



WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA  
KOPENHAGEN

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

Punkt 7 b) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC51/8  
+ EUR/RC51/Conf.Doc./6  
18. Juli 2001  
10268M  
ORIGINAL: ENGLISCH

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

Armut und Krankheit bilden einen Teufelskreis. Die Tatsachen sprechen dafür, dass Entwicklung gute Gesundheit voraussetzt und arme Gemeinwesen ihre Entwicklungsmöglichkeiten nicht voll ausnutzen können, wenn es ihnen an Gesundheit fehlt.

Die WHO hat in der Initiative Massiver Einsatz gegen die Armut eine aktive Rolle übernommen und sich verpflichtet, innerhalb eines einheitlichen Aktionsrahmens in enger Zusammenarbeit mit Entwicklungspartnern und Nationalregierungen Maßnahmen in Gang zu setzen.

Im vorliegenden Dokument wird dargelegt, welche gesundheitlichen Defizite in der Europäischen Region der WHO am häufigsten mit Armut verbunden sind, und es wird vorgeschlagen, wie man vorgehen könnte, um eine Verminderung der Armut zu erreichen.

Der Anhang enthält einen Resolutionsentwurf zur Behandlung durch das Regionalkomitee.



## INHALT

	<i>Seite</i>
Einleitung .....	1
Armut und Gesundheit .....	4
Armut und WHO .....	14
Schlussfolgerungen .....	15
Literaturhinweise .....	16

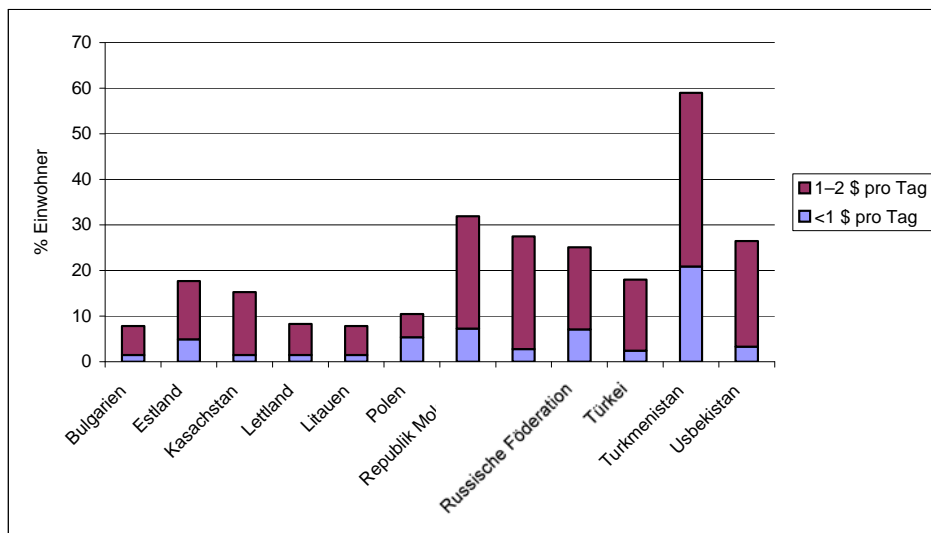


## EINLEITUNG

1. Armut im 21. Jahrhundert ist mehrdimensional. Sie bezeichnet nicht nur einen materiellen Mangelzustand, sondern umfasst auch niedrigen Bildungsstand, gesundheitliche Defizite, Anfälligkeit und Exponiertheit gegen umwelt- und berufsbedingte Risiken sowie Sprach- und Machtlosigkeit. Armut raubt den Menschen die Freiheit, ihren Hunger zu stillen, sich ausreichend Nahrung zu verschaffen (Lebensmittelversorgungs-Unsicherheit), Abhilfe für behandelbare Krankheiten zu schaffen oder sauberes Wasser trinken und die Annehmlichkeit sanitärer Einrichtungen genießen zu können. Dieses Freiheitsdefizit hindert die Menschen daran, ihr Potenzial auszuschöpfen, was einen großen Verlust für die Gesellschaft bedeutet und einen Hemmschuh für die Entwicklung darstellt (1).

2. Im Laufe des letzten Jahrzehnts hat sich das Bild der absoluten Armut<sup>1</sup> in der Welt gewandelt. Noch immer leben etwa 1200 Millionen Menschen mit unter einem 1 US-\$ pro Tag, doch die Armutverteilung in den verschiedenen Teilen der Welt hat sich verändert. In Ostasien und im Pazifischen Raum hat sich die Lage verbessert, in Afrika südlich der Sahara sowie in der Europäischen Region der WHO hat sie sich dagegen verschlechtert. In der Europäischen Region lebten 1998 zwei Prozent der Bevölkerung (annähernd 24 Millionen Menschen) in absoluter Armut (Abb. 1). Die höchste Rate in dieser Region wird aus Turkmenistan gemeldet, wo nahezu 60% der Bevölkerung mit weniger als 2 US-\$ pro Tag auskommen müssen (2).

Abb. 1: Anteil der Bevölkerung, der in einigen Ländern der Europäischen Region der WHO mit weniger als 2 US-\$ und in einigen Ländern weniger als 1 US-\$ pro Tag auskommen muss



Quelle: Weltbank (2)

<sup>1</sup> Absolute Armut heißt, dass die Menschen nicht imstande sind, sich den Mindestverbrauch eines Warenkorbs von 2,15 US-\$ pro Tag zu leisten (Weltbank) (2).

3. Auch die relative Armut<sup>2</sup> stellt in einer Reihe von Ländern der Europäischen Region ein schwerwiegendes Problem dar. In 18 mittel- und osteuropäischen Ländern und neuen unabhängigen Staaten (MOE/NUS) hatten Mitte der 90er Jahre über 165 Millionen Menschen unter 4 US-\$ pro Tag zur Verfügung. In acht Ländern lag der Anteil der Menschen, die mit diesen begrenzten Ressourcen auskommen mussten bei 50% der Bevölkerung oder darüber (3). In den Mitgliedsländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ist die relative Armut eine signifikante Wirklichkeit: z. B. lebten 1995 11% der Bevölkerung im Vereinigten Königreich in relativer Armut (3), in Italien waren es 1999 13% (4).

4. Die Auswirkungen der Armut sind aber unter den Armen nicht gleichmäßig verteilt. Die Fakten zeigen, dass Armut sich unterschiedlich auswirken kann, je nachdem, ob es sich um Männer oder Frauen handelt und welcher Altersgruppe sie angehören. Frauen machen nachweislich bis zu 70% der in absoluter Armut lebenden Weltbevölkerung aus (5). Allerdings lässt sich die Zahl der armen Männer und Frauen nur schwer unabhängig voneinander abschätzen, weil Konsumdaten auf Haushaltsebene erhoben werden. Dennoch deuten die verfügbaren Gesundheits- und Bildungsdaten darauf hin, dass Frauen oftmals benachteiligt sind (2). Kinder sind ebenfalls besonders betroffen. Beispielsweise machen in Zentralasien Kinder rund die Hälfte der Armen aus, was allerdings nicht weiter überraschend ist, da sie in den zentralasiatischen Republiken zwischen 35% (in Kasachstan) und 48% (in Tadschikistan) der Bevölkerung stellen. Untersucht man jedoch das Armutsrisiko im Verhältnis zum nationalen Durchschnitt, so zeigt sich in der Tat, dass Kinder in Zentralasien einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt sind. Kinder in Kasachstan sind um 24% wahrscheinlicher arm als der Durchschnitt der Bevölkerung. Die entsprechenden Zahlen für Turkmenistan, Kirgisistan und Tadschikistan lauten 14%, 12% bzw. 7%. In allen zentralasiatischen Republiken, für die Daten vorliegen, steigt das relative Armutsrisiko einer Familie mit der Anzahl der Kinder in der Familie (6).

5. Arbeitslosigkeit als Ursache von Armut und schwacher Gesundheit ist ein großes paneuropäisches Problem. In Mittel- und Osteuropa hat dieses Problem in den letzten zehn Jahren alarmierende Ausmaße angenommen und die Gesundheit der Bevölkerung einschneidend beeinträchtigt (7, 8). Mitte der 1990er Jahre betrug die Arbeitslosigkeit nach der Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) in Kirgisistan schätzungsweise weit über 20% (9) in der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien und in Tadschikistan lag sie bei 30% (10). Ausmaß und Kontext sind zwar unterschiedlich, doch auch in Westeuropa war die Arbeitslosigkeit in den letzten Jahrzehnten ein erhebliches Problem. Eine Analyse der Arbeitslosigkeit in der Europäischen Union (EU) zeigt einen steilen Anstieg von 3% Anfang der 1970er Jahre auf näherungsweise 11% Mitte der 1990er Jahre. Der EU-Durchschnitt betrug im April 2001 8,6% (11). Nach diesen Trends sind oder waren Millionen von Europäern von der Arbeitslosigkeit und ihren Auswirkungen in Form von Krankheit und Armut betroffen (12).

6. Besonders wichtig sind die Auswirkungen, die Arbeitslosigkeit und Armut auf Kinder und Jugendliche haben, und zwar in Westeuropa (13) wie in Osteuropa (14). Jugendarbeitslosigkeit ist nachweislich ein Risikofaktor für spätere Beschäftigungsaussichten (15). Oft geht die Jugendarbeitslosigkeit mit sozialen und gesundheitlichen Problemen einher, z. B. Gewalt, Selbstmord, Alkohol- und Drogenmissbrauch und Verbrechen (16, 17). 1998 war die Arbeitslosigkeit unter Jugendlichen in 18 MOE-Ländern etwa doppelt so hoch wie die Gesamtarbeitslosenziffer. Dieser verhängnisvolle Trend ist auch in vielen westeuropäischen Ländern zu beobachten.

