



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Regionalkomitee für Europa
62. Tagung

Malta, 10.-13. September 2012



Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie





Regionalkomitee für Europa
62. Tagung

EUR/RC62/8
+ EUR/RC62/Conf.Doc./8

Malta, 10.–13. September 2012

27. Juli 2012

121361

Punkt 5 a) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie

Der abschließende Entwurf von Rahmenkonzept und Strategie „**Gesundheit 2020**“ wird hiermit der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa zur Prüfung vorgelegt. Er enthält eine Analyse der aktuellen Rahmenbedingungen und der wichtigsten Strategien und Interventionen sowie die erforderlichen Erkenntnisse und Einzelinformationen in Bezug auf die zur Umsetzung des Rahmenkonzeptes „**Gesundheit 2020**“ notwendigen Kapazitäten.

Der abschließende Entwurf des Rahmenkonzeptes und Strategiedokuments „**Gesundheit 2020**“ wurde vollständig mit dem Dokument *Europäisches Rahmenkonzept **Gesundheit 2020** für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden* in Einklang gebracht und ergänzt dieses. Er wurde im Zuge eines vollständig partizipatorischen Prozesses ausgearbeitet, an dem sich neben den Mitgliedstaaten auch eine Vielzahl anderer Interessengruppen aus der gesamten Europäischen Region beteiligten. Die vorausgegangenen Entwürfe wurden auf mehreren Tagungen des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) geprüft und erörtert. Die in diesen abschließenden Entwurf eingeflossenen Änderungen sind vor allem das Ergebnis der Beratungen auf der vierten Tagung des 19. SCRC, die am 19. und 20. Mai 2012 in Genf stattfand. Ferner berücksichtigt wurden die Ergebnisse einer umfassenden schriftlichen Konsultation sowie eine Vielzahl weiterer informeller Anmerkungen und Beobachtungen.

Die Regionaldirektorin für Europa und das Regionalbüro danken herzlich allen Mitgliedstaaten und den anderen Akteuren, die zur Entstehung dieses Rahmenkonzeptes beigetragen haben. Ihr großer, unermüdlicher Einsatz kommt dem entstandenen Dokument in hohem Maße zugute.

Dieses ist als „lebendiges Dokument“ zu verstehen, das mittels moderner Informationstechnologien (u. a. Navigations-Tools und Links zu maßgeblicher Evidenz und nützlichen Webseiten) einem breiten Publikum zugänglich gemacht werden und fortlaufende Änderungen und Verbesserungen möglich machen soll, die sich aus der Veränderung von Rahmenbedingungen, Wissensstand und technischen Möglichkeiten ergeben.

Das Regionalkomitee wird gebeten, das Dokument mit Rahmenkonzept und Strategie „**Gesundheit 2020**“ zu prüfen, seinen Nutzen für die Umsetzung des Europäischen Rahmenkonzeptes „**Gesundheit 2020**“ anzuerkennen und seine entsprechende Anwendung durch die Mitgliedstaaten und andere Akteure in Abhängigkeit von den jeweiligen Gegebenheiten und Prioritäten zu unterstützen.

Inhalt

	Seite
Ein Rahmenkonzept für die Europäische Region im 21. Jahrhundert	1
Einführung in „Gesundheit 2020“	1
„Gesundheit 2020“ berücksichtigt die Vielfalt der Länder in der Region	1
Gesundheit ist eine wichtige Ressource und ein Aktivposten für die Gesellschaft	1
Was Gesellschaften gedeihen lässt, kommt auch der Gesundheit der Menschen zugute	2
Leistungsfähigkeit im Gesundheitsbereich und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sind miteinander verknüpft	2
Eine starke Wertebasis: Verwirklichung einer möglichst guten Gesundheit.....	2
Überzeugende soziale und wirtschaftliche Argumente.....	2
Wirklicher Nutzen und neue Chancen	3
Durch effizienten Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen lassen sich die Kosten senken	3
In einer globalisierten Welt müssen Länder bei der Bewältigung vieler ihrer wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen zunehmend zusammenarbeiten	3
Gesundheit als grundlegendes Menschenrecht	3
Wann Gesundheit zu einem gesellschaftlich aktiven und wirtschaftlich produktiven Leben führt	4
Kritische Überprüfung und Erneuerung der Handlungskonzepte	4
Nachhaltige Entwicklung – Verknüpfung sozialer, ökologischer und ökonomischer Themen und Bekämpfung von Ungleichgewichten.....	4
Teil 1 Gesundheit 2020: Erneuerung des Engagements für Gesundheit und Wohlbefinden – Kontext und Triebkräfte	7
Brücken bauen: Warum Gesundheit für Gesellschaft und Staat insgesamt so wichtig ist	9
Zukunftsvision, Zielsetzung, strategische Ziele und Prioritäten von „Gesundheit 2020“	9
Gesundheit und Wohlbefinden – individueller Zustand und Ressource für die Gemeinschaft	10
Wohlbefinden.....	11
Die zugrunde liegenden Werte von „Gesundheit 2020“	12
Gesundheitliche Chancengleichheit	14
Gemeinsames Handeln.....	14
Die neu auftretenden Triebkräfte, Demografie und Epidemiologie, und die sozialen, technologischen und ökonomischen Argumente zum Handeln	15
Neue Triebkräfte für Gesundheit: Trends, Chancen und Risiken	15
Auf Erfahrungen aufbauen.....	17
Aktuelle demografische und epidemiologische Situation in der Europäischen Region	18
Die Determinanten von Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichgewichten.....	18
Technologische Neuerungen in der Gesundheitsversorgung.....	22
Gesundheit und Wohlbefinden aus makroökonomischer Sicht	25
Die jüngste Wirtschaftskrise	29
„Bösartige“ Probleme und Systemdenken	32
Teil 2 Gesundheit 2020: Anwendung erfolgreicher evidenzbasierter Strategien und zentrale Akteure	33
Einführung.....	35
Ziele und Zielvorgaben	35
Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen zwischen den Determinanten von Gesundheit ..	37
Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten....	38
Auf Erkenntnissen aufbauen – ein Ansatz zu integriertem Lernen	42

Neue Denkweisen aus allen Bereichen der Sozial- und Verhaltenswissenschaften sowie dem strategischen sozialen Marketing integrieren	42
Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert.....	42
Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit.....	42
Organisation des Gesundheitswesens.....	44
Intelligente Führungsarbeit.....	45
Arbeit an gemeinsamen Prioritäten für den Gesundheitsbereich.....	46
Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen	47
Gesundheit von Frauen, Müttern und Neugeborenen.....	47
Gesunde Kinder und gesunde Jugendliche	50
Gesundheit im Erwachsenenalter	53
Gesundheit von Senioren.....	55
Anfälligkeit, gefährdete Gruppen und Gesundheit.....	59
Maßnahmen im gesamten Lebensverlauf zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichgewichte und zur Thematisierung ihrer sozialen Determinanten.....	63
Die Stimme der Bürger und Patienten und ihre Befähigung.....	65
Bekämpfung der wichtigsten Krankheiten in der Europäischen Region.....	67
Nichtübertragbare Krankheiten.....	67
Psychische Gesundheit.....	73
Verletzungs- und Gewaltprävention.....	75
Übertragbare Krankheiten.....	77
Strategien zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichgewichte und ihrer sozialen Determinanten in Bezug auf die häufigsten Krankheiten.....	86
Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen	88
Gesundheitssysteme	88
Öffentliche Gesundheitsdienste.....	92
Individuelle Gesundheitsversorgung: Verbesserung von Zugang und Qualität.....	94
Schaffung hochwertiger Inputs für die Gesundheitssysteme	98
Gesundheitssicherheit, Internationale Gesundheitsvorschriften, Notfallvorsorge und Reaktion auf gesundheitliche Notlagen.....	105
Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler	108
Die räumliche Umwelt	108
Nachhaltige Entwicklung.....	113
Die städtische Umwelt.....	116
Führungsrolle der Kommunen bei der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden und die Aufgaben von Bürgermeistern und Führungspersönlichkeiten der Zivilgesellschaft....	117
Das soziale Umfeld: soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Aktivposten.....	118
Teil 3 Gesundheit 2020: Verbesserte Umsetzung – Anforderungen, Abläufe und kontinuierliches Lernen.....	123
Einführung.....	125
Umsetzung in der Praxis – die Herausforderungen für politische Entscheidungsträger.....	125
Führungskompetenz, einschließlich der Stärkung der Rolle von Gesundheitsministerien und des Gesundheitswesens.....	127
Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung nationaler und sub-nationaler Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne unter Nutzung der Beiträge verschiedener Ressorts	128
Mehrwert durch Partnerschaften und Partner für die Gesundheit	129

Entwicklung gesamtgesellschaftlicher und gesamtstaatlicher Verantwortung für die Arbeit im Gesundheitsbereich.....	132
Fähigkeit zur Steuerung zugunsten von Gesundheit: durch die gesamte Gesellschaft und den gesamten Staat sowie mittels Gesundheit in allen Politikbereichen – unter dem Steuerungsgesichtspunkt.....	132
Politische Voraussetzungen für eine erfolgreiche Nutzung ressort-übergreifender Steuerungsstrukturen.....	136
Fähigkeit zum Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit und zur Verringerung des Gesundheitsgefälles – unter dem Gesichtspunkt der Chancengleichheit.....	138
Unterstützung bei der Evaluierung und Stärkung der Gesamtsteuerungskapazität in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Verringerung des Gesundheitsgefälles.....	140
Neue Ersuchen von Ländern um fachliche Unterstützung und die Reaktion der WHO	141
Schaffung von Kapazitäten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Konzepten und Steuerung in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte	142
Überwachung und Evaluierung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Festlegung von Prioritäten	143
Gesundheit am Scheideweg – die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts	144
Eine bedeutende Rolle für die WHO.....	145
Ausblick.....	146
Quellenangaben	147
Anhang: Glossar der Arbeitsdefinitionen und erläuternde Hinweise zu den in „Gesundheit 2020“ verwendeten Konzepten und Begriffen.....	166

Ein Rahmenkonzept für die Europäische Region im 21. Jahrhundert

Einführung in „Gesundheit 2020“

1. Die 53 Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region haben sich auf ein neues gemeinsames Rahmenkonzept mit der Bezeichnung „**Gesundheit 2020**“ geeinigt.
2. Sie verfolgen damit die nachstehenden gemeinsamen Ziele:
Erhebliche Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, Abbau von Ungleichgewichten im Gesundheitsbereich, Stärkung der öffentlichen Gesundheit und Gewährleistung nachhaltiger bürgernaher Gesundheitssysteme, die flächendeckend sind und Chancengleichheit sowie qualitativ hochwertige Leistungen bieten.

„Gesundheit 2020“ berücksichtigt die Vielfalt der Länder in der Region

3. „**Gesundheit 2020**“ richtet sich an eine Vielzahl unterschiedlicher staatlicher und nichtstaatlicher Akteure und bietet Anregungen und Orientierungshilfe zu der Frage, wie sich die komplexen gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts besser bewältigen lassen. In diesem neuem Rahmenkonzept samt Strategie werden zwei grundlegende strategische Ausrichtungen mit vier grundsätzlichen vorrangigen Handlungsfeldern vorgegeben. Die darin enthaltenen Leitlinien für die Mitgliedstaaten wie auch das WHO-Regionalbüro für Europa bauen auf den Erfahrungen auf, die mit dem vorhergehenden Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ gewonnen wurden. Das vorliegende Dokument ergänzt das Dokument *Europäisches Rahmenkonzept **Gesundheit 2020** für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*.¹

Gesundheit ist eine wichtige Ressource und ein Aktivposten für die Gesellschaft

4. Gute Gesundheit kommt allen Bereichen der Gesellschaft wie auch deren Gesamtheit zugute – was sie zu einer wertvollen Ressource macht. Gesundheit und Wohlbefinden sind unentbehrlich für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung und ein entscheidender Aspekt im Leben jeder einzelnen Person, aber auch für Familie und Gesellschaft. Schlechte Gesundheit kann dazu führen, dass Potenziale ungenutzt bleiben, die Betroffenen verzweifeln und Ressourcen in allen Politikbereichen verloren gehen. Wenn es Menschen ermöglicht wird, Einfluss auf ihre Gesundheit und deren Determinanten auszuüben, so trägt dies zum Aufbau von Gemeinschaften und zur Verbesserung ihrer Gesundheit bei. Ohne eine aktive Beteiligung der Menschen bleiben viele Chancen zur Förderung und zum Schutz von Gesundheit ungenutzt. Hierzu müssen kooperative Arbeitsmodelle eingeführt werden, die auf mit anderen Politikbereichen gemeinsamen Prioritäten basieren (z. B. Bildungserfolg, gesellschaftliche Integration und sozialer Zusammenhalt, Gleichstellung zwischen den Geschlechtern, Abbau von Armut, Stärkung von Widerstandskraft und Wohlergehen der Gemeinschaft). Ein konsequentes Ansetzen an jenen Determinanten von Gesundheit, die das Ergebnis des Handelns dieser Politikbereiche sind, bringt einen weiterreichenden Nutzen für die Gesellschaft sowie entsprechende ökonomische Vorteile mit sich.

¹ Dokument EUR/RC62/9

Was Gesellschaften gedeihen lässt, kommt auch der Gesundheit der Menschen zugute

5. Konzepte, die diese Tatsache berücksichtigen, entfalten eine größere Wirkung. Ein gerechter Zugang zu Bildung, guten Arbeitsbedingungen, einer menschenwürdigen Wohnung und angemessenem Einkommen wirken sich allesamt positiv auf die Gesundheit aus. Eine gute Gesundheit wiederum trägt zu höherer Produktivität, einer effizienteren Arbeitnehmerschaft, mehr Gesundheit im Alter und niedrigeren Ausgaben für Krankheit und Sozialleistungen bei. Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung können am wirksamsten gefördert werden, wenn alle Bereiche des Staates an der Auseinandersetzung mit den sozialen und individuellen Determinanten von Gesundheit beteiligt sind. Eine gute Gesundheitssituation kann sich positiv auf die wirtschaftliche Erholung und Entwicklung auswirken.

Leistungsfähigkeit im Gesundheitsbereich und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sind miteinander verknüpft

6. In der Gesamtbetrachtung hat sich die Gesundheitssituation in der Europäischen Region der WHO in den letzten Jahrzehnten beträchtlich verbessert – aber nicht überall und nicht für jeden im gleichen Maße. Viele Bevölkerungsgruppen und Gebiete sind zurückgeblieben, und in vielen Fällen wird aufgrund schwächelnder Volkswirtschaften das gesundheitliche Gefälle innerhalb von Ländern wie auch zwischen ihnen größer. Gruppen wie die Roma und bestimmte Migrantengemeinschaften sind von dieser Entwicklung unverhältnismäßig stark betroffen. Sich verändernde Krankheits-, Bevölkerungs- und Migrationsmuster können Fortschritte in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen, wenn nicht in geeigneter Weise damit umgegangen wird. Die exponentielle Zunahme chronischer Krankheiten und psychischer Störungen, ein mangelnder sozialer Zusammenhalt, aber auch Umweltgefahren und finanzielle Ungewissheit erschweren die Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen noch zusätzlich und bedrohen die Tragfähigkeit von Gesundheits- und Wohlfahrtssystemen. Hierauf müssen entschlossene und innovative Antworten gefunden werden.

Eine starke Wertebasis: Verwirklichung einer möglichst guten Gesundheit

7. „Gesundheit 2020“ beruht auf den in der Satzung der WHO verankerten Werten: „Es ist eines der Grundrechte jedes Menschen ..., sich einer möglichst guten Gesundheit zu erfreuen“ (1). Die Länder der Region erkennen das Recht auf Gesundheit an und haben sich zu Universalität, Solidarität und gleichberechtigtem Zugang als Leitwerten für die Organisation und Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme bekannt. Sie streben eine möglichst gute Gesundheit für alle Bürger unabhängig von deren Ethnizität, Geschlecht, Alter, sozialem Status und finanzieller Belastbarkeit an. Sie bekennen sich ferner zu Prinzipien wie Fairness und Nachhaltigkeit, Qualität, Transparenz und Rechenschaftslegung, Menschenwürde und dem Recht auf Beteiligung an Entscheidungsprozessen.

Überzeugende soziale und wirtschaftliche Argumente

8. Die Gesundheitsausgaben stellen die Regierungen heute vor größere Herausforderungen als je zuvor. In vielen Ländern hat der Anteil der Gesundheitsausgaben am Staatshaushalt nie da gewesene Höchstmarken erreicht, und die Kosten für die Gesundheitsversorgung sind rascher gestiegen als das Nationaleinkommen. Dennoch zeigen die Daten für viele Länder, dass keine Korrelation zwischen Ausgaben und Gesundheitsergebnissen besteht. Viele Systeme scheitern bei der Kostendämpfung. Gleichzeitig macht der steigende finanzielle Druck auf Gesundheits- und Sozialsysteme es immer schwieriger, das richtige Gleichgewicht für den Gesundheitsbereich zu finden. Viele Kosten beispielsweise für neue Behandlungen und Technologien sind nachfrageseitig bedingt, und die Menschen

erwarten zunehmend Schutz vor gesundheitlichen Risiken sowie den Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung. Jeglichen Reformanstrengungen im Gesundheitssystem stehen tief verwurzelte wirtschaftliche und politische Interessen sowie eine sozial oder kulturell bedingte Ablehnung gegenüber. Die Gesundheitsminister allein können diese Herausforderungen nicht bewältigen.

Wirklicher Nutzen und neue Chancen

9. Wenn wirksame Strategien eingeführt werden, lassen sich zu erschwinglichen Kosten und trotz knapper Ressourcen echte gesundheitliche Zugewinne erzielen. Eine wachsende Zahl von Untersuchungen zur Ökonomie der Krankheitsprävention zeigt, wie Gesundheitskosten eingedämmt werden können – aber nur, wenn gleichzeitig die gesundheitlichen Ungleichgewichte entlang des sozialen Gefälles bekämpft und die Schutzbedürftigsten unterstützt werden. Bisher geben die Staaten bestenfalls einen Bruchteil ihrer Gesundheitsetats für Krankheitsprävention aus; in den Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sind es ungefähr 3% der gesamten Gesundheitsausgaben. Vorhandene Ungleichheiten werden dabei nicht systematisch erfasst. In vielen Ländern fehlt den Etats und Handlungskonzepten in Ressorts außerhalb der Gesundheitspolitik bisher die Ausrichtung auf Gesundheit und Chancengleichheit. Andererseits eröffnen soziale und technologische Fortschritte – insbesondere in den Bereichen Information, Kommunikation und soziale Medien – wichtige neue Chancen, gesundheitliche Zugewinne zu erzielen.

Durch effizienten Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen lassen sich die Kosten senken

10. Von den Gesundheitssystemen in der Europäischen Region werden eine Leistungssteigerung und die Bewältigung neuer Herausforderungen verlangt. Die Neuausrichtung von Angeboten und Zuständigkeiten, die Schaffung neuer Anreize und Vergütungsstrukturen und die Berücksichtigung von Investitionserträgen können zu einer Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses führen. Die Gesundheitssysteme müssen sich genau wie andere Akteure anpassen und verändern. Gesundheitspolitische Erklärungen von Organisationen wie der Europäischen Union (EU) und der OECD haben diese Tatsache bekräftigt.

In einer globalisierten Welt müssen Länder bei der Bewältigung vieler ihrer wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen zunehmend zusammenarbeiten

11. Dies erfordert eine grenzüberschreitende Kooperation. Diese Notwendigkeit wird in vielen internationalen Übereinkünften wie den Internationalen Gesundheitsvorschriften, dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs oder der Erklärung von Doha über geistiges Eigentum und öffentliche Gesundheit unterstrichen.

Gesundheit als grundlegendes Menschenrecht

12. Das Recht auf Gesundheit wurde erstmals 1948 in der Präambel der Satzung der WHO (1) und noch in demselben Jahr in Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (2) proklamiert. 1976 trat der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (3) in Kraft, in dessen Artikel 12 das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu einem völkerrechtlich verbrieften Menschenrecht erklärt wurde.

Wann Gesundheit zu einem gesellschaftlich aktiven und wirtschaftlich produktiven Leben führt

13. Im Mai 1977 legten die Mitgliedstaaten der WHO als zentrale soziale Zielsetzung für ihre Regierungen wie auch die WHO selbst fest, allen Bürgern der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau zu ermöglichen, das es ihnen erlaubt, ein gesellschaftlich aktives und wirtschaftlich produktives Leben zu führen (4). Daran schloss sich 1978 die Erklärung von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung an (5). Im Zuge dieser globalen Bewegung nahmen die Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region auf der 30. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 1980 in Fez (Marokko) mit der Europäischen Strategie „Gesundheit für alle“ ihre erste gemeinsame Gesundheitspolitik an.

14. Im Mai 1981 wurde dieses Ziel dann auf der 34. Weltgesundheitsversammlung von den Mitgliedstaaten der WHO im Rahmen der globalen Strategie „Gesundheit für alle“ (6) angenommen, in der das Erreichen eines möglichst guten Gesundheitszustands für die Gesellschaft als ein grundlegendes Menschenrecht und die Bedeutung ethischer Grundsätze für Entscheidungsprozesse, Forschung und Leistungserbringung im Gesundheitsbereich hervorgehoben wurden.

15. 1998 erklärte die Weltgesundheitsversammlung in ihrer Weltgesundheitserklärung (7):

„Wir, die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), bekräftigen unsere Verpflichtung auf das in der WHO-Satzung verankerte Prinzip, dass es zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört, sich der bestmöglichen Gesundheit erfreuen zu können, und damit bekräftigen wir zugleich die Würde und den Wert einer jeden Person und die für alle geltenden gleichen Rechte, aber auch das Prinzip, dass alle die gleichen Pflichten und Verantwortlichkeiten für die Gesundheit haben.“

Kritische Überprüfung und Erneuerung der Handlungskonzepte

16. Diese auf globaler Ebene wie auch Ebene der Regionen zum Ausdruck gebrachten Bekenntnisse zu dem Recht auf Gesundheit verweisen auf ein edles Ideal. Um die gegenwärtigen Herausforderungen zu bewältigen und neue Chancen zu nutzen, ist es nun an der Zeit, die bisherigen Steuerungsmechanismen für Gesundheit, Gesundheitspolitik, öffentliche Gesundheitsdienste und Leistungserbringung nochmals umfassend und kritisch zu überprüfen. Es gilt nun, die Gesundheitspolitik in der Europäischen Region zu erneuern und das Menschenrecht auf Gesundheit vor dem Hintergrund des heutigen Kenntnisstandes und der heutigen Möglichkeiten bei der Förderung und Erhaltung von Gesundheit neu zu thematisieren. Die daraus resultierenden Vorteile sollten so weit wie möglich allen zugute kommen. Ihre Verwirklichung setzt eine neue und radikal veränderte Ausübung von Führungskompetenz und Politikgestaltung für mehr Gesundheit voraus.

Nachhaltige Entwicklung – Verknüpfung sozialer, ökologischer und ökonomischer Themen und Bekämpfung von Ungleichgewichten

17. Ein grundlegendes Prinzip der nachhaltigen Entwicklung lautet, dass die heutige Generation nicht die Umwelt für nachfolgende Generationen beeinträchtigen sollte. Dies gilt für die Gesundheit ebenso wie für andere Bereiche der Politik. Wenn soziale und ökonomische Ungleichheiten auf nachfolgende Generationen übertragen werden, so führt dies zu der durch nichts zu rechtfertigenden Fortsetzung bestehender gesundheitlicher Ungleichheiten. Die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, d. h. die Herstellung von mehr Chancengleichheit zwischen den Generationen sowie die Unterbindung der Weitergabe von Ungleichgewichten, steht im Mittelpunkt der Zielsetzung von „**Gesundheit 2020**“. Angesichts der Zusammenhänge zwischen sozialen, räumlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen und einer generationsübergreifenden Chancengleichheit sollten Strategien für gesundheitliche Chancengleichheit und nachhaltige Entwicklung miteinander verknüpft werden.

18. Diese Grundsätze sind in der 2011 angenommenen Politischen Erklärung von Rio über die sozialen Determinanten von Gesundheit (8) festgehalten, in der es heißt:

Wir bekräftigen, dass Defizite im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit in und unter den Ländern politisch, sozial und ökonomisch nicht hinnehmbar, sondern ungerecht und weitgehend vermeidbar sind, dass dagegen die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit entscheidend zu nachhaltiger Entwicklung und zur Verbesserung von Lebensqualität und Wohlergehen aller beiträgt und sich damit positiv auf Frieden und Sicherheit auswirken kann.

19. Der Rest dieses Dokuments ist in drei Teile gegliedert.

- Teil 1: **Gesundheit 2020**: Erneuerung des Engagements für Gesundheit und Wohlbefinden – Kontext und Triebkräfte
- Teil 2: **Gesundheit 2020**: Anwendung erfolgreicher evidenzbasierter Strategien und zentrale Akteure
- Teil 3: **Gesundheit 2020**: Verbesserte Umsetzung – Anforderungen, Abläufe und kontinuierliches Lernen

Teil 1

Gesundheit 2020:

**Erneuerung des Engagements für Gesundheit und
Wohlbefinden – Kontext und Triebkräfte**

Brücken bauen: Warum Gesundheit für Gesellschaft und Staat insgesamt so wichtig ist

20. In Teil 1 wird erläutert, welche Ziele mit „**Gesundheit 2020**“ angestrebt werden; darüber hinaus werden auch die aktuellen Rahmenbedingungen und die Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden sowie einige der sozialen, technologischen und wirtschaftlichen Triebkräfte, Trends und Chancen beschrieben.

Zukunftsvision, Zielsetzung, strategische Ziele und Prioritäten von „**Gesundheit 2020**“

21. „**Gesundheit 2020**“ ist ein Vorhaben, das vom WHO-Regionalbüro für Europa zusammen mit den 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region getragen wird. Die angestrebte Zukunftsvision von „**Gesundheit 2020**“ (Kasten 1) ist sowohl mit dem Konzept von Gesundheit als einem Menschenrecht als auch mit der Zielsetzung des Abbaus bestehender Ungleichheiten im Gesundheitsbereich vereinbar. „**Gesundheit 2020**“ steht auch im Einklang mit von den Mitgliedstaaten bereits eingegangenen Verpflichtungen wie der Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen (9) und den Millenniums-Entwicklungszielen (10), die eine Zukunftsvision von einer Welt propagieren, in der die Länder in partnerschaftlicher Zusammenarbeit Verbesserungen für alle – und insbesondere die am stärksten Benachteiligten – anstreben.

Kasten 1: Die Zukunftsvision von „**Gesundheit 2020**“

Eine Europäische Region der WHO, in der alle Menschen in die Lage versetzt und darin unterstützt werden, ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen und ein möglichst hohes Maß an Wohlbefinden zu erreichen, und in der die Länder einzeln und gemeinsam auf den Abbau von Defiziten in der gesundheitlichen Chancengleichheit inner- wie außerhalb der Region hinarbeiten.

22. Das Rahmenkonzept „**Gesundheit 2020**“ kann an die jeweils unterschiedlichen Gegebenheiten in den Ländern der Europäischen Region angepasst werden. Es erläutert, wie Gesundheit und Wohlbefinden gefördert, erhalten und gemessen werden können, indem sozialer Zusammenhalt, Sicherheit, ein stabiles Gleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben sowie gute Gesundheit und hochwertige Bildung verwirklicht werden. Es richtet sich an die Vielzahl der staatlichen wie nichtstaatlichen Akteure und bietet Anregungen sowie Orientierungshilfe zu der Frage, wie die komplexen gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts bewältigt werden können. Das Rahmenkonzept bestätigt Werte und beschreibt – gestützt auf einschlägige Evidenz – strategische Ausrichtungen sowie die zu ergreifenden Maßnahmen. Es baut auf den Erfahrungen auf, die mit dem vorhergehenden Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ gewonnen wurden, und bietet Orientierungshilfe für das Handeln der Mitgliedstaaten wie auch des Regionalbüros.

23. Eine Zukunftsvision bezieht sich auf ein hohes Ideal. Sie muss mit einem erreichbaren Ziel verknüpft werden, das nachstehend beschrieben wird (Kasten 2).

Kasten 2: Gemeinsame Zielsetzung von „Gesundheit 2020“

Erhebliche Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, Abbau von Benachteiligungen im Gesundheitsbereich, Stärkung der öffentlichen Gesundheit und Gewährleistung nachhaltiger bürgernaher Gesundheitssysteme, die flächendeckend sind und Chancengleichheit sowie qualitativ hochwertige Leistungen bieten.

24. „Gesundheit 2020“ trägt dem Umstand Rechnung, dass erfolgreiche Regierungen wirkliche Verbesserungen von Gesundheit und Wohlbefinden erreichen werden, wenn sie sich ressortübergreifend bemühen, ihr Handeln in zwei strategischen Kernbereichen zusammenzufassen (Kasten 3).

Kasten 3: Die zwei strategischen Hauptziele von „Gesundheit 2020“

- Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten
- Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit

25. Im Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ werden vier vorrangige Handlungsfelder vorgeschlagen (Kasten 4).

Kasten 4: Die vier vorrangigen Handlungsfelder von „Gesundheit 2020“

- Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen
- Bekämpfung der großen gesundheitlichen Herausforderungen durch nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region
- Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen
- Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler.

Gesundheit und Wohlbefinden – individueller Zustand und Ressource für die Gemeinschaft

26. Gesundheit und Wohlbefinden sind öffentliche Güter und Aktivposten für die menschliche Entwicklung und als solche von entscheidender Bedeutung für das Leben von Bürgern, Familien und Gesellschaft. Eine gute Gesundheit ist für die einzelne Person ein dynamischer Zustand physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Sie bedeutet weit mehr als nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen. Gute Gesundheit ist für die Bevölkerung eine Ressource und eine Fähigkeit, die dazu beitragen kann, starke, dynamische und kreative Gesellschaften zu verwirklichen (Kasten 3). Gesundheit und Wohlbefinden haben eine physische, eine kognitive, eine emotionale und eine soziale Dimension. Sie werden von einer Reihe biomedizinischer, psychologischer, sozialer, ökonomischer und umweltbedingter Faktoren beeinflusst, die bei Menschen unterschiedlich und zu unterschiedlichen Zeiten im Lebensverlauf zusammenwirken.

27. In der Europäischen Region der WHO hat sich die Gesundheitssituation in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert. Ein neues Verständnis hinsichtlich der Determinanten von Gesundheit kommt nun zu einem erweiterten Wissen über die Mechanismen hinzu, durch die die Verteilung

von Ressourcen und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung innerhalb unserer Gesellschaften Gesundheit oder gesundheitliche Ungleichgewichte schaffen bzw. sich hierauf auswirken. Die Bandbreite und Tiefe der verfügbaren Technologien verändern sich von Grund auf.

28. Leistungsfähigkeit im Gesundheitsbereich und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sind inzwischen miteinander verknüpft. Als einer der größten Wirtschaftszweige in allen Ländern mit mittlerem bis hohem Einkommen muss das Gesundheitswesen seine Ressourcen wirksamer einsetzen. Dies ist nicht nur deshalb von Bedeutung, weil das Gesundheitswesen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen hat, sondern auch aufgrund seines Beitrags zu den Volkswirtschaften der Länder wie auch auf internationaler Ebene. Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Arbeitgeber, Besitzer unzähliger Grundstücke, Bauherr und Verbraucher. In diesen Eigenschaften spiegelt es Ungleichgewichte in der Gesamtgesellschaft wider und vergrößert sie oft sogar. Das Gesundheitswesen spielt auch eine bedeutende Rolle für Forschung und Innovation sowie zunehmend als Akteur im internationalen Wettbewerb um Menschen, Ideen und Produkte. Seine Bedeutung wird weiter wachsen – und damit auch seine Verantwortung dafür, zur Verwirklichung übergeordneter gesellschaftlicher Ziele beizutragen, nicht zuletzt durch seine Überzeugungsarbeit zugunsten eines gezielten Ansatzens an den Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne und durch seine Vorbildfunktion.

Wohlbefinden

29. Seit 1990 messen die Vereinten Nationen mit dem Index der menschlichen Entwicklung in regelmäßigen Abständen das Wohlergehen der Länder, um den Schwerpunkt der entwicklungsökonomischen Betrachtung von der Berechnung des Volkseinkommens hin zu stärker personenzentrierten Konzepten zu verlagern. Seit dem Bericht über die menschliche Entwicklung 2010 (11) werden im Index der menschlichen Entwicklung drei Dimensionen zusammengeführt: ein langes und gesundes Leben (gemessen an Lebenserwartung bei Geburt); der Zugang zu Wissen (durchschnittliche Jahre Schulzeit und erwartete Jahre Schulzeit); und ein menschenwürdiger Lebensstandard (gemessen am Bruttonationaleinkommen pro Kopf, ausgedrückt in Kaufkraftparitäten).

30. Das Konzept der Schaffung von sozialem Wohlstand und sozialem Wachstum anstelle eines nur am Bruttonationaleinkommen gemessenen wirtschaftlichen Wachstums ist seit geraumer Zeit Gegenstand einer internationalen Debatte. Untersuchungen aus den vergangenen Jahren belegen, dass der beispiellose wirtschaftliche Wohlstand der letzten 35 Jahre auf individueller und kollektiver Ebene nicht unbedingt mit einer Erhöhung des Wohlfühls verbunden war. In vielen Ländern hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die ökonomische Leistung verbessert, doch das subjektive Wohlbefinden und Glücksempfinden blieben weitgehend unverändert, und die Ungleichheiten haben sich verschärft.

31. Mittlerweile wird das Wohlbefinden selbst zunehmend zum Gegenstand der Untersuchungen. Der Begriff findet sich in der Gesundheitsdefinition der WHO von 1948, wenngleich sich die WHO tendenziell bei ihrer Berichterstattung zum Gesundheitsstatus auf Indikatoren für Tod, Krankheit und Gebrechen konzentriert hat – auch weil diese Informationen leichter verfügbar sind. Doch heute werden Konzepte zur Förderung des Wohlbefindens als eine mögliche Neuausrichtung der staatlichen Politik im 21. Jahrhundert angesehen. Der ganzheitliche Ansatz von „**Gesundheit 2020**“ mit seiner Schwerpunktlegung auf gesunde Menschen und seinen Vorschlägen für die Überwachung gesundheitsbezogener Zielvorgaben in der gesamten Europäischen Regionen zwingt dazu, die Frage zu beantworten, wie Wohlbefinden im gesundheitlichen Kontext definiert und gemessen werden kann.

32. Es gibt zahlreiche nationale und internationale Initiativen auf diesem Gebiet, und es entsteht eine neue Dynamik in der Form von Analysen, Wissen und Erfahrungen. So wird beispielsweise in der OECD-Initiative „Better Life“ sowohl das heutige Wohlbefinden (Lebensqualität und materielle Lebensumstände) als auch das Wohlbefinden in der Zukunft (Nachhaltigkeit) berücksichtigt. Auch in den Ländern der Europäischen Union (EU) sind Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet im Gange: Mit

dem Projekt COURAGE (Collaborative Research on Ageing in Europe) wird das Ziel verfolgt, Gesundheit und gesundheitsbezogene Ergebnisse für eine alternde Bevölkerung zu messen. Die International Wellbeing Group in Australien hat nachgewiesen, dass die Verwendung von Eigenangaben zum subjektiven Wohlbefinden in sich schlüssige Ergebnisse liefert, beispielsweise bei der Erhebung zum Australian Unity Wellbeing Index. Die WHO bemüht sich nun, zu dieser Forschungsarbeit und den daraus gewonnenen Erkenntnissen beizutragen, indem sie eine Bestandsaufnahme der laufenden Initiativen durchführt und gezielt Analysen in Auftrag gibt, um eine Definition und Abgrenzung des Begriffs Wohlbefinden, seine Indikatoren und Zielvorgaben sowie Optionen für ein weiteres Vorgehen auf diesem Gebiet vorzuschlagen.

33. Es zeichnet sich ein Konsens dafür ab, dass die wichtigsten Merkmale eines übergeordneten Modells für die Messung von Wohlergehen bzw. Wohlbefinden dessen Multidimensionalität sowie eine Kombination aus objektiven und subjektiven Messgrößen sind. Die Anerkennung von Wohlergehen als eine Zielsetzung für staatliches Handeln setzt deren Messbarkeit voraus. Nach den Ergebnissen einer Studie von Eurostat kommt es in politischen Entscheidungsprozessen darauf an, ein Modell von Wohlergehen zu verwenden, das alle Aspekte umfasst, also die Messung von Resultaten, persönliche Eigenschaften, externe Kontextfaktoren und Messungen dessen, was die Menschen mit diesen Eigenschaften und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen tatsächlich anfangen (12).

Die zugrunde liegenden Werte von „Gesundheit 2020“

34. „Gesundheit 2020“ beruht auf den in der Satzung der WHO verankerten Werten, nämlich dem erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit sowie Gesundheit als einem Menschenrecht. In der Satzung ist dies folgendermaßen ausgedrückt:

„Es ist eines der Grundrechte jedes Menschen ..., sich einer möglichst guten Gesundheit zu erfreuen.“

35. Dies wird zunehmend als Schlüssel zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und als integraler Bestandteil eines Konzeptes der Politikgestaltung und Steuerung (Governance) anerkannt.

36. Die spezifischen Werte von „Gesundheit 2020“ liegen in einer vollständigen Anerkennung und Anwendung des Menschenrechts auf Gesundheit, Solidarität, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Diese Werte beinhalten eine Reihe weiterer Wertvorstellungen, die für die Europäische Region von Bedeutung sind: Universalität, Chancengleichheit, das Recht auf Beteiligung an Entscheidungsprozessen, Menschenwürde, Autonomie, Nichtdiskriminierung, Transparenz und Rechenschaftslegung.

37. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass das Recht auf Gesundheit bedeutet, dass die Regierungen Rahmenbedingungen schaffen müssen, unter denen jeder ein möglichst hohes Maß an Gesundheit erreichen kann (13). Dies muss durch Maßnahmen geschehen, die die Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und Zugänglichkeit von Gesundheitsangeboten sicherstellen, aber auch durch Maßnahmen des Gesundheitsschutzes zur Gewährleistung sicherer und gesundheitsverträglicher Arbeitsbedingungen, angemessener Wohnverhältnisse und einer nährstoffreichen Ernährung sowie durch Erfüllung weiterer Voraussetzungen für den Schutz und die Förderung von Gesundheit. Die Bürger wiederum müssen den Wert ihrer Gesundheit verstehen lernen und aktiv zur Verwirklichung von mehr Gesundheit in der Gesellschaft insgesamt beitragen.

38. Ein auf Menschenrechte gestützter Ansatz in der Gesundheitspolitik setzt eine Art von Steuerung voraus, die auf der Grundlage einer gesamtgesellschaftlichen und gesamtstaatlichen Verantwortung auf eine Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit und anderer gesundheitsbezogener Rechte abzielt. Ein gemeinsames Verständnis in Bezug auf einen auf Menschenrechte gestützten Ansatz in der Gesundheitspolitik wurde 2003 erreicht, und auf einem Weltgipfel im Jahr 2005 beschlossen die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen einstimmig, die Menschenrechte zum Bestandteil ihrer nationalen Politik zu machen (14). Die Gestaltung der Gesundheitspolitik sollte sich

an den Menschenrechtsnormen orientieren; dazu gehören die Beseitigung aller Formen von Diskriminierung und eine konsequente Berücksichtigung der Geschlechterperspektive.

39. Die Verantwortung für den Schutz und die Förderung des Rechts auf Gesundheit liegt primär bei den Regierungen. Alle Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region haben sich in internationalen Verträgen verpflichtet, das Recht auf Gesundheit zu fördern, zu schützen, zu achten und durchzusetzen. In der Europäischen Region sind für das Recht auf Gesundheit zwei konkrete Rechtsinstrumente von besonderer Bedeutung: die vom Europarat initiierte Europäische Sozialcharta (15) und die Charta der Grundrechte der Europäischen Union (16), die Bestandteil des Vertrages von Lissabon ist. Die Umsetzung dieser staatlichen Verpflichtungen wird durch Vertragsorgane auf internationaler und regionaler Ebene regelmäßig überprüft. Die Einhaltung solcher gesundheitsbezogener Rechte durch die Staaten wird auch von eigens dafür ernannten unabhängigen internationalen Experten wie dem Sonderberichterstatter der Vereinten Nationen für das Recht auf Gesundheit und dem Menschenrechtskommissar des Europarates überprüft.

40. Im Mittelpunkt der Menschenrechte steht die Anerkennung, dass diese allgemeine Gültigkeit besitzen, dass alle Menschen gleich und mit Respekt behandelt werden sollten und dass alle Menschenrechte miteinander verknüpft, voneinander abhängig und unteilbar sind. Ein auf Menschenrechte gestützter Ansatz in der Gesundheitspolitik ist nicht nur auf bestimmte Zielsetzungen und Resultate ausgerichtet, sondern auch auf die Prozesse zu ihrer Verwirklichung. Menschenrechtsnormen und -grundsätze wie Teilhabe, Gleichheit, Nichtdiskriminierung, Transparenz und Rechenschaftslegung sollten in alle Phasen des gesundheitlichen Planungsprozesses einbezogen und als Orientierungshilfe für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse herangezogen werden.

41. Das Verständnis von Gleichstellung zwischen den Geschlechtern als eine Menschenrechtsfrage und die systematische Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten als zentrale Handlungsstrategie auf diesem Gebiet bilden eine Forderung, die sich aus einem auf Menschenrechten gestützten Ansatz ergibt und durch die die Grundsätze der Nichtdiskriminierung, der Chancengleichheit und der Partizipation gestärkt werden. Wenn ein Gesundheitssystem angemessen auf Gleichstellungsprobleme reagieren soll, so muss es so gestaltet sein, dass es geschlechtsbezogene Normen und Rollenvorstellungen und die Beziehungen zwischen den Geschlechtern von Anfang an berücksichtigt. Methoden wie Gleichstellungsanalysen haben grundlegende Bedeutung für die Verwirklichung der Menschenrechte.

42. Gesundheitskonzepte und Gesundheitspraxis sind auf soziale Werte gestützt. Diese Werte, ob explizit oder implizit, werden von den bestehenden Rahmenbedingungen maßgeblich geprägt. Diese Werte bestimmen auch, wie Konzepte definiert werden, wie und in welchen Bereichen Evidenz gewonnen wird und wie Grundsatzziele durch Entscheidungen formuliert und durch konkrete Maßnahmen in die Praxis umgesetzt werden. Diskussionen und sogar Meinungsverschiedenheiten über Wertvorstellungen, ob explizit oder versteckt, sind ein normaler Bestandteil demokratischer Systeme. Werte werden gewöhnlich gegeneinander oder gegen andere Anliegen abgewogen. Solche Kompromisse zeigen sich oftmals in den Verfahren zur Gestaltung der Gesundheitspolitik und zur Festlegung von Prioritäten, teilweise auch deshalb, weil Gesundheit und ihre Determinanten eine so komplexe Materie mit einer Vielzahl von Interessenkonflikten zwischen Staat, Zivilgesellschaft und Wirtschaft darstellen. Deshalb ist es bei der Konstruktion eines Rahmengerüsts für eine Gesundheitspolitik so wichtig, Klarheit bezüglich der zugrunde liegenden Werte zu schaffen und so vorzugehen, dass diese Werte bei der Formulierung wie auch der Umsetzung der Politik gefördert und aufrechterhalten werden.

43. Gesellschaften und Bürger verfolgen eine Vielzahl von Zielen. Interessengruppen und Partner innerhalb der Gesellschaft müssen bei der Verwirklichung von mehr Gesundheit und Wohlbefinden zusammenarbeiten; doch Aspekte der Gesundheit können und sollten gleichermaßen in die Zielsetzungen und Bestrebungen anderer Politikbereiche einfließen. Der Weg zu mehr Gesundheit ist keine Einbahnstraße, aber ohne Gesundheit verschlechtern sich die Aussichten auf die Verwirklichung anderer Ziele im Leben beträchtlich.

Gesundheitliche Chancengleichheit

44. Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein ethischer Grundsatz, der einen engen Bezug zu Menschenrechtsnormen hat und der vor allem die Verteilung von Ressourcen sowie eine Reihe anderer Prozesse, die möglicherweise für vermeidbare Benachteiligungen verantwortlich sind, in den Vordergrund stellt. Er ist ein Bestandteil der sozialen Gerechtigkeit. Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich sind systematische Ungleichheiten, die als ungerecht oder unbillig angesehen werden können. Wenn gesundheitliche Chancengleichheit angestrebt wird, müssen bestehende Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und ihre zentralen Determinanten weitestgehend abgebaut werden.

45. Gesundheitliche Ungleichheiten, die mit angemessenem Aufwand vermeidbar wären, sind ungerecht – deshalb der Begriff „gesundheitliche Chancengleichheit“, der ein soziales Ziel ausdrückt. Die einzelnen Bürger wie auch die Gesellschaft insgesamt legen großen Wert auf Gesundheit. Maßnahmen, die dem Abbau vermeidbarer Ungleichheiten im Gesundheitsbereich dienen, sollten ausgebaut und vorrangig angestrebt werden. In vielen Bereichen wird der Handlungsbedarf durch moralische und ökonomische Argumente begründet. Investitionen in die frühkindliche Entwicklung und Bildung sind geeignet, die Anforderungen an Effizienz und Gerechtigkeit zu erfüllen.

46. Das Recht auf Gesundheit ergänzt das Konzept der gesundheitlichen Chancengleichheit, indem impliziert wird, dass als Bezugsgröße für die Messung und Bewertung von Chancengleichheit diejenige Gruppe in der Gesellschaft dienen sollte, die über optimale Voraussetzungen für Gesundheit verfügt. Die Untersuchung und Analyse von gesundheitlicher Chancengleichheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die inhaltlich-konzeptionelle Ausgestaltung des Rechts auf Gesundheit und für die unterstützende Anleitung der Umsetzung staatlicher Verpflichtungen. Das Konzept der Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern im Gesundheitsbereich bezieht sich auf einen Prozess mit dem Ziel, fair gegenüber Frauen und Männern zu sein und auf diese Weise ungerechte und vermeidbare Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern in Bezug auf den Gesundheitsstatus, den Zugang zu Gesundheitsleistungen und den Beitrag zu mehr Gesundheit zu verringern.

Gemeinsames Handeln

47. Welches sind die Quellen von Gesundheit und Wohlbefinden? Wie können diese allgemein geschätzten Ergebnisse für den Menschen gefördert werden? Diese Fragen können wir heute viel besser beantworten. Gesundheit und Wohlbefinden sind Einflüssen und Interaktionen zwischen Einzelpersonen, Bevölkerungsgruppen und der Gesellschaft insgesamt unterworfen, die sich oft über Generationen hinziehen. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und des Gesundheitsgefälles in der Europäischen Region (17) („die Untersuchung“), die sich auf frühere Analysen stützt, liegt auf den Folgen ökonomischer, sozialer, politischer und kultureller Prozesse für die Chancengleichheit sowie auf der Frage, wie diese bei der Entstehung verschiedener Grade von Anfälligkeit und Ausgrenzung zusammenwirken bzw. einander verstärken.

48. Gesundheitliche Anfälligkeit ist das Ergebnis verschiedener ausschließender Prozesse, die durch Ungleichgewichte hinsichtlich der Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen und durch Benachteiligungen in Bezug auf Lebenschancen bedingt sind. Die Untersuchung befasst sich mit den Prozessen, durch die Menschen anfällig für ungünstige Entwicklungen und Gesundheitsprobleme im späteren Leben werden; zu diesen gehören der Ausschluss von einer hochwertigen Bildung und von günstigen Lebens- und Arbeitsbedingungen.

49. Über diese sozioökonomischen Auswirkungen ist heute deutlich mehr bekannt als früher. Erfahrungen im Gesundheitsbereich lassen sich nach sozioökonomischen Rahmenbedingungen differenzieren, und die wichtigsten Determinanten gesundheitlicher Ungleichgewichte sind in einer unheilsamen Mischung aus unzureichenden sozialpolitischen Konzepten und Programmen, einem niedrigen Bildungsniveau und ungerechten ökonomischen Verhältnissen begründet. Anfälligkeit ist das Ergebnis

ausschließender Prozesse, die von der ungleichen Verteilung von Macht, Bildung, Geld und Ressourcen sowie von den Bedingungen, unter denen Männer und Frauen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern, geprägt werden; diese Einflüsse bilden zusammen die sozialen Determinanten von Gesundheit. Diese Prozesse entfalten in verschiedenen Teilen der Gesellschaft jeweils unterschiedliche Wirkung, lassen ein Kontinuum der Integration oder der Ausgrenzung entstehen und tragen systematisch zur Bildung eines sozialen Gefälles im Gesundheitsbereich bei. Dieses Gefälle verläuft nicht einfach linear, sondern wird mit dem Ausmaß der Benachteiligung größer.

50. Mit anderen Worten: Je niedriger die soziale Stellung eines Menschen, desto schlechter steht es in der Regel um seine Gesundheit. Die Menschen in den am stärksten benachteiligten Gruppen und Gemeinschaften, die einer Vielzahl verschiedener ausgrenzender Prozesse ausgesetzt sind, haben deutlich größere gesundheitliche Probleme als jene, die nur einem derartigen Prozess ausgesetzt sind oder einer besser gestellten sozialen Schicht angehören. Dies deutet auf ein Gefälle hin, das nicht einfach linear verläuft, sondern mit dem Ausmaß der Benachteiligung größer wird. Darüber hinaus sind möglicherweise in manchen Gesellschaften die benachteiligten Gruppen in der Mehrheit und nicht auf die Angehörigen einer ausgegrenzten Minderheit beschränkt. Benachteiligungen summieren sich im Verlauf des Lebens und setzen sich oft über Generationen hinweg fort und führen so in Familien und ganzen Gemeinschaften zu anhaltenden Defiziten in Bezug auf das Ausschöpfen des vorhandenen Gesundheits- und Entwicklungspotenzials. Durch ausschließende Prozesse entstehen Hindernisse für die Entfaltung und Förderung individueller und kollektiver Fähigkeiten. Wenn Bevölkerungsgruppen wie Roma,² Migranten, Menschen mit Behinderungen und Menschen in hohem Alter gleichzeitig mehreren solcher ausschließenden Prozesse ausgesetzt sind, werden sie dadurch in besonderem Maße anfällig – und ein solcher Zustand kann sich auf Dauer verfestigen.

51. Zur Schaffung günstiger Bedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden verfügen Einzelpersonen, Gemeinschaften und Länder möglicherweise über aktive Bewältigungsstrategien. Dabei schöpfen sie aus kulturellen Ressourcen sowie aus einer Vielzahl positiv wirkender Aktivposten in ihrem sozialen und räumlichen Umfeld, die es zu erhalten und zu fördern gilt. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf dem Aspekt der Widerstandsfähigkeit und auf Aktivposten, die vor Schaden schützen, aber auch auf der Zurückdrängung oder Änderung ausschließender Prozesse. Mit Aktivposten für die Gesundheit sind alle Faktoren (oder Ressourcen) gemeint, die die Fähigkeit zur Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden stärken. Aktivposten-Konzepte ermöglichen es, Schutzfaktoren zu bestimmen und zu fördern, die zur Schaffung bzw. Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden für den Einzelnen, die Gemeinschaft oder die gesamte Gesellschaft beitragen. Diese Faktoren wirken somit als schützender Puffer gegen die Belastungen im Leben und als unterstützende Faktoren im Hinblick auf eine Maximierung der Chancen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Sie sind mit der Kontrolle verknüpft, die Bürger und Gemeinschaften über ihr Leben haben, aber auch mit dem Grad, in dem sie zur Ausübung einer solchen Kontrolle befähigt werden.

Die neu auftretenden Triebkräfte, Demografie und Epidemiologie, und die sozialen, technologischen und ökonomischen Argumente zum Handeln

Neue Triebkräfte für Gesundheit: Trends, Chancen und Risiken

52. Trotz der greifbaren gesundheitlichen Verbesserungen in allen Teilen der Europäischen Region stellt die Gesundheitspolitik die Regierungen heute vor größere Herausforderungen als je zuvor. Die Menschen erwarten heute Schutz vor gesundheitlichen Risiken wie ungesunden Umweltbedingungen

² In diesem Dokument wird die Bezeichnung „Roma“ in Anlehnung an das vom Europarat erstellte Glossar „Roma und Fahrende“ (18) als Oberbegriff für verschiedene Personengruppen verwendet, die sich entweder selbst „Roma“ nennen oder den Roma in gewisser Hinsicht ähneln, jedoch auf ihrer ethnischen Andersartigkeit bestehen (z. B. Aschkali).

oder Produkten sowie einen Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung über den gesamten Lebensverlauf. Doch der steigende finanzielle Druck auf Gesundheits- und Sozialsysteme beeinträchtigt zunehmend deren Handlungsfähigkeit. In vielen Ländern hat der Anteil der Gesundheitsausgaben am Staatshaushalt nie da gewesene Höchstmarken erreicht, und die Kosten für die Gesundheitsversorgung sind rascher gestiegen als das Bruttonationaleinkommen (BNE). Jeglichen Reformanstrengungen im Gesundheitsbereich stehen tief verwurzelte wirtschaftliche und politische Interessen sowie soziale und kulturelle Prozesse gegenüber. Ein stabiles Gleichgewicht für den Gesundheitsbereich zu finden, ist eine schwierige Aufgabe, die Gesundheitsminister allein nicht lösen können – schon gar nicht vor dem Hintergrund einer Wirtschaftskrise.

53. Die richtigen politischen Handlungskonzepte und Technologien können mit steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung verbunden sein. In dem Maß, in dem der Anteil des Gesundheitswesens am BNE und seine wirtschaftliche Bedeutung wachsen, steigt auch seine Verantwortung gegenüber anderen Politikbereichen sowie der Gesellschaft insgesamt.

54. Gleichzeitig mit diesem Kostenanstieg sind durch das Zusammenwirken von Interdependenz, einer sich schnell verbessernden Konnektivität und technologischer und medizinischer Innovation außerordentliche neue Chancen für die Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitsversorgung entstanden. Die Verfügbarkeit technologischer Möglichkeiten für das Verständnis sowie die Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten hat in geradezu exponentieller Weise zugenommen. Die Zahl der diagnostischen, medizinischen und chirurgischen Interventionen, aber auch der medikamentösen Therapien hat sich dramatisch erhöht. Telemedizin und e-Gesundheit sind nur zwei Beispiele für die grundlegend verändernde Wirkung neuer Informationstechnologien. Auch die Nanotechnik wird künftig eine bedeutende Rolle spielen.

55. Inzwischen gibt es auch umfangreiche neue Erkenntnisse über das komplexe Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheit und nachhaltiger menschlicher Entwicklung. Gesundheit muss künftig grundlegend anders wahrgenommen werden: nicht mehr als primär medizinisch geprägter, Geld verschlingender Sektor, sondern vielmehr als wesentliches öffentliches Gut, das ökonomischen Nutzen und einen Zugewinn an Sicherheit bringt und maßgebliche soziale Ziele verfolgt. Es herrscht heute weitgehend Einigkeit darüber, dass die Gesundheit der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung für sozialen Zusammenhalt und Wirtschaftswachstum und eine lebenswichtige Voraussetzung für die menschliche und soziale Entwicklung insgesamt ist.

56. Die Kräfte der Globalisierung³ stellen alle Länder vor Herausforderungen. Doch kein Land kann die Herausforderungen für Gesundheit und Wohlbefinden allein bewältigen oder das sich bietende Innovationspotenzial ohne umfassende Zusammenarbeit effektiv nutzen. Gesundheit ist zu einem globalen Thema für die Wirtschafts- und Sicherheitspolitik geworden. In einer interdependenten Welt müssen die Länder durch gemeinsames Handeln für die Gesundheit ihrer Bevölkerung Sorge tragen und den Fortschritt befördern. Diese Thematik der Bewältigung der Interdependenz gewinnt auf der globalen politischen Tagesordnung zunehmend an Bedeutung.

57. Es gilt nun, Konzepte zu entwickeln, die darauf abzielen, Bürgern und Patienten Entscheidungsbefugnis zu übertragen, ihre Menschenrechte zu wahren und Gesetze einzuführen, die Diskriminierung verbieten. Dazu gehören das Recht auf Gesundheit und das gesetzliche Verbot von Diskriminierung aufgrund von Krankheit oder Behinderung. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung, Autonomie, Unabhängigkeit und Entscheidungsbefugnis in Bezug auf die eigene Gesundheit und ihre Determinanten sind hier von entscheidender Bedeutung. Wichtig ist auch ein Wohnumfeld, in dem auch Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen die Strukturen und Ressourcen vorfinden, die sie zum Ausschöpfen ihres Potenzials und für eine umfassende Beteiligung am gesellschaftlichen Leben

³ Die Globalisierung wird als ein Prozess definiert, der die Ursachen, den Verlauf und die Folgen der grenzüberschreitenden und interkulturellen Verflechtung menschlichen und nichtmenschlichen Handelns umfasst.

benötigen. Ebenso notwendig sind ein Zugang zu Wissen und zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention, aber auch Angebote, bei denen ein respektvoller Umgang zwischen Betreuern und Leistungsempfängern gewährleistet ist.

58. Alle diese Herausforderungen und Entwicklungen sind symptomatisch für einen sich vollziehenden Paradigmenwechsel. Darüber hinaus wächst der Druck, die Ressourcen der Gesundheitssysteme effizienter zu nutzen und hochwertigere Angebote zu schaffen, unerbittlich. In der Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsfachkräften und Bürgern verlagern sich die Gewichte in erheblichem Maße, zumal Letztere heute in Bezug auf die in Anspruch genommenen Leistungen deutlich höhere Erwartungen hinsichtlich Information und Einbeziehung haben. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der der Medizinisierung (19) und der damit verbundenen Frage, wo das Gleichgewicht zwischen gesellschaftlichen und individuellen Erwartungen und den wachsenden Möglichkeiten des Gesundheitssystems liegt.

59. Zur Bewältigung gemeinsamer Herausforderungen im Gesundheitsbereich sind eine Reihe wichtiger neuer globaler Übereinkünfte und Instrumente entwickelt worden, namentlich die Millenniums-Entwicklungsziele, die überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften und das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (20). Die Wirkung dieser neuartigen Initiativen macht sich inzwischen auf Ebene der Region wie auch der Mitgliedstaaten in erheblichem Maße bemerkbar, und es dürfte in Zukunft weitere ähnliche Instrumente geben. Weitere nennenswerte Entwicklungen in jüngster Zeit waren die Berücksichtigung der globalen Gesundheit in wichtigen außenpolitischen Arenen wie der Generalversammlung der Vereinten Nationen, den Gipfeltreffen der Gruppe der acht wichtigsten Industrieländer (G8) und der Welthandelsorganisation, die Befassung der Staats- und Regierungschefs mit Gesundheitsthemen sowie deren Aufnahme in die Tagesordnung der Konferenzen von Wirtschaftsführern wie dem Weltwirtschaftsforum. Diese Entwicklungen sind allesamt Anzeichen dafür, dass globale Gesundheitsthemen politisch an Bedeutung gewinnen. 2009 bekräftigte die Generalversammlung der Vereinten Nationen mit ihrer Resolution A/RES/64/108 über globale Gesundheit und Außenpolitik (21) diese wichtige Veränderung der Sichtweise, indem sie die Mitgliedstaaten nachdrücklich aufforderte, „bei der Formulierung der Außenpolitik Gesundheitsfragen zu berücksichtigen“. 2007 startete die EU eine neue Strategie zur Förderung der öffentlichen Gesundheit mit dem Titel *Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013* (22).

Auf Erfahrungen aufbauen

60. Trotz der turbulenten politischen und sozialen Veränderungen in der Europäischen Region in den letzten drei Jahrzehnten hat sich an der Bedeutung von „Gesundheit für alle“ sowie der Konzepte der primären Gesundheitsversorgung als zentrale Leitwerte und Grundsätze für die gesundheitliche Entwicklung in der Europäischen Region nichts geändert. In „**Gesundheit 2020**“ wird auf diesen Erfahrungen aufgebaut und im Detail aufgezeigt, wie auf der Grundlage gemeinsamer Zielvorgaben und Resultate für Gesundheit und Wohlbefinden die Prioritätensetzung gestaltet werden kann, und es werden nicht nur die Gesundheitsministerien, sondern auch die Regierungschefs und die anderen maßgeblichen Ressorts und Akteure zum Handeln veranlasst.

61. Der für das WHO-Regionalkomitee für Europa im Jahr 2005 erstellte umfassende Überblick ergab, dass die zentralen Werte von „Gesundheit für alle“ (23) breite Zustimmung gefunden haben. Eine andere Schlussfolgerung lautete damals, dass jedes Land in der Politikgestaltung seinen eigenen Ansatz verfolgt habe, und auch wenn viele Länder sich ähnliche Zielvorgaben wie „Gesundheit für alle“ gesetzt hätten, so bestehe doch noch eine beträchtliche Kluft zwischen der Formulierung politischer Handlungskonzepte und ihrer Umsetzung, systematischen Überwachung und Verfeinerung.

62. Die 2008 unterzeichnete Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand (24) knüpfte bewusst an diesen gemeinsamen Kernwerten an und betonte die gemeinsamen

Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe. Sie unterstrich die Bedeutung von Investitionen in die Gesundheitssysteme, die sich nicht auf Gesundheitsversorgung beschränken, sondern auch Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung anstreben und andere Politikbereiche zur Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in ihrem Handeln bewegen. Ferner wurden die Gesundheitsministerien aufgefordert, die Einbeziehung gesundheitlicher Belange und Ziele in alle gesellschaftlichen Handlungskonzepte zu fördern.

Aktuelle demografische und epidemiologische Situation in der Europäischen Region⁴

63. In den 53 Ländern der Europäischen Region leben heute ca. 900 Mio. Menschen (26). Insgesamt ist eine Verbesserung der Gesundheitssituation in der Europäischen Region zu verzeichnen, wie aus der Lebenserwartung bei Geburt hervorgeht, die 2010 bei 75 Jahren lag – und damit fünf Jahre höher als 1980. Nichtübertragbare Krankheiten haben den größten Anteil an der Gesamtmortalität und den vorzeitigen Todesfällen. Die vier führenden Ursachen für um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALY-Verluste) in der Europäischen Region sind unipolare depressive Störungen, ischämische Herzerkrankungen, Hörverlust im Erwachsenenalter sowie Alzheimer-Krankheit und andere Arten von Demenz. Neue und erneut auftretende übertragbare Krankheiten wie HIV und Tuberkulose gehören in vielen Ländern der Region nach wie vor zu den Handlungsprioritäten. Einen besonderen Grund zur Besorgnis für alle Länder der Region bilden globale Krankheitsausbrüche wie die pandemische Influenza H1N1 im Jahr 2009 und stille Bedrohungen wie die zunehmende Ausbreitung antimikrobieller Resistenzen.

Die Determinanten von Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichgewichten

64. Die Determinanten von Gesundheit sind komplex und umfassen eine biologische, eine psychologische, eine soziale und eine umweltbezogene Dimension. Zwischen all diesen Determinanten besteht ein Beziehungsgeflecht, das sich sowohl auf die individuelle Exposition gegenüber günstigen oder ungünstigen Bedingungen als auch auf die Anfälligkeit oder Widerstandsfähigkeit von Personen, Gruppen und Gemeinschaften auswirkt. Durch die ungleiche Verteilung dieser Determinanten wird die gesundheitliche Chancengleichheit in der Europäischen Region beeinträchtigt. Dies führt zu einer gesundheitlichen Kluft zwischen Ländern und einem sozialen Gefälle zwischen Personen, Gruppen und Regionen innerhalb einzelner Länder. Hierbei ist jedoch der Hinweis wichtig, dass viele der Determinanten durch wirksame Interventionen beeinflussbar sind. Maßnahmen in Ressorts außerhalb der Gesundheitspolitik, die vorrangig auf Ergebnisse abzielen, die für diese Ressorts von Bedeutung sind, haben oftmals Auswirkungen sowohl auf die sozialen Determinanten von Gesundheit als auch auf die gesundheitliche Chancengleichheit. Als Beispiele seien hier die Ressorts Bildung, Soziales und Umwelt genannt.

65. Individuen, Gemeinschaften und Länder verfügen manchmal über Fähigkeiten und Aktivposten, die eine Förderung oder einen Schutz der Gesundheit bewirken können und die in ihrem kulturellen Potenzial, ihren sozialen Netzwerken und ihren natürlichen Ressourcen begründet sind. Aktivposten und Widerstandsfähigkeit sind wesentliche Ressourcen mit Blick auf eine ausgewogene und nachhaltige Entwicklung. In seinen Handlungsempfehlungen legt die Untersuchung Schwerpunkte auf den Aspekt der Widerstandsfähigkeit sowie auf Aktivposten, die eine Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln und eine sektorübergreifende Abstimmung von Handlungskonzepten fördern, aber auch Schutz gegen schädliche Folgen, eine Schadensminderung oder die Zurückdrängung bzw. Änderung

⁴ Im *Europäischen Gesundheitsbericht 2012 (25)* finden sich ausführliche Informationen über die demografischen und epidemiologischen Trends in der Europäischen Region.

ausschließender Prozesse bewirken sollen. In Zukunft wird eine der zentralen Aufgaben bei der Umsetzung von „**Gesundheit 2020**“ darin bestehen, das richtige Gleichgewicht zu finden.

Soziale und ökonomische Determinanten

66. Soziale Ungleichheiten sind für einen Großteil der Krankheitslast in der Europäischen Region verantwortlich. Innerhalb der Region besteht zwischen den Ländern mit der niedrigsten und denen mit der höchsten Lebenserwartung bei Geburt ein Unterschied von 16 Jahren, wobei die Abweichung bei Männern und Frauen unterschiedlich hoch ausfällt. Zwischen den Ländern mit den höchsten und denjenigen mit den niedrigsten Müttersterblichkeitsraten besteht ein Unterschied um das 42fache. Diese Verteilung von Gesundheit und Lebenserwartung in den Ländern der Europäischen Region zeigt signifikante, anhaltende und vermeidbare Unterschiede in Bezug auf die Chancen auf ein gesundes Leben sowie das Risiko von Krankheit und vorzeitigem Tod.

67. Viele dieser Unterschiede sind sozial bedingt. Leider halten sich soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich sowohl innerhalb von als auch zwischen Ländern hartnäckig und verschärfen sich zum überwiegenden Teil sogar. Auch innerhalb der Länder gibt es extreme gesundheitliche Ungleichheiten. Gesundheitliche Ungleichheiten stehen ferner in einem Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung und körperlicher Betätigung sowie mit psychischen Gesundheitsstörungen. Mit „**Gesundheit 2020**“ verpflichten sich Länder nachdrücklich, innerhalb des Gesundheitswesens und darüber hinaus gegen dieses nicht hinnehmbare Ungleichgewicht anzukämpfen. Viele dieser Ungleichheiten lassen sich durch ein gezieltes Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit abbauen.

68. Die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit kam in ihrem Bericht (27) zu dem Ergebnis, dass soziale Ungerechtigkeit in großem Umfang für den Tod von Menschen verantwortlich sei, und unterstrich das ethische Gebot, angesichts dieser mangelnden Chancengleichheit zu handeln. Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich sind auch ein Gradmesser für Fairness und soziale Gerechtigkeit in einer Gesellschaft – und damit auch für die Leistung des Staates. Das Ausmaß und die Verteilung dieser sozialen Ungleichgewichte in einem bestimmten Land sind durch die sozialen, ökonomischen, politischen, umweltbezogenen und kulturellen Einflussfaktoren in dessen Gesellschaft bedingt – die sozialen Determinanten von Gesundheit. Sie werden in erheblichem Maße von Grundsatz- und Investitionsentscheidungen beeinflusst, deren Auswirkungen sich im Lebensverlauf entweder verschärfen oder verringern können. Sie bedeuten auch einen erheblichen Verlust an sozialem und produktivem Kapital. Gesundheitliche Ungleichgewichte beeinträchtigen auch die Verwirklichung der Werte von Gesundheit als einem Menschenrecht und gefährden das Entwicklungspotenzial eines Landes.

69. Innerhalb sozialer Systeme entstehen durch Wechselwirkungen zwischen den vier relationalen Dimensionen der Macht (sozial, politisch, ökonomisch und kulturell) sowie die darin angelegte Ungleichheit im Zugang zu Macht und Ressourcen jeweils unterschiedliche Belastungen, die von Faktoren wie Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Schichtzugehörigkeit, Bildungsniveau und Alter bestimmt werden. Diese Unterschiede können sich negativ auf die (biologische, soziale, psychische und ökonomische) Fähigkeit der Menschen auswirken, sich vor solchen Umständen zu schützen, und zu gesundheitlichen Schäden führen und den Zugang der Betroffenen zu Gesundheitsleistungen und anderen Leistungen sowie zu anderen, zum Schutz und zur Förderung von Gesundheit unverzichtbaren Angeboten beeinträchtigen. Durch diese Prozesse entstehen gesundheitliche Benachteiligungen, die wiederum zu weiteren Ungleichgewichten in Bezug auf Exposition und Schutzvermögen und zu einer Ausweitung sozialer Benachteiligung führen.

70. Die Teilhabe an ökonomischen, sozialen, politischen und kulturellen Beziehungen stellt einen Wert an sich dar, und bei Beeinträchtigung dieser Teilhabe drohen negative Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Solche Einschränkungen sind mit anderen Arten der Benachteiligung verbunden. So führt ein Ausschluss vom Arbeitsmarkt oder eine Teilnahme zu ungünstigen

Bedingungen zu niedrigem Einkommen, was wiederum Probleme wie schlechte Ernährung oder unzureichende Wohnverhältnisse nach sich ziehen kann, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

71. Eine wahrhaft gleiche Teilhabe zwischen den Geschlechtern ist in der Europäischen Region bisher noch nicht gegeben. So sind Frauen häufiger teilzeitbeschäftigt als Männer, verdienen für die gleiche Arbeit weniger und erledigen einen Großteil der unbezahlten Arbeit. 2011 hatten Frauen 25% der Sitze in den Parlamenten inne, wobei die Bandbreite von unter 10% bis 45% reichte.

72. Diese unannehmbare Kluft in Bezug auf die gesundheitliche Realität, wie sie zurzeit zwischen und innerhalb von Ländern besteht, wird sich noch ausweiten, wenn nicht unverzüglich Maßnahmen ergriffen werden, um gegen Ungleichgewichte hinsichtlich der sozialen Determinanten von Gesundheit anzugehen.

Umweltbedingte Determinanten

73. Das 21. Jahrhundert ist durch eine Vielzahl tief greifender Veränderungen im Umweltbereich gekennzeichnet, die eine umfassendere Definition der Determinanten der Bevölkerungsgesundheit erforderlich machen. Zu diesen gehören umfangreiche Verluste an natürlichem Umweltkapital, die im Klimawandel, der Zerstörung der Ozonschicht in der Stratosphäre, der Luftverschmutzung und ihren Auswirkungen auf die Ökosysteme (z. B. Verlust an biologischer Vielfalt, Versauerung von Oberflächengewässern, Ernteschäden), der Zerstörung Nahrungsmittel erzeugender Systeme, der Erschöpfung von Süßwasservorräten und der Ausbreitung invasiver Arten zum Ausdruck kommen. Diese Entwicklungen beeinträchtigen langfristig die Fähigkeit der Biosphäre, ein gesundes menschliches Leben zu ermöglichen. Die umweltbedingte Krankheitslast in der Europäischen Region wird auf 15% bis 20% der gesamten Mortalität und auf 10% bis 20% der DALY-Verluste geschätzt, wobei auf den östlichen Teil der Region ein relativ höherer Anteil entfällt.

74. Die sich verändernden Muster in Bezug auf Wohnen, Verkehr, Nahrungsmittelproduktion, Nutzung von Energieträgern und ökonomische Aktivität werden wesentliche Auswirkungen auf die Entwicklung der nichtübertragbaren Krankheiten haben. Der Klimawandel⁵ wird langfristige Auswirkungen auf die Umwelt und auf das Zusammenwirken zwischen den Menschen und ihrer Umgebung haben. Dies wird zu einer wesentlichen Veränderung der Verteilung und Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten – und insbesondere von durch Wasser, Nahrungsmittel und Vektoren übertragenen Krankheiten – führen.

75. Die Anstrengungen zur Senkung der Treibhausgasemissionen werden zusammen mit anderen Klimaschutzmaßnahmen erhebliche positive Nebenwirkungen für die Gesundheit mit sich bringen. Anerkannte wissenschaftliche Modelle belegen, dass bei einer Senkung der Gesamthöhe der Kohlendioxidemissionen in der EU von 3876 Mio. Tonnen (2000) auf 2867 Mio. Tonnen im Jahr 2030 die Zahl der aufgrund der gesundheitlichen Folgen von Luftverschmutzung verlorenen Lebensjahre tatsächlich halbiert werden könnte.

Lebensstil- und verhaltensbedingte Faktoren

76. Heute stehen im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik vor allem die Menschen und die Frage, wie sie in ihrem Alltagsleben Gesundheit leben und schaffen. Gesundheitsförderung ist ein Prozess, durch den Menschen befähigt werden, wirksamer Einfluss auf ihre Gesundheit und deren Determinanten

⁵ Unter „Klimawandel“ wird eine Veränderung des durchschnittlichen Klimas oder seiner Schwankungen und seiner Eigenschaften verstanden, die über einen längeren Zeitraum, meist über Jahrzehnte oder länger, andauert. In Artikel 1 des *Rahmenübereinkommens der Vereinten Nationen über Klimaänderungen* wird der Begriff „Klimawandel“ folgendermaßen definiert: „Änderungen des Klimas, die unmittelbar oder mittelbar auf menschliche Tätigkeiten zurückzuführen sind, welche die Zusammensetzung der Erdatmosphäre verändern, und die zu den über vergleichbare Zeiträume beobachteten natürlichen Klimaschwankungen hinzukommen“ (28).

auszuüben. Ohne eine Beteiligung der Menschen gehen viele Chancen zur Förderung und zum Schutz von Gesundheit verloren. Doch Menschen sind soziale Akteure, und um sie bei der Annahme und Aufrechterhaltung gesunder Verhaltensweisen unterstützen zu können, muss ein solches Verhaltensänderungen zuträgliches Umfeld geschaffen werden. Mit anderen Worten: Es gilt nun eine „Kultur der Gesundheit“ zu schaffen, die die stützenden und begünstigenden Faktoren aufweist, die für den Schutz und die Förderung der Gesundheit von Individuum und Gesellschaft benötigt werden. Das Konzept der gesundheitsförderlichen Umfelder (healthy settings) (29), dessen Ursprung in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (30) liegt, hat sich als eine der wirksamsten und am meisten genutzten Optionen auf diesem Gebiet erwiesen. Es umfasst ganzheitliche und interdisziplinäre Methoden und legt Schwerpunkte auf die Aspekte organisatorische Entwicklung, Partizipation, Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln und Chancengleichheit. Ein gesundheitsförderliches Umfeld ist ein Ort oder ein sozialer Kontext, wo sich Menschen täglich betätigen und wo umweltbedingte, organisatorische und persönliche Einflussfaktoren zusammen auf Gesundheit und Wohlbefinden einwirken. Solche Umfelder lassen sich in der Regel anhand räumlicher Grenzen, einer gewissen Anzahl von Personen mit bestimmten Aufgaben und einer Organisationsstruktur definieren. Als Beispiele seien hier Schulen, Arbeitsplätze, Krankenhäuser, Märkte, Dörfer und Städte genannt.

