
Zusammenfassung

Der Europäische
Gesundheitsbericht

2012

Ein Wegweiser zu
mehr Wohlbefinden



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Zusammenfassung

Der Europäische
Gesundheitsbericht

2012

Ein Wegweiser zu
mehr Wohlbefinden



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Abstract

Diese Zusammenfassung enthält einen Überblick über den *Europäischen Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden*, die Flaggschiff-Publikation des WHO-Regionalbüros für Europa, die alle drei Jahre erscheint. Die fachlichen Informationen sind in vier Abschnitte gegliedert, die sich mit der gesundheitlichen Lage in der Europäischen Region, deren Zielvorgaben für Gesundheit und Wohlbefinden, den Argumenten für die Messung von Wohlbefinden und einem Handlungsrahmen für die Bewältigung von Herausforderungen im Bereich der Messung befassen.

ISBN 978 92 890 3429 6

Schlüsselwörter

Delivery of health care
Epidemiology and statistics
Health policy
Health status indicators
Public health - trends
Mortality - statistics
Regional health planning

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

© Weltgesundheitsorganisation 2013

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation

unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Zusammenfassung

Der Europäische
Gesundheitsbericht

2012

Ein Wegweiser zu
mehr Wohlbefinden



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Abkürzungen der Ländernamen für die Abbildungen

AND	Andorra	SRB	Serbien
ARM	Armenien	SVK	Slowakei
AUT	Österreich	SVN	Slowenien
AZE	Aserbaidtschan	SWE	Schweden
BEL	Belgien	SWI	Schweiz
BLR	Belarus	TUR	Türkei
BUL	Bulgarien	UKR	Ukraine
CRO	Kroatien	UNK	Vereinigtes Königreich
CYP	Zypern		
CZH	Tschechische Republik		
DEN	Dänemark		
DEU	Deutschland		
EST	Estland		
FIN	Finnland		
FRA	Frankreich		
GEO	Georgien		
GRE	Griechenland		
HUN	Ungarn		
ICE	Island		
IRE	Irland		
ISR	Israel		
ITA	Italien		
KAZ	Kasachstan		
KGZ	Kirgisistan		
LTU	Litauen		
LUX	Luxemburg		
LVA	Lettland		
MAT	Malta		
MDA	Republik Moldau		
MNE	Montenegro		
NET	Niederlande		
NOR	Norwegen		
POL	Polen		
POR	Portugal		
ROM	Rumänien		
RUS	Russische Föderation		
SMR	San Marino		
SPA	Spanien		

Inhalt

Übersicht	vi
-----------------	----

01	Der gegenwärtige Stand – Die gesundheitliche Situation in der Europäischen Region und die Argumente für Gesundheit 2020	1
	Demografische Trends	2
	Lebenserwartung	3
	Mortalität	4
	Todesursachen	5
	Vorzeitige Mortalität	7
	Krankheitslast	9
	Risikofaktoren	10
	Soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten, einschließlich der Gesundheitssysteme	11

02	Wonach wir streben: Ziele für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region	15
	Bisherige Erfahrungen mit der Festlegung und Beobachtung von Zielen	16
	Fachliche Aspekte bei der Auswahl von Zielen und Indikatoren	18
	Konsultation mit Vertretern von Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region	19
	Übergeordnete Ziele	20

03	Unser Weg und unsere Werte: Argumente für die Messung von Wohlbefinden	22
	Direkter Bezug zu Gesundheit 2020	23
	Worauf wir aufbauen können	25
	Vor welchen Herausforderungen wir stehen	25

04	Countdown bis 2020: Fortschritte abstecken	29
-----------	---	-----------

Übersicht

Im Rahmen seines Auftrages zur Überwachung und Berichterstattung in Bezug auf die Gesundheit der knapp 900 Mio. Menschen in der Europäischen Region der WHO veröffentlicht das WHO-Regionalbüro für Europa alle drei Jahre den Europäischen Gesundheitsbericht, seine Flaggschiff-Publikation. Mit dem Bericht werden drei Zwecke verfolgt. Erstens ist der Zeitpunkt seiner Veröffentlichung bestens geeignet, politischen Entscheidungsträgern wie auch Gesundheitsexperten die epidemiologische Evidenzgrundlage an die Hand zu geben, auf der die strategischen Ziele, Vorgaben und Prioritäten des neuen Europäischen Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ basieren. Zweitens werden in dem Bericht die sozialen, ökonomischen und ökologischen Determinanten von Gesundheit analysiert und wird Wohlbefinden als Gradmesser für sozialen Fortschritt in der Europäischen Region in die Agenda aufgenommen. Schließlich werden die wichtigsten Herausforderungen für die Messung von Gesundheit genannt, und es wird eine gemeinsame Tagesordnung vorgegeben: Sammlung, Analyse und gezielte Nutzung von Gesundheitsdaten in der gesamten Region.

Der Bericht ist in vier Abschnitte gegliedert. Der erste enthält eine Einführung in den Bericht, in der die gegenwärtige gesundheitliche Situation in der Europäischen Region und sich abzeichnende Trends erläutert werden und die sich mit den 53 Mitgliedstaaten wie auch mit einzelnen Ländern und Gruppen von Ländern befasst. Zu den behandelten Themen gehören demografische Trends, Lebenserwartung, Mortalität, Todesursachen, Krankheitslast, Risikofaktoren sowie die sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten, einschließlich der Gesundheitssysteme. Die wichtigsten Botschaften aus dieser Analyse lauten, dass die Menschen in allen Teilen der Europäischen Region heute länger leben, dass sich jedoch die Verteilung der Krankheitslast allmählich verändert und dass die Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und ihre Determinanten zunehmen. So hat sich die Lebenserwartung für Männer und Frauen im Durchschnitt auf über 76 Jahre erhöht, was hauptsächlich auf einen Rückgang bestimmter Todesursachen sowie auf Verbesserungen in Bezug auf die Prävalenz von Risikofaktoren wie auch die sozioökonomischen und sonstigen Lebensbedingungen zurückzuführen ist. Doch diese Verbesserungen und die sie begünstigenden Bedingungen sind weder zwischen noch innerhalb von Ländern gleich verteilt; vielmehr bestehen weiter erhebliche Unterschiede, die sich in vielen Fällen sogar noch verschärfen.

Im zweiten Abschnitt wird die Ausgangslage für die übergeordneten Dachziele dargestellt, die für die Überprüfung der Fortschritte mit dem neuen Europäischen Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ ausgewählt wurden. Konkret werden darin der intensive Konsultationsprozess zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa und Vertretern der Mitgliedstaaten sowie die Arbeit mehrerer Expertengruppen dokumentiert, die schließlich zur Festlegung der sechs übergeordneten Ziele führte, die bis 2020 zu verwirklichen sind. Diese Ziele gelten für die Ebene der Region und sind quantifizierbar und mit Indikatoren im Hinblick auf die Zielerfüllung bis zum Jahr 2020 versehen. Die Verwendung dieser Ziele knüpft an die Tradition früherer Handlungskonzepte der Europäischen Region wie „Gesundheit für alle“ und GESUNDHEIT₂₁ an. Nach fast 30-jähriger Erfahrung mit der Festlegung von Zielen haben das Regionalbüro und die Europäische Region wertvolle Erkenntnisse gewonnen, die sich die Mitgliedstaaten bei der Festlegung entsprechender Ziele auf nationaler Ebene zunutze machen können.

In dem dritten Abschnitt wird anerkannt, dass ein zentraler Aspekt von „Gesundheit 2020“ die Verbesserung des Wohlbefindens der Bevölkerung in Verbindung mit Gesundheit ist. Dadurch entsteht ein Fundament für einen gemeinsamen Handlungsrahmen, der verschiedene Politikbereiche und Akteure umspannt und einen gesamtstaatlichen Ansatz beinhaltet. Dies geschieht auf der Grundlage der Definition von Gesundheit in der Satzung der WHO als „ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“. Dennoch hat die WHO bisher Wohlbefinden weder gemessen noch dokumentiert. Um das Konzept Wohlbefinden in die Arbeit der WHO einzubeziehen und bis 2013 eine Zielvorgabe für die Europäische Region sowie geeignete Indikatoren zu entwickeln, werden in diesem Abschnitt des Berichts Themen und Prozesse präsentiert, die zur Ausarbeitung eines gemeinsamen begrifflichen und messtechnischen Konzeptes für Wohlbefinden benötigt werden, das die Erhebung aussagekräftiger und vergleichbarer Daten ermöglicht und Informationen liefert, die für politische Entscheidungsträger wie auch bei der Evaluation von Programmen von Nutzen sind.

Im vierten und abschließenden Abschnitt des Berichts werden wichtige Herausforderungen bei der Messung von Fortschritten im Bereich von „Gesundheit 2020“ sowie Wege zu ihrer Bewältigung erläutert, bei denen die WHO mit Partnerorganisationen und Mitgliedstaaten zusammenarbeiten muss. Dabei wird

auch die Unterstützung des Regionalbüros für die Länder bei ihren Bemühungen zur Erfassung, Analyse und Meldung von Gesundheitsinformationen dargestellt, aber auch seine Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zur Schaffung eines gemeinsamen, integrierten Gesundheitsinformationssystems für die Europäische Region der WHO mit allen 53 Mitgliedstaaten.



