaft: *a)* Nur wenige Länder führen hierzu routinemäßig Untersuchungen durch oder verfügen über ein Überwachungssystem. *b)* Integrierte Ansätze für einen ganzheitlichen Zugang zum Thema Wohnen und Gesundheit waren bisher kein Schwerpunktbereich der Forschung. *c)* Das wissenschaftliche Hauptproblem sind in diesem Zusammenhang die fehlenden akzeptablen Ansätze für eine Risikoabschätzung. *d)* Beim Thema Wohnen

⁷² http://www.unece.org/env/water/text/wh_protocol/text12toc.htm, eingesehen am 16. Mai 2002.

haben in der Vergangenheit „wirtschaftliche“ und „technische“ Fragen und nicht die gesundheitlichen Aspekte den Entscheidungsprozess beherrscht.

Das Regionalbüro arbeitet an einem Projekt zu Wohnen und Gesundheit in vorgefertigten Plattenbauten in den MOE-Ländern. Hierdurch sollen die unter gesundheitlichem Gesichtspunkt wichtigsten Probleme erfasst und Empfehlungen dafür erarbeitet werden, wie sich in Renovierungspläne für diese Gebäude gesundheitliche Aspekte integrieren lassen.

Erwerbstätigkeit

Es ist schwer abzuschätzen, wie sich Erwerbstätigkeit gesundheitlich auswirkt. In den Mitgliedstaaten wird in unterschiedlicher Weise für Gesundheit am Arbeitsplatz gesorgt, und es gelten unterschiedliche Berufskrankheitskataloge. Die gemeldete Inzidenz von Berufskrankheiten variiert stark (sie liegt etwa zwischen 0,02 und 1,7 Fällen pro 1000 Arbeitnehmern in den Ländern der EU). In diesen Zahlen spiegeln sich eher gesetzliche Vorgaben und deren Durchsetzung sowie die Effizienz der Einrichtungen, die mit Erkennung, Anerkennung und Krankengeld- bzw. Rentenzahlungen befasst sind, als die tatsächliche Inzidenz der Berufskrankheiten wider. Aufgrund der deutlichen Lücken in der Erfassung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Unfällen werden deren Auswirkungen auf Gesundheit und sozioökonomische Entwicklung unterschätzt. Im Allgemeinen sind arbeitsbedingte Unfälle besser dokumentiert als Berufskrankheiten und weisen viel höhere Raten auf (in den Ländern der EU liegen sie jährlich zwischen 13 und 73 Fällen pro 1000 Arbeitnehmern). Bei schätzungsweise 400 Millionen Arbeitnehmern in der Europäischen Region der WHO und einer Inzidenz arbeitsbedingter Unfälle und nachfolgender Mortalität in der von den EU-Ländern gemeldeten Größenordnung muss in Europa jährlich mit insgesamt etwa 5,2–29,2 Millionen Arbeitsunfällen gerechnet werden, die jedes Jahr vermutlich den Tod von 6 400 bis 55 600 Menschen zur Folge haben.

Vielen Menschen ist bewusst, dass sich ihre Arbeit stark auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirkt. Bei einer Erhebung über die Arbeitsbedingungen in Europa im Jahr 2000 gaben 60% der abhängig Beschäftigten oder Selbständigen aus repräsentativen Stichproben an, ihre Arbeit habe negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit (1995 waren es 57%). Abhängig Beschäftigte erwähnten in Verbindung mit ihrer Arbeit am häufigsten Rückenschmerzen (33%), Stress (28%), allgemeine Ermüdung (23%), Muskelschmerzen in Nacken und Schultern (23%) oder Armen und Beinen (17%) sowie Kopfschmerzen (13%). Rund 9% der Arbeitnehmer gaben an, sie seien in der vorangegangenen zwölf Monaten wegen arbeitsbedingter gesundheitlicher Beschwerden nicht zur Arbeit erschienen. Fast einer von zehn Arbeitnehmern in der EU gab an, er sei im Jahr 2000 am Arbeitsplatz eingeschüchtert worden. Die Länderangaben zu diesem Punkt klaffen weit auseinander. In sehr unterschiedlichem

Ausmaß werden Arbeitnehmer ihren Angaben zufolge an ihrem Arbeitsplatz Opfer physischer Übergriffe (zwischen 1% und 5%).

Die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsschäden ist nicht nur eine gesetzlich verankerte und moralische Pflicht, sondern auch ein wichtiger Beitrag zur sozioökonomischen Entwicklung. Laut der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz betragen die Kosten arbeitsbedingter Krankheiten zwischen 2,6% und 3,8% des BSP. Je nach Land gehen unterschiedliche Posten in die Gesamtkosten ein: Krankengeld und Invaliditätsrente (1995 in den Niederlanden 4,8 Milliarden €), Ausgaben für Gesundheitsversorgung (1995 in den Niederlanden 0,6 Milliarden €), Produktionsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit (1995 in Deutschland 45 Milliarden €) und Ausgleichszahlungen für Unfallopfer und ihre Familien (im Vereinigten Königreich 6,3 Milliarden €). Unfälle und arbeitsbedingte Krankheiten belasteten den Haushalt Italiens im Jahr 1996 mit 28 Milliarden €. Aufgrund unterschiedlicher Berechnungsverfahren sind Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern derzeit allerdings nicht möglich.

In vielen Mitgliedstaaten wird man sich zunehmend bewusst, welch ein ernst zu nehmendes gesundheitliches Problem die in Verbindung mit der Arbeit und dem Arbeitsplatz stehenden, nicht in die Kategorie der Berufskrankheiten fallenden Erkrankungen darstellen. Unter die arbeitsbedingten Krankheiten, die keine Berufskrankheiten sind, deren Ätiologie jedoch durch die jeweilige Arbeit bestimmt ist, fallen z. B. Skelettmuskelerkrankungen und psychische Störungen, Herz-Kreislaufkrankheiten und Erkrankungen der Atemwege sowie Krebs. Ein erheblicher Teil der Herz-Kreislaufkrankheiten ist im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen zu sehen. Seit 1997 verstärkt sich in Europa der Trend, unter Gesundheit am Arbeitsplatz nicht nur „Prävention von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Unfällen“ zu subsumieren, sondern darunter „umfassenden Schutz und umfassende Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz“ zu verstehen. Eine umfassende Gesundheitsverträglichkeitsprüfung am Arbeitsplatz muss den Einfluss der Determinanten Beruf, Umwelt, Lebensweise und soziale Situation berücksichtigen. Diesem breit konzipierten Ansatz für Gesundheitsschutz und -förderung am Arbeitsplatz mit dem Ziel, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten, verpflichten sich immer mehr arbeitsmedizinische Dienste, Unternehmen und Kommunen vor allem in der EU und in den EU-Beitrittsländern.

Durch das Übereinkommen Nr. 161 der ILO und die Rahmenrichtlinie EWG/89/391 wurde in Europa der Aufbau von arbeitsmedizinischen Diensten angeregt, aber immer noch hat die Hälfte der Arbeitnehmer in der EU keinen Zugang zu solchen Einrichtungen, und in vielen Ländern der Region ist nicht bekannt, wie man Zugang dazu erlangt. In allen Ländern besteht Ausbildungs- und Schulungsbedarf für einschlägig qualifizierte Fachleute, damit eine ausreichende, multidisziplinäre arbeitsmedizinische Versorgung gesichert werden kann. Aus 13 Ländern vorliegende

Daten belegen die bessere Einsetzbarkeit von Arbeitskräften, wenn arbeitsmedizinische Dienste und Arbeitssicherheitsdienste eingeschaltet werden, um Arbeitsplätze neu zu konzipieren, ein gesundes und sicheres Arbeitsumfeld zu schaffen, Schulung und Aufklärung anzubieten, Arbeitsanforderungen und Funktionskompetenzen zu beurteilen und medizinische Diagnostik, Rehabilitation und Reihenuntersuchungen durchzuführen.

Verkehr

Verkehrspolitische Konzepte haben erheblich positive wie negative Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Ein gesundheitlicher Zugewinn kann sich ergeben, weil man sich als Fußgänger oder Fahrradfahrer mehr Bewegung verschaffen kann oder weil Arbeitsmöglichkeiten, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsdienste oder Erholungsmöglichkeiten leichter erreichbar sind. Unter die gesundheitlichen Einbußen wären eine verstärkt sitzende Lebensweise, höhere Unfallraten, mehr Luftverschmutzung und Lärm und die verkehrsbedingte Isolation von Teilen der Bevölkerung zu fassen. Schwache Bevölkerungsgruppen, wie etwa die wirtschaftlich schlechter Gestellten, die Alten und die Kinder, erfahren die negativen Auswirkungen meist am stärksten.

Methoden (z. B. die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung und die Evaluierung externer Kosten) und institutionelle Mechanismen müssen weiter ausgestaltet und umgesetzt werden, um einer Lösung der verkehrsbedingten Probleme näher zu kommen. Es bedarf eines integrierten und sektorübergreifenden Vorgehens, in das alle relevanten Behörden und Interessengruppen einbezogen werden müssen und gesundheitliche

Positive und negative gesundheitliche Auswirkungen des Verkehrs

Wer möglichst täglich 30 Minuten lang rasch geht oder mit dem Fahrrad fährt, kann das Risiko einer Herzerkrankung, von Diabetes und Fettleibigkeit halbieren und das Risiko des Bluthochdrucks um ein Drittel senken.

Einer kürzlich vorgelegten Studie zufolge sind in Frankreich, Österreich und der Schweiz jährlich 21 000 Sterbefälle auf die verkehrsbedingte Luftverschmutzung zurückzuführen. Das ist doppelt so viel wie die Anzahl der tödlichen Verkehrsunfälle in diesen Ländern.

Etwa 65% der Bevölkerung (450 Millionen Menschen) in der Europäischen Region sind Lärmpegeln ausgesetzt, die ernstlich stören, die sprachliche Verständigung erschweren und den Schlaf beeinträchtigen. Lärm kann auch geistige Aktivitäten beeinträchtigen, die Aufmerksamkeit, Gedächtnisleistung und Lösungsvermögen für komplexe analytische Probleme voraussetzen. Es häufen sich die Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Lärmpegel, Bluthochdruck und ischämischer Herzkrankheit.

Verkehrsunfälle haben in der Europäischen Region noch immer rund 120 000 Sterbefälle und 2,5 Millionen Verletzungen pro Jahr zur Folge. Ein Drittel der gemeldeten Sterbefälle und schweren Verletzungen entfällt auf junge Menschen unter 25 Jahren.

Erwägungen müssen bei verkehrs- und raumordnungspolitischen Entscheidungen stärker in den Vordergrund treten. In diesem Sinne enthält die Charta über Verkehr, Umwelt und Gesundheit⁷³, die 1999 auf der Dritten ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit verabschiedet wurde, einen Aktionsplan und gesundheitliche Einzelziele. Die Mitgliedstaaten werden 2002 darüber entscheiden, ob über ein regionales Rahmenübereinkommen zum Thema Verkehr, Umwelt und Gesundheit verhandelt werden soll, das die ermittelten politischen Lücken schließen soll.

Ionisierende Strahlung

Die Belastung durch natürliche Radioaktivität kann für einige Bevölkerungssegmente durchaus gesundheitlich nachteilig sein. So kann es aufgrund der Radonbelastung in Wohnräumen zu höheren jährlichen Dosen kommen, als sie von der Internationalen Kommission für Strahlenschutz (ICRP) für eine Belastung am Arbeitsplatz zugelassen sind. Ein kleiner Bevölkerungsanteil in Ländern wie Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich ist erheblich höheren als den durchschnittlichen Strahlendosen ausgesetzt.

Nur selten wurde aufgrund von Störfällen in Kernkraftwerken, Kernwaffentests oder die Demontage von Kernwaffen eine Freisetzung von ionisierender Strahlung gemeldet. Steigende Leukämiefallzahlen wurden dem Unfall in Kystym, in der Russischen Föderation angelastet, 1800 Fälle von Schilddrüsenkrebs dem Unfall von Tschernobyl im Jahr 1986 zugeschrieben. Die Exposition gegenüber ionisierenden Strahlen geht oft mit psychosozialen Effekten einher. So hatte der Unfall in Tschernobyl, über die dadurch bewirkten Fälle von Schilddrüsenkrebs hinaus, auch durch die psychosozialen Auswirkungen beträchtliche gesundheitliche Folgen.

Im Allgemeinen folgen die Mitgliedstaaten den Empfehlungen der ICRP und sind bemüht, die Belastung unter den international akzeptierten Grenzwerten zu halten, soweit solche vorliegen. Eben dies ist derzeit jedoch für einige Expositionsquellen nicht der Fall. Die WHO ist weltweit um eine Situationsklärung hinsichtlich des Schutzes der Bevölkerung vor der aus diesen Quellen stammenden Strahlung bemüht. Für die Zukunft hat die Unfallverhütung höchste Priorität, aber auch der Unfallschutz ist überaus wichtig.

Globale Umweltveränderungen

Klimawandel ist definiert als eine statistisch signifikante Abweichung entweder vom mittleren Klimastatus oder von seiner Schwankungsbreite, die über einen längeren Zeitraum hinweg (üblicherweise Jahrzehnte oder mehr) anhält.⁷⁴ Im größten Teil Europas ist die Temperatur der bodennahen Luft im Verlauf des 20. Jahrhunderts um

⁷³ http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/trt/MainActs/20020321_1, eingesehen am 16. Mai 2002.

⁷⁴ Intergovernmental Panel on Climate Change (<http://www.ipcc.ch>, eingesehen am 29. Mai 2002).

0,8°C angestiegen. Aus semiariden Gebieten Asiens wird seit 1894 ein Temperaturanstieg von ungefähr 1,3°C gemeldet. Die Auswirkungen eines Klimawandels auf die menschliche Gesundheit können von verminderter Sterblichkeit durch kardiovaskuläre Krankheiten während der Wintermonate bis zu einem erhöhten Überschwemmungsrisiko an den Küsten und in Flussgebieten reichen (schätzungsweise werden im Jahr 2020 rund 35 000 Menschen in küstennahen Überflutungsgebieten leben). Weitere Forschung ist erforderlich, um die potenzielle Belastung durch Infektionskrankheiten, Dürreperioden, Bevölkerungsverschiebungen, vermehrte Schadstoffbelastung und deren Auswirkungen auf die Landwirtschaft abschätzen zu können. Mit der Verabschiedung der Erklärung von London⁷⁵ im Juni 1999 verpflichteten sich die Mitgliedstaaten, Maßnahmen zu ergreifen, um die Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit abzuschwächen.

Den Kohlendioxidemissionen vergleichbar ist der Ausstoß anderer Luftschadstoffe, die vielfältige Gesundheitsschäden verursachen, d. h. Asthma, Infektionen der Atemwege, Lungenfunktionsminderung, aber auch vorzeitigen Tod. Das Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen zum Klimaschutz und das Protokoll von Kioto sind rechtlich bindende Instrumente. Mit ihrer Hilfe soll die Emission aus fossilen Brennstoffen reduziert werden, was kurzfristig einen Nutzen für die menschliche Gesundheit haben kann. Man geht davon aus, dass sich die Auswirkungen der Luftverschmutzung durch Maßnahmen zur Verringerung der Emissionen aus dem Verkehrsaufkommen, aus Energieerzeugung, Industrie und Landwirtschaft reduzieren lassen. Es bedarf jedoch noch einer integrierten Gesundheitsverträglichkeitsprüfung für derartige Maßnahmen.

Das Ozon in der Stratosphäre schützt die Erdoberfläche vor schädlicher Ultraviolettstrahlung. Ozon wird in den oberen Schichten der Stratosphäre durch kurzwelliges Sonnenlicht erzeugt, das im Zusammenspiel mit chemischen Reaktionen das Ozon auch wieder abbaut und so ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Auf- und Abbau erhält. Die Emission chemisch träger, chlor- und bromhaltiger Verbindungen stört dieses Gleichgewicht. Man schätzt, dass eine Abnahme des stratosphärischen Ozons um 10% zu jährlich 300 000 Fällen von Hautkrebs (Nicht-Melanom) und zu 4500 Fällen von Schwarzem Melanom führen würde. Die durchschnittliche jährliche Schwankungsbreite für die Inzidenz von anderen Hautkrebsformen als dem Schwarzen Melanom liegt je nach Tumorart zwischen 1% und 6%. Beim Plattenepithelkarzinom und dem Basalzellkarzinom rechnet man mit einer Zunahme von $2,0 \pm 0,5\%$ pro 1% Abnahme des stratosphärischen Ozons. Im Verlauf der letzten beiden Jahrzehnte stellte sich zweifelsfrei heraus, dass eine Bestrahlung mit UVB-Licht in die spezifische und nicht-spezifische Immunreaktion eingreifen kann. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass eine UV B-induzierte Immunmodulation bei der Photokarzinogenese zumindest teilweise eine

⁷⁵ <http://www.ifeh.org/london-declaration.html>, eingesehen am 16. Mai 2002.

Rolle spielt. Das Protokoll von Montreal⁷⁶ und seine Zusätze zielen darauf ab, Ozon abbauende Substanzen aus der Welt zu schaffen. Derzeit ist davon auszugehen, dass die Interaktion zwischen Klimawandel und in der Stratosphäre ablaufenden Prozessen die Erholung der Ozonschicht um etwa zwanzig Jahre verzögert. Die europäischen Mitgliedstaaten befürworten nachdrücklich alle zweckdienlichen Verhaltensänderungen sowie institutionelle politische Maßnahmen.

Klimawandel und eine sich wandelnde Bodennutzung spielen in den zentralasiatischen Republiken eine wichtige Rolle, die von Trockenheit und Wüstenbildung und deren Folgen für die Nahrungsmittelproduktion bedroht sind. Der Klimawandel kann hier zu einem Gleichgewicht zwischen den (im Wesentlichen negativen) Auswirkungen der veränderten Temperaturen und Niederschläge und den (im Wesentlichen positiven) Effekten führen, die höhere Kohlendioxideinträge für die Ernteerträge bei den wichtigsten Getreidesorten haben. Im Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Bekämpfung der Wüstenbildung werden Grundsatzmaßnahmen zur Verringerung der Wüstenbildung⁷⁷ angeführt, die im Rahmen regionaler Aktionspläne umgesetzt werden sollen.

Literatur

Air quality guidelines for Europe, 2. Aufl. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 91).

BARTRAM, J. ET AL., ED. *Water and health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (WHO Regional Publications, European Series, No. 93).

Charta Verkehr, Umwelt und Gesundheit: Dritte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, London, 16.–18. Juni 1999. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Dokument EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4).

DORA, C.A. Different route to health: implications of transport policies. *British medical journal*, **318**: 1686–1689 (1999).

EUROPEAN COMMISSION. *Developing a sustainable transport system* (<http://europa.eu.int/comm/environment/trans>, eingesehen am 30. Juli 2001).

EUROPEAN COMMISSION. *Umwelt* (<http://www.europa.eu.int/comm/environment>, eingesehen am 30. Juli 2001).

EUROPEAN COMMISSION. *The European and Allied Countries Collaborative Study Group of CJD (EUROCCJD)* (<http://www.euroccjd.ed.ac.uk>, eingesehen am 29. Oktober 2001).

Europäische Umweltbehörde (<http://www.eea.eu.int>, eingesehen am 30. Juli 2001).

⁷⁶ <http://www-esd.worldbank.org/mp>, eingesehen am 16. Mai 2002.

⁷⁷ <http://www.unccd.int/convention/menu.php>, eingesehen am 16. Mai 2002.

