



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Zweiundfünfzigste Tagung**

**Kopenhagen, 16.–19. September 2002**

Punkt 7 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC52/8  
+ EUR/RC52/Conf.Doc./4  
18. Juni 2002  
22501  
ORIGINAL: ENGLISCH

**ARMUT UND GESUNDHEIT –  
FAKTEN UND MASSNAHMEN IN DER EUROPÄISCHEN REGION DER WHO**

In der Resolution EUR/RC51/R6 wird der enge Zusammenhang zwischen Armut und defizitärer Gesundheit und der dem Gesundheitssektor obliegenden Verantwortung, im Rahmen multisektoraler Bemühungen zur Minderung von Armut beizutragen, erkannt.

Als Reaktion auf diese Resolution hat das Regionalbüro einen Prozess der systematischen Erhebung, Validierung, Analyse und Verbreitung von Informationen über konkrete, durch Mitgliedstaaten ergriffene Maßnahmen in Gang gesetzt, die sich mit einem breiten Spektrum von Problemen hinsichtlich der Rolle der Gesundheitssysteme bei der Verringerung von Armut und der Verbesserung der Gesundheit der Armen befassen.

In dem vorliegenden Dokument werden in zwölf ausgewählten Fallstudien zehn europäischer WHO-Mitgliedstaaten die Hauptinterventionsbereiche und die armutsbedingten Probleme, mit denen sich die Gesundheitssysteme auseinandersetzen, dargestellt. Außerdem enthält das Dokument eine Zusammenfassung der wesentlichen Schlussfolgerungen hinsichtlich der bisher geleisteten Arbeit und zeigt eine Reihe von wichtigen Maßnahmen auf, die das Regionalbüro in Zukunft ergreifen könnte.

Ein Resolutionsentwurf zur Behandlung durch das Regionalkomitee liegt bei.



# Inhalt

	<i>Seite</i>
Hintergrund .....	1
Ziele des Dokuments .....	2
Methoden und vereinbarter Prozess .....	2
In den Fallstudien behandelte Themen .....	2
Die Bezahlbarkeit grundlegender Gesundheitsleistungen .....	3
Fehlende kulturelle und bzw. oder geographische Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten .....	3
Armut und die breiteren Gesundheitsdeterminanten .....	4
„Armutskrankheiten“ .....	5
Schlussfolgerungen .....	6
Das Gesundheitssystem kann wirksame Maßnahmen ergreifen .....	6
Das Gesundheitssystem kann ein Problem sein .....	6
Förderung der Fähigkeiten und des Know-hows und Mobilisierung von Ressourcen .....	6
Die nächsten Schritte .....	7
Anhang 1 Liste der für 2002 ausgewählten Fallstudien .....	8
Anhang 2 Zusammenfassung der Kriterien zur Einordnung der Fallstudien in die vorgeschlagene europäische Datenbank .....	9
Anhang 3 Literaturhinweise .....	10



## Hintergrund

1. In den vergangenen Jahren wurde zunehmend erkannt, dass ein sehr enger Zusammenhang zwischen Armut, Gesundheit und wirtschaftlicher Entwicklung besteht. Im September 2000 wurde bei dem bisher größten Zusammentreffen der politischen Führer der Welt die Millenniums-Deklaration der Vereinten Nationen (United Nations Millennium Declaration) angenommen, die neben Vorschlägen zur Entwicklung und Armutsbekämpfung die Verpflichtung beinhaltet, jedem Menschen das Recht auf Entwicklung einzuräumen (1).
2. Vor kurzem haben bei der Internationalen Konferenz über Entwicklungsfinanzierung, dem Monterrey-Gipfeltreffen zum Thema Armut im März 2002, verschiedene Länder beträchtliche Steigerungen ihrer Entwicklungshilfe für Länder in Übersee zugesagt, um die Kluft zwischen Arm und Reich zu verringern (2).
3. Von der WHO wurde im Jahr 2000 die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit (Commission on Macroeconomics and Health) eingesetzt, deren Aufgabe darin besteht, die Rolle der Gesundheit bei der wirtschaftlichen Entwicklung zu untersuchen und die nächsten zu unternehmenden Schritte vorzuschlagen. Der Bericht stellte einen Wendepunkt dar, da er das Thema Gesundheit in den Mittelpunkt der gegenwärtigen Bemühungen rückte. Besonders wichtig sei das Thema Gesundheit auch für den Einsatz von Ressourcen, die weltweit der Unterstützung einer chancengleicheren wirtschaftlichen Entwicklung dienen (3).
4. In der Resolution EUR/RC51/R6 wird der enge Zusammenhang zwischen Armut und defizitärer Gesundheit und der dem Gesundheitssektor obliegenden Verantwortung, im Rahmen multisektoraler Bemühungen zur Verringerung von Armut beizutragen, erkannt. Der Regionaldirektor wurde ersucht:
  - a) einen Prozess zur Erlangung, Analyse und Verbreitung von Wissen über die Ursachen von Armut und für effektive Maßnahmen zur Eindämmung der Auswirkungen, die Armut auf die Gesundheitssituation hat, in die Wege zu leiten;
  - b) Ressourcen zu mobilisieren, um innerhalb eines kohärenten regionalen Rahmenkonzepts Maßnahmen gegen Armut und für die Gesundheit einzuleiten;
  - c) diese Thematik auf die Tagesordnung der zweiundfünfzigsten Tagung des Regionalkomitees zu setzen.
5. Als unmittelbare Reaktion auf die Resolution hat der Regionaldirektor im Regionalbüro Ressourcen zur Verfügung gestellt, um diesen Forderungen nachzukommen. Das Büro kann sich deshalb an den beiden folgenden Handlungssträngen orientieren:
  - a) Veranlassung der systematischen Zusammenstellung konkreter Beispiele, die zeigen, wie die Gesundheitssysteme in den Europäischen Mitgliedstaaten mit der Thematik Armut und Gesundheit umgehen, und
  - b) Vorbereitungen zur Einleitung eines kontinuierlichen Prozesses wissenschaftlicher Studien, deren Ziel die Analyse und Verbreitung von Wissen über Armut und deren politische Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region ist.
6. Diese Maßnahmen werden in erster Linie vom europäischen WHO-Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung in Venedig durchgeführt. Die ersten Erkenntnisse zu diesen Maßnahmen sind nachstehend dargestellt. Die wissenschaftlichen Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Armut und defizitärer Gesundheit in der Europäischen Region laufen im Jahr 2003 an.