77. Gesellschaftliche Prozesse haben auch Einfluss auf gesundheitsschädliche (und gesundheitsförderliche) Bedingungen sowie auf Anfälligkeit und Widerstandsfähigkeit. Exposition und Anfälligkeit sind in der Gesellschaft generell ungleich verteilt und jeweils von der sozioökonomischen Position und dem Vorhandensein anderer Marker sozialer Stellung (z. B. ethnische Zugehörigkeit) abhängig. Auch geschlechtsbezogene Normen und Wertvorstellungen können wesentlichen Einfluss auf Exposition und Anfälligkeit haben. Andere erhebliche Einflussfaktoren sind die Konsumgesellschaft, eine allgegenwärtige und kaum regulierte Produktvermarktung sowie (in manchen Gesellschaften) eine unzureichende Regulierung gesundheitsschädlicher Güter. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist heute mit ausschlaggebend dafür, ob gesundheitsförderliche Entscheidungen getroffen werden, und hängt in erheblichem Maße von in den ersten Lebensjahren erworbenen Fähigkeiten ab (31).

78. So entfällt heute auf eine Gruppe von vier Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen) und ihre verhaltensbedingten Risikofaktoren ein Großteil der vermeidbaren Mortalität und Morbidität in der Europäischen Region. Eine Inangriffnahme einzelner Herausforderungen wie Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum und körperliche Betätigung bedeutet, dass deren soziale Determinanten thematisiert werden müssen. Der Handlungsschwerpunkt sollte dabei dichter an den Ursachen solcher Unterschiede in der Lebensweise angesetzt werden (also den Ursachen der Ursachen); diese sind jeweils im sozialen und ökonomischen Umfeld angesiedelt.

Fähigkeit und Effizienz der Gesundheitssysteme

79. Schließlich hat auch der Zugang zu den Gesundheitssystemen und deren Kapazitäten Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden wie auch auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. In diesem Sinne fungiert das Gesundheitssystem als eine maßgebliche soziale Determinante von Gesundheit. Dieser Beitrag dürfte künftig in dem Maße wachsen, in dem sich der Stand der Technik in dem gesamten Spektrum der Gesundheitsförderungs-, Krankheitspräventions-, Diagnose- und Behandlungsverfahren und der Rehabilitationsmaßnahmen, die für die einzelnen Krankheitskategorien und Krankheitsbilder von Bedeutung sind, noch weiter verbessert.

80. Besonders wichtig ist die Rolle des Gesundheitssystems aufgrund der Problematik des Zugangs, in der sich Unterschiede in Bezug auf Exposition und Anfälligkeit widerspiegeln und die eine deutliche soziale Prägung aufweist. Doch die Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sind keineswegs ausreichend, um die soziale Dimension gesundheitlicher Bedürfnisse zu erklären, und taugen daher nur bedingt als Erklärung für unterschiedliche gesundheitliche Resultate (32). Die Gesundheitssysteme können durch Überzeugungsarbeit direkt auf Unterschiede in Bezug auf Exposition und Anfälligkeit reagieren, indem sie nicht nur sektorübergreifende Maßnahmen zur Verbesserung des

Gesundheitsstatus fördern, sondern auch bei der Gewährleistung eines chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung mit gutem Beispiel vorangehen.

81. Von den Gesundheitsministerien wird erwartet, dass sie einen entscheidenden Beitrag zum Funktionieren der Gesundheitssysteme leisten und deren Beitrag zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden innerhalb der Gesellschaft entscheidend prägen und dass sie ferner andere Ressorts dazu veranlassen, sich mit ihrer Verantwortung für Gesundheit und ihre Determinanten auseinanderzusetzen. Leider werden sie oftmals dieser Aufgabe nicht gerecht, sodass die Organisation der Gesundheitssysteme nicht mit den Veränderungen in den Gesellschaften Schritt gehalten hat. Insbesondere die öffentlichen Gesundheitsdienste verfügen nur über relativ unzureichende Angebote und Kapazitäten, und der Ausbau der primären Gesundheitsversorgung – und hier vor allem der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention – wurde bisher vernachlässigt. Zudem beeinträchtigt der übliche hierarchische Aufbau der Gesundheitssysteme deren Fähigkeit, zügig auf technologische Innovationen und auf die Anforderungen der Leistungsempfänger und deren Wunsch nach Einbeziehung zu reagieren. Aufgrund dieser Einflüsse tragen die Gesundheitssysteme deutlich weniger zur Schaffung von Gesundheit bei, als dies möglich wäre.

Technologische Neuerungen in der Gesundheitsversorgung

82. Der Begriff „Gesundheitstechnologien“ kann auf unterschiedliche Weise definiert werden. Er kann als Sammelbegriff für die Verfahren, Geräte und Prozesse verwendet werden, die bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen zum Einsatz kommen. Dies schließt die Anwendung neuer wissenschaftlicher Wissensbereiche ein, zu denen die Genomik, neue medizinische und chirurgische Verfahren, Arzneimittel und medizinische Geräte sowie neue Systeme zur Unterstützung der Patienten gehören. Der Begriff kann aber auch im engeren Sinne die Geräte bezeichnen, die verwendet werden, um Krankheiten oder Beschwerden, von denen Menschen betroffen werden, zu verhüten, zu diagnostizieren, zu überwachen oder zu behandeln. Als Beispielen wären hier zu nennen: Arzneimittel abgebende Stents, Magnetresonanztomografen (MRT), Schrittmacher, minimal invasive chirurgische Eingriffe, Wundbehandlung und Inkontinenzversorgung sowie Geräte, die Selbstbewältigung oder häusliche Versorgung von Krankheiten unterstützen, wie etwa Test-Kits zur Ermittlung des Blutzuckerspiegels, die durch Beratung mit Hilfe von Informationstechnologie unterstützt werden.

83. Die Behandlung der koronaren Arterienkrankheit ist ein anschauliches Beispiel dafür, wie die Technik im Laufe der Zeit die Behandlung und Prävention einer Krankheit verändert hat. In den 1970er Jahren wurden kardiologische Abteilungen eröffnet, um Herzrhythmusstörungen nach Herzinfarkten besser kontrollieren zu können. Später wurden Beta-Blocker eingeführt, um den Blutdruck nach einem Herzinfarkt zu senken; danach breitete sich die Verwendung von Thrombolytika aus. Außerdem setzten sich allmählich Koronararterien-Bypass-Operationen durch. In den 1980er Jahren wurden nach Herzinfarkten Blutverdünner eingesetzt, um eine Wiederholung zu verhindern, und für die Zeit nach einer Stabilisierung der Patienten wurde die Angioplastie eingeführt. In den 1990er Jahren kam die Angioplastie in größerem Umfang in der unmittelbaren Behandlung und der Revaskularisation zum Einsatz; gleichzeitig wurden Stents verwendet, um die Blutgefäße offen zu halten. Nach 2000 wurden verbesserte Tests zur Diagnose von Herzinfarkten eingeführt, und es wurden Arzneimittel abgebende Stents sowie neue Arzneimittelstrategien entwickelt.

84. Ein bekanntes Beispiel für die Anwendung neuer Technologien sind die neuen Bildgebungsverfahren in Diagnostik und Behandlung. Techniken wie Computertomografie-Untersuchungen, MRT und Positronen-Emissions-Tomografie haben die Diagnostik und die klinische Praxis revolutioniert, weil sie wesentlich genauere Diagnosen in größerer Zahl ermöglichen und das Potenzial sowie die Kapazität von Interventionen erhöhen.

85. Ein weiteres Beispiel einer technologischen Entwicklung mit einem potenziellen Einfluss auf die Praxis und die Kosten in den Bereichen Prävention wie auch Behandlung ist die Nanotechnologie,

deren Ziel darin besteht, Eigenschaften und Strukturen auf der Nanoebene zu verändern. Die Nanotechnologie kommt bei gezielteren medikamentösen Behandlungen oder „intelligenten Arzneimitteln“ zum Einsatz. Es ist bereits erwiesen, dass Behandlungen mit solchen Arzneimitteln weniger Nebenwirkungen hervorrufen und wirksamer als herkömmliche Therapien sind. In Zukunft wird die Nanotechnologie auch bei der Bildung von Molekularsystemen hilfreich sein, die lebenden Systemen möglicherweise überraschend ähnlich sein werden. Solche Molekularstrukturen könnten die Grundlage für die Regeneration oder den Ersatz von Körperteilen bilden, die heute noch durch Infektionen, Unfälle oder Krankheiten verloren gehen. Beispielsweise wird die Nanotechnologie bereits als Grundlage für neue, wirksamere Arzneimittelverabreichungssysteme genutzt, aber auch als „Gerüst“ bei der noch im Frühstadium der Entwicklung befindlichen Forschung zur Nervenregeneration. Es besteht auch die Hoffnung, dass Investitionen in diesen Zweig der Nanomedizin Durchbrüche bei der Erkennung, Diagnose und Behandlung verschiedener Krebsformen zur Folge haben könnten.

86. Weitere Beispiele sind Bereiche wie Telemedizin, e-health (elektronische Gesundheitsdienste) und m-health (mobile Gesundheitsdienste), die allesamt schon heute ein beträchtliches Potenzial zur Ausweitung der Beteiligung und Befähigung von Patienten und zur Verbesserung der Systeme für Beobachtung und Versorgung beinhalten. Neue, auf die Patienten ausgerichtete Konnektivitätslösungen und medizinische Geräte ermöglichen die Ausweitung der Versorgung zu Hause und erlauben es den Betroffenen, aktiv zu bleiben und zum gesellschaftlichen Leben beizutragen. Diese auf der Informationstechnologie basierenden Entwicklungen können u. U. mit neuen Selbsthilfeeinstrumenten, Gesundheitsanwendungen und Geräten für Patienten und ihre Betreuer verknüpft werden, die dann eine Bewältigung chronischer Krankheiten bzw. eine bessere Pflege im häuslichen Umfeld ermöglichen würden.

87. Eine weitere technologische Entwicklung ist von großer potenzieller Bedeutung. Die Arbeiten zum menschlichen Genom während des letzten Jahrzehnts könnten das Wesen und die Ergebnisse von Krankheiten von Grund auf verändern. Diese Arbeit hat bereits erhebliche Auswirkungen auf Forschung, Politik und Praxis im Bereich der öffentlichen Gesundheit und ermöglicht eine Vielzahl von Entdeckungen über die genomischen Grundlagen von Gesundheit und Krankheit. Rapide wissenschaftliche Fortschritte und die Entwicklung neuer Instrumente auf dem Gebiet der Genomik tragen zu einem besseren Verständnis von Krankheitsmechanismen bei. Es besteht Aussicht auf die Charakterisierung der einzigartigen klinischen, genomischen und umweltbedingten Daten von Einzelpersonen; dies kann zu neuen Anwendungen führen, die eventuell für die Steuerung der menschlichen Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs eingesetzt werden können. 2005 wurde eine formale Definition des Begriffs „public health genomics“ vereinbart: danach bezeichnet dieser die verantwortungsvolle und effektive Umsetzung genombasierter Wissenschaften und genombasierter Technologien zugunsten der menschlichen Gesundheit (33). Die Aufgabe der Genomik im Bereich der öffentlichen Gesundheit besteht darin, Fortschritte in Genomik und Biomedizin in Forschung, Politik und Programme auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit zu integrieren. Diese Fortschritte werden auch zunehmend in Strategien einfließen, die auf eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit abzielen.

88. Auch wenn es noch eine Vielzahl ethischer Fragen (34) zu klären gibt, so dürfte die moderne Genomik doch den Trend hin zu einer stärkeren Personalisierung und Individualisierung von Medizin und Gesundheitsversorgung in mehrerlei Hinsicht fortsetzen, etwa in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnostik und Kurativmedizin. In Zukunft werden wirksamere Instrumente für Früherkennung und Behandlung zur Verfügung stehen. Neuerungen in der Systembiologie (35) dürften es erlauben, mit Molekularmarkern Krankheiten schon lange vor Auftreten der ersten Symptome zu entdecken. Diese Frühmarker werden wohl auf der Ebene der Proteinexpression angesiedelt sein: als Marker der Gennetzwerke des Humangenoms.

89. All diese Krankheiten haben eine genomische Komponente, d. h. ob und wie sich die Krankheit manifestiert, hängt maßgeblich von den genomischen Faktoren der betreffenden Person ab. Bei manchen Krankheiten sind ausschließlich genetische Faktoren verantwortlich, etwa bei der zystischen Fibrose oder beim Down-Syndrom. Die Gruppe von Erkrankungen, die als „nichtübertragbare Krankheiten“

bezeichnet wird und zu der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Adipositas, Osteoporose, psychische Störungen, Asthma und Krebs gehören, ist zu unterschiedlichen Graden genetisch bedingt, denn hier spielen neben der Genetik auch verhaltens- und umweltbedingte Faktoren eine Rolle, die mit den genetischen Gegebenheiten zusammenwirken. Diese Krankheiten werden deshalb auch als „komplexe chronische Krankheiten“ bezeichnet. Sogar die Gruppe von Erkrankungen, die heute als „übertragbare Krankheiten“ bezeichnet werden und von denen früher davon ausgegangen wurde, dass sie ausschließlich von infektiösen Krankheitserregern verursacht werden, hat nachgewiesenermaßen eine genetische Komponente. Aus dieser Sicht dürfte die bisher übliche scharfe Trennung zwischen übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten in Zukunft teilweise verschwimmen; stattdessen ist zu erwarten, dass ähnlich wie beim Gesundheitsbegriff Krankheiten künftig ganzheitlich betrachtet werden.

90. Zum Risiko-, Krankheits- und Fallmanagement bei nichtübertragbaren Krankheiten sowie zur Gesundheitsförderung und zur Verbesserung der Lebensqualität werden wahrscheinlich verschiedene Charakteristika von Personen in integrativer Weise genutzt werden. Zu diesen Charakteristika gehören: genombasierte Informationen (die nicht nur die genetische Ebene, sondern auch die Bereiche Epigenetik, Expression und Proteine umfassen); lebensstilbedingte Faktoren wie Ernährung, Bewegung und Rauchen; psychische, ökonomische und soziale Faktoren (die Bereiche Wohnen, Arbeitsplatz und Sozialkontakte); die persönliche Krankengeschichte und die der Familie; und die Wechselwirkungen zwischen all diesen Einflussfaktoren. Ein weiterer Anwendungsbereich, in dem bereits mit der Arbeit begonnen wurde, ist die Verwendung von Molekularmarkern zur Stratifikation von Patienten in Untergruppen, die dann mit verschiedenen Medikamenten oder Interventionen behandelt werden. Krebs ist hier eines der wichtigsten Handlungsfelder, wie zahlreiche Beispiele aus jüngster Zeit belegen.

91. Ein echter Paradigmenwechsel in der Nutzung der Technologie kann allerdings nur dann stattfinden, wenn der Wille zur Umstrukturierung der vorhandenen Konzepte und die Fähigkeit zur Bereitstellung der erforderlichen Schulungen für Fachkräfte im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorhanden sind. Die Gesundheitssysteme und die politischen Entscheidungsträger müssen dringend darauf vorbereitet werden, die genombasierten Erkenntnisse und Technologien verantwortungsbewusst und effektiv im Bereich der öffentlichen Gesundheit umzusetzen. Hier liegt weiterhin eine Hauptaufgabe für die Genomik auf diesem Gebiet – und ein beträchtliches Innovationspotenzial für die Europäische Region. Die Gesundheitspolitik sollte sich darauf vorbereiten, dieser Zukunftsvision von Medizin und Gesundheit gerecht zu werden. Dies bedeutet, dass Gesundheit künftig nicht mehr ausschließlich aus dem Blickwinkel der biologischen Determinanten oder primär mit Augenmerk auf die sozialen Determinanten betrachtet wird, sondern unter Berücksichtigung aller ihrer Determinanten, also der biologischen, lebensstil- und umweltbedingten und sozialen Einflussfaktoren wie auch der Wechselwirkungen zwischen ihnen. Zukünftig wird die Genomik im Bereich der öffentlichen Gesundheit wahrscheinlich die Vision und die Instrumente bereitstellen, um genombasierte Informationen als Teil der biologischen Determinanten von Gesundheit in Gesundheitssysteme und Versorgungskonzepte zu integrieren.

92. Solche technologiegestützten Innovationen bieten bereits heute neue Chancen für die Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Doch diese Veränderungen haben auch erhebliche Auswirkungen auf die Gesamtkosten im Gesundheitswesen, insbesondere dann, wenn zahlreiche organisatorische und berufsbedingte Faktoren ihren Einsatz begünstigen. Dies wird durch den dramatischen Anstieg der Gesundheitskosten in den letzten Lebensjahren veranschaulicht. In dem Maße, in dem Technologie neue oder bessere Behandlungsformen ermöglicht, werden höhere Ausgaben vielleicht weniger unnötige oder unnütze Kosten nach sich ziehen, sondern eher für ein höheres Niveau der eingekauften Gesundheitsleistungen anfallen. Manche Technologien, wie etwa die Selbstmessung des Blutzuckerspiegels, sind vielleicht zunächst mit Mehrkosten verbunden, führen jedoch dann im weiteren Verlauf zu einer Senkung der mit Komplikationen verbundenen Ausgaben.

93. Ob eine neue Technologie zur Erhöhung oder Senkung der Gesundheitsausgaben beiträgt, hängt von der Beantwortung mehrerer Fragen ab. Wie wirkt sie sich im Einzelfall auf die Behandlungskosten aus? Wie viele Male muss die neue Technologie angewandt werden? Auf welcher Grundlage kann ihre Anwendung rationiert werden? Können mit der neuen Technologie vorhandene Therapien auf weitere Erkrankungen ausgeweitet werden? Ist die Technologie evtl. anfangs mit Mehrkosten verbunden, um später dann Einsparungen zu ermöglichen? Neue Technologien können zu einer Erhöhung der Lebenserwartung führen und sich so auf Art wie auch Menge der im Lebensverlauf in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen auswirken. Das tatsächliche Verhältnis von Kosten und Einsparungen kann häufig erst durch epidemiologische Langzeituntersuchungen und gesundheitsökonomische Studien ermittelt werden.

Gesundheit und Wohlbefinden aus makroökonomischer Sicht

Gesundheit – ein entscheidender Faktor für Produktivität, ökonomische Entwicklung und Wirtschaftswachstum

94. In „**Gesundheit 2020**“ werden die ökonomischen und finanzierungsbezogenen Aspekte von Gesundheit und Gesundheitssystemen thematisiert. Soziale Fortschritte und gesellschaftliche Stabilität sind bisher am erfolgreichsten in Ländern verwirklicht worden, die die Verfügbarkeit von Angeboten zur Förderung von Gesundheit und Aufklärung sowie von wirksamen sozialen Sicherheitsnetzen durch starke staatliche Leistungen und nachhaltige öffentliche Finanzen sicherstellen. Wenn diese Ziele nicht erreicht werden, so kann sich dies in dem Verfall des sozialen Kapitals der Gesellschaft (soziale Netze, zivile Einrichtungen) widerspiegeln.

95. Es wird in zunehmendem Maße erkannt, dass Gesundheit wesentliche Auswirkungen sowohl auf die ökonomische Dimension einer Gesellschaft als auch auf deren sozialen Zusammenhalt hat. Deshalb muss die makroökonomische Dimension von Gesundheit und Wohlbefinden eingehender untersucht werden. In den vergangenen 30 Jahren hat sich das Gesundheitswesen von einem rein funktionalen Wirtschaftszweig, dessen Aktionsradius und Investitionsschwerpunkt eindeutig in der Gesundheitsversorgung lagen, zu einer eigenständigen und tragenden ökonomischen Kraft entwickelt. Heute ist Gesundheit weltweit einer der größten und am schnellsten wachsenden Wirtschaftszweige, der in den meisten Ländern mit hohem Einkommen mehr als 10% des Bruttoinlandsproduktes ausmacht und in dem auch etwa 10% der Beschäftigten tätig sind. Er umfasst ein breites Spektrum von Branchen, Angeboten, Herstellern und Lieferanten, von lokalen bis zu global tätigen Akteuren. Während der jüngsten Rezession hat sich das anhaltende Wachstum des Wirtschaftszweigs Gesundheit in vielen Ländern als stabilisierender Einfluss erwiesen. Dennoch sollten seine Wirtschaftskraft und seine Effizienz fraglos maximiert werden.

96. In einigen Ländern ist eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben nur noch schwer zu bewältigen, ohne Staat und Volkswirtschaft im internationalen Wettbewerb in Bedrängnis zu bringen. Deshalb ist das Thema Finanzierung nun in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Debatte gerückt, und es werden neue Wege zur Erschließung höherer Einnahmen für das Gesundheitswesen erforscht, wobei sich eine Abkehr von einer ausschließlichen Finanzierung durch direkte Besteuerung von Löhnen und Gehältern abzeichnet. Diese ist vor allem für die sozialen Sicherungssysteme von Bedeutung, die sich traditionell an die Lohnbesteuerung anlehnen. Deshalb verschwimmen heute zusehends die Trennlinien zwischen steuerfinanzierten und beitragsfinanzierten Systemen, da in vielen beitragsfinanzierten Systemen eine Vielzahl verschiedener Einnahmequellen herangezogen werden, zu denen auch allgemeine Steuermittel gehören. Diese Veränderungen werfen Fragen hinsichtlich der Folgen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie für deren Qualität auf.

Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Krankheitsprävention – die ökonomischen Argumente

97. Die Gesundheitsausgaben stellen die Regierungen heute vor größere Herausforderungen als je zuvor. Denn sie wachsen in vielen Mitgliedstaaten schneller als die Volkswirtschaft, was zu erhöhtem finanziellem Druck führt und die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme langfristig bedroht. Die große Krankheitslast, insbesondere aus chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, wirkt sich stark auf Arbeitsmärkte und Produktivität in der Europäischen Region aus. Krankheiten führen zu Ungleichgewichten in Bezug auf Beschäftigungschancen und Löhne; außerdem wirken sie sich auf die Produktivität am Arbeitsplatz aus, führen zu längeren Fehlzeiten und erhöhen die Nachfrage nach Sozialleistungen.

98. Durch die Entwicklung und Einführung teurer medizinischer Technologien und Behandlungen erhöhen sich die Kosten der Behandlung von chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen. Dieser Kostendruck stellt ein gewichtiges ökonomisches Argument für gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention dar. Durch Investitionen in die Gesundheitsförderung und die Krankheitsprävention lassen sich zu erschwinglichen Kosten wirkliche gesundheitliche Zugewinne erzielen. Eine wachsende Zahl von Untersuchungen zur Ökonomie der Krankheitsprävention zeigt, wie solche Maßnahmen die Kostenkurve der Gesundheitsausgaben abflachen und durch die Konzentration auf die Bedürftigsten gesundheitliche Benachteiligungen verringern können.

99. Die Fortschritte in Gesellschaft und Technologie werden nicht ausreichend genutzt; dies gilt vor allem für die Bereiche Information und soziale Medien. Denn hier bieten sich enorme Möglichkeiten, gesundheitliche Zugewinne zu bezahlbaren Kosten zu erzielen, teilweise sogar unter Verringerung der Gesundheitsausgaben bei gleichzeitigem Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten. Ein spürbarer Teil der Krankheitslast und der damit verbundenen ökonomischen Kosten könnte durch Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden und durch Anwendung wirksamer Präventionsmaßnahmen inner- wie außerhalb des Gesundheitswesens vermieden werden.

100. Staatliches Handeln zur Förderung gesunder Verhaltensweisen ist insbesondere dann gerechtfertigt, wenn durch ungesunde Verhaltensweisen bedingte negative externe Effekte vorliegen oder wenn bestimmte Verhaltensweisen auf unzureichenden Informationen basieren. Die Opfer von Passivrauch und Trunkenheit am Steuer sind drastische Beispiele für solche negativen externen Effekte, die entweder durch Verbrauchssteuern auf Tabak und Alkohol oder durch andere Konzepte wie Rauchverbote in der Öffentlichkeit oder strenge Gesetze gegen Alkohol am Steuer behoben werden können. Eine unzureichende Aufklärung der Verbraucher kann als Rechtfertigung für Interventionen zur Förderung gesünderer Verhaltensweisen durch Aufklärung über die Gefahren von Rauchen, Adipositas und anderen Krankheitsursachen dienen.

101. Die komplexe Natur chronischer Erkrankungen und ihre vielfältigen Determinanten und kausalen Zusammenhänge legen den Schluss nahe, dass für eine erfolgreiche Präventionsarbeit durchschlagende und anhaltende Anstrengungen sowie umfassende Strategien mit einer Vielzahl von Maßnahmen und Akteuren erforderlich sind. Dennoch geben die Staaten in der Realität bestenfalls einen Bruchteil ihrer Gesundheitsetats für Krankheitsprävention aus; in den OECD-Ländern sind es nur ungefähr 3% der gesamten Gesundheitsausgaben.

102. Die Erwartungen an den Nutzen von Krankheitsprävention müssen realistisch sein. Zwar kann dadurch eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden erreicht werden, und das mit einer Kosteneffektivität, die mindestens so gut, wenn nicht besser als die vieler anerkannter Therapien ist. Doch die Senkung der Gesundheitsausgaben darf nicht als das Hauptziel der Krankheitsprävention angesehen werden, da viele Programme sich nicht so auswirken. Eine Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten kann auch dadurch erschwert werden, dass bestimmte Arten von Präventionsmaßnahmen bei den am stärksten Gefährdeten nur geringe Resonanz finden und daher als unbeabsichtigte Wirkung die bestehenden Ungleichheiten weiter verschärfen. Darüber hinaus entwickeln sich viele

Krankheiten und Verhaltensweisen im Verlauf des Lebens, und die entsprechenden Programme zielen deshalb oftmals nur auf die späte Phase der Krankheit ab.

Die Evidenzgrundlage

103. Das WHO-Regionalbüro für Europa treibt die Kooperation mit dem Ziel der Darstellung der ökonomischen Argumente für ein gezieltes Handeln im Bereich der öffentlichen Gesundheit, insbesondere durch Maßnahmen zur Prävention chronischer nichtübertragbarer Krankheiten, entschlossen voran. Diese Arbeit geht über das hinaus, was über den ökonomischen Nutzen bestimmter Maßnahmen innerhalb der Gesundheitssysteme (z. B. Impfungen, Reihenuntersuchungen) bekannt ist, und befasst sich mit Forschungsvorhaben, in denen die ökonomischen Argumente für vorgelagerte Investitionen (d. h. vor Auftreten nichtübertragbarer Erkrankungen und vor Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) erläutert werden. Sie stellt vorrangige Maßnahmen heraus, die durch solide Kosteneffektivitätsuntersuchungen oder Kosten-Nutzen-Analysen gestützt werden, u. a. Maßnahmen zur Einschränkung riskanter Verhaltensweisen wie Rauchen und Alkoholkonsum, zur Förderung körperlicher und seelischer Gesundheit durch Ernährung und Bewegung, zur Prävention psychischer Störungen, zur Reduzierung der Zahl vermeidbarer Verletzungen (z. B. infolge von Straßenverkehrsunfällen) und zur Verringerung der Exposition gegenüber umweltbedingten Gefahren. Die vollständigen Ergebnisse dieser Arbeit sollen noch veröffentlicht werden (36), doch einige der ersten Erkenntnisse werden im Folgenden dargestellt.

104. So gibt es etwa deutliche Belege für die Kosteneffektivität von Programmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums, die oft sehr kostengünstig in der Durchführung sind und Kostenersparnisse ermöglichen. Solche Programme können eine abgestimmte Erhöhung der Tabaksteuer mit einem hohen Mindeststeuersatz (die kostenwirksamste Einzelmaßnahme), die Förderung rauchfreier Umgebungen, das Verbot von Tabakwerbung und Verkaufsförderung oder die Durchführung von Medienkampagnen beinhalten. Für ein wirksames Handeln sind angemessene Umsetzungs- und Kontrollmaßnahmen, von der Tabakindustrie unabhängige staatliche Handlungskonzepte sowie gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung von Korruption erforderlich.

105. Die Kosteneffektivität von Konzepten in der Alkoholpolitik wird durch eine beträchtliche Evidenzgrundlage gestützt, die aus systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen besteht. Zu den hochgradig kosteneffektiven Interventionen gehören die Beschränkung des Zugangs zu Alkohol im Einzelhandel, die Durchsetzung von Verboten für Alkoholwerbung (einschließlich in den sozialen Medien), die Erhöhung von Alkoholsteuern und die Einführung eines Mindestpreises pro Gramm reinem Alkohol. Immer noch kosteneffektiv, wenn auch in geringerem Maße, sind folgende Maßnahmen: Durchsetzung von Gesetzen gegen Alkohol am Steuer durch Durchführung von Atemtests; kurze ärztliche Tipps zur Vermeidung besonders riskanten Alkoholkonsums; und das Angebot von Therapien für alkoholbedingte Störungen.

106. Maßnahmen zur Förderung gesunder Essgewohnheiten entfalten auf der Bevölkerungsebene eine besonders hohe Wirkung. Die Reformulierung von Rezepturen verarbeiteter Lebensmittel zwecks Senkung des Gehalts an Salz, Transfettsäuren und gesättigten Fettsäuren ist eine kostengünstige Intervention, die im Rahmen von Vereinbarungen mit mehreren Akteuren durchgeführt werden kann, die freiwilliger Natur sein oder durch entsprechende Rechtsvorschriften durchgesetzt werden können. Ebenfalls kostengünstig und kosteneffektiv sind fiskalische Maßnahmen (wie Steuern und Subventionen) und die Regulierung der Lebensmittelwerbung für Kinder. Doch kann hier die Durchführbarkeit durch gegensätzliche Interessen beeinträchtigt werden. Programme zur Verbesserung von Information und Aufklärung, wie etwa durch Kampagnen in den Medien oder Maßnahmen zur Lebensmittelkennzeichnung, sind effiziente Investitionen, deren Wirkung jedoch, insbesondere in niedrigeren sozio-ökonomischen Schichten, nur begrenzt ist.

107. Die Förderung von Bewegung durch Kampagnen in den Medien ist eine sehr kosteneffektive Maßnahme und mit relativ niedrigen Kosten verbunden. Doch kann hier die Rendite in Bezug auf

gesundheitliche Resultate niedriger ausfallen als bei gezielten Interventionen, etwa am Arbeitsplatz. Veränderungen im Verkehrssystem und der Umwelt im weiteren Sinne haben das Potenzial, die Menschen zu mehr Bewegung zu veranlassen, doch sie erfordern eine sorgfältige Evaluation, damit ihre Bezahlbarkeit und Durchführbarkeit gewährleistet ist und die Veränderungen auch diejenigen erreichen, die gesundheitlich und sozial am meisten auf sie angewiesen sind. Mit Maßnahmen, die auf die erwachsene Bevölkerung und auf einen Personenkreis mit erhöhtem Risiko abzielen, lässt sich in einem kürzeren Zeitrahmen eine bessere Wirkung erzielen.

108. Es gibt überzeugende Belege dafür, dass Maßnahmen zur Prävention von Depressionen, der weltweit häufigsten Ursache für Behinderung, realistisch und kosteneffektiv sind. Depressionen werden für vorzeitigen Tod und die Beeinträchtigung der Funktion von Familienstrukturen verantwortlich gemacht, haben direkte Auswirkungen auf das individuelle Verhalten und sind mit extrem hohen ökonomischen Kosten in Form von Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverlusten verbunden, die sich durch geeignete Konzepte zur Prävention und Früherkennung teilweise vermeiden ließen. Es gibt Hinweise für den Nutzen von Maßnahmen im gesamten Lebensverlauf, mit frühzeitigen Interventionen im Kindesalter zur Stärkung des sozialen und emotionalen Lernens, der Bewältigungskompetenz und der Bande zwischen Eltern und Kindern, die sich bis weit ins Erwachsenenalter hinein positiv auswirken können.

109. Für das Funktionieren von Maßnahmen zur Verhütung von Straßenverkehrsunfällen, etwa durch veränderte Verkehrsführung, Einbahnstraßen, Verkehrsberuhigung in städtischen Gebieten (z. B. obligatorische Geschwindigkeitsbegrenzungen mit räumlichen Maßnahmen) und regelmäßige Geschwindigkeitskontrollen mit Kamera- und Radarüberwachung, gibt es solide ökonomische Evidenz, insbesondere bei Anwendung in Risikozonen. Auch eine aktive Durchsetzung von Vorschriften zur Förderung von verkehrssicherem Verhalten kann sich in hohem Maße positiv auswirken.

110. Erkenntnisse aus ökonomischen Studien sprechen für Maßnahmen zur Abwehr von chemischen Gefahren. Beispiele: umfassende ordnungspolitische Reformen wie die Verordnung der Europäischen Gemeinschaft zur Registrierung, Bewertung, Zulassung und Beschränkung chemischer Stoffe (REACH) aus dem Jahr 2007; die Beseitigung der Gefährdung durch Farben auf Bleibasis; die Reduzierung der Quecksilberbelastung aus Kohlekraftwerken; die Senkung von Fahrzeugemissionen in Bereichen mit hoher Verkehrsdichte, z. B. durch (in vielen Ballungsräumen praktizierte) belastungsabhängige Abgaben, die Einsparungen bei Gesundheitsausgaben und anderen, durch Asthma, Bronchiolitis und andere Atemwegserkrankungen in frühen Lebensphasen bedingten Kosten ermöglicht.

111. Investitionen in Bildung sind auch Investitionen in die Gesundheit. Erkenntnisse aus einer wachsenden Zahl empirischer Untersuchungen deuten darauf hin, dass steigende Investitionen der Länder in das Bildungswesen sich auch in Form von gesünderen Verhaltensweisen und einer höheren Lebenserwartung bei verbesserter Gesundheit auszahlen. So kommen Untersuchungen über Reformen zur Einführung der Schulpflicht in einer Reihe von Mitgliedstaaten in der Europäischen Region zu dem Schluss, dass solche Reformen nicht nur zu einer höheren Zahl abgeschlossener Schuljahre führen, sondern dass sich durch diesen längeren Schulbesuch auch der Anteil der Raucher und die Adipositasrate in der Bevölkerung verringern. Bei der Prüfung der Rendite aus Investitionen in Bildung und andere soziale Determinanten von Gesundheit sollten die Länder in ihre Analyse auch die potenziellen gesundheitlichen Zugewinne einbeziehen.

Zentrale Konzepte

112. Durch auf verhaltens- und lebensstilbedingte Risikofaktoren abzielende Interventionen lassen sich chronische Krankheiten kosteneffektiv bekämpfen. So kann langfristig ein Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten innerhalb von Ländern gelingen. Doch für eine Trendumkehr in Bezug auf Krankheiten, die im Laufe des 20. Jahrhunderts epidemische Ausmaße angenommen haben, ist eine grundlegende Veränderung der sozialen Normen erforderlich, die das Verhalten von Individuen und

Gemeinschaften bestimmen. Solche Veränderungen setzen breit angelegte Präventionsstrategien voraus, die über soziale Schichten hinweg auf eine Vielzahl von Gesundheitsdeterminanten abzielen.

113. Die meisten Länder bemühen sich um die Verbesserung der Gesundheitserziehung und der gesundheitlichen Aufklärung. Allerdings ist eine Beschränkung auf rein gesundheitliche Aufklärung in Bezug auf Verhaltensänderungen selten wirksam (oder kostenwirksam) und kann in manchen Fällen sogar eine Verschärfung bestehender Ungleichheiten zur Folge haben. Um die Wirkung und die Wirksamkeit von Anstrengungen zu erhöhen, muss stattdessen ein breiterer, systemweiter strategischer Ansatz verfolgt werden. Es werden Strategien benötigt, mit denen sich unmittelbar Einfluss auf die Faktoren nehmen lässt, die der persönlichen Kontrolle unterliegen. Dabei muss ein klarer strategischer Schwerpunkt auf die Determinanten für das Verhalten von Individuen oder Gemeinschaften gelegt werden. Darüber hinaus bewirken die Faktoren, die manchmal außerhalb ihrer unmittelbaren Kontrolle liegen, eine weitere klare strategische Schwerpunktlegung auf die übergeordneten sozialen Determinanten, die einen starken Einfluss auf individuelle Verhaltensweisen haben. Strengere Eingriffe, etwa durch Regulierung von Werbung oder fiskalische Maßnahmen, führen zu einer größeren Beeinträchtigung der Entscheidungsfreiheit der Bürger und bieten ein größeres Konfliktpotenzial zwischen den maßgeblichen Akteuren, doch stellen sie meist auch eine geringere Belastung für die öffentlichen Finanzen dar und bringen schneller positive gesundheitliche Ergebnisse.