7. Der Zusammenhang zwischen Armut und städtischen Ballungsgebieten ist in Europa ebenfalls besonders wichtig. Über die Hälfte der Weltbevölkerung und über zwei Drittel der europäischen Bevölkerung leben in Städten. Die Welt „verstädert“ immer mehr, und damit nimmt auch die Zahl der städtischen Armen zu und die Kluft zwischen Städten und innerhalb der Städte sowie unter sozialen Gruppierungen erweitert sich. Bereits jetzt lebt zwischen einem Viertel und einem Drittel aller städtischen Haushalte der

---

<sup>2</sup> Relative Armut heißt, dass die ökonomischen Ressourcen der Menschen ihnen in der Gesellschaft, in der sie leben, keinen akzeptablen Mindestlebensstandard erlauben, d. h. dass ihr Einkommen unter 60% des mittleren Einkommens liegt (Weltbank) (2).

Welt in absoluter Armut (18). In Europa stellt die Armut in Städten für Städte im Westen wie im Osten ein Problem dar: Beispielsweise lebt in Amsterdam ein Fünftel der Haushalte unter der Armutsgrenze (Tabelle 1).

Tabelle 1: Städte in der Europäischen Region und die Prävalenz der relativen Armut

Stadt	Haushalte unter der Armutsgrenze (%)	Armutsgrenze (US-\$ pro Haushalt pro Monat)
Kischinew	92,0	163
Baku	87,1	97
Sofia	71,2	183
Budapest	36,6	504
Amsterdam	20,5	807
Tilburg	15,7	816
Marseilles	15,0	455
Strassburg	7,5	406

Quelle: Daten für 1993 aus der Global Urban Indicators Database des United Nations Centre for Human Settlements (<http://www.urbanobservatory.org/indicators/database>) (Zugriff am 9. Juli 2001). Die Städte wurden nach der Vollständigkeit der Daten ausgewählt.

8. Nach der Krankheitsbelastung sind die städtischen Armen einer „doppelten Gefahr“, dem sogenannten „Fluch der Stadt“ ausgesetzt (19). Sie sind wegen ihrer schlechten Wohnverhältnisse, aufgrund der fehlenden sanitären Einrichtungen, der schlechten Ernährung und der berufsbedingten Gefahren Krankheiten stärker ausgesetzt, haben aber weniger Ressourcen, um mit Krankheit fertig zu werden, weil sie oft marginalisiert werden und ihnen die sozialen Netze der Armen auf dem Land fehlen. Eine geschwächte Gesundheit kann jedoch andererseits Armut bewirken und fortschreiben, was einen die wirtschaftliche und soziale Entwicklung behindernden Teufelskreis auslöst (20).

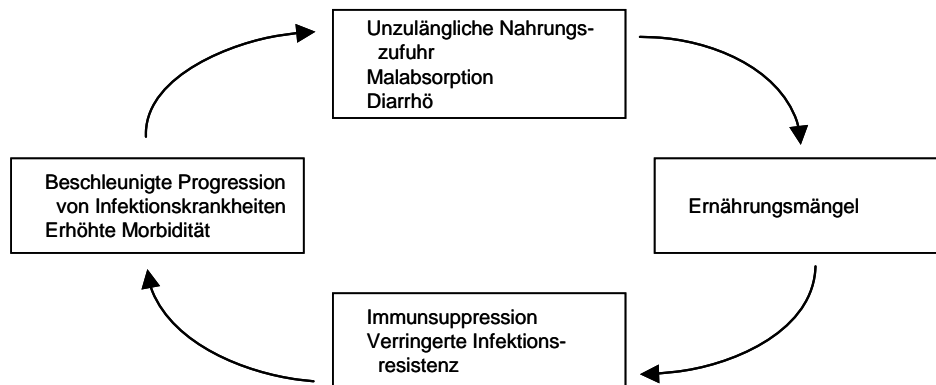
9. In vielen städtischen Gebieten hat sich die Obdachlosigkeit zu einem erheblichen Problem entwickelt, wobei es bisher allerdings noch keine systematische internationale Untersuchung zum Problem der Obdachlosigkeit gibt, was es unmöglich macht, die Lage in den 51 Mitgliedstaaten der Europäischen Region zu vergleichen.

10. Das vorliegende Faktenmaterial zeigt den schlechten Gesundheitszustand von Obdachlosen. Neuere Untersuchungen haben erbracht, dass die Gesamtsterblichkeit und -morbidity von Obdachlosen höher ist als unter der Bevölkerung mit Wohnunterkünften (21). Vor allem liegt die Prävalenz chronischer Lungen- und anderer Atemwegsprobleme, von Tuberkulose, Anfällen oder Bewusstseinsverlust und von Alkohol- und Drogenabhängigkeit höher (20). Nach Meldungen sind Selbstmorde unter Obdachlosen 35mal wahrscheinlicher als in der Allgemeinbevölkerung (21), und Selbstmordversuche sind, vor allem unter den jungen Obdachlosen (22), ebenfalls weit verbreitet. Eine neuere Untersuchung aus dem Vereinigten Königreich zeigte, dass die Sterblichkeitsziffer der Menschen, die in schlechten wirtschaftlichen, gesundheitlichen oder sozialen Verhältnissen leben, Sozialhilfe beziehen und Hilfe in Form von „Bed and Breakfast“-Unterbringung erhalten, fünfmal höher ist als die der Bevölkerung mit Wohnunterkunft (20). Die Sterblichkeit von Obdachlosen, die zum Schlafen kein Dach über dem Kopf haben, ist 25mal höher als diejenige der Bevölkerung in Wohnunterkünften, und ihre Lebenserwartung beträgt im Durchschnitt weniger als die Hälfte, verglichen mit der Bevölkerung in guten Wohnunterkünften.

## ARMUT UND GESUNDHEIT

11. Armut und Gesundheit bilden wie gesagt einen Teufelskreis. Armut führt zu gesundheitlichen Defiziten, weil sie mit einem erhöhten persönlichen und umweltbedingten Risiko, mit häufigerer Fehlernährung und mangelhafter Sicherheit der Nahrungsmittelversorgung einhergeht, aber auch den Zugang zu Wissen und Information verwehrt und die Fähigkeit einschränkt, die Leistungen der Gesundheitsversorgung zu nutzen (Abb. 2), während eine geschwächte Gesundheit wiederum Armut verursacht, weil sie das Einkommen eines Haushalts vermindert und die Lernfähigkeit der Menschen, ihre Produktivität und ihre Lebensqualität herabsetzt. Armut ist deshalb eine wichtige Determinante für eine defizitäre Gesundheit, sie kann aber auch eine Auswirkung eben dieser defizitären Gesundheit sein.

Abb. 2: Der Teufelskreis der Armut führt zu Fehlernährung und zur Unterdrückung der Immunfunktion



Quelle: Programm Ernährung und Versorgungssicherheit, WHO-Regionalbüro für Europa.

12. Armut, gleichgültig ob man sie nach Einkommen, sozioökonomischem Status, Lebensbedingungen oder Bildungsstand definiert, ist also die größte Einzeldeterminante für eine defizitäre Gesundheit (23, 24). Ein Leben in Armut ist mit einer niedrigeren Lebenserwartung, mit hoher Säuglingssterblichkeit, einer schlechten reproduktiven Gesundheit, einer höheren Rate von Infektionskrankheiten, vor allem Tuberkulose und HIV-Infektion, mit einer höheren Rate an Substanzenmissbrauch (Tabak, Alkohol und illegale Drogen), einem erhöhten Vorkommen von nichtübertragbaren Krankheiten, von Depression und Selbstmord sowie einer verstärkten Gefährdung durch umweltbedingte Risiken verbunden. Die einige dieser Zusammenhänge belegenden Fakten werden im Folgenden zusammengefasst.

13. Ein direkter Zusammenhang besteht zwischen dem Bruttosozialprodukt (BSP) pro Kopf der Bevölkerung, gemessen nach Kaufkraftparität und Lebenserwartung bei der Geburt. Die Lebenserwartung steigt mit einem BSP bis etwa 4000 US-\$ pro Jahr steil an, wonach sich die Kurve erheblich verflacht und bei etwa 12 000–15 000 US-\$ einen Stabilitätspunkt erreicht. Allerdings ist in einigen Ländern mit gleichem BSP die Lebenserwartung ganz unterschiedlich, was beweist, dass sich durch eine qualifizierte soziale Unterstützung, mit der die Lebensmittelversorgung, Gesundheitsversorgung, Bildungsmöglichkeiten und andere wichtige soziale Maßnahmen sichergestellt werden, eine wesentliche Verbesserung der Lebenserwartung erzielen lässt, die somit nicht nur eine Folge des Wirtschaftswachstums ist. Ganz im Gegenteil ging in einer Reihe von Ländern ein kräftiges Wirtschaftswachstum nicht mit wesentlichen Verbesserungen in der Gesundheit der Bevölkerung einher (1).