## Ziele des Dokuments

7. Das Dokument hat folgende Ziele:

- eine kurze Beschreibung der Schritte zu liefern, die im Jahr 2002 im Anschluss an EUR/RC51/R6 eingeleitet wurden;
- die Hauptinterventionsgebiete und Probleme aufzuzeigen, mit denen sich Gesundheitssysteme befassen haben, und zwar im Rahmen von zwölf ausgewählten Fallstudien aus zehn Mitgliedstaaten;
- die wichtigsten Schlussfolgerungen der bisher geleisteten Arbeit zusammenzufassen, und
- einige der wichtigsten Maßnahmen vorzuschlagen, die das Regionalbüro in Zukunft in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten im Bereich Armut und Gesundheit im Rahmen der Resolution EUR/RC51/R6 ergreifen könnte.

## Methoden und vereinbarter Prozess

8. Als Reaktion auf die Resolution EUR/RC51/R6 wurde ein Prozess der systematischen Zusammenstellung, Validierung, Analyse und Verbreitung von Informationen über konkrete, derzeit von den Mitgliedstaaten ergriffene Maßnahmen eingeleitet. Dabei ging es um ein breites Spektrum von Problemen, die mit der Rolle der Gesundheitssysteme bei der Verringerung der Armut und der Verbesserung der Gesundheit der Armen in Zusammenhang stehen. Bei diesem Prozess stand die Einbeziehung der Mitgliedstaaten, der Fachabteilungen und Programme am Sitz des Regionalbüros und der Länderreferenten im Vordergrund. Enge Verbindungen wurden ebenfalls mit Medienfachkräften, Gesundheitsfachkräften und vor Ort tätigen, nichtstaatlichen Organisationen sowie mit Wissenschaftlern aufgebaut.

9. Der Prozess war vom Regionaldirektor eingeleitet worden, der alle Mitgliedstaaten dazu eingeladen hatte, wichtige, von ihren Gesundheitssystemen ausgehende Initiativen vorzustellen, die auf spezifische Aspekte von Armut und Gesundheit ausgerichtet sind. Zudem wurden Experten sowohl in den einzelnen Ländern als auch in der WHO konsultiert, was zur Auswahl von zwölf Fallstudien führte. Ein speziell zu diesem Zweck zusammengestelltes Team professioneller Wissenschaftsjournalisten hat diese Fallstudien anhand von Recherchen erarbeitet und geschrieben. Das Ziel jeder einzelnen Fallstudie besteht darin, eine sachliche Beschreibung der vom Mitgliedstaat ergriffenen Maßnahmen zu liefern und anhand von Fakten zu dokumentieren, dass das Gesundheitssystem in diesem komplexen Bereich wirksame Maßnahmen ergreifen kann. Diese Fallstudien stellen dabei nicht immer Beispiele für die „optimale Vorgehensweise“ oder für Innovationen dar. Dennoch dienen sie zur Dokumentierung der Art und Weise, in der gegenwärtig Maßnahmen in den europäischen Ländern umgesetzt werden. Diese Fallstudien wurden bei einem vom Regionalbüro mit freundlicher Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland am 18. und 19. April 2002 in Düsseldorf organisierten Expertentreffen inhaltlich erörtert und validiert. An diesem Treffen nahm eine Gruppe von Experten verschiedener Fachgebiete (öffentliche Gesundheit, Grundsatzarbeit, Forschung über Armut), Medienexperten und Vertreter nichtstaatlicher und zwischenstaatlicher Organisationen teil.