114. Die Herbeiführung von Verhaltensänderungen in der Bevölkerung und die Förderung gesunder Lebensgewohnheiten sind schwierig, doch spricht immer mehr für eine Einführung strategischer, mehrschichtiger Ansätze zur Stärkung der Fähigkeit durch mehr Kontrolle und Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln. Der herkömmliche Ansatz besteht darin, das Bewusstsein durch Kommunikationskampagnen zu schärfen. Die vorliegenden Erkenntnisse lassen jedoch darauf schließen, dass es für dauerhafte Verhaltensänderungen nicht ausreicht, einfach über gesunde und ungesunde Verhaltensweisen zu informieren. Vielmehr sollten Initiativen für Gesundheitskommunikation und gesundheitliche Aufklärung als Teil eines breiteren Spektrums an Interventionen durchgeführt werden, die darauf abzielen, ein soziales und räumliches Umfeld zu schaffen, das gesunde Verhaltensweisen fördert. Die verschiedenen Strategien zur Herbeiführung von Verhaltensänderungen verstärken einander gegenseitig, und die Wirksamkeit von Programmen und Interventionen zur Verhaltensänderung erhöht sich, wenn sie in Verbindung mit zusätzlichen Strategien eingesetzt werden, die an den sozialen Determinanten im weiteren Sinne ansetzen.

115. In vielen Ländern wird zunehmend ein breites Spektrum regulatorischer und fiskalischer Maßnahmen ergriffen, beispielsweise zur Verringerung des Tabak- und Alkoholkonsums. So wird oft für den Kauf von Zigaretten und alkoholischen Getränken ein Mindestalter festgelegt, und in vielen Fällen besteht eine Verpflichtung zu gesundheitlichen Warnhinweisen auf den Etiketten. Beide Güter sind heute meist strengen Werbebeschränkungen sowie einer hohen Verbrauchssteuer unterworfen. All diese Maßnahmen haben zur Eindämmung des Konsums beigetragen, und Studien der WHO belegen, dass die meisten von ihnen ein sehr günstiges Kosten-Nutzen-Profil aufweisen. Doch fiskalische Maßnahmen sind in Gestaltung wie Durchsetzung komplex, und ihre Folgen sind bisweilen schwer vorhersehbar; überdies wirken sie sich manchmal stärker auf niedrige Einkommensgruppen aus als auf Besserverdiener.

Die jüngste Wirtschaftskrise

116. „Gesundheit 2020“ ist ein Rahmenkonzept, das sowohl für wirtschaftlich gute als auch für weniger gute Zeiten geeignet ist. Dennoch lassen sich aus der jüngsten Finanzkrise und dem damit verbundenen Einbruch der Konjunktur nützliche Lehren ziehen. Nicht nur wegen der hohen Anteile der Ressorts Gesundheit und Soziales an jedem Staatshaushalt, sondern auch aufgrund der oft relativ schwachen Verhandlungsposition der Gesundheitsministerien sind diese beiden Ressorts bei Konjunkturlauten besonders häufig von Kürzungen betroffen. In der Charta von Tallinn (24) erklärten die Mitgliedstaaten, dass „es heute nicht mehr hingenommen werden darf, dass Menschen infolge von

Gesundheitsproblemen verarmen“. Dieser Grundsatz kann jedoch untergraben werden, wenn Regierungen versuchen, als politische Antwort auf Haushaltsprobleme die Finanzierungslast auf die Privathaushalte abzuwälzen. Die Wirtschaftskrise stellt die Mitgliedstaaten vor eine große Herausforderung in Bezug auf die Frage, wie sie den Zielen der Chancengleichheit, der Solidarität und der finanziellen Absicherung weiter verpflichtet bleiben können. Gleichzeitig bietet sie jedoch auch eine Chance, sich für die Gesundheit einzusetzen und in diese zu investieren und die Gesundheitssysteme zu stärken.

117. Die jüngste Wirtschaftskrise hatte Auswirkungen auf viele Länder in der Europäischen Region und führte dazu, dass Verpflichtungen in Bezug auf soziale Sicherung (einschließlich Gesundheit und Chancengleichheit) in Frage gestellt wurden. Dabei müssen diese Ziele in wirtschaftlich schwierigen Zeiten sogar nachdrücklicher als sonst verfolgt werden, sodass die politischen Reaktionen auf die Wirtschaftskrise staatlichen Prioritäten folgen, und nicht kurzfristigen Sachzwängen zwecks Haushaltsausgleich durch pauschale Kürzungen. Die Erkenntnisse, die die Länder der Region aus früheren wirtschaftlichen Krisen gewonnen haben, bieten den heutigen politischen Entscheidungsträgern durchaus Antworten auf die Frage, wie sich die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und das soziale Wohl der Bevölkerung abschwächen lassen. Denn Gesundheitssysteme mit starker Führung und gut funktionierenden Steuerungsmechanismen sind generell leistungsstärker, und dies insbesondere in Krisenzeiten.

118. Die Auswirkungen von Wirtschaftskrisen auf die Gesundheit sind komplex, und der Bestand an Erkenntnissen dazu wächst kontinuierlich. Durch schrumpfende Einkommen und höhere Preise könnten die Zahlen der Straßenverkehrsunfälle und der von Adipositas Betroffenen sinken, und der soziale Zusammenhalt könnte gestärkt werden. Unabhängig davon nehmen die psychosozialen Belastungen in wirtschaftlich schwierigen Zeiten zu und führen zu einem Anstieg der Suizidraten, einer Reihe ungesunder Verhaltensweisen sowie einer stärkeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgrund körperlicher wie auch psychischer Gesundheitsprobleme.

119. Auch wenn der Gesamtbestand an Erkenntnissen noch einer weiteren Untersuchung bedarf, so müssen doch Gesundheitssysteme auch während wirtschaftlich schwieriger Zeiten weiter funktionieren und die Aktivitäten zur psychosozialen Unterstützung, insbesondere für Einkommensschwache und Schutzbedürftige, ausweiten, um schwerwiegende Auswirkungen auf die gesundheitlichen Resultate zu verhindern. Neben den Auswirkungen auf die Gesundheit haben Haushaltskürzungen eine höhere finanzielle Belastung der Bürger durch die Kosten von Gesundheitsleistungen allgemein und insbesondere von Arzneimitteln zur Folge. Die Verlagerung eines erheblichen Teils der Last der Gesundheitsfinanzierung von einer Beitragsgemeinschaft auf die Leistungsempfänger mittels höherer Zahlungen aus eigener Tasche (Nutzergebühren, Zuzahlungen) erhöht oftmals die Gefahr einer Verarmung von Haushalten infolge von Krankheit und bewirkt eine Verringerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dies kann letztlich zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem und zu schlechteren Gesundheitsergebnissen für den Einzelnen führen.

120. Sozialausgaben wirken sich in erheblichem Maße auf die Gesundheit aus. Es gibt Belege dafür, dass eine Erhöhung solcher Ausgaben bei der Senkung der Mortalität eine siebenfach höhere Wirkung erzielt als ein Anstieg des Bruttoinlandsproduktes in derselben Größenordnung (37). In Ländern, die bei drastischen Einschnitten in die staatlichen Gesundheitsausgaben das Niveau der Sozialausgaben beibehielten oder sogar erhöhten, hatten die Einschnitte nur einen sehr geringen Anstieg der Armut zur Folge.

121. Das WHO-Regionalbüro für Europa berief 2009 zusammen mit der norwegischen Regierung eine hochrangige Tagung in Oslo ein. Damals wurden Empfehlungen für politische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Armutsbekämpfung ausgearbeitet. Dazu gehört es beispielsweise, kostenwirksamen Leistungen in den Bereichen der öffentlichen Gesundheit und der primären Gesundheitsversorgung Priorität einzuräumen. Außerdem wurde von den Teilnehmern anerkannt, wie wichtig es ist, beim Einsatz öffentlicher Mittel Effizienz sicherzustellen („Mehr Gesundheit für das Geld“) – eine Voraussetzung für eine glaubwürdige Forderung nach „mehr Geld für die Gesundheit“. In den

Empfehlungen von Oslo wird für die Einführung neuer Steuern auf den Verbrauch von Zucker und Salz sowie für Erhöhungen bei den Abgaben auf Alkohol und Tabak plädiert – beides steuerpolitische Maßnahmen, die zugleich aber auch wirksame Maßnahmen zugunsten der öffentlichen Gesundheit darstellen.

122. Seitdem haben die Mitgliedstaaten eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, die der Fortsetzung der Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit und zum Schutz der Bevölkerung vor finanziellen Härten in Verbindung mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dienen. Diese Instrumente lassen sich wie folgt in Gruppen einteilen:

- *Langfristig denken:* Eine Option sind antizyklische öffentliche Ausgaben durch Ansparen von Reserven in der staatlichen Krankenversicherung („in guten Zeiten sparen, um in schlechten Zeiten ausgeben zu können“) oder die Neuzuweisung von Steuermitteln für Gesundheitsausgaben während einer Rezession. Diese antizyklischen Ausgaben können kurzfristig als Puffer dienen, der dann möglicherweise die Länder von drastischen Maßnahmen abhält, die sich negativ auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken würden.
- *Vermeidung pauschaler Haushaltskürzungen:* Wenn Etats aus fiskalischen Gründen gekürzt werden müssen, ist es wichtig, dies nicht pauschal zu tun, sondern auf der Grundlage konkreter Zielsetzungen. Eine häufig genutzte und relativ sichere Option besteht in einem Investitionsaufschub, der es dem Gesundheitswesen u. U. ermöglicht, Niveau und Umfang der Gesundheitsleistungen (einschließlich der öffentlichen Gesundheitsdienste) aufrechtzuerhalten, sofern die Infrastruktur vor Einsetzen der Krise ordnungsgemäß instand gehalten wurde.
- *Gezieltere Ausrichtung öffentlicher Ausgaben nach sozialer Bedürftigkeit und Schutz einkommensschwacher und anfälliger Personen:* Eine Aufrechterhaltung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für einkommensschwache und schutzbedürftige Personen kann dazu beitragen, die dramatischen Folgen eines schwerwiegenden Konjunktуреinbruchs zu verringern. Die Veränderung des Spektrums der Leistungen, die im gesetzlichen Leistungsumfang enthalten sind, kann ein wertvolles Instrument für die Festlegung von Prioritäten im Gesundheitssystem sein. Dies gilt insbesondere, wenn solchen Veränderungen konkrete Erkenntnisse zugrunde liegen und dadurch die Inanspruchnahme hochwertiger (kostenwirksamer) Leistungen gefördert und die Nutzung minderwertiger Leistungen mit negativen Anreizen belegt wird.
- *Effizienzsteigerungen durch klügeren Einsatz von Arzneimitteln und Technologien:* Die Verbesserung der Effizienz bei der Erbringung von Leistungen für die Bevölkerung ist für alle Länder eine wichtige Option bei ihren Bemühungen, die Auswirkungen der Krise zu verringern. So haben etwa einige Länder durch den kostenwirksameren Einsatz von Arzneimitteln und durch Heranziehung von Gesundheitstechnologiebewertungen als Grundlage für Erstattungsentscheidungen Effizienzgewinne erzielt. Andere Länder greifen auch zu Kostendämpfungsmaßnahmen, etwa durch Ankündigung pauschaler Preissenkungen für Hersteller bzw. Aushandlung niedrigerer Preise, effizientere Arzneimittelbeschaffung mittels Ausschreibungen, verbesserte Regeln für Verschreibungen und den Einsatz von Generika, die Beschneidung der Gewinnspannen von Großhändlern und Apotheken und die Durchführung von Maßnahmen für eine rationellere Verschreibung von Arzneimitteln.
- *Effizienzsteigerungen durch Straffung der Strukturen für die Leistungserbringung:* Wenn die Mittel an die Leistungsanbieter und insbesondere an die Krankenhäuser spärlicher fließen, greifen diese vielleicht selbst zu Rationierungsmaßnahmen, beispielsweise indem sie klinische Leistungen aufschieben, verweigern oder verwässern („Sparen bei der Qualität“), es sei denn, es werden schwierige strukturelle Entscheidungen zur Verbesserung der Effizienz des Krankenhauswesens getroffen. Die Krise bietet eine Gelegenheit zur Einführung lange überfälliger Reformen zur Effizienzsteigerung, die vor der Krise politisch vielleicht weniger gut durchsetzbar waren. Hierbei lassen sich kurzfristig kaum Einsparungen erzielen, und die Gefahr, dass eine ordnungsgemäße Gesundheitsversorgung der Menschen während des Übergangszeitraums

nicht gelingt, ist hoch, doch bei einer sorgfältigen Umsetzung ist der langfristige Nutzen beträchtlich.

123. Den Gesundheitsministerien und den Regierungen insgesamt kommt allgemein eine wichtige Führungsrolle zu. Auch wenn es nicht möglich sein mag, Konjunkturerinbrüche zu verhindern, so können sich Regierungen doch besser auf die Probleme einstellen, mit denen sie konfrontiert sein werden. Ein Augenmerk auf Effizienz und die verantwortungsbewusste Verwaltung öffentlicher Mittel im Gesundheitswesen in Verbindung mit einer umsichtigen Finanzpolitik der öffentlichen Hand insgesamt ist während der Jahre wirtschaftlichen Wachstums ausschlaggebend, denn in wirtschaftlichen Krisenzeiten ist es durchaus denkbar, dass bei der Bevölkerung ein größerer Bedarf an Sozial- und Gesundheitsleistungen entsteht, für die ausreichende öffentliche Finanzmittel zur Verfügung stehen müssen, um Chancengleichheit und Effizienz bei der Bereitstellung einer flächendeckenden Versorgung zu gewährleisten. Länder, die bei Einsetzen des Konjunkturerinbruchs Rücklagen verwenden oder eine Defizitfinanzierung aufrechterhalten konnten, waren viel besser imstande, ihre Bevölkerung vor den Folgen der Krise zu schützen. Die Bewältigung der Krise ist eine wahrhaft gesamtstaatliche Aufgabe.

„Bösartige“ Probleme und Systemdenken

124. Die gesundheitspolitischen Probleme von heute sind wegen ihrer Komplexität, ihrer vielschichtigen Natur und der sich rasch wandelnden Dynamik nur schwer zu bewältigen. Ökonomische, soziale, politische und kulturelle Prozesse bestimmen ein Leben lang die gesellschaftliche Stellung des Einzelnen wie auch den Zusammenhalt der Gesellschaft. Probleme wie Adipositas, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, zunehmende gesundheitliche Ungleichgewichte, demografischer Wandel, Umweltgefahren, größere Krankheitsausbrüche, finanzielle Belastung der Gesundheits- und Sozialsysteme sowie tief greifende soziale und technologische Veränderungen verstärken allesamt die Notwendigkeit innovativer Lösungskonzepte. Der Begriff „bösartige Probleme“ (38) wird in Bezug auf Problemstellungen verwendet, die aufgrund unvollständiger, instabiler, widersprüchlicher und sich verändernder Merkmale schwer in Angriff zu nehmen sind. Viele der gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts sind solche bösartige Probleme. Die Zuordnung ist komplex, und lineare Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung lassen sich nur schwer bestimmen. Bösartige Probleme müssen als komplexe offene Systeme betrachtet und analysiert werden.

125. Angesichts dieser Herausforderungen müssen Handlungskonzepte als groß angelegte Experimente umgesetzt werden, bei denen Beobachtung und Evaluation einen wesentlichen Mechanismus bilden, bei dem die Entscheidungsträger aus den in der Praxis gewonnenen Erfahrungen lernen und ihr Vorgehen entsprechend umstellen können. Adipositas ist ein hervorragendes Beispiel für eine bösartige Herausforderung für die Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert. Die mit der Ausbreitung der Adipositasepidemie verbundenen Risikomuster und Verhaltensweisen sind komplex und vielschichtig. Die Risiken können lokaler Art (z. B. Fehlen von Spielplätzen oder Fahrradwegen) oder nationaler (z. B. Fehlen von Vorschriften für die Lebensmittelkennzeichnung) oder globaler Art (Handels- und Landwirtschaftspolitik) sein. Nur ein systemweiter Ansatz und eine Vielzahl von Interventionen auf unterschiedlichen Steuerungsebenen, die der Komplexität und dem bösartigen Charakter des Themas Adipositasbekämpfung gerecht werden, haben Aussicht auf Erfolg (39).

Teil 2

Gesundheit 2020:

**Anwendung erfolgreicher evidenzbasierter Strategien
und zentrale Akteure**

Einführung

126. Teil 2 von „**Gesundheit 2020**“ beginnt mit einer Reihe von Zielvorgaben, die für die gesamte Europäische Region der WHO gelten und die grundsätzliche Ausrichtung des Rahmenkonzeptes widerspiegeln. Anschließend werden eine Reihe evidenzbasierter Strategien beschrieben, die an unterschiedlichen Ausgangspunkten ansetzen und für unterschiedliche Akteure konzipiert sind. Die Gliederung von Teil 2 orientiert sich an den zwei strategischen Hauptzielen des Rahmenkonzeptes – Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten sowie Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit – und an den vier gemeinsamen Handlungsfeldern. Dies sind: Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen; Bekämpfung der großen gesundheitlichen Herausforderungen durch nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region; Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen; sowie Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder. Die gemeinsamen vorrangigen Bereiche werden beschrieben. Veränderungen sind zwingend erforderlich: Die neue Realität erfordert grundsatzpolitische Maßnahmen, bei denen die Gesundheitsministerien andere Ressorts einbeziehen müssen.

Ziele und Zielvorgaben

127. „**Gesundheit 2020**“ umfasst übergeordnete Dachziele für die Europäische Region, die durch geeignete Indikatoren unterstützt und als Durchschnittswerte für die Region gemeldet werden. Diese Ziele sollen sowohl quantitativer als auch qualitativer Natur und nach Möglichkeit konkret, messbar, erreichbar, relevant und zeitgebunden [engl.: specific, measurable, achievable, relevant and time-bound = „smart“] sein. Jedes derartige Ziel stellt einen real möglichen Fortschritt dar und ist auf Arbeitsabläufe, Outputs und Ergebnisse des Rahmenkonzeptes „**Gesundheit 2020**“ bezogen.

128. Die Ziele beziehen sich auf drei Hauptbereiche, die die beiden strategischen Hauptziele und die vier vorrangigen Handlungsfelder unterstützen, die die Grundlage von „**Gesundheit 2020**“ bilden, wie in dem nachstehenden Kasten 5 dargestellt. Diese drei Hauptbereiche sind:

- Krankheitslast und Risikofaktoren
- Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten
- Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme.

129. Die Anwendung der Ziele ist kein Selbstzweck. Diese dienen vielmehr dazu, Gesundheit und Wohlbefinden dadurch zu fördern, dass sie die Leistung und die Rechenschaftslegung verbessern. Es handelt sich dabei insofern um Ziele für die Europäische Region, als sie auf dieser Ebene vereinbart und überwacht werden. In Abhängigkeit von ihren jeweiligen Gegebenheiten werden alle Mitgliedstaaten zum Erreichen dieser Ziele beitragen und Fortschritte laufend mitverfolgen. Jeder Mitgliedstaat wird über die Modalitäten und die Geschwindigkeit der Umsetzung selbst entscheiden und wird darum ersucht, jeweils eigene gesundheitsbezogene Ziele und Zielvorgaben festzulegen. Die Ziele wurden so ausgearbeitet, dass routinemäßig erhobene Gesundheitsinformationen weitestgehend genutzt werden können und die Erhebung neuer Daten nicht notwendig wird. Die für die Europäische Region vorgeschlagenen Ziele sind in Kasten 5 dargestellt.

Kasten 5: Geplante Ziele für die Europäische Region mit Blick auf das Jahr 2020

Hauptbereiche von „Gesundheit 2020“	Ziel	Verknüpfung mit dem strategischen Ziel aus „Gesundheit 2020“	Verknüpfung mit einem vorrangigen Handlungsfeld aus „Gesundheit 2020“
1. Krankheitslast und Risikofaktoren	1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020	1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung des gesundheitlichen Gefälles	2. Bekämpfung der großen gesundheitlichen Herausforderungen durch nicht-übertragbare und übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region
2. Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten	2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region	1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung des gesundheitlichen Gefälles	1. Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen 4. Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder
	3. Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region (Ziel in Bezug auf die sozialen Determinanten)	1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung des gesundheitlichen Gefälles	1. Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen 4. Schaffung stützender Umfelder und widerstandsfähiger Gemeinschaften
	4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region	1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung des gesundheitlichen Gefälles	1. Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen 4. Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder
3. Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme.	5. Flächendeckende Versorgung und das „Recht auf Gesundheit“	2. Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit	3. Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Maßnahmen der Notfallvorsorge
	6. Mitgliedstaaten legen nationale Zielvorgaben fest	2. Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit	3. Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Maßnahmen der Notfallvorsorge

Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen zwischen den Determinanten von Gesundheit

130. „**Gesundheit 2020**“ zielt als Rahmenkonzept auf die äußerst realen gesundheitlichen Herausforderungen ab, denen die Länder in der gesamten Europäischen Region gegenüberstehen. Auch wenn das Muster von Land zu Land verschieden sein kann, so betreffen doch die wichtigsten übergeordneten Problemfelder zunehmend alle Länder. „**Gesundheit 2020**“ beschränkt sich jedoch nicht auf die bloße Beschreibung der Probleme, sondern konzentriert sich auf potenzielle Lösungen und Bereiche, in denen die vorliegenden Erkenntnisse darauf schließen lassen, dass positive Maßnahmen wesentliche Effekte haben können. Auf diese Weise bietet es einen stützenden Rahmen, der auf der Bedeutung strategischer Ansätze basiert, mit deren Hilfe Herausforderungen aus einem systemweiten Blickwinkel beurteilt werden können.

131. In dem Rahmenkonzept wird anerkannt, dass die verschiedenen Determinanten von Gesundheit in einer Wechselbeziehung zueinander stehen und es einen Mix von biophysischen, psychologischen, sozialen und ökologischen Einflussfaktoren gibt, die allesamt wichtig sind. Dies verstärkt die Bedeutung der Entwicklung vielschichtiger Strategien, bei denen nicht einmalige oder isolierte Kampagnen im Mittelpunkt stehen und die stattdessen darauf abzielen, dass in einer Reihe von Bereichen Maßnahmen eingeleitet werden, um eine kombinierte synergistische Wirkung auf die zu lösenden Probleme zu erreichen.

132. Das nachstehend gezeigte klassische und bekannte Modell (Abb. 1) hilft, die Wechselbeziehungen zwischen den unterschiedlichen Determinanten von Gesundheit zu veranschaulichen, und trägt dem Umstand Rechnung, dass es wichtig ist, sowohl die Faktoren mit einem unmittelbaren Einfluss auf das individuelle und gemeinschaftliche Verhalten als auch die maßgeblichen allgemeinen sozialen Determinanten zu berücksichtigen. Den sozialen Determinanten von Gesundheit muss besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, weil sie nicht nur einen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit haben können (beispielsweise in Form der negativen Auswirkungen von schlechten Wohnverhältnissen oder unzureichender Hygiene), sondern auch einen starken Einfluss auf die tatsächlichen Optionen und Wahlmöglichkeiten von Menschen sowie ihre Lebenschancen und -umstände haben, die sich wiederum auf ihre persönlichen Entscheidungen und Lebensgewohnheiten auswirken.

Abb. 1: Die Wechselwirkungen zwischen den Determinanten von Gesundheit



Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten

133. Die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit (27) stellte drei zentrale Handlungsgrundsätze auf.

- Verbesserung der alltäglichen Lebensumstände – also der Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern;
- Bekämpfung der ungleichen Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen – der strukturellen Ursachen für die Lebensbedingungen im Alltag – auf globaler, nationaler und lokaler Ebene;
- Messung des Problems, Auswertung der Maßnahmen, Erweiterung der Wissensgrundlage, Weiterbildung des Gesundheitspersonals im Bereich der sozialen Determinanten von Gesundheit und Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die sozialen Determinanten von Gesundheit.

134. Die Auseinandersetzung mit den politischen, sozialen, wirtschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen ist daher ausschlaggebend für die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung. Sektorübergreifende Konzepte sind ebenso notwendig wie unverzichtbar. Eine gesamtstaatliche Verantwortung für die Gesundheit setzt voraus, dass auf allen Ebenen des Staates bei der Ausarbeitung von Regulierungsmaßnahmen sowie Maßnahmen der Sozial- und Wirtschaftspolitik deren Auswirkungen auf die Gesundheit grundlegend in Betracht gezogen werden.

135. Gesundheit und Wohlbefinden können beträchtlich verbessert werden, wenn Länder, Regionen und Kommunen gemeinsame Ziele festlegen und gemeinsame Investitionen durch das Gesundheitsressort und andere Ressorts tätigen. Zu den vorrangigen Bereichen zählen Bildungserfolg, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, soziale Absicherung und der Abbau von Armut. Die hierbei verfolgten Lösungsansätze zielen auf die Widerstandskraft von Gemeinschaften, auf soziale Inklusion und sozialen Zusammenhalt sowie auf die Förderung von Aktivposten zugunsten von Wohlbefinden ab – mit anderen Worten: auf die individuellen und kollektiven

tiven Stärken, die dem Schutz und der Förderung von Gesundheit dienen, etwa individuelle Qualifikationen oder ein Gefühl der Zugehörigkeit. Die Festlegung jährlicher Zielvorgaben für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten kann zum Handeln motivieren und ist zugleich eine der wichtigsten Möglichkeiten für die Bewertung der gesundheitlichen Entwicklung auf allen Ebenen. Diese Maßnahmen müssen sowohl systematisch als auch langfristig angelegt sein.

136. Ein Ansetzen an sozialen Ungleichheiten kann sich in erheblichem Maße positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken. Die Verringerung eines Gesundheitsgefälles setzt ein umfassendes Grundsatzziel voraus, bei dem eine Angleichung der Gesundheitschancen zwischen sozioökonomischen Gruppen, einschließlich der Behebung gesundheitlicher Benachteiligungen und der Verringerung einer gesundheitlichen Kluft, angestrebt wird. Maßnahmen zur Verringerung solcher Ungleichgewichte werden, wenn sie auf die gesamte Gesellschaft angewandt werden, auch Auswirkungen auf alle Betroffenen haben. Eine flächendeckende soziale Absicherung führt zum Abbau von Armut und erzielt bei den Bedürftigen eine größere Wirkung als Programme mit kleinem Einzugsbereich. Dennoch kann bestehenden Ungleichgewichten nur dann kosteneffektiv entgegengewirkt werden, wenn die Intensität der ergriffenen Maßnahmen mit Blick auf die Bedürfnisse von Einzelpersonen oder Gruppen innerhalb der Gesellschaft angemessen ist. In diesem Zusammenhang sind mit „Bedürfnissen“ die gesundheitlichen und sozialen Probleme gemeint, die sich mit nachweislich wirksamen Maßnahmen in angemessenem Umfang lösen lassen. Bei einem solchen Vorgehen zielen die Maßnahmen vor allem, jedoch keineswegs ausschließlich auf die Bedürfnisse der Menschen ab, die am stärksten benachteiligt und am anfälligsten sind.

137. Die Durchführung von Maßnahmen in Bezug auf die sozialen und umweltbedingten Determinanten von Gesundheit ist ein wirksamer Weg zur Bekämpfung der vielen Arten gesundheitlicher Ungleichheiten. Gesundheitliche Ungleichgewichte lassen sich nicht abbauen, ohne zuvor die Ungleichgewichte hinsichtlich der Ursachen von Krankheit in Angriff zu nehmen – die alltäglichen Lebensumstände und die Verteilung von Macht, Geld und Mitteln. Dies äußert sich beispielsweise in geschlechtsbezogenen und anderen sozialen Ungleichgewichten, einer ungleichen Exposition gegenüber schädlichen Einflüssen und einer ungleich verteilten Widerstandsfähigkeit und in Ungerechtigkeiten in Bezug auf die unmittelbaren, sichtbaren Lebensumstände der Menschen, d. h. bei ihrem Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Schulen und Bildung, ihren Arbeitsbedingungen, ihrer Freizeitumgebung, ihren Wohnverhältnissen, ihren Gemeinschaften und Städten – und damit ihren Chancen auf ein erfülltes, gesundes Leben (8,27,41,42). Diesen Ungleichgewichten entgegenzuwirken, bedeutet, dass jeder einen Mindestlebensstandard unter materiellen Bedingungen haben sollte, die ein menschenwürdiges Leben und einen guten Start ins Leben gewährleisten (allgemeiner Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Entwicklung in den ersten Jahren sowie zu Bildung und Beschäftigung); und es bedeutet, dass jeder zu selbstbestimmtem Handeln befähigt werden und die Kontrolle über das eigene Leben, ein politisches Mitspracherecht und die Fähigkeit zur Mitwirkung an Entscheidungsprozessen erhalten sollte. Die uneingeschränkte Verwirklichung dieser Menschenrechte ist ausschlaggebend für die Verbesserung der Gesundheit und den Abbau von Ungleichgewichten, und die Mitgliedstaaten sind dazu verpflichtet, sie zu achten, zu schützen und durchzusetzen (27,43,44).

138. Zwar sollen die Maßnahmen auf einer allgemein gültigen Grundlage ergriffen werden, doch sollte sich die Intensität ihrer Durchführung angesichts des sozialen Gefälles im Gesundheitsbereich nach dem sozialen und gesundheitlichen Bedarf richten (proportionaler Universalismus) (45). Eine Verringerung des sozioökonomischen Gefälles und der gesundheitlichen Kluft insgesamt setzt voraus, dass sich innerhalb einer bestimmten Bevölkerung die Gesundheitssituation in den niedrigsten sozioökonomischen Gruppen schneller verbessert als in den höchsten sozioökonomischen Gruppen. Dementsprechend macht eine Auseinandersetzung mit dem sozialen Gefälle Anstrengungen erforderlich, die nicht nur auf die anfälligsten Gruppen

abzielen. Das Konzept Gesundheitsgefälle setzt eine Kombination umfassender universeller Maßnahmen mit gezielten Strategien für bestimmte Risikogruppen voraus. Ein nur auf benachteiligte Gruppen abzielendes Konzept würde ohne Auswirkungen auf die Verteilung der Determinanten von Gesundheit entlang der sozioökonomischen Skala bleiben.

139. Der weltweite Handlungsbedarf auf diesem Gebiet ist in der 2009 angenommenen Resolution WHA62.14 der Weltgesundheitsversammlung über den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte durch Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit zusammengefasst (46). Auf der vor kurzem in Rio de Janeiro (Brasilien) veranstalteten Weltkonferenz über soziale Determinanten von Gesundheit wurde eine Erklärung über den weltweiten Handlungsbedarf verabschiedet (8), doch wirkliche Veränderungen verlangen mehr als nur Erklärungen, selbst wenn diese von gewichtiger Evidenz und gutem Willen gestützt werden. Als Folgemaßnahme zur Resolution der Weltgesundheitsversammlung und zu der Konferenz werden derzeit eine Strategie und ein globaler Aktionsplan der WHO zu den sozialen Determinanten von Gesundheit (2012–2017) ausgearbeitet. Die Behebung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichgewichte erfordert ein nachdrückliches politisches Engagement, ein integriertes Vorgehen, einen starken Systemansatz, wirksame und leistungsstarke Gesundheitssysteme und Politikkohärenz in einem breiten Spektrum staatlicher Handlungsfelder, das durchaus über den Gesundheitsbereich hinausgeht (47,48).

140. Oftmals wird ein auf den sozialen Gesundheitsdeterminanten basierendes Konzept einem Konzept gegenübergestellt, dessen Eckpunkte Chancen, Willensfreiheit und persönliche Verantwortung für die Gesundheit (z. B. gesundheitsbestimmendes Verhalten) sind. Da jedoch eine Analyse hoher Mortalitätsraten (Ergebnisse) belegt, dass diese das Resultat der Bedingungen sind, unter denen die Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern, ist es für den Einzelnen offensichtlich schwer, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, ohne dass zunächst durch soziale Maßnahmen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass er Kontrolle über sein Leben erlangt. In der Praxis geht es weniger um die Frage, ob es erstrebenswert ist, Ungleichgewichte bei den gesundheitlichen Ergebnissen abzubauen, sondern vielmehr darum, was sich durch angemessene Mittel vermeiden lässt (49). Damit die beschlossenen Maßnahmen Wirkung erzielen, müssen sie die Unterstützung von Öffentlichkeit und Politik genießen.

141. Es wird empfohlen, dass alle 53 Länder der Europäischen Region klare Strategien zur Änderung der aktuellen Muster gesundheitlicher Ungleichgewichte und zur Verringerung ihres Ausmaßes einführen. Darin sollten wirksame Maßnahmen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit vorgesehen werden (Kasten 6), wobei dies als Teil eines systemweiten strategischen Ansatzes geschehen sollte, bei dem ein Gleichgewicht zwischen Maßnahmen zu individuellen und Maßnahmen zu kollektiven verhaltensbezogenen Faktoren gewahrt wird. Es wird anerkannt, dass die Ausgangslage in den Ländern in Bezug auf Gesundheitssituation, gesundheitliche Chancengleichheit, soziale und ökonomische Entwicklung sehr unterschiedlich ist. Auch wenn dies das kurzfristig Erreichbare und den Zeithorizont für die Bekämpfung konkreter Probleme begrenzen kann, so sollte es doch nicht die langfristige Zielsetzung der Strategie untergraben.

Kasten 6: Wichtige Handlungsfelder für Strategien zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte

Strategien zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte sollten u. a. folgende Handlungsfelder umfassen:

Phasen im Lebensverlauf

- Gewährleistung eines angemessenen Sozial- und Gesundheitsschutzes für Frauen, Schwangere und junge Familien.
- Schaffung hochwertiger und erschwinglicher universeller Bildungs- und Betreuungssysteme für die ersten Lebensjahre.
- Beseitigung der Gefährdung von Menschen durch ungesunde und unsichere Arbeit und Stärkung von Maßnahmen zur Gewährleistung sicherer Arbeitsplätze sowie des Zugangs zu Beschäftigung und günstigen Arbeitsbedingungen.
- Durchführung kohärenter und wirksamer ressortübergreifender Maßnahmen mit dem Ziel der Bekämpfung von Ungleichheiten in späteren Lebensphasen, um sowohl die Entwicklung chronischer Morbidität zu verhindern bzw. zu bewältigen als auch über das gesamte soziale Gefälle hinweg die Zahl der Lebensjahre zu erhöhen.

Die Gesellschaft allgemein

- Verbesserung des Umfangs und der Verteilung der sozialen Absicherung entsprechend dem Bedarf, um mehr Gesundheit zu ermöglichen und gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken.
- Mobilisierung und Gewährleistung der abgestimmten Anstrengungen zur Verringerung von Ungleichheiten bei den lokalen Determinanten von Gesundheit durch schöpferische und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Betroffenen, der Zivilgesellschaft und einer Reihe von Partnern aus deren verschiedenen Teilen.
- Durchführung von Maßnahmen zugunsten sozial ausgeschlossener Gruppen und Aufbau auf Systemen, die für die allgemeine Gesellschaft bereits bestehen, und Erweiterung solcher Maßnahmen mit dem Ziel, Systeme zu schaffen, die sich durch mehr Nachhaltigkeit, Zusammenhalt und Inklusion auszeichnen.
- Einführung eines Lösungsansatzes für Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern, um die sozioökonomischen und gesundheitlichen Ungleichgewichte zwischen Männern und Frauen verstehen und bekämpfen zu können.

Der allgemeinere Kontext

- Nutzung des Systems der Steuern und Transfers, um Chancengleichheit zu fördern. In Ländern, in denen der Anteil des Haushalts, der für Programme für Sozial- und Gesundheitsschutz ausgegeben wird, unter dem derzeitigen EU-Durchschnitt liegt, sollte dieser erhöht werden.
- Langfristige Planung und langfristiger Schutz der Interessen künftiger Generationen, indem Verknüpfungen zwischen umweltbezogenen, sozialen und wirtschaftlichen Faktoren sowie allen Konzepten und Praktiken ermittelt werden.

Systeme

- Die Politikgestaltung zur Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit erfordert mehr Kohärenz in der Arbeit aller Ressorts (Konzepte, Investitionen, Dienstleistungen) und Akteure (öffentliche, private und freiwillige) auf allen staatlichen Ebenen (transnational, national, regional und lokal).
- Der Langzeitcharakter von Maßnahmen mit dem Ziel, Erkrankungen chancengerecht zu verhindern und zu behandeln, erfordert umfassende Maßnahmen, um dauerhafte und chancengerechte Veränderungen bei der Prävention und Behandlung von Erkrankungen zu erreichen.
- Alle staatlichen Ebenen (transnational, national, regional, lokal) sollten regelmäßig über gesundheitliche Ungleichheiten und ihre sozialen Determinanten Bericht erstatten und die Öffentlichkeit dafür sensibilisieren.

Auf Erkenntnissen aufbauen – ein Ansatz zu integriertem Lernen

142. Obwohl die Herausforderungen groß sind, gibt es einen wachsenden Bestand an Erkenntnissen über taugliche Konzepte für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Personen und Gemeinschaften. Gesundheit ist so vielen unterschiedlichen Einflüssen unterworfen, dass Verständnis und Erkenntnisse in Bezug auf taugliche Konzepte in der Praxis über ein äußerst breites Spektrum an Wissenschafts- und Fachdisziplinen verstreut sind. Insbesondere im Gesundheitsbereich liegt den Lösungsansätzen und Lernkonzepten häufig in hohem Maße die Sichtweise der biophysikalischen und medizinischen Wissenschaften zugrunde. Auch wenn diese zweifelsfrei von enormer Bedeutung ist, so ist sie doch verengt, eindimensional und aus dem Kontext gerissen. Infolgedessen wird heute zunehmend anerkannt, dass Erkenntnisse aus anderen Ressorts und insbesondere Beiträge aus dem breiten Feld der Sozial- und Verhaltenswissenschaften besser integriert werden müssen.