External costs of transport (accident, environmental and congestion costs) in western Europe. Zürich, INFRAS und Karlsruhe, IWW, 2000.

Final report. World Water Council's Second World Water Forum and Ministerial Conference – from vision to action. Den Haag, World Water Council, 2000.

Global Environment Facility (<http://www.gefweb.org>, eingesehen am 30. Juli 2001).

KRAMER, M.H. ET AL. Waterborne diseases in Europe 1986–96. *Journal of the American Water Works Association*, **93**: 48–53 (2001).

KUNZLI, N. ET AL. Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet*, **356**: 795–801 (2000).

Overview of the environment and health in Europe in the 1990s: Third Ministerial Conference on Environment and Health, London, 16.–18. Juni 1999. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (Document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/6).

Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke: report on a WHO Working Group. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Document EUR/00/5020495).

REVENGA, C. *Watersheds of the world: ecological value and vulnerability.* Washington, DC, World Resources Institute, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Bovine spongiform encephalopathy (BSE) – Fact Sheet No. 113* (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact113.html>, eingesehen am 29. Oktober 2001).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Variant Creutzfeldt-Jakob disease (VCJD) – Fact Sheet No. 180* (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact180.html>, eingesehen am 29. Oktober 2001).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Water and sanitation* (http://www.who.int/water_sanitation_health, eingesehen am 30. Juli 2001).

TEIL DREI

Gesundheitssystempolitik und Gesundheitsreformen

Finanzierung

Leistungserbringung

Ressourcenschöpfung

Stewardship

In Anlehnung an den *World health report 2000* werden Gesundheitssysteme definiert als „alle Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen, deren Zweck gesundheitsrelevante Maßnahmen sind. Eine gesundheitsrelevante Maßnahme, sei es in der individuellen Gesundheitsversorgung, im öffentlichen Gesundheitswesen oder im Rahmen sektorübergreifender Initiativen ist alles, was vorrangig der Verbesserung der Gesundheit dient.“ Mit Bestürzung mussten die europäischen Länder feststellen, dass, entgegen der anfänglichen Erwartung, zwischen dem wachsenden Aufwand für die Gesundheitsversorgung und dem Zugewinn an Gesundheit – gemessen als durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt – sowie der Zufriedenheit der Bürger ein ziemlich komplizierter Zusammenhang besteht. Bei allen Unterschieden hinsichtlich der Konzeption und des Managements der Gesundheitssysteme hat deren Leistungssteigerung in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Region hohe Priorität.

Dem *World health report 2000* lag das Rahmenkonzept zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen (Health Systems Performance Assessment (HSPA)) zugrunde, das von der WHO in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten erarbeitet worden war und dazu diente, die Leistungsfähigkeit und den Leistungsgrad der Gesundheitssysteme aller Mitgliedstaaten der WHO zu analysieren und darzustellen. Anhang 1 enthält eine Kurzdarstellung der Methodik. Der *World health report 2000* entfachte eine lebhafte Debatte. Während der Grundgedanke und das Rahmenkonzept als großer und mutiger Schritt in die richtige Richtung breiten Anklang fanden, blieben die Art, wie der Bericht erstellt wurde und die Interpretation seiner Ergebnisse nicht unangefochten. In Anbetracht der Bedeutung des Themas und des Interesses, das die Mitgliedstaaten an den Tag legten, wurde ein Beratungsprozess eingeleitet, in dessen Verlauf man sich eingehender mit den Methoden und Datenquellen auseinandersetzte. In diesem Zusammenhang fanden regionale Konsultationstagungen und wissenschaftliche Workshops zu bestimmten methodischen Aspekten statt. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des vorliegenden Berichts dauerte diese Arbeit noch an.

Im HSPA-Rahmenkonzept werden drei gesellschaftliche Ziele genannt, zu deren Erfüllung das Gesundheitssystem beiträgt, nämlich *a*) Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung (Niveau und Verteilung), *b*) Verbesserung der Reaktionsfähigkeit bzw. Verbraucherorientierung (Grad und Verteilung) im Hinblick auf die legitimen Erwartungen der Bevölkerung und *c*) Sicherung der Finanzierungsgerechtigkeit im Gesundheitssektor. Es wurden Indikatoren erarbeitet, die die Erfolge der Länder im Hinblick auf diese Ziele messen, sowie ein übergeordneter Effizienzindikator, der erkennen lässt, was erreicht wurde und was man angesichts der gegebenen Inputs im Vergleich dazu hätte erreichen können:

- Das Rahmenkonzept verwendet den summarischen Indikator „gesunde Lebenserwartung“ (HALE), um das Gesundheitsniveau in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu ermitteln. Mit dem Indikator „Verteilung von Gesundheit“

wird gemessen, wie gerecht positive gesundheitliche Resultate auf eine gegebene Bevölkerung verteilt sind.

- Mit „Grad und Verteilung der Verbraucherorientierung“ sollen die konkreten Erfahrungen der Menschen in ihrer Interaktion mit dem Gesundheitssystem erfasst werden. Hier werden Achtung vor der Person und Klientenorientierung bewertet, die anhand von Surveys unter Schlüsselinformanten ermittelt werden.
- Der Grad der Beitragsgerechtigkeit wird bewertet, indem man alle Aufwendungen eines Privathaushalts für Gesundheit in Prozent seiner Gesamtausgaben ausdrückt.

Der Index für die Gesamtzieelerreichung wurde als gewichtete Summe der Punkte errechnet, die die Länder für die fünf Einzelindikatoren erreicht hatten. Zusätzlich wurde die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems oder seine Effizienz in Bezug auf dies Leistungsniveau gemessen. Das tatsächlich Erreichte wurde zum Grad der Zielerreichung in Beziehung gesetzt, der bei den aufgewendeten Ressourcen wahrscheinlich möglich gewesen wäre.

Obgleich sich die für die Public Health und die einzelnen klinischen Dienste geltenden Prinzipien und die Praxis in den Ländern der Europäischen Region nicht wesentlich unterscheiden, differieren die gesundheitlichen Resultate beträchtlich. Einer der Hauptgründe hierfür liegt in der unterschiedlichen Funktionsweise der Gesundheitssysteme. Folglich ist die Analyse der Funktionen des Gesundheitssystems entscheidend wichtig, damit über Input-Parameter hinaus verständlich wird, was ein System organisatorisch auszeichnet, welche Mittel zur Verfügung stehen, wie gut zugänglich ein System ist, welche Anreize für Fachkräfte bestehen, wie die Dienste genutzt werden, usw. Die Funktionen eines Gesundheitssystems sind meist mit einander verzahnt. In letzter Zeit wurde jedoch bestimmten Funktionen mehr Gewicht beigemessen, da einige Länder eine Funktionstrennung in Erwägung ziehen. Das HSPA-Rahmenkonzept benennt vier Hauptfunktionen eines Gesundheitssystems:

- Sicherstellung der Finanzierung (*Finanzierung* u. a. aus Steuereinnahmen, Pooling von Mitteln und Einkauf von Gütern und Leistungen),
- Erbringung von Leistungen (*Erbringung* von personenbezogenen und nicht personenbezogenen gesundheitlichen Leistungen),
- „Schaffung“ von Inputs (*Ressourcenschöpfung*, d. h. personelle Ressourcen, Anlagen, Einrichtungen und anderes),
- Steuerung des Gesundheitssystems (*Stewardship* oder Aufsichtsfunktion).

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Trends analysiert, die in der Europäischen Region im Hinblick auf diese vier Funktionen feststellbar sind.

Finanzierung

Dem Gedanken einer „fairen Finanzierung“ von Gesundheitssystemen liegt die Vorstellung zugrunde, dass die Finanzlast gerecht auf die Gesamtbevölkerung verteilt sein sollte und dass notwendige Zahlungen für eine Versorgung im Krankheitsfall die Familien nicht finanziell ruinieren dürfen. Grundsätzlich sollte sich der Beitrag zur Finanzierung eines Gesundheitssystems nach der Zahlungsfähigkeit richten, und die Beiträge sollten geleistet worden sein, lange bevor die Dienste in Anspruch genommen werden. Weiter muss das Finanzierungskonzept eines Gesundheitswesens darauf abzielen, chancengleiche Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung zu fördern und die effiziente Nutzung der Ressourcen des Sektors zu sichern.

Im Allgemeinen geht man von vier Quellen zur Finanzierung eines Gesundheitssystems aus: Allgemeine Steuereinnahmen, Pflichtbeiträge zur Sozial- und Krankenversicherung, freiwillige Beiträge zu (normalerweise privaten) Krankenkassen und Selbstzahlungen des Patienten an den Leistungserbringer. Studien zur Finanzierungsgerechtigkeit der Gesundheitssysteme in Westeuropa zeigen, dass durch allgemeine Steuern oder Beiträge zur Sozialversicherung als wichtigste Finanzierungsquellen ein beträchtlicher Grad an Finanzierungsgerechtigkeit zu erzielen ist. Je eindeutiger die Umverteilung der Mittel von den einkommensstärkeren zu den sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen ausfällt, desto mehr Chancengleichheit herrscht. Versicherungsformen, die nach dem Prinzip der Risikoäquivalenz arbeiten (wobei die Prämienhöhe dem Leistungsumfang entspricht) oder Selbstzahlungen (womit Wartelisten umgangen oder Leistungen bezahlt werden, die nicht in den Rahmen des üblichen Leistungskatalogs des Gesundheitssystems fallen), tragen tendenziell zur Verteilungsgerechtigkeit bei, denn sie belasten die sozial und einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen überproportional. Alle Gesundheitssysteme werden jedoch aus mindestens zwei der genannten Quellen finanziert. Es hängt von den über die Zusammensetzung befindenden Institutionen ab, welche Konsequenzen für die Chancengleichheit sich daraus ergeben. Alle europäischen Länder bemühen sich um ausgeprägte Finanzierungssolidarität in der Gesundheitsversorgung und um einen uneingeschränkten Zugang zu gesundheitlichen Leistungen, ungeachtet der individuellen Zahlungsfähigkeit.

Diese Aussagen beziehen sich auf die chancengerechten Besteuerungssysteme und die hohen Steuereinnahmen in Westeuropa, wo die meisten Länder eine relativ hohe Solidarität hinsichtlich der Beschaffung und dem Pooling finanzieller Ressourcen aufrechterhalten. Die Schweiz (1996) und Frankreich (2000) haben z. B. per Gesetz einen allgemeinen Versicherungsschutz eingeführt, wie ihn praktisch auch die meisten anderen westeuropäischen Länder kennen. Die Mittel stammen aus öffentlichen oder zweckgebundenen privaten Quellen. Vorab geleistete Zahlungen und das Pooling von Ressourcen über alle Einkommens- und Risikoniveaus hinweg bilden einen großen Anteil. Auch die NUS und die MOE-Länder streben Finanzierungssolidarität und

einen für alle geltenden Zugang zu den Gesundheitsdiensten an. In mehreren dieser Länder haben jedoch Finanzierungsschwierigkeiten aufgrund der Wirtschaftsrezession in den 90er Jahren und die unzulänglichen technischen Voraussetzungen für die Beschaffung der erforderlichen Ressourcen und die Einführung neuer Versicherungsformen dazu geführt, dass sich die Einwohner die Gesundheitsversorgung immer weniger leisten können und erheblich schwerer Zugang zu den Leistungen finden. Kriege und bürgerkriegsähnliche Auseinandersetzungen wie Jugoslawien und die Kaukasusregion sie erlebten, haben die Staatseinnahmen ebenfalls stark reduziert. Infolgedessen stehen Gesundheitsdienste in einigen Ländern nur zur Verfügung, wenn sie, offiziell oder inoffiziell, vom Verbraucher direkt bezahlt werden. In einigen Ländern sind Selbstzahlungen zur vorherrschenden Finanzierungsform geworden und belaufen sich auf 50–80% aller Einnahmen des Gesundheitssystems. Der geringe Finanzierungsumfang durch Vorsorgekassen und die hohen Selbstzahlungen erklären die niedrige Einstufung dieser Länder auf der Skala für Beitragsgerechtigkeit. Insgesamt hat die Finanzierungsgerechtigkeit für gesundheitliche Leistungen in den Ländern, deren Wirtschaft sich im Umbruch befindet, seit den 90er Jahren abgenommen. Es muss jedoch betont werden, dass Länder unter derartigen makroökonomischen Bedingungen hinsichtlich der ihnen offen stehenden politischen Optionen vor sehr viel größeren Herausforderungen stehen.

Die Finanzierung von Gesundheitssystemen lässt sich nicht so ohne weiteres ändern. Die Türkei plante z. B. kürzlich ein interessantes „Persönliches Krankenversicherungsmodell“, das auch Personen ohne offizielle Erwerbstätigkeit Versicherungsschutz gewähren und je nach geschätztem Einkommen des Empfängers staatlich subventioniert werden sollte. Das Projekt musste jedoch wegen der damit verbundenen aufwändigen Verwaltung fallen gelassen werden. Die makroökonomischen Gegebenheiten bestimmen mit, welche Ressourcen ein Land für das Gesundheitssystem aufbringen kann. In den meisten im Umbruch befindlichen Ländern ist es äußerst schwierig, Steuern zu erheben und damit die Ausgaben des Gesundheitssystems zu bestreiten. Inoffizielle Zahlungen sind weit verbreitet, und die Hauptaufgabe besteht darin, unter diesen Bedingungen (wieder) offizielle Zahlungsformen zu etablieren. In einigen MOE-Ländern und NUS scheitert die Einführung von Versicherungssystemen an den begrenzten technischen Möglichkeiten, Ressourcen zu erschließen und zuzuweisen. In einigen Fällen wurden Versicherungssysteme übereilt eingeführt und standen dann vor finanziellen Schwierigkeiten, die mit Strukturdefiziten der Krankenkassen, einem Anstieg der Lohnkosten und einer verzerrten Prioritätensetzung zusammenhingen. Man hatte sich nicht völlig klar gemacht, dass eine Krankenversicherung nicht unbedingt neues Geld für die Gesundheitsversorgung generiert und dass dadurch u. U. komplizierte Prozesse in Gang gesetzt werden, die sich negativ auf die Leistungserbringung auswirken. In einigen Fällen führt das Defizit der Sozialversicherung in der Praxis dazu, dass nur die absoluten Grundleistungen abgedeckt werden und für weitere Leistungen, mit denen der Marktanteil vergrößert werden könnte, keinerlei Reserven zur Verfügung stehen.

Im Allgemeinen sind für die ärmsten Länder in der Region folgende Elemente eines Finanzierungskonzepts wichtig: *a)* alle Finanzquellen müssen in einem einheitlichen Rahmen koordiniert werden; *b)* zu vermeiden sind Doppelgleisigkeiten beim Pooling von Mitteln und der Zuständigkeiten für die Leistungserbringung, die sich aus einer vertikalen Struktur des Gesundheitssystems ergeben, das mit den einzelnen Ebenen der staatlichen Verwaltungsstrukturen verkettet ist; *c)* der Zugang zur Versorgung und der finanzielle Schutz der Armen muss explizit geregelt und durch deutliche finanzielle Anreize abgesichert sein. In Kirgisistan führte das Gesundheitsministerium 2001 in zwei Regionen ein Reformpaket ein. Es sieht die Zusammenfassung aller einschlägigen Haushaltsmittel auf *Oblast*-Ebene in einem Versicherungsfonds vor sowie den „Einkauf“ von Leistungen für stationäre Patienten gemäß dem Bedarf im jeweiligen Fall. Für jeden Fall wird eine Zuzahlung in festgesetzter Höhe verlangt. Die Höhe bestimmt sich nach dem Versicherungs- oder Freistellungsstatus des Patienten. Personen aus von Beitragsleistungen freigestellten Gruppen zahlen am wenigsten zu, während die Versicherung den größten Anteil übernimmt. Eine Kampagne informierte die Bevölkerung über ihre Pflichten (d. h. darüber, welche Zahlungen zu leisten sind) und ihre Rechte (d. h., dass nur eine einmalige Zahlung zu leisten ist, dass inoffizielle Forderungen nicht hingenommen werden und der Versicherung gemeldet werden sollten). Derzeit arbeitet man im Ministerium an einem revidierten Konzept einer Art Betriebskassensystem, um die Löhne anzuheben. Es basiert zum Teil auf den Einkünften aus Zuzahlungen.

In den wohlhabenderen westeuropäischen Ländern ist der Reformbedarf weniger dringend. Dennoch haben alle Länder in unterschiedlichem Umfang Reformen eingeleitet. In etlichen dieser Fälle, insbesondere dort, wo das System durch Pflichtbeiträge zur Sozial- und Krankenversicherung finanziert wird, versucht man, in den Finanzierungsprozess eine Art Wettbewerb einzuführen, ohne die bisher erreichte Chancengleichheit zu gefährden. Der Wettbewerb basiert auf der Wahlfreiheit der Verbraucher, die sich für die ihnen am ehesten zusagende Versicherung entscheiden können. Die Fakten aus Ländern (Deutschland, Israel und den Niederlanden), die so verfahren, veranschaulichen jedoch, wie schwierig es ist, Chancengleichheit und Wettbewerb im Gleichgewicht zu halten. Die Anpassung der bei den konkurrierenden Kassen eingehenden Summen, so dass die Einkünfte den absehbaren Ausgaben für die Versicherten entsprechen (Risikoanpassung), ist technisch aufwändig, und die den Berechnungen zugrunde gelegten Formeln sind nicht vollauf zufriedenstellend. Für die konkurrierenden Versicherer besteht weiterhin ein Interesse, bestimmte Risikogruppen zu bevorzugen, was zu Verteilungsungerechtigkeiten zwischen den Versicherungspools führt. Zwar lässt sich hier mittels anderer Methoden Abhilfe schaffen, aber die Einführung des Marktprinzips in die Finanzierung der Gesundheitsversorgung birgt immer ein Risiko.

In einer Reihe von europäischen Ländern geht der Trend zum strategischen Einkauf, was die Möglichkeit eröffnet, den Leistungserbringern Ressourcen zuzuweisen, um so

den Leistungsgrad des Gesundheitssystems und den gesundheitlichen Nutzen zu maximieren. Für Länder mit staatlichem Gesundheitssystem, wie Italien und das Vereinigte Königreich, bedeutet das eine Trennung von Leistungserbringer und Einkäufer. In einigen Ländern mit einem Sozial- und Krankenversicherungssystem wie in Deutschland und den Niederlanden optieren die Versicherer an Stelle der Leistungsvergütung eher für den aktiven Einkauf von Leistungen und eine Auswahl der Leistungserbringer nach Kostenwirksamkeitskriterien. Vertragsmechanismen und leistungsbezogene Vergütungssysteme geben den Einkäufern Mittel an die Hand, das Verhalten der Leistungserbringer zu beeinflussen. So haben einige MOE-Länder wie Bulgarien, Estland und Ungarn die Weiterentwicklung der Vertragsregelungen in den staatlichen gesundheitspolitischen Grundsatzdokumenten verankert und sehen darin ein Instrument, das es ihnen ermöglicht, die Ziele der Gesundheitspolitik zu erreichen und gleichzeitig die Leistungsfähigkeit und den Leistungsgrad des Gesundheitssystems zu steigern. Bei der Vergütung der Leistungserbringer tendieren viele Länder inzwischen zu einem gemischten System mit leistungsbezogenen Elementen von Vorauszahlung und Rückvergütung.