01

Der gegenwärtige Stand –
Die gesundheitliche Situation
in der Europäischen Region
und die Argumente für
Gesundheit 2020

Demografische Trends

In der Europäischen Region der WHO vollziehen sich wichtige demografische und epidemiologische Veränderungen, die Einfluss auf den künftigen Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Versorgung haben. Doch diese Veränderungen vollziehen sich je nach Länder- und Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichem Tempo, was neue Herausforderungen und ein buntes Mosaik von Gesundheitsbedingungen entstehen lässt, die jeweils konkrete Lösungsansätze erfordern. In diesem Zusammenhang werden einige der zentralen Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region thematisiert, die mit „Gesundheit 2020“ ins Visier genommen werden sollen. In diesem Abschnitt werden wesentliche Elemente erläutert, auf denen das Rahmenkonzept basiert, und es werden ein Aktionsprogramm sowie ein Ausgangsniveau für die Überprüfung von Fortschritten bei der Verwirklichung vorher definierter Prioritäten und Handlungsbereiche festgelegt.

2010 wuchs die Bevölkerung in den 53 Ländern der Europäischen Region auf insgesamt knapp 900 Mio. Menschen an. Aufgrund sinkender Fruchtbarkeitsraten in allen Teilen der Region wird das Bevölkerungswachstum bald auf dem Höhepunkt angekommen sein. Darüber hinaus altert die Bevölkerung rapide, und bis 2050 werden laut Prognosen über 25% der Bevölkerung der Mitgliedstaaten älter als 65 Jahre sein.

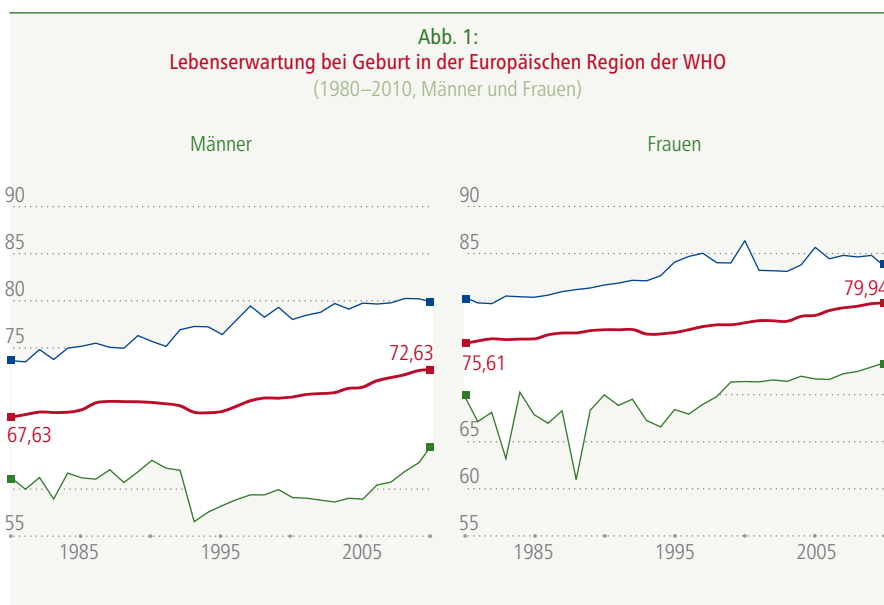
In der Europäischen Region leben nach Schätzungen ca. 73 Mio. Migranten (davon 52% Frauen); dies entspricht knapp 8% der Gesamtbevölkerung. Insgesamt gesehen bedeutet dieser Bevölkerungszustrom, der sich überwiegend in Richtung der Länder der Europäischen Union (EU) bewegt, eine Zunahme der Zahl der Migranten um 5 Mio. seit 2005 und macht knapp 70% des Bevölkerungswachstums in diesem Zeitraum aus.

Der Anteil der Stadtbewohner an der Gesamtbevölkerung in der Europäischen Region erreichte 2010 fast 70% und wird bis 2045 voraussichtlich auf über 80% ansteigen. Deshalb sind die Menschen inzwischen zunehmend unterschiedlichen Risiken und Gesundheitsdeterminanten ausgesetzt.

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt hat sich seit 1980 um fünf Jahre auf nunmehr 76 Jahre erhöht (Stand: 2010). Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist von Land zu Land unterschiedlich und liegt zwischen 82,2 und 68,7 Jahren (Stand: 2010) – eine Kluft von 13,5 Jahren. 2010 hatten Frauen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 80 Jahren, während sie für Männer bei 72,5 Jahren lag, also 7,5 Jahre niedriger (Abb. 1). Die Ungleichheiten zwischen den Ländern hinsichtlich der Lebenserwartung waren bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen; dies gilt insbesondere für die Zeit nach 1993 (Abb. 2). Laut Prognosen wird sich die Lebenserwartung in der Europäischen Region bis 2050 auf knapp 81 Jahre erhöhen, was ungefähr einer Zunahme wie im Zeitraum 1980–2010 entspräche. Die Daten aus den einzelnen Ländern belegen erhebliche Ungleichheiten in Bezug auf Lebenserwartung und den Zugewinn an Jahren, insbesondere wenn sie nach Geschlecht oder Subregion analysiert werden.

Immer mehr Menschen in der Europäischen Region leben länger als 65 Jahre: 2010 betrug der Anteil nach Schätzungen 15%. Ab diesem Alter beträgt ihre verbleibende Lebenserwartung noch durchschnittlich 15,5 Jahre bei Männern. Bis 2050 soll diese Altersgruppe nach Prognosen über 25% der Gesamtbevölkerung der Europäischen Region ausmachen.



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012
(<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, eingesehen am 23. Januar 2012).

Mortalität

Die Gesamtmortalität aus allen Ursachen sinkt in der Europäischen Region weiter; 2010 betrug die durchschnittliche altersstandardisierte Mortalitätsrate 813 Todesfälle pro 100 000 Einwohner (EW). Bei den Mortalitätstrends zeigen sich beträchtliche Unterschiede zwischen bestimmten Gruppen von Ländern innerhalb der Region (Abb. 3). Die Unterschiede in Bezug auf Mortalitätsmuster in den Ländern der Region fallen von den ersten Lebensjahren bis ins junge Erwachsenenalter meist niedrig bis sehr niedrig aus, nehmen dann aber in höheren Altersgruppen rapide zu. Im Bereich der Kindersterblichkeit hat die Europäische Region die niedrigsten Indikatoren weltweit – seit 1990 mit kontinuierlich fallender Tendenz. 2010 lag die durchschnittliche gemeldete Säuglingssterblichkeitsrate bei 7,3 pro 1000 Lebendgeburten, nachdem sie im Zeitraum zwischen 1990 und 2010 um 53% gesunken war.

In der Europäischen Region lag die Müttersterblichkeitsrate im Jahr 2010 bei 13,3 Müttersterbefällen pro 100 000 Lebendgeburten, was gegenüber 1990 einen Rückgang um 50% bedeutete, wenn auch mit erheblichen Unterschieden zwischen den einzelnen Ländern. Die Müttersterblichkeit wird durch das Bildungsniveau und den sozioökonomischen Status der Frauen beeinflusst. Dies unterstreicht die Bedeutung von Konzepten und Interventionen, die an Geschlecht

Abb. 2:
Lebenserwartung von Männern und Frauen bei Geburt in den Ländern der Europäischen Region (2006–2010)

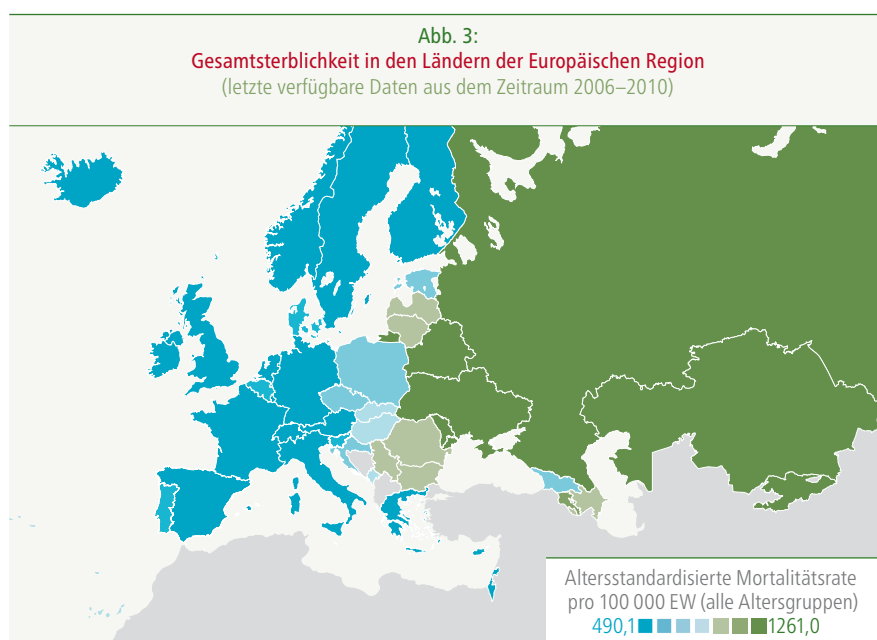


und anderen sozialen Determinanten von Gesundheit (z. B. Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems) ansetzen.

Aufgrund der Bevölkerungsalterung in der Europäischen Region erlauben Mortalitätstrends einige Rückschlüsse darauf, welche Herausforderungen auf die Gesundheitssysteme warten und welche Anpassungen zu ihrer Bewältigung erforderlich sind. Die Gesamtsterblichkeit in der Altersgruppe über 65 Jahren ist in allen Teilen der Europäischen Region rückläufig und erreichte 2010 mit 4549 Fällen pro 100 000 EW (Rückgang um 25% seit 1980) einen neuen Tiefststand.

Todesursachen

In der Europäischen Region sind nichtübertragbare Krankheiten heute mit einem Anteil von ca. 80% aller Todesfälle (Stand: 2009) für den größten Teil der Mortalität verantwortlich. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bleiben mit fast 50% aller Todesfälle die insgesamt führende Todesursache; an zweiter Stelle folgt Krebs mit einem Anteil von knapp 20% (Abb. 4). Äußere Verletzungen und Vergiftungen sind für 8% aller Todesfälle verantwortlich. Die Verteilung zwischen den Subregionen hat sich im Laufe der Zeit verändert.