Neue Denkweisen aus allen Bereichen der Sozial- und Verhaltenswissenschaften sowie dem strategischen sozialen Marketing integrieren

143. In den letzten Jahren hat sich das Verständnis der Faktoren mit einem Einfluss auf das menschliche Verhalten erheblich verbessert. Dabei ist auch deutlich geworden, dass herkömmliche Kommunikationsansätze zur Vermittlung von Botschaften mit einem Schwerpunkt auf der Zusammenstellung von Informationen und Aussendung von Botschaften für sich genommen selten ausreichen, um Verhalten und Entscheidungen von Menschen positiv zu beeinflussen. Stattdessen bietet integriertes Lernen aus dem breiten Feld der Sozial und Verhaltenswissenschaften, einschließlich des strategischen sozialen Marketings, der Sozialpsychologie, der Verhaltensökonomik und der Neurowissenschaften, zunehmend praxisorientierte und häufig kostenwirksame Lösungen für den Umgang mit den vielfältigen verhaltensmäßigen Problemen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Eine Verlagerung gesundheitsbezogener und ähnlicher Programme über die reine Kommunikation hinaus hin zu einem stärker auf Verhalten bezogenen Schwerpunkt und Verständnis bietet zunehmend Potenzial dafür, messbare und dauerhafte Auswirkungen auf das Leben von Menschen zu erzielen, indem Wege gefunden werden, sie in der Praxis dabei zu unterstützen, ihre eigenen gesundheitlichen Ziele zu verwirklichen. Dies trägt in Verbindung mit einer strategischen Ausrichtung auf die allgemeineren sozialen Determinanten von Gesundheit dazu bei, Interventionen robuster und wirksamer zu machen.

Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert

Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit

144. Die Führungsrolle der Gesundheitsminister und Gesundheitsbehörden wird für die Bewältigung der Krankheitslast in der Europäischen Region auch in Zukunft entscheidend sein und muss gestärkt werden. Zu dieser Führungsrolle zugunsten von Gesundheit gehört es auch, den sozialen, ökonomischen und politischen Nutzen guter Gesundheit und die negative Wirkung von Krankheit und gesundheitlichen Ungleichgewichten mit ihren Determinanten für jeden Politikbereich sowie für den Staat und die Gesellschaft als Gesamtes deutlich herauszustellen. Auf diesem Gebiet müssen Gesundheitsministerien und Gesundheitsbehörden künftig neue Aufgaben in der Gestaltung von Handlungskonzepten zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden

übernehmen, indem sie die Hand ausstrecken und Maßnahmen zugunsten von Gesundheit für alle vorantreiben, auch durch Partnerschaften mit Akteuren außerhalb des Gesundheitssektors. Diese Führungsrolle auszuüben, erfordert den Einsatz eines breiten Spektrums von Fähigkeiten und Kompetenzen einschließlich diplomatischen Geschicks, einschlägiger Evidenz, geeigneter Argumente und Überzeugungskraft.

145. Unabhängig davon bedarf es in allen Bereichen von Staat und Gesellschaft auch neuer Formen von Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit. Der englische Begriff „Governance“ (dt.: Politikgestaltung, Steuerung, Führung) kann auf unterschiedliche Weise definiert werden. Für die Zwecke von „**Gesundheit 2020**“ gilt folgende Definition: das Bemühen der Regierungen oder anderer Akteure, Bevölkerungsgruppen, ganze Länder oder sogar Gruppen von Ländern in ihrem Streben nach Gesundheit als integralem Bestandteil von Wohlergehen durch einen gesamtstaatlichen wie auch gesamtgesellschaftlichen Ansatz zu steuern (50). In dieser Definition finden sich Gesundheit und Wohlergehen als zentrale Merkmale einer erfolgreichen und leistungsfähigen Gesellschaft im 21. Jahrhundert. Damit die gesamtgesellschaftliche und gesamtstaatliche Verantwortung für Gesundheit funktioniert und Wirklichkeit wird, ist zudem eine starke Führung erforderlich. Konzepte, Maßnahmen und soziales Engagement für die Gesundheit kommen nicht von allein. In modernen Gesellschaften sind die Einflüsse auf die Gesundheit so vielgestaltig und oft so diffus, dass die Förderung von Gesundheit Maßnahmen erforderlich macht, die auf neuen Denkansätzen oder gar einem Paradigmenwechsel beruhen. Althergebrachte, lineare und rein rationelle Planungsansätze reichen hier nicht aus.

146. In der Politikgestaltung hat ein gradueller Übergang von einem staatszentrierten Modell zu einem Kooperationsmodell stattgefunden, bei dem die Steuerung kollektiv durch ein breites Spektrum staatlicher und gesellschaftlicher Akteure, wie Ministerien, Parlamente, Organisationen, Behörden, Kommissionen, Unternehmen, Bürger, gesellschaftliche Gruppen, Stiftungen und die Massenmedien, erfolgt. Eine solche Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit ist auf verschiedene Träger verteilt und horizontal angeordnet. Sie fördert ein gemeinsames Handeln im gemeinsamen Interesse durch die Gesundheitspolitik und andere Politikbereiche.

147. Die Länder prüfen auf allen staatlichen Ebenen die Einführung von Strukturen und Prozessen, die der Politikkohärenz, der Verwirklichung sektorübergreifender Problemlösungen und der Thematisierung einer ungleichen Machtverteilung zwischen Politikbereichen dienen. Synergistische Konzepte zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden müssen durch Strukturen und Mechanismen unterstützt werden, die eine konsequente Zusammenarbeit ermöglichen. In diesem Sinne ist eine wirksame ebenenübergreifende Steuerung ebenso wichtig wie eine sektorübergreifende und partizipatorische Politikgestaltung. Steuerungs- und Gestaltungsprozesse im Gesundheitsbereich müssen transparent und offen sein und eine möglichst breite Beteiligung verschiedener Politikbereiche, Ebenen und Interessengruppen gewährleisten. Anpassungskonzepte müssen ausreichend flexibel sein, um auf Komplexität zu reagieren und auf Ungewissheit vorbereitet zu sein.

148. Es ist eine wesentliche Aufgabe, für die Notwendigkeit zu sensibilisieren, gesundheitliche Ziele zum festen Bestandteil der sozioökonomischen und menschlichen Entwicklung der Gesellschaft zu machen, und die dafür erforderlichen Kapazitäten zu schaffen. Alle Politikbereiche, nicht nur Gesundheit, müssen ihre Arbeitsweise reformieren und neue Formen und Konzepte der Entscheidungsfindung und -umsetzung auf globaler, regionaler und lokaler Ebene einführen. Hierbei ist zu beachten, dass Gesundheit nicht der einzige Politikbereich ist, der auf Handeln in anderen Bereichen angewiesen ist; vielmehr gibt es auf bilateraler und multilateraler Ebene Anforderungen an eine synergistische Entwicklung und Umsetzung gemeinsam getragener sektorübergreifender Handlungskonzepte.

149. Die Herbeiführung sektorübergreifender Maßnahmen innerhalb des Staatsapparates stellt eine echte Herausforderung dar. Dies ist insbesondere auf die Komplexität der behandelten

Sachthemen und die Unübersichtlichkeit der Herausforderungen, aber auch auf den inhärenten Mangel an Flexibilität in bürokratischen Organisationssystemen zurückzuführen. Allerdings sind die Schwierigkeiten auch durch die Verteilung von Einfluss und Ressourcen innerhalb der Gesellschaft, regierungsinterne Interessenkonflikte, einen Mangel an Anreizen und das Fehlen des erforderlichen Willens auf der höchsten Ebene geprägt.

150. Dieses neue Konzept von Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit vereint und erweitert die bisherigen Konzepte wie sektorübergreifendes Handeln und gesundheitsförderliche Gesamtpolitik unter dem Dach der umfassenderen und miteinander verknüpften Konzepte einer gesamtgesellschaftlichen und gesamtstaatlichen Verantwortung für die Gesundheit. Zugrunde gelegt wird hier ein Vorgehen anhand des Konzepts von Gesundheit in allen Politikbereichen, das darauf abzielt, Gesundheit einen höheren Stellenwert auf der politischen Tagesordnung zu verschaffen, den Grundsatzdialog über Gesundheit und ihre Determinanten zu stärken und die Übernahme von Verantwortung für gesundheitliche Ergebnisse zu fördern. Die Abschätzung von Gesundheitsfolgen und die ökonomische Evaluation sind wertvolle Instrumente zur Bewertung potenzieller Effekte von Handlungskonzepten, die auch zur Bewertung der Auswirkungen auf die Qualität herangezogen werden können. Bei diesen Ansätzen steht nicht nur die Notwendigkeit einer wirksameren Abstimmung und Integration staatlichen Handelns im Gesundheitsbereich im Mittelpunkt, sondern auch eine bewusste Einbeziehung nichtstaatlicher Akteure mit dem Ziel, einen gemeinsamen Beitrag zur Verwirklichung übergeordneter gesellschaftlicher Ziele wie Wohlstand, Wohlergehen, Chancengleichheit und Nachhaltigkeit zu leisten.

Organisation des Gesundheitswesens

151. Die Organisation des Gesundheitswesens selbst wird in „**Gesundheit 2020**“ mit dem englischen Begriff „health governance“ bezeichnet. Dies betrifft die Zuständigkeit für die Entwicklung und Umsetzung gesundheitspolitischer Strategien auf nationaler und subnationaler Ebene, das Festlegen von Zielen und Zielvorgaben für eine bessere Gesundheit, die Erbringung hochwertiger und wirksamer Gesundheitsleistungen und die Sicherung der Kernaufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Es bedeutet auch Verantwortung dafür, dass die Auswirkungen politischer Entscheidungen auf andere Politikbereiche und Akteure untersucht werden.

152. Die Organisation des Gesundheitswesens schafft Anreize zur Förderung von Leistung, Rechenschaftslegung und Transparenz sowie einer umfassenden Beteiligung der Nutzer; dies geschieht durch eine institutionelle Struktur, die die Organisation und Verwaltung von Ressourcen, Anbietern und ihren Leistungen im Hinblick auf die Ausarbeitung einer gemeinsamen Politik oder nationaler Gesundheitsziele ermöglicht. Ferner ist ein gemeinsames Verständnis der (evidenzgeleiteten) Wege zur Verwirklichung dieser Ziele erforderlich.

153. Die Gesundheitsministerien beteiligen sich zusehends an der Begründung sektorübergreifender Lösungsansätze für Gesundheit und agieren als Makler und Anwälte der Gesundheit. Wie in der Charta von Tallinn (24) hervorgehoben wird, muss die Gesundheitspolitik mit anderen Politikbereichen auf konstruktive und gegenseitig nutzbringende Weise zusammenarbeiten und Vereinbarungen anstreben, die übergeordneten gesellschaftlichen Zielen im Bereich der Bevölkerungsgesundheit zugute kommen und gleichzeitig die Bereitstellung individueller Angebote in der Gesundheitsversorgung ermöglichen. Das Gesundheitswesen kann aber auch dort Partner anderer Sektoren sein, wo die Stärkung der Gesundheit zum Erreichen von deren Zielen erforderlich ist. Auf der Tagung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und auf der Weltgesundheitsversammlung haben sich alle Länder für solche kooperativen Konzepte ausgesprochen: unter den Schlagwörtern „gesamtstaatliche“ und „gesamtgesellschaftliche“ Ansätze.

Intelligente Führungsarbeit

154. Auch wenn jedes normative Verständnis von Governance umstritten sein mag, so sind doch die Grundsätze und Prozesse der guten Führungsarbeit (good governance) in Bezug auf Länder untersucht worden, etwa in dem Projekt „Weltweite Indikatoren für Regierungsarbeit“ (Worldwide Governance Indicators) der Weltbank (51), das im Ergebnis deutliche Zusammenhänge zwischen guter Regierungsarbeit und Gesundheit zeigt. Sowohl die Politikgestaltung für mehr Gesundheit als auch die Organisation des Gesundheitswesens basieren auf einem System von Werten und Grundsätzen, die als „gute Führungsarbeit“ bzw. „gute Regierungsarbeit“ bezeichnet werden. Mit dem Begriff „intelligente Führungsarbeit“ (smart governance) sind die Mechanismen gemeint, mit denen gemäß den Grundsätzen guter Führungsarbeit konkrete Ergebnisse erreicht werden sollen.

155. Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden eine Kombination aus hierarchischen, partizipatorischen und auf verschiedene Akteure und Ebenen verteilten Führungs- und Steuerungskonzepten notwendig ist. Es kann zwischen fünf Arten intelligenter Führungsarbeit für mehr Gesundheit unterschieden werden.

- *Führung durch Zusammenarbeit:* Hier gilt es, die Prozesse der Zusammenarbeit, die Aufwärtsspirale zwischen Kommunikation, Vertrauen, Engagement und Verständnis, die Wahl der verfügbaren Instrumente und Mechanismen sowie die Notwendigkeit von Transparenz und Rechenschaftslegung zu untersuchen.
- *Führung durch Bürgerbeteiligung:* In dem Maße, in dem Politikgestaltung zunehmend auf Akteure in allen Teilen der Gesellschaft übergeht, kann eine direkte Zusammenarbeit mit der Öffentlichkeit dazu führen, dass Transparenz und Rechenschaftslegung gestärkt werden. Wenn die Öffentlichkeit zum Partner gemacht und gezielt befähigt wird, so trägt dies auch wesentlich zur Erhaltung von Werten bei. Die Technologie (insbesondere die vernetzten sozialen Medien) ist eine Triebkraft, die die Bürger in die Lage versetzt, auf das Handeln von Regierungen und Gesundheitssystemen Einfluss zu nehmen. Innerhalb dieses komplexen Beziehungsgeflechts werden Partizipation, Transparenz und Rechenschaftslegung zu Triebkräften der Innovation.
- *Führung durch eine Mischung aus Regulierung und Überzeugungsarbeit:* Die Führungsstrukturen sind flexibler und anpassungsfähiger geworden und erstrecken sich über mehrere Ebenen und beziehen mehr Akteure ein. Bisherige rein hierarchische Führungs- und Steuerungsmechanismen werden in wachsendem Maße durch andere Mechanismen wie sanfte Macht und sanftes Recht ergänzt. Dazu gehören Selbstregulierung, Führung durch Überzeugung, Bündnisse, Netzwerke und offene Koordinierung. Konzepte zur Gesundheitsförderung werden heute neu überdacht; dabei gewinnen sog. *nudge policies* (Handlungsanstöße) zunehmend an Bedeutung (52). Hierarchisch aufgebaute ebenenübergreifende Vorschriften, die sich von der globalen bis zur lokalen Ebene erstrecken, wie etwa das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, gewinnen zunehmend an Bedeutung und wirken sich auf zahlreiche Aspekte des Lebensstils, Verhaltens und Alltags von Menschen aus.
- *Führung durch unabhängige Stellen und Fachgremien:* Solche Akteure spielen eine zunehmend wichtige Rolle bei der Bereitstellung von Evidenz, der Beachtung ethischer Grenzen, der Ausweitung der Rechenschaftslegung und der Stärkung der demokratischen Rechenschaftspflicht im Gesundheitsbereich in Bezug auf Aspekte wie Achtung der Privatsphäre, Risikobewertung, Qualitätskontrolle, Gesundheitstechnologiebewertung und Gesundheitsfolgenabschätzung.
- *Führung durch anpassungsfähige Konzepte, widerstandsfähige Strukturen und Weitblick:* Gesamtstaatliche Konzepte müssen anpassungsfähig sein und die kausalen Komplexitäten widerspiegeln, da es für komplexe und „böartige“ Probleme (wicked problems) keine einfache lineare Kausalität oder Lösung gibt. Dezentralisierte Entscheidungsfindung und

Selbstorganisation oder soziale Vernetzung helfen den Akteuren dabei, schnell und auf innovative Weise auf unvorhergesehene Ereignisse zu reagieren. Die Interventionen sollten iterativ sein und kontinuierliches Lernen, Wissensgewinnung und -austausch zwischen einer Vielzahl von Akteuren sowie Anreize für ihre weitere Erörterung oder automatische konzeptionelle Anpassung beinhalten. Konzeptionelle Interventionen in einem Bereich können unbeabsichtigte Folgen in einem anderen nach sich ziehen, und Studien ermöglichen Aussagen über den Wert der Förderung eines breiten Spektrums kleiner angelegter Interventionen auf der lokalen und kommunalen Ebene für dasselbe Problem, um Lernen und Anpassung zu fördern. Durch eine vorausschauende Politikgestaltung und Steuerung mit partizipatorischen und vorausschauenden Mechanismen kann auch die Widerstandsfähigkeit der Gesellschaft gefördert werden, indem eine Verlagerung von den Risiken hin zur Inangriffnahme eher grundlegender systembedingter Herausforderungen und zu einer gemeinsamen Beratung über die sozialen und werte- und wissenschaftsbauierten Dimensionen der staatlichen Politik vollzogen wird.

Arbeit an gemeinsamen Prioritäten für den Gesundheitsbereich

156. Auf der Basis der von den Mitgliedstaaten auf der globalen Ebene vereinbarten Kategorien für die Prioritätensetzung und Programme bei der WHO werden in dem Rahmenkonzept „**Gesundheit 2020**“ vier gemeinsame Handlungsfelder vorgeschlagen. Diese wurden so ausgewählt, dass sie den speziellen Erfordernissen und Erfahrungen in der Europäischen Region entsprechen. Sie bauen zudem auf einschlägigen Strategien und Aktionsplänen der WHO auf der regionalen und globalen Ebene auf.

- Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen
- Bekämpfung der großen Krankheitslast aufgrund nichtübertragbarer und übertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region
- Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen.
- Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler.

157. Diese vier Bereiche stellen keine voneinander getrennten Handlungsfelder dar, sondern sind oft voneinander abhängig und ergänzen einander. So tragen Maßnahmen in Bezug auf den Lebensverlauf und zur Befähigung der Menschen zu selbstbestimmtem Handeln ebenso dazu bei, die Epidemie nichtübertragbarer Krankheiten einzudämmen; Gleiches gilt für die Verstärkung von Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Regierungen erzielen eine größere gesundheitliche Durchschlagskraft, wenn sie ihre Konzepte, Investitionen und Angebote kombinieren und sich auf den Abbau von Ungleichheit konzentrieren. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird seine Funktion als Informationsquelle für die Entwicklung von Handlungskonzepten auf der Grundlage von Beispielen für solche integrierten Ansätze sowie Erkenntnissen darüber ausweiten.

158. Damit Gesundheit und Wohlbefinden für alle möglich werden, ist eine Kombination aus hierarchischen, partizipatorischen und auf verschiedene Akteure und Ebenen verteilten Führungs- und Steuerungskonzepten notwendig. Im Rahmen solcher Konzepte werden Veränderungen antizipiert, Innovationen gefördert und Investitionen in die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention getätigt. Zu den neuen Konzepten in der Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit gehören Steuerung durch Zusammenarbeit, durch Bürgerbeteiligung, durch eine Mischung aus Regulierung und Überzeugungsarbeit und durch unabhängige Stellen und Fachgremien. Letztere spielen eine Rolle bei zunehmend wichtigen Aufgaben wie

der Bereitstellung von Evidenz, der Beachtung ethischer Grenzen, der Ausweitung der Transparenz und der Stärkung der demokratischen Rechenschaftspflicht in Bezug auf Aspekte wie Achtung der Privatsphäre, Risikobewertung und Gesundheitsfolgenabschätzung.

159. Das Rahmenkonzept „**Gesundheit 2020**“ trägt der Tatsache Rechnung, dass gesundheitspolitische Entscheidungen oft auf der Grundlage von Ungewissheit und unvollständigen Erkenntnissen getroffen werden müssen. Was bei der Bekämpfung von so komplexen Problemen wie Adipositas, Mehrfacherkrankungen und neurodegenerativen Erkrankungen am meisten Erfolg verspricht, ist noch nicht klar. Auch der Kontext spielt hier eine Rolle, weil etwas, was in einem Gesundheitssystem oder Land möglicherweise funktioniert, ohne angemessene Anpassung vielleicht nicht exportiert werden kann. Die Systemeffekte vieler Aspekte von Gesundheitssystemreformen können ebenfalls nicht vollständig vorhergesagt werden. In Studien wird auf den Wert der Förderung eines breiten Spektrums kleiner angelegter, doch vielschichtiger Interventionen zur Problemlösung auf der lokalen und kommunalen Ebene hingewiesen, die Lern- und Anpassungsprozesse fördern sollen.

Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen

160. Die Förderung von Gesundheit und ihren sozialen Determinanten im gesamten Lebensverlauf führt zu einer steigenden gesunden Lebenserwartung und zu einer „Langlebigkeitsdividende“, die beide erheblichen wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und individuellen Nutzen bringen können. Der demografische Wandel erfordert eine wirksame Lebensverlaufstrategie, die vorrangig auf neue Ansätze zur Befähigung von Menschen zu selbstbestimmtem Handeln, zur Stärkung von Widerstandskraft und zum Aufbau von Kapazitäten abzielt, um Gesundheit zu fördern und Krankheit zu verhindern. Kinder mit einem guten Start ins Leben lernen besser und führen ein produktiveres Leben; Erwachsene, die selbst über ihr Leben bestimmen, verfügen über eine bessere Fähigkeit zur wirtschaftlichen und sozialen Partizipation und leben gesünder; und gesunde Senioren können weiterhin aktiv zur Gesellschaft beitragen. Gesundes und aktives Altern beginnt schon bei der Geburt und ist eine vorrangige Aufgabe für Politik und Forschung.

161. Programme zur Gesundheitsförderung, die auf dem Prinzip der Beteiligung und der Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln aufbauen, bieten wirklichen Nutzen im Hinblick auf Gesundheit und ihre Determinanten. Dazu kann zählen, dass bessere Voraussetzungen für Gesundheit geschaffen werden, die soziale Kompetenz und die Gesundheitskompetenz verbessert werden, eine unabhängige Lebensführung unterstützt wird und Entscheidungen zugunsten einer gesunden Lebensweise erleichtert werden. Konkret gilt es, Schwangerschaften sicherer zu machen, einen guten Start ins Leben zu ermöglichen, Sicherheit und Wohlbefinden in Kindheit und Jugend zu fördern und in diesen Lebensphasen Schutz zu bieten, gesunde und qualitativ hochwertige Arbeitsplätze zu fördern und ein aktives und gesundes Altern zu unterstützen. Angesichts der um sich greifenden Epidemie der nichtübertragbaren Krankheiten und ihrer Determinanten ist es ein vorrangiges Anliegen, gesunde Ernährung sowie eine sichere und nachhaltige Umwelt über den gesamten Lebensverlauf zu gewährleisten. Investitionen in Initiativen zur Schaffung gesunder Umfelder bieten einzigartige Möglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Gesundheit von Frauen, Müttern und Neugeborenen

Situationsanalyse

162. Die Jahre, in denen eine Frau fortpflanzungs- und gebärfähig ist, haben enorme Auswirkungen auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden insgesamt, und zwischen dem Leben einer Mutter und dem ihres Neugeborenen besteht eine untrennbare Verbindung. Eine sichere

Familienplanung und Sicherheit während der Schwangerschaft, Entbindung und Stillzeit sind wichtige Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen, doch für viele Frauen sind Schwangerschaft und Entbindung noch immer eine gefährvolle Zeit. Auch wenn die Müttersterblichkeitsrate in der gesamten Europäischen Region von 1990 bis 2006 um fast die Hälfte zurückging, so waren die Fortschritte doch ungleich verteilt, und zwischen den Ländern der Europäischen Region wie auch innerhalb dieser Länder bestehen nach wie vor auffallende Ungleichheiten. Mutterschaft kann zu Komplikationen führen: Schätzungen zufolge kommen weltweit auf jede Frau, die bei der Entbindung stirbt, mindestens 20 weitere, die Verletzungen, Infektionen oder Behinderungen erleiden (53).

163. Frauen müssen in die Lage versetzt werden, über ihre Fortpflanzung selbst zu bestimmen. Viele Frauen besitzen in Bezug auf Schwangerschaft und Mutterschaft keine Entscheidungsfreiheit, doch sind oft auch die Alternativen problematisch. In vielen Ländern besteht ein großer ungedeckter Bedarf an sicheren und wirksamen Verhütungsmethoden, und die Europäische Region weist von allen WHO-Regionen die höchste Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen auf, wobei in manchen Ländern gefährliche Praktiken bei solchen Abbrüchen für bis zu 30% aller Todesfälle bei Müttern verantwortlich sind (54,55).

164. Zu den wichtigsten direkten Ursachen der Morbidität und Mortalität bei Müttern zählen Blutungen, Infektionen, Bluthochdruck, gefährliche Schwangerschaftsabbrüche und Geburtskomplikationen. Sie sind mit einfachen, kostenwirksamen Interventionen verhüt- und behandelbar, jedoch besitzen nicht alle Frauen in der Europäischen Region Zugang zu der Versorgung oder den Angeboten, die sie benötigen.

165. In vielen Ländern der Europäischen Region erfolgt der erste Geschlechtsverkehr in immer jüngerem Alter. Vielfach führt ungeschützter Geschlechtsverkehr zu sexuell übertragbaren Infektionen und unbeabsichtigten Schwangerschaften. Frauen wie Männer planen und haben Kinder immer später; dies erhöht das Risiko von angeborenen Missbildungen und Unfruchtbarkeit sowie die Zahl von medizinisch unterstützten Befruchtungen und von Risikoschwangerschaften wegen chronischer Erkrankungen oder anderer Gesundheitsprobleme (56,57).

166. In der Europäischen Region bestehen innerhalb der Länder sowie zwischen ihnen erhebliche Ungleichgewichte in Bezug auf den Zugang zu fachgerechter Geburtshilfe, Schwangerschaftsbetreuung und Familienplanung sowie anderen Angeboten für reproduktive Gesundheit. Bildungsniveau, Gesundheits- und Ernährungszustand einer Mutter, ihr sozioökonomischer Status, die vorherrschenden Geschlechternormen und -rollen und die Qualität der gesundheitlichen und sozialen Leistungen haben allesamt grundlegende Auswirkungen auf ihre Chancen auf eine erfolgreiche Schwangerschaft und Entbindung (58).

167. Auch die Kindersterblichkeitsrate ist für die Europäische Region seit 1990 um mehr als 50% zurückgegangen, doch auch hier unterscheiden sich die Länder erheblich: Der Höchstwert beträgt das 25fache des niedrigsten Werts. So liegt die Säuglingssterblichkeitsrate in den Ländern Zentralasiens und Kasachstan um mehr als das Doppelte über derjenigen der Europäischen Region insgesamt und beläuft sich auf mehr als das Vierfache der Rate der 15 Länder, die vor 2004 Mitgliedstaaten der EU waren (EU-15). Für Säuglinge besteht das höchste Sterberisiko in den ersten 28 Lebenstagen, und von allen Todesfällen bei Neugeborenen ereignen sich 75% in der ersten Lebenswoche (59,60).

168. Die Haupttodesursachen bei Neugeborenen sind Frühgeburt und niedriges Geburtsgewicht, Infektionen, Erstickten, Geburtstrauma und angeborene Fehlbildungen; diese Ursachen sind für nahezu 80% der Todesfälle in dieser Altersgruppe verantwortlich. Sie sind streng sozioökonomisch bedingt – und auf das Engste mit der Gesundheit und sozialen Situation der Mutter sowie mit der Qualität ihrer Versorgung vor, während und unmittelbar nach der Geburt verknüpft. Allgemein gesprochen, steigt der Anteil der Todesfälle, die auf Frühgeburt und

angeborene Fehlbildungen zurückzuführen sind, in dem Maße, in dem die Sterblichkeitsrate von Neugeborenen zurückgeht, und der durch Infektionen und Asphyxie verursachte Anteil sinkt mit verbesserter Versorgung (61).

Bewährte Lösungen

169. Bei der Senkung der Mütter-, Neugeborenen- und Kindersterblichkeit spielen kontextuelle Faktoren wie eine gesunde Umgebung, die Befähigung der Frauen zur Selbstbestimmung, aber auch Bildungsstand oder Armut eine sehr wichtige Rolle; Gleiches gilt für die durch das Gesundheitssystem bereitgestellte Versorgung. Auch wenn sowohl die Versorgung als auch kontextuelle Interventionen zur Senkung der Müttersterblichkeit beitragen, so kommt doch hier den Bemühungen der Gesundheitssysteme wohl ein größeres und kontextuellen Faktoren ein geringeres Gewicht zu, als dies bei der Kindersterblichkeit der Fall ist. Unter besonders schwierigen Rahmenbedingungen können selbst leistungsfähige Gesundheitssysteme nur begrenzt Einfluss auf die Sterblichkeit nehmen; umgekehrt jedoch kann bei Vorliegen gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen ein schwaches Gesundheitssystem die Senkung der Sterblichkeit erheblich beeinträchtigen.

170. Durch Zugang zu Angeboten der Sexualaufklärung und Familienplanung und zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen sinkt die Zahl unbeabsichtigter Schwangerschaften; Gleiches gilt auch für Mortalität und Morbidität aufgrund von Abtreibungen, ohne dass dies Einfluss auf die Fruchtbarkeitsrate hat.

171. Durch die Einführung des Pakets der WHO für wirksame Perinatalversorgung (62) wurden Müttersterblichkeit und Perinatalsterblichkeit gesenkt und bestehende Benachteiligungen abgebaut. Zusammen mit den neuen Prüfungen der Mütter- und Perinatalgesundheit hat das Paket nachweislich zu einer Erhöhung der Zahl gesunder Geburten geführt. Die Ausarbeitung und Umsetzung nationaler klinischer Leitlinien und eines Überweisungssystems für die Perinatalperiode haben zu einem Rückgang der Mütter- und Perinatalsterblichkeit geführt. Darüber hinaus wurde durch bessere Registrierung perinataler Todesfälle eine Grundlage für die strategische Planung geschaffen.

172. Wenn während der Schwangerschaft, bei der Geburt und während der ersten Lebenswoche durchaus bekannte und wirksame Gesundheitsinterventionen zum Einsatz kämen, könnten zwei Drittel aller Todesfälle bei Neugeborenen verhütet werden; gleichzeitig könnte die Müttersterblichkeit gesenkt und den überlebenden Neugeborenen ein besserer Start ins Leben ermöglicht werden. Die Interventionen und Konzepte, die das Leben von Müttern und Säuglingen retten helfen können, greifen selbst bei schlechter Ressourcenausstattung. Es mehren sich die Hinweise darauf, dass Investitionen in die frühkindliche Entwicklung zu den wirksamsten Maßnahmen zählen, die Länder ergreifen können, um die eskalierende Belastung durch chronische Erkrankungen zu senken (26,63–72).

173. Das Stillen ist ein wichtiger Aspekt der Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern. Es bewirkt eine bessere Ernährung und besseres Körperwachstum, eine verminderte Anfälligkeit für verbreitete Kinderkrankheiten und eine bessere Fähigkeit zu deren Bewältigung sowie eine Verminderung der Gefahr, im weiteren Lebensverlauf an bestimmten nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken, und es fördert eine Bindung an die pflegende Person und ist auch der psychosozialen Entwicklung insgesamt zuträglich.

174. Die einschlägigen Strategien der WHO auf der globalen Ebene bzw. der Ebene der Europäischen Region betreffen folgende Bereiche: sexuelle und reproduktive Gesundheit (73,74); Prävention und Bekämpfung sexuell übertragener Infektionen (75); und Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (76). Die Arbeit der WHO ist mit der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (68,77) verknüpft, insbesondere derer zur

Senkung der Kindersterblichkeit und zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern. Beim Millenniums-Entwicklungsziel 1 (Bekämpfung von extremer Armut und Hunger) liegt ein Schwerpunkt auf der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, und Millenniums-Entwicklungsziel 3 dient der Gleichstellung der Geschlechter und der Befähigung von Frauen zu selbstbestimmtem Handeln. Im September 2010 wurde bei den Vereinten Nationen die Globale Strategie für die Gesundheit von Frauen und Kindern eingeleitet; darin wird anerkannt, dass die Gesundheit von Frauen und Kindern ein Schlüssel zu Fortschritten bei allen Entwicklungszielen ist (78–80). Um die weltweite Berichterstattung, Aufsicht und Rechenschaftslegung in Bezug auf die Gesundheit von Frauen und Kindern zu verbessern, berief die WHO im Dezember 2010 die Kommission für Information und Rechenschaftslegung über die Gesundheit von Frauen und Kindern ein.

Gesunde Kinder und gesunde Jugendliche

Situationsanalyse

175. Die Europäische Region umfasst Länder, deren Kindersterblichkeitsraten zu den niedrigsten in der Welt zählen, und die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO genießen ein hohes Maß an Gesundheit und Wohlbefinden. Allerdings bestehen auch signifikante Unterschiede; denn in den Ländern mit der höchsten Sterblichkeit bei Kindern unter fünf Jahren ist die entsprechende Sterblichkeitsrate mehr als 20- bis 30mal so hoch wie in den Ländern mit der geringsten.

176. In der Europäischen Region beträgt die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren 9,81 pro 1000 Lebendgeburten. Die Sterblichkeit bei Kindern unter 15 Jahren ist in allen Ländergruppen der Europäischen Region zurückgegangen, und die Sterblichkeit der Altersgruppe unter fünf Jahren ist heute die niedrigste aller WHO-Regionen, auch wenn es zwischen den einzelnen Ländern beträchtliche Unterschiede gibt. So verzeichnen die Länder der Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS),⁶ in denen ein Kind dreimal eher Gefahr läuft, vor Vollendung des fünften Lebensjahrs zu sterben, als in einem EU-Land, einen langsameren Rückgang der Kindersterblichkeitsraten.

177. Die wichtigsten Todesursachen bei Kindern unter fünf Jahren in der Europäischen Region sind Neonatalerkrankungen, Lungenentzündung und Durchfall. Etwa die Hälfte der Todesfälle sind durch Unterernährung bedingt. Auch gefährliche Lebensbedingungen, Fettleibigkeit und ungesunde Lebensgewohnheiten stellen Risiken für die Kinder dar. Ungünstige Lebensbedingungen verschärfen sozioökonomische Ungleichheiten in den Städten. Dort, wo entsprechende Angaben vorliegen, lassen sich in den Sterblichkeitsraten von Kindern unter fünf Jahren markante Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten sowie zwischen Haushalten mit den niedrigsten und solchen mit den höchsten Einkommen nachweisen (27,68,81–84).

178. Zahlreiche Todesfälle und Behinderungen unter jungen Menschen sind auf Selbstmordversuche oder Unfälle zurückzuführen. Jeden Tag sterben über 300 junge Menschen in der Europäischen Region aufgrund weitgehend verhütbarer Ursachen. Fast 10% der 18-Jährigen in der Europäischen Region leiden an Depression. Verletzungen sind die führende Todesursache bei Jugendlichen, und Verletzungen aufgrund von Verkehrsunfällen sind die führende Todes- und Verletzungsursache unter den 10–24-Jährigen (85–89). Junge Männer sind in allen Ländern und in allen sozioökonomischen Schichten häufiger von Suizid und Unfällen betroffen (90).

179. Die Grundlage für ein gesundes Leben ist ein guter Start ins Leben. Ein guter Lebensanfang zeichnet sich durch folgende Merkmale aus: eine Mutter, die in Bezug auf ihre reproduktive

⁶ Zum Zeitpunkt der Datenerhebung gehörten der Gemeinschaft unabhängiger Staaten Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, die Republik Moldau, die Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, die Ukraine und Usbekistan an.

Gesundheit selbstbestimmt und während der Schwangerschaft gesund ist und ein Kind mit einem gesunden Gewicht entbindet; und ein Kind, das im Säuglingsalter warmherzige und einfühlsame Bezugspersonen hat, Zugang zu qualitativ hochwertiger Kinderbetreuung und frühkindlicher Bildung hat und in einer anregenden Umgebung lebt, in der es gefahrlos im Freien spielen kann. Die Erkenntnisse zeigen, dass hochwertige Leistungsangebote für die ersten Lebensjahre, die Auswirkungen auf das Verhalten der Eltern haben, die Folgen sozialer Benachteiligung auf die frühkindliche Entwicklung kompensieren können.

180. Das erste Lebensjahr ist ausschlaggebend für eine gesunde körperliche und seelische Entwicklung. Kinder und Jugendliche benötigen ein sicheres und unterstützendes Umfeld: saubere Luft, sichere Wohnverhältnisse, nahrhaftes Essen, sauberes Wasser und eine gesunde Lebensweise. Außerdem benötigen sie Zugang zu freundlichen, altersgerechten Angeboten. Die Förderung der körperlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung schon in den ersten Lebensjahren ist für alle Kinder von grundlegender Bedeutung. Bei Kindern, die einen solchen positiven Lebensanfang erhalten, ist es wahrscheinlich, dass sie in der Schule gut abschneiden, eine besser bezahlte Beschäftigung annehmen und als Erwachsene körperlich und geistig gesünder sind.

181. Die für das Wohlbefinden ausschlaggebenden persönlichen Stärken wie Problemlösungskompetenz, Beherrschung der Gefühle und physische Sicherheit sind positive Grundlagen für Gesundheit und Entwicklung in der frühkindlichen Phase. Durch Weiterentwicklung dieser Fähigkeiten und die Herbeiführung größtmöglichen Wohlbefindens in der frühen Kindheit wird der Grundstein für lebenslanges Wohlergehen gelegt.