## In den Fallstudien behandelte Themen

10. Anhang 1 enthält eine Auflistung der für 2002 ausgewählten Fallstudien. Die Teilnehmer der zweiundfünfzigsten Tagung des Regionalkomitees erhalten außerdem eine zusammenfassende Übersicht über die Hauptergebnisse der zwölf Fallstudien (in den vier Arbeitssprachen der Europäischen Region der WHO) und den ungekürzten Text der Fallstudien (nur auf Englisch).

11. Bei der Auswahl dieser ersten Reihe von Fallstudien ging es hauptsächlich darum, eindeutig herauszuarbeiten, welche spezifischen Aspekte von Armut und defizitärer Gesundheit durch Maßnahmen innerhalb des Gesundheitssystems direkt behandelt werden können. Die zwölf Fallstudien lassen sich dementsprechend vier Hauptthemen zuordnen.

## **Die Bezahlbarkeit grundlegender Gesundheitsleistungen**

12. In diesen Fallstudien werden Maßnahmen beschrieben, die auf den teilweisen bzw. vollständigen Abbau der finanziellen Hürden gerichtet sind, die die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen behindern. Beim Expertentreffen in Düsseldorf führte eine Analyse der unter dieser Überschrift eingeordneten Fallstudien zunächst zu der Erkenntnis, dass es in dieser Frage mindestens zwei wesentliche Gesichtspunkte gibt. Erstens können sich arme Bevölkerungsschichten die Gesundheitsleistungen, die sie bei einer Erkrankung in Anspruch nehmen müssten, vielleicht nicht leisten. Dies führt dazu, dass sie eine ärztliche Behandlung so lange hinauszögern, bis ihre Krankheit einen schweren oder chronischen Verlauf nimmt und in der Folge ihre finanzielle Existenz bedroht. Zweitens könnten sie gezwungen sein, finanzielle Mittel aufzutreiben, mit denen sie entweder die Behandlungskosten oder indirekte, durch die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste verursachte Aufwendungen oder beides bezahlen müssen. Unter diesen Umständen könnten die Betroffenen gezwungen sein, Kredite aufzunehmen, sich zu verschulden, Vermögenswerte zu veräußern oder andere Maßnahmen zu ergreifen, die sie entweder arm machen oder doch näher an die Armutsgrenze heranbringen. Die mit den Gesundheitsdiensten in Zusammenhang stehenden direkten bzw. indirekten Kosten können Betroffene also in die Armut drängen bzw. bereits bestehende Armut verstärken. In diesem Fall wird das Gesundheitssystem selbst zu einer der Ursachen von Armut. Zur Problemlösung bzw. -vermeidung untersuchen die Mitgliedstaaten derzeit, wie grundlegende Gesundheitsleistungen finanziert werden, und bemühen sich darum, dass Betroffene im Bedarfsfall von der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste nicht durch die Kosten abgehalten werden. Die Analyse der Fallstudien in dieser Gruppe deutet darauf hin, dass die Strukturen und die Regulierung des Gesundheitssystems ebenfalls betrachtet werden müssen, um sicherzustellen, dass die Funktionsweise des Systems weder Arbeit noch Auskommen der Betroffenen beeinträchtigt.

13. Zwei Fallstudien veranschaulichen Interventionsmaßnahmen zur Bewältigung dieses Problems. Bei der französischen Studie richtet sich der Fokus auf das nationale Gesundheitssystem, bei dem für bestimmte schwächere Bevölkerungsgruppen die Kosten für eine Reihe von Leistungen nicht übernommen werden. Außerdem waren die Antragsverfahren für die Kostenrückerstattung für andere Leistungen so komplex, dass Betroffene von einer Beantragung absahen und bzw. oder sich durch die Beantragung stigmatisiert fühlten. Die Interventionsmaßnahme sah eine Gesetzesänderung und eine Änderung der nationalen Vorschriften vor. Hier sollte betont werden, dass diese Interventionsmaßnahme ursprünglich aus Sorge um Bevölkerungsrandgruppen eingeleitet worden war, von den Gesetzesänderungen profitiert jedoch eine viel breitere, finanzschwache Bevölkerungsschicht.

14. In der Fallstudie aus Kirgisistan geht es um Fragen der Finanzierung des Gesundheitssystems, einschließlich der Bezahlung von Gesundheitsfachkräften und Gebühren für Patienten; dies sind Fragen, mit denen sich viele Mitgliedstaaten der Europäischen Region befassen. Hier wird ein Versuch dokumentiert, das Problem der unvorhersehbaren Kosten für Gesundheitsleistungen (in Form von Zahlungen, die Patienten „unter der Hand“ leisten müssen) abzuschwächen, indem eine bestimmte Eigenbeteiligung für den stationären Aufenthalt geleistet wird; ebenso wird die allgemeine Transparenz des Systems gefördert. Obwohl sich die Fallstudie mit einer immer noch unbefriedigenden Lösung hinsichtlich der Komplexität der Finanzierung der Gesundheitsversorgung befasst, so veranschaulicht sie Maßnahmen, die tendenziell eine Reduzierung der unvorhersehbaren Kosten für Gesundheitsleistungen zur Folge haben, während zusätzliche Ressourcen für die besonders Armen bereitgestellt werden.