Unabhängig von der Reformstrategie, für die ein Land sich entscheidet, müssen explizite Mechanismen gefunden werden, die den armen Bevölkerungsgruppen den Zugang zur erforderlichen Versorgung sichern und alle Bürger vor dem Absturz in die Armut schützen. Weiterhin sind die sozioökonomischen Unterschiede im Gesundheitsstatus sozial schwacher Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen. Das kann z. B. dadurch geschehen, dass Angehörige bestimmter Bevölkerungsgruppen (die Definition kann sich an Krankheitsbildern oder sozioökonomischen Merkmalen orientieren) von ihrer anteiligen Beitragspflicht entbunden werden. Eine andere Möglichkeit wäre die Subventionierung der Sozial- und Krankenversicherung für Arbeitslose oder selbständig Beschäftigte. In der Schweiz bezuschusst der Staat Personen aus niedrigen Einkommensgruppen, die sich privat versichern. Es hängt von der Verwaltungskapazität des betreffenden Staates ab, ob derartig gezielte Maßnahmen wirksam umgesetzt werden können.

Da die meisten Gesundheitssysteme mit einer Mischfinanzierung arbeiten, ist es schwierig, ein System auf dieser Basis zu beurteilen. Die Länder sollten erwägen, Entscheidungen über die Mittelzuweisung von denen über die Mittelbeschaffung zu trennen. Die Finanzierungsquelle muss nicht die Organisationsstruktur des Sektors bestimmen, den Zuweisungsmodus oder die Genauigkeit, mit der Leistungsansprüche festgelegt werden. Derartige Überlegungen sind insbesondere für die ärmeren Länder in der Region wichtig, die angesichts begrenzter Ressourcen einen Weg finden müssen, mehrere Finanzquellen zu koordinieren. Wenn von Seiten der Politik Systemveränderungen für die Finanzierung des Gesundheitssystems ins Auge gefasst werden, sollte man die theoretischen Vorteile neuer Ansätze gegen die empirischen Erfahrungen mit den Auswirkungen unterschiedlicher Finanzierungsreformen abwägen.

Zu den wichtigsten Produkten der WHO gehören regelmäßige Übersichten über aktuelle Fragen der Gesundheitssystemfinanzierung, die insbesondere durch die Arbeit des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme erstellt werden. Diese Übersichten waren den Entscheidungsträgern in der gesamten Region sehr nützlich, insbesondere das 1997 erschienene Buch *European health care reform: analysis of current strategies*.⁷⁸ Die WHO kann einen fundierten Erfahrungsaustausch zwischen den Ländern der Region unterstützen, damit deren gesundheitspolitische Schwerpunkte weiterhin auf den Zielen liegen und sich nicht auf die Mittel zu ihrer Realisierung verlagern. Sie kann damit auch sicherstellen, dass Erfahrungen aus einem Land nicht unbesehen auf ein anderes übertragen werden, ohne den Kontext der Reformen im vollen Umfang zu berücksichtigen. Hauptaufgabe ist die Hilfestellung für Länder, in denen die öffentlichen Finanzen mehr oder weniger zusammengebrochen sind. In Ländern, in denen in naher Zukunft nicht mit einer Finanzierung durch die öffentliche Hand zu rechnen ist, müssen Risiken gebündelt und durch vorfinanzierte Programme auf Gemeindebasis abgedeckt werden, die zu gegebener Zeit in ein entsprechendes nationales Programm eingliedert werden könnten. Jene MOE-Länder und NUS, deren öffentliche Finanzen zwar stark, aber nicht extrem in Mitleidenschaft gezogen sind, wie etwa im Kaukasus, müssen dafür sorgen, dass sich die Finanzierung aus den verschiedenen öffentlichen und privaten Quellen ergänzt. Vor allem dort, wo ein nationales Sozial- und Krankenversicherungssystem geschaffen wurde, ist unbedingt darauf zu achten, dass sich daraus keine gesonderten, parallelen Gesundheitssysteme entwickeln, sondern dass sie mit dem vom Gesundheitsministerium finanzierten System koordiniert werden.

Leistungserbringung

Die europäischen Länder bemühen sich durch eine Reihe von Strategien darum, die Kostenwirksamkeit der gesundheitlichen Leistungserbringung zu steigern. Hierzu zählen: Grundversorgungspakete, Dezentralisierung des Managements der Leistungserbringer, Einführung von Marktmechanismen, Umstrukturierung der Krankenhausversorgung und eine stärkere wechselseitige Entlastung zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen, Ausbau der primären Gesundheitsversorgung, mehr Wahlfreiheit und Teilhabe der Patienten an den Diensten, Optimierung der Resultate durch Initiativen für die Technologiebewertung und Qualitätsentwicklung. Mit Hilfe einer Reihe von institutionellen und funktionalen Veränderungen wird versucht, die Qualität und Verbraucherorientierung der Leistungserbringung anzuheben. Diesem Zweck dienen u. a. Leitlinien und Protokolle für die klinische Praxis, Formen der kollegialen Begutachtung, Leistungs- und Qualitätsindikatoren sowie andere Informationsinstrumente. Konkrete Beispiele sind Leistungsindikatoren, wie Italien und das Vereinigte Königreich sie eingeführt haben, die Förderung von Qualitätszirkeln in mehreren europäischen Ländern, die Erarbeitung und Durchsetzung von Leitlinien

⁷⁸ SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No. 72).

für die klinische Praxis im Vereinigten Königreich und die Aufnahme von Gesundheitszielen und Qualitätsindikatoren in Vertragsvereinbarungen, wie es in mehreren Regionen Spaniens geschieht.

Zwar erfüllt die Dezentralisierung die in sie gesetzten Erwartungen und gewährleistet eine bessere Verbraucherorientierung, andererseits erschwert sie jedoch die Beseitigung von geographischen Ungleichgewichten und behindert die Integration von Diensten über Zuständigkeitsgrenzen hinweg. In einigen Fällen erwies es sich als schwierig, Chancengleichheit und Effizienz mit der Dezentralisierung in Einklang zu bringen. In Weißrussland wurde z. B. die Durchschlagskraft der landesweiten Strategien entscheidend geschwächt, nachdem den Leitungsausschüssen auf Distriktsebene das Recht zugesprochen worden war, das Topmanagement der lokalen Leistungserbringer zu benennen und zu entlassen. Schlimmer noch ist, dass Managementfähigkeiten knapp gesät sind und sich oft in den wohlhabenderen Regionen konzentrieren.

Primäre Gesundheitsversorgung

Es herrscht unter den politisch Verantwortlichen in den europäischen Ländern weitgehende Einigkeit darüber, dass die primäre Gesundheitsversorgung grundsätzlich das Herzstück jedes gut konzipierten und leistungsorientierten Gesundheitssystems sein sollte. Es wurden eine Reihe von Reformen in die Wege geleitet, um den Leistungsgrad der primären Gesundheitsversorgung anzuheben. Durch eine Reihe organisatorischer Reformen erhält die Primärversorgung mehr Macht und Einfluss auf andere Versorgungsebenen. Mit diesen Reformen erhalten die Fachkräfte der Primärversorgung (niedergelassene Allgemeinmediziner und Pflegende) und bzw. oder die einschlägigen Institutionen (wie Gesundheitszentren oder Primärversorgungsräte) neue Instrumente, die es ihnen erlauben, die Behandlung der Patienten zu steuern – sei es im Krankenhaus, in Pflegeheimen oder im Rahmen der häuslichen Pflege, wodurch die verschiedenen, für die Gesundheitsversorgung zuständigen Sektoren besser integriert werden können. In den 90er Jahren wurden aktivere Instrumente eingeführt, die der primären Gesundheitsversorgung in unterschiedlichem Umfang die direkte Weisungskompetenz nicht nur über das Volumen, sondern auch hinsichtlich der Kosten und Qualität der Krankenhausversorgung sowie über bestimmte andere Dienste der Primärversorgung, z. B. Pflegeheime und häusliche Pflege, verliehen.

Zu den Neuerungen zählen verschiedene Formen des Einkaufs und der Vertragsregelungen. In mehreren nordischen Ländern wurde zudem die Zuständigkeit für die Krankenhäuser an die für die Primärversorgung verantwortlichen Verwaltungsbezirke übertragen. Ein bekanntes Beispiel für diese neuen Befugnisse war 1991 die Einführung von Etats für Allgemeinmediziner im Vereinigten Königreich, wodurch die Instanzen der primären Gesundheitsversorgung gewisse Einkaufsbefugnisse erhielten. Dieses Programm wurde 1999 durch Primärversorgungsgruppen und Treuhandgesellschaften für primäre Gesundheitsversorgung abgelöst, die die

Verantwortung für die Einkaufsfunktion übernahmen. In den 90er Jahren entstanden in Deutschland, Italien und Schweden im Rahmen anderer Versuchsregelungen unabhängige Einkaufsorganisationen, in deren Rahmen die Fachkräfte für primäre Gesundheitsversorgung abgestufte Befugnisse erhielten. In Finnland haben städtische Ausschüsse für primäre Gesundheitsversorgung und soziale Dienste vermehrten Einfluss auf die Krankenhausfinanzen gewonnen. Durch andere organisatorische Reformen werden zudem die Bestandteile der Dienstleistungen und bzw. oder die Funktionen der primären Gesundheitsversorgung erweitert. Durch diese Reformen erweitert sich auch das Aufgabenspektrum der Fachkräfte für primäre Gesundheitsversorgung. Damit können sie jetzt neue oder bessere Leistungen anbieten oder auch solche, die bisher anderen Versorgungsebenen vorbehalten waren.

Viele Reformen konzentrieren sich zudem auf die Schnittstellen zwischen primärer Gesundheitsversorgung, Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen. Sie sollen gleichzeitig die Krankenhauseinweisung erleichtern und Patienten gegebenenfalls geeigneteren Diensten zuführen. Die scharfe Trennung zwischen den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung und zwischen gesundheitlichen und sozialen Diensten verschwindet zusehends und machen die Verpflichtung auf ein gemeinsames Ziel und die Anpassung des Leistungsmanagements an diese Situation erforderlich. Die besten Praxisbeispiele sind Strategien zur Verbesserung der Koordination der Dienste, eine Verschiebung der Grenzen zwischen Organisations- und Versorgungsformen sowie Alternativen zur Versorgung in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen der stationären Betreuung. Im Zuge der Veränderung von Funktionen und Leistungen der Krankenhäuser garantiert oft eine Kombination dieser Strategien den Erfolg der Reformkonzepte.

Besondere Erwähnung verdienen die Fortschritte bei Telekommunikation und Computertechnologie für die klinischen Dienste. Verfahrensweise und Geräte (elektronische Patientenakten, Patientenüberwachung in der häuslichen Umgebung, Laser- und Roboterchirurgie), die noch vor einer Generation unvorstellbar waren, werden allmählich Routine und könnten die Struktur der Gesundheitssysteme radikal verändern. Die Telekommunikation wird genutzt, um die Zugänglichkeit der Dienste zu verbessern, die Kosten zu senken und die Qualität zu steigern. Finnland und Norwegen haben ein landesweites telemedizinisches System konzipiert und investieren in großem Umfang in dessen Infrastruktur und die Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte. Andere Länder führen die Telemedizin im kleineren Maßstab ein, etwa für die klinische Beratung und Fortbildung (in Georgien und Kirgisistan wurde mittels Projektstudien untersucht, welche Art von Telemedizin sich zur Umsetzung eignet).

Krankenhäuser

Zunehmend konzentrieren sich die Gesundheitsreformen auf die Rolle der Krankenhäuser, auf die Umstrukturierung ihres Leistungsangebots und die

Dezentralisierung ihres Managements, während gleichzeitig ihre Integration mit anderen Teilen des Gesundheitssystems gefördert und die Anhebung ihrer Leistungsfähigkeit betrieben wird. In ganz Europa ändert sich der Trend bei Kapazitäten und Auslastung der Krankenhäuser deutlich (Abb. 37 und 38). Weniger Krankenhausbetten werden intensiver genutzt, die durchschnittliche Verweildauer hat sich verringert, worin sich Veränderungen der Krankheitsmuster und ein Wandel beim Klinikmanagement spiegeln. Bereits 5–15% aller krankenhauspflchtigen Eingriffe werden in Tageskliniken vorgenommen, Tendenz steigend. Eine hoch entwickelte Medizintechnik und neue medikamentöse Therapien erlauben Eingriffe ohne Einweisung ins Krankenhaus. Dadurch könnte die Anzahl der benötigten Krankenhausbetten sinken, das Ausgabenvolumen jedoch steigen. Eine Reihe oft kostenaufwändigerer Eingriffe kann jetzt innerhalb kürzerer Zeit erledigt werden.

Zwar ist die Verringerung der Bettenzahl ein übliches Ziel überall in der Region, es hat sich jedoch als einfacher erwiesen, Betten einzusparen als ganze Krankenhäuser zu

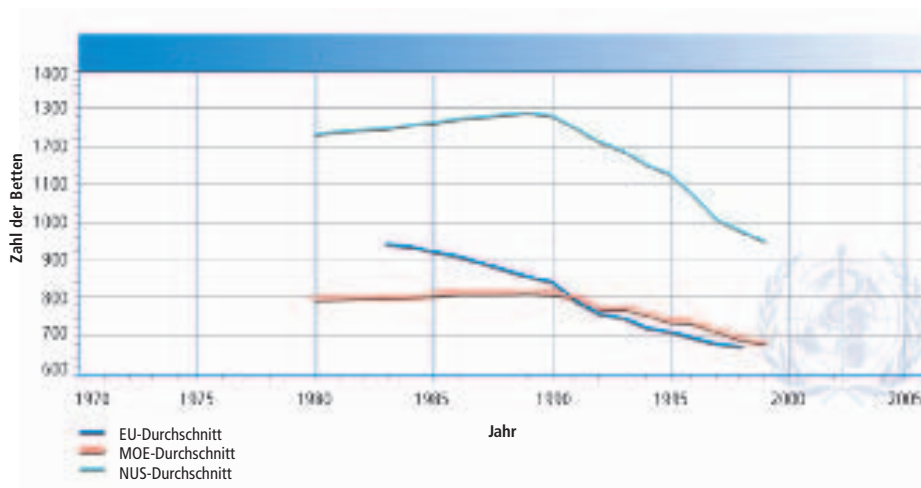


Abb. 37: Zahl der Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner, 1980–1999

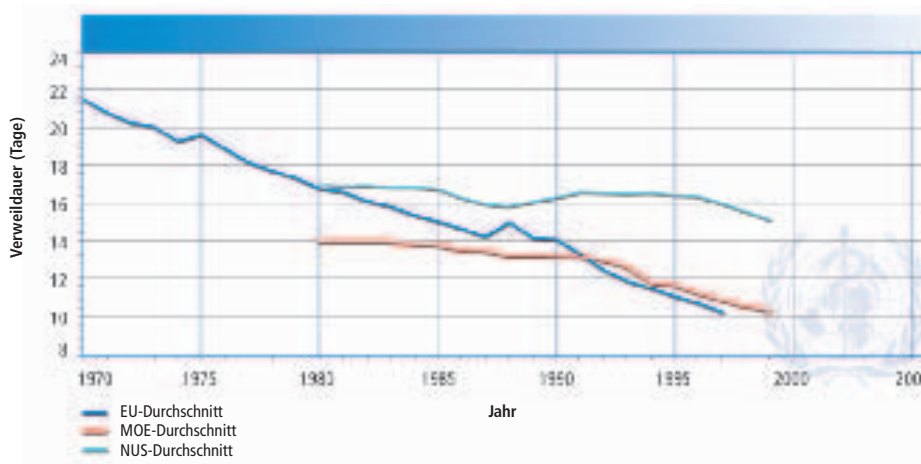


Abb. 38: Durchschnittliche Verweildauer, alle Krankenhäuser, 1970–1999

schließen. Eine Reduktion der Betten allein hat jedoch noch keine erheblichen Einsparungen zur Folge, denn ein nicht unwesentlicher Teil der Krankenhauskosten ist an die Gebäude, an das Personal und andere fixe Kosten gebunden. Schließungen und Zusammenlegungen von Krankenhäusern waren eher erfolgreich, wenn mehrere Krankenhäuser ein gemeinsames Management erhielten, wie in Irland und im Vereinigten Königreich. Strukturveränderungen in den Krankenhäusern machen für gewöhnlich eine Ausweitung der ambulanten Versorgung und neue Gebäude erforderlich, denn vielfach sind die vorhandenen Gebäude groß, aber nicht mehr funktional. In Ländern wie Frankreich, Norwegen, Spanien und dem Vereinigten Königreich, die ihr Krankenhaussystem überholt haben, ist dies zum Teil durch Neuinvestitionen geschehen.

In vielen Ländern leitete die Trennung von Einkäufer- und Erbringerfunktion Reformen ein, die auf eine Dezentralisierung des Krankenhauswesens abzielen. In Ländern mit staatlichem Krankenversicherungssystem wurde z. B. eine Verwaltungsautonomie der Krankenhäuser eingeführt oder sie wurden in öffentliche Treuhandgesellschaften umgewandelt. In vielen dieser Länder wird angeregt über den Status dieser autonomen Krankenhäuser debattiert. Dabei geht es um Fragen wie Rechtsstatus, Entscheidungsbefugnisse, Marktkontakt, Eigentumsfragen und Rechenschaftspflicht. Auch der Privatsektor hat seine Angebote erweitert und konkurriert auf gleicher Ebene mit den von der öffentlichen Hand unterhaltenen Krankenhäusern. Auch in den MOE-Ländern und den NUS werden Krankenhäuser dezentralisiert. Weniger ausgeprägt ist dieser Prozess dagegen in den westeuropäischen Ländern mit Sozialversicherungssystem, wo die Funktionen herkömmlicherweise bereits getrennt sind und ein großer Teil der stationären Versorgung vom privaten (meist gemeinnützigen) Sektor übernommen wird.

Zahlreiche Reformvorhaben zielen auf eine Steigerung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads der einzelnen Strukturen innerhalb der Krankenhäuser ab. Dazu zählen Anreize für eine Optimierung der klinischen Leistung, andere Vergütungsmechanismen und organisatorische Veränderungen. Es mehren sich die Anzeichen, dass die klinische Krankenhauspraxis in vielen Ländern nicht optimal funktioniert. Man versucht, diesem Problem durch klinische Qualitätssicherung und klinische Audits zu begegnen, durch Leistungsbeurteilung anhand klinischer Indikatoren und durch ein neues Verständnis von Klinikleitung, bei der die Gewährleistung von Qualität in den Verantwortungsbereich sowohl des Managements als auch der klinisch Tätigen fällt. Ein weiterer wichtiger Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsqualität nutzt finanzielle Anreize durch neue Formen der Vergütung von Krankenhäusern. Wie oben bereits erwähnt, gehen einige osteuropäische Länder von der inputbasierten Finanzierung wie dem historischen Einzelpostenbudget zu stärker leistungsorientierten Finanzierungskonzepten über. Viele westeuropäische Länder kombinieren eine fallbezogene Bezahlung mit globaler Budgetierung. Der dritte wichtige Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsqualität basiert auf Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen zur Beziehung zwischen Organisationskultur und Versorgungsqualität.