14. Eine einschneidende Verschlechterung der Lebenserwartung, für die sich in keinem Land ohne Krieg, Hungersnot oder Seuchen entsprechende Beispiele finden lassen (25), war im Vergleich zu den EU-Ländern in den letzten Jahrzehnten in Osteuropa und in den NUS zu beobachten. 1970 glichen sich die Ziffern in den Ländern, die heute die EU ausmachen, und in Osteuropa, ausschließlich Sowjetunion (der Unterschied betrug weniger als 1,5 Jahre). 1990 klappte bereits eine Lücke von vier Jahren, die sich



bei Männern 1997 auf sechs Jahre erweitert hatte. Hinzu kommt, dass seit Mitte der 1970er Jahre und bis Mitte der 1990er Jahre die Lebenserwartung bei Männern im Alter von 15 Jahren in Osteuropa rückläufig war, während sie sich in Westeuropa verbesserte. Die Veränderungen in den NUS waren noch drastischer: 1970 lag dort die Lebenserwartung von Männern bereits vier Jahre und die Lebenserwartung von Frauen ein Jahr unter dem übrigen Osteuropa. 1997 hatte sich die Kluft bei Männern auf über zehn Jahre und bei Frauen auf über sechs Jahre ausgeweitet (was im Laufe von acht Jahren eine Verschlechterung von etwa fünf Jahren bedeutet) (26). Eine gründliche Analyse der Mortalitätsstatistik stützte die Validität dieser gemeldeten Daten (27). Ein Großteil dieser überhöhten Sterblichkeit ließ sich auf chronische Krankheiten im Erwachsenenalter und auf Gewalteinwirkung, Rauchen, Ernährung und Alkohol als wichtigsten, zu dieser Ziffer beitragenden Faktoren zurückführen (28). Ein Anstieg der Sterblichkeit ist jedoch auch mit zunehmender Armut und Einkommensungleichheit assoziiert (29). Die Zunahme der Armut ist begleitet von einer deutlich stärkeren Versorgungsunsicherheit, was aus den Angaben über den Teil des Einkommens hervorgeht, den die Haushalte für den Lebensmittelkauf ausgeben mussten (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anteil des Haushaltseinkommens, der in ausgewählten Ländern für den Kauf von Lebensmitteln erforderlich ist, 1989–1994

	Armut: % Verdiener unter 50% Durchschnittseinkommen		Versorgungsunsicherheit: Lebensmittelkosten in % des Durchschnittseinkommens	
	1989	1994	1989	1994
Bulgarien	5	10	43	49
Lettland	10	21	36	52
Litauen	12	20	35	57
Polen	4	12	49	43
Rumänien	–	–	52	62
Russische Föderation	12	33	34	47
Tschechische Republik	6	9	33	32
Ungarn	13	15	37	38

Quelle: Bobak et al. (28).

15. Die Fakten zeigen, dass in Armut lebende Familien und Einzelpersonen u. U. auch an absolutem Nahrungsmangel leiden, was zu niedriges Körpergewicht, Wachstumsstörungen und langfristige Risiken im Hinblick auf chronische Erkrankungen und Infektionskrankheiten zur Folge hat. Die andere Seite und im Übrigen das üblichste Bild in der Europäischen Region ist die Mangelernährung, d. h. dass die Menschen nicht nur zu energiehaltiger Nahrung zu sich nehmen (was zu Fettsucht führt), sondern dass den Lebensmitteln auch die zur Erhaltung der Gesundheit und Prävention von Krankheiten erforderlichen Nährstoffe fehlen. Die Folgen dieser Fehlernährung, d. h. sowohl Wasting<sup>3</sup> wie Stunting<sup>4</sup>, bei Kleinkindern wirken sich schwerwiegend auf die Funktionsfähigkeit der Betroffenen, von Haushalten und ganzen Nationen aus (s. Kasten unten). Die Fehlernährung von Kindern hemmt ihr Wachstum, erhöht ihr Morbiditätsrisiko, beeinträchtigt ihre kognitive Entwicklung und vermindert in der Folge ihre schulische Leistungsfähigkeit und Arbeitsproduktivität. Die Zusammenhänge zwischen Fehlernährung und Mortalität, Morbidität, schulischen Leistungen und Arbeitsleistung wurden nachgewiesen (30).

<sup>3</sup> Wasting: Gewicht zu Körpergröße, das mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Referenzstandard liegt (*Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1995 (WHO Technical Report Series, No. 854)).

<sup>4</sup> Stunting: Körpergröße zu Alter, die mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Referenzstandard liegt (*Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1995 (WHO Technical Report Series, No. 854)).

Kindliche Wachstumsstörungen setzen sich im Erwachsenenalter fort und führen in letzter Konsequenz zu Zwergwuchs (31), außerdem verstärken sie das Risiko für Fettsucht und Herz-Kreislaufkrankheiten.

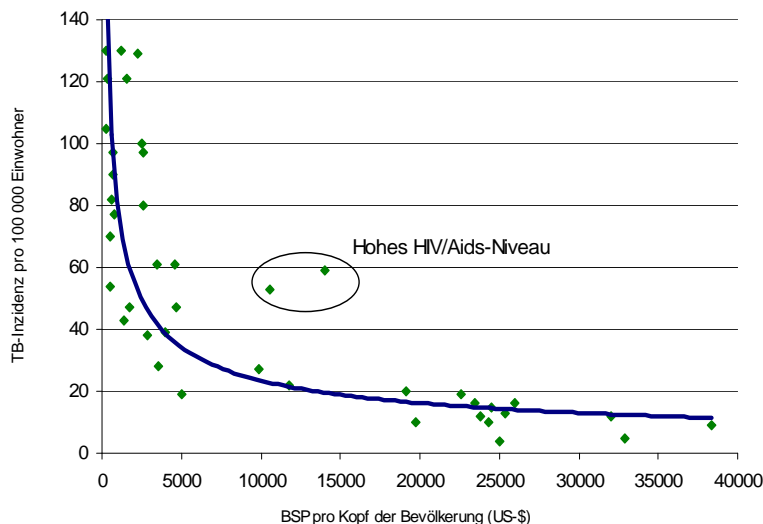
#### Die gesellschaftlichen Kosten der Unterernährung

Für eine Bevölkerung wie die usbekische zeigt eine einfache Berechnung, dass Wachstumsstörungen enorme Verluste für die künftige Produktivität bewirken. Die Zahl der Vorschulkinder (0–3 Jahre) beträgt 1 892 000, deren Wachstum in 31% der Fälle im Alter von drei Jahren verkümmert. Von diesen Kindern mit Wachstumsstörungen leiden 14% an einem schweren Stunting-Syndrom. Nach dem Alter von etwa 22 Monaten sind diese Kinder etwa 10 cm kleiner als normale Kinder, Kinder mit mäßigen Wachstumsstörungen sind immer noch 7 cm kleiner. Die kindliche Wachstumsstörung lässt sich in entsprechende Wachstumsdefizite bei Erwachsenen übersetzen. Geht man von einer Durchschnittsgröße von 1,60 m aus, so entsprechen 7–10 cm einer Größenminderung von 4,38 bis 6,25%, die auf Wachstumshemmungen in der Kindheit zurückgeht, was nach Schätzungen einen Arbeitsproduktivitätsverlust von 6,04% für mäßig Wachstumsgestörte und 8,6% für schwer Wachstumsgestörte nach sich zieht (32). Bei einem jährlichen Durchschnittseinkommen von gegenwärtig 870 US-\$, wird sich der Produktivitätsverlust bei diesen Kindern später auf etwa 33 Millionen US-\$ belaufen.

Quelle: Weltbank (2).

16. 1999 wurden in der Europäischen Region der WHO über 370 000 neue Fälle von Tuberkulose (TB) entdeckt, seit zwei Jahrzehnten die höchste Zahl (33). Die meisten dieser Fälle tauchten in Osteuropa und in den NUS auf, wo die Tuberkulose seit Beginn der 1990er Jahre alarmierend zugenommen hat (34). Alle Länder mit einer TB-Inzidenz von über 70 Fällen pro 100 000 Einwohner (14 Länder) haben ein BSP von unter US \$2700 pro Kopf der Bevölkerung, während das BSP in allen Ländern mit einer TB-Fallmeldezahl von weniger als 15 Fällen pro 100 000 Einwohner (9 Länder) bei über 24 000 US-\$ pro Kopf der Bevölkerung liegt. Nur zwei von 41 Ländern der Region (Spanien und Portugal) fügen sich nicht in dieses Muster ein, da sie im Verhältnis zu ihrem BSP eine hohe TB-Inzidenz haben. Eine mögliche Erklärung dafür wäre die Tatsache, dass es sich dabei um die beiden einzigen Länder der Region handelt, in denen sich die HIV-Infektionsrate allmählich stark auf das Ausmaß der TB-Epidemie ausgewirkt hat (Abb. 3).

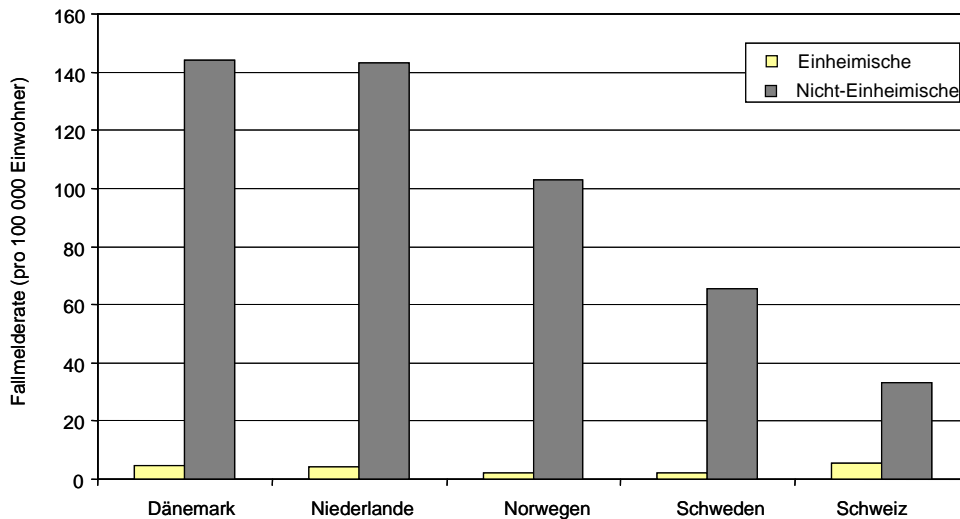
Abb. 3: Tuberkulose und Armut, 1999



Quelle: Tuberkulose-Bekämpfungs-Programm, WHO-Regionalbüro für Europa.