## **Fehlende kulturelle und bzw. oder geographische Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten**

15. Selbst wenn Gesundheitsdienste offiziell kostenlos erbracht werden – wie dies für eine Vielzahl von Vorsorgeleistungen (wie beispielsweise der Bekämpfung ansteckender Krankheiten) in den meisten europäischen Ländern der Fall ist – so werden diese Leistungen möglicherweise aufgrund der Form oder der Art und Weise, in der sie bereitgestellt werden, aus kulturellen Gründen nicht angenommen; oder sie sind aufgrund der geographischen Gegebenheiten für Arme im allgemeinen und für Randgruppen im besonderen nicht zugänglich. Bestimmte Gesellschaftsgruppen mögen in der Tat von der Inanspruchnahme der von ihnen benötigten Leistungen ausgeschlossen sein, wodurch ihre Gesundheit auf lange Sicht

beeinträchtigt werden kann und sie immer tiefer in den Teufelskreis aus defizitärer Gesundheit und Armut hineinrutschen. Aufgrund der Analyse der Fallstudien aus dieser Gruppe ergeben sich folgende Interventionsmaßnahmen zur Bewältigung dieses Problemtyps:

- Organisatorische Anpassungen, wie dies beispielsweise in den deutschen und polnischen Fallstudien dargestellt wird. Hier wird aufsuchende Arbeit für Randgruppen oder ländliche Bevölkerungsgruppen in unzugänglichen Gebieten geleistet; man wartet nicht darauf, dass diese Gruppen die Dienste von sich aus aufsuchen;
- Sinnvolle Wahl des Zeitpunktes und Auswahl des Personals zur Bereitstellung von Gesundheitsdiensten gemäß religiöser oder kultureller Praktiken; Ausbildung und Einstellung von Personal mit zusätzlichen Fremdsprachenkenntnissen und kulturellen und anthropologischen Kenntnissen, um – wie in den Fallstudien aus Italien und Kroatien beschrieben wird – Verständigungsschwierigkeiten abzubauen;
- berufliche Förderung und Leitlinien bzw. gesetzliche Bestimmungen hinsichtlich Chancengleichheit, um die Einstellung des Personals im Umgang mit ärmeren Patienten zu verbessern und um eine offensichtliche Diskriminierung zu vermeiden, wie es in der Fallstudie aus Ungarn dargestellt wird.

### **Armut und die breiteren Gesundheitsdeterminanten**

16. „Krankheit belastet die wirtschaftliche Entwicklung in hohem Maße ... Wirtschaftliche Entwicklung setzt jedoch mehr voraus als nur gesunde Menschen ... Wirtschaftliche Entwicklung ist ein multi-sektoraler Prozess, und die Strategie für eine wirtschaftliche Entwicklung muss auf einem breiten Spektrum von sozialen Investitionen sowie auf Strategien beruhen, die Investitionen im privaten Unternehmensbereich fördern“(3).

17. Sind die Voraussetzungen, die für die Entwicklung der Fähigkeiten eines Menschen (d. h. Arbeit, akzeptable Wohnsituation, Sicherheit) notwendig sind, nicht gegeben, dann werden die Patienten nur vorübergehend geheilt und erneut behandelt, wenn sie wieder erkranken. Doch können Gesundheitssysteme denn zur wirtschaftlichen Entwicklung im breiteren Sinn beitragen?

18. Auf den ersten Blick mögen die im Gesundheitssystem Beschäftigten denken, dass es außerhalb ihres Einflussbereiches liege, weitere finanzielle Mittel für die Armen bereitzustellen oder ihnen bei der Arbeitssuche behilflich zu sein, so dass sie über mehr Einkommen verfügen. Einige der Fallstudien zeigen jedoch, dass durch kreatives Denken möglicherweise Mittel und Wege gefunden werden können, die dem Gesundheitssystem wichtige Einflussmöglichkeiten eröffnen. Hier ist es jedoch häufig notwendig, Partnerschaften mit Organen oder Organisationen außerhalb des Gesundheitssektors einzugehen, um eine Verringerung der Armut zu bewirken.