Qualität

Qualitätsentwicklung setzt ein gewisses Maß an Exzellenz voraus und verlangt den Abbau von Chancenungleichheiten bei der Verbesserung von Gesundheit und der Erbringung von Gesundheitsversorgung. Der diesbezügliche Anforderungskatalog wurde erweitert und umfasst jetzt neben bestmöglichen Resultaten: Chancengleichheit, Sicherheit, Wirksamkeit, Effizienz, Zweckdienlichkeit, Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Wahlfreiheit für den Verbraucher. Die Länder sollten aus diesem Katalog die Aspekte auswählen, mit denen sie Qualitätsprogramme erstellen können, die ihren Prioritäten und ihren sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Gegebenheiten entsprechen. Ausschlaggebend ist dabei, dass in der täglichen Praxis bei allen Aktivitäten im Gesundheitssystem ein auf Fakten gegründetes Denken zur Geltung kommt.

Qualitätsentwicklung in Gesundheitssystemen ist ein schrittweise ablaufender, langfristiger Prozess. Er verlangt einen von Grund auf anderen Umgang mit Qualität sowie tief greifende Veränderungen im Prozess der Gesundheitssystemreform. Die Hauptaufgabe besteht darin, die wichtigsten Interessengruppen (Leistungserbringer, Gesundheitsbehörden, Verbraucher und Träger) auf gesamtstaatlicher und lokaler Ebene in einer gemeinsamen Strategie zusammenzuschließen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass jede Gruppe ihre eigenen Vorstellungen von Qualität hat und andere Erwartungen mitbringt. Eine weitere Herausforderung besteht angesichts der derzeit verfügbaren unzulänglichen, unvollständigen oder mehrdeutigen Faktengrundlage darin, Qualität objektiv zu messen und zu überwachen, stichhaltige Informationen zusammenzustellen und sachdienliche Grundsatzentscheidungen zu treffen.

Mehrere Staaten der Europäischen Region haben eine Politik und Strategien für die Qualitätssicherung in Gesundheitssystemen erarbeitet und sie mit der Technikfolgenabschätzung im Gesundheitswesen und dem Konzept der evidenzbasierten Medizin verknüpft. Gute Beispiele in dieser Hinsicht finden sich in Deutschland, Frankreich und im Vereinigten Königreich. Erwähnenswert ist die Einführung des Modells der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM)⁷⁹ und der Qualitätsstandards der Internationalen Organisation für Standardisierung (ISO)⁸⁰. Auch die Europäische Kommission befürwortete in ihrer europäischen Qualitätspolitik die Anwendung des EFQM-Modells. Weitere wichtige Ereignisse standen im Zusammenhang mit der Akkreditierung von Gesundheitsorganisationen. Neben dem in den USA entstandenen Modell der Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)⁸¹, haben

⁷⁹ http://www.efqm.org/new_website, eingesehen am 17. Mai 2002.

⁸⁰ <http://www.iso.ch/iso/en/ISOOnline.openerpage>, eingesehen am 17. Mai 2002.

⁸¹ <http://www.jcaho.org>, eingesehen am 17. Mai 2002.

auch einige andere Länder ihre eigenen Akkreditierungsverfahren entwickelt, so z. B. das Modell des King's Fund⁸² im Vereinigten Königreich. Vor kurzem führte die ALPHA-Gruppe (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation)⁸³ innerhalb der International Society for Quality (ISQua) die unterschiedlichen Akkreditierungsmodelle zusammen. Fortschritte in dieser Hinsicht verzeichnen auch die MOE-Länder, wo verschiedentlich Initiativen ergriffen wurden, um eine Qualitätssicherung zu institutionalisieren.

Unter Technikfolgenabschätzung im Gesundheitswesen (health technology assessment (HTA)) wird (allgemein gefasst) die Analyse von gesundheitsrelevanter Technik verstanden, was der Unterstützung von Grundsatzentscheidungen dient. In Europa kam sie in den frühen 70er Jahren auf. Alle westeuropäischen Länder unterhielten 1992 landesweite staatliche Programme zur Technikfolgenabschätzung, in einigen Fällen auch solche mit regionalem Geltungsbereich. Auch einige osteuropäische Länder wurden in diesem Bereich aktiv. Infolgedessen kam es in Europa zu einer sich intensivierenden internationalen Zusammenarbeit, sodass 1993 das International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) gegründet werden konnte. Die Aufgabe dieses Verbunds besteht vorrangig darin, die Kommunikation und Koordination zwischen den HTA-Organisationen zu fördern. Im Jahr 2002 hatte das INHATA knapp vierzig, überwiegend europäische Mitglieder. Die Gründung der European Collaboration for Health Technology Assessment (ECHTA) entsprang dem Koordinationsbedarf in Europa. Im Jahr 2002 beteiligten sich die nationalen Organisationen aller EU-Mitgliedstaaten sowie weiterer europäischer Länder, u. a. von Norwegen und der Schweiz. In diesem Zusammenhang wurde offensichtlich, dass Kommunikation und Informationsaustausch sowie die Zusammenarbeit in verschiedenen Bereichen (Methodik, Fortbildung, Forschung, Geltungsbereich, Fakten als Entscheidungsgrundlage usw.) dringend verbesserungsbedürftig sind. ECHTA bemüht sich derzeit um die Finanzierung einer ständigen Koordinierungsstelle.

Das vom Regionalbüro eingerichtete Programm für Versorgungsqualität und Technikfolgenabschätzung im Gesundheitssystem konzentrierte sich zunächst auf die Messung und den Vergleich klinischer Resultate. Inzwischen wurde die Reichweite des Programms auf alle Aspekte von Gesundheitssystemen ausgeweitet. Es umfasst neben der Erbringung von Versorgungsleistungen auch andere Elemente wie z. B. Dienstleistungsorganisationen, Finanzierung, fachliche Leistung, klinische Praxis, klinische Weiterbildung, Patientenzufriedenheit, Sicherheit, Gesundheitsschutz und Informationssysteme. Das Regionalbüro erarbeitet einen Rahmen für ein Konzept der Qualitätsentwicklung. Es stützt sich dabei auf vorbildliche Praxisbeispiele und „Modellfälle“ aus den Ländern und holt Daten über laufende Forschungsarbeiten zur Qualitätsentwicklung ein. Die Verbindung zu anderen Qualitätsinitiativen in Europa

⁸² http://194.66.253.160/eKingsFund/html/health_advocacy_prog.html, eingesehen am 17. Mai 2002.

⁸³ <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha/ALPHAProcess.pdf>, eingesehen am 17. Mai 2002.

wird gefestigt, z. B. zur European Co-operation for Accreditation, der European Organization for Quality und der European Society for Quality in Healthcare, weiterhin mit internationalen Organisationen wie ISQua und der International Society of Technology Assessment in Health Care.

Hinsichtlich der Leistungserbringung im weiteren Sinne bemüht sich das Regionalbüro, vorbildliche Praxisbeispiele ausfindig zu machen, und erarbeitet ein Instrumentarium, mit dem die Auswirkungen von Management und Organisation auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Kosten der Dienste evaluiert werden können. Schlüsselziele dieses Programmbereichs sind reibungslose Information sowie die Erarbeitung von Instrumenten und Leitlinien für ein evidenzbasiertes Management, denn viele Strategien der Länder gründen sich eher auf Überzeugungen denn auf Fakten. Das Regionalbüro unterhält mehrere Projekte, die sich vorrangig mit den wichtigsten Aufgaben und Problemen befassen, und ist dabei, für die einzelnen Projekte eine internetbasierte Datenbank einzurichten.

Ressourcenschöpfung

Ressourcen in beträchtlichem Umfang müssen zusammengeführt werden, damit Gesundheitsleistungen erbracht werden können. In erster Linie handelt es sich dabei um personelle Ressourcen, um Sachmittel und Verbrauchsgüter. Investitionsentscheidungen und eine ausgeglichene Mischung dieser Ressourcen sind für Leistungsfähigkeit und Leistungsgrad eines Gesundheitssystems ausschlaggebend. Die Länder der Europäischen Region unterscheiden sich beträchtlich, was die Ressourcenbereitstellung betrifft. Darin spiegelt sich die Unsicherheit darüber, welcher Ressourcen-Mix für ein Gesundheitssystem am kostenwirksamsten ist (dies wiederum drückt sich in der Variationsbreite der medizinischen Praxis innerhalb der Länder und im Ländervergleich aus). Die privaten Aufwendungen für Gesundheitsleistungen als prozentualer Anteil des BIP sind Abb. 39 zu entnehmen.

Die europäischen Mitgliedstaaten unterscheiden sich hinsichtlich der Anzahl und Zuordnung der Betten, der personellen Ressourcen und der technischen Ausstattung (Abb. 40). So schwankt die Anzahl der Ärzte in Westeuropa zwischen 5,5 pro 1000 Einwohner in Italien und 1,5 pro 1000 Einwohner im Vereinigten Königreich, d. h. um fast das Vierfache. Ähnliche Unterschiede gibt es bei der Anzahl der Krankenhausbetten: In Frankreich und Deutschland kommen auf 1000 Einwohner zehn Betten, in Portugal, Spanien und dem Vereinigten Königreich dagegen vier auf 1000 Einwohner. Berücksichtigt man auch die osteuropäischen Länder, vergrößern sich diese Unterschiede weiter. So beträgt die durchschnittliche Bettenzahl pro 1000 Einwohner in den NUS beispielsweise 14. Aus dieser hohen Bettenzahl darf jedoch nicht unbedingt auf die Krankenhausinfrastruktur geschlossen werden. In vielen Fällen entspricht nämlich die größere Anzahl der zur Verfügung stehenden Betten nicht der übrigen Ausstattung, etwa dem diagnostischen Instrumentarium, den Arzneimitteln

oder auch nur Faktoren wie Heizung und Nahrungsmittel. Die hohe Bettenzahl erklärt sich aus einer ehemals in vielen MOE-Ländern und NUS verbreiteten Praxis, die Mittelzuweisung an der Anzahl von Betten und Mitarbeitern zu orientieren. Wie oben angemerkt, haben viele Länder ihr Zahlungssystem jedoch bereits reformiert oder zumindest damit begonnen, diesen absurden Anreiz abzuschaffen.

Einige Länder, hauptsächlich in der Gruppe der MOE-Länder und der NUS, sind darüber hinaus mit Problemen konfrontiert, die nicht nur mit der überhöhten Anzahl von Krankenhausbetten und Mitarbeitern zusammenhängen, sondern auch mit einer ineffizienten Infrastruktur, mit veralteter Ausstattung und der Unmöglichkeit, (durch Reparatur oder Neukauf) Material zu erneuern, weil die entsprechenden Investitionen nicht vorgesehen sind. Die meisten Gebäude und Einrichtungen wurden in den vergangenen fünfundzwanzig Jahren nicht modernisiert. Dieser Umstand sowie der sehr unausgewogene Inputmix und der Mangel an Arzneimitteln und Geräten höhlt nicht nur die Versorgungsqualität aus, sondern trägt zudem dazu bei, dass Motivation und Arbeitsmoral der Gesundheitsfachkräfte schwinden.

*Abb. 39: Private
Aufwendungen für
gesundheitliche Leistungen als
Prozentsatz des BIP*



*Abb. 40: Ärzte pro 100 000
Einwohner*



Insgesamt nähern sich in der Europäischen Region Höhe und Zusammensetzung der Ressourcen für die Gesundheitssysteme einander an. Wie erwähnt, hat eine Umstrukturierung der Krankenhäuser eingesetzt mit dem Ziel, Betten abzuschaffen, die vorhandene Infrastruktur effizienter zu nutzen (in vielen Ländern haben sich die Krankenhauseinweisungen annähernd verdoppelt, die Verweildauer ist dagegen um die Hälfte gesunken) und die Versorgung durch Tageskliniken auszuweiten. Viele europäische Länder versuchen auch, durch die Einführung eines Numerus clausus für die medizinischen Fakultäten und Hochschulen und eine veränderte Qualifikation der Fachkräfte eine bessere Zusammensetzung der Inputs für das Gesundheitssystem zu erreichen. Dabei hat die Ausbildung von Fachkräften für die primäre Gesundheitsversorgung, von Pflegefachkräften und Gesundheitswissenschaftlern stärkeren Vorrang.

Der Dreh- und Angelpunkt für weitere Verbesserungen der Gesundheitssysteme dürfte in angemesseneren Umgangsformen mit der künftigen „Wissengesellschaft“ liegen. Es bildet sich eine neue Organisationskultur mit weniger starren Arbeitsfeldern heraus. Hier steht Information hoch im Kurs, und man begreift ihre Bedeutung für die Anhebung von Leistungsfähigkeit und Qualität aller Teile der Organisation. Flexibilität und optimiertes Management des Humankapitals sind die Schlüsselemente einer Personalpolitik, die Einstellungen und die Arbeitsplatzbindung der Mitarbeiter künftig wirkungsvoller handhabt. Für viele Länder ist daher eine Anpassung der Ausbildungsgänge an diese neuen Überlegungen von entscheidender Bedeutung. Die Reform der Medizinerbildung gehört in den Ländern der EU zu den vorrangigen Themen, wobei man ein einheitliches Kerncurriculum für Schlüsselbereiche anvisiert. In vielen MOE-Ländern wurden ebenfalls bereits Reformen eingeleitet, die in Kirgisistan und Tadschikistan neues Gewicht erhalten haben. Das Regionalbüro unterstützt mit einem Pilotprojekt an fünf medizinischen Hochschulen der Region die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren.

Die Einrichtung von HTA-Stellen in den Ländern, die in einigen Fällen bei der Einführung neuer Technologie normativ und regulierend wirken, eröffnet einen weiteren Weg zur ausgewogenen Zusammensetzung der Gesundheitsressourcen. In Westeuropa ist eine bemerkenswerte Kombination von länderspezifisch und sogar regionalspezifisch ausgerichteten HTA-Organisationen festzustellen.

Arzneimittel

Die Arzneimittelpolitik der europäischen Länder zielt darauf ab, Medikamente von nachgewiesener Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit zu einem Preis verfügbar zu halten, den sich die Gesellschaft und der Patient leisten können. Weiterhin wird ein vernünftiger Umgang mit Pharmazeutika angestrebt. Dennoch kommen zu viele Patienten in der Europäischen Region nicht in den Genuss der vorhandenen Arzneimitteltherapien – entweder, weil sich die Patienten (oder das Gesundheitssystem)

das Arzneimittel nicht leisten können oder weil ein falsches oder unnötiges Medikament verschrieben bzw. eine überteuerte Therapie empfohlen wird. Dies alles beeinträchtigt das Behandlungsergebnis und beansprucht Ressourcen, die man besser hätte einsetzen können.

Für Arzneimittel wird in der Europäischen Region ganz unterschiedlich viel Geld ausgegeben. Der Betrag schwankt zwischen 10 US-\$ pro Kopf der Bevölkerung in den NUS bis zu mehr als 350 US-\$ in einigen westeuropäischen Ländern (Tabelle 7). In den meisten NUS und in geringerem Ausmaß in den MOE-Ländern werden Arzneimittel aus privater Tasche bezahlt, während diese Ausgaben in den westeuropäischen Ländern weitgehend durch die öffentliche Hand finanziert werden. Die Ausgaben für Arzneimittel belasten die Privathaushalte in den ärmeren europäischen Ländern stark. In den NUS und den MOE-Ländern machen sie einen enormen Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheitsleistungen aus (nicht selten mehr als 30%, in einigen Ländern sogar 50–60% verglichen mit 10–20% in den westeuropäischen Ländern). Die Zugänglichkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln stellt somit für die öffentliche Gesundheit ein gravierendes Problem dar, das insbesondere die arme Bevölkerung betrifft. Mangelhafte Qualität, Nachahmerprodukte sowie eine unsachgemäße Verschreibungspraxis und die falsche Anwendung von Arzneimitteln verschärfen das Problem weiter.

Globalisierung der Wirtschaft, internationale Handelsabkommen und urheberrechtliche Fragen (TRIPS)⁸⁴ beeinflussen die Verfügbarkeit von Arzneimitteln in den MOE-Ländern und den NUS. Das gilt insbesondere für Medikamente gegen HIV/Aids. Die im TRIPS-Übereinkommen enthaltenen Schutzklauseln (Parallelhandel, Zwangslizenzierung) sowie Absprachen mit den Arzneimittelherstellern über Preisreduzierungen und -differenzierungen müssen genutzt werden, damit die Patienten Zugang zu medikamentösen Therapien haben.

In den westeuropäischen Ländern – und auch in den EU-Beitrittsländern – steigen die Ausgaben für Arzneimittel rasch an, nämlich zwischen 5% und 20% pro Jahr, und die Patienten kommen nicht immer unmittelbar in den Genuss neuer Arzneimitteltherapien. Die Ausgaben für Medikamente steigen schneller als die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und die Inflationsrate. Verantwortlich dafür sind Preiserhöhungen und ein steigender Verbrauch aufgrund des zunehmenden Alters der Bevölkerung, aber auch die Einführung neuer und teurerer Medikamente sowie die Einführung von neuen Arzneimitteln gegen Krankheiten, für die es zuvor keine Behandlungsmöglichkeit gab. Oft ist jedoch nicht klar, ob diese Medikamente tatsächlich bessere gesundheitliche Resultate erbringen und die Lebensqualität verbessern. Viele europäische Länder machen sich Leitlinien und Verfahren zu eigen, mit denen sich die Kostenwirksamkeit von Arzneimitteln und ihre Verwendung

⁸⁴ http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/trips_e.htm, eingesehen am 19. Mai 2002.

evaluieren lassen, um ihre Entscheidungen über die Auslagenerstattung auf eine rationale Basis stellen und sicherstellen zu können, dass sich der „Einsatz auszahlt“.

Die EU-Erweiterung hat für die Arzneimittelpolitik in den MOE-Ländern weitreichende Folgen. Durchführungsverordnungen und entsprechende Aufsichtsbehörden werden bereits harmonisiert. Die EU und die MOE-Länder arbeiten

Ausgaben pro Person (in US \$)	Westeuropa	MOE-Länder	NUS	Bevölkerung (in Millionen)
> 300	Belgien, Deutschland Frankreich, Island, Österreich, Schweiz			164
200–300	Dänemark, Finnland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Vereinigtes Königreich			163
100–200	Griechenland, Irland, Spanien	Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn		76
20–100		Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Estland, Kroatien, Lettland, Litauen, Polen, Slowakei	Russische Föderation	280
10–20		Rumänien	Armenien, Georgien, Kasachstan, Ukraine, Weißrussland	109
< 10		Albanien	Aserbajdschan, Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan, Turkmenistan, Usbekistan	54

Tabelle 7: Geschätzte Arzneimittelausgaben nach teilregionalen Ländergruppen, 2000 oder letzte verfügbare Angaben

Quelle: JACOBZONE, S. *Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000; Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa.

auf diesem Gebiet intensiv zusammen. Die Versorgung mit Pharmazeutika und deren Finanzierung wie auch die Zukunft der heimischen pharmazeutischen Industrie verursachen in den MOE-Ländern zunehmend Besorgnis. Viele dieser Länder geben bereits mehr als 2% des BIP für Arzneimittel aus. Die Verschreibungspraxis hat sich gewandelt, es werden zunehmend ausländische Arzneimittel verordnet (zu westeuropäischen Preisen), ohne dass das Arzneimittelbudget angewachsen wäre. Die Frage der Generika muss grundsätzlich geregelt werden, um einerseits diesen Trends entgegenzuwirken und andererseits den Patienten in den MOE-Ländern den Zugang zu einer angemessenen Arzneimitteltherapie zu sichern.