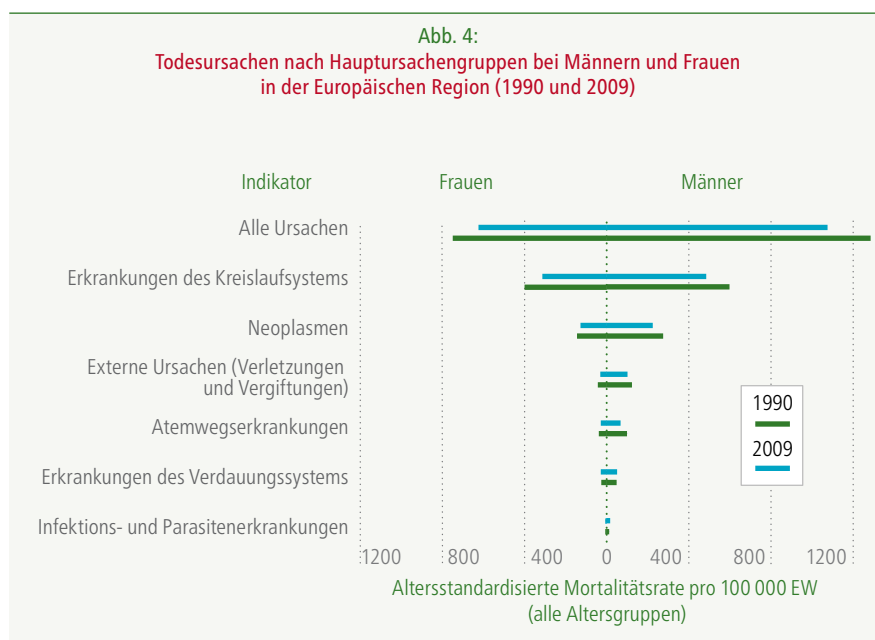


Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012
(<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, eingesehen am 23. Januar 2012).

Die häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind ischämische Herzkrankheit und zerebrovaskuläre Krankheiten, die zusammen für ca. 35% aller Todesfälle in der Europäischen Region verantwortlich sind. Dennoch gibt es hier zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede, die von Alter, Geschlecht und der Verteilung der maßgeblichen Determinanten abhängig sind. Die Risikofaktoren sind nachstehend erläutert.

Aus der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ geht hervor, dass die Inzidenz- und Mortalitätsraten in der Europäischen Region bei 379 bzw. 168 Fällen pro 100 000 EW liegen. Somit hat sich seit Mitte der 1980er Jahre die Inzidenz um 32% und die Mortalität um 10% verringert. Für Krebsarten, bei denen sich die Diagnostik, Prävention und Versorgung verbessert hat, ist ein Rückgang der Mortalitätsrate zu beobachten. So entfallen unter Männern fast 50% aller krebserkrankten Todesfälle auf Lungen-, Kolon-, Magen- und Prostatakrebs, während bei Frauen Lungen-, Magen-, Kolon-, Gebärmutterhals- und Eierstockkrebs für 60% der krebserkrankten Todesfälle verantwortlich sind.

Eine Beobachtung der Mortalitätstrends für die wichtigsten äußeren Ursachen liefert zusätzliche Informationen für künftige Prognosen, bietet Einblicke in Aspekte der Umweltsicherheit und gibt Aufschluss über bestimmte schädliche Verhaltensweisen in der Bevölkerung.



So ging beispielsweise die Suizidrate in allen Teilen der Region um 25% bis 40% zurück, nachdem sie Mitte der 1990er Jahre angestiegen war. In jüngster Zeit hat sich dieser Rückgang allerdings offenbar verlangsamt, was zeitlich mit dem wirtschaftlichen Abschwung seit 2008 zusammenfällt. Die Mortalität infolge von Unfällen gibt Aufschluss über das Maß an Straßenverkehrssicherheit allgemein sowie konkret über Infrastrukturbedingungen, Schutz- und Regulierungsmaßnahmen. Insgesamt ergibt sich hier für die Europäische Region ein Rückgang um 50% seit 1990, sodass die Rate nunmehr 10 Fälle pro 100 000 EW beträgt (Stand: 2010). Diese Entwicklung kann auf eine Abnahme insbesondere der alkoholbedingten Straßenverkehrsunfälle zurückzuführen sein.

Übertragbare Krankheiten sind in der Europäischen Region weniger verbreitet als in anderen Teilen der Welt. Die größte Besorgnis besteht noch in Bezug auf Tuberkulose, HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten sowie virale Hepatitis. Dennoch haben in jüngster Zeit Epidemien von Poliomyelitis, Röteln und Masern in der Europäischen Region erneut die Notwendigkeit verdeutlicht, Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit aufrechtzuerhalten oder auszuweiten, etwa Krankheitsüberwachungs- und Präventionsmaßnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Immunisierung. Die Mortalität infolge von Tuberkulose ist in der Europäischen Region nach einem zwischenzeitlichen Anstieg in den 1990er Jahren wieder rückläufig und hat 2010 eine Rate von 6 pro 100 000 EW erreicht, was einer Verringerung um 30% in dem fraglichen Zeitraum gleichkommt. Die Koinfektion mit HIV stellt ein weiteres Hindernis für die Senkung der Mortalität aufgrund von Tuberkulose dar; dies gilt insbesondere in Teilen Osteuropas, in denen beide Infektionen verbreitet sind und in denen Multiresistenzen (einschließlich antimikrobieller Resistenzen) auftreten. Die Muster hinsichtlich der HIV-Inzidenz fallen je nach Ländergruppierung unterschiedlich aus. Die Aids-Inzidenz ist in allen Subregionen rückläufig, was die Bedeutung einer wirksamen Behandlung verdeutlicht.

Vorzeitige Mortalität

Mehr als 70% der Mortalität entfällt auf die Altersgruppe über 65 Jahren, in der Krankheitsprozesse meist seit mehreren Jahren im Gange sind. Die Beobachtung der vorzeitigen Mortalität (Todesfälle vor Vollendung des 65. Lebensjahrs) liefert wertvolle Informationen

für die Gestaltung von Konzepten, Programmen und Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die u. U. ein Hinauszögern des Zeitpunktes der Erkrankung bzw. des Eintretens einer Behinderung ermöglichen. Die Kluft zwischen Männern und Frauen zeigt sich in Form eines um 50% erhöhten Risikos für Männer ab 60 Jahren, das sich bis zum Alter von 65 Jahren sogar auf das Doppelte erhöht. Die rapide Alterung der Bevölkerung macht eine Beobachtung der Mortalität sowie insbesondere von Morbidität und Behinderung in den Altersgruppen über 65 Jahren erforderlich.

Krebs hat in 28 der 53 Länder der Europäischen Region Herz-Kreislauf-Erkrankungen als führende Ursache eines vorzeitigen Todes abgelöst. Dies ist auf einen anhaltenden Rückgang der kardiovaskulären Mortalität und die damit verbundene Zunahme der Lebenserwartung sowie auf die lange Latenzzeit bei der Entstehung von Krebs zurückzuführen. Auf der einzelstaatlichen Ebene weisen die Länder Mitteleuropas (insbesondere Polen, Serbien und Ungarn) mit über 25 vorzeitigen Todesfällen pro 100 000 EW die höchsten Mortalitätsraten aufgrund von Lungenkrebs auf. Dieses Muster geht mit der erhöhten Prävalenz des Rauchens einher, die wiederum durch die Bezahlbarkeit von Tabakprodukten, durch Werbestrategien und durch eine nachlässige Politik im Bereich der öffentlichen Gesundheit bedingt ist. Die vorzeitige Mortalität aufgrund von Brustkrebs ist in den vergangenen zehn Jahren in der Europäischen Region auf 14 Todesfälle pro 100 000 EW gesunken, was gegenüber dem Höchststand Mitte der 1990er Jahre einen Rückgang um 21% bedeutet.

Die Raten vorzeitiger Mortalität aufgrund von Atemwegserkrankungen in der Europäischen Region sind kontinuierlich seit Mitte der 1990er Jahre um 40% auf 16 Fälle pro 100 000 EW (Stand: 2010) gefallen. Von dieser Todesursache sind zwei unterschiedliche Bevölkerungsgruppen betroffen: Kinder und ältere Menschen. Die wichtigsten konkreten Todesursachen sind chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma, Lungenentzündung und Influenza, die allesamt in engem Zusammenhang mit Bedingungen und Belastungen in geschlossenen Räumen wie auch im Freien stehen. Die zu ihrer Prävention erforderlichen Interventionen sind hinlänglich bekannt, wobei teilweise jedoch sektorübergreifende Maßnahmen notwendig sind.

Die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Verdauungssystems hat sich in der Europäischen Region im Zeitraum von 1990 bis 2010 nach oben entwickelt: auf 25 Fälle pro 100 000 EW

– ein Anstieg um 30%. Innerhalb dieser Gruppe sind chronische Lebererkrankungen und Leberzirrhose sowie Magengeschwüre und Entzündungen des Zwölffingerdarms die häufigsten Todesursachen, die hauptsächlich durch schädlichen Alkoholkonsum und den Verzehr verarbeiteter Lebensmittel bedingt sind. Chronische Lebererkrankungen und Leberzirrhose werden auch mit einer Reihe viraler Ursachen, wie etwa Infektionen mit Hepatitis B und C, aber auch mit Toxinen und Drogenmissbrauch in Verbindung gebracht. Allerdings ist wohl die wichtigste Ursache der Alkoholmissbrauch, besonders wenn er stark und anhaltend ist.