17. In westeuropäischen Ländern liegt die Zahl der gemeldeten TB-Fälle unter Nicht-Einheimischen weit über der Zahl für die einheimische Bevölkerung (Abb. 4). 1998, entfielen 25% aller Tuberkulosefälle in EU-Ländern auf die nicht einheimische Bevölkerung, in Mittel- und Osteuropa waren es dagegen nur 1% und in den NUS und Baltischen Staaten 4% der Fälle. Die Tuberkulosefälle unter der nicht einheimischen Bevölkerung machten 1999 in einigen EU-Ländern 60% aller Fälle aus. In Dänemark und in den Niederlanden betrug die TB-Meldeziffer für die einheimische Bevölkerung 4,0 bzw. 4,5 pro 100 000 Einwohner, während die entsprechenden Zahlen für die nicht einheimische Bevölkerung 144,2 bzw. 143,4 (Tuberkulose-Referat, WHO-Regionalbüro für Europa, unveröffentlichte Daten) betragen.

Abb. 4: TB und geografischer Ursprung, 1999



Quelle: Tuberkulose-Programm, WHO-Regionalbüro für Europa.

18. Die Daten aus den NUS zeigen, dass Arbeitslosigkeit, Mangelernährung, Alkoholismus, Gefängnisaufenthalte und Obdachlosigkeiten zu den TB-Risikofaktoren zählen. Von 1715 Tuberkulosepatienten, die 2000 in Lettland ermittelt wurden, waren 36% arbeitslos, 8% waren bereits mehrmals eingesperrt gewesen, 34% waren Alkoholiker oder Drogenabhängige und 18% litten unter Mangelernährung (Leiter, Staatliches Tuberkulose-Bekämpfungs-Programm, persönliche Mitteilung). Ähnliche, aus den 1990er Jahren stammende Angaben aus der Verwaltungseinheit (*oblast*) Ivanovo in der Russischen Föderation zeigen, dass 55% der TB-Patienten arbeitslos waren, 61% waren Alkoholiker und etwa 30% hatten Gefängnisaufenthalte hinter sich (35).

19. HIV/Aids wächst sich heute am schnellsten zu einer Bedrohung für die Entwicklung aus. Von anderen Epidemien unterscheidet es die Tatsache, dass es sich so schnell ausbreitet und so umfassende verheerende Folgen hat. In Osteuropa, wo der Bevölkerung bis Mitte der 1990er Jahre anscheinend das schlimmste Ausmaß der Epidemie erspart geblieben war, leben inzwischen schätzungsweise 270 000 HIV-Infizierte, weshalb die Aids-Inzidenz in Zukunft voraussichtlich ansteigen wird. Zurzeit ist die Ukraine am stärksten betroffen, wobei allerdings auch in der Russischen Föderation, in Weißrussland, in Kasachstan und in der Republik Moldau in den letzten Jahren überall ein außerordentlich hoher Anstieg der HIV-Infektion registriert wurde.

20. UNAIDS (36) stellt fest: „Es ist zu erwarten, dass Armut und Analphabetismus die Möglichkeit einer Infizierung mit sexuell übertragbaren Krankheiten, darunter auch HIV/Aids, verstärken könnten, da sich Menschen mit niedrigem Einkommen Kondome oder eine Behandlung von sexuell übertragbaren

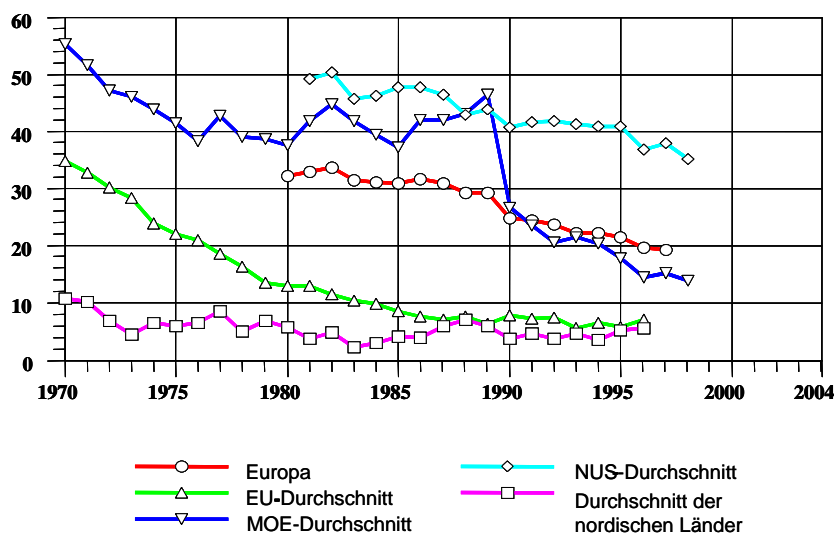
Krankheiten vielleicht weniger leisten können als besser Verdienende, und Menschen mit schlechter Schulbildung u. U. weniger leicht Zugang zu Informationen über die Gefahren eines risikobetonen Verhaltens haben oder die Präventionsratschläge weniger gut verstehen.“

21. Zu den Faktoren, die eine HIV-Übertragung fördern, zählen wirtschaftliche Instabilität, Epidemien anderer sexuell übertragbarer Infektionen, Armut und gesellschaftlich bestimmte Faktoren wie Geschlechterrollen (37). Das Risiko einer HIV-Infektion wächst in wirtschaftlichen Umbruchzeiten und Rezessionen, bei steigender Arbeitslosigkeit und Verarmung, durch die Ausweitung der Schattenwirtschaft, rückläufige Einkünfte für das Gesundheitswesen, die rasche Ausbreitung von intravenös Drogenabhängigen und Bevölkerungsmigration (38). Zu den gesellschaftlichen Bestimmungsfaktoren der Epidemien sexuell übertragbarer Krankheiten gehören außerdem eine deutliche soziale Polarisierung, zunehmende Armut und rückläufige Investitionen in die soziale Infrastruktur, was die Sexualverhaltensmuster beeinflusst und sich auch auf die Faktoren auswirkt, die die Übertragbarkeitsperiode bestimmen (39). Besonders ausgesetzte Gruppen, d. h. im Sexgewerbe Tätige und ihre Klienten, intravenös Drogenabhängige und Jugendliche, sind vom Zusammenhang zwischen Armut und HIV/Aids stark betroffen.

22. Die Fakten belegen eindeutig, dass Armut vor allem die reproduktive Gesundheit von Frauen beeinträchtigt, obwohl sie auch die reproduktive und sexuelle Gesundheit von Männern gefährdet. Dies gilt für alle Länder der Europäischen Region, nicht nur für die Länder, die eine wirtschaftliche Umbruchszeit durchgemacht haben oder noch im Umbruch stecken. Es gilt auch für arme, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Migranten oder Flüchtlinge in reichen westeuropäischen Ländern.

23. Müttersterblichkeit und Armut sind stark assoziiert. Die Mütter- und Säuglingssterblichkeit ist in den ärmsten Ländern der Region am höchsten, vor allem in den zentralasiatischen Republiken und in den Kaukasusländern. Die Müttersterblichkeit liegt in diesen Ländern um mehr als achtmal über der Rate in anderen Ländern der Region (Abb. 5) (26).

Abb. 5: Müttersterbefälle, alle Ursachen, pro 100 000 Lebendgeburten



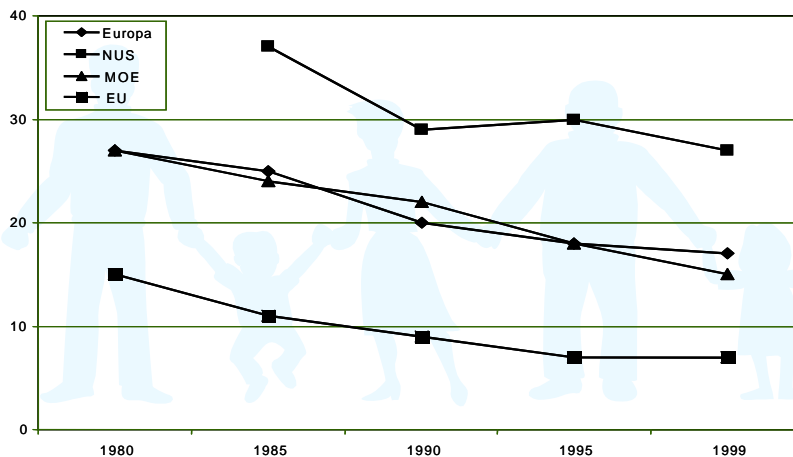
Quelle: GFA-Datenbank, WHO-Regionalbüro für Europa.