Die meisten im Umbruch befindlichen Länder haben damit begonnen, die Qualität der im Inland hergestellten Pharmazeutika anzuheben, um internationalen Standards zu entsprechen und annehmbare Qualitäts- und Sicherheitsniveaus sicherzustellen. Dennoch wirken sich fehlende oder unzulängliche Regelungen und Verordnungen für die kleineren Hersteller oft nachteilig aus, während sich die größeren Firmen auf die profitableren Produkte konzentrieren. Dadurch könnten kostengünstigere Pharmazeutika in Zukunft schwerer erhältlich sein, denn die Alternative sind oft teurere importierte Medikamente. Es sind geeignete Konzepte und Leitlinien erforderlich, um eine erfolgreiche Umstellung der heimischen Industrie zu sichern und die Produktion der unterschiedlichsten, kostengünstigen Generika anzuregen.

Stewardship

Im Zuge der Einführung von Marktanzügen in vielen Teilbereichen der Gesundheitssysteme schwoll in den europäischen Ländern der Umfang der Regulierung an, und zwar sowohl aufgrund neuer Regulierungsansätze als auch bedingt durch die Tatsache, dass mehr Regulierungsinstrumente zur Verfügung standen. In den europäischen Ländern wurde es infolge der Einführung neuer Marktmechanismen und des neuen Gleichgewichts zwischen Staat und Markt im Gesundheitssystem erforderlich, das staatliche „Stewardship“, d. h. die Aufsichts- und Schutzfunktion des Staates zu stärken. Auf diese Weise versuchten die politisch Verantwortlichen, die Marktanzüge im Sinne der gesellschaftlichen Zielsetzung zu steuern. Im Bereich der pharmazeutischen Produktion etwa gingen vermehrte unternehmerische Aktivitäten mit einer Ausweitung der regulatorischen Bemühungen einher, die eine Kosteneindämmung anstrebten. In Teilen der Region waren die Regulierungen jedoch eindeutig ungenügend. In der Russischen Föderation und in einigen MOE-Ländern kam es z. B. zu übermäßig beschleunigten und unzureichend regulierten unternehmerischen Aktivitäten. Darunter litten Effizienz und Chancengleichheit, und die zügellose unternehmerische Freiheit gibt Anlass zur Sorge. Es sei jedoch betont, dass diese Entwicklung eher auf fehlende institutionelle Kapazitäten als auf die besonderen organisatorischen Merkmale des betreffenden Gesundheitssystems zurückgeht. Wie sich zeigt, muss der Staat mit seiner Aufsichts- und Schutzfunktion in der

Gesundheitspolitik eine gewandelte und in vielen Fällen erweiterte Rolle übernehmen. In das Stewardship können zwar auch andere Akteure einbezogen sein, z. B. die Berufsverbände, doch das Gesundheitsministerium muss bei der Formulierung und Umsetzung der Gesundheitspolitik tonangebend sein. „Stewardship“ erstreckt sich auch auf Wissen und Information in gesundheitlichen Dingen und geht mit politischer Weitsicht und regulierender Einflussnahme einher. Der Erfolg oder das Scheitern von Reformen des Gesundheitssystems hing in der Region in vielen Fällen von der politischen und fachlichen Fähigkeit ab, den Wandel zu steuern, die richtigen Informationen einzuholen und zu nutzen, den Privatsektor zu regulieren und mit den wichtigsten Akteuren zu verhandeln. Ein gutes System zur Beschaffung und Verwertung von Information und Wissen sammelt diese nicht nur, es weiß auch, welche Informationen ausgewählt und den Entscheidungsträgern und den Nutzern des Gesundheitssystems zur Verfügung gestellt werden müssen.

1984 verabschiedeten die Mitgliedstaaten der Europäischen Region das erste gemeinsame Konzept der „Gesundheit für alle“ (es wurde 1991 und erneut 1998 revidiert). Man vereinbarte, dass die Länder auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene sektorübergreifende gesundheitspolitische Konzepte erarbeiten würden, die sich auf die Prinzipien gesundheitlicher Chancengleichheit und Teilhabe am Entscheidungsprozess stützen sollten. Bis 1990 hatte die Hälfte der damaligen Mitgliedstaaten entsprechende Grundsatzdokumente erarbeitet. In einigen Fällen waren sie jedoch recht vage formuliert und wurden nie in die Tat umgesetzt. Oft wurden unrealistische Ziele gesteckt und haushaltsbedingte Beschränkungen nicht realistisch in Betracht gezogen.

Wie die Erfahrung zeigt, möchte die Gesundheitspolitik in den Ländern in sehr unterschiedlichen Situationen, zu unterschiedlichen Zeitpunkten und unter unterschiedlichen politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf die politische Tagesordnung gekommen. Die Mitgliedstaaten widmen den Determinanten der Gesundheit zunehmend mehr Beachtung. Finnland und die Niederlande haben nachdrücklich an resultatorientierten Konzepten gearbeitet, und im Vereinigten Königreich steht die Beseitigung gesundheitlicher Verteilungsgerechtigkeiten sehr weit oben auf der politischen Tagesordnung. Viele Länder der Region verfolgen inzwischen eine echte Gesundheitspolitik, in der mittel- und langfristige Ziele ausgewiesen und Prioritäten gesetzt werden. In einigen Fällen wurde diese Politik vom Parlament ratifiziert, was ihr mehr Legitimität und Kontinuität verschafft hat. Selbst Länder, deren wirtschaftliche Entwicklung noch nicht so weit fortgeschritten ist, wie z. B. Kirgisistan, gehen bei der Integration von Gesundheit und Entwicklung innovative Wege. Das beweist, dass solche Ansätze auch unter unterschiedlichen ökonomischen und sozialen Bedingungen nutzbringend sein können.

Dank intensiverer Forschung zu Ausmaß und Ursachen gesundheitlicher Chancenungleichheiten, aufgrund des sich verschlechternden Gesundheitszustands in den MOE-Ländern und weil Organisationen wie die WHO, die EU und die Weltbank

die Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit erkannt haben, wird seit Mitte der 90er Jahre den Determinanten der Gesundheit (u. a. den Gesundheitssystemen) vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. In Georgien stehen Strategien zum Abbau der Armut an zentraler Stelle des Gesundheitsprogramms. In Litauen wurde durch das nachdrückliche Engagement des Parlamentarischen Gesundheitsausschusses und des staatlichen Gesundheitsrats, die jährlich landesweite Konferenzen zur Gesundheitspolitik organisieren, die partizipatorische Entscheidungsfindung deutlich erleichtert, und es hält sich die deutliche Erkenntnis, dass Entscheidungsprozesse einer Faktenbasis bedürfen. Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung eröffnet ebenfalls die Möglichkeit, den Gesundheitssektor mit anderen Sektoren der Gesellschaft zu verbinden. Länder wie die Niederlande und Schweden haben in dieser Hinsicht bereits wertvolle Erfahrungen gesammelt. (Im Vereinigten Königreich gilt die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung eher als Konsultationsprozess denn als Instrument der evidenzbasierten Entscheidungsfindung.)

Durch den starken Dezentralisierungsdruck und das Auftreten neuer Interessengruppen wurden der aktiven Teilnahme an Entscheidungsprozessen bessere Kommunikationswege erschlossen. Das gilt nicht zuletzt für moderne Techniken wie das Internet. Dadurch konnte die Informations- und Wissensbasis für die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik, vor allem in Bezug auf Beseitigung von Chancenungleichheiten, verbessert werden. Es gibt gute Beispiele dafür, dass die Gesundheitsberichterstattung die Entscheidungsprozesse zu beeinflussen scheint. In steigendem Maße wollen die Bürger und insbesondere die Patienten bei Entscheidungen über ihre eigene und die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt betreffende Fragen gehört werden. Der Themenkatalog reicht von gesundheitspolitischen Optionen bis zur Bewertung von Resultaten. Seit 1993 haben nicht weniger als 14 Länder eine Patientencharta verabschiedet oder die Patientenrechte gesetzlich abgesichert. Die WHO-Erklärung über die Förderung der Patientenrechte in Europa⁸⁵ wurde 1994 verfasst. In einigen Ländern stellt das mangelnde Wissen der Gesundheitsfachkräfte allerdings immer noch ein ernsthaftes Hindernis für die Durchsetzung derartiger Gesetze dar.

Die Stärkung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten besitzt für die WHO im laufenden und im kommenden Haushaltszeitraum weltweit erklärte Priorität. Dies schlägt sich auch in der neuen Länderstrategie des Regionalbüros nieder.⁸⁶ Das Regionalbüro ist um Unterstützung für die Mitgliedstaaten bemüht, damit diese ihre Leistungsfähigkeit und ihren Leistungsgrad messen, die leistungsdeterminierenden Faktoren ermitteln und ihr System so verbessern können, dass sie dem Bedarf der Bevölkerung besser entgegenkommen. Die Arbeit des Europäischen Observatoriums für

⁸⁵ *Eine Erklärung über die Förderung der Patientenrechte in Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1994 (Dokument EUR/ICP/HLE 121).

⁸⁶ *Die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: „Die Dienste den neuen Erfordernissen anpassen“*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (Dokument EUR/RC50/10).

Die neue schwedische Gesundheitspolitik

Im Jahr 1997 wurde auf breiter parlamentarischer Grundlage ein Staatlicher Gesundheitsausschuss gebildet. Er hatte die vorrangige Aufgabe, im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit eine nationale Strategie zu entwerfen und spezifische Ziele zu benennen, die den Regierungsstellen, den Behörden auf regionaler und lokaler Ebene und den nichtstaatlichen Organisationen als Richtschnur für ihre Tätigkeit dienen sollten.

Ende 2000 wurde ein Grünbuch veröffentlicht, das Vorschläge für 18 landesweite gesundheitspolitische Einzelziele enthielt. Diese Ziele wurden anhand gesundheitlicher Determinanten der und als grundlegende Infrastruktur für die präventive Arbeit formuliert. 2002 will die Regierung dem Parlament einen entsprechenden Gesetzentwurf unterbreiten. Die wichtigste Entscheidung des Ausschusses bestand darin, die Ziele als *Determinanten* von Gesundheit auszudrücken.

Eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit wird damit zu einem wesentlichen Ziel der schwedischen Regierungspolitik. Alle staatlichen Stellen auf allen Ebenen der Gesellschaft werden sich an diesen Zielen orientieren, die eine Reihe unterschiedlicher Bereiche abdecken: Wirtschaftspolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt, Landwirtschaft, Verkehr und Umwelt. In erster Linie soll damit in den verschiedenen Sozialschichten und bei beiden Geschlechtern eine bessere gesundheitliche Verteilungsgerechtigkeit erreicht werden, indem auf alle einschlägigen Politikbereiche und Maßnahmen Einfluss genommen wird.

Die Politik gliedert sich in die folgenden zehn Hauptbereiche:

1. *Verbesserung der sozialen Sicherheit und Bekämpfung der Armut* mit dem Ziel, das Sozialkapital zu erhöhen. Große Einkommenslücken sind unbedingt zu vermeiden.
2. *Politische Macht, Einfluss und Teilhabe*. Die demokratischen Rechte müssen für alle Gruppen der Gesellschaft gelten, auch für sozial schwache Gruppen und für Immigranten. Alle Bürger müssen am politischen Entscheidungsprozess teilhaben können.
3. *Schaffung sicherer und guter Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche*. Dies wird u. a. durch eine Verbesserung der wirtschaftlichen und sozialen Situation von Familien mit Kindern erreicht. Alleinerziehende Eltern und sozial schwache Familien müssen besonders unterstützt werden.
4. *Gesunde Arbeitsplätze und bessere Gesundheit am Arbeitsplatz*. Gesundheitsbedingte Fehlzeiten vom Arbeitsplatz haben in den letzten fünf Jahren sehr stark zugenommen.
5. *Eine gesunde Umwelt und Versorgung mit unbedenklichen Produkten*. Die Umweltbedingungen in Innenräumen und in der Außenwelt sind gleichermaßen wichtig. Dasselbe gilt für die Luftgüte.
6. *Ein gesundheitsförderndes Gesundheitswesen*. Ausdrückliches Ziel des Gesundheitswesens muss es sein, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.
7. *Mehr Bewegung*.
8. Gute Ernährungsgewohnheiten und unbedenkliche Lebensmittel.
9. *Verringerung des Rauchens, des schädlichen Alkoholkonsums und der nachteiligen Folgen der Spielsucht*. Der Kampf gegen Narkotika muss fortgesetzt werden. Ziel ist eine drogenfreie Gesellschaft. Doping im Sport sollte intensiver bekämpft werden.
10. *Eindämmung übertragbarer Krankheiten und Förderung eines sicheren Sexualverhaltens*. Schwerpunkte dieses Teils der Arbeit für die öffentliche Gesundheit sind HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Infektionen.

Gesundheitssysteme ist ein Beweis für die Bemühungen des Regionalbüros, Informationen und Fakten über die Zusammenhänge von Gesundheitspolitik und Reformen des Gesundheitssystems zu liefern und zu zeigen, wie sich Gesundheitsreformen auf die gesundheitliche Chancengleichheit auswirken. Es wurde eine Beratungsgruppe für Gesundheitssystementwicklung und ein Expertengremium geschaffen, die den Ländern helfen sollen, ihre Gesundheitssysteme weiterzuentwickeln oder zu verbessern, wobei sie auf eine Vielzahl gründlich geprüfter Instrumente und Methoden zurückgreifen können.

Literatur

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (<http://www.anaes.fr>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- ALTENSTETTER, C. ET AL. *Health policy reform, national variations and globalization*. Basingstoke, Macmillan, 1997 (Advances in Political Science).
- BLANE, D. ET AL. *Health and social organization: towards a health policy for the twenty-first century*. London, Routledge, 1996.
- CHINITZ, D. Balancing competition and solidarity in health care financing. In: Saltman, R.B. et al., ed. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- CHINITZ, D. ET AL. *Governments and health systems: implications of differing involvements*. Chichester, Wiley, 1998.
- DANZON, M. & POITRINAL, P. La santé malade de l'économisme. *Le Monde diplomatique*, 3: 11 (1996).
- DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. *International journal for quality in health care*, 8: 401–407 (1996).
- European Committee for Standardization (<http://www.cenorm.be>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. *EFQM excellence model* (<http://www.efqm.org>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (<http://www.emcdda.org>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (<http://www.observatory.dk>, eingesehen am 26. Juli 2001).
- European Organization for Quality (<http://www.eoq.org/start.html>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- European Society for Quality in Health Care (<http://www.esqh.net>, eingesehen am 30. Juli 2001).

- FEDERATION FOR INTERNATIONAL COOPERATION OF HEALTH SERVICES AND SYSTEMS RESEARCH CENTERS (FICOSSE). *Proceedings of FICOSSE research, health sector reform in central and eastern Europe: current trends and priority research*. Warsaw, National Centre for Health Systems Management, 1999.
- GARCIA-BARBERO, M. *Evaluating hospital effectiveness and efficiency*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Document EUR/ICP/DLVR 03 05 03).
- GRIFFITH, B. Competition and containment in health care. *International journal of health services*, 30: 257–284 (2000).
- HAM, C. *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open University Press, 1997.
- GESUNDHEIT21. *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe “Gesundheit für alle”, Nr. 6).
- HUNTER, D. & BERMAN, P. Public health management – time for a new start? *European journal of public health*, 7: 345–349 (1997).
- International Organization for Standardization* (<http://www.iso.ch>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- International Society for Quality in Health Care (ISQUA)* (<http://www.isqua.org.au>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE (ISQUA). *ALPHA – bringing the world of healthcare accreditation together* (<http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html>, eingesehen am 20. Mai 2002).
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (<http://www.jcaho.org>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- KALO, I. Development of quality of health systems in Europe. *Eurohealth*, 6(5): 20–22 (2000).
- King's Fund* (<http://www.kingsfund.org.uk>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- KUTZIN, J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*, 56: 171–204 (2001).
- KUTZIN, J. ET AL. *How health insurance affects the delivery of health care in developing countries*. Washington, DC, World Bank, 1992.
- LEATHERMAN, S. ET AL. International collaboration: harnessing differences to meet common needs in improving quality of care. *Quality in health care*, 9: 143–144 (2000).
- LONDON SCHOOL OF ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE. *Health and social care* (http://www.lse.ac.uk/Depts/lse_health, eingesehen am 30. Juli 2001).
- LUBITZ, J. & RILEY, G. Trends in Medicare payments in the last year of life. *New England journal of medicine*, 328: 1092–1096 (1993).

- MACKENBACH, N.P. The contribution of medical care to mortality decline: Mckeown revisited. *Journal of clinical epidemiology*, 49: 1207–1213 (1996).
- McKEE, M. & HEALY, J., ED. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- McKEE, M. ET AL., ED. *Health care in central Asia*. Buckingham, Open University Press 2002.
- MOSSIALOS, E. ET AL., ED. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- National Institute for Clinical Excellence* (<http://www.nice.org.uk>, eingesehen am 30. Juli 2001).
- NEUBERGER, J. The educated patient: new challenges for the medical profession. *Journal of internal medicine*, 247: 6–10 (2000).
- NORMAND, C. Ten popular health economic fallacies. *Journal of public health medicine*, 20: 129–132 (1998).
- SALTMAN, R.B. & FERROUSSIER-DAVIS, O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 732–739 (2000).
- SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No. 72).
- SALTMAN, R.B. EJPH policy forum: risk adjustment strategies in three social health insurance countries. *European journal of public health*, 11: 121 (2001).
- SALTMAN, R.B. ET AL. A methodological note on combining health and social care expenditures into a single statistic for policy-making purposes. *European journal of public health*, 11: 93–96 (2001).
- SALTMAN, R.B. ET AL., ED. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- SALTMAN, R.B. ET AL., ED. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- SAVAS, S.B. *MACH: a methodology for analysing contracting in health care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Document EUR/00/5017691).
- SCHWARTZ, F.W. ET AL. *Fixing health budgets: experience from Europe and North America*. Chichester, Wiley, 1996.
- SHAW, C.D. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *International journal for quality in health care*, 12: 169–175 (2000).

SMITH, P. *Reforming markets in health care: an economic perspective*. Buckingham, Open University Press, 2000.

Ständiger Ausschuss der Krankenhäuser der Europäischen Union (HOPE)
(<http://www.hope.be>, eingesehen am 30. Juli 2001).

Erklärung von Ljubljana zur Reform der Gesundheitsversorgung. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (Dokument EUR/ICP/CARE 9401/CN01).

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). *Human development report 2001. Making new technologies work for human development*. New York, Oxford University Press, 2001.

VAN DOORSLAER, E. ET AL., ED. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993.

VIENONEN, M. ET AL. Towards evidence-based health care reform. *Bulletin of the World Health Organization*, 77: 44–47 (1999).

WAGSTAFF, A. ET AL. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of health economics*, 18: 263–290 (1999).

WHO-REGIONALBÜRO FÜR EUROPA. *The STI Task Force*
(<http://healthdatabases.org/who1>, eingesehen am 30. Juli 2001).

WOODWARD, C.A. *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care: a process of change*. Geneva, World Health Organization, 2000 (Document WHO/EIP/OSD/00.1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Safe Injection Global Network*
(<http://www.injectionsafety.org>, eingesehen am 30. Juli 2001).