Diabetes stellt aufgrund seiner direkten wie indirekten Folgeerkrankungen (mikrovaskuläre Schäden an Nieren, Nerven und Netzhaut, vaskuläre Schäden an Gliedmaßen, Hirn und Herz) ein beträchtliches Problem für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region dar – mit vielfältigen schwerwiegenden Auswirkungen. Die vorzeitige Mortalität aufgrund von Diabetes ist in der Europäischen Region im Zeitraum von 1995 bis 2010 um 25% auf eine Rate von 4 Fällen pro 100 000 EW gesunken. Die Feststellung von Diabetes als Todesursache ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden, sodass die diabetesbedingte Mortalität möglicherweise unterschätzt wird.

Krankheitslast

Die Verteilung der Krankheitslast in der Europäischen Region insgesamt (d. h. Mortalität, Morbidität und Behinderung zusammengefasst) für das Jahr 2004, aus dem die letzten verfügbaren Daten (Stand: Mitte 2012) stammen, zeigt eine Bandbreite von 10% bis 28% in Bezug auf die geschätzte Zahl der behinderungsbereinigten Lebensjahre (DALY), die der Bevölkerung eines Landes verloren gehen. Hier unterscheiden sich die Länder mit der günstigsten von denen mit der ungünstigsten Situation um fast den Faktor drei. Die Gesamthöhe der DALY-Verluste wird auf verschiedene zentrale Risikofaktoren in der Europäischen Region zurückgeführt. Diese Informationen ermöglichen die Ermittlung der wichtigsten Handlungsbereiche wie Ernährung, Bewegungsförderung und Verringerung des Konsums süchtig machender Substanzen – mit der primären Zielsetzung, Adipositas, einen hohen Cholesterinspiegel und Bluthochdruck sowie Alkohol- und Tabakkonsum zu bekämpfen. Solche Interventionen erfordern eine sektorübergreifende Beteiligung und die Anwendung einer Vielzahl kosteneffektiver Strategien.

Risikofaktoren

Für die Krankheitsprävention und -bekämpfung wie auch für die Gesundheitsförderung ist ein Verständnis der zugrunde liegenden Ursachen von Krankheit, einschließlich der Risikofaktoren und der sozioökonomischen und der im Gesundheitssystem angelegten Determinanten, unbedingt erforderlich. Unter den wichtigsten Gruppen von Erkrankungen, die in hohem Maße für Mortalität, Morbidität und Behinderung (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, äußere Todesursachen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems) verantwortlich sind, müssen als größte Risikofaktoren Rauchen und schädlicher Alkoholkonsum bekämpft werden. Prävalenz und Konsumniveau in Bezug auf diese beiden Risikofaktoren sind in den Ländern der Europäischen Region nach wie vor hoch, obwohl Wissen und Technologien zu ihrer Bekämpfung durchaus vorhanden sind.

So lag die Prävalenz des Rauchens in der Europäischen Region um das Jahr 2008 etwa bei 27% der über 15-Jährigen, ist seitdem jedoch langsam wieder auf 25% gesunken, insbesondere unter Männern. Der Alkoholkonsum ist ein weiterer Faktor, der die Häufigkeit von Gesundheitsproblemen bestimmt. Nach Angaben der WHO ist er für knapp 6,5% aller Todesfälle in der Europäischen Region verantwortlich. Neben der Menge spielen auch die Art des Alkohols und das Rauschtrinken eine Rolle, die beide schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Leider haben eine Reihe von Ländern in der Region in letzter Zeit keine aktuellen Daten mehr übermittelt.

Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu oder der Exposition gegenüber verschiedenen Umweltfaktoren im gesamten Lebensverlauf haben bekanntermaßen Auswirkungen auf das Auftreten von wesentlichen Gesundheitsproblemen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems, Krebs und äußeren Todesursachen. Der Zugang zu sauberem Wasser und einer hygienischen Abwasserentsorgung, die Straßenverkehrssicherheit, die Luftqualität, das Arbeitsumfeld und die Exposition gegenüber extremen Klimabedingungen prägen allesamt direkt oder indirekt das gesundheitliche Profil der Bevölkerung der Europäischen Region.

Soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten, einschließlich der Gesundheitssysteme

Die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit definiert den Begriff „gesundheitliche Chancengleichheit“ als „das Freisein von ungerechten und vermeidbaren bzw. behebbaren gesundheitlichen Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen“. Erkenntnisse aus aller Welt deuten darauf hin, dass gesundheitliche Ungleichheiten (Unterschiede innerhalb der Bevölkerung eines Landes) mindestens zu 25% auf einen mangelnden Zugang zu einer effektiven Gesundheitsversorgung zurückzuführen sind. Dieser Anteil steigt, wenn Unterschiede in Bezug auf den Zugang zu grundlegenden gesundheitsrelevanten Leistungen wie sauberem Trinkwasser hinzukommen. Die sozialen Determinanten von Gesundheit, zu denen politische, sozioökonomische und ökologische Faktoren gehören, sind für weitere 50% der gesundheitlichen Ungleichheiten verantwortlich. Diese Unterschiede sind ungerecht, mit anderen Worten: gesundheitliche Benachteiligungen sind für einen Großteil der gesundheitlichen Ungleichheiten verantwortlich. Diese ungerechten Ungleichheiten werden manchmal auch als die „Ursachen der Ursachen“ gesundheitlicher Ungleichgewichte bezeichnet, was ihren grundlegenden Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten und die systematische soziale Verteilung gesundheitlicher Resultate (einschließlich der Lebenserwartung) widerspiegelt. Gesundheitliche Ungleichgewichte in der Europäischen Region geben Anlass zu erheblicher Besorgnis, zumal die Unterschiede und das soziale Gefälle in Bezug auf Lebenserwartung sowohl zwischen als auch innerhalb von Ländern zunehmen. Als eine der wichtigsten sozialen Determinanten prägen geschlechtsbezogene Normen und die Beziehungen zwischen den Geschlechtern nach wie vor die Art, in der die Gesundheitssysteme und die Leistungserbringung organisiert sind, was sich oftmals nachteilig auf Mädchen und Frauen oder auf Personen, die nicht geschlechtsbezogenen Normen entsprechen, auswirkt.

Zu den Voraussetzungen für die Bewältigung gesundheitlicher Ungleichgewichte zählen:

- a. Entschlossenheit, dafür Sorge zu tragen, dass für alle Menschen gleiche Chancen auf Verbesserung bzw. Erhaltung ihrer Gesundheit herrschen;

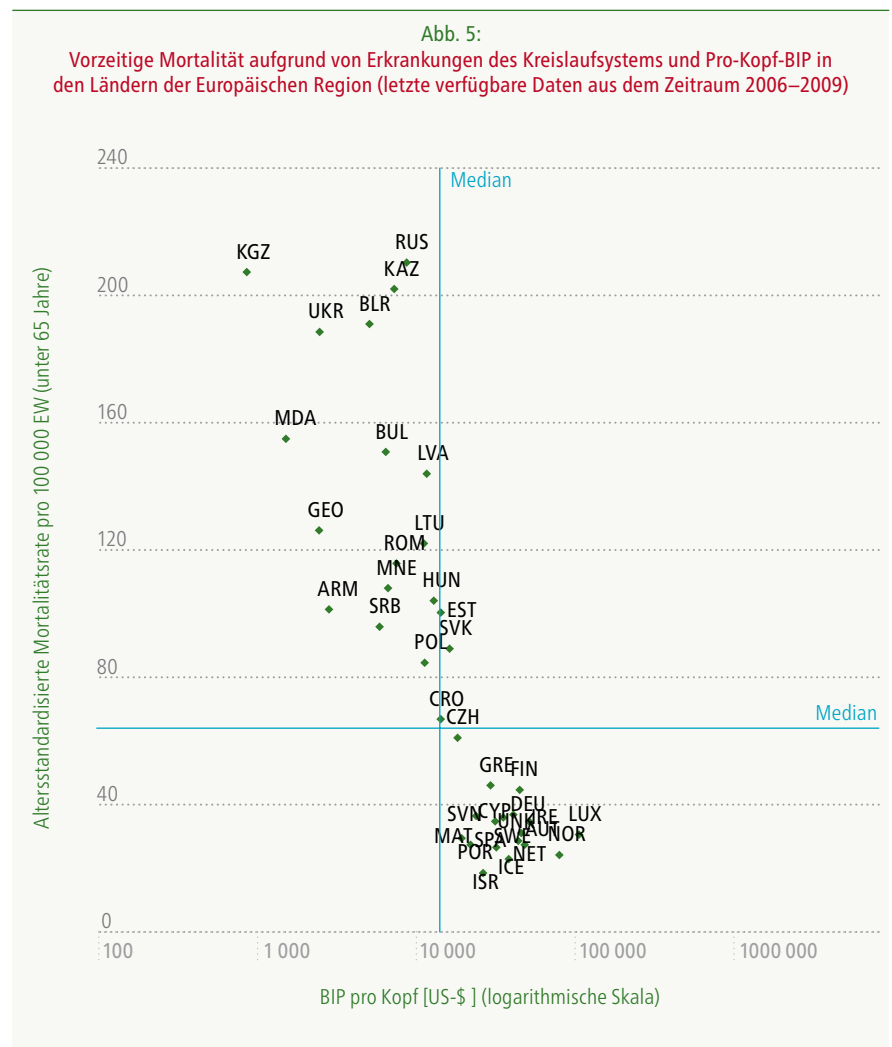
- b. Bewertung von Gesundheitskonzepten und -programmen in Bezug auf ihre konkreten Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichgewichte von den Inputs zu den Resultaten unter Nutzung aufgeschlüsselter Daten über verschiedene Bevölkerungsgruppen;
- c. Verständnis der Pfade von sozialen Determinanten zu Unterschieden in Bezug auf Exposition, Anfälligkeit, Interaktion mit dem Gesundheitssystem und gesundheitlichen Resultaten;
- d. Bestimmung von Schnittstellen und Maßnahmen zur Herbeiführung von Veränderungen, die eine Beteiligung der Gesellschaft und anderer Akteure erfordern, und Berücksichtigung der Erkenntnisse über mögliche Wege zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte.