19. Drei Fallstudien lassen sich dieser Kategorie zuordnen. Die Fallstudie „Fit for Work“ in Newham, Vereinigtes Königreich, steht mit einer Regierungsmaßnahme in Zusammenhang, mit der Ungleichheit im Bereich Gesundheit abgebaut werden soll. Viele örtliche Gesundheitsbehörden im Vereinigten Königreich erkennen derzeit, dass die örtlichen Einheiten des staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS) in unterentwickelten Gebieten sowohl der Hauptarbeitgeber als auch der Hauptabnehmer von Waren und Dienstleistungen sind. Eine solche Einrichtung (Newham in London) hat bewusst versucht, den Arbeitsmarkt zu stimulieren und Arbeitsplätze in der unterentwickelten Region, in der sie tätig ist, zu schaffen, indem sie beispielsweise Trainingsprogramme zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt gestartet und die Rekrutierung ortsansässiger Arbeitskräfte für offene Stellen im staatlichen Gesundheitsdienst gefördert hat. Außerdem hat sie ihre beträchtliche Kaufkraft eingesetzt, um Waren und Dienstleistungen von Lieferanten in den umliegenden benachteiligten Gebieten einzukaufen, wodurch sie zur Ankurbelung der örtlichen Wirtschaft beigetragen hat.

20. Ein weiteres Beispiel aus dem Vereinigten Königreich: Hier belegt eine Fallstudie aus Blackpool die Vorteile, die durch Rechtsberatung zum Thema Sozialhilfe und Schuldnerberatung in der



Primärversorgung entstanden sind. Jährlich werden im Vereinigten Königreich mehrere Millionen Pfund Sozialhilfe nicht beantragt. Studien belegen, dass dies damit zusammenhängen könnte, dass die Verfahren zur Beantragung von Sozialleistungen insbesondere von älteren Menschen als schwierig eingeschätzt werden. Zudem beantragen Betroffene nur ungern etwas, das sie als „Almosen“ ansehen, obwohl sie einen gesetzlichen Anspruch auf diese Leistungen haben. Zu den nicht beantragten Leistungen gehören Einkommenszuschüsse, Behindertengeld und Kostenübernahme für häusliches Pflegepersonal. Rechtsberater, die für die Beantragung von Sozialleistungen ausgebildet sind, halten in Gesundheitszentren Beratungen ab, bei denen sie den gesetzlichen Anspruch der Patienten auf staatliche Unterstützung prüfen und ihnen bei der Beantragung der ihnen zustehenden Leistungen helfen. Darüber hinaus verhandeln sie im Namen des Patienten mit verschiedenen staatlichen Einrichtungen, wenn sich der Patient verschuldet hat (wenn beispielsweise bei der örtlichen Wohnungsgesellschaft die Miete fällig ist). In den vergangenen Jahren haben wie die in der Fallstudie von Blackpool beschriebene Initiativen dazu beigetragen, dass jeder Patient mehrere Hundert Pfund erhalten hat; sobald der Antrag einmal gestellt ist, wird diese Leistung häufig über mehrere Jahre hinweg gezahlt. Diese Maßnahmen sind deshalb ein sehr direkter Weg, um einerseits das Einkommen der Armen zu erhöhen und andererseits dazu beizutragen, dass die Sozialprogramme bei der entsprechenden Zielbevölkerung greifen. Die Auswirkungen von Initiativen wie den in der Fallstudie von Blackpool beschriebenen, beschränken sich häufig nicht nur auf die besonders Armen. Auch chronisch Kranke mit mittlerem Einkommen können von ihnen profitieren, weil sie aufgrund der Aufwendungen für Transportleistungen und häusliche Pflege Einkommensverluste in Kauf nehmen müssen und als Folge davon verarmen.

21. Die „hängenden Gärten“ von St. Petersburg in der Russischen Föderation stellen ein weiteres Beispiel dafür dar, wie das Problem der Armut und ihrer Determinanten angegangen werden kann. Die Fallstudie veranschaulicht, dass Gruppen der Zivilgesellschaft dazu beitragen können, das Problem von Lebensmittelmangel und Mangelernährung zu lindern, indem sie mit staatlichen Behörden, nichtstaatlichen Organisationen und örtlichen Bevölkerungsgruppierungen partnerschaftlich zusammenarbeiten, um den Zugang zu frischem Obst und Gemüse für arme Bevölkerungsgruppierungen zu verbessern. Damit werden von diesen Gruppen außerdem Möglichkeiten geschaffen, die wirtschaftliche Aktivität anzukurbeln.

### „Armutskrankheiten“

22. Als größte gesundheitliche Gefahr, die das wirtschaftliche Wachstum in einer Vielzahl von Ländern beeinträchtigt, gelten einige der weit verbreiteten Krankheiten wie Malaria, HIV/Aids, Tuberkulose und Kinderkrankheiten. Gleichzeitig gibt es eine Reihe wirksamer Gesundheitsmaßnahmen, um diesen Gesundheitsgefahren entgegenzuwirken (4).

23. Zwei Fallstudien richten sich insbesondere auf die sogenannten „Armutskrankheiten“. Im Orel *Oblast* in der Russischen Föderation baut eine Vereinigung aus der regionalen Gesundheitskommission, der WHO, dem Russischen Roten Kreuz, der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften sowie anderen Organisationen ein Sozial- und Nahrungsmittelnetzwerk für Tuberkulosekranke auf. Durch die Anwendung der DOTS Strategie der (directly observed treatment, short-course), einer ambulanten Kurzzeittherapie, trägt dieser zweigleisige Ansatz dazu bei, die Wirksamkeit der Tuberkulosebehandlung, insbesondere unter den Ärmsten der Gesellschaft, zu verstärken.