Schlussfolgerungen

In der Europäischen Region der WHO hat sich eine Kluft zwischen Ost und West aufgetan, wobei sich die gesundheitliche Situation im Osten stark verschlechtert. In einigen MOE-Ländern und NUS hatten sinkende Lebenserwartung und rückläufige Geburtenraten ein negatives Bevölkerungswachstum zur Folge. Doch selbst in den wohlhabendsten Ländern halten in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppierungen gesundheitliche Verteilungsungerechtigkeiten an. Fast alle Fakten deuten daraufhin, wie entscheidend wichtig die wirtschaftlichen, sozialen, umweltbedingten und institutionellen Determinanten der Gesundheit aus den Bereichen für die Entstehung dieser Kluft sind. Weniger klar ist, welche quantitative Rolle diese Faktoren spielen, wie sie interagieren und welche Verbindungen in der Kausalkette durch Public-Health-Maßnahmen unterbrochen werden können. Im Licht der Weltgesundheitserklärung von 1998⁸⁷ mit ihrem ausdrücklichen Bekenntnis zum bestmögliche Maß an Gesundheit für alle lassen sich diese wirtschaftlichen und gesundheitlichen Unterschiede kaum anders als Beeinträchtigung der Menschenrechte begreifen.

Genetische und andere individuelle Faktoren beeinflussen eindeutig die individuelle Krankheitsanfälligkeit. Es gibt jedoch kaum Anhaltspunkte dafür, dass sie für die gesundheitlichen Unterschiede in der Bevölkerung insgesamt eine erhebliche Rolle spielen. Die individuelle Lebensweise und Risikofaktoren erklären das unterschiedliche Krankheitsvorkommen nur zum Teil. Umfassende Belege sprechen hingegen dafür, dass auf der Ebene der Gesamtbevölkerung die wirtschaftlichen und sozialen Gegebenheiten ausschlaggebend sind. Wissenschaftliche Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Krankheitsmustern und der sozialen Organisation einer Gesellschaft lassen erkennen, dass sich in den Unterschieden im Gesundheitszustand einer Gesellschaft in erster Linie ökonomische und soziale Determinanten manifestieren. Den Quellen zufolge ist nicht nur der aggregierte wirtschaftliche Reichtum, sondern auch dessen relative Verteilung zu berücksichtigen. Am besten ist der Gesundheit in sozial kohärenten Gesellschaften mit geringer relativer Benachteiligung gedient. Zumindest in den industrialisierten Gesellschaften hat Gesundheit mehr mit dem relativen als mit dem absoluten Einkommen zu tun.

Zunehmend wird psychosozialer Stress als Faktor für die Entstehung einer Reihe von gesundheitlichen Defiziten anerkannt, etwa von Bluthochdruck, Alkoholpsychosen, Neurosen, Selbstmord, Tötungsdelikten, Tod durch Unfall sowie Ulzera und Leberzirrhose. Interessanterweise werden diese Krankheiten tendenziell gerade in den Ländern wichtiger, die beschleunigt wirtschaftliche und soziale Umwälzungen

⁸⁷ <http://www.who.int/archives/hfa/ear7.pdf>, eingesehen am 17. Mai 2002.

durchmachen, die ihrerseits sozialpolitisch nicht ausreichend abgestützt sind. Sofern die erforderlichen Maßnahmen ausbleiben, wird sich in vielen Ländern die Schere bei der Einkommensverteilung weiter öffnen und in West- wie Osteuropa vermutlich zu mehr psychosozialen Stress führen.

Allgemeiner und uneingeschränkter Zugang zu wirksamen individuellen gesundheitlichen Leistungen ist für entwickelte Gesellschaften eine Grundbedingung. Es schafft unnötiges Leiden, wenn es den personenorientierten Gesundheitsdiensten nicht gelingt, dieser Bedingung zu genügen. Zwar bedürfen die genauen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Gesundheitsversorgung noch weiterer wissenschaftlicher Klärung, doch die Gesundheitssystementwicklung eröffnet Möglichkeiten eines Zugewinns an Gesundheit, die zu unterschätzen sich die Europäische Region nicht leisten kann. In dem Maße, in dem die Gesundheitssysteme der modernen Gesellschaften vielgestaltiger und pluralistischer werden, stellt sich den Mitgliedstaaten als wichtigste Aufgabe, diese Komplexität effektiv zu handhaben. Dazu gehört die Fähigkeit, relevante Trends zu überwachen, Möglichkeiten für Veränderungen zu erkennen, vorliegende Fakten zu bewerten, Prioritäten zu setzen, Aktionspläne zu entwerfen und deren Umsetzung zu sichern, Resultate zu messen und nötigenfalls Korrekturen vorzunehmen. Für das WHO-Regionalbüro für Europa bleibt genügend Spielraum, die Länder bei der Gesundheitssystementwicklung weiterhin zu unterstützen. Dies kann durch systematische Sachstandsberichte über die Erfahrungen der Länder geschehen und durch Orientierungshilfe für mögliche Verfahren bei der Abfassung von gesundheitspolitischen Strategien, ihrer Umsetzung, Beobachtung und Auswertung. Unterstützung ist auch gefragt bei der Weitergabe von Informationen und der Vermittlung von Zielsetzungen und Prioritäten, bei der Ausgestaltung eines demokratischen Dialogs und eines integrierten Entscheidungsprozesses, bei der Etablierung von Standards und beider Verbesserung der Verhandlungskompetenz bestimmter Gruppen.

Die Verbesserung der Gesundheit hat Voraussetzungen: Es müssen der grundlegende Zusammenhang und das Gleichgewicht zwischen Gesundheit und politischen, sozialen, wirtschaftlichen und institutionellen Gegebenheiten bedacht werden. Außerdem bedarf es eines umfassenden Verständnisses von nachhaltiger Entwicklung und eines ganzheitlichen gesundheitspolitischen Ansatzes. Gesundheit hat zahlreiche gesellschaftliche Determinanten und folglich muss die Gesundheitspolitik die Verantwortung und die Rechenschaftspflicht für die Verbesserung der Gesundheit auch allen Sektoren und allen gesellschaftlichen Akteuren übergeben. Größeres Engagement und nachdrücklicheres Handeln sind erforderlich, um auf die Determinanten der Gesundheit einzuwirken. Am erfolgreichsten lässt sich die Gesundheit der Bevölkerung mit einer Politik verbessern, die Wirtschaftswachstum, menschliche Entwicklung und Gesundheit in einen integrierten Ansatz einbindet. Einkommensunterschiede, gesundheitliche Wahlmöglichkeiten, Umweltschutz sowie Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten sind politisch beeinflussbare Variablen. Veränderungen

können hier Gesundheit und Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung verbessern. Fiskalische und gesetzliche Maßnahmen sind machtvolle regulatorische Instrumente, um den Grundursachen gesundheitlicher Defizite beizukommen. Alle einschlägigen Sektoren und Institutionen der Gesellschaft müssen hinter der wirksamen Umsetzung dieser regulatorischen Maßnahmen stehen, und sie müssen vor allem Unterstützung und Vertrauen durch die Öffentlichkeit genießen. Das lässt sich erreichen, wenn man die Gesellschaft insgesamt wachrüttelt und durch effektive Kommunikation eine fundierte Diskussion zustande bringen kann.

ANHANG 1

Methoden zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen

In den letzten Jahren wurde von der WHO in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten ein Konzept zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen (health systems performance assessment (HSPA)) erarbeitet, um die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten anzuregen. Im *World health report 2000* (WHR 2000) wurde das Konzept eingehend erläutert, es wurden Leistungsindikatoren dargestellt, und zudem enthielt der Bericht Angaben zu der Analyse der Leistung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten. Man wollte eine Grundlage schaffen, um Faktenmaterial über den Zusammenhang zwischen Organisation und Resultaten von Gesundheitssystemen beibringen zu können und den Regierungen so die für ihre Konzipierung der Gesundheitspolitik erforderlichen Informationen zu liefern.

Im vorliegenden Anhang werden die drei oben angeführten Elemente und die in diesem Zusammenhang relevanten methodischen Fragen erläutert.

A. Das HSPA-Rahmenkonzept

Das Rahmenkonzept umfasst die Abgrenzungen, Ziele und Funktionen sowie die Leistungsfähigkeit und den Leistungsgrad von Gesundheitssystemen.

i) Abgrenzung

Alle Ressourcen, Organisationen und Akteure, die gesundheitsorientierte Maßnahmen ausführen oder unterstützen, werden als Teil des Gesundheitssystems betrachtet. Als gesundheitsorientiert gilt eine Maßnahme, die vorrangig auf Förderung, Schutz oder Verbesserung der Gesundheit abzielt.

ii) Ziele

Das Gesundheitssystem hat eine dreifache inhärente Zielsetzung: *a)* gute Gesundheit, *b)* Orientierung des Gesundheitssystems auf die nicht gesundheitsbezogenen Erwartungen der Bevölkerung und *c)* Finanzierungsgerechtigkeit des

Gesundheitssystem. Im WHR 2000 wurde gemessen, inwieweit sich die Länder diesen drei Zielen genähert hatten.

iii) Funktionen

Die drei wichtigsten Funktionen sind: *a*) Finanzierung (u. a. Steuererhebung, Mittel-Pooling und Einkauf), *b*) Erbringung von personenorientierten und nicht personenorientierten gesundheitlichen Leistungen, *c*) Ressourcenschöpfung (Humanressourcen, Räumlichkeiten usw.) und *d*) „Stewardship“ oder Aufsichtsfunktion des Gesundheitssystems.

iv) Leistungsfähigkeit und Leistungsgrad

Es wurde ein Index für den Gesamterreichungsgrad in Bezug auf die Vorgaben als gewichtete Summe aller Punkte berechnet, die die Länder im Hinblick auf die fünf Indikatoren erlangt hatten (siehe unten). Zusätzlich wurde das Effizienzniveau der Zielerreichung gemessen (als Leistungsindex bezeichnet). Dieser Index misst die tatsächliche Zielerreichung im Verhältnis zur „potenziellen“ (bestmöglichen) Zielerreichung bei gegebenen Ressourcen des Gesundheitssystems und anderer Quellen, die zur Schaffung von Gesundheit eingesetzt wurden.

B. Indikatoren

Es wurden fünf Indikatoren entwickelt, mit denen gemessen wird inwieweit die dem Gesundheitssystem gesetzten Ziele erreicht wurden.

i) Gesundheitsniveau

Bis zum Ende des Jahrtausends konzentrierte sich die Gesundheitsberichterstattung auf Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken sowie auf die Inzidenz und Prävalenz übertragbarer Krankheiten. Da sich der epidemiologische Schwerpunkt von den übertragbaren auf die nichtübertragbaren Krankheit verlagert, ist inzwischen die Messung der nicht tödlichen Krankheitsfolgen, insbesondere der Konsequenzen von chronischen Erkrankungen und Verletzungen, für die Mitgliedstaaten von zunehmendem Interesse.

Nach mehr als fünfzehnjähriger Arbeit führte die WHO das Konzept „gesunde Lebenserwartung“ ein, zusammen mit dem Indikator „behinderungsfreie Lebenserwartung“ (disability-adjusted life expectancy (DALE)). Dieser Indikator misst, welches Gesundheitsniveau in einer bestimmten Teilgruppe der Bevölkerung erreicht wurde. Er wurde kürzlich in „gesunde Lebenserwartung“ (healthy life expectancy (HALE)) umbenannt. Basis ist die Lebenserwartung bei der Geburt, die jedoch für *Lebenszeit bei schlechter Gesundheit* bereinigt wurde. „Lebenserwartung bei der Geburt“ ist ein summarischer Mortalitätsindex. Altersspezifische Mortalitätsdaten werden aus

Bevölkerungsstatistiken, Gesundheitssurveys und Statistiken auf Stichprobenbasis gewonnen.

Die Messung der bei schlechter Gesundheit verbrachten Lebenszeit stützt sich auf standardisierte Ergebnisse aus Querschnittsuntersuchungen unter Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, ehemals ICIDH-2).

ii) Verteilung von Gesundheit

Zur Messung der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Resultate in der Bevölkerung schlägt die WHO den Ländern vor, die Verteilung der gesunden Lebenserwartung in der Bevölkerung zu messen. Da entsprechende Daten aus den Teilgruppen der Bevölkerung bisher noch nicht durchgängig vorliegen, wurden für den WHR 2000 die in vielen Ländern vorhandenen Überlebensdaten für Kinder zugrunde gelegt, um die Ungleichheit der Überlebenschancen von Kindern zu messen.

iii) Grad der Verbraucherorientierung und iv) Verteilung der Verbraucherorientierung

Jedes Gesundheitssystem sollte bestrebt sein, gut und fair auf die legitimen, nicht gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Bevölkerung zu reagieren. Der Indikator für die Verbraucherorientierung des Gesundheitssystems soll Achtung vor der Person und Klientenorientierung wiedergeben. Unter dem Begriff Achtung vor der Person wurden im WHR 2000 zusammengefasst: Autonomie, Würde und Vertraulichkeit.

Klientenorientierung schließt ein: Prompte Zuwendung, Qualität der Grunddienste, Zugänglichkeit von stützenden sozialen Netzen während der Behandlung, Wahl des Leistungsanbieters.

Der Indikator Verbraucherorientierung soll die tatsächlichen Erfahrungen der Menschen und ihre Inter-aktion mit dem Gesundheitssystem messen, weniger ihre Erwartungen an das System. Der WHR 2000 stützte sich auf Surveys von Schlüsselinformanten und lieferte auf dieser Grundlage eine Einschätzung des Niveaus und der Verteilung der Verbraucherorientierung.

v) Finanzierungsgerechtigkeit

Der Anteil des verfügbaren Einkommens, mit dem jeder Privathaushalt zum Gesundheitssystem beiträgt, zeigt, inwieweit die Ressourcenschöpfung der Zahlungsfähigkeit der Bevölkerung entspricht. Dieser Anteil wurde als Gesamtausgaben eines Haushalts für Gesundheit gemessen (Selbstzahlungen, Steuern, Beiträge für die Sozialversicherung usw.) dividiert durch die Gesamtausgaben (als stellvertretende Größe für das Einkommen) abzüglich der Lebenserhaltungskosten (im WHR 2000 mit den Ausgaben für Lebensmittel gleichgesetzt).

Die verwendeten Daten entstammten Einkommens- und Ausgabensurveys, den Bilanzen der Finanzämter, der Sozial- und Krankenversicherungen und den staatlichen Gesundheitsbudgets, soweit vorhanden. Anhand der staatlichen Gesundheitsbudgets lässt sich auch systematisch abschätzen, welche Mittel der private und der öffentliche Sektor in das Gesundheitssystem einspeisen.

C. Messung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen

Man kann den Leistungsgrad oder die Effizienz eines Gesundheitssystems messen, indem man das Verhältnis zwischen Resultaten und dafür aufgewendeten Ressourcen untersucht. Diese Analyse muss sowohl die Inputs des Gesundheitssystems selbst, als auch die nicht einem gesundheitlichen Zusammenhang entstammenden Inputs berücksichtigen, etwa Beiträge des Bildungs- und Erziehungssystems. Die im Rahmen des WHR 2000 vorgenommenen Schätzungen wurden mit ökonomischen Verfahren vorgenommen, wie sie bereits seit vielen Jahren in anderen Wirtschaftssektoren Verwendung finden.

Seit Veröffentlichung des WHR 2000 wurde eine Fülle weiterer Datenquellen erschlossen und es wurden verschiedene methodische Modifikationen vorgeschlagen.

D. Methodische Fragen

Gesunde Lebenserwartung (HALE)

Der Schätzwert für die gesunde Lebenserwartung (HALE) basiert auf der standardisierten Berechnung der Lebenserwartung bei der Geburt. Danach wird abgeschätzt, wie lange ein Neugeborenes wahrscheinlich mit unterschiedlichem Gesundheitszustand, der jeweils nicht als umfassende Gesundheit einzustufen ist, leben kann. Eine Bewertungsmethode für diese Zeitspanne im Vergleich zur gesundheitlich voll zufriedenstellenden Periode ist noch zu erarbeiten.

Es wird fortlaufend an Methoden gearbeitet, mittels derer sich abschätzen lässt, welche Lebensspannen bei umfassender Gesundheit und bei weniger vollständiger Gesundheit eine Person erwarten kann. Zum Beispiel kann im Rahmen von Haushaltssurveys die Prävalenz verschiedener Gesundheitszustände nach Alter und Geschlecht erfragt werden. Ein WHO-Mehrländersurvey befindet sich in Vorbereitung, mit dem das mögliche Instrumentarium getestet werden soll⁸⁸. Die Befragten werden gebeten, sich selbst in Bezug auf sechs Kernbereiche einzustufen, die anhand eines umfassenden Forschungsberichts über derzeit verfügbare Instrumente zur Messung des Gesundheitszustandes ermittelt wurden. Diese sechs bilden eine Auswahl aus

⁸⁸ ÜSTÜN, T.B. ET AL. *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper 37).

ursprünglich zwanzig Bereichen. Sie bezeichnen die Aspekte, die nach Ansicht der meisten zu einer Definition von Gesundheit gehören. In fünfzehn Ländern werden persönliche Haushaltsinterviews durchgeführt und Fragen aus allen zwanzig Bereichen gestellt. Dabei wird auch ein neues Instrument eingesetzt, und zwar ein Leistungstest, der es erlaubt, die Eigennennung für ausgewählte Bereiche wie Kognition, Beweglichkeit und Sehfähigkeit zu kalibrieren. In Bereichen, in denen keine Leistungstests möglich sind, wird die Kalibrierung anhand der Vignettenmethode vorgenommen.

Für den WHR 2000 wurden bereits veröffentlichte Schätzwerte für „Behinderungen“ benutzt. Im letzten Jahr hat sich die WHO umfassend darum bemüht, die methodische und empirische Grundlage für eine Evaluierung von Gesundheitszuständen zu verbessern. Zur Lösung der methodischen Probleme hat die WHO in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten eine zweigleisige Datenerhebungsstrategie in Angriff genommen. Hierfür werden große Haushaltssurveys in repräsentativen Stichproben der Allgemeinbevölkerung mehrerer Länder mit eingehenden Untersuchungen in denselben Gebieten unter Informanten mit höherem Bildungsstand kombiniert.

Vergleichbarkeit der Länder

Bei der Beschreibung von Gesundheitszuständen (und der Verbraucherorientierung) stellt sich die grundsätzliche methodische Frage, wie die Befragten reagieren, wenn kategorische Antworten erforderlich sind, z. B. sehr schlecht, schlecht, zufriedenstellend, gut und sehr gut. Die verschiedenen Gruppen klassifizieren sich mit den der Messung zugrunde liegenden Variablen unterschiedlich. So geben in einigen Surveys Personen mit einem höheren Bildungsgrad oder höherem Einkommen einen schlechteren Gesundheitszustand an als Personen mit relativ niedrigerem Bildungsstand oder geringerem Einkommen, obgleich objektivere Messungen des Gesundheitszustands das Gegenteil erkennen lassen. In einigen Ländern geben ältere Menschen einen ebenso guten Gesundheitszustand an wie junge Menschen, obgleich die Fakten gegen eine solche Einstufung sprechen.

Man kann darin das Mapping einer latenten Variablen sehen, die den Gesundheitsgrad im Verhältnis zu den Selbsteinschätzungskategorien misst. Dieses Verhältnis kann für verschiedene soziodemographische Gruppen unterschiedlich ausfallen. Die WHO arbeitet an mehreren statistischen Methoden zur Korrektur von nicht randomisierten Antwortunterschieden bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands in verschiedenen Untergruppen der Bevölkerung. Die erste dieser Methoden basiert auf dem hierarchisch geordneten Probit-Modell (HOPIT), das zusammen mit den oben beschriebenen Tests und der Vignettenmethode eingesetzt wird.