Als Maßnahmen innerhalb des Gesundheitswesens oder des Gesundheitssystems kommen Strategien in Frage, mit denen bestehende Programme so gestaltet werden können, dass damit ein chancengleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung gefördert und Prozesse ins Visier genommen werden, die benachteiligte oder anfällige Personen ausschließen. Ein Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit macht es häufig erforderlich, dass verschiedene Politikbereiche ihre Ziele aufeinander abstimmen, zusammenarbeiten und eine Vielzahl sozialer Ziele anstreben. So werden etwa Programme zur Förderung der frühkindlichen Entwicklung mit besseren Resultaten in Bezug auf Gesundheit, Bildung und Ernährung (sowohl im Kindesalter als auch im gesamten Lebensverlauf), aber auch mit höheren Einkommen und einem insgesamt größeren gesellschaftlichen Zusammenhalt in Verbindung gebracht.

Die Verteilung von Wohlstand, Bildung und Beschäftigungsstatus – sowohl innerhalb von als auch zwischen Ländern – gibt darüber Aufschluss, wie hoch die Stratifizierung der Bevölkerung ist. Gleichzeitig ist sie auch eine wichtige soziale Determinante von Gesundheit innerhalb von wie auch zwischen Ländern. Mit einem jährlichen Durchschnittseinkommen von ca. 24 000 US-\$ (Stand: 2009) zählt die Europäische Region insgesamt gesehen zu den wohlhabendsten weltweit. Doch auch wenn die Pro-Kopf-Einkommen seit 1990 gestiegen sind, so sind sie doch zwischen den Ländern nach wie vor sehr ungleich verteilt und liegen zwischen etwas über 700 US-\$ und 105 000 US-\$ pro Jahr, wobei neun Länder in der Region unter einem Niveau von 5000 US-\$ liegen (Abb. 5). Infolge des

Konjunkturabschwungs, der die Europäische Region in jüngster Zeit erfasst hat, stieg die durchschnittliche Arbeitslosenquote bis 2009 auf 8,7% an, was eine Umkehr des im vorausgegangenen Jahrzehnt eher positiven Trends bedeutete. Auf der Ebene der Länder besteht eine Kluft zwischen den niedrigsten und den höchsten Arbeitslosenquoten um bis zu den Faktor 35.

Die Umwelt stellt eine weitere wesentliche Determinante von Gesundheit dar. In jüngster Zeit durchgeführte Bewertungen des Beitrags der umweltbezogenen Gesundheitsfaktoren führten zu der Schätzung, dass diese je nach ihrem Mortalitätsmuster für ca. 13% bis 20% der Krankheitslast in der Europäischen Region verantwortlich



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ [Online-Datenbank], Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012
(<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, eingesehen am 23. Januar 2012).
Hinweis: BIP: Bruttoinlandsprodukt

sind. Die WHO hat vor kurzem die Wirkung von Umweltfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheiten in der Europäischen Region untersucht.

Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem ist eine Voraussetzung für eine angemessene Reaktion auf die sich verändernde epidemiologische Situation und die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung durch gezielte Politikgestaltung, Gesundheitsfinanzierung, personelle Ressourcen und Institutionen, die Angebote in den Bereichen Prävention, Behandlung und Palliativversorgung anbieten. Die progressive Finanzierung der Gesundheitssysteme und die Gewährleistung einer sozialen Absicherung für private Haushalte gegen ruinöse Ausgaben bilden wichtige Komponenten einer allgemeinen Gesundheitsversorgung ohne finanzielle Risiken. Der prozentuale Anteil direkter Zahlungen aus eigener Tasche durch Privathaushalte an den Gesamtausgaben für Gesundheit stellt einen zuverlässigen Indikator für finanzielle Risiken wie auch für den Grad der Chancengleichheit in der Gesundheitsfinanzierung dar. Daten zu diesem Indikator liegen aus sämtlichen 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region vor. Das durchschnittliche Niveau solcher Zahlungen liegt in der Europäischen Region bei ca. 23%, doch gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen den Ländern um fast den Faktor 12: von 5,7% bis knapp 69,4%. In zehn Ländern stellen Zahlungen aus eigener Tasche die wichtigste Herkunftsquelle (über 50%) dar. Die Auswertung von Daten aus aller Welt ergab, dass bei einem Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit von unter 15% bis 20% die Häufigkeit katastrophaler finanzieller Folgen (definiert als Ausgaben von Haushalten für Gesundheitsleistungen in Höhe von über 40% ihres Jahreseinkommens nach Abzug der Lebensmittelausgaben) in der Regel auf ein vernachlässigbares Niveau sinkt.



02

Wonach wir streben:
Ziele für mehr Gesundheit
und Wohlbefinden in der
Europäischen Region

Die strategischen Ziele von „Gesundheit 2020“ nehmen in der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten Gestalt an. Auf seiner 61. Tagung im September 2011 in Baku (Aserbaidschan) befürwortete das Regionalkomitee die Vorschläge, wonach „Gesundheit 2020“:

- a. einen Handlungsrahmen enthalten soll, mit dem die Verwirklichung von mehr Gesundheit und Wohlbefinden für alle beschleunigt werden kann;
- b. an die unterschiedlichen Realitäten angepasst werden kann, die die Europäische Region ausmachen;
- c. Ziele für die Europäische Region formulieren soll, die bis 2020 erreicht werden sollen.

Der Prozess zur Aufstellung der Ziele wurde von früheren Ansätzen geleitet und erfolgte nach partizipatorischen, detaillierten Beratungen, schriftlichen Konsultationen und der Zustimmung der Vertreter der leitenden Organe in jeder einzelnen Phase.

Bisherige Erfahrungen mit der Festlegung und Beobachtung von Zielen

Ziele für die Europäische Region wurden erstmals im Rahmen des ersten gesundheitspolitischen Rahmenkonzeptes für die Europäische Region, der Strategie „Gesundheit für alle“, vorgeschlagen. Anfang der 1980er Jahre debattierten die damals 32 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO über Ziele für die Region, die auf das neue Rahmenkonzept abgestimmt waren. Die Einigung auf diese Ziele war mit beträchtlichem Aufwand verbunden: insgesamt arbeiteten damals mehr als 250 Experten aus der gesamten Region mit dem WHO-Sekretariat zusammen. Mehr als 20 Entwürfe und ein eingehendes Konsultationsverfahren mit den Mitgliedstaaten mündeten schließlich in der Vorlage von 82 Zielen, die den leitenden Organen der Region zur Prüfung vorgelegt wurden. Schließlich nahm das Regionalkomitee für Europa auf seiner 34. Tagung 1984 in Kopenhagen eine verkleinerte Sammlung von 38 Zielen an. Das erste gesundheitspolitische Rahmenkonzept der Europäischen Region wurde mit seinen 38 Zielen veröffentlicht, deren Erfüllung anhand von 65 Indikatoren für die Region überprüft und bewertet werden sollte.

Die Ziele und Indikatoren für die Europäische Region bildeten die Grundlage für die Meldungen an die Datenbank „Gesundheit für alle“. 2012 umfasste die Datenbank Informationen aus 53 Ländern.

Sie ist innerhalb der Region allgemein zugänglich und wird auch weithin genutzt. Die Datenbank umfasst eine Auswahl zentraler gesundheitsstatistischer Daten über die demografischen Grundlagen, den Gesundheitsstatus, die Gesundheitsdeterminanten und Risikofaktoren, die Ressourcen im Gesundheitswesen sowie dessen Nutzung und Kosten. All diese Daten werden aus unterschiedlichen Quellen zusammengeführt und in Gesundheitsatlanten der WHO für die Europäische Region genutzt, die zweimal im Jahr aktualisiert werden.

Um den Veränderungen Rechnung zu tragen, die sich in der Region seit Mitte der 1980er Jahre zugetragen haben, wurden die 38 Ziele im Jahr 1991 überarbeitet. Das WHO-Regionalbüro für Europa unterstützte die Umsetzung der Ziele, indem es gemäß den Wünschen der Mitgliedstaaten Haushalt und Programmaktivitäten auf die Zielbereiche abstimmte.

In den 1990er Jahren wurde die Europäische Region durch politische, ökonomische und soziale Umwälzungen radikal verändert. Ein Ergebnis war die dramatische Zunahme der Zahl der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region auf nunmehr 53. Das Regionalbüro überprüfte daraufhin sein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept und die darin enthaltenen Ziele für die Europäische Region. 1998 wurde im Rahmen von *GESUNDHEIT21: Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert* eine neue Gruppe aus 21 Zielen zusammengestellt. Diese Ziele wurden auf der 48. Tagung des Regionalkomitees 1998 angenommen und 1999 veröffentlicht. Der Schwerpunkt dieser zweiten Fassung lag auf der Festlegung von Zielen auf nationaler und kommunaler Ebene; eine Rückmeldung an die Europäische Region war nicht vorgesehen.