24. In der Fallstudie aus der Republik Moldau geht es um die Vorschriften für die Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten (obligatorische stationäre Behandlung und begleitende Verfahren zur Umgebungsuntersuchung und Ermittlung von Ansteckungsquellen). In vielen Fällen haben diese Krankheiten dazu geführt, dass die Patienten ihre Arbeit und in manchen Fällen auch ihre Unterkunft verloren haben, wodurch sie tiefer in die Armut hineingedrängt wurden. Die Interventionsmaßnahme sah eine Änderung der staatlichen Praxis und ebenfalls neue Behandlungsmethoden und Protokolle zur Umgebungsuntersuchung und Ermittlung von Ansteckungsquellen vor.

## Schlussfolgerungen

25. Anhand der auf dem Expertentreffen im Jahre 2001 durchgeführten Analyse dieser zwölf Fallstudien konnten einige Schlussfolgerungen gezogen werden. Die drei wesentlichen Schlussfolgerungen werden im Folgenden zusammengefasst.

### Das Gesundheitssystem kann wirksame Maßnahmen ergreifen

26. Von der Problematik Armut und Gesundheit sind alle Mitgliedstaaten betroffen, wenn auch Ausmaß und Art und Weise, in der Armut und Gesundheit zueinander in Beziehung stehen, unterschiedlich sind. Die Fallstudien liefern eindeutige Belege dafür, dass das Gesundheitssystem Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen ergreifen kann. Diese reichen von politischen Entscheidungen auf nationaler Ebene bis hin zu örtlichen Interventionsmaßnahmen. Gegenwärtig gibt es keine systematische Zusammenstellung von Informationen, Dokumentation und Evaluierungen, die veranschaulichen, wie die Gesundheitssysteme bessere Ergebnisse hinsichtlich der Gesundheitssituation erzielen können, indem sie sich mit den gesundheitlichen Problemen der Armen und der gesellschaftlich marginalisierten Bevölkerungsgruppen befassen. Deshalb sollte die Arbeit an den Fallstudien fortgesetzt und erweitert werden, wobei weitere Fallstudien aus anderen Mitgliedstaaten zusammengestellt werden sollten. Die Fallstudien sollten in eine „Europäische Datenbank für Fallstudien“ (European data bank of case studies) eingegeben werden. In dieser Datenbank sollten für alle Mitgliedstaaten brauchbare Angaben über wirksame, durch Fakten untermauerte Maßnahmen zur Verfügung stehen, die das Gesundheitssystem ergreifen kann, um den Auswirkungen, die Armut auf den Gesundheitszustand hat, entgegenzuwirken. Das entspricht der von den Mitgliedstaaten hier erhobenen Forderung, Informationen und Know-how für diesen spezifischen Bereich zur Verfügung zu stellen.

### Das Gesundheitssystem kann ein Problem sein

27. Unter bestimmten Umständen kann das Gesundheitssystem zu einer Hürde werden und unbeabsichtigt Armut erzeugen bzw. verstärken. Aus diesem Grunde ist es wichtig, über ein Informationssystem zu verfügen, das dieses Problem gegebenenfalls aufdeckt. Darüber hinaus sollten Gesundheitseinrichtungen aufgefordert werden, ihre Leistungen und ihre gesetzliche Grundlage einer regelmäßigen Prüfung zu unterziehen, und einzuschätzen, welche Wirkung sie bei der Bewältigung der unterschiedlichen Aspekte der Problematik Armut und Gesundheit erzielen. Außerdem sollten die Strukturen des Gesundheitswesens und die Bereitstellung von sowie der Zugang zu Behandlung und Pflege in den einzelnen Ländern in regelmäßigen Abständen überprüft werden. So soll sichergestellt werden, dass für die Armen keine negativen Folgen entstehen.

### Förderung der Fähigkeiten und des Know-hows und Mobilisierung von Ressourcen

28. Obwohl sich die Europäischen Mitgliedstaaten in immer zunehmendem Maße mit der Problematik Armut und ihrer Auswirkung auf die Gesundheit befassen müssen, verfügen die Gesundheitssysteme größtenteils nicht über angemessene personelle und finanzielle Ressourcen, um dieses komplexe Gebiet bearbeiten zu können. Bei der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften wird keinerlei Wissen darüber vermittelt, wie sich die Problematik Armut und Gesundheit auf einen breitgefächerten Fragenkomplex bei der ambulanten und stationären Behandlung armutsbedingter Krankheiten, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung auswirkt. In den Lehrplänen fehlen diese Themen ebenfalls. Aus diesem Grunde braucht man nicht nur unbedingt mehr finanzielle Ressourcen, sondern muss auch dafür sorgen, das Wissen und Können der in den Gesundheitssystemen der Europäischen Mitgliedstaaten tätigen Fachkräfte zu verbessern.