182. Kinder, die in benachteiligte häusliche und familiäre Verhältnisse hineingeboren werden, sind verstärkt durch spätere Wachstums- und Entwicklungsdefizite gefährdet. Ein Höchstmaß an Gesundheit und Wohlbefinden im späteren Leben setzt Investitionen in eine positive frühkindliche Erfahrungswelt und Entwicklung voraus. Eine gute soziale, emotionale und psychische Gesundheit trägt dazu bei, Kinder vor emotionalen und verhaltensbezogenen Problemen, Gewalt und Kriminalität, frühzeitiger Schwangerschaft sowie Drogen- und Alkoholmissbrauch zu bewahren, und prägt entscheidend ihr Abschneiden in der Schule (91–99).

183. Viele ernste Krankheiten und Belastungen durch Risikofaktoren (wie Tabakkonsum, ungünstige Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten) nehmen in Kindheit und Jugend ihren Anfang. So können Tabakkonsum, psychische Störungen, sexuell übertragbare Infektionen (einschließlich HIV) sowie ungünstige Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten alle im späteren Leben zu Krankheit oder vorzeitigem Tod führen. Die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern unter 16 Jahren liegt in der Europäischen Region zwischen 10% und 20%, wobei die Raten in den Ländern Südeuropas höher sind. Die Ernährungsgewohnheiten junger Menschen sind gesundheitlich gesehen nicht optimal; unter anderem werden weniger Obst und Gemüse verzehrt als die empfohlene Menge, dafür aber umso mehr zuckerhaltige Getränke. Die körperliche Betätigung nimmt bei Heranwachsenden ab, insbesondere bei Mädchen. In der Europäischen Region liegt die Prävalenz von Rauchen für 13-Jährige bei 5% und steigt bei 15-Jährigen auf 19%. Fast zwei Drittel der 16-Jährigen konsumieren mindestens einmal pro Monat Alkohol. Der prozentuale Anteil der 15-Jährigen, die angeben, Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, reicht in den Ländern der Europäischen Region von 12% bis 38% (57,100–102). In Bezug auf die Verwendung von Kondomen und anderen Verhütungsmitteln gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Ländern, aber auch zwischen Jungen und Mädchen.

184. Das Jugendlichenalter ist in der Regel eine Zeit, in der Mädchen wie Jungen gesund sind und in der ihnen Wachstums- und Entwicklungschancen offen stehen. Heute erreichen junge Menschen generell in einem jüngeren Alter die Geschlechtsreife als früher. Das Jugendalter kann allerdings auch eine risikoreiche Zeit sein, insbesondere was sexuelle Aktivität, Substanzmissbrauch und Unfälle angeht. Ausschlaggebend für das von Jugendlichen entwickelte Verhalten

ist oft das soziale und ökonomische Umfeld, in dem sie aufwachsen (92). Untersuchungen belegen, dass Jungen und Mädchen gesundheitlichen Risiken bzw. Erkrankungen (z. B. depressive Störungen, Verletzungen, Substanzmissbrauch, Essstörungen, sexuell übertragbare Infektionen, Gewalt, Suizid, Selbstverletzung) in unterschiedlichem Maße ausgesetzt und so in unterschiedlichem Umfang gefährdet sind.

Bewährte Lösungen

185. Morbidität und Mortalität bei Kindern und Heranwachsenden lassen sich weitgehend verhindern. Mit kostengünstigen, wirksamen Maßnahmen könnten zwei Drittel der Todesfälle vermieden werden. Verschiedene Kinderkrankheiten lassen sich durch Impfung und mit relativ einfachen, kostengünstigen Maßnahmen verhüten. Die Strategie der WHO für ein Integriertes Management von Kinderkrankheiten (IMCI) setzt sich für ein Paket einfacher, erschwinglicher und wirksamer Interventionen für das kombinierte Management der wichtigsten Kinderkrankheiten und der Mangelernährung ein, zu dem Antibiotika, die Behandlung von Anämien, Impfmaßnahmen und die Förderung des Stillens gehören (103,104).

186. Bei Maßnahmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums und des schädlichen Alkoholkonsums muss der Schutz von Kindern einen höheren Stellenwert erhalten: durch wirksame, bevölkerungsweite Maßnahmen und Regulierungsrahmen wie etwa Werbeverbote, das Verbot des Verkaufs an Minderjährige, die Förderung rauchfreier Umgebungen und Maßnahmen der Preisgestaltung. Kinder sind aufgrund ihrer Anfälligkeit dem Einfluss der Werbung besonders stark ausgesetzt, und durch geeignete Interventionen können die Auswirkungen der Werbung für Lebensmittel mit hohem Anteil an gesättigten Fetten, Transfettsäuren, freiem Zucker und Salz auf Kinder verringert werden. Körperliche Betätigung kann durch umweltpolitische Maßnahmen gefördert werden, etwa im Bereich der Städteplanung oder der Gestaltung des Schulalltags.

187. Eine strategische Schwerpunktlegung auf gesunde Lebensbedingungen für jüngere Menschen ist von erheblicher Bedeutung. Das soziale und emotionale Wohlbefinden der Kinder wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, angefangen von ihrer individuellen Veranlagung und ihrem familiären Hintergrund bis hin zu der Gemeinschaft, in der sie leben, und der Gesellschaft insgesamt. Es bedarf daher einer breiter angelegten, organisationsübergreifenden Strategie, zu der die Menschen selbst beitragen können. Zur Unterstützung von Programmen, die der Gesundheitsförderung dienen, einschließlich generationsübergreifender Maßnahmen, kann ein breites Spektrum von Akteuren mobilisiert werden. Für junge Menschen betrifft dies etwa folgende Handlungsbereiche: Maßnahmen zur Anhebung des sozialen und ökonomischen Status von Kindern, die unter benachteiligten Lebensbedingungen leben (90,91,94,105–108); gesamtschulische Konzepte für schulische Aktivitäten, die darauf abzielen, das soziale und emotionale Wohlbefinden der Kinder zu fördern und zu schützen (u. a. durch schulische Programme zur Förderung der Gesundheitskompetenz); und den Aufbau von Jugendorganisationen. In diese Programme und Aktivitäten müssen vor allem gezielte Anstrengungen zur Förderung der psychischen und der sexuellen Gesundheit eingebunden werden.

188. Die einschlägigen Strategien der WHO auf der globalen Ebene bzw. der Ebene der Europäischen Region betreffen folgende Bereiche: Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (109); Prävention und Bekämpfung sexuell übertragener Infektionen (75); Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (76); und Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region (82). Die Arbeit zur Verwirklichung der einschlägigen Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen, wie MZ 1 (Senkung der Kindersterblichkeit) und MZ 2 (Verwirklichung der allgemeinen Grundschulbildung), ist bereits im Gange. Es gibt deutliche Belege für die Notwendigkeit, bei der Verbesserung der Gesundheit von Jugendlichen in maßgeblichen Bereichen wie psychische Gesundheit, Adipositas, Verletzungsprävention, HIV, chronische Krankheiten, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gewaltprävention und Wohlbefinden geschlechtsspezifische Konzepte anzuwenden (90).

Gesundheit im Erwachsenenalter

Situationsanalyse

189. Für das Erwachsenenalter sind Ereignisse oder Einflussfaktoren wie der Eintritt ins Arbeitsleben, Elternschaft, Bürgerbeteiligung und die Pflege der eigenen Eltern von prägender Bedeutung. Für viele Erwachsene stellt es ein Problem dar, ein Gleichgewicht zwischen Arbeit und Familie herzustellen und private und berufliche Pflichten miteinander zu vereinbaren, wobei es Frauen und Alleinerziehende am schwersten haben. Frauen sind im Hinblick auf ihren Zugang zum Arbeitsmarkt und die Beteiligung daran benachteiligt, während Männer hinsichtlich ihrer Beteiligung am Leben der Familie benachteiligt sind.

190. Die vorherrschenden sozialen Modelle gehen in der Regel davon aus, dass Männer in erster Linie für bezahlte Erwerbsarbeit und Frauen primär für die unbezahlte Arbeit zur Betreuung der Familie zuständig sind. In manchen Ländern und Kulturen in der Europäischen Region halten traditionelle geschlechtsspezifische Normen Frauen noch immer davon ab, eine Erwerbstätigkeit anzunehmen und selbst Geld zu verdienen. Nach wie vor besteht ein gewaltiges Ungleichgewicht bei der Verteilung der Aufgaben in Familie und Haushalt. Elternschaft wirkt sich insofern nachteilig auf die Beschäftigungssituation von Frauen aus, als viele Frauen sich für flexible Arbeitszeitregelungen entscheiden oder ganz auf Berufstätigkeit verzichten – mit entsprechenden Auswirkungen auf ihre berufliche Entwicklung, das Lohngefälle zwischen Männern und Frauen und ihre Versorgungsansprüche.

191. Konzepte und Angebote zur Förderung der Elternkompetenz sollten Frauen mit Kindern befähigen, über ihr Leben selbst zu bestimmen, der Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder zugute kommen und die Väter dabei unterstützen, ihre Elternrolle besser wahrzunehmen. Insbesondere sollte eine familienfreundliche Beschäftigungspolitik gefördert werden. Zu diesem Zweck sollten flexiblere Arbeitszeiten eingeführt werden, ohne dies mit unsicheren Kurzzeitverträgen zu verknüpfen, und es sollte eine erschwingliche Kinderbetreuung angeboten werden, um Eltern dabei zu helfen, berufliche und elterliche Verpflichtungen besser miteinander in Einklang zu bringen.

192. Inwieweit es gelingt, Privat- und Erwerbsleben miteinander zu vereinbaren und ein optimales Gleichgewicht zwischen Arbeit und Familie zu finden, hat auch Auswirkungen auf die Fruchtbarkeitsrate und die demografische Entwicklung. Aufgrund der Bevölkerungsalterung stehen Frauen und Männer oft vor der Doppelbelastung, Kinder wie auch ältere Familienangehörige betreuen zu müssen. Paare und Einzelpersonen müssen frei und verantwortungsbewusst darüber entscheiden können, wie viele Kinder sie wann und in welchen Abständen haben möchten, und über die dafür erforderlichen Informationen und Möglichkeiten verfügen. Die sexuelle Gesundheit und die fortpflanzungsfähigen Jahre haben enorme Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen und Männern, doch werden in manchen Teilen der Europäischen Region die Bedürfnisse in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit teilweise noch als zu intim oder kulturell problematisch betrachtet, was einer sinnvollen Auseinandersetzung mit der Thematik entgegensteht.

193. Bei der Sexualhygiene geht es darum, das Leben und zwischenmenschliche Beziehungen zu verbessern, und nicht lediglich Beratung und Betreuung in Bezug auf Fortpflanzung und sexuell übertragbare Infektionen anzubieten. In diesem Zusammenhang ist die Strategie der WHO zur Förderung von sexueller Gesundheit und Entscheidungsfreiheit bei der Fortpflanzung (73,74) zu nennen.

194. Viele soziale Veränderungen in der Europäischen Region wirken sich unverhältnismäßig stark auf Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen aus. Ein hochwertiger Arbeitsplatz mit einem hohen Grad an selbstbestimmtem Handeln und einem ausgewogenen Verhältnis von Einsatz und Belohnung ist eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit. Für viele junge Menschen

gehört Arbeitslosigkeit noch immer zu ihrer Lebensrealität, und instabile Beschäftigungsverhältnisse sind in den ersten Berufsjahren zur Regel geworden, oftmals mit negativen Auswirkungen auf die Fertilität und die Gründung einer Familie. Für ältere Arbeitnehmer gilt die normale Zeitschiene für den Eintritt in den Ruhestand nicht mehr; stattdessen erleben sie gegen Ende ihrer Laufbahn berufliche Instabilität oder sehen auf die eine oder andere Weise dem Vorruhestand entgegen. Der zunehmende Eintritt von Frauen ins Erwerbsleben steht häufig in Verbindung mit atypischen Beschäftigungsformen.

195. Mangelnde Kontrolle über das Leben am Arbeitsplatz und in der Familie kann gesundheitsschädigend sein. Eine Anhäufung psychosozialer Gefährdungen kann langfristig zu größerer Belastung führen und die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Todes erhöhen. Risikobehaftet sind sowohl Arbeitsplätze, die hohe Anforderungen an die Beschäftigten stellen, als auch solche mit stark eingegrenzter Eigenverantwortung der Beschäftigten. Wenn Menschen nur geringe Kontrolle über ihre Arbeit, kaum Gelegenheit zur Anwendung ihrer Fähigkeiten und kaum Entscheidungsfreiräume besitzen, leidet darunter ihre Gesundheit.

196. Arbeitslosigkeit, Unsicherheit, Diskriminierung und Ausgrenzung vom Arbeitsmarkt erhöhen allesamt die Gefahr körperlicher und psychischer Störungen. Langzeitarbeitslosigkeit gibt im Hinblick auf langfristige gesundheitliche Resultate Anlass zu ernster Besorgnis.

Bewährte Lösungen

197. Zur Förderung des Wohlergehens der Erwachsenen in der Europäischen Region ist eine Vielfalt von Lösungsansätzen erforderlich. Sozial innovative Konzepte, die die Gesellschaft in die politische Willensbildung einbeziehen, können ein Höchstmaß an Wohlbefinden herbeiführen, indem sie die Bürger in verschiedene soziale und das Wohlbefinden betreffende Themen einbinden und erstrebenswerte, das Alltagsleben der Menschen bereichernde Lösungen anbieten. Konzepte zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, die nicht nur Erkrankung verhüten, sondern auch ein Höchstmaß an Wohlbefinden bei den Beschäftigten bewirken, können Vorteile für Arbeitnehmer wie Arbeitgeber mit sich bringen. Verbesserte Arbeitsbedingungen, einschließlich Mechanismen, die den Menschen Einfluss auf die Gestaltung und Verbesserung ihrer Arbeit geben, führen zu einer gesünderen Arbeitsumgebung und zu mehr Produktivität.

198. Die Regierungen sollten alles in ihren Kräften Stehende tun, um Arbeitslosigkeit (insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit), Unsicherheit, Diskriminierung und Ausgrenzung vom Arbeitsmarkt zu vermeiden. Zu den Schlüsselmaßnahmen von gesundheitlicher Bedeutung gehören aktive Arbeitsmarktprogramme, die Förderung unbefristeter Arbeitsverträge, die Anpassung der physischen und psychosozialen Arbeitsumwelt an die Bedürfnisse der einzelnen Arbeitnehmer, die Erhöhung des individuellen und kollektiven Einflusses der Beschäftigten auf ihre Arbeit und die Stärkung betrieblicher Gesundheitsangebote. In Anbetracht des voraussichtlich weiter steigenden Ruhestandsalters gilt es auch, die Bedürfnisse einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung zu berücksichtigen.

199. Maßnahmen der sozialen Sicherung in Form aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen und auf die Rückkehr ins Arbeitsleben gerichteter Interventionen können in Zeiten des konjunkturellen Abschwungs und steigender Arbeitslosigkeit gesundheitliche Schutzeffekte haben (110). An der Sterblichkeitsentwicklung in der EU in Rezessionszeiten während der letzten drei Jahrzehnte lässt sich ablesen, dass die Länder einen Anstieg der Selbstmordraten verhindern können, wenn sie mindestens 200 US-\$ pro Person und Jahr für aktive Arbeitsmarktprogramme ausgeben, die darauf ausgelegt sind, den Menschen bessere Chancen auf einen Arbeitsplatz einzuräumen und bestehende Arbeitsplätze zu sichern.

200. In Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen werden unter anderem folgende politische Maßnahmen ergriffen: Förderung nachhaltigen umweltverträglichen Wirtschaftswachstums;

Weitergabe von Wissen und Qualifikationen; Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit, insbesondere von jungen Menschen; stabilere Beschäftigungsverhältnisse für die Schutzbedürftigsten; verminderte Exposition gegenüber ungesunden Arbeitsbedingungen und der damit verbundenen Krankheits- und Verletzungsgefahr; und Beherrschung von Gesundheitsrisiken durch Durchsetzung innerstaatlicher Vorschriften und Bereitstellung guter betriebsinterner Gesundheitsangebote.

201. In Ländern mit hohem Einkommen werden unter anderem folgende politische Maßnahmen ergriffen: Aufrechterhaltung einer hohen Beschäftigungsrate durch umweltverträgliches, nachhaltiges Wirtschaften; Aufrechterhaltung der Normen für menschenwürdige Arbeit und soziale Sicherung; Entwicklung standardisierter Instrumente für Überwachung und Risikomanagement; und Anwendung bekannter Methoden zur Verbesserung der Sicherheit und Gesundheitsverträglichkeit von Tätigkeiten unter vorrangiger Berücksichtigung von Risikogruppen, einschließlich der Arbeitslosen.

202. Bei der Herbeiführung eines Gleichgewichts zwischen Arbeit und Familie können eine Reihe unterstützender Maßnahmen zum Tragen kommen, unter anderem familienbedingter Sonderurlaub, verbesserte Kinderbetreuung, eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung, die Abschaffung von Bedingungen, die zu einem Lohngefälle zwischen Männern und Frauen führen, die Abstimmung von Schul- und Arbeitstag und die Überprüfung von Ladenöffnungszeiten. Beschäftigungspolitische Maßnahmen sollten auch darauf hinwirken, dass sich Männer und Frauen berufliche Auszeiten zum Zweck der Kinder- und Altenbetreuung gerechter teilen. An den zwischen den Ländern bestehenden Unterschieden lässt sich ersehen, was sich mit einer unterstützenden Sozialpolitik erreichen lässt.

203. In der Lissabon-Strategie der EU (111) wurde anerkannt, wie wichtig es ist, die Chancengleichheit unter allen Aspekten voranzubringen. Die bessere Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben ist ein Leitsatz der Europäischen Beschäftigungsstrategie und bildet einen Bestandteil des Prozesses zur Armutsbekämpfung und Förderung sozialer Integration in der Europäischen Union. Von Belang sind hier auch Resolutionen der WHO, die auf globaler Ebene und auf Ebene der Region auf gesellschaftliche Integration und Gleichheit zwischen den Geschlechtern abzielen oder sich mit Armut und Gesundheit befassen (112).

Gesundheit von Senioren

Situationsanalyse

204. Insgesamt ist eine längere Lebenserwartung für Frauen wie Männer eine große Errungenschaft, bei der gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen eine bedeutende Rolle spielen. Mit steigender Lebenserwartung werden immer mehr Menschen älter als 65 Jahre und leben bis ins hohe Alter hinein; dies lässt die Gesamtzahl der älteren Menschen dramatisch ansteigen. Es ist zu erwarten, dass bis 2050 mehr als ein Viertel (27%) der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein wird. So kommen derzeit unter den über 85-Jährigen auf jeden Mann 2,5 Frauen – ein Ungleichgewicht, das Prognosen zufolge bis 2050 weiter zunehmen wird (69).

205. Obwohl Frauen in der Europäischen Region im Durchschnitt 7,5 Jahre länger leben als Männer, verbringen sie einen größeren Teil ihres Lebens in schlechterer Gesundheit als Männer. Da außerdem die Behinderungsraten bei Frauen höher liegen, machen Frauen die überwältigende Mehrzahl der Menschen in hohem Alter aus, die ständige Gesundheitsfürsorge und soziale Unterstützung benötigen (113).

206. Mit zunehmendem Alter entwickeln sich nichtübertragbare Krankheiten zu den Hauptursachen für Krankheit, Behinderung und Tod; gleichzeitig treten Mehrfacherkrankungen immer häufiger auf. Der sozioökonomische Status bringt starke gesundheitliche Auswirkungen mit sich; so weisen Menschen, die mit geringerem Ansehen verbundene Tätigkeiten ausüben, im

späteren Leben oft eine höhere Morbidität auf. Ein hoher Anteil der für die Gesundheitsversorgung insgesamt entstehenden Bedürfnisse und Kosten entfällt konzentriert auf die letzten Lebensjahre.

207. Wenn die Menschen befähigt werden, bis ins hohe Alter hinein gesund zu bleiben, kann schwere Morbidität oft auf wenige Monate vor dem Tod komprimiert werden. Doch würde eine solche Kompression der Morbidität nicht ausreichen, um den Umstand aufzuwiegen, dass es immer mehr ältere Menschen gibt, von denen auch immer mehr mit Behinderungen leben werden. Etwa 20% der Menschen im Alter von 70 Jahren und darüber und 50% der über 85-Jährigen geben an, dass es ihnen schwer fällt, alltägliche Tätigkeiten wie Baden, Ankleiden und Toilettenbesuch sowie andere Arbeiten wie Haushaltstätigkeiten und Wäsche zu verrichten oder Arzneimittel einzunehmen. Mobilitätseinschränkungen sind ebenso weit verbreitet wie sensorische Beeinträchtigungen. Etwa ein Drittel der 75- bis 84-Jährigen meldet Hörschwierigkeiten bei Gesprächen mit anderen Menschen, und etwa einem Fünftel fällt es schwer, die Tageszeitung oder ein Buch zu lesen.

208. Gegenwärtig haben viele Länder in der Europäischen Region im weltweiten Vergleich extrem niedrige Fruchtbarkeitsraten und eine sehr hohe durchschnittliche Lebenserwartung (69). Sie sind daher für die Unterstützung und Pflege einer zunehmenden Zahl älterer Menschen auf eine immer geringere Zahl an Menschen im erwerbstätigen Alter angewiesen. In vielen Ländern wird die Pflege älterer Menschen noch immer als Familienpflicht und nicht als staatliche Aufgabe angesehen, und die meisten informellen Pflegepersonen sind Frauen. In Bezug auf den Entwicklungsstand und den Umfang der Pflegeangebote für ältere Menschen gibt es zwischen den Ländern der Europäischen Region größere Unterschiede, als dies bei anderen gesundheits- oder sozialpolitischen Programmen der Fall ist. Formale Sozialangebote für ältere Menschen gibt es eher in städtischen Gebieten, und der Zugang zu Pflegeheimen ist ebenso uneinheitlich wie deren Qualität. So können Einschränkungen in Bezug auf die Privatsphäre und Qualität in der Pflege sowie in Bezug auf den Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung ebenso vorkommen wie die Verabreichung ungeeigneter Arzneimittel und die Durchführung unwirksamer Präventivmaßnahmen.

209. Eine höhere Lebensdauer stellt einerseits einen großen Erfolg, andererseits aber auch eine Herausforderung dar. Prognosen zufolge wird es zwischen 2004 und 2050 zu einem Anstieg der gesamten alterungsbezogenen Ausgaben der öffentlichen Hand (Versorgungsleistungen, Gesundheit, Langzeitpflege) von etwa 4% bis 5% des BIP in den EU-15-Ländern kommen (114). Die wirtschaftlichen Auswirkungen, die die Alterung der Bevölkerung auf die Ausgaben der öffentlichen Hand in den kommenden Jahrzehnten haben wird, könnten bedeutend gemildert werden, wenn die höhere Lebensdauer von einer gleichzeitigen Anhebung des Ruhestandsalters begleitet würde.

210. Gesundheit und Aktivsein im Alter sind das Ergebnis der Lebensumstände und Handlungen eines jeden Menschen während seines gesamten Lebens. Erfahrungen im gesamten Lebensverlauf wirken sich auf das Wohlbefinden im Alter aus; so führt lebenslange finanzielle Not vielfach zu schlechteren Gesundheitsergebnissen im späteren Leben, und Menschen, die während ihres gesamten Erwachsenenlebens verheiratet waren, leben länger als Ledige.

211. Ältere Menschen sind keine homogene Gruppe, sondern die Vielfalt der Einzelsituationen nimmt mit dem Alter zu, und die Geschwindigkeit des Funktionsabbaus wird nicht nur durch verhaltensbedingte, sondern auch durch soziale, ökonomische oder ökologische Faktoren bestimmt, auf die der Einzelne möglicherweise keinen Einfluss hat. So ist Altersdiskriminierung beim Zugang zu hochwertigen Leistungen weit verbreitet, und die Ungleichgewichte in Bezug auf die Lebensbedingungen und das Wohlbefinden älterer Menschen sind infolge erheblicher Unterschiede hinsichtlich der familiären Situation, der Ruhestandsversorgung und der angesammelten Vermögenswerte ausgeprägter als in der Allgemeinbevölkerung (115).

212. Ein früher Eintritt in den Ruhestand, der Verlust des Arbeitsplatzes und die Erfahrung traumatischer Lebensereignisse, besonders in einer späteren Lebensphase, können im mittleren und späteren Leben zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens führen. Soziale Unterstützung, insbesondere soziale Beziehungen mit Familienangehörigen und Freunden, ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren für die Lebensqualität älterer Menschen. Das Geschlecht (Frauen), der Ledigenstand, mangelnde materielle Hilfsmittel (wie etwa Zugang zu einem Auto) und schlechte Gesundheit können allesamt dazu führen, dass ältere Erwachsene bei der Pflege sozialer Kontakte beeinträchtigt werden.

Bewährte Lösungen

213. Zu den wichtigsten Bedürfnissen älterer Menschen gehört es, selbständig zu sein, ein Mitspracherecht zu haben und mit zur Gemeinschaft zu gehören. Eine der wirksamsten Strategien zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden im Alter ist die Vermeidung von Einsamkeit und Isolation, wobei Unterstützung durch Angehörige und Altersgenossen eine Schlüsselrolle spielt. Initiativen für ein aktives und gesundes Altern können zu mehr Gesundheit und Lebensqualität beitragen. Gegenwärtig wird für die Europäische Region der WHO eine Strategie für gesundes Altern (2012–2020) ausgearbeitet, die dem Regionalkomitee 2012 vorgelegt werden soll.

214. Die Verringerung der Funktionsfähigkeit älterer Menschen kann umkehrbar sein und ist in jedem Alter durch persönliche und staatliche Maßnahmen, wie etwa die Förderung eines seniorengerechten Lebensumfelds, beeinflussbar.

215. Der Lebensverlaufansatz für ein gesundes Altern ermöglicht Menschen einen guten Start ins Leben und beeinflusst die Art und Weise, in der sie altern, indem er sie befähigt, während ihres gesamten Lebens besser und gesünder zu leben und sich an altersbedingte Veränderungen anzupassen. Ältere Menschen müssen zu einer gesunden Lebensweise befähigt und ermutigt werden. Dies kann dadurch unterstützt werden, dass ihnen Angebote zur Bewegung, zur gesunden Ernährung und zur Raucherentwöhnung zugänglich gemacht werden. Zu den wirksamen Maßnahmen zur Förderung gesunden Alterns gehören Rechtsvorschriften, sozial- und wirtschaftspolitische Konzepte für die Bereitstellung von Einkommensbeihilfen und -subventionen und Maßnahmen zur Durchführung einer unterstützenden Verkehrs-, Siedlungs- und Städteplanung sowie ein Ansetzen an einschlägigen Risikofaktoren mit dem Ziel, die Bevölkerungsgesundheit zu fördern.

216. Das Angebot eines geeigneten Leistungspakets (z. B. Gesundheits- und Sozialleistungen, technische Hilfen und Unterstützung für die informelle Betreuung) ist ausschlaggebend, wenn die Gesundheits- und Pflegesysteme in Zukunft bestandsfähig sein sollen (116). Die Schaffung von Umfeldern und Leistungsangeboten, die es den Menschen gestatten, länger gesund und auf dem Arbeitsmarkt aktiv zu bleiben, wird ausschlaggebend für die Reduzierung bzw. Eindämmung der Langzeitarbeitslosigkeit, der Erwerbsunfähigkeitsleistungen und der Frühverrentung sein. Durch Anpassung der baulichen Gestaltung, der Städteplanung und der Verkehrssysteme an die Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen kann diesen die Beibehaltung einer unabhängigen Lebensführung ermöglicht und können die Folgen einer Behinderung gemildert und der Aufbau sozialer Netze gefördert werden.

217. Die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen kann in Politikkonzepten und Initiativen zur Förderung eines aktiven Alterns in Würde und Gesundheit, zum Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen, zum Ruhestand und zur Förderung der Rechte von Menschen mit Behinderungen konsequent berücksichtigt werden. Die wichtigsten Maßnahmen sind: Sicherstellung, dass ältere Menschen an der Gestaltung der Gesundheitspolitik und an Entscheidungen über ihre eigene Behandlung und Pflege beteiligt werden; Entwicklung von Werkzeugen zur Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbsthilfe, auch mit Blick auf pflegende

Angehörige; Abbau der Risiken für die psychische Gesundheit älterer Menschen mit chronischen körperlichen Gesundheitsproblemen; Ausräumung negativer gesellschaftlicher Klischeevorstellungen über das Alter durch gezielte Medienkampagnen; und Durchführung unabhängiger Qualitätskontrollen zur Überwachung der Qualität der in Einrichtungen bereitgestellten Leistungen.

218. Impfungen sind sowohl bei Kindern als auch bei älteren Menschen ein wirksames Mittel zur Senkung der Morbidität (wie auch der Mortalität) aufgrund mehrerer Infektionskrankheiten. Bei älteren Menschen können Vorsorgeuntersuchungen für behandelbare Krankheiten wie Brustkrebs zu einer Senkung der vorzeitigen Morbidität und Mortalität führen.

219. Palliativversorgung ist lebensbejahend, betrachtet aber auch das Sterben als einen normalen Prozess und will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Sie bewirkt eine Linderung der Schmerzen und anderer belastender Symptome und sollte angeboten werden, sobald entsprechende Bedürfnisse entstehen und bevor sie nicht mehr zu bewältigen sind (117). Traditionell wird eine qualitativ hochwertige Sterbebegleitung hauptsächlich für Krebskranke in stationären Hospizen bereitgestellt, doch muss diese Art der Pflege jetzt auch für Menschen mit einem breiteren Spektrum von Erkrankungen angeboten werden, nicht zuletzt für die zunehmende Zahl der Demenzkranken, und muss auch bis in die Haushalte der Menschen und in kommunale Pflege- und Wohnheime ausgedehnt werden (118). Die Palliativversorgung bietet ein Unterstützungssystem an, das den Menschen ein möglichst aktives Leben bis zum Tod erlaubt und den Angehörigen hilft, mit der Krankheit des Betroffenen und ihrer eigenen Trauer fertig zu werden.

220. In einer Resolution der Weltgesundheitsversammlung über aktives Altern (119) wurden die Mitgliedstaaten dazu aufgefordert, sicherzustellen, dass ihre älteren Bürger das für sie erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und Wohlbefinden erreichen können, und in einer vor kurzem verabschiedeten Resolution des Exekutivrates der WHO zu diesem Thema (120) wurde ein Schwerpunkt auf den Aufbau einer seniorenfreundlichen primären Gesundheitsversorgung gelegt. Die Zweite Weltversammlung über das Altern fand 2002 in Madrid statt und führte zur Annahme des Internationalen Aktionsplans über das Altern (121). Als Beitrag zu dieser Konferenz erarbeitete die WHO *Active ageing: a policy framework* [dt.: Aktiv altern: ein Rahmenkonzept] (122).

221. Öffentliche Ausgaben an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen versprechen bedeutende, bislang weitgehend ungenutzte Effizienzgewinne, wobei sich die Hinweise darauf häufen, durch welche Interventionen sich Notfallaufnahmen ins Krankenhaus und langwierige Krankenhausaufenthalte kostenwirksam vermeiden lassen und wie sich Telemedizin und Telecare optimal nutzen lassen. Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege müssen besser miteinander kombiniert werden; ebenso sind Verbesserungen in Bezug auf Aspekte der Würde und der Menschenrechte in der Langzeitpflege notwendig. Es gilt, die Leistungsqualität durch Mechanismen der Qualitätsbewertung und Qualitätssicherung sowie durch neue Modelle der Koordination und Integration der Pflege zu verbessern, etwa durch Pflegepfade mit individuell zugeschnittenen Gesundheits- und Sozialpaketen.

222. Bessere politische Konzepte zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten während des gesamten Lebens sind der Schlüssel zu einem gesunden Altern; Gleiches gilt für seniorenfreundliche Gemeinschaften und einen besseren Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheits- und Sozialleistungen für ältere Menschen. Wenn mehr Menschen dabei unterstützt werden, länger aktiv zu arbeiten, und wenn die Arbeit über den gesamten Verlauf des Lebens umverteilt wird, so kann dies sowohl ein Altern in Gesundheit begünstigen als auch dazu beitragen, gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen langfristig tragfähig zu machen. Die zunehmende Zahl von Fallbeispielen für eine gelungene Koordination und Integration der Versorgung und Pflege, auch über die Bruchstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen hinweg, kann den

Ländern bei einer Gesundheitsreform behilflich sein, die auf eine erheblich bessere Versorgung und soziale Absicherung pflegebedürftiger älterer Menschen abzielt.

Anfälligkeit, gefährdete Gruppen und Gesundheit

Situationsanalyse

223. Unter Anfälligkeit (vulnerability) wird mitunter einfach die mangelnde physische und/oder psychische Widerstandsfähigkeit von Einzelpersonen verstanden, doch hier bezieht sich der Begriff auf einen breiteren Kontext: die Anfälligkeit gegenüber sozialen Härten wie auch Krankheit. Sie ist das Ergebnis ausschließender Prozesse, die in verschiedenen Teilen der Gesellschaft jeweils unterschiedliche Wirkung entfalten und zur Bildung eines sozialen Gefälles im Gesundheitsbereich beitragen. Auch wenn soziale Ausgrenzung ein dynamisches und gradu-elles Phänomen ist und ausschließende Prozesse durch gezielte Maßnahmen bekämpft werden müssen, so ist es doch ebenso wichtig, Einzelpersonen oder Gruppen zu ermitteln, die sozial ausgegrenzt sind, und sie sowohl in der Forschung als auch in der Politikgestaltung gebührend zu berücksichtigen. Viele der Probleme, von denen anfällige Gruppen allgemein betroffen sind, lassen sich anhand der Situation zweier Bevölkerungsgruppen – der Migranten und der Roma – gut veranschaulichen.

Migranten

224. Die Gruppe der Migranten in Europa ist heute sehr heterogen und umfasst reguläre und irreguläre Migranten, Opfer von Menschenhandel, Asylbewerber, Flüchtlinge, Vertriebene und Rückkehrer. Viele Menschen verlassen ihre Heimat aus wirtschaftlichen Gründen. In der Europäischen Region der WHO leben insgesamt ca. 75 Mio. Migranten; dies entspricht etwa 8% der Gesamtbevölkerung und 39% aller Migranten weltweit (77). Bei den meisten Migranten in der Europäischen Region handelt es sich um junge Erwachsene. Frauen machen die Hälfte aller Migranten aus und sind häufig in den anfälligen Gruppen überrepräsentiert, namentlich bei den Opfern des Menschenhandels zum Zweck der sexuellen Ausbeutung (123).

225. Es bestehen beträchtliche Unterschiede, die je nach Gruppe, Land und betrachtetem Gesundheitsproblem verschieden stark ausfallen. Trotzdem ist die Belastung durch Gesundheitsdefizite bei den von Ausgrenzung betroffenen Gruppen von Migranten häufig unannehmbar hoch (124). Dort, wo aussagekräftige Zahlen vorliegen, deuten sie in der Regel auf eine niedrigere Lebenserwartung bei Migranten hin, und manche Gruppen weisen auch erhöhte Säuglingssterblichkeitsraten auf. Migranten haben zumeist ähnliche Krankheiten wie der Rest der Bevölkerung, wenngleich manche Gruppen in bestimmten Bereichen eine höhere Prävalenz aufweisen, etwa bei übertragbaren Krankheiten, schlechter Ernährung, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Defiziten in der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, berufsbedingten Gesundheitsproblemen und psychischen Störungen (125–127).

226. Die erhöhte Anfälligkeit der Migranten ist durch eine häufigere Exposition gegenüber gefährlichen Arbeitsbedingungen, schlechten Wohnverhältnissen und Ausbeutung am Arbeitsplatz sowie einen unzulänglichen Zugang zur Gesundheitsversorgung gekennzeichnet. Die Rate der Arbeitsunfälle liegt bei Arbeitsmigranten ungefähr doppelt so hoch wie bei Arbeitskräften, die in der Europäischen Region geboren sind (124).

227. Die gesundheitlichen Verhältnisse und die allgemeinen Rahmenbedingungen im Herkunftsland der Migranten (z. B. hohe Prävalenz von Tuberkulose- oder HIV-Infektionen) sind ausschlaggebend für viele ihrer grundlegenden gesundheitlichen Merkmale; schon die Reise ist mit gesundheitlichen Risiken verbunden, etwa aufgrund traumatischer Erlebnisse (128). Nach der Ankunft haben Armut und gesellschaftliche Ausgrenzung den stärksten Einfluss auf die Gesundheitsergebnisse, aber auch die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität

der Dienstleistungen im Gastland wirken sich auf die Gesundheit der Migranten aus (124). Nach der Ankunft kann eine Vielzahl von Faktoren die psychosoziale Vulnerabilität erhöhen und eine erfolgreiche Eingliederung in die Gesellschaft behindern. Migranten können beim Zugang zur Gesundheitsversorgung vor Hürden stehen; dies kann auf Stigmatisierung, mangelnde Informationen über vorhandene Angebote oder auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass diese Informationen nicht in anderen Sprachen als den vorherrschenden Sprachen des Gastlandes vorliegen.

Roma

228. In der Europäischen Region leben etwa 12 bis 15 Mio. Roma, davon schätzungsweise allein 10 Mio. in den EU-Staaten. So beträgt der Bevölkerungsanteil der Roma in Bulgarien ca. 10%, in der Slowakei 9% und in Rumänien 8% – mit steigender Tendenz (124,129).

229. Es gibt Hinweise darauf, dass die Lebenserwartung in Roma-Gemeinschaften etwa 10 bis 15 Jahre unter dem Durchschnitt liegt und dass bei ihnen eine erhöhte Säuglingssterblichkeit und eine beunruhigend hohe Mütter- und Kindersterblichkeit und -morbidity besteht (129–131).