Anhand von Untersuchungen der repräsentativen Teilstichproben lassen sich die nicht randomisierten Unterschiede einer Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands bewerten und korrigieren. Solche Tests sind z. B. der Snellen-Test für die Sehfähigkeit und der PLM-Test (posturo-locomotion-manual: Haltung, Fortbewegung, manuelle Fertigkeit), der die Beweglichkeit misst. Des Weiteren wird die Vignettenmethode zur Korrektur eingesetzt. Sie ist insbesondere dann hilfreich, wenn Untersuchungen (Tests) schwierig, teuer oder aus anderen Gründen nicht praktikabel sind.

Unter Vignetten versteht man die hypothetische Beschreibung von Personen auf unterschiedlichem Niveau innerhalb einer Gesundheitsdomäne. Die Befragten werden gebeten, die Fähigkeit hypothetischer Individuen, für sich selbst zu sorgen, den verschiedenen möglichen Kategorien zuzuordnen. Danach müssen sie anhand derselben Kategorien angeben, wie gut sie selbst für sich sorgen können. Wie sich herausstellte, wird das hypothetische Individuum der Vignette von verschiedenen Gruppen unterschiedlich eingestuft – wobei implizit unterschiedliche Cut-off-Punkte für die Kategorien angenommen werden. Die Angaben zur Vignette werden dann benutzt, um die Antworten auf die Fragen nach der eigenen Gesundheit mit Hilfe des HOPIT-Modells zu bereinigen. Vorhersagen zu den korrigierten Gesundheitsmessgrößen, die mit Hilfe von Vignettenmethode und Selbsteinschätzungen auf Fragen aus dem Kernbereich gewonnen wurden, können in einem zweiten Schritt genutzt werden, um Verzerrungen bei den Selbsteinschätzungen zu den Zusatzfragen zu korrigieren, wobei das zusammengesetzte HOPIT-Modell benutzt wird.⁸⁹

Gesundheitliche Verteilungsungerechtigkeiten

Hier geht es um Schätzwerte zu Verteilungsungerechtigkeiten in Bezug auf eine gesunde Lebenserwartung (HALE). In den WHR 2000 waren Schätzwerte zu ungleichen Überlebenschancen von Kindern aufgenommen worden. Sie basierten auf Daten aus demographischen Erhebungen, aus Gesundheitssurveys in Entwicklungsländern und aus bevölkerungstatistischen Daten für kleine geographische Gebiete (Distrikt, städtische Gemeinde usw.) in Industrieländern. Sofern aus einem Land keine Daten vorlagen, gründeten sich die Schätzungen auf ein Regressionsmodell. Bisher haben sich zehn Länder bereit erklärt, Informationen bereitzustellen, die individuelle Sterbebescheinigungen mit Volkszählungsdaten oder Gesundheitssurveys verknüpfen. In diesen Ländern ist eine Abschätzung der HALE-Verteilungsungerechtigkeiten unter Verwendung individueller Unterlagen möglich. Anschließend können die Schätzwerte mit den Daten aus kleinen geographischen Gebieten innerhalb eines Landes verglichen werden. Durch diesen Vergleich lassen sich in Ländern, für die keine individuellen Aufzeichnungen vorliegen, die Schätzwerte für kleine Gebiete bereinigen. Sobald die Methode verifiziert ist, hoffen wir auf eine Zusammenarbeit mit

⁸⁹ Die Vignettenmethode wird auch benutzt, um in den nachstehend beschriebenen Untersuchungen zur Verbraucherorientierung länderspezifische Unterschiede hinsichtlich der Cut-off-Punkte zu kontrollieren.

sehr viel mehr Ländern, sodass wir entweder verknüpfte Daten oder Daten aus kleinen Gebieten erhalten. In allen anderen Fällen muss die HALE-Verteilungsgerechtigkeit mit Hilfe eines statistischen Modells geschätzt werden.

Niveau und Verteilung der Verbraucherorientierung

An der Methodik des WHR 2000 wurde u. a. kritisiert, dass sich die Schätzwerte für die Verbraucherorientierung auf die Antworten einer kleinen Anzahl von Personen aus einer kleinen Gruppe von Ländern gründeten. Der jetzt geplante Mehrländersurvey soll unter anderem ermitteln, wie valide und zuverlässige Informationen über die Verbraucherorientierung gewonnen werden können. Bisher wurden in 68 Ländern repräsentative Haushaltssurveys mit persönlichen oder postalischen Interviews vorgenommen (in einigen Fällen kamen beide Methoden parallel zum Einsatz). Zusätzlich werden unter den Schlüsselinformanten Surveys durchgeführt, die eine gründliche Prüfung des Zusammenhangs zwischen den Antworten aus den verschiedenen Surveyformen ermöglichen. Diese Informantensurveys sind praktischer, rascher und kostengünstiger durchzuführen als repräsentative Haushaltssurveys, die den „Goldstandard“ darstellen. Das aktuelle Surveyprogramm wird zeigen, ob die Ergebnisse der Schlüsselinformantensurveys mit dem Goldstandard-Ansatz übereinstimmen und ob sich somit mit diesem kostengünstigen, praktischeren Verfahren valide Antworten einholen lassen.

Ausgesprochen problematisch im Zusammenhang mit Erhebungen, die nach den Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem fragen, ist die Tatsache, dass Menschen mit unterschiedlichem kulturellen oder sozioökonomischen Hintergrund auch unterschiedliche Erwartungen hegen können. Dies ist das bereits angesprochene Problem der länderübergreifenden Vergleichbarkeit. Es bedeutet z. B., dass unterschiedliche Antworten u. U. einfach unterschiedliche Erwartungshaltungen spiegeln und weniger mit der unterschiedlichen Verbraucherorientierung des Systems zu tun haben. Die WHO reagierte auf dieses Problem, indem sie in ihren Surveys als wichtiges und neues Element die Vignettenmethode einführte. Die Vignetten beschreiben, welche Erfahrungen eine hypothetische Person mit der Verbraucherorientiertheit des Systems macht. So wird z. B. eine hypothetische Person beschrieben, die in einem Krankenhaus mit ungenügender Bettenzahl liegt, im persönlichen Gespräch mit einem Arzt belauscht. Die Befragten werden gebeten, die Erfahrung dieser Person danach zu bewerten, wie sie die Verbraucherorientierung des Systems in dieser Situation einschätzen. Diese Angabe wird dann zur Perspektivierung der Einstufung von eigenen einschlägigen Erfahrungen herangezogen, um damit Unterschiede zu bereinigen, die sich aus der Erwartungshaltung ergeben. Die bislang gewonnenen Surveyergebnisse werden derzeit analysiert um zu klären, inwieweit die Vignettenmethode unterschiedliche Erwartungshaltungen erfassen und bereinigen kann.

Finanzierungsgerechtigkeit

Die Diskussion über den Indikator Finanzierungsgerechtigkeit konzentrierte sich auf drei Problemkomplexe. Erstens haben einige Kommentatoren bezweifelt, dass sich die Bevölkerung überhaupt Gedanken über die Finanzierungsungerechtigkeit gesundheitlicher Leistungen mache. Dem soll in einigen qualitativen Untersuchungen nachgegangen werden, die derzeit in Arbeit sind. Zweitens lagen für den WHR 2000 nur aus 23 Mitgliedstaaten Angaben über Ausgaben der Privathaushalte vor. Für die übrigen Länder mussten Prognosen erstellt werden. Drittens wurde argumentiert, der Index erfasse die Besorgnisse wegen der Beitragsprogression nicht vollständig.

In Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten wurden intensive Anstrengungen unternommen, um Einkommens- und Ausgabensurveys ausfindig zu machen, die der Abschätzung der Finanzierungsgerechtigkeit zugrunde gelegt werden können. Es liegen jetzt aus 70 Ländern neuere Surveys vor, für einige sogar aus mehreren Jahren, die insgesamt 96 Datenpunkte liefern. Die Datensuche wird in weiteren Ländern fortgesetzt.

Der Frage der Beitragsprogression wird auf zweierlei Weise nachgegangen. Im WHR 2000 war der finanzielle Beitrag eines Haushalts angesetzt worden als Gesamtausgaben für Gesundheitsleistungen dividiert durch effektive, nicht der Grundlebenshaltung dienende Ausgaben. Letztere wurden als gesamte Haushaltsausgaben abzüglich der Aufwendungen für Lebensmittel berechnet, die in armen Haushalten als wichtigste Aufwendungen für die Lebenshaltung gelten. Hier macht sich die Progression im Index der Finanzierungsgerechtigkeit bemerkbar, denn wohlhabendere Haushalte geben einen geringeren Anteil ihrer Mittel für Lebensmittel aus als ärmere Haushalte. Hiergegen lautet der Einwand, dass ein Element der Aufwendungen für Lebensmittel keine Grundlebenshaltungsausgabe im engeren Sinne bezeichne (was insbesondere für wohlhabende Haushalte gilt, mit deren Ausgaben für Lebensmittel vielerlei bestritten wird, was für die Grundlebenshaltung nicht erforderlich ist). Der finanzielle Beitrag des Haushalts erfasst also im Nenner die nicht an die Grundlebenshaltung gebundenen Ausgaben nicht richtig. Folglich wurde mit diesem Indikator in der Form, wie er für den WHR 2000 berechnet worden war, der prozentuale Anteil des nicht für die Grundlebenshaltung erforderlichen Einkommens, den wohlhabende Haushalte für Gesundheitsleistungen aufwenden, überschätzt.

Infolgedessen werden nunmehr andere Spezifikationen des Nenners geprüft. Sie basieren alle auf einer Definition von Ausgaben für die Lebenshaltung als dem Niveau, das es einem Haushalt erlaubt, oberhalb der Armutsgrenze zu leben (pro Tag 1 \$, gerechnet in internationalen Dollars für das Jahr 1985). Diese Basis wurde für das Durchführungsjahr des Ausgabensurveys bereinigt. Es werden die Kaufkraftparitäten für Lebensmittel anstelle der reinen Kaufkraftparitäten verwendet, um die in internationalen Dollars ausgedrückten Schätzwerte in die Landeswährung umzurechnen

und sie so mit den Daten aus den Surveys vergleichbar zu machen. Durch diesen Nenner wird der Indikator „finanzieller Beitrag des Haushalts“ progressiver als im WHR 2000 angesetzt. Zudem werden verschiedene funktionale Formen der Gleichung überprüft, die den Index „Finanzierungsgerechtigkeit“ definieren. Derzeit korrelieren sie allerdings alle stark.

Allgemeine Zielerreichung

Für den WHR 2000 wurde ein Index für die allgemeine Zielerreichung als gewichtete Punktsumme zu den fünf Einzelindikatoren berechnet. Die Antworten von mehr als 1000 Personen, überwiegend Gesundheitsfachkräfte, auf einen im Internet durchgeführten Survey lieferten die Grundlage für folgende Gewichtung: Gesundheitsniveau 25%, gesundheitliche Verteilungsungerechtigkeit 25%, Verbraucher-orientierung 12,5%, ungleiche Verbraucherorientierung 12,5%, Finanzierungsgerechtigkeit 25%.

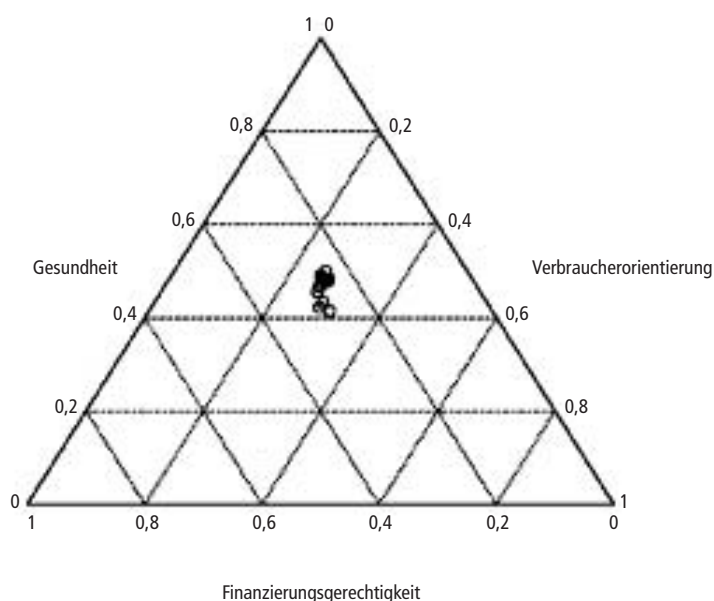


Abb. 1: Unterschiedliche Zielgewichtung: Vorläufige Ergebnisse aus 14 Ländern

In zahlreichen repräsentativen Ländersurveys wird der Frage nachgegangen, ob diese Gewichtung je nach Setting variiert. Vorläufige Analysen deuten darauf hin, dass die Gewichtung der Ziele in den Ländern variiert, dass aber die bislang beobachteten Schwankungen die Zielerreichung der Gesundheitssysteme in den Ländern nicht wesentlich beeinflussen (Abb. 1).

Effizienz

Kürzlich fand eine Fachberatung über ökonometrische Methoden zur Messung der Effizienz von Gesundheitssystemen statt. Die Tagungsteilnehmer unterstützten den übergeordneten Ansatz der Verwendung von Grenzproduktionsfunktionen⁹⁰ zur Schätzung der Effizienz. Nachdrücklich vertraten sie die Auffassung, die Inputs in den Produktionsprozess seien von den Determinanten der beobachteten Effizienzniveaus zu trennen. Die Experten brachten jedoch anregende Vorschläge dazu ein, wie die Produktionsschätzwerte und die Determinanten der Effizienz in denselben Schätzvorgang integriert werden könnten. Die dafür erforderlichen Techniken werden noch erarbeitet.

⁹⁰ Die Grenzproduktionsanalyse ermittelt statistisch den maximal möglichen Output bei gegebenen Inputs, basierend auf einer Analyse des für Gesundheitssysteme mit ähnlichem Input beobachteten Umfangs der Outputs. Hat man den geschätzten Maximalwert, wird Effizienz als Abstand von diesem Maximum definiert: Je geringer dieser ist, desto effizienter ist das Gesundheitssystem.

ANHANG 2

Statistische
Tabellen

Mitgliedstaat	1. Halbjahres- schätzwerte der Einwohner- zahl	2. BIP pro Person (KKP\$)	3. Einkommens- ungleichheit (Gini-Index)	4. Arbeitslosen- ziffer (%)
Albanien	3145000	3189		18,40
Andorra	64000			
Armenien	3788000	2215	44,4	11,70
Aserbaidshan	8097000	2850	36,0	1,30
Belgien	10263000	26250	25,0	11,60
Bosnien-Herzegowina	4067000			11,90
Bulgarien	7866000	5071	26,4	16,00
Dänemark	5332000	28354	24,7	5,40
Deutschland	82008000	24951	30,0	9,70
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	2044000	4651		32,20
Estland	1377000	8355	37,6	13,70
Finnland	5178000	24841	25,6	9,80
Frankreich	59453000	23827	32,7	11,20
Georgien	5238000	2431	37,1	10,80
Griechenland	10624000	16058	32,7	11,10
Irland	3841000	28276	35,9	4,30
Island	281000	27658		2,30
Israel	6173000	18440	35,5	8,80
Italien	57503000	24540	27,3	10,60
Jugoslawien	10538000			26,10
Kasachstan	16095000	4951	35,4	3,90
Kirgisistan	4986000	2573	40,5	3,00
Kroatien	4655000	7387	29,0	17,00
Lettland	2406000	6264	32,4	7,80
Litauen	3689000	6656	32,4	11,50
Luxemburg	443000	45406	26,9	2,60
Malta	392000	15189		5,00
Monaco	30000			2,50
Niederlande	15929000	27463	32,6	3,20
Norwegen	4488000	29508	25,8	3,40
Österreich	8075000	26072	23,1	6,70
Polen	38577000	9305	31,6	13,00
Portugal	10034000	17573	35,6	4,00
Republik Moldau	4285000	2037	40,6	2,10
Rumänien	22388000	6041	28,2	10,50
Russische Föderation	144664000	7473	48,7	13,40
San Marino	26000			4,10
Schweden	8833000	24402	25,0	4,70
Schweiz	7170000	27407	33,1	2,70
Slowakei	5404000	10591	19,5	18,80
Slowenien	1986000	15977	28,4	7,60
Spanien	39920000	19263	32,5	15,90
Tadschikistan	6135000	1031		2,70
Tschechische Republik	10260000	14012	25,4	9,00
Türkei	67632000	6815	41,5	6,60
Turkmenistan	4835000	3347	40,8	
Ukraine	49111000	3458	29,0	11,90
Ungarn	9917000	12213	24,4	7,00
Usbekistan	25257000	2251	33,3	0,40
Vereinigtes Königreich	59541000	24135	36,1	6,00
Weißrussland	10148000	6876	21,7	2,10

*Tabelle 1: Sozioökonomische und
gesundheitliche Grundindikatoren
für alle Mitgliedstaaten der
Europäischen Region der WHO,
2001 oder neueste verfügbare
Daten*

Datenquellen: Spalte 1–2, 4–5, 9: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa; Spalte 3, 6–7: UNDP *Human development report 2001*; Spalte 8: UNESCO.

5. Gesamtaufwendungen für Gesundheit (Anteil in % am BIP)	6. Einkommens- bedingte Armutsgrenze (50% des mittleren Einkommens) (1987–1997)	7. Einkommens- bedingte Armutsgrenze (Anteil in % der Bevölkerung < 4 US-\$ pro Tag) (1993–1995)	8. Bildungs- erwartung (in Jahren)	9. Wahrschein- lichkeit, vor dem 5. Lebensjahr zu sterben
2,84				20,77
4,20				19,22
0,90				24,41
8,80	5,2		16,8	7,40
3,50				16,08
4,73		15,0	12,2	15,94
8,20	7,2		14,8	5,73
10,50	7,5		15,8	5,54
4,50			11,4	13,65
6,10		37,0	12,6	12,32
6,80	5,2		16,0	4,52
9,40	8,0		15,5	5,53
5,10			11,0	13,77
8,70			13,7	7,85
6,10	11,1		13,9	7,00
8,70			15,2	4,59
8,30	13,5			7,93
7,90	14,2			6,10
7,58				
1,90		65,0		25,15
2,10		88,0		33,29
9,04				8,40
4,80		22,0	12,1	12,37
6,20		30,0		11,25
6,10	3,9			3,83
8,81			13,4	8,03
8,10	8,1		15,9	6,35
9,30	6,9		15,6	5,30
8,20	10,6		14,5	5,73
6,20		20,0	13,0	9,35
7,70			14,5	7,29
3,00		66,0		22,43
2,60		59,0	11,6	22,20
2,90		50,0		19,16
7,90	6,6		15,2	4,29
10,40	9,3		14,1	6,04
6,50		0,7		10,12
7,70		0,7		5,63
7,00	10,1			5,95
1,20				23,08
7,30		0,8	12,8	5,19
4,76			9,5	
3,50		61,0		53,18
4,20		63,0		15,49
6,80		4,0	12,9	10,78
3,00		63,0		35,66
6,90	13,4		16,6	6,86
4,40		22,0		14,71

Mitgliedstaat	Gesunde Lebenserwartung (in Jahren)		
	1. Insgesamt	2. Männer	3. Frauen
Albanien	59,4	56,5	62,3
Andorra	71,8	69,8	73,7
Armenien	59,0	56,9	61,1
Aserbajdschan	55,4	53,3	57,5
Belgien	69,4	67,7	71,0
Bosnien-Herzegowina	63,7	62,1	65,3
Bulgarien	63,4	61,0	65,8
Dänemark	69,5	68,9	70,1
Deutschland	69,4	67,4	71,5
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	64,9	63,9	65,9
Estland	60,8	56,2	65,4
Finnland	68,8	66,1	71,5
Frankreich	70,7	68,5	72,9
Georgien	58,2	56,1	60,2
Griechenland	71,0	69,7	72,3
Irland	69,3	67,8	70,9
Island	71,2	69,8	72,6
Israel	69,9	69,3	70,6
Italien	71,2	69,5	72,8
Jugoslawien	64,3	63,3	65,4
Kasachstan	54,3	50,5	58,1
Kirgisistan	52,6	49,6	55,6
Kroatien	64,0	60,8	67,1
Lettland	57,7	51,4	63,9
Litauen	58,4	53,6	63,2
Luxemburg	69,8	67,6	72,0
Malta	70,4	68,7	72,1
Monaco	71,7	69,4	73,9
Niederlande	69,7	68,2	71,2
Norwegen	70,5	68,8	72,3
Österreich	70,3	68,1	72,5
Polen	61,8	59,3	64,3
Portugal	66,3	63,9	68,6
Republik Moldau	58,4	55,4	61,5
Rumänien	61,7	59,5	64,0
Russische Föderation	55,5	50,3	60,6
San Marino	72,0	69,7	74,3
Schweden	71,4	70,1	72,7
Schweiz	72,1	70,4	73,7
Slowakei	62,4	59,6	65,2
Slowenien	66,9	64,5	69,3
Spanien	70,6	68,7	72,5
Tadschikistan	50,8	49,6	52,0
Tschechische Republik	65,6	62,9	68,3
Türkei	58,7	56,8	60,5
Turkmenistan	52,1	51,2	53,0
Ukraine	56,8	52,3	61,3
Ungarn	59,9	55,3	64,5
Usbekistan	54,3	52,7	55,8
Vereinigtes Königreich	69,9	68,3	71,4
Weißrussland	60,1	55,4	64,8

Tabelle 2: Zusammengesetzte Indikatoren der gesundheitlichen Zielerreichung in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, 2000 oder neueste verfügbare Daten

Datenquellen: Spalte 1–5: *The world health report 2001*; Spalte 6–8: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa.