29. Außerdem wurden beim Expertentreffen die Kriterien verbessert, die der Auswahl von Fallstudien zugrunde gelegt werden sollten. Es wurde empfohlen, dass Inhalt und Form der ausgewählten Fallstudien weiterhin wissenschaftlich fundiert sein sollten. Die Fallstudien müssen interessant und lebendig

geschrieben sein und – neben den vom Gesundheitssystem ergriffenen Maßnahmen – persönliche Erfahrungen wiedergeben. Außerdem müssen sie genaue Daten und Informationen über spezifische Probleme, die mit Armut und Gesundheit in Zusammenhang stehen, und über Maßnahmen beinhalten, die das Gesundheitssystem zur Problembewältigung ergreift. Insbesondere müssen bei der Fortsetzung der systematischen Erfassung, Validierung, Analyse und Verbreitung der in den Fallstudien enthaltenen Informationen die im Anhang 2 zusammengefassten Kriterien Anwendung finden. Ein weiteres Ergebnis des Treffens bestand darin, einige noch „fehlende“ Bereiche auszuweisen, die in den ersten zwölf Fallstudien noch nicht behandelt worden waren. Hierzu gehören insbesondere Situationsbeschreibungen von Armut in ländlichen Gebieten. Darüber hinaus erörterten die Teilnehmer des Expertentreffens, dass Mittel investiert werden müssten, damit die Fallstudien auf effektive Weise verbreitet werden und einer Vielzahl von Zwecken dienen können (einschließlich der Ausbildung und Entwicklung beruflicher Fertigkeiten).

## Die nächsten Schritte

30. Gemäß den Ergebnissen des Expertentreffens werden eine Reihe von richtungsweisenden Maßnahmen als angemessen und wesentlich angesehen, um die Informationslücke zu schließen und das notwendige Know-how für diesen Bereich zu entwickeln, der für alle Mitgliedstaaten in der Europäischen Region ein immer wichtigeres Anliegen darstellt. Diese Empfehlungen werden unten dargestellt und sind im beiliegenden Resolutionsentwurf enthalten (EUR/RC52/Conf.Doc./4). Es wird empfohlen:

- a) den Prozess zur Schaffung, Analyse und Verbreitung von Wissen über den Zusammenhang von Armut und Gesundheit weiterzuführen, insbesondere die systematische Erfassung, Validierung und Verbreitung von Fallstudien über die praktische Funktion des Gesundheitssystems bei der Bewältigung der Probleme von Armut und Gesundheit;
- b) im Regionalbüro eine Datenbank über die wirksamen Maßnahmen einzurichten, die im Rahmen der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten der Europäischen Region ergriffen wurden, um die Gesundheit und das Wohlergehen der Armen und der schwächsten Gruppen zu fördern;
- c) den Mitgliedstaaten behilflich zu sein durch die Bereitstellung von wissenschaftlich abgestütztem, in knapper und klarer Form dargestellten Faktenmaterial, das der Verbesserung von Konzepten zur Bewältigung der Problematik Armut und Gesundheit dient, einschließlich Indikatoren für die Evaluation der Maßnahmen;
- d) für die Entwicklung von Aktivitäten zur Thematik Armut und Gesundheit vorhandene Ressourcen zu nutzen und neue zu mobilisieren, einschließlich der Bereitstellung von fachlichem Beistand für die Mitgliedstaaten in Form von Ausbildung und Förderung beruflicher Fertigkeiten;
- e) eng mit anderen einschlägigen, in diesem Bereich tätigen Organisationen (sowohl mit zwischenstaatlichen als auch mit nichtstaatlichen) zusammenzuarbeiten mit dem Ziel, regelmäßig umfassende Berichte über die Armuts- und Gesundheitssituation in der Europäischen Region zu erstellen und die Fortschritte zu verfolgen;
- f) ein angemessenes Forum für die Diskussion und den Erfahrungs- und Informationsaustausch unter Gesundheitsfachkräften, Sozialarbeitern, politischen Entscheidungsträgern und anderen Fachkräften, die im Rahmen von Maßnahmen zur Bewältigung der Problematik Armut und Gesundheit tätig sind, zu schaffen.

*Anhang 1*

**LISTE DER FÜR 2002 AUSGEWÄHLTEN FALLSTUDIEN**

Die für 2002 ausgewählten Fallstudien beschreiben ein breites Spektrum von Maßnahmen, die nicht nur innerhalb ihres eigenen Kontextes wichtig sind, sondern auch nachahmenswerte Modelle darstellen, die in anderen Teilen der Region eventuell in angepasster Form Anwendung finden können.