Die Europäische Region der WHO verfügt über rund 30 Jahre an Erfahrung mit der Festlegung von Zielen im Rahmen ihrer Gesundheitskonzepte und -strategien in einem gesamteuropäischen Umfeld, das sich dramatisch verändert hat. Zu den wichtigsten Lehren zählen:

- a. Unter den maßgeblichen Akteuren muss ein breiter Konsens gefunden werden.
- b. Die Ziele müssen auf eine überschaubare Anzahl begrenzt werden.
- c. Jeder Plan sollte sich auf Belege für seine Wirksamkeit stützen können.
- d. Ziele müssen mit Ressourcen verknüpft werden.

- e. Es bestehen weiterhin fachliche Herausforderungen, die eine Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen und eine fachliche Unterstützung für Länder, die darum bitten, notwendig machen.

Die Erfahrungen aus der Europäischen Region haben gezeigt, dass die Festlegung und Beobachtung von Indikatoren stark motivierend wirken kann, weil die Länder hierdurch die für die Gesundheitspolitik erforderlichen Daten erheben und in ihre vorhandenen Informationssysteme integrieren, selbst wenn solche Daten in der Vergangenheit gar nicht vorlagen.

Fachliche Aspekte bei der Auswahl von Zielen und Indikatoren

Ein gut organisiertes Verfahren ist eine wichtige Voraussetzung für die Formulierung konkreter, messbarer, erreichbarer, relevanter und aktueller (SMART) Ziele. SMART-Ziele sind leichter zu erreichen als allgemeine Zielvorstellungen. Um messbare Ziele zu erhalten, müssen konkrete Kriterien für die Messung von Fortschritten vereinbart werden. Damit die Ziele erreichbar sind, müssen sie in einem abgesteckten Zeitrahmen realistisch erreichbar sein – in diesem Fall bis 2020 –, wobei die Fortschritte fortlaufend beobachtet werden. Ziele werden als relevant angesehen, wenn sie als Gegenstand einer Politik in Frage kommen. Jedes Ziel, das erreicht wird, sollte einen realen, quantifizierbaren Fortschritt darstellen.

Wenn einmal ein Zielbereich und mögliche Indikatoren genannt sind, gibt es unterschiedliche Ansätze zur Bestimmung einer Zielmenge. Bei der kontrafaktischen Methode wird ein biologisch erreichbarer Wert bzw. theoretischer Minimal- oder Maximalwert genommen und anhand der verfügbaren Daten mit der aktuellen Situation verglichen. Trendanalysen zeigen, wie sich aus der Entwicklung von Raten ein Ziel in der Zukunft ableiten und erreichen lässt. Die Bündelung von Interventionsstudien und komparative Risikobewertungen bieten auch Methoden zur Auswahl der Zielniveaus auf der Grundlage von Konzepten, die nachweislich in unterschiedlichen Zusammenhängen und Bevölkerungsgruppen funktionieren. Ferner sind ein Rahmen für die Beobachtung und eine strukturierte Übermittlung von Daten erforderlich, aber auch ein Leitfaden für die Interpretation der Indikatoren und Ziele. Angesichts dieser Erfahrungen wurden mit den Mitgliedstaaten und Experten umfassende Konsultationen durchgeführt, um parallel zu „Gesundheit 2020“ Ziele für die

Europäische Region zu entwickeln. Der vollständige Bericht enthält auch eine Schablone für den Beobachtungsrahmen.

Konsultation mit Vertretern von Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region

Drei Tagungen des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter führten zu detaillierten Diskussionen und Beiträgen zum Prozess der Benennung einer begrenzten Zahl von Zielen für die Europäische Region, hierunter fachliche Kriterien, eine Abstimmung mit „Gesundheit 2020“ und die Vereinbarung eines Rahmens und einer Liste der engeren Wahl. Die Tagungen mit Delegationen aus der gesamten Europäischen Region fanden im März 2011 in Andorra, im November 2011 in Israel und im April 2012 in Belgien statt. Schließlich wurde als Mechanismus zur Gewährleistung von Rechenschaftslegung und Solidarität in der gesamten Region eine Liste der sechs übergeordneten europaweiten Zielbereiche erstellt, wobei hervorgehoben wurde, dass die Mitgliedstaaten dazu ermutigt werden sollten, ihre eigenen nationalen Gesundheitsziele auszuarbeiten.

Die Mitgliedstaaten trugen auch zu den fachlichen Beratungen bei und arbeiteten eng mit dem WHO-Sekretariat zusammen und entsprachen damit einem Vorschlag des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) aus dem Mai 2011. Für die zuständige Arbeitsgruppe wurden Vertreter der folgenden Mitgliedstaaten nominiert: Andorra (vorheriger Vorsitz im SCRC), Polen, Schweden (nachfolgender Vorsitz im SCRC), Türkei, Ukraine, Vereinigtes Königreich und ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien (früherer Vorsitz im SCRC). Den Vorsitz in der Gruppe führte der Vertreter eines Mitgliedstaats (Schweden), der über umfangreiche Erfahrung auf diesem Gebiet verfügt, gemeinsam mit der WHO-Regionaldirektorin für Europa. Jede Zusammenkunft der Gruppe hatte als Ergebnis klare Empfehlungen zur weiteren Reduzierung einer Liste potenzieller Ziele und Indikatoren in Übereinstimmung mit den in „Gesundheit 2020“ genannten drei übergeordneten Bereichen:

- a. Krankheitslast und Risikofaktoren;
- b. Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten;
- c. Prozesse wie Politiksteuerung und Gesundheitssysteme.

Das WHO-Sekretariat stellte für die verschiedenen Konsultationen mit den Mitgliedstaaten Beiträge und Empfehlungen für den Prozess der Zielvereinbarung sowie mögliche Ziele zur Aufnahme in die Liste zusammen. Alle Fachabteilungen des WHO-Regionalbüros für Europa legten mögliche Ziele und Indikatoren zu ihrer Beobachtung vor. Aus einer Liste von anfangs 51 vorgeschlagenen Zielen empfahl die Arbeitsgruppe des SCRC im Januar 2012 schließlich die Beibehaltung von 21 Zielen. Diese verkürzte Liste war Gegenstand einer ausführlichen Konsultation mit den Ländern, die von Februar bis März 2012 in Schriftform wie auch in persönlichen Gesprächen erfolgte und zu einem anfänglichen Rahmen aus 16 möglichen Zielen und damit verknüpften Indikatoren führte, die in großem Umfang aus den bestehenden Meldetätigkeiten der Länder gewonnen wurden. Aus ihnen wurden dann in einem weiteren Schritt sechs übergeordnete „Dachziele“ herauskristallisiert. Auf der Tagung des SCRC im Mai 2012 in Genf wurde die Arbeit an den Zielen uneingeschränkt unterstützt, und der Ausschuss befürwortete die sechs übergeordneten Ziele, vereinbarte ihre Aufnahme in alle Dokumente in Verbindung mit „Gesundheit 2020“ und bestätigte, dass die Indikatoren der Beobachtung der Fortschritte und Erfolge bis 2020 dienen sollten.

Übergeordnete Ziele

Auf seiner 62. Tagung im September 2012 in Malta billigte das Regionalkomitee die sechs übergeordneten Ziele und befürwortete die Notwendigkeit ihrer Quantifizierung, die Nennung von Indikatoren und deren Weiterentwicklung nach Bedarf. Die Begründung für die Wahl dieser (nachstehend aufgeführten) Ziele war, dass sie entweder im Einklang mit den aktuellen Bemühungen um die Festlegung von Zielen auf globaler Ebene stehen (etwa im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten) oder dass sie frühere, bereits von den Mitgliedstaaten anerkannte und vereinbarte Zielvereinbarungsstrategien und -ansätze der Europäischen Region fortführen bzw. an diese anknüpfen. Dies sind die Ziele:

1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region
2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region
3. Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region
4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region

5. Flächendeckende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region
6. Aufstellung nationaler Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten

Mit Unterstützung einer internationalen Expertengruppe wird das WHO-Sekretariat in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten die Benennung der Indikatoren im Laufe des Jahres 2013 abschließen, um diese im September 2013 dem Regionalkomitee vorzulegen. Verschiedene Erfahrungen aus Mitgliedstaaten in der gesamten Europäischen Region werfen auch ein Schlaglicht auf die Anstrengungen zur Entwicklung nationaler Ziele.

03

Unser Weg und unsere
Werte: Argumente für die
Messung von Wohlbefinden



Die WHO definiert Gesundheit nicht nur als Freisein von Krankheit oder Gebrechen, sondern als einen Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Dennoch hat es die WHO über 60 Jahre lang versäumt, Wohlbefinden zu messen oder zu dokumentieren; stattdessen war ihr Blick stets auf Mortalität, Krankheit und Behinderung gerichtet. Doch auch wenn diese Beobachtungsfunktion eindeutig ein zentraler Auftrag für die WHO ist, so arbeitet sie auch partnerschaftlich mit anderen Institutionen daran, das Wohlergehen von Bevölkerungen detailliert zu beschreiben und Fortschritte bei der Förderung von Wohlbefinden in der Europäischen Region im Lichte von „Gesundheit 2020“ zu messen.

Was bedeutet Wohlbefinden? Was ein „gutes Leben“ ausmacht, ist eine der grundlegenden moralischen Fragen aller philosophischen Schulen. In der Regel besteht über Ländergrenzen hinweg Einverständnis in Bezug auf das Gesamtbild bzw. die Mindestbestandteile von Wohlbefinden, auch wenn die Benennung wichtiger Bereiche oder Elemente ein normatives Unterfangen bleibt. Auch ist das, was für das Leben der Menschen zählt, überraschend konstant; offenbar verändern sich unsere Wertvorstellungen nicht so leicht. Dies ist ein mehrdimensionales Konzept. Wohlbefinden und Gesundheit sind interaktive Konzepte, die einige gemeinsame Determinanten, wie etwa das Gesundheitssystem, aufweisen.