24. Außer dem niedrigen Durchschnittseinkommen pro Kopf der Bevölkerung stellt auch die ungerechte Wohlstandsverteilung einen Risikofaktor für die reproduktive Gesundheit dar. In einigen Ländern bestehen zwischen verschiedenen geografischen Regionen erhebliche Unterschiede in der Müttersterblichkeit. In einigen NUS beträgt der Anteil von Hausgeburten ohne sachkundige Hilfe in einigen entlegenen Landgebieten zwischen 60 und 70%, da die Familien nicht die Mittel haben, um zum Krankenhaus zu kommen oder die dort geforderten Zahlungen nicht leisten können.<sup>5</sup>

25. Für die Europäische Kommission durchgeführte Untersuchungen zeigen, dass in westeuropäischen Ländern die Müttersterblichkeit und -morbidity unter Immigrantinnen höher ist als bei Frauen, die der ethnischen Mehrheit in diesen Ländern angehören, und das Gleiche gilt für die Säuglingssterblichkeit. Schwangerschaftsabbrüche sind bei diesen Frauen ebenfalls häufiger, während im allgemeinen weniger moderne Verhütungsmittel benutzt werden. Die Unterschiede sind auf Informationsdefizite hinsichtlich der bedarfsgerechten Dienste und Leistungen zurückzuführen, z. B. was die Geburtsfürsorge oder den Zugang zu Empfängnisverhütungsmitteln betrifft. Dies wurde in Deutschland, Italien, in den Niederlanden, in Schweden und anderen EU-Ländern nachgewiesen (40).

26. Arme Kinder sterben wahrscheinlicher bis zum Alter von fünf Jahren und leiden eher an akuten Atemwegsinfektionen, an Durchfallerkrankungen, angeborenen Fehlbildungen und chronischen Krankheiten. Der Gesundheitszustand der Kinder in der Europäischen Region ist ziemlich heterogen: In einigen Ländern gehört die Sterblichkeit bei Kindern unter fünf Jahren zur weltweit niedrigsten, während sie in anderen immer noch recht hoch ist (Abb. 6).

Abb. 6: Mortalität bei Kindern unter fünf Jahren, Trends in der Europäischen Region



Quelle: GFA-Datenbank, WHO-Regionalbüro für Europa.

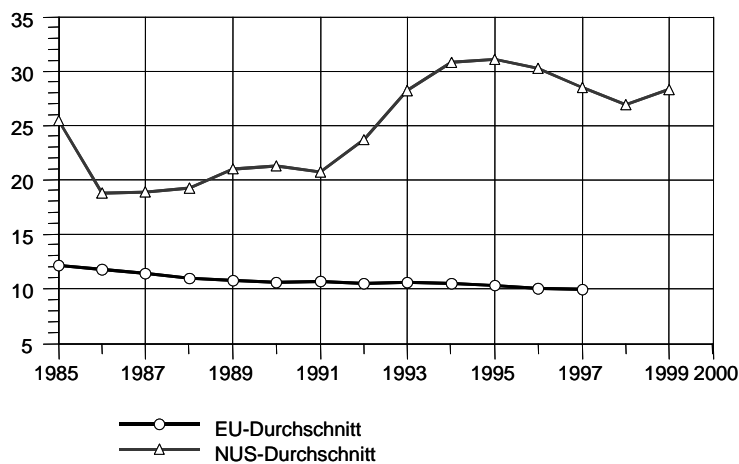
27. Die im Vergleich zu den MOE- und EU-Ländern erheblich höhere Sterblichkeit in den NUS hat vor allem in den zentralasiatischen Republiken ihre Ursache in der sehr viel höheren Sterblichkeit aufgrund von übertragbaren Krankheiten. Außerdem zeigen sich innerhalb der Länder krasse Unterschiede: Die Ziffer liegt in einigen Fällen unter den ärmsten 20% der Bevölkerung bis zu fünfmal über der unter den reichsten 20% der Bevölkerung zu beobachtenden Raten (26).

<sup>5</sup> Unveröffentlichte Berichte nationaler Berater und Berichte über Missionen von WHO-, UNFPA- und UNICEF-Mitarbeitern in Tadschikistan und Georgien.

28. Der Zusammenhang zwischen Armut und psychischer Gesundheit ist sowohl in seiner Gerichtetheit wie in seiner Dynamik komplex und führt zu einem Teufelskreis aus Verarmung und psychischer Erkrankung. Aus gemeindebasierten Studien über die Prävalenz von Depressionen geht jedoch hervor, dass innerhalb derselben Gemeinschaft das Depressionsrisiko für die Armen höher ist als für die Reichen. Außerdem zeigt sich weltweit in unterschiedlichen Ländern unter den Armen im Vergleich zu den Reichen ein ähnliches Wahrscheinlichkeitsrisiko für die Entstehung von Depressionen (41).

29. Auch in der Europäischen Region zeigen Gemeindeuntersuchungen in Industrieländern, dass die Armen stärker von Depressionen betroffen sind als die Reichen. In Studien fand man für die Niederlande ein Odds Ratio von 1,6 (42), und das Gleiche galt für die USA (43). Etwas höhere Odds Ratios von 1,9 fand man in Finnland (44) und in Deutschland (45). Diese Daten räumen gründlich mit der Vorstellung auf, dass die Depression eine krankhafte Störung unter Reichen sei und nur Menschen in reichen Industrieländern betreffe. Diese Erkenntnis wird durch Selbstmorddaten (die zu den stärksten Indikatoren der psychischen Gesundheit gehören) bestätigt. Die Angaben in der GFA-Datenbank zeigen in den 1990er Jahren einen steilen Anstieg dieser Mortalitätsursache in den NUS, während sie in den EU-Ländern stetig rückläufig ist (Abb. 7).

Abb. 7: Selbstmord und Selbstverletzungen, standardisierte Sterblichkeitsziffer pro 100 000 Einwohner der Altersgruppe 0–64 Jahre



Quelle: GFA-Datenbank, WHO-Regionalbüro für Europa.

30. In den meisten Ländern sind heute Raucher eher unter den Armen als unter den Reichen zu finden. Insgesamt breitet sich die Raucherepidemie aus. Ursprünglich auf Männer der Länder mit hohem Einkommen konzentriert, hat sie sich über Frauen in den gleichen Ländern auf Männer in Regionen mit niedrigem Einkommen ausgedehnt (46). Historisch gesehen wuchs die Zahl der Raucher mit dem steigenden Einkommen einer Bevölkerung. Doch in den letzten drei bis vier Jahrzehnten scheint sich dieses Muster verschoben zu haben, zumindest bei Männern, für die leicht zugängliche Daten vorliegen. Wohlhabende Männer in Ländern mit hohem Einkommen haben das Rauchen zunehmend aufgegeben, ärmere Männer dagegen nicht. Beispielsweise ging in Norwegen der prozentuale Anteil der Raucher mit hohem Einkommen zwischen 1955 und 1990 von 75% auf 28% zurück. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil der Raucher mit niedrigem Einkommen weit weniger krass, nämlich von 60% auf 48%. Heute bestehen in den meisten Ländern mit hohem Einkommen unter verschiedenen sozioökonomischen Gruppen signifikante Unterschiede in der Prävalenz des Rauchens. Im Vereinigten Königreich rauchen beispielsweise nur 10% der Frauen und 12% der Männer der höchsten sozioökonomischen Gruppe. In der untersten Gruppe liegen die entsprechenden Zahlen dreimal höher, nämlich bei 35% bzw. 40%. Die gleiche Verhältnismkehrung

findet man zwischen dem Bildungsstand, einem Marker für den sozioökonomischen Status, und dem Rauchen. Im Allgemeinen rauchen Personen mit geringer oder fehlender Schulbildung eher als Personen mit besserem Bildungshintergrund. Bis vor kurzem ging man davon aus, dass die Situation in den Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen anders aussehe. Doch auch hier gelangen die neuesten Forschungsarbeiten zu dem Schluss, dass Männer mit geringem sozioökonomischem Status eher rauchen als Männer aus hohen sozioökonomischen Gruppen. Studien in Indien, Brasilien, China, Südafrika, Vietnam und mehreren mittelamerikanischen Ländern bestätigen dieses Muster.

31. Der Tabakgebrauch ist also mit Armut und niedrigem sozioökonomischem Status assoziiert, und das Gleiche gilt für seine gesundheitsschädlichen Auswirkungen. Eine Analyse von Daten aus Kanada, Polen, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten zeigt, dass das Rauchen für über die Hälfte der Unterschiede verantwortlich ist, die in der Mortalität von Männern zwischen Angehörigen der Gruppen mit dem höchsten und dem niedrigsten sozioökonomischen Status festzustellen sind. Das Rauchen trug zwischen 1970 und 1992 auch stark dazu bei, dass das für wohlhabende und benachteiligte Männer nachgewiesene Überlebensgefälle in diesen Ländern immer steiler wurde.

32. Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Lebensumständen und Alkoholgebrauch ist dagegen nicht so einfach (47). Es zeichnet sich das durch Studien in mehreren Ländern abgestützte Bild ab, dass Saufereien unter Personen mit niedrigem Bildungsstand oder schlecht bezahlter beruflicher Beschäftigung üblicher sind. Besonders markante Unterschiede bestehen hinsichtlich des Grades der schweren alkoholbedingten Probleme, was sich teilweise auf unterschiedliche Trinkgewohnheiten zurückführen lässt, wobei sich allerdings auch hier nach Alter und Geschlecht noch große Schwankungen ergeben. Nach Meldungen lag die alkoholbedingte Gesamtsterblichkeit zwischen 1988 und 1994 in England, Wales und Schottland bei ungelerten Arbeitern der Altersgruppe 25–39 Jahre um 10–20 mal höher als in der besser ausgebildeten Schicht, während die Unterschiede bei Männern der Altersgruppe 55–64 Jahre nur noch das 2,5–4fache ausmachten (48). Bei Frauen waren die Unterschiede geringer, wobei die alkoholbedingte Sterblichkeit unter jungen, ungelerten Arbeiterinnen und bei älteren Frauen mit qualifizierten Berufen erhöht war. Aus einer in Schweden durchgeführten Untersuchung ergab sich, dass die gesamte alkoholbedingte Sterblichkeit im Raum Stockholm unter nicht auf dem Arbeitsmarkt gemeldeten und damit relativ armen Personen 7–10mal höher war (49). Ein ähnliches Muster zeichnet sich in der letzten Zeit in Osteuropa ab. Eine Interviewstudie über den Alkoholkonsum einer nationalen Stichprobe der russischen Bevölkerung ergab, dass bei Männern der mittleren Altersgruppe in der Zeit des wirtschaftlichen Umbruchs schwere Trinker signifikant häufiger unter Personen mit niedrigem Bildungsstand zu finden waren (50).