Deutschland	Das Mainzer Modell, das für Obdachlose Gesundheitsleistungen bereitstellt.
Frankreich	Zusätzliche Krankenversicherungsleistungen: Die ärmsten Bevölkerungsschichten werden erreicht.
Italien	Von Fehlinformationen und Unwissenheit zu Erkenntnis und Fürsorge: die Bewältigung des Problems der Immigranten und Obdachlosen in Rom.
Kirgisistan	Verringerung der Aufwendungen des Einzelnen und Stärkung der Solidarität: ein nationaler Lösungsansatz, um den Zahlungen „unter der Hand“ beizukommen; dabei ist der Fokus insbesondere auf die Kostenreduzierung für die armen ländlichen Gebiete gerichtet.
Kroatien	Abbau der Verständigungsschwierigkeiten in der Gesundheitsversorgung und der Krankheitsprävention unter der Nomadenbevölkerung: Erfahrungen des Bezirks Medimurje.
Polen	Das Gesundheitssystem der Stadt Lodz beschloss, den Obdachlosen Gesundheitsversorgung anzubieten
Republik Moldau	Von Absonderung und Lohnausfall zu Fürsorge und sozialer Integration: kulturelle und gesetzliche Änderungen bei der Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten in der Republik Moldau.
Russische Föderation	Stopp der TBC: Bereitstellung von Anreizen für Gefängnisinsassen, die Armen und soziale Randgruppen.
Russische Föderation	Die „hängenden Gärten“ von St. Petersburg: Verbesserung der Ernährung und der Versorgungssicherheit in städtischen Siedlungen.
Ungarn	Respekt für die Armen: das Krankenhaus und Sanatorium in Budakeszi, in dem die Armen und Obdachlosen willkommen geheißen und mit ungewöhnlichem Respekt behandelt werden; dadurch wird ihr Selbstwertgefühl gestärkt und ihnen wird bei der Bewältigung sozialer Probleme geholfen.
Vereinigtes Königreich	„Behandlung“ bei Deprivation und sozialer Ausgrenzung: das Bürgerberatungsbüro (Citizens Advice Bureau) in der Primärversorgungsgruppe von Blackpool.
Vereinigtes Königreich	„Fit for Work“: Gesundheitssysteme fördern Beschäftigung und Rehabilitation in East London.

*Anhang 2*

**ZUSAMMENFASSUNG DER KRITERIEN ZUR EINORDNUNG DER FALLSTUDIEN IN DIE VORGESCHLAGENE EUROPÄISCHE DATENBANK**

<b>Kriterium</b>	<b>Fragestellung</b>
Relevanz	Richtet sich die in der Fallstudie beschriebene Maßnahme auf Fragen, die für derzeitige Gesundheitsprobleme unter dem Gesichtspunkt „Armut und Gesundheit“ wichtig sind?
	Leistet die Maßnahme auf direkte oder indirekte Weise einen Beitrag zur Verringerung bzw. Linderung der Armut?
Wiederholbarkeit	Inwieweit lässt sich die Maßnahme in anderen Kontexten wiederholen?
	Gibt es bestimmte Voraussetzungen für die Wiederholbarkeit?
Angemessenheit	Wird die Fallstudie so präsentiert, dass sie für die Hauptzielgruppe von Nutzen ist?
	Welche Aspekte der Maßnahme müssen dokumentiert werden, damit das richtige Verständnis hinsichtlich des Inhalts der Maßnahme gefördert wird?
Nachhaltigkeit	In welchem Maße ist die in der Fallstudie beschriebene Maßnahme kurz-, mittel- und längerfristig nachhaltig?
Fakten	Gibt es Daten, die die Wirkung der Maßnahme veranschaulichen?
	Welche wichtigen Schlussfolgerungen konnten aus der Maßnahme gezogen werden?
	Sind in den verfügbaren Informationen Widersprüche enthalten?
	Ist auf transparente Weise dargestellt, wie die fallstudienbezogenen Informationen erhoben und verwendet wurden?
	Gibt es irgendwelche mit der Fallstudie zusammenhängende Aspekte von Armut und Gesundheit, die nicht beschrieben wurden? In welchem Maße sollten weitere Recherchen in dieser Richtung betrieben werden?
	Gibt es irgendwelche positiven oder negativen „Nebenwirkungen“, die mit der Maßnahme in Zusammenhang stehen?

### Anhang 3

#### LITERATURHINWEISE

1. *World leaders adopt "United Nations Millennium Declaration" at conclusion of extraordinary three-day summit.* New York, United Nations Department of Public Information, 8 September 2000 press release GA/9758 unter [www.un.org/News/Press/docs/2000/20000908.ga9758.doc.htm](http://www.un.org/News/Press/docs/2000/20000908.ga9758.doc.htm), Zugriff am 11. Juni 2002).
2. *Presidents Bush, Chirac announce recent increases in aid at Conference on Financing for Development.* New York, United Nations Department of Public Information, 22 March 2002 (press release DEV/M/14 unter <http://www.un.org/ffd/pressrel/22b.htm>, Zugriff am 11. Juni 2002).
3. *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2001.
4. *WHO calls for a massive effort against diseases of poverty.* Genf, WHO Information Office, 3 October 2000 (press release WHO/2000/63 unter <http://www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-63.html>, Zugriff am 11. Juni 2002).