230. Offiziellen Angaben zufolge verzeichnen Roma-Gruppen höhere Krankheitsquoten als die Mehrheitsbevölkerung, etwa höhere Raten von Diabetes Typ II, koronarer Herzkrankheit und Adipositas bei Erwachsenen sowie Mangelkrankheiten und Mangelernährung bei Kindern. So ergaben etwa Untersuchungen in Roma-Siedlungen in Serbien, dass viele Frauen unterernährt sind (51%) und rauchen (fast alle). Aus einer vom Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) durchgeführten Erhebung über Vulnerabilität geht hervor, dass 50% aller Roma-Kinder mehr als zweimal monatlich der Gefahr der Mangelernährung ausgesetzt sind; in der Mehrheitsbevölkerung sind es lediglich 6% der Kinder (132–134).

231. In vielen Ländern sind die Roma in den einkommensschwachen Schichten deutlich überrepräsentiert; Untersuchungen zufolge gehören sie sogar mehrheitlich der untersten Einkommensgruppe an. Eine durch Diskriminierung bedingte Ausgrenzung der Roma kann ein unabhängiger Gefährdungsfaktor in Bezug auf Armut sein (130,135).

232. Die vorliegenden Daten weisen auf eine erhebliche Benachteiligung der Roma im Vergleich mit der Mehrheitsbevölkerung in Bezug auf den Zugang zu den Gesundheitssystemen wie auch den Gesundheitszustand hin. So etwa geht aus Daten über Schwangerschaftsbetreuung, niedriges Geburtsgewicht, Prävalenz des Stillens, Rauchen bei Müttern, Ernährungszustand und Impfraten eine deutliche Benachteiligung der Roma gegenüber der Mehrheitsbevölkerung hervor, teilweise sogar im Vergleich zu dem ärmsten Quintil der Gesamtbevölkerung (136,137).

Bewährte Lösungen

233. Da die gesundheitlichen Probleme von Migranten und anderen gefährdeten Gruppen durch deren benachteiligte gesellschaftliche Stellung verursacht oder verschärft werden können, dürften Maßnahmen zur Bekämpfung gesellschaftlicher Ausgrenzungsprozesse in Bezug auf ihre Gesundheit die stärkste Wirkung entfalten. Darüber hinaus sollten durch geeignete Handlungskonzepte die Benachteiligung von Migranten, Roma und anderen Opfern von Ausgrenzung in Bezug auf ihre Gesundheitssituation wie auch die Zugänglichkeit und Qualität der ihnen zur Verfügung stehenden gesundheitlichen und sozialen Angebote bekämpft werden. Viele der Strategien, mit denen sich dies erreichen lässt, sind nicht spezifisch auf die Roma zugeschnitten, sondern weisen Ähnlichkeiten mit Strategien auf, wie sie für ethnische Minderheiten und andere Gruppen benötigt werden, die einer Vielzahl ausschließender Prozesse ausgesetzt sind. Dazu zählt die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften zur Arbeit mit Minderheiten und marginalisierten Bevölkerungsgruppen, die Einbeziehung dieser Gruppen in die Gestaltung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsprogrammen und die Verbesserung von Gesundheitssystemen, damit Daten nach ethnischer Zugehörigkeit aufgeschlüsselt erhoben und in einem

entsprechenden Format präsentiert werden können. Integrierte Lösungskonzepte, die an den vielfältigen Ursachen der sozialen Ausgrenzung ansetzen, sind am erfolgreichsten (138).

234. Viele der mit Migration verbundenen gesundheitlichen und sozioökonomischen Herausforderungen sind das Ergebnis weltweiter Ungleichgewichte, und Handlungskonzepte, die lediglich auf die Aufnahmeländer abzielen, werden weniger Wirkung entfalten als integrierte Programme mit globaler Ausrichtung, die so konzipiert sind, dass sie die Einflussfaktoren in den Herkunfts- und Aufnahmeländern bzw. -regionen abfedern.

235. Migranten sind häufig auch mit geschlechtsspezifischen Herausforderungen konfrontiert, insbesondere im Hinblick auf die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern sowie auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit, aber auch in Bezug auf Gewalt. Migranten sollten schon frühzeitig Zugang zu Angeboten in den Bereichen Reproduktionsgesundheit, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sowie zu Reihenuntersuchungen, Diagnosemaßnahmen und Angeboten der Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe haben. Besondere Aufmerksamkeit sollte Frauen und Mädchen gelten, die Opfer von Menschenhandel sind, da viele von ihnen geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt waren.

236. Für die anfälligen Gruppen von Belang sind auch Resolutionen der WHO, die auf globaler Ebene und auf Ebene der Region auf gesellschaftliche Integration abzielen und sich mit Armut und Gesundheit befassen. Dazu zählen die Resolution der Weltgesundheitsversammlung über den Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen durch Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit (46) und die aufgrund der Resolution EUR/RC52/R7 des Regionalkomitees über Armut und Gesundheit (139) geleistete Arbeit, die namentlich der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten infolge von Migration und ethnischer Zugehörigkeit dient (124).

237. Konkret zur Thematik der Gesundheit von Migranten wurde auf der Grundlage einer Resolution der Weltgesundheitsversammlung von 2008 (140) im Rahmen der spanischen EU-Präsidentschaft 2010 eine globale Konsultation der WHO und der Internationalen Organisation für Migration über einen geeigneten Handlungsrahmen durchgeführt (141). Die Notwendigkeit abgestimmter und langfristiger Maßnahmen war auch der Gegenstand verschiedener politischer Prozesse und Konferenzen, die zur Verabschiedung von Abschlussdokumenten wie der 2007 von den der Mitgliedsländern des Europarates unterzeichneten Erklärung von Bratislava über Gesundheit, Menschenrechte und Migration (142) und den Empfehlungen des Ministerkomitees des Europarates über Mobilität, Migration und Zugang zur Gesundheitsversorgung aus dem Jahr 2011 (143) führte. Die Internationale Konvention zum Schutz der Rechte aller Wanderarbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen (144) bietet einen umfassenderen Rahmen für das universale Menschenrecht auf Gesundheit ohne Diskriminierung.

238. Die Dekade der Roma-Integration 2005–2015 stellt eine politische Verpflichtung der Regierungen Europas dar, die sozioökonomische Situation und gesellschaftliche Integration der Roma zu verbessern. Darin ist neben Bildung, Beschäftigung und Wohnen auch Gesundheit ein vorrangiger Schwerpunktbereich. 2011 startete die Europäische Kommission einen EU-Rahmen für nationale Strategien zur Integration der Roma bis 2020, in dem alle EU-Länder ersucht werden, zielgerichtete Strategien zur Integrationsförderung auf den Gebieten Gesundheit, Wohnungswesen, Bildung und Beschäftigung auszuarbeiten und umzusetzen (129). Ferner in diesem Zusammenhang erwähnenswert sind die Mitteilung des Europäischen Rates über Solidarität im Gesundheitswesen und die Schlussfolgerungen des Europäischen Rates über die Roma (145).

Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern während des gesamten Lebensverlaufs

239. Um sozioökonomische und gesundheitliche Ungleichgewichte zwischen Männern und Frauen zu verstehen, bedarf es eines Gleichstellungsansatzes. Chancengleichheit zwischen den

Geschlechtern bedeutet eine ausgewogene und gerechte Verteilung von Leistungen, Macht, Ressourcen und Pflichten zwischen Frauen und Männern, die es ihnen erlaubt, ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen. Nach diesem Konzept haben Frauen und Männer unterschiedliche Bedürfnisse und Chancen, die sich auf ihren Gesundheitsstatus, ihren Zugang zu Gesundheitsleistungen und ihren Anteil an der Beschäftigung im Gesundheitswesen auswirken. Folglich sollen diese Unterschiede systematisch bestimmt und in Angriff genommen werden, sodass das Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern korrigiert wird.

240. Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf Mortalität und Morbidität sind hinreichend nachgewiesen, doch sind sie innerhalb der Europäischen Region der WHO sehr uneinheitlich ausgeprägt. Es ist wichtig, gesundheitliche Unterschiede jenseits der Lebenserwartung zu analysieren und zu untersuchen, wie sich die Gesundheit von Menschen im Laufe des Lebens entwickelt. Wo die Lebensjahre bei Gesundheit gemessen werden, trägt der Sterblichkeitsvorteil von Frauen zu mehr Lebensjahren bei Gesundheit bei. Doch dieser Unterschied wird durch ihre höhere Prävalenz in Bezug auf Behinderung wieder verringert. Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind auch in Bezug auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, die Risikoexposition, die Anfälligkeit und die Reaktionen der Gesundheitssysteme dokumentiert (146).

241. Die schlechte Gesundheit von Männern wird durch geschlechtsspezifische Rollenvorstellungen und Normen beeinflusst: höhere berufsbedingte Exposition gegenüber physikalischen und chemischen Gefahrenquellen; Risikoverhalten im Zusammenhang mit männlichen Lebensgewohnheiten; und auf Maskulinität zurückzuführende Paradigmen für das Gesundheitsverhalten (bei Männern ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie einen Arzt aufsuchen, wenn sie krank sind, und dass sie die Symptome von Krankheiten oder Gesundheitsproblemen mitteilen).

242. Geschlechternormen und -rollen bestimmen die Sichtweise Jugendlicher in Bezug auf Sexualität und spielen eine wichtige Rolle für Einstellungen gegenüber riskanten Verhaltensweisen sowie den Zugang zu Informationen und Leistungen und deren Nutzung. Der Zugang von Frauen zu Leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit kann durch Geschlechterklischees und sozioökonomische Hindernisse beschränkt werden (90).

243. Die Bedeutung von Betreuung und Schulbildung im frühen Kindesalter setzt ein kostenloses hochwertiges Bildungssystem für alle mit Grund- und Sekundarstufe voraus. Die meisten Länder in der Europäischen Region verfügen über gut etablierte Systeme, aber in einigen Ländern ist es der Fall, dass weniger Mädchen die Sekundarstufe besuchen oder mehr Mädchen die Schule abbrechen. Dies hat nicht nur lebenslange Auswirkungen auf die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, sondern verringert auch das Potenzial eines Landes für wirtschaftliche Entwicklung und Wachstum.

244. Unter älteren Menschen bilden Frauen aufgrund ihres insgesamt niedrigen sozioökonomischen Status eine Risikogruppe. Besondere Aufmerksamkeit verdienen ältere Frauen, die aufgrund einer höheren Lebenserwartung und eines unterschiedlichen Lebensverlaufs im Alter mehr Gesundheitsprobleme haben. Zudem ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie Gesundheitsleistungen benötigen und keinen Zugang dazu haben.

Bewährte Lösungen

245. In der Resolution WHA60.25 der Weltgesundheitsversammlung (2007) wird gefordert, nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten und Gleichstellungsanalysen als Grundlage für Gesundheitskonzepte und -programme zu verwenden und sicherzustellen, dass Gleichstellungsaspekte auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung und der Erbringung von Gesundheitsleistungen, einschließlich derjenigen für Heranwachsende und junge Menschen, berücksichtigt werden (112). 2007 wurde das European Institute for Gender Equality (EIGE) als eine

EU-Institution gegründet, die die EU und ihre Mitgliedstaaten bei ihren Anstrengungen zur Förderung der Gleichstellung zwischen den Geschlechtern unterstützt. Das Versäumnis, Ungleichgewichte zwischen den Geschlechtern und Diskriminierung zu berücksichtigen, wird die Wirksamkeit von Leistungen beeinträchtigen und das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele 4 und 5 sowie auch anderer Millenniums-Entwicklungsziele beträchtlich erschweren (54).

246. Ein gut funktionierendes und bezahlbares Bildungs- und Betreuungssystem für alle Kinder in den ersten Lebensjahren ist eine Voraussetzung für die Gleichstellung zwischen den Geschlechtern, weil es Frauen in die Lage versetzt, zu arbeiten und zum Familieneinkommen beizutragen, weil es die Lebenschancen von Kindern verbessert, die im Leben anderweitig benachteiligt sind (z. B. Kinder mit Behinderungen oder Kinder aus ethnischen Gruppen wie den Roma) und weil es Frauen ein unabhängigeres Leben im Alter ermöglicht.

Maßnahmen im gesamten Lebensverlauf zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichgewichte und zur Thematisierung ihrer sozialen Determinanten

247. Manche Strategien für Interventionen, die dazu dienen, gesundheitliche Ungleichgewichte zu beseitigen und ihre sozialen Determinanten anzugehen, können an wichtigen Phasen des Lebensverlaufs abgeleitet werden:

- *Gesundheit von Mutter und Kind:* Unterstützung für die Gesundheit von Mutter und Kind setzt ein breites Spektrum von Konzepten voraus, die nicht auf den Gesundheitssektor beschränkt sind. Wichtige Maßnahmen: Gewährleistung eines Mindestlebensstandards; Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für Reproduktionsfreiheit; Schutz Schwangerer am Arbeitsplatz; Befähigung von Müttern, wieder arbeiten zu gehen; Unterstützung von Eltern durch flexible Arbeitszeitregelungen und Elternurlaub; und Förderung der Gleichstellung der Geschlechter. Solche Maßnahmen machen allesamt eine umfassende Beteiligung staatlicher wie nichtstaatlicher Akteure erforderlich.
- *Kinder und Jugendliche:* Die Bereiche Gesundheit, Bildung, soziale Sicherheit, Arbeit und Beschäftigung sind gemeinsam für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen verantwortlich. Ihre gemeinsame Arbeit sollte jeweils durch einen bereichsspezifischen Rechenschaftsrahmen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und damit verbundene Themen flankiert werden, etwa durch einen Katalog gemeinsam getragener Zielvorgaben und Indikatoren mit Bezug zur Finanzierung. Die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsinformationssystems mit wohldefinierten Indikatoren würde es ermöglichen, die Gesundheit und Entwicklung von Kindern und jungen Menschen sowohl innerhalb der Bevölkerung insgesamt als auch für verschiedene soziale Schichten zu erfassen. Durch Überprüfung des rechtlichen, politischen und ordnungspolitischen Rahmens im Kontext einer Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen könnten die notwendigen Veränderungen vorgenommen werden, um die Rechte von Kindern und Jugendlichen auf Gesundheit und Zugang zu hochwertigen Gesundheitsleistungen zu achten, zu schützen und zu verwirklichen (90,105,147).
- *Gesundheit im Erwachsenenalter:* In der Europäischen Region spielt Arbeit eine zentrale Rolle im Leben der Gesellschaft: Sie stellt ein Mittel dar, um Einkommen zu erzielen, Ansehen zu erwerben und ein Selbstwertgefühl zu entwickeln, und sie bietet eine Möglichkeit, am Leben der Gemeinschaft teilzuhaben und als Vollmitglied in sie einbezogen zu werden. Arbeitslosigkeit führt dazu, dass Menschen von dieser Teilhabe und den mit Beschäftigung verbundenen Vorteilen ausgeschlossen werden. Infolge der Wirtschaftskrise ist in manchen Teilen der Europäischen Region die Arbeitslosigkeit in den letzten Jahren drastisch gestiegen, insbesondere unter jungen Menschen.

Jedes Land sollte anstreben, die Gefährdung von Menschen durch ungesunde, unsichere Arbeit zu verringern, und die Maßnahmen zur Sicherung gesunder Arbeitsplätze verstärken. Dazu ist es erforderlich, durch Maßnahmen für selbstbestimmtes Handeln am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzsicherheit, flexible Arbeitszeiten und andere familienfreundliche Praktiken, durch angemessenen Sozialschutz sowie durch leistungsgerechte Belohnung und Beförderung die psychosozialen Bedingungen zu verbessern.

Die soziale und ökonomische Entwicklung der Gesellschaft setzt die ausgewogene Beteiligung von Männern und Frauen am Arbeitsmarkt und am Leben der Familie voraus, was sich auf Wachstum und Arbeitsplätze, die soziale Integration gefährdeter Bevölkerungsgruppen, die Bekämpfung der Armut unter Kindern und die Gleichstellung der Geschlechter auswirkt. Dazu ist es notwendig, dass im Bildungs-, Beschäftigungs-, Gesundheits- und Sozialbereich breit angelegte Konzepte umgesetzt werden, die Männern wie Frauen echte Chancen und Wahlmöglichkeiten bieten.

- *Gesundheit von Senioren:* Die Förderung eines Alterns in Gesundheit macht ein gezieltes Handeln in der Finanzpolitik, im Gesundheits-, Sozial- und Verkehrswesen, in der Städteplanung, im Wohnungswesen, aber auch im Justiz- und im Bildungsbereich erforderlich. Manche dieser Maßnahmen lassen sich nur auf landesweiter Ebene verwirklichen, andere dagegen eignen sich eher zur Umsetzung auf der kommunalen Ebene, jedoch innerhalb des Rahmens einer übergeordneten nationalen Gesundheitsstrategie oder eines nationalen Gesundheitsplans (148). In Anbetracht der wachsenden Zahl der Arbeitsmigranten unter den Pflegekräften, von denen viele in ungeschützten, nicht anerkannten Beschäftigungsverhältnissen in Privathaushalten arbeiten, hat diese Thematik auch eine internationale Dimension (149).

Verschiedene Politikbereiche können seniorengerechte Handlungskonzepte und unterstützende Umfelder entwickeln, um eine volle Teilhabe am Leben der Gemeinschaft zu ermöglichen und Behinderungen vorzubeugen. Dazu gehören: flexible Arbeitszeiten und veränderte Arbeitsumgebungen; Maßnahmen auf dem Gebiet der Städtegestaltung und des Straßenverkehrs im Hinblick auf fußgängerfreundliche Straßen; Bewegungsprogramme zur Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Beweglichkeit; Programme für lebenslanges Lernen; Bereitstellung von Hör- und Sehhilfen; kostengünstige Verfahren wie operative Beseitigung von Grauem Star und Hüftersatzoperationen; und Pläne, mit denen ältere Menschen dazu befähigt werden, auch weiterhin ihren Lebensunterhalt zu verdienen.

Andere Konzepte in Bezug auf gesellschaftliche Themen, Normen und Werte erstrecken sich über den Lebensverlauf.

- *Migranten:* Als Handlungskonzepte zur Förderung der gesellschaftlichen Integration kommen in Frage: Maßnahmen zur Diskriminierungsbekämpfung; bildungspolitische Maßnahmen, die besondere Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse von Migranten richten; beschäftigungspolitische Maßnahmen, die auf die Beseitigung von Schranken am Arbeitsmarkt abstellen; sozialpolitische Maßnahmen; wohnungs- und umweltpolitische Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen; und gesundheitspolitische Maßnahmen zur Gewährleistung eines chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Die Auswirkungen sektorübergreifender Handlungskonzepte auf die sozialen Determinanten von Gesundheit können durch Gesundheitsfolgenabschätzungen überprüft werden, die das Kriterium der Chancengleichheit anwenden.
- *Roma:* Die Regierungen sind verpflichtet, die im Rahmen internationaler Rechtsinstrumente bereits eingegangenen Verpflichtungen in Bezug auf soziale Integration, Armut sowie Gesundheit und Diskriminierung einzuhalten und umsetzen. So haben sich die zwölf an der Dekade zur Integration der Roma 2005–2015 beteiligten Länder verpflichtet, je einen nationalen Aktionsplan für die Dekade zu auszuarbeiten. Die Thematik der Rechte

und der Integration der Roma wird auch im Hinblick auf den Beitritt neuer Länder zur EU von Belang sein.

- *Systematische Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten:* Maßnahmen über den gesamten Lebensverlauf müssen an den unterschiedlichen Rollen und Normen ansetzen, die die Gesellschaft Männern und Frauen von Geburt an zuweist, und auch der damit verbundenen ungleichen Verteilung von Macht und Ressourcen entgegenwirken. Im Gesundheitsbereich werden die Exposition gegenüber Risiken und die Anfälligkeit in allen Ländern, sozioökonomischen Schichten und Altersgruppen durch das biologische Geschlecht und die gesellschaftlich bedingten Geschlechternormen beeinflusst. Die systematische Einbeziehung von Gleichstellungsaspekten in die Planung, Umsetzung und Überwachung von Konzepten und Programmen wird als „Gender Mainstreaming“ bezeichnet.

Die Stimme der Bürger und Patienten und ihre Befähigung

248. Ein zentrales Prinzip von „**Gesundheit 2020**“ ist die Bedeutung von Partizipation und Bedarfsgerechtigkeit, die mit einer umfassenden Beteiligung der Menschen verbunden ist. Befähigung ist als ein mehrdimensionaler gesellschaftlicher Prozess zu verstehen, durch den einzelne Personen wie auch die Bevölkerung insgesamt ein besseres Verständnis und mehr Kontrolle über ihr Leben erlangen. Im Zuge des allgemeinen Trends zu Patientenemanzipation und mehr Gesundheitskompetenz werden die Menschen immer mehr als Mitverantwortliche für ihre eigene Gesundheit gesehen. Sie müssen dazu befähigt werden, Einfluss auf die Determinanten ihrer eigenen Gesundheit zu nehmen. Zudem werden sie als Patienten zu aktiven und mündigen Akteuren, die über ihre eigene Behandlung mitentscheiden. Voraussetzungen hierfür sind eine verbesserte Gesundheitskompetenz und der Zugang zu guten gesundheitsbezogenen Informationen.

249. Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass die Gesundheitsversorgung effektiver wird, wenn die Patienten stärker in den gesamten Prozess eingebunden werden. Die Patienten müssen ins Zentrum des Gesundheitsversorgungsprozesses gerückt und an dessen Steuerung beteiligt werden, zumal die Gesundheitsversorgung selbst in zunehmendem Maße komplex und personengebunden wird, aber auch weil die alternde Bevölkerung immer häufiger unter mehrfachen chronischen Erkrankungen leidet, deren Bewältigung ein Team von Gesundheitsfachkräften erfordert. Die Chance auf eine solche Beteiligung darf nicht durch soziale und geografische Ungleichgewichte beeinträchtigt werden, die durch Faktoren wie Bildung, Beschäftigungsstatus, Zugang zu Informationstechnologien und Leben in ländlichen Gebieten bedingt sind.

250. Die Europäische Region ist zu einem der Vorreiter bei der Einrichtung innovativer Partnerschaften mit der Zivilgesellschaft (150) geworden, u. a. mit Hauptrisikogruppen (z. B. mit HIV lebenden Menschen) und nichtstaatlichen Organisationen, die Überzeugungsarbeit leisten und Angebote bereitstellen. So sind eine Reihe gesamteuropäischer Netzwerke und Organisationen entstanden; gleichzeitig steigen Anzahl und Größe der Netzwerke von Menschen, die mit HIV leben (151).

251. Die Zivilgesellschaft ist ein zentraler Akteur bei der Formulierung, Förderung und Herbeiführung von Veränderungen. Sie sollte als gleichwertiger Akteur bei der Bereitstellung von Gesundheitsangeboten angesehen werden. Organisationen der Zivilgesellschaft haben unter Beweis gestellt, dass sie in der Lage sind, Gesundheitsangebote bereitzustellen, insbesondere für Bevölkerungsgruppen, die anderenfalls keinen Zugang hätten, u. a. weil sie einer Stigmatisierung und Diskriminierung durch das Gesundheitspersonal ausgesetzt wären.

252. Zur Verbesserung der Gesundheit und ihrer Determinanten ist die Befähigung von Menschen zu selbstbestimmtem Handeln von großer Bedeutung. Die Befähigung von Patienten und die patientenzentrierte Versorgung werden als wichtige Bausteine für die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse, der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und der Zufriedenheit der

Nutzer angesehen. Zusammen können diese Prozesse bewirken, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Kosten für die Gesundheitsversorgung sinken, und eine bessere Kommunikation zwischen Patienten und Gesundheitspersonal sowie eine bessere Einhaltung der empfohlenen Behandlungen herbeiführen. Eine wahrhaft patientenzentrierte Versorgung verbessert die Wahrnehmung der Versorgungsqualität und kann auch dazu beitragen, dass Therapiebefolgung und Behandlungsergebnisse verbessert und überflüssige Leistungen vermieden werden. Patienten und ihre Familien werden zu einem Teil des Versorgungsteams, indem sie klinische Entscheidungen treffen. Außerdem werden bei einer patientenzentrierten Versorgung eher kulturelle Traditionen, persönliche Vorlieben, Wertvorstellungen, familiäre Verhältnisse und Lebensweisen berücksichtigt. Dieser Ansatz erfordert größere Investitionen in die Aufklärung der Patienten und ihre Gesundheitskompetenz; hier kann durch verstärkte Beteiligung der Zivilgesellschaft viel bewirkt werden.

253. Die Patienten selbst können auf verschiedenen Ebenen stärker einbezogen werden. Auf der gesellschaftlichen Ebene ist es wichtig, dass sich die Bürger aktiv an den Debatten über soziale Absicherung, Gesundheit und Gesundheitsversorgung beteiligen können. Auf der personenbezogenen Ebene wird Aufklärungsarbeit geleistet, um den Menschen besser fundierte Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre Behandlung sowie eine Überprüfung der Qualität der vorhandenen Angebote zu ermöglichen. Hierzu gehört auch die Wahl des Anbieters, die Veröffentlichung seiner Resultate und der Zugang zu den eigenen Patientenakten.

254. Schließlich werden die Rechte des einzelnen Patienten bestimmt und festgelegt, um die grundlegenden Menschenrechte auf Privatsphäre und Unversehrtheit konkret in der Gesundheitsversorgung durchzusetzen. Dort, wo diese Patientenrechte eher präventiver – und manchmal eher deklaratorischer – Art sind, werden sie durch gesetzliche Bestimmungen zur Berufshaftung, Entschädigung und Wiedergutmachung im Falle der Schädigung von Patienten ergänzt.

255. Auch wenn Patienten auf verschiedene Weise befähigt werden können, so müssen doch erst noch zahlreiche Hindernisse überwunden werden, die kulturell, gesellschaftlich oder sogar in der Gesundheitsversorgung selbst begründet sind. Tatsächlich ist nicht jeder in der Lage oder willens, selbst Verantwortung für seine Gesundheit und Behandlung zu übernehmen. Außerdem müssen auch die Gesundheitsberufe davon überzeugt und dazu bewegt werden, den Patienten eine führende Rolle in ihrer Behandlung einzuräumen.

256. Neben der geistigen Umstellung steht die Politik aber auch vor anderen wichtigen Herausforderungen bei der Gestaltung eines Rahmens für die Befähigung von Patienten, nicht zuletzt im Hinblick auf eine weiterreichende Einbindung der Allgemeinheit in gesunde Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen sowie eine Beteiligung der Patienten an der eigenen Behandlung und Versorgung. Dabei ist vor allem die Frage zu beantworten, wie wirksame Informationsstrategien eingeführt werden können. Auch hier muss die Gesundheitskompetenz verbessert werden. Eine weitere Herausforderung liegt darin, als Zeichen von Vertrauen und Selbstbestimmung die Entscheidungsfreiheit des Konsumenten zu stärken, ohne dass dieser jedoch einem Konsumwahn erliegen sollte, der wiederum die Bemühungen um mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung durch deren Begründung auf Erkenntnissen und durch bessere Abstimmung gefährden könnte.

257. Eine gesunde Lebensführung für junge Menschen kann als einer der Schwerpunktbereiche für Gesundheitsinvestitionen und die Befähigung von Menschen zu selbstbestimmtem Handeln gewählt werden. Junge Menschen müssen selbst zu solchen Strategien beitragen, und zur Unterstützung von Gesundheitsprogrammen für junge Menschen kann ein breites Spektrum von Akteuren mobilisiert werden. Dies kann in Form von Bildung durch Gleichaltrige, Beteiligung von Jugendorganisationen und schulische Förderung der Gesundheitskompetenz geschehen. Von besonderer Wichtigkeit ist die Aufrechterhaltung der psychischen und sexuellen Gesundheit.

Bekämpfung der wichtigsten Krankheiten in der Europäischen Region

258. „Gesundheit 2020“ legt einen Schwerpunkt auf eine Reihe wirksamer, miteinander verzahnter Strategien und Interventionen zur Bewältigung der großen gesundheitlichen Herausforderungen in der Region. Diese zielen sowohl auf nichtübertragbare als auch auf übertragbare Krankheiten ab. Beide Bereiche erfordern eine Kombination von entschlossenen Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Interventionen des Gesundheitssystems. Ihre Wirksamkeit wird von Maßnahmen in den Bereichen Chancengleichheit, soziale Determinanten von Gesundheit, Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln und unterstützende Umfeldler erhöht. Um die hohe Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten für die Region erfolgreich abzubauen zu können, ist vor allem eine Kombination von Lösungsansätzen erforderlich.

259. „Gesundheit 2020“ propagiert die Umsetzung integrierter gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Ansätze, die in anderen regionalen und globalen Strategien vereinbart wurden, da zunehmend anerkannt wird, dass allein auf Verhaltensänderung abzielende Interventionen nur begrenzt Wirkung zeigen. Nichtübertragbare Krankheiten sind ungleich innerhalb der wie auch zwischen den Ländern verteilt und sind eng mit Maßnahmen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit verbunden. Zusätzlich zu der Aufgabe der Krankheitsprävention müssen Gesundheitssysteme auch große Herausforderungen bewältigen, die auf den Anstieg chronischer Krankheiten und namentlich psychischer Gesundheitsprobleme und altersbedingter Erkrankungen zurückzuführen sind.

Nichtübertragbare Krankheiten

Situationsanalyse

260. In der Europäischen Region entfällt ein Großteil der Sterblichkeit auf nichtübertragbare Krankheiten: 2008 waren sie für ungefähr 80% aller Todesfälle verantwortlich. Unter den großen Ursachengruppen entfallen auf die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (alle Altersgruppen) fast 50% aller Todesfälle insgesamt, doch sind hier die Zahlen innerhalb der Region je nach Schwere und Ausbreitung der Risikofaktoren sehr uneinheitlich und reichen von 35% in den Ländern, die vor Mai 2004 der EU angehörten (EU-15), bis zu 65% in den GUS-Staaten. Auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen in der Europäischen Region zu den wichtigsten Ursachen für vorzeitigen Tod, wobei die Zahlen jedoch in jüngster Zeit zurückgegangen sind. Infolge der Bevölkerungsalterung wächst auch die Krankheitslast aufgrund muskuloskelettaler Erkrankungen und neurodegenerativer Störungen.

261. Die Muster von Sterblichkeit und die Krankheitslast verschieben sich innerhalb der nichtübertragbaren Krankheiten und im Verhältnis zu anderen Krankheitsgruppen innerhalb der Europäischen Region. In den letzten zwei oder drei Jahrzehnten war die Gesamtsterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Europäischen Region rückläufig. Einige Unterschiede sind jedoch größer geworden: so hat sich in diesem Zeitraum die Sterblichkeit in den Ländern der EU-15 halbiert, dagegen in den GUS-Ländern um ein Zehntel zugenommen. Die Gesamtsituation bei der Sterblichkeit aufgrund von Krebs mag relativ unverändert erscheinen, verschleiert jedoch Unterschiede, wie etwa einen starken Rückgang der Sterberaten aufgrund von Lungenkrebs bei Männern und einen Anstieg in der gleichen Größenordnung bei Frauen (69).

262. Nichtübertragbare Krankheiten dominieren auch in der Europäischen Region die Liste der führenden Ursachen für die Krankheitsbelastung, wobei unipolare depressive Störungen und ischämische Herzkrankheit die wichtigsten Verursacher von DALY-Verlusten sind. Nichtübertragbare Krankheiten stehen in Wechselwirkungen zueinander; so treten beispielsweise bei Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes psychische Störungen

unverhältnismäßig häufig auf. Depressionen wirken sich negativ auf den Verlauf und das Ergebnis chronischer Krankheiten aus, und umgekehrt verschlechtern andere Leiden die Prognose bei Depressionen (152).

263. Diese Krankheiten haben beträchtliche negative wirtschaftliche Folgen. So verursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Volkswirtschaften der EU-Staaten Kosten von schätzungsweise 192 Mrd. € pro Jahr (153). Neben den steigenden Kosten im Gesundheitswesen gibt es auch allgemeinere Auswirkungen. Arbeitgeber klagen über zunehmende Fehlzeiten, gesunkene Produktivität und niedrigeren Umsatz pro Beschäftigtem, während die Betroffenen und ihre Familien oftmals Einkommenseinbußen, einen vorzeitigen Eintritt in den Ruhestand, eine gestiegene Abhängigkeit von Sozialleistungen und eine finanzielle Belastung durch (direkte und indirekte) Gesundheitskosten hinnehmen müssen (154,155). Der Staat wiederum verzeichnet beträchtliche Steuerausfälle sowohl aufgrund niedrigerer Beschäftigung als auch wegen eines Rückgangs der Verbraucherausgaben für mehrwertsteuerpflichtige Güter und Dienstleistungen.

264. Die Prognose für die Last aufgrund dieser wichtigsten Krankheiten wird vom Zusammenwirken dreier Faktoren beeinflusst: demografische Veränderungen aufgrund von Bevölkerungsalterung und Verschiebungen durch Migration; zeitliche und geografische Veränderungen beeinflussbarer Risikofaktoren in Verbindung mit Urbanisierung und wirtschaftlicher Globalisierung; und ein relativer Rückgang bei den Infektionskrankheiten. Der Tabakkonsum nimmt bei Frauen und Mädchen in der Europäischen Region zu, insbesondere im östlichen Teil der Region. Der Alkoholkonsum steigt im östlichen Teil der Region und sinkt im westlichen Teil nur geringfügig. Die Prävalenz von Adipositas und Übergewicht nimmt durchgehend bei Erwachsenen wie Kindern auf beunruhigende Weise zu (69).

265. Der Anteil der Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, wird laut Prognosen in den nächsten zwei Jahrzehnten innerhalb der EU um nahezu 50% steigen. Die Zuwanderung in die Europäische Region wie auch die Migration innerhalb der Europäischen Region nehmen zu. Die Migranten sind stärker durch Risikofaktoren im Zusammenhang mit nichtübertragbaren Krankheiten belastet und haben weniger Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen.

Die wichtigsten Determinanten und Risikofaktoren

266. Die diesen Unterschieden zugrunde liegenden Gesundheitsdeterminanten sind komplex und umfassen sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Faktoren. Individuelle Unterschiede in Bezug auf Anfälligkeit und Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten sind zum Teil genetisch bedingt. Die von der WHO eingesetzte Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit (CSDH) führt gesundheitliche Ungleichgewichte auf die Umstände zurück, unter denen die Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern (soziale Determinanten), aber auch auf die Gesundheitssysteme, die für die Versorgung Kranker zuständig sind. Für diese sozialen Determinanten sind erhebliche Ungleichgewichte bei der Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen verantwortlich (27).

267. Die meisten schweren, im Erwachsenenalter auftretenden Krankheiten entwickeln sich über einen längeren Zeitraum, und die gesundheitlichen Folgen von gesundheitsschädlichem Verhalten und Umweltgefahren äußern sich häufig erst lange nach der Exposition – meist erst, wenn die Betroffenen erwachsen sind oder noch später. Für viele Menschen und Gruppen erhöht sich durch die Anhäufung und das Zusammenwirken vielfältiger Benachteiligungen sowie durch persönliche Entscheidungen und Lebensumstände die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Todes oder einer Behinderung. In jeder Phase im Lebensverlauf kann Unterstützung auf der Makro- wie auf der Mikroebene sich positiv auf die Widerstandsfähigkeit, die Gesundheit und das Wohlergehen des Einzelnen auswirken.

268. Die Exposition gegenüber gesundheitsschädlichen Bedingungen und die daraus resultierende Anfälligkeit sind abhängig vom sozioökonomischen Status bzw. von anderen demografischen Merkmalen wie Rasse, Ethnizität oder Geschlecht ungleich verteilt. So ist etwa ein höherer Bildungsstand eng mit gesünderer Ernährung und geringerem Tabakgebrauch verknüpft. Sie werden auch in hohem Maß von der Konsumgesellschaft, einem allgegenwärtigen Produktmarketing und – in vielen Gesellschaften – einer unzureichenden Regulierung schädlicher Güter beeinflusst.

269. Die vorliegenden Erkenntnisse deuten darauf hin, dass Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten wie Diabetes vom Typ 2 und Herzkrankheit in der frühen Kindheit oder sogar noch früher in der Fötalphase beginnen. Der sozioökonomische Status in jungen Jahren hat einen großen Einfluss auf die Gesundheit – und namentlich auf das Auftreten nichtübertragbarer Krankheiten in späteren Lebensphasen. Gesundheit und Aktivsein im Alter ergeben sich aus der Summe der Lebensumstände und Handlungen eines jeden Menschen während des gesamten Lebens. Um die mit der gegenwärtigen Krankheitslast aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten verbundenen menschlichen und sozialen Kosten zu senken, bedarf es eines Lebensverlaufansatzes.

Bewährte Lösungen

Prävention: Determinanten und Risikofaktoren

270. Hier müssen vier gemeinsame lebensstil- und verhaltensbedingte Faktoren berücksichtigt werden: Tabakkonsum, schädlicher Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung (20, 156–159). Auch wenn hier konkrete Interventionen beschrieben werden, so hat doch ein integrierter Ansatz mit einer Kombination mehrerer Interventionen mehr Aussicht auf Erfolg, weil Personen und Bevölkerungen meist einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt sind. Außerdem sollte hier darauf hingewiesen werden, dass heute zunehmend Vorschriften und Beschränkungen eingesetzt werden, wo sich diese als wirksam und gesellschaftlich akzeptabel erweisen (beispielsweise in Bezug auf Rauchen).