33. Ganz allgemein scheinen die meisten durch die Lebensweise bedingten Risikofaktoren mit dem sozioökonomischen Status verknüpft zu sein. Bei einer Untersuchung von über 15 000 Erwachsenen im Vereinigten Königreich wurden in unterschiedlichen, nach beruflicher Beschäftigung definierten Sozialschichten signifikante Unterschiede in der Prävalenz von Krankheitsfaktoren festgestellt (Tabelle 3).

34. Die Inzidenz von Herz-Kreislaufkrankheiten zeigt in vielen westeuropäischen Ländern einen starken Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren, darunter auch dem Haushaltseinkommen. In Osteuropa können auch andere Faktoren eine Rolle spielen: Die Schwankungen der russischen (52) und litauischen (53) Herzkrankheits- und Sterblichkeitsziffern wurden auch mit Alkoholkonsumgewohnheiten und anderen Faktoren der Lebensweise in Verbindung gebracht.

35. Bei Frauen war häufig ein umgekehrter Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Fettsucht zu beobachten, wobei der in früheren Untersuchungen bei Männern als weniger deutlich zutage tretende Zusammenhang (54) mittlerweile ähnlich dem bei Frauen zu beobachtenden zu sein scheint. In einer EU-weiten Verbrauchererhebung, bei der der Körpermasseindex (BMI) nach den von den Befragten zu Größe und Gewicht gemachten Angaben berechnet wurde, bestand eine starke Assoziation zwischen Fettsucht und Sozialschicht, die nach Haushaltseinkommen, beruflicher Tätigkeit oder Bildungsstand definiert wurde (Tabelle 4) (55). An der Erhebung beteiligten sich in den Mitgliedstaaten der EU mehr als 15 000 Personen über 15 Jahre.

Tabelle 3: Sozialschicht und defizitäre Gesundheit. Prävalenz von Krankheiten und Risikofaktoren bei Erwachsenen

	Sozialschicht		
	Oberschicht	Mittelschicht (keine körperliche Arbeit)	Unterschicht
<b>Männer</b>			
Ischämische Herzkrankheit	5,1%	6,0%	6,4%
Schlaganfall	1,3%	1,7%	2,1%
Mittlerer Blutdruck	136/76	138/76	139/77
Cholesterin >6,5 mmol/l	26,0%	27,0%	26,0%
Hämoglobin <13 g/dl	3,0%	5,0%	5,0%
Fettsucht (BMI>30)	9,9%	13,7%	14,0%
Bewegungsarmut	14,0%	15,0%	21,0%
<b>Frauen</b>			
Ischämische Herzkrankheit	1,8%	5,2%	7,2%
Schlaganfall	0,5%	2,3%	2,5%
Mittlerer Blutdruck	130/72	136/73	141/75
Cholesterin >6,5 mmol/l	26,0%	35,0%	36,0%
Hämoglobin <12 g/dl	9,0%	12,0%	13,0%
Fettsucht (BMI>30)	11,8%	15,0%	22,6%
Bewegungsarmut	15,0%	17,0%	22,0%

Quelle: Colhoun, H. & Prescott-Clarke, P. (51).

Formatted

Formatted

36. In einer schwedischen Studie wurde der Zusammenhang zwischen BMI, Alter und Bildungsstand untersucht, wobei man sich die Auswirkungen der ethnischen Zugehörigkeit (definiert nach Geburtsland), von Bewegung und Rauchen anschaut (56). Bildungsstand und ethnische Zugehörigkeit zeigten bei Männern und Frauen einen unabhängigen Zusammenhang mit dem BMI, was auch für die um das Rauchen bereinigte Bewegungsarmut galt.

Tabelle 4: Prävalenz der Fettsucht unter Männern und Frauen nach Sozialschicht und Bildungsstand, Erwachsene in der EU

	Männer (%)	Frauen (%)
<b>Ökonomischer Status*</b>		
Unterschicht	11,1	13,8
Untere Mittelschicht	8,9	12,6
Mittelschicht	8,0	8,0
Obere Mittelschicht	7,8	5,6
<b>Bildungsstand</b>		
Volksschule	12,1	15,9
Weiterführende Schulbildung	8,4	8,5
Hochschulausbildung	5,9	4,4

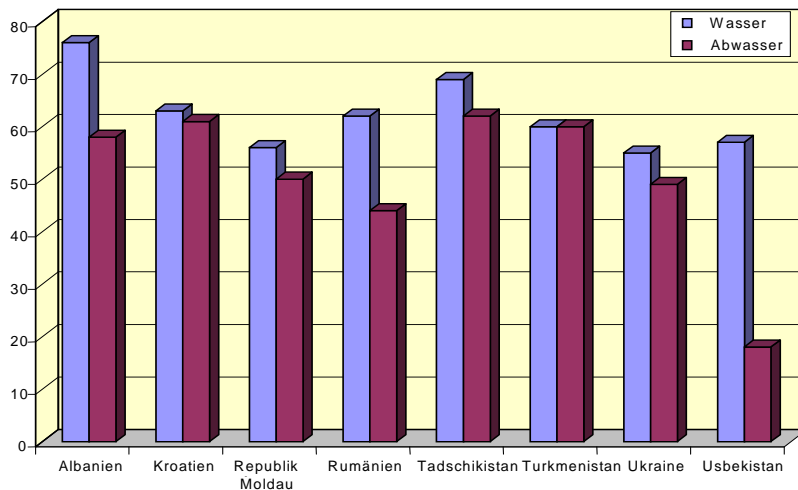
\* Gemessen nach Haushaltseinkommen oder beruflicher Tätigkeit.

Quelle: Martinez et al. (55).



37. Arme leben wahrscheinlicher in einem ungesunden Lebensumfeld, ohne angemessene Wohnunterkunft, ohne Zugang zu Trinkwasser oder angemessenen sanitären Einrichtungen (57). Der begrenzte Zugang zu verbesserten Wasserreserven stellt in der Europäischen Region der WHO immer noch ein erhebliches Problem dar. Schätzungsweise 12% der Bevölkerung in der Region, vor allem im Osten, haben keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, und ein noch höherer Prozentsatz hat keine ausreichenden Abwassereinrichtungen (58). In einigen Ländern haben nur unter 60% der Bevölkerung Zugang zu sauberem Trinkwasser (Abb. 8).

Abb. 8: Prozentsatz der Bevölkerung mit Zugang zu verbesserten Wasserreserven und Abwasseranlagen in ausgewählten europäischen Ländern, 1996



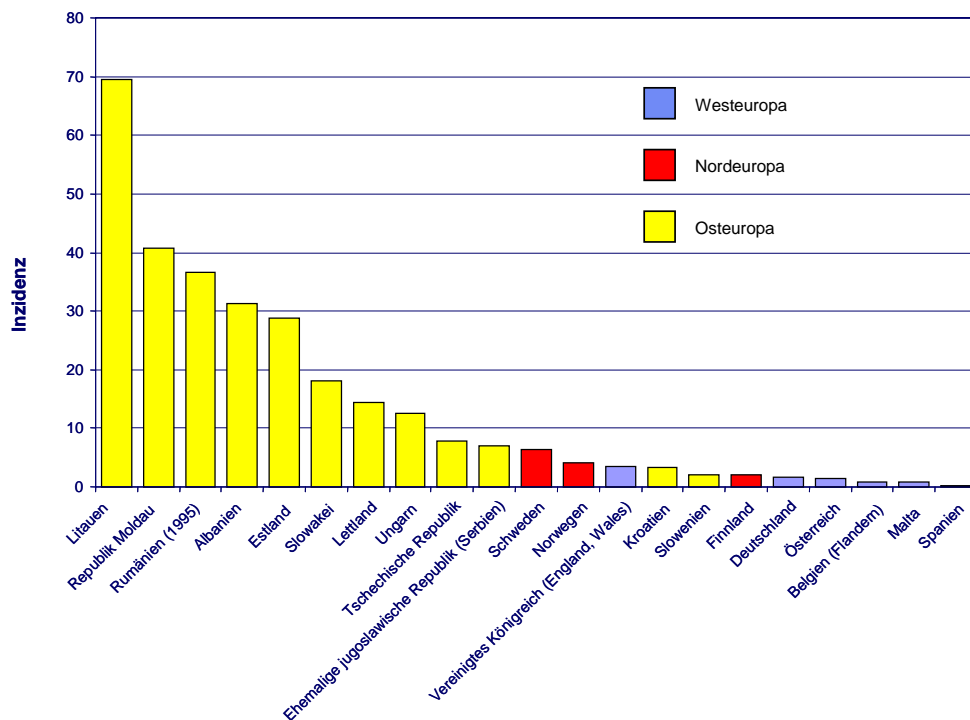
Quelle: UNDP (3).