Direkter Bezug zu Gesundheit 2020

Die Diskussionen mit Vertretern der Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region sowie mit Fachleuten im Rahmen der umfassenden Konsultationen über „Gesundheit 2020“ lieferten qualitative Belege dafür, dass die Menschen in der gesamten Region der Gesundheit einen hohen Stellenwert beimessen und Krankheit so weit wie möglich zurückdrängen wollen. In Bezug auf die wichtigen breit gefassten Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden legen sie großen Wert auf gesellschaftlichen Zusammenhalt und auf Teilhabe, so dass alle Menschen eine faire Chance auf Gesundheit erhalten. Die Menschen schätzen auch Sicherheit und Vorhersehbarkeit, die im Kontext des Wohlbefindens einen Bezug zu Gesundheit aufweisen. Gemeinsame Werte für die gesamte Region tragen zur Erreichbarkeit eines gemeinsamen Ziels für Gesundheit und Wohlbefinden bei.

Warum ist dies wichtig für die Gesundheit? Politikgestalter, Verantwortliche aus den Gesundheitsbehörden und Bürger aus Gemeinschaften in der gesamten Region sind sich darüber einig, dass Wohlbefinden Gesundheit einschließt und dass Gesundheit ein wesentlicher Baustein, wenn nicht eine Voraussetzung für Wohlbefinden ist. Gesundheit ist von Bedeutung für das Wohlbefinden, und insbesondere für bestimmte Aspekte wie die körperliche, seelische und soziale Gesundheit. Außerdem belegen Forschungsergebnisse, dass die Beziehungen zwischen unterschiedlichen Bereichen des Wohlbefindens zweigleisig sind: Gesundheit beeinflusst eindeutig das Wohlbefinden insgesamt, doch Wohlbefinden ist auch ein Indikator der künftigen Gesundheit. Darüber hinaus zeigt die Prüfung von Studien bisher, dass sich Wohlbefinden in erheblichem (wenn auch uneinheitlichem) Maße auf die Gesundheit und auch vergleichsweise stark auf andere Risikofaktoren auswirkt, die traditionell stärker Gegenstand gesundheitspolitischer Maßnahmen sind, etwa eine gesunde Ernährung.

Warum ist dies für Staat und Gesellschaft in der gesamten Europäischen Region so wichtig? In den vergangenen Jahren gab es eine Reihe von Initiativen auf nationaler und internationaler Ebene, die einen strategischen Einsatz von Indikatoren für Wohlbefinden befürworteten, die über das Messen der wirtschaftlichen Leistung hinausgehen und die innerhalb des Gesundheitswesens Standardmaße wie Sterblichkeit, Behinderung oder Erkrankung ergänzen können. Diese Initiativen unterscheiden sich stark in Bezug auf ihre Aufgaben, Methoden, Ziele und primären Zielgruppen. Einigen dieser Initiativen gemeinsam ist auch das Ziel, die Bürger bei der Definition von Messgrößen für Wohlbefinden und Fortschritt einzubeziehen.

Die Verbesserung – oder doch zumindest Bewahrung – des Wohlbefindens ist Teil des sozialen Kontraktes zwischen Regierung und der durch sie vertretenen Bevölkerung. Die Sicherung eines guten Lebens ist nicht Aufgabe eines bestimmten Politikbereichs oder einer staatlichen Stelle, sondern erfordert ein mehrdimensionales Konzept mit einer Vielzahl von Determinanten. Die Verbesserung des Wohlergehens der Bevölkerung kann das Fundament für die Entwicklung einer gemeinsamen Tagesordnung bilden, zu der ein gesamtstaatlicher, ressortübergreifender und alle maßgeblichen Akteure einbeziehender Ansatz gehört. Zu den wichtigsten Akteuren, die an dem Thema Wohlergehen interessiert sind,

zählen neben den Regierungen auch Gruppen der Zivilgesellschaft, Patientenvereinigungen und Praktiker aus der Gesundheitsförderung sowie die Medien.

Worauf wir aufbauen können

Bemühungen zur Messung von Wohlergehen auf der Bevölkerungsebene sind in der Praxis im Hinblick auf die Entwicklung von Zielen und Indikatoren zur Beobachtung und Dokumentierung von Gesundheit und Wohlbefinden auf Ebene der Europäischen Region zielführender als solche, die auf konkrete klinische Untergruppen ausgerichtet sind. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat die wissenschaftliche Literatur systematisch nach validierten Instrumenten zur Messung von Wohlbefinden durchsucht, um ein umfassenderes Verständnis für diesen Bereich zu gewinnen.

In dem vollständigen Bericht werden auch die Bemühungen jener Akteure beleuchtet und geprüft, die partnerschaftlich mit dem Regionalbüro an dieser gemeinsamen Herausforderung arbeiten; dies sind vor allem nationale Regierungen aus der Europäischen Region, andere internationale Organisationen, die globale Ebene der WHO, die Privatwirtschaft und die Vereinten Nationen. Für sie alle ist Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil von Wohlbefinden oder zumindest ein wichtiger direkter Einflussfaktor dafür; manche Akteure nutzen dieselben Datensätze, die aus internationalen Befragungen stammen, und viele untersuchen die gleichen Elemente bzw. Domänen darauf, was ein gutes Leben ausmacht, auch wenn sie manchmal unterschiedliche Begrifflichkeiten wie etwa Lebensqualität, subjektives Wohlfühl oder Glücksempfinden verwenden.

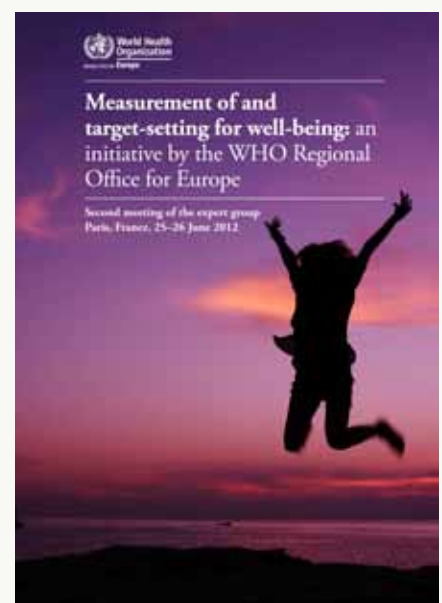
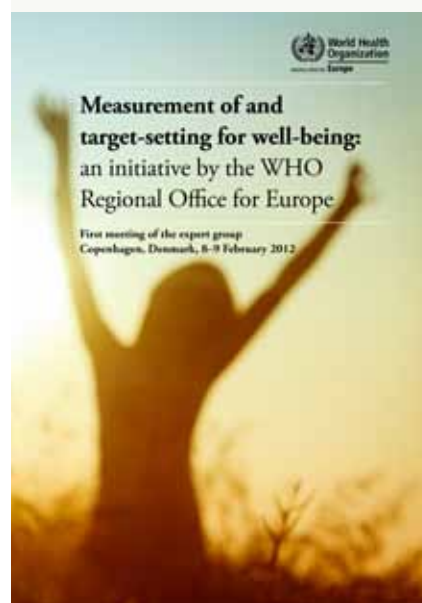
Vor welchen Herausforderungen wir stehen

Obwohl allgemeine Übereinstimmung darüber besteht, was ein gutes Leben ausmacht, und auch zahlreiche Instrumente zur Messung von Gesundheit und Wohlbefinden bereitstehen, ist sich die Fachwelt doch darüber einig, dass in diesem Bereich mehr Klarheit und strengere Bewertungsmethoden von Nutzen wären. Zu den Herausforderungen gehören: ein allzu enges Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden; begrenzte Datenquellen bei gleichzeitiger Vielzahl von Instrumenten und Indizes; ein stärkerer Rückgriff auf Mortalitäts-

und Morbiditätsmaße im Vergleich zu Maßen, die Gesundheit positiv erfassen; und ein Mangel an sinnvollen Ansätzen für die Vermittlung und Deutung mehrdimensionaler Konzepte.

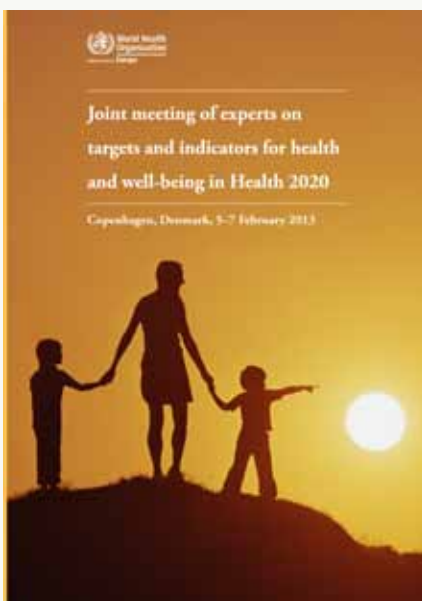
Mit starker Unterstützung für ein übergeordnetes Ziel, das Gesundheit und Wohlbefinden als Teil des neuen Rahmenkonzepts der Europäischen Region, „Gesundheit 2020“, thematisiert, arbeitet das WHO-Regionalbüro für Europa mit seinen fachlichen Partnern darauf hin, operative Klarheit bezüglich der Frage zu schaffen, wie Gesundheit in Verbindung mit Wohlbefinden gemessen werden kann. Parallel dazu hat das Regionalbüro einen intensiven Konsultationsprozess mit den Mitgliedstaaten eingeleitet. Nach Billigung durch die leitenden Organe geht das Regionalbüro davon aus, dass die folgenden, in dem vollständigen Bericht näher erläuterten Ergebnisse bis 2013 vorliegen werden:

- ein Rahmen und eine Definition von Wohlbefinden, die begrifflich stimmig sind (das praktische Vorgehen bei der Messung sollte sich weitestgehend an bestehenden Modellen orientieren, die auf Ebene der Bevölkerung erprobt sind);
- Zusammenstellung eines breiten Spektrums von Themenfeldern und damit verbundenen Indikatoren; diese könnten etwa mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verknüpft sein, die den



Rahmen der WHO für die Messung von Gesundheit und Behinderung bildet und die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) ergänzt;

- Indikatoren und ein Ansatz zu ihrer Messung, die jeden Aspekt von Gesundheit erfassen und die mit einem vereinbarten Ziel für die Beobachtung der Fortschritte bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ verknüpft sind, um die Gesundheit der Bevölkerung im Kontext von Wohlbefinden zu verbessern;
- Klarheit über die Art und Weise, in der Politiker, Gesundheitsfachleute und andere interessierte Akteure in der gesamten Europäischen Region diese Informationen zur Politikgestaltung in Abstimmung mit anderen Ressorts heranziehen können (zur Anwendung im Rahmen von „Gesundheit 2020“ müssen sowohl die Aussagekraft der Messgrößen für Wohlbefinden als auch die konkreten Ansatzpunkte sorgfältig untersucht werden, aber auch die möglichen Grenzen einer Nutzung von Indikatoren für Wohlbefinden);
- eine Anerkennung der Tatsache, dass eine große Zahl von Ländern in der Region derzeit auf nationaler Ebene (ob im Gesundheitsministerium, in anderen Ressorts oder in nationalen Statistikbehörden) keine Anstrengungen unternehmen, Informationen über Gesundheit und Wohlbefinden konzeptionell zu erfassen, zu sammeln oder zu nutzen (bei jeder Anstrengung zur Verbesserung des Wohlbefindens der Menschen in der Region sollte geprüft werden, wie ein breites Spektrum von Ländern mit unterschiedlichen Ausgangslagen in Bezug auf Datenerhebung und Messung unterstützt werden kann).



Die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden ist als wesentlicher Bestandteil von „Gesundheit 2020“ anerkannt. Ein breites Spektrum fortlaufender Tätigkeiten zur Messung von Wohlbefinden auf nationaler wie internationaler Ebene in der Europäischen Region bietet eine solide Grundlage, auf der das Regionalbüro seine Arbeit auf diesem Gebiet aufbauen kann; dies betrifft insbesondere die Messung von Gesundheit in Verbindung mit Wohlbefinden und die Erstellung einer Forschungsagenda, die der Verbesserung sowohl der Methoden zur Bewertung und Verbreitung der Messgrößen als auch der politischen Prozesse dient, die eine sinnvollere Nutzung der für die Förderung von für Gesundheit und Wohlbefinden relevanten Informationen ermöglichen.

Das Regionalbüro wird auch die Nutzung der Messgrößen für Gesundheit und Wohlbefinden im Rahmen politischer Entscheidungsprozesse unterstützen, indem es:

- gezielt Strategien nutzt, die den relativen Vorsprung der Europäischen Region in verschiedenen Bereichen widerspiegeln und die u. a. Ansätze zur Verbreitung konzeptionell relevanter Informationen und eine Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen in der Europäischen Region sowie mit den Mitgliedstaaten beinhalten;
- in Bezug auf die Frage berät, wie Indikatoren für Wohlbefinden gedeutet und in Verbindung mit den Standardmaßen für Mortalität und Morbidität sowie den Indikatoren für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems genutzt werden sollten;
- eine innovative Rolle bei der Bereitstellung von Erkenntnissen über die Verfahren und Instrumente für das Gesundheitswesen einnimmt, mit denen in anderen Politikbereichen auf die Förderung von Wohlbefinden hingewirkt werden kann.

04

Countdown bis 2020: Fortschritte abstecken



Auch wenn die vorangegangenen Abschnitte eine Fülle von Gesundheitsdaten aus der Europäischen Region der WHO enthalten, so bestehen im Bereich der Messung doch noch beträchtliche Herausforderungen. Denn nicht für alle Länder sind einschlägige Daten zur Messung von Fortschritten verfügbar; ferner sind die Definitionen von Land zu Land unterschiedlich, und auch die Klassifikationen der Krankheiten werden nicht einheitlich angewandt. Die Registrierung von Personenstandsfällen erfolgt nicht überall vollständig und ist in manchen Ländern der Region noch nicht verbindlich vorgeschrieben.

Eine der größten Herausforderungen für die Umsetzung und Durchschlagskraft von „Gesundheit 2020“ ist die Verfügbarkeit von Daten zur Beobachtung der Fortschritte auf Ebene der Länder. Die übergreifenden Ziele („Dachziele“) und die dazugehörigen Indikatoren wurden aufgrund ihrer Bedeutung für die Verwirklichung von „Gesundheit 2020“, jedoch auch wegen ihrer Verfügbarkeit ausgewählt. Die meisten der vorgeschlagenen Indikatoren für die genannten Ziele sind anhand von Daten erhältlich, die in den meisten Ländern der Region auch heute schon routine- oder regelmäßig erhoben werden. Dennoch werden aussagekräftige Vergleiche durch Unterschiede hinsichtlich Definitionen, Erfassungsgrad der Bevölkerung und Datenqualität erschwert. Die WHO ist entschlossen, den Mitgliedstaaten bei der Ausweitung der Meldung von Gesundheitsdaten und der Beobachtung von Fortschritten in der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ behilflich zu sein.

Die zentralen Voraussetzungen für eine Bewältigung der Herausforderungen, vor denen das WHO-Regionalbüro für Europa steht, sind nachstehend aufgeführt. In eben diesen Bereichen könnte das Regionalbüro zusammen mit seinen Partnern auch einen Mehrwert erbringen:

- durch systematisches Ansetzen an dem gesamten Spektrum von Datenquellen und Normen/Standards – von Bevölkerungsstatistiken bis zu Haushaltsbefragungen –, sodass diese über gemeinsame Methoden zur Aufschlüsselung der Bevölkerungsdaten nach sozialer Schicht oder anderen Schichtungen verfügen, um die Rechenschaftslegung in Bezug auf die Beobachtung gesundheitlicher Ungleichheiten innerhalb von wie auch zwischen Ländern zu ermöglichen bzw. zu verstärken;
- durch den Nachweis, wie alle 53 Länder auf sinnvolle und konzeptionell relevante Weise in Subaggregaten innerhalb der Europäischen Region platziert und wie subregionale

Trends präsentiert werden können. Dies ist wichtig, weil 14 Mitgliedstaaten in keiner der drei derzeit verwendeten subregionalen Gruppen vertreten sind (die die EU und die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten umfassen);

- durch Stärkung der Validität und Zuverlässigkeit der von den 53 Ländern an die Datenbank „Gesundheit für alle“ gemeldeten Daten vor dem Hintergrund der Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und anderen Akteuren in der Europäischen Region;
- durch Verbesserung von Messung und Meldung der Krankheitslast insgesamt, einschließlich der Morbidität und anderer Leiden unter besonderer Berücksichtigung psychischer Erkrankungen, und dadurch die Bereitstellung eines umfassenderen Bildes von der Krankheitslast in der Europäischen Region;
- durch Erhebung, Verknüpfung und Bereitstellung von Daten aus dem Gesundheitsbereich und anderen Politikbereichen mit dem Ziel, Gesundheit in allen Lösungsansätzen sowie ressortübergreifende Anstrengungen in den Bereichen Analyse, Politikgestaltung, Beobachtung und Evaluation zu unterstützen;
- durch Sicherung von Fortschritten in der epidemiologischen Überwachung und der Beobachtung von Krankheitsausbrüchen und bei der Einhaltung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) in der gesamten Europäischen Region sowie durch Knüpfen von Kontakten mit anderen Regionen (durch Politiksteuerung für Gesundheit und die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten);
- durch Entwicklung eines Fahrplans zur Bewältigung dieser Herausforderungen und zur Verwirklichung von Lösungen, durch die Nennung von Kooperationspartnern, Ressourcen und Verfahren und durch eine Forschungsagenda zur Unterstützung gemeinsamen Handelns.

Zur Bewältigung dieser Herausforderungen wird die WHO die Entwicklung, Modernisierung und Umgestaltung von Werkzeugen und Instrumenten unterstützen, die zur Verbesserung der Erhebung, Analyse und Meldung von Gesundheitsdaten auf Ebene der Länder dienen. Die WHO arbeitet zusammen mit der Europäischen Kommission und der OECD an der Schaffung eines einheitlichen integrierten Gesundheitsinformationssystems für Europa, das alle 53 Mitgliedstaaten erfasst. Diese Arbeit ist ebenso wie die Entwicklung einer Gesundheitsinformationsstrategie für Europa auf bestem Wege.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark
Tel.: +45 45 33 70 00
Fax: +45 45 33 70 01
E-Mail: contact@euro.who.int
Website: www.euro.who.int

Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

Mitgliedstaaten

Albanien	Estland	Malta	Serbien
Andorra	Finnland	Monaco	Slowakei
Armenien	Frankreich	Montenegro	Slowenien
Aserbajdschan	Georgien	Niederlande	Spanien
Belarus	Griechenland	Norwegen	Tadschikistan
Belgien	Irland	Österreich	Tschechische Republik
Bosnien und Herzegowina	Island	Polen	Türkei
Bulgarien	Israel	Portugal	Turkmenistan
Dänemark	Italien	Republik Moldau	Ukraine
Deutschland	Kasachstan	Rumänien	Ungarn
Ehemalige jugoslawische Republik	Kirgisistan	Russische Föderation	Usbekistan
Mazedonien	Kroatien	San Marino	Vereinigtes Königreich
	Lettland	Schweden	Zypern
	Litauen	Schweiz	
	Luxemburg		



9 789289 034296