271. Zur Verringerung des Tabakgebrauchs wurden kostenwirksame Strategien auf der Grundlage von Erkenntnissen entwickelt, zu denen das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (20) und insgesamt sechs MPOWER-Strategien (160) zur Unterstützung des Übereinkommens auf der Ebene der Länder gehören: Überwachung des Tabakkonsums und der Wirksamkeit von Präventivmaßnahmen; Schutz vor Exposition gegenüber Passivrauch; Hilfe bei der Raucherentwöhnung; Warnung vor den Gefahren des Tabakkonsums; Durchsetzung von Beschränkungen für Tabakwerbung, Verkaufsförderung und Sponsoring; und Anhebung der Tabaksteuern. Maßnahmen zur Tabakbekämpfung sind nach Impfungen im Kindesalter die zweitwirksamste Art der Mittelverwendung zur Gesundheitsverbesserung. Wenn nur ein einziger Artikel des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs umgesetzt werden kann, dann ist die Erhöhung des Tabakpreises durch höhere Steuern die wirksamste Einzelmaßnahme, um den Tabakkonsum zu vermindern und Tabakkonsumenten zum Aufhören zu bewegen (161).

272. Zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums können nach Ermessen jedes Landes nachstehende Interventionen durchgeführt werden, die eine Veränderung der Rahmenbedingungen bewirken und die Menschen zu gesundheitsförderlichen Entscheidungen ermutigen und befähigen können: Einrichtung eines Systems für die spezielle inländische Besteuerung von Alkohol, begleitet von einem wirksamen Vollzugssystem, das gegebenenfalls den Alkoholgehalt des jeweiligen Getränks berücksichtigen kann; Regulierung von Zahl und Lage der Orte, an denen Alkohol konsumiert bzw. gekauft werden kann; Regulierung der Öffnungstage und Öffnungszeiten von Verkaufsstellen; Festlegung eines angemessenen Mindestalters für Kauf und Konsum alkoholischer Getränke und Durchführung anderer Maßnahmen, um die Hürden für den Verkauf alkoholischer Getränke an Jugendliche sowie deren Konsum zu erhöhen; Festlegung und

Durchsetzung einer Obergrenze für den Blutalkoholgehalt sowie eines niedrigeren Grenzwerts für Berufskraftfahrer, junge Fahrer und Fahranfänger; Förderung von Nüchternheits-Kontrollstellen (sobriety checkpoints) und stichprobenartigen Atemtests; Unterstützung von Initiativen für Reihenuntersuchungen und von Kurzinterventionen in Bezug auf gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung und in anderen Bereichen (solche Initiativen sollten die Früherkennung und Handhabung von schädlichem Alkoholkonsum bei Schwangeren und Frauen im gebärfähigen Alter einschließen); effektivere Abstimmung integrierter bzw. miteinander verknüpfter Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsstrategien und -leistungen für alkoholbedingte Störungen und komorbide Leiden wie Substanzmissbrauchsstörungen, Depressionen, Suizid, HIV-Infektionen und Tuberkulose (162).

273. Regelmäßige körperliche Betätigung bringt bedeutende Gesundheitsvorteile mit sich, verringert das Risiko der meisten chronischen nichtübertragbaren Krankheiten und trägt zu psychischer Gesundheit und Wohlbefinden insgesamt bei (163). Die Teilnahme an körperlicher Betätigung verbessert auch die Möglichkeiten zu sozialer Interaktion und das Zugehörigkeitsgefühl zur Gemeinschaft (164). Der gesundheitliche Nutzen mäßiger bis intensiver körperlicher Betätigung muss hervorgehoben werden: Erwachsene sollten sich insgesamt mindestens 30 Minuten täglich körperlich betätigen, Kinder und Jugendliche mindestens 60 Minuten (165). Die Veranlassung inaktiver oder bewegungsarmer Gruppen zur körperlichen Betätigung bewirkt die größten gesundheitlichen Zugewinne. Die sozialen und räumlichen Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass die körperliche Betätigung sicher und leicht in den Alltag der Menschen integriert werden kann; dies kann beispielsweise durch Städteplanung und integrierte Verkehrssysteme zur Förderung von Zufußgehen und Radfahren geschehen (166).

274. Zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten müssen folgende Anforderungen beachtet werden: Erreichen einer ausgewogenen Energiebilanz und eines gesunden Körpergewichts; Begrenzung der Energieaufnahme aufgrund der Gesamtfettzufuhr und Verlagerung der Fettzufuhr von gesättigten zu ungesättigten Fetten, bei vollständiger Vermeidung von Transfettsäuren; Begrenzung der Zufuhr freier Zucker; Begrenzung der Salzzufuhr (Natrium) aus allen Quellen und Gewährleistung, dass Salz jodiert wird; erhöhter Verzehr von Obst und Gemüse, Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten und Nüssen. Wie in der Globalen Strategie der WHO für Ernährung, Bewegung und Gesundheit (167) beschrieben, sollten die Länder nach Maßgabe ihrer nationalen Möglichkeiten und ihres epidemiologischen Profils eine Kombination von Maßnahmen beschließen, die unter anderem folgende Elemente umfassen sollte: Aufklärung, Kommunikation und Schärfung des Bewusstseins der Bevölkerung; Alphabetisierungs- und Bildungsprogramme für Erwachsene; Marketing, Werbung, Sponsoring und Verkaufsförderung; Kennzeichnung; und Kontrolle gesundheitsbezogener Angaben und Botschaften. Die einzelstaatliche Ernährungs- und Landwirtschaftspolitik sollte mit dem Schutz und der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung im Einklang stehen.

275. Zusätzlich zu Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Bezug auf die bereits beschriebenen vier Hauptrisikofaktoren sollten Verknüpfungen zu den Bereichen sexuelle Gesundheit, Infektionskrankheiten sowie Umwelt und Gesundheit hergestellt werden, insbesondere im Hinblick auf die Krebsprävention und die medizinische Genetik. Die Einführung und Durchsetzung von Rechtsvorschriften kann sich günstig auf die Exposition gegenüber karzinogenen Stoffen am Arbeitsplatz und in der Umwelt auswirken. Die Förderung von sicheren Sexualpraktiken und von Impfungen kann die Übertragung von nachweislich Krebs verursachenden Viren wie dem humanen Papillomavirus und Hepatitis B verhindern.

276. Das Erkrankungsrisiko kann von den Wechselwirkungen zwischen der Einzelperson, ihrer persönlichen Anfälligkeit und ihrem weiteren Umfeld abhängen. Viele Krankheiten wie Diabetes und Asthma haben ein komplexes Vererbungsmuster (168). Das Verständnis der Erbanlagen von Personen ermöglicht vielleicht eine stärker personalisierte Krankheitsprävention; verwertbare Evidenz dafür, dass dies zu Verbesserungen bereits wirksamer Präventionsstrategien auf

der Ebene der Bevölkerung führt, muss jedoch noch vorgelegt werden (169). Andererseits nehmen die Erkenntnisse über die Bedeutung von Umweltdeterminanten für chronische Krankheiten zu. Beispielsweise erhöht die Verschmutzung der Innen- und Außenluft das Risiko von Asthma und anderen Atemwegserkrankungen, und Feinstaubpartikel in der Luft erhöhen das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Lungenkrebs – mit signifikanten Auswirkungen auf die Lebenserwartung (170). Radon ist nach Rauchen die zweitwichtigste Ursache von Lungenkrebs. Die Primärprävention von Krankheiten – also die Vermeidung ihres Auftretens – konzentriert sich auf die Eliminierung oder Verringerung der Exposition gegenüber umweltbedingten Risikofaktoren (171). Eine rückläufige Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach der Einführung eines Rauchverbots an öffentlichen Orten oder der Verringerung der Belastung der Umgebungsluft sind Beispiele dafür, wie erfolgreiche Maßnahmen zur Bekämpfung der umweltbedingten Determinanten der Gesundheit zugute kommen können.

Die Frühphase von Krankheiten: Reihenuntersuchungen und Frühdiagnose

277. Dort, wo eine Krankheit eingetreten ist und eine wirksame Behandlung existiert, sind eine frühestmögliche Krankheitserkennung und die bestmögliche integrierte und multidisziplinäre Versorgung erforderlich. So könnten etwa ein Drittel aller Krebspatienten geheilt werden, wenn sie früh genug diagnostiziert und wirksam behandelt würden. Die Schärfung des Bewusstseins für die Frühzeichen und Symptome von Krebs in der Bevölkerung wie auch bei Gesundheitsfachkräften kann zu seiner Erkennung in früheren Phasen der Krankheit (Downstaging) führen und eine wirksamere und einfachere Therapie ermöglichen. In Bezug auf die Früherkennung bestehen derzeit Unterschiede sowohl innerhalb von als auch zwischen Ländern. Wo Gesundheitssysteme ein organisiertes Reihenuntersuchungsprogramm auf Ebene der Bevölkerung unterstützen, mit dem jene Gruppen erreicht werden, die davon profitieren würden, können solche Untersuchungen zur Verhinderung von Invalidität und Tod und zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Beispielsweise gibt es Belege dafür, dass in Ländern mit ausreichenden Ressourcen für eine geeignete Behandlung Reihenuntersuchungen zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs wirksam sind (172).

278. Ein anderes bewährtes Verfahren ist die Untersuchung von Einzelpersonen auf ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mittels einer Gesamtrisikobewertung auf der Grundlage von Alter, Geschlecht, „Raucherkarriere“, Diabetes-Status und Blutdruck sowie des Verhältnisses von Gesamtcholesterin zu Lipoproteinen hoher Dichte. Eine Kombinationstherapie (Aspirin, Betablocker, Diuretika, Statine) für Personen mit einem geschätzten Gesamtrisiko eines kardiovaskulären Ereignisses von mehr als 5% im Lauf der nächsten zehn Jahre hat sich in allen WHO-Regionen als sehr kosteneffektiv erwiesen (173).

Invalidität verhindern

279. Chronische nichtübertragbare Krankheiten können wichtige Ursachen von Behinderung sein, etwa bei Erblindung oder Amputation unterer Gliedmaßen bei Personen mit Diabetes oder bei motorischen Störungen nach einem Schlaganfall. Schätzungen zufolge sind muskuloskeletale Störungen in der EU für die Hälfte der Fehlzeiten am Arbeitsplatz und für 60% der auf Dauer verlorenen Erwerbsfähigkeit verantwortlich.

280. Das ist jedoch nicht unvermeidbar. Eine prompte und wirksame Behandlung kann zur Heilung führen bzw. die Aussichten auf ein Wiederauftreten oder auf Langzeitfolgen verringern; Rehabilitation und verbesserte Pflegemodelle können Störungen beherrschbar machen, sodass sie nicht mehr zu Invalidität führen; und Anpassungen des häuslichen Umfelds und am Arbeitsplatz können den Betroffenen ihre Unabhängigkeit und Erwerbsfähigkeit erhalten. Beispielsweise verringert nach einem Herzinfarkt eine kardiologische Rehabilitation mit einem Schwerpunkt auf körperlicher Betätigung die Sterblichkeit signifikant. Durch die Behandlung von Schlaganfallpatienten auf hierfür spezialisierten Stationen kann der Anteil der Todes- oder

Pflegefälle um 25% gesenkt werden. Des Weiteren sind chronische Erkrankungen nicht grundsätzlich eine Folge des Alterns, wenngleich ihre Prävalenz und Schwere oftmals mit wachsendem Alter zunehmen.

281. Palliativversorgung ist ein integraler Bestandteil von Langzeitpflege: Die Betroffenen werden so unterstützt, dass sie die bestmögliche Lebensqualität in den Endphasen ihrer Krankheit erreichen können und ihnen ein friedliches und schmerzloses Lebensende ermöglicht wird. Eine solche Form der Versorgung am Lebensende betrifft vor allem Krebspatienten; sie kann jedoch auch Personen zugute kommen, die unter chronischen Mehrfacherkrankungen leiden. Einfache und relativ kostengünstige Maßnahmen, wie die Verbesserung des Zugangs zu oral verabreichtem Morphin zur ausreichenden Schmerzlinderung, können für viele Menschen die Lebensqualität verbessern.

Ein integriertes Gesamtkonzept

282. Bei den nichtübertragbaren Krankheiten wurden 2011 mehrere wichtige Entwicklungen verzeichnet. Im April 2011 fand in Moskau die Erste Globale Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten statt. Sie nahm als Ergebnis die Erklärung von Moskau (174) an, die anschließend im Mai 2011 von der Weltgesundheitsversammlung gebilligt wurde (175). Im September 2011 nahm das WHO-Regionalkomitee für Europa je einen Aktionsplan gegen nichtübertragbare Krankheiten (176) und übermäßigen Alkoholkonsum (177) an. Schließlich wurde eine Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten einberufen, wodurch das Handlungsfeld der nichtübertragbaren Krankheiten mit der Entwicklungspolitik verknüpft wurde. Die daraus resultierende Politische Erklärung (178) umriss das Ausmaß nichtübertragbarer Krankheiten, die von ihnen ausgehende Bedrohung und die Folgen, wobei Einigkeit darüber bestand, dass auf diese Herausforderung mit gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen reagiert werden muss.

283. Zu vorrangigen Handlungsbereichen für die Europäische Region zählen: die Politische Erklärung der Vereinten Nationen über nichtübertragbare Krankheiten von 2011 (178); das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (20); die Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit (167); die globale Strategie und der Aktionsplan der Europäischen Region zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (177); der Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (176); und die Aktionspläne für psychische Gesundheit. In allen diesen Fällen steht die Gesundheitsförderung gemäß der Definition in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (30) im Mittelpunkt. Die Regierungen sind aufgefordert, zu allen diesen Aktionsbereichen sektorübergreifende Strategien mit Zielen und Zielvorgaben für die wichtigsten Herausforderungen in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten auszuarbeiten.

284. Zwei Krankheitsgruppen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs) sind für fast drei Viertel der Sterblichkeit in der Europäischen Region der WHO verantwortlich, und mehr als die Hälfte der Krankheitslast (gemessen in DALY-Verlusten) entfällt auf nur drei Hauptkrankheitsgruppen, nämlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und psychische Störungen. Ein Großteil der vorzeitigen Sterblichkeit ist vermeidbar: Schätzungen zufolge könnten mindestens 80% aller Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Fälle von Typ-2-Diabetes und mindestens ein Drittel aller Krebsfälle verhindert werden (179). Ungleichheiten innerhalb von wie auch zwischen Ländern in Bezug auf die Last durch nichtübertragbare Krankheiten verdeutlichen, dass das Potenzial für gesundheitliche Zugewinne noch enorm hoch ist.

285. Die Hauptpriorität besteht darin, wirksame Interventionen chancengerechter und in angemessenem Umfang durchzuführen, wobei es sicherzustellen gilt, dass vorhandenes Wissen besser und chancengerechter angewandt wird. Die Gruppe der nichtübertragbaren Krankheiten

weist zahlreiche gemeinsame Risikofaktoren, zugrunde liegende Determinanten und Interventionsmöglichkeiten auf; dies gilt sowohl für den Krankheitsverlauf als auch für den Lebensverlauf. So entfallen auf sieben führende Risikofaktoren (Tabakgebrauch, Alkoholkonsum, Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht, niedriger Obst- und Gemüseverzehr, Bewegungsmangel) fast 60% der gesamten Krankheitslast in der Europäischen Region. Bei Verfolgung eines integrierten und auf die gemeinsamen Risikofaktoren ausgerichteten Ansatzes zur Krankheitsprävention sowie eines Konzeptes für chronische Erkrankungen besteht die Wahrscheinlichkeit eines gleichzeitigen Nutzens in Bezug auf mehrere Gesundheitsprobleme (180).

286. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (181) propagiert einen umfassenden und integrierten Ansatz zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, wirbt für die Gesundheitsförderung auf Ebene der Bevölkerung und Programme zur Krankheitsprävention, zielt aktiv auf Hochrisikogruppen und -personen ab, maximiert die Versorgung der Bevölkerung mit wirksamen Behandlungs- und Pflegeangeboten und verbindet Konzepte und konkrete Maßnahmen zur Verringerung der Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich. Der Aktionsplan für die Umsetzung dieser Strategie (176) konzentriert sich entsprechend der internationalen Fokussierung auf Maßnahmen mit den größten Erfolgsaussichten (sog. „best buys“) (182,183) insbesondere auf vorrangige Interventionen mit potenziellen positiven Auswirkungen auf Mortalität und Morbidität: Förderung eines gesunden Konsumverhaltens durch Steuer- und Marktpolitik; Ersatz von Transfettsäuren in Nahrungsmitteln durch mehrfach ungesättigte Fettsäuren; Verringerung der Salzzufuhr; Bewertung und Steuerung des kardiometabolischen Risikos; Krebsfrüherkennung. Diese werden durch Interventionen zur Förderung aktiver Mobilität und zur Gesundheitsförderung in verschiedenen Umfeldern unterstützt, beispielsweise durch Städtegestaltung und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz.

287. Hinzu kommt, dass für die durch Immunisierung verhinderbaren Krebsarten (Leberkrebs durch das Hepatitis-B-Virus und Gebärmutterhalskrebs sowie andere Krebsarten durch das humane Papillomavirus) Impfungen in Erwägung gezogen werden. Was die potenziellen Auswirkungen auf die Lebensqualität betrifft, so verdienen auch die Palliativversorgung am Lebensende und insbesondere die wirksame Schmerzlinderung besondere Erwähnung.

Psychische Gesundheit

Situationsanalyse

288. Psychische Störungen sind mit 19% die zweitwichtigste Komponente der Krankheitslast (DALY) in der Europäischen Region – und die wichtigste Ursache für Erwerbsunfähigkeit. Die Bevölkerungsalterung führt zu einem Anstieg der Prävalenz von Demenz. Etwa 25% der Bevölkerung sind jedes Jahr von allgemeinen psychischen Störungen (Depressionen und Angstzuständen) betroffen. Etwa 50% der Personen mit psychischen Störungen erhalten jedoch keinerlei Behandlung. Stigmatisierung und Diskriminierung sind die Hauptgründe, aus denen Betroffene es vermeiden, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

289. Die psychische Gesundheit spielt in der Europäischen Region eine wichtige Rolle bei der Entstehung gesundheitlicher Benachteiligungen. Psychische Gesundheitsprobleme haben schwerwiegende Folgen nicht nur für die Betroffenen und ihre Familien, sondern auch für die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft und das Wohlergehen der Gesellschaft. Psychische Gesundheitsprobleme können sowohl Folge als auch Ursache von Benachteiligung, Armut und Ausgrenzung sein. Die psychische Gesundheit ist auch ein wichtiger Risikofaktor für die Morbidität und Mortalität aufgrund anderer Krankheiten. Es wurde nachgewiesen, dass insbesondere Depressionen einen stark negativen Einfluss auf die Überlebensraten von Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs haben. Depressive Störungen sind bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern.

290. Fast alle Länder in der Europäischen Region verfügen über Konzepte und Vorschriften in Bezug auf die psychische Gesundheit, doch Kapazitäten und Qualität der Angebote sind sehr uneinheitlich. Während manche Länder Einrichtungen geschlossen oder deren Zahl verringert und sie durch eine Reihe von Angeboten auf Gemeindeebene ersetzt haben, vertrauen viele andere Länder weiterhin auf die traditionellen psychiatrischen Dienste und wenden bis zu 90% ihres Etats für psychische Gesundheit für psychiatrische Einrichtungen auf. In Programme für das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung und die Vorbeugung gegen Störungen im Kindesalter – häufig die Vorläufer von lebenslangem Leiden – wird kaum investiert.

291. Die kostenwirksamste Intervention auf der Bevölkerungsebene ist die Schaffung von Beschäftigung, entweder im öffentlichen Sektor oder durch Anreize für die Ausweitung im privaten Sektor. Die Schnittstelle zwischen Beschäftigung und psychischer Gesundheit ist heute von wachsendem Interesse, weil gute Arbeitsplätze sich positiv auf Gesundheit und ihre Determinanten (guter Lebensstandard, Selbstwertgefühl, gesellschaftliche Teilhabe) auswirken können. Dies kann auch zur Gesundheit und Produktivität der Erwerbsbevölkerung beitragen, was wiederum positive Nebeneffekte auf Familien und Gemeinschaften hat. Leistungsfähige arbeitsmedizinische Dienste können gefährdete Personen schon frühzeitig ermitteln, anschließend beobachten und ggf. unterstützen. Für Gruppen mit einem höheren Risiko können Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsdienste wie Reihenuntersuchungen und Aufklärungsmaßnahmen wirksam sein. Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen müssen in der primären Gesundheitsversorgung identifiziert werden, und Personen mit schweren Störungen müssen an Fachärzte überwiesen werden.

Bewährte Lösungen

292. Für die Europäische Region der WHO wird eine Strategie für psychische Gesundheit ausgearbeitet, die dem WHO-Regionalkomitee für Europa voraussichtlich 2013 vorgelegt werden soll. Zu den Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit zählt, das Wohlergehen der Bevölkerung auch in Zeiten mit schwachem Wirtschaftswachstum und Kürzungen der öffentlichen Ausgaben zu gewährleisten. Dies kann in einem Anstieg der Arbeitslosigkeit (insbesondere der Langzeitarbeitslosigkeit) und der Armut resultieren, was mit der Gefahr von Depressionen verbunden ist, während gleichzeitig den psychosozialen Diensten Kürzungen drohen. Die psychosoziale Belastung aufgrund unsicherer Beschäftigungsverhältnisse ist ebenfalls groß. Eine besonders wichtige Aufgabe ist, die Frühdiagnose von Depressionen zu fördern und Suizide zu verhindern. Zu diesem Zweck sollten bürgernahe Interventionsprogramme und Dienste wie Krisentelefone und Krisenberatung eingerichtet werden. Gefährdeten jungen Menschen kann durch Maßnahmen in Schulen wie Frühwarnsysteme und Anti-Mobbing-Kampagnen geholfen werden. Es gibt mittlerweile zunehmende Erkenntnisse über den schädlichen Zusammenhang zwischen psychischen Gesundheitsproblemen, sozialer Ausgrenzung, Arbeits- und Obdachlosigkeit sowie Störungen infolge von Alkoholmissbrauch und sonstigem Substanzgebrauch. Ferner müssen auch neue, durch virtuelle Welten bedingte Formen von Sucht thematisiert werden.

293. Manche Länder reagieren auf die Bedrohung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung, indem sie die Fachberatung ausweiten. Auch wächst das Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Schulden und Depressionen, und die Schuldnerberatung spielt eine wichtige Rolle bei der Wiederherstellung finanzieller Sicherheit.

294. Ein auf Rechten basierender Ansatz in der Gesundheitsversorgung erfordert es, dass psychosoziale Dienste Sicherheit und Unterstützung bieten und dass jeder Patient mit Würde und Respekt behandelt wird. Patienten, die psychisch versorgt werden, sollten in Entscheidungen über ihre Behandlung einbezogen werden. Fachkräfte für die psychische Gesundheitsversorgung sollten Patienten ermutigen, unterstützt durch die Bereitstellung geeigneter Informationen ihre eigenen Entscheidungen in Bezug auf ihre Versorgung zu treffen; dementsprechend

sollten Personen, die eine psychosoziale Versorgung in Anspruch nehmen, in ihre Gestaltung, Durchführung, Überwachung und Evaluation einbezogen werden.

295. Auf der Bevölkerungsebene bietet die Bedrohung der psychischen Gesundheit Chancen zur Herstellung von Verknüpfungen zwischen Akteuren wie Beihilfestellen, Schuldnerberatern und gemeindenahen psychosozialen Diensten, die aufeinander angewiesen sind, üblicherweise aber nicht zusammenarbeiten. Um Wirksamkeit und Effizienz zu erreichen, ist Abstimmung unerlässlich, und das Personal gemeindenaher psychosozialer Dienste verfügt über gute Voraussetzungen, um diese Rolle zu übernehmen.

296. Die WHO hat das Globale Aktionsprogramm für psychische Gesundheit (mental health Global Action Programme – mhGAP) (184) entwickelt, in dem wirksame Interventionen bei psychischen Störungen erläutert werden. Die Strategie für den Bereich psychische Gesundheit, die gegenwärtig vom WHO-Regionalbüro für Europa ausgearbeitet wird, befasst sich mit Möglichkeiten zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der Bevölkerung und soll die Entwicklung psychischer Störungen verhindern und gleichzeitig Chancengleichheit hinsichtlich des Zugangs zu hochwertigen Angeboten herstellen. Das Regionalbüro arbeitet außerdem mit den Ländern bei der Ausbildung von Fachkräften im Bereich der psychischen Gesundheit zusammen, die über die erforderliche Kompetenz zur Bewältigung der Herausforderungen verfügen.

297. Die Systeme für die psychische Gesundheitsversorgung haben sich über die frühere Schwerpunktlegung auf die Behandlung bzw. Prävention von Störungen hinaus weiterentwickelt. Die Konzepte, Rechtsvorschriften und Umsetzungsstrategien im Bereich der psychischen Gesundheit befinden sich in einem Umbruchprozess hin zur Schaffung von Strukturen und Ressourcen, die darauf abzielen, Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu selbstbestimmtem Handeln zu befähigen, damit sie ihr inhärentes Potenzial ausschöpfen und voll und ganz am gesellschaftlichen Leben und am Familienleben teilnehmen können. Diese Aufgabe kann nur dann bewältigt werden, wenn Angebote und Maßnahmen bereitgestellt werden, durch die die Patienten und ihr Umfeld gestärkt und die Menschenrechte geschützt bzw. gefördert werden.

Verletzungs- und Gewaltprävention

Situationsanalyse

298. Verletzungen, seien es nicht vorsätzliche (Unfälle im Straßenverkehr, Vergiftung, Ertrinken, Brände, Stürze) oder vorsätzliche (durch interpersonelle oder gegen die eigene Person gerichtete Gewalt), sind in der Europäischen Region der WHO jährlich für ca. 700 000 Todesfälle verantwortlich (185). In der Altersgruppe von 5 bis 44 Jahren sind sie die häufigste Todesursache. Die Hauptursachen von Verletzungen sind Unfälle im Straßenverkehr, Vergiftungen, interpersonelle Gewalt und gegen die eigene Person gerichtete Gewalt. Verletzungen sind für 9% der Todesfälle in der Region verantwortlich, aber für 14% der in DALY gemessenen Krankheitslast (186). Auch wenn hier eine allgemein sinkende Tendenz festzustellen ist, so ist doch in Zeiten eines sozioökonomischen und politischen Übergangs die Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen gestiegen (187). Unfälle sind eine wichtige Ursache gesundheitlicher Benachteiligungen in der Europäischen Region. In den GUS-Staaten ist die Sterblichkeit immer noch viermal höher als in der EU, und 76% der Todesfälle in der Europäischen Region werden in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen registriert.

299. Innerhalb von Ländern hängen Verletzungen und Gewalt eng mit der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit zusammen und sind für Benachteiligungen im Gesundheitsbereich verantwortlich. Für die unterschiedlichen Verletzungsarten gibt es übergreifende Risikofaktoren wie Alkohol- und Substanzmissbrauch, Armut, Verelendung, niedriger Bildungserfolg und unsichere Umfeldler (188,189). Diese betreffen auch andere Kategorien von Gesundheitsproblemen

wie nichtübertragbare Krankheiten, was Chancen für gemeinsames Handeln eröffnet. Viele dieser Risikofaktoren sind sozial determiniert. Bei der Entwicklung wirksamer Präventionsstrategien müssen die zugrunde liegenden strukturellen Faktoren gebührend berücksichtigt und muss eine Veränderung des individuellen Risikoverhaltens wie auch des Risikoverhaltens auf Ebene der Bevölkerung angestrebt werden.

300. Geschlechtsspezifische Gewalt ist einer der empfindlichsten Indikatoren für Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und kann die körperliche und die psychische Gesundheit der Betroffenen stark beeinträchtigen. In der Europäischen Region sind keine vergleichbaren Daten zu diesem Problem verfügbar. Erhebungen aus einer Reihe von Ländern lassen jedoch darauf schließen, dass zwischen 10% und 60% der Frauen schon einmal von einem Intimpartner angegriffen wurden.

Bewährte Lösungen

301. Einige Länder der Europäischen Region zählen zu den sichersten der Welt. Wenn alle Länder die gleichen verletzungsbedingten Sterblichkeitsraten erreichen könnten wie jene Länder, in denen die verletzungsbedingte Sterblichkeit am niedrigsten ist, könnten in der Region jedes Jahr schätzungsweise eine halbe Million Menschenleben gerettet werden. Die Länder mit niedrigen Verletzungsraten haben in Sicherheit als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe investiert und mit einer Kombination von Rechtsvorschriften, Durchsetzungsmaßnahmen, technischer Planung und Aufklärung sichere Umgebungen geschaffen und sicherheitsbewusstes Verhalten gefördert (auf der Straße, zu Hause und im Nachtleben) (188). Solche Maßnahmen gehen auch über das Gesundheitswesen hinaus, und die Herausforderung bei der Prävention und Bekämpfung von Gewalt und Verletzungen besteht darin sicherzustellen, dass diesen Aufgaben von den Entscheidungsträgern und Praktikern in Gesundheitspolitik und anderen Politikbereichen ein hoher Stellenwert eingeräumt wird (190). Hier wird ein Lebensverlaufansatz befürwortet, und zu einem frühen Zeitpunkt im Leben durchgeführte Interventionen werden in späteren Jahren und über Generationen hinweg Früchte tragen.

302. Es mehren sich die Erkenntnisse über wirksame Strategien zur Verletzungs- und Gewaltprävention, wobei viele Strategien nachweislich auch kostenwirksam sind, was beweist, dass Investitionen in Sicherheit der Gesellschaft insgesamt Nutzen bringen. Beispielsweise führt jeder in Kindersitze investierte Euro zu Einsparungen von 32 €; bei Motorradhelmen beträgt dieser Wert 16 €, bei Rauchmeldern 69 €, bei Hausbesuchsprogrammen zur Aufklärung von Eltern in Bezug auf Kindesmissbrauch 19 €, bei Präventivberatung durch Kinderärzte 10 € und bei Vergiftungszentralen 7 € (191). Die WHO hat insgesamt 100 evidenzgeleitete Interventionen vorgeschlagen, deren Durchführung die Ungleichgewichte in Bezug auf die Verletzungslast in der gesamten Region drastisch verringern würde (192). Dazu zählen Konzepte auf der Bevölkerungsebene und individuelle Konzepte in der Prävention, wie die Verringerung des Alkoholmissbrauchs, eines wesentlichen Risikofaktors in Bezug auf Verletzungen und Gewalt. Zu den kostenwirksamen Interventionen auf der Bevölkerungsebene zählen Regulierung, die Prüfung von Preisgestaltungskonzepten und die Regulierung von Werbung sowie auf der Zielebene Kurzberatungen durch Ärzte. Die WHO bemüht sich darum, die Mitgliedstaaten zu einem aktiven Eintreten für die Umsetzung der 100 evidenzgeleiteten Interventionen zu überreden; sie stützt sich dabei auf die Resolution EUR/RC55/R9 des WHO-Regionalkomitees für Europa zur Verletzungsprävention (193). In regelmäßigen Abständen durchgeführte Erhebungen zeigen, dass hier gute Fortschritte erzielt werden, wenngleich noch viel mehr getan werden muss.

303. Zu den Beispielen für konkrete Handlungsfelder zählt die Aktionsdekade für Straßenverkehrssicherheit 2011–2020 der Vereinten Nationen, die am 11. Mai 2011 eingeläutet wurde. Viele Länder in der Region haben Fragen der Straßenverkehrssicherheit systematisch in alle Bereiche ihrer staatlichen Politik einbezogen. Die WHO arbeitet zusammen mit Gesundheitsministerien und anderen Partnern darauf hin, nationale Zielvorgaben zu erreichen, zu denen in vielen

Ländern zählt, die Zahl der Todesfälle im Straßenverkehr bis 2020 zu halbieren. Im Rahmen der Überzeugungsarbeit für eine Unterbrechung des Kreislaufs der Gewalt werden in mehreren Ländern Erhebungen zu negativen Erfahrungen im Kindesalter durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Erhebungen werden im Rahmen landesweiter grundsatzpolitischer Dialoge vorgestellt, in denen vorrangig eine systematische Einbeziehung von Interventionen zur Prävention von Kindesmisshandlung in Programme für Kindergesundheit und -entwicklung angestrebt wird. Intensivere Anstrengungen werden auch in zwei anderen vernachlässigten Handlungsfeldern angestrebt: Prävention der Jugendgewalt und Prävention der Misshandlung älterer Menschen.

304. Die Durchführung evidenzgeleiteter Interventionen kann Benachteiligungen in Bezug auf Verletzungsrisiken verringern. Wie bereits erwähnt, hat die WHO die Durchführung von 100 derartigen Interventionen vorgeschlagen und überwacht diese (192). Die Herausforderung in der Verletzungs- und Gewaltprävention besteht darin, die Durchführung solcher Maßnahmen zu fördern. Weil manche von ihnen aber außerhalb des Einflussbereichs der Gesundheitspolitik angesiedelt sind, müssen die Gesundheitssysteme ihre Aufsichtsfunktion zugunsten einer chancengerechten Prävention stärken. Diese umfasst Überzeugungsarbeit und Konzeptentwicklung, Prävention und Kontrolle, Surveillance, Forschung und Evaluation sowie die Bereitstellung von Leistungen für die Versorgung und Rehabilitation von Verletzten. Zur Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Erfüllung dieser Aufgaben können durch systematische Einbeziehung des von der WHO ausgearbeiteten TEACH-Curriculums zur Gewaltprävention in Lehrpläne für Gesundheitsfachkräfte angemessene Kapazitäten geschaffen werden (194).

Übertragbare Krankheiten

Situationsanalyse

305. Übertragbare Krankheiten spielen zwar als Ursache von DALY-Verlusten eine nachgeordnete Rolle (81,195), sind aber in allen Teilen der Europäischen Region weiterhin in erheblichem Maße für vermeidbare Erkrankungen und vorzeitige Todesfälle verantwortlich. Obwohl in vielen Ländern bei der Bekämpfung verschiedener übertragbarer Krankheiten spektakuläre Fortschritte erzielt wurden, etwa bei der Bekämpfung von Poliomyelitis, Diphtherie, Malaria und der HIV-Übertragung von Müttern auf Kinder, steht die Europäische Region noch vor ernstesten Herausforderungen angesichts der Zunahme von HIV-Infektionen und Tuberkulose, des Wiederauftretens impfpräventabler Krankheiten und der Entstehung antibiotikaresistenter Organismen.

306. Angesichts der Bevölkerungsalterung wird die Europäische Region künftig eine Situation bewältigen müssen, in der immer größere Teile der Bevölkerung in Bezug auf übertragbare Krankheiten wie Grippe und auf schwere Komplikationen wie Blutvergiftung einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind. Deshalb werden in Zukunft möglicherweise Routineimpfprogramme für ältere Menschen notwendig sein.

307. Als ein Mittelpunkt des weltweiten Handels- und Reiseverkehrs wird die Europäische Region weiterhin mit der Einschleppung von Infektionskrankheiten aus Ländern außerhalb der Region konfrontiert sein, von denen manche, etwa lebensmittelbedingte Erkrankungen und neu auftretende Zoonosen, Epidemiepotenzial aufweisen können (196). Hinzu kommt, dass Konflikte und politische Spannungen auch in der heutigen Welt, in der Biotechnologie immer leichter zugänglich wird, weiter auftreten werden, sodass auch die vorsätzliche Freisetzung infektiöser Krankheitserreger mit dem Ziel, Schaden zu verursachen, nicht ausgeschlossen werden kann.

308. Die Europäische Region und insbesondere ihre wachsenden großen Ballungszentren werden auch weiterhin Migranten anziehen, und es wird dort auch künftig große Armutsinseln und stark gefährdete Gruppen mit beschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung geben, etwa in Asylbewerberunterkünften und anderen gedrängten Wohnverhältnissen. Diese Gruppen werden

anfälliger für Krankheiten wie Diphtherie und Tuberkulose sein, die sich von Zeit zu Zeit auch auf die Allgemeinbevölkerung ausbreiten können.

309. Neben einer allgemeinen Besorgnis, ob sich die insgesamt in der Region erzielten Fortschritte aufrechterhalten lassen, verdeutlicht die anhaltende Einschleppung exotischer Krankheitserreger (von denen viele Epidemiepotenzial aufweisen) durch den grenzüberschreitenden Reiseverkehr und eine globale Nahrungsmittelkette noch zusätzlich, wie wichtig es ist, wachsam zu bleiben und die Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten engagiert voranzutreiben.

310. Trotz bewährter Interventionen mit teilweise aus mehreren Jahrzehnten stammenden Erkenntnissen, die ihre Wirksamkeit belegen, ist der Zugang zu Prävention und Frühbehandlung häufig nicht vorhanden oder wird zu wenig in Anspruch genommen, wobei dies insbesondere für sozial marginalisierte Hochrisikogruppen gilt. Die steigende Popularität „alternativer“ Praktiken, viele davon ohne erwiesene Wirksamkeit, in Kombination mit einem allgemeinen Misstrauen in die staatlich unterstützte Medizin verleitet vor allem in wohlhabenderen Ländern manche Bevölkerungsgruppen dazu, Vorsorgeangebote wie Impfungen abzulehnen oder Infektionen mit „Pseudomedikamenten“ zu behandeln. Durch solche Verhaltensweisen erhöht sich das Krankheitsrisiko der Angehörigen dieser Bevölkerungsgruppen, ihrer Kinder und der Personen in ihrem Umfeld. All diese Einflussfaktoren in Verbindung mit einer allgemeinen Sorglosigkeit gegenüber den von den meisten Infektionskrankheiten ausgehenden Gefahren