38. Die häusliche Wasserversorgung ist potenziell nicht nur Übertragungsweg für übertragbare Krankheiten, sondern kann auch einen Schutzwall gegen Infektionen bilden, da sie eine bessere persönliche und häusliche Hygiene ermöglicht. Bevölkerungsgruppen ohne Anschluss an ein Wassernetz, die in vielen Landgebieten von Europa anzutreffen sind, sind besonders gefährdet.

39. Verschiedene Formen von Durchfallerkrankungen (einschl. Cholera und Typhus) sowie Hepatitis A sind die wichtigsten Krankheiten, die in Europa aufgrund der mikrobiologischen Kontamination des Wassers übertragen werden. Diese Krankheiten bewirken weitgehend Morbidität und zeitweilige Behinderungen, doch die Ausbrüche haben auch wirtschaftliche Konsequenzen. Die Inzidenz der Bakterienruhr verteilt sich in Europa deutlich unterschiedlich, wobei die höchsten Ziffern auf die osteuropäischen Länder entfallen (Abb. 9).

40. Von dem erheblichen Problem, das die Luftverschmutzung in Europa darstellt, sind vor allem in den städtischen Ballungsgebieten zahlreiche Menschen betroffen. Dabei ist die Exposition in Osteuropa am höchsten (59), was mit der Heizungsform, dem Alter der Kraftfahrzeuge und der zunehmenden Verkehrsdichte zu tun hat. Nach Schätzungen sterben jährlich zwischen 102 000 und 368 000 Europäer der Altersgruppe über 35 Jahre aufgrund der starken Schwebstaubkonzentration in der Luft. Die Luftverschmutzung stellt auch in den städtischen Ballungsgebieten von Westeuropa ein erhebliches Problem dar und hat zahlreiche gesundheitliche Auswirkungen (60, 61). Eine deskriptive Analyse erbrachte jedoch einen breiten reziproken Zusammenhang zwischen der Verteilung von Personen mit zwei oder mehr Kraftfahrzeugen in zu statistischen Zwecken ausgewählten wohlhabenderen Gebieten außerhalb von London und der Verteilung der NO<sub>x</sub>- und CO-Emissionen, der Straßendichte und der Atemwegsmortalität in der Stadt (62).

Abb. 9: Inzidenz der Bakterienruhr pro 100 000 Einwohner in Europa, 1996



Quelle: Water and human health in Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (im Druck).

41. Bleivergiftung bleibt die signifikanteste verhütbare Einzelkrankheit, die mit einem umwelt- und berufsbedingten toxischen Stoff assoziiert ist (63). Das Risiko der Bleibelastung schwankt je nach Wohnort erheblich. In den Städten konzentriert sich die Belastung auf arme Gegenden und stammt weitgehend von Kraftfahrzeugabgasen, hängt aber auch mit industriellen Ursachen zusammen, wie z. B. Bleibergbau, Bleischmelze und Kohlenverbrennung, außerdem mit bleihaltigen Farben und Bleiwasserleitungen. Die Bleibelastung stellt eine besondere Gefahr für Kinder dar, da sie ihre neurologische Entwicklung und ihren Intelligenzquotienten (IQ) beeinträchtigt. Die Bleibelastung ist in mehreren europäischen Ländern noch durchaus üblich. In den Ländern, in denen verbleites Benzin mittlerweile fast verschwunden ist, wurde nachgewiesen, dass bis zu 60% des Bleigehalts im Blut mit verbleitem Kraftstoff assoziiert war. Trotz der bemerkenswerten gesundheitlichen Wirksamkeit des Verbots von verbleitem Benzin hatten bis 1996 nur 14 Länder den verbleiten Kraftstoff völlig abgeschafft (64).

## ARMUT UND WHO

42. Die WHO hat bereits vor langer Zeit erkannt, dass Strategien zur Bekämpfung der Armut unabdingbar sind, um die Gesundheit im weitesten Sinne zu verbessern (65). Vor nicht allzu langer Zeit wurde die Armut als der unbarmherzigste Killer und die größte Ursache des Leidens in der Welt bezeichnet (66).

43. In der Unternehmensstrategie der WHO heißt es, dass eine wesentliche Aufgabe für die gesamte Organisation darin besteht, durch die Verbesserung von Gesundheit zur Minderung der Armut beizutragen. Damit stellt die WHO die Gesundheit in den Kontext der menschlichen Entwicklung, bewirkt einen Konsens über wirksame Gesundheitspolitik, verbessert die gesundheitlichen Resultate durch effektive Partnerschaften und schafft eine Organisationskultur, die Innovation und rechenschaftspflichtige Verantwortung, strategisches Denken und promptes Handeln fördert.

44. Die WHO hat eine wichtige Funktion im Rahmen der Initiative „Massiver Einsatz gegen die Armut“, eine wichtige internationale Maßnahme, die alle nationalen und internationalen Akteure wachrüteln soll mit dem Ziel, den Ärmsten der Welt besseren Zugang zu gesundheitlichen Gütern und Leistungen zu verschaffen und dadurch eine nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung zu erreichen. Die Initiative zielt auf die Bekämpfung der mit Armut verknüpften Krankheiten und Leiden mit hoher Sterblichkeit, wie z. B. Tuberkulose, Malaria, HIV/Aids, Durchfallerkrankungen, akuten Atemwegsinfektionen, Masern und gesundheitsgefährdenden Schwangerschaften ab.

## SCHLUSSFOLGERUNGEN

45. Eine Reihe der auf internationaler Ebene vorgeschlagenen Maßnahmen wird den Bemühungen um eine Minderung der Armut in der Welt mehr Wirkung verleihen. Diese Maßnahmen finden sich in „Strategiepapieren zur Minderung der Armut“ erläutert, die in vielen Ländern von zwischenstaatlichen Organisationen und Nationalregierungen gemeinsam erarbeitet werden.

46. In ihrem letzten *World Development Report 2000/2001 (2)*, empfahl die Weltbank die folgenden Initiativen zur Minderung der Armut:

- Förderung von Chancen
- Erleichterung eines selbstbestimmten Handelns
- Verbesserung der Sicherheit
  - Verringerung der Anfälligkeit armer Menschen gegenüber Gesundheitsdefiziten, wirtschaftlichen Schocks, Missernten, Naturkatastrophen und Gewalteinwirkung;
  - Hilfe für die Armen, damit sie eventuelle Schocks dieser Art bewältigen können;
  - Sicherstellung wirksamer Sicherheitsnetze, durch die die Auswirkungen persönlicher und nationaler Notsituationen gemildert werden können;
- Verstärkung internationaler Maßnahmen.

47. Auf der 108. Tagung des Exekutivrats im Mai 2001 schlug die WHO einen „einheitlichen Aktionsrahmen“ vor, der es vielen unterschiedlichen Akteuren ermöglichen soll, in armen Gemeinschaften in zusammenhängender Weise Vorschläge für die Intensivierung von Maßnahmen des Gesundheitssektors in die Tat umzusetzen, die von zwischenstaatlichen Organen, Organisationen des Systems der Vereinten Nationen, nichtstaatlichen Organisationen und privaten Gruppierungen erarbeitet werden. Der Rahmenvorschlag umfasst sechs Elemente:

- neue Ressourcen;
- unentbehrliche globale Funktionen, darunter Forschungs- und Entwicklungsprogramme für Arzneimittel und Impfstoffe, Partnerschaften zur Verringerung der Arzneimittelpreise und Pläne für den effizienten Einkauf und die gerechte Verteilung lebensnotwendiger Güter;
- Mechanismen für den Ressourcentransfer;
- Aufbau von Gesundheitssystemen;
- laufende Überwachung der Resultate und
- gesellschaftliche Mobilisierung.

Die WHO ist entschlossen, in diesem Rahmen Aktivitäten in Gang zu setzen und sicherzustellen, dass die Rahmenbedingungen innerhalb der WHO und in den Schwesterorganisationen deutlich verstanden werden.

48. In diesem globalen Zusammenhang und in Übereinstimmung mit der übergeordneten Unternehmensstrategie der WHO wird vorgeschlagen, das WHO-Regionalbüro für Europa (WHO/EURO) die Thematik Armut und Gesundheit nach folgenden vier Handlungsgrundsätzen angehen zu lassen:

- In Europa muss das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass die Gesundheit im Kampf gegen die Armut einen wesentlichen Stellenwert hat;
- den Ländern muss geholfen werden, bei der Minderung der nachteiligen Auswirkungen von Armut Fortschritte zu erzielen, und zwar durch den verbesserten Zugang zu gesundheitlichen Leistungen (Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung) und durch die Bekämpfung der wichtigsten mit der Armut verknüpften Krankheiten und Determinanten;
- die zur Unterstützung der Politikentwicklung und für die Verlaufsbeobachtung verfügbare Informationsgrundlage und Datensituation muss verbessert werden, insbesondere im Hinblick auf die schwächsten Bevölkerungsgruppen;
- das verpflichtende Engagement der internationalen Gemeinschaft zur Investition von Ressourcen in Forschungsvorhaben und konkrete Maßnahmen zur Minderung der Armut muss gestärkt werden.

49. WHO/EURO wird einen Prozess zur Sammlung, Analyse und Verbreitung des Wissens über die von den Mitgliedstaaten zur Minderung der Armut getroffenen wirksamen Maßnahmen in Gang setzen. Zu diesem Zweck werden die Länder gebeten, geeignete Fallstudien auszuwählen und an die WHO weiterzuleiten. Ein erster Bericht mit einer Analyse der gelieferten Daten wird dem Regionalkomitee auf dessen 51. Tagung vorgelegt.