Lebenserwartungsmodell (in Jahren) ^a		Herkömmliche Lebenserwartung (in Jahren) ^b		
4. Männer	5. Frauen	6. Insgesamt	7. Männer	8. Frauen
64,3	72,9	74,8	72,0	78,0
77,2	83,8			
64,4	71,2	75,7	73,5	78,1
61,7	68,9	71,6	68,7	74,4
74,6	80,9	77,0	73,6	80,5
68,7	74,7	72,7	69,5	76,0
67,4	74,9	71,7	68,5	75,1
74,2	78,5	76,7	74,2	79,2
74,3	80,6	78,1	74,9	81,0
70,2	74,8	73,4	71,2	75,7
65,4	76,5	71,0	65,5	76,4
73,7	80,9	77,6	73,8	81,3
75,2	83,1	78,9	75,0	82,7
65,7	71,8	74,7	71,9	77,4
75,4	80,8	78,3	75,8	80,8
74,1	79,7	76,3	73,5	79,2
77,1	81,8	79,0	76,4	81,6
76,6	80,6	78,3	76,1	80,4
76,0	82,4	79,1	75,8	82,2
69,8	74,7			
58,0	68,4	65,7	60,2	71,6
60,0	68,8	67,8	63,8	72,0
69,8	77,7	73,0	69,1	76,7
64,2	75,5	70,6	65,0	76,2
66,9	77,2	72,9	67,6	78,0
73,9	80,8	78,6	75,0	81,9
75,4	80,7	78,2	76,0	80,3
76,8	84,4			
75,4	81,0	78,1	75,4	80,6
75,7	81,4	78,5	75,6	81,5
74,9	81,4	78,7	75,6	81,5
69,2	77,7	74,0	69,8	78,1
71,7	79,3	75,5	71,9	79,1
63,1	70,5	67,8	64,0	71,4
66,2	73,5	71,2	67,8	74,8
59,4	72,0	65,4	59,2	72,4
76,1	83,8			
77,3	82,0	79,6	77,0	82,2
76,7	82,5	79,5	76,4	82,3
69,2	77,5	73,4	69,3	77,6
71,9	79,4	75,8	71,8	79,5
75,4	82,3	78,7	75,2	82,3
60,4	64,7	71,8	69,8	73,8
71,5	78,2	75,2	71,8	78,6
66,8	72,5	69,5	67,0	72,1
60,0	64,9	66,1	62,5	69,8
62,6	73,3	67,9	62,3	73,6
66,3	75,2	71,5	67,2	75,8
62,1	68,0	68,7	66,1	71,2
74,8	79,9	77,6	75,1	80,0
62,0	74,0	69,0	63,4	74,8

^a Die von der WHO vorgenommene, bestmögliche Auswertung der Sterblichkeitstabelle der einzelnen Länder anhand eines speziell dafür entwickelten Systems eines Sterblichkeitstabellenmodells.

^b Berechnet auf der Grundlage offiziell gemeldeter Bevölkerungs- und Sterblichkeitsdaten (Wiesler-Methode).

Mitgliedstaat	Gesundheitsfachkräfte pro 100 000 Einwohner		
	1. Ärzte	2. Zahnärzte	3. Apotheker
Albanien	133,22	8,69	2,70
Andorra	254,90	65,24	97,11
Armenien	298,66	26,22	3,37
Aserbajdschan	360,72	27,76	29,50
Belgien	413,70	68,27	144,78
Bosnien-Herzegowina	142,23	19,21	10,07
Bulgarien	336,91	82,96	12,48
Dänemark	283,52	85,63	50,14
Deutschland	358,40	76,77	58,27
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	219,85	55,72	15,35
Estland	322,36	74,13	59,37
Finnland	307,28	92,62	147,99
Frankreich	328,37	68,62	102,18
Georgien	473,10	37,06	10,24
Griechenland	434,07	114,36	69,15
Irland	249,25	53,16	77,07
Island	336,20	100,71	83,87
Israel	376,65	113,78	62,23
Italien	567,20	57,36	104,88
Jugoslawien	213,17	38,46	18,71
Kasachstan	329,23	26,59	18,70
Kirgisistan	282,33	26,82	2,80
Kroatien	238,26	67,88	48,89
Lettland	320,35	53,86	
Litauen	379,75	66,19	59,40
Luxemburg	248,80	64,31	68,48
Malta	262,66	40,27	182,97
Monaco	664,29	121,43	217,86
Niederlande	322,18	47,60	18,75
Norwegen	469,61	114,94	33,39
Österreich	308,27	47,77	55,88
Polen	226,43	34,30	52,33
Portugal	317,94	37,73	78,06
Republik Moldau	317,98	37,35	67,50
Rumänien	188,87	22,21	7,08
Russische Föderation	419,27	32,01	7,08
San Marino	251,70	36,36	52,10
Schweden	310,87	152,12	67,41
Schweiz	336,31	48,80	63,38
Slowakei	323,16	47,81	41,57
Slowenien	215,25	60,42	34,96
Spanien	328,80	40,98	78,73
Tadschikistan	209,62	17,03	10,99
Tschechische Republik	336,86	64,81	49,25
Türkei	127,44	21,88	34,30
Turkmenistan	300,34	21,62	33,47
Ukraine	300,44	39,57	46,74
Ungarn	361,42	57,83	48,93
Usbekistan	297,72	20,73	2,73
Vereinigtes Königreich	163,93	39,83	58,21
Weißrussland	457,94	44,83	31,96

Tabelle 3: Indikatoren für das Gesundheitsversorgungssystem aller Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, 2000 oder neueste verfügbare Daten

Datenquelle: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa.

4. Pflegerische	Gesundheitsrelevante Ausgaben		Vermeidbare Sterblichkeit (Sterbefälle pro 100 000 Einwohner)			
	5. Gesamtsumme pro Kopf der Bevölkerung	6. Öffentliche Aufwendungen als Prozentsatz der Gesamtausgaben	7. Tuberkulose	8. Diabetis	9. Appendizitis	10. Perinatalsterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten
367,64	79,18	100,00	1,10	4,76	0,02	11,50
314,08						1,32
420,71	85,68		4,71	39,85	0,24	16,33
745,86	45,60		17,85	22,31	0,14	12,42
1075,11	2181,00	71,30	0,86	11,22	0,12	6,96
448,93		100,00	8,72	22,70	0,45	
461,95	214,41	100,00	3,44	19,07	0,06	12,16
937,37	2325,03	81,90	0,66	16,28	0,43	6,09
930,43	2476,00	75,30	0,54	16,26	0,14	6,07
515,36	260,46	93,90	4,98	30,15	0,15	15,82
632,52	543,08	77,10	9,80	7,64	0,25	6,64
2178,73	1547,00	75,70	1,52	8,00	0,13	3,65
672,45	2125,00	78,10	1,42	10,12	0,16	6,99
470,68	104,53	8,20	6,44	16,20	0,07	24,03
256,51	1397,05	52,50	0,57	4,45	0,03	8,77
1701,63	1508,00	77,10	1,43	10,70	0,20	10,59
869,18	2287,00	84,80	0,34	7,96	0,00	3,70
590,36	1530,52	71,00	1,53	44,57	0,12	8,35
296,15	1905,00	72,30	0,70	18,85	0,09	6,44
448,53						13,59
567,84	103,97	95,70	30,81	13,16	0,32	15,99
721,45	54,03	96,80	28,79	14,49	0,18	12,88
505,71	357,98	100,00	3,68	18,56	0,11	9,37
518,11	325,73	75,10	11,78	7,99	0,55	9,26
758,12	412,67	71,30	9,96	6,01	0,23	8,27
756,44	2543,00	92,90	0,68	9,01	0,23	6,78
1099,81	1262,21	53,50	1,04	23,05	0,59	4,60
1621,43						12,15
1320,98	2224,50	73,20	0,60	16,29	0,15	7,89
1996,19	2612,00	75,80	0,82	10,29	0,12	4,34
583,12	2014,00	72,10	0,72	11,42	0,11	3,87
526,73	535,00	75,10	2,96	13,43	0,24	10,84
378,67	1203,00	66,90	3,17	25,51	0,16	5,46
768,81	59,07	11,30	18,01	11,69	0,23	15,23
401,94	146,85	100,00	9,56	7,47	0,19	12,10
794,60	209,24		20,06	7,37	0,42	11,97
507,70						0,00
831,10	1732,00	83,80	0,62	10,53	0,15	4,67
778,94	2794,00	73,40	0,43	15,29	0,13	6,23
747,68	709,60	90,30	1,03	13,96	0,25	6,57
693,12	1230,23	86,00	1,25	16,93	0,49	4,89
372,20	1194,00	76,40	1,13	15,97	0,12	5,57
460,80	12,49		13,22	15,82	0,28	21,27
919,81	1022,88	91,40	1,06	11,20	0,19	4,01
240,26	316,00	71,93				
586,90	48,57		27,80	19,99	0,46	17,11
781,03	107,20	92,00	22,31	6,22	0,19	9,56
286,20	830,48	73,50	3,42	18,06	0,26	10,04
1011,49	65,28		19,45	20,26	0,20	10,31
497,20	1569,00	83,30	0,62	7,77	0,18	8,23
1225,80	295,67	94,10	8,77	7,05	0,19	6,14

Definition der den Tabellen zugrunde gelegten Indikatoren

Vermeidbare Mortalität (Sterbefälle pro 100 000 Einwohner):

Tuberkulose, Diabetes, Appendizitis

Die standardisierte Sterberate (SSR) für Todesursachen, die als „vermeidbar“ gelten (das medizinische Wissen in Bezug auf diese Krankheiten ist so weit fortgeschritten, dass annähernd alle Sterbefälle in den widerstandsfähigeren Altersgruppen zu verhindern wären). Sie gibt die rohe Messziffer an, die für eine Bevölkerung mit einer der europäischen Standardbevölkerung entsprechenden Altersverteilung zu erwarten wäre.

Quelle: HOLLAND, W.W. *European Community atlas of "avoidable death"*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1991.

BIP pro Kopf (KKP \$)

Das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf der Bevölkerung, ausgedrückt als Kaufkraftparität (KKP) und bereinigt für die relative Inlandskaufkraft im Vergleich zum US-\$ anstatt durch den offiziellen Wechselkurs. Die Multiplikatoren (KKPs) werden periodisch anhand der Kosten für den Standardwarenkorb geschätzt. Gemessen wird der gesamte, für den Endverbrauch vorgesehene Ertrag an Waren und Dienstleistungen innerhalb des Territoriums eines gegebenen Landes, ungeachtet der Zuordnung zu einheimischen und ausländischen Ansprüchen.

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa.

Gesundheitsrelevante Aufwendungen: Gesamtsumme pro Kopf der Bevölkerung

Die Summe der privaten und öffentlichen Aufwendungen (in KKP US-\$), dividiert durch die Bevölkerungszahl. Unter die gesundheitsrelevanten Ausgaben fallen: (präventive und kurative) gesundheitliche Leistungserbringung, Maßnahmen für Familienplanung, Ernährungsmaßnahmen und gesundheitliche Nothilfe. Nicht inbegriffen sind bei letzterer die Wasserversorgung und die Abwasserbeseitigung.

Quelle: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, S. 253.

Gesundheitsausgaben: Öffentliche Aufwendungen als Prozentsatz der Gesamtausgaben

Regelmäßige Aufwendungen und Investitionen aus staatlichen (zentralen oder kommunalen), Haushaltsmitteln externe Anleihen und Subventionen (einschließlich Zuwendungen durch internationale und nichtstaatliche Organisationen) sowie Aufwendungen aus der Sozial- oder Pflichtversicherung. Zusammen mit privaten

gesundheitsrelevanten Aufwendungen machen sie die gesundheitsrelevanten Gesamtausgaben aus.

Quelle: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, S. 252–253.

Gesundheitsfachkräfte pro 100 000 Einwohner: Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Pflegende

Qualifizierte und autorisierte Fachkräfte für Gesundheitsförderung, Prävention, Betreuung und Versorgung von Kranken und für die Rehabilitation.

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa.

Gesunde Lebenserwartung (HALE)

Vgl. Anhang 1.

Einkommensungleichheit (Gini-Index)

Misst das Ausmaß, mit dem die Einkommens- (oder Konsum-) -verteilung unter Einzelpersonen oder Haushalten in einem Land von einer vollständig ausgeglichenen Verteilung abweicht. Ein Wert von 0 bedeutet vollständige Gleichheit, der Wert 100 vollständige Ungleichheit

Quelle: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, S. 252–253.

Einkommensbedingte Armutsgrenze (50% des mittleren Einkommens)

Prozentsatz der Bevölkerung, der unterhalb der spezifizierten Armutsgrenze von 50% des mittleren Einkommens, 50% des mittleren verfügbaren Haushaltseinkommens lebt.

Quelle: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, S. 253.

Einkommensbedingte Armutsgrenze (Prozentsatz der Bevölkerung < pro Tag 4 US-\$)

Prozentsatz der Bevölkerung, der unterhalb der spezifizierten Armutsgrenze von pro Tag 4 US-\$ lebt, nach dem internationalen Preisniveau von 1990 berechnet und bereinigt für die Kaufkraftparität.

Quelle: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, S. 253.

Halbjahresschätzwerte der Einwohnerzahl

Schätzung der (de jure) Einwohnerzahl am 1. Juli eines gegebenen Kalenderjahres, berechnet als Durchschnittswert der Schätzungen am Jahresende.

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa.

Perinatalsterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten

Gewichtsspezifisch berechnet (≥ 1000 g) für Fehlgeburten und Neonatalsterbefälle (weniger als sieben Tage Lebenszeit) pro 1000 Geburten (Lebendgeburten + Totgeburten).

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa.

Wahrscheinlichkeit, vor dem 5. Lebensjahr zu sterben

Anzahl der Sterbefälle pro 1000 Lebendgeburten vor erreichtem 5. Lebensjahr.

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa.

Bildungserwartung (in Jahren)

Die Anzahl aller Bildungsjahre, die ein Kind eines gewissen Alters erwarten kann. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Wahrscheinlichkeit, mit einem bestimmten Alter eingeschult zu werden, der derzeitigen Einschulungsrate für dieses Alter entspricht.

Quelle: UNESCO Institut für Statistik (<http://www.uis.unesco.org/en/stats/stats0.htm>, eingesehen am 29. Mai 2002).

Gesamtaufwendungen für Gesundheit (Prozentsatz des BIP)

Hierunter fallen: Haushaltsaufwendungen für gesundheitliche Leistungen, staatlich unterhaltene Gesundheitsdienste (in Schulen, Strafanstalten usw.), Investitionen in Kliniken, Labors usw., Verwaltungskosten, Forschung und Entwicklung, Arbeitsmedizin, Zuwendungen aus Spenden und durch Wohltätigkeitseinrichtungen.

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa.

Arbeitslosenrate (%)

Der Anteil der erfassten Personen ohne Beschäftigungsverhältnis an der arbeitsfähigen Bevölkerung, im Jahresdurchschnitt berechnet. Unter die „Arbeitslosen“ fallen alle Personen oberhalb einer festgesetzten Altersgrenze, die im Referenzzeitraum „ohne Erwerbstätigkeit“ waren, dem „Arbeitsmarkt zur Verfügung“ standen oder „Beschäftigung suchten“.

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa.

Regierungen und Politiker sind sich zunehmend bewusst, dass Zugang zu Wissen ihnen eine bessere politische Praxis ermöglicht. Immer mehr sind sich die Politiker der verschiedenen Mitgliedstaaten zudem darüber im Klaren, dass sie vor gemeinsamen Herausforderungen stehen und der Blick über die Grenzen ihnen nützlich Wissen einbringt, das sie auch die Situation ihres eigenen Landes besser verstehen lässt. Das Regionalbüro hat die große Aufgabe, auf den vorliegenden Daten und Erfahrungen aufzubauen, den Austausch dieser Erfahrungen zu erleichtern und letztlich die Daten und Indikatoren international vergleichbar zu machen.

Der europäische Gesundheitsbericht entspricht dem Satzungsauftrag der WHO, die Mitgliedstaaten mit wichtigen gesundheitlichen Informationen zu versorgen. Er bietet ein breites, doch präzises Bild des Gesundheitszustands und der Gesundheitsdeterminanten in der Region und zeigt, wo die Mitgliedstaaten und die europäischen Gesundheitsexperten mit gesundheitlichen Maßnahmen ansetzen sollten. In dem Bericht geht es vor allem um konkrete, für Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich nützliche Fakten. Das Regionalbüro arbeitet ausgehend von den Werten und Prinzipien der WHO als „einer Organisation“ mit den Mitgliedstaaten an für die Gesundheit in Europa wichtigen Themen und Problemen. Die dabei geschaffenen, gelagerten und „beglaubigten“ Informationen werden zusammengefasst und an die Mitgliedstaaten zurückgegeben.

Der Erfolg dieser Veröffentlichung wird sich daran messen, ob die Mitgliedstaaten bei ihrem Bemühen, ihre Gesundheitspolitik und ihre Gesundheitssysteme zu verbessern, die hier vorgelegten Informationen als brauchbar empfinden und nutzen können.



ISBN 92 890 3365 7
CHF 42,-

EUROPA

Regionale Veröffentlichungen der WHO
Europäische Schriftenreihe Nr. 97