50. Neben der Stärkung seiner bereits bestehenden Aktionspläne wird WHO/EURO neue Aktivitäten zur Thematik Armut und Gesundheit ins Leben rufen und dafür die durch die Einrichtung des in Venedig angesiedelten europäischen WHO-Büros für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung zur Verfügung stehenden Ressourcen nutzen. Diese oben dargelegten Aktivitäten werden in enger Koordination und Zusammenarbeit mit allen anderen Programmen von WHO/EURO, die im Rahmen einer konsequenten Politik in den wichtigsten Bereichen tätig sind, durchgeführt.

## LITERATURHINWEISE

1. SEN, A. *Development as freedom*. New York, Oxford University Press, 2000.
2. WORLD BANK. *World Development Report 2000/2001: attacking poverty*. New York, Oxford University Press, 2001.
3. UNDP. *Human Development Report 2000*. New York, Oxford University Press, 2000.
4. *La povertà in Italia nel 1999* [Poverty in Italy in 1999]. Rome, ISTAT, 2000 (Note Rapide, year 5, No. 5, 4 July 2000).
5. UNDP. *Human Development Report 1995*. New York, Oxford University Press, 1995.
6. FALKINGHAM, J. *Poverty, affordability and access to health care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (im Druck).
7. CORNIA, A.G. The forgotten crisis: Transition, psychosocial stress and mortality over the 1990s in the former Soviet bloc. In: Ziglio, E. et al., ed. *Investing for health: Evidence on the social and economic determinants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
8. CORNIA, A.G. & PANICCIÀ, R. The demographic impact of sudden impoverishment: Eastern Europe during the 1989–94 transition. Florence, UNICEF ICDC, 1995 (*Innocenti Occasional Papers, Economic Policy Studies*, 49).
9. *Transition Report*. London, European Bank for Reconstruction and Development, 1998.

10. MILLS, M. *Tajikistan: A poverty note*. New York, World Bank, 1998.
11. *Eurostat Yearbook 2001*. Luxemburg, European Commission, 2001.
12. MARTIN, R. Regional dimensions of Europe's unemployment crises. In: Lawless, P. et al., ed. *Unemployment and social exclusion*. London, Regional Studies Association, 1998 (Regional Policy and Development, 13).
13. BRADBURY, B. ET AL. *Child poverty dynamics in seven nations*. Florence, UNICEF ICDC, 2000 (*Innocenti Working Papers*, 78).
14. FALKINGHAM, J. *From security to uncertainty: The impact of economic change on child welfare in central Asia*. Florence, UNICEF ICDC, 2000 (*Innocenti Working Papers*, 76).
15. BLANCHFLOWER, D.G. Youth labour markets in twenty-three countries: A comparison using microdata. In: Stern, D. & Wagner, D.A., ed. *International perspectives on the school-to-work transition*. Cresskill, NJ, Hampton Press, 1999.
16. *Young people in changing societies. The MONEE project CEE/CIS/Baltics*. Florence, UNICEF, 2000 (Regional Monitoring Report, No.7).
17. BLUM, R. *Healthy youth development as a strategy to improve health*. Geneva, World Health Organization, 1999.
18. *The State of the World's Cities Report 2001*. Nairobi, United Nations Centre for Human Settlements, 2001.
19. *Cities in a globalizing world: Global report on human settlements 2001*. Nairobi, United Nations Centre for Human Settlements, 2001.
20. WILKINSON, R. & MARMOT, M., ED. *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
21. GRENIER, P. *Still dying for a home: An update of Crisis' 1992 investigation into the links between homelessness, health and mortality*. London, Crisis, 1997.
22. CRAIG, T.K.J. *Off to a bad start*. London, Mental Health Foundation, 1996.
23. *GESUNDHEIT21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe, Nr. 6).
24. ACHESON, SIR DONALD. *Independent inquiry into inequalities in health*. London, Stationery Office, 1998.
25. WHITEHEAD, M. ET AL. *International evidence on social inequalities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 ([www.who.dk/Verona/Publications/Whitehead.htm](http://www.who.dk/Verona/Publications/Whitehead.htm), accessed 9 July 2001).
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health for All database*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
27. LEON, D.A. ET AL. International perspectives on health inequalities and policy. *British medical journal*, **322**: 591–594 (2001).
28. BOBAK, M. ET AL. *Social determinants of health: Their relevance in the European context*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 ([www.who.dk/Verona/Publications/Bobak1.htm](http://www.who.dk/Verona/Publications/Bobak1.htm), accessed 9 July 2001).
29. MARMOT, M. & BOBAK, M. International comparators and poverty and health in Europe. *British medical journal*, **321**: 1124–1128 (2000).
30. MCGUIRE, J.S. *The nutrition pay-off paper*. Washington DC, World Bank, 1996.
31. RUEL, M.T. ET AL. Length screens better than weight in stunted populations. *Journal of nutrition*, **125**(5): 1222–1228 (1995).

32. HADDAD, L.J. & BOUIS, H.E. The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines. *Oxford bulletin of economic statistics*, **53**(1): 45–68 (1990).
33. *Global tuberculosis control. WHO report 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/CDS/TB/2001.287).
34. Tuberculosis trends in central and eastern Europe and countries of the former USSR. *Weekly epidemiological record*, **70**: 21–28 (1995).
35. MIGLIORI, G.B. ET AL. Cost-effectiveness analysis of different policies of tuberculosis control in Ivanovo Oblast, Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, **76**: 475–483 (1998).
36. *AIDS, poverty and debt relief: A toolkit for mainstreaming HIV/AIDS into development instruments*. Geneva, UNAIDS, 2001.
37. RHODES, T. ET AL. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction*, **94**(9): 1323–1336 (1999).
38. KALICHMAN, S.C. ET AL. The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs. *International journal of STD and AIDS*, **11**(2): 71–75 (2000).
39. *Capacity-building in secondary prevention of sexually transmitted diseases in countries of eastern Europe and central Asia: report on a WHO meeting*, Copenhagen, Denmark, 30 June–1 July 1997. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
40. KAMPHAUSEN, W. *Health status of minority women living in Europe*. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, November 1999. Brussels, European Commission, 2000.
41. AWAS, M. ET AL. Major mental disorders in Buajira, Southern Ethiopia. *Acta psychiatrica scandinavica*, **100**: 56–64 (1999).
42. BIJL, R.V. ET AL. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **33**: 587–595 (1998).
43. KESSLER, R.C. ET AL. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, **51**(1): 8–19 (1994).
44. LINDEMAN, S. ET AL. Twelve-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta psychiatrica scandinavica*, **102**: 178–184 (2000).
45. WITTCHEM, H.-U. ET AL. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, **28**: 109–126 (1998).
46. JHA, P. & CHALOUKKA, F.J. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington DC, World Bank, 1999.
47. MARMOT, M. Inequality, deprivation and alcohol use. *Addiction*, **92**(1): S13–S20 (1997).
48. HARRISON, L. & GARDINER, E. Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988–94. *Addiction*, **94**(12): 171–188 (1999).
49. ROMELSJÖ, A. & LUNDBERG, M. The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in the whole of Sweden. *Addiction*, **91**: 1307–1323 (1996).
50. CARLSSON, P. & VÅGERÖ, D. The social pattern of heavy drinking in Russia during transition. *European journal of public health*, **8**: 280–285 (1998).
51. COLHOUN, H. & PRESCOTT-CLARKE, P. *Health survey for England 1994*. London, HMSO, 1996.

52. SHKOLNIKOV, V. ET AL. *What explains the improvement in life expectancy in Russia in the mid-1990s?* (Paper presented at the annual congress of the European Public Health Association, Paris, 14–16 December 2000).
53. CHENET, L. ET AL. *Daily variations in deaths in Lithuania: the contribution of binge drinking.* (Paper presented at the annual congress of the European Public Health Association, Paris, 14–16 December 2000).
54. SORBAL, J. & STUNKARD, A.J. Socio-economic status and obesity: a review of the literature. *Psychological bulletin*, **105**(2): 260–275 (1989).
55. MARTINEZ, J.A. ET AL. Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public health nutrition*, **2**(1a): 125–133 (1999).
56. SUNDQUIST, J. & JOHANSSON, S.E. The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study. *International journal of epidemiology*, **27**: 57–63 (1998).
57. WORLD RESOURCES INSTITUTE. *World resources 1998–99*. Oxford, Oxford University Press, 1998.
58. BERTOLLINI, R. ET AL. *Environment and Health 1: overview and main European issues*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 68).
59. *Umwelt und Gesundheit in Europa in den 90er Jahren: Sachstand*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Dokument EUR/ICP/EHCO 02 02 05).
60. KUNZLI, N. ET AL. Public health impact of outdoor and traffic related air pollution: a European assessment. *Lancet*, **356**: 795–800 (2000).
61. *Public health impact of air pollution in eight Italian cities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (im Druck).
62. STEVENSON, S. ET AL. Examining the inequality and inequity of car ownership and the effects of pollution and health outcomes such as respiratory diseases. *Epidemiology*, **9**(4): S29 (1998).
63. SILBERGELD, E. & TONAT, K. Investing in prevention: Opportunities to prevent disease and reduce health care costs by identifying environmental and occupational causes of non-cancer disease. *Toxicology and industrial health*, **10**(6): 677 (1994).
64. ROBERTS, L., ED. *World Resources 1998–99*. Oxford, Oxford University Press, 1998 (jointly published by WRI, UNEP, UNDP, WB).
65. *Einzelziele für „Gesundheit 2000“. Einzelziele zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie für „Gesundheit 2000“*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1985 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 1).
66. *The World Health Report 1995. Bridging the gaps*. Geneva, World Health Organization, 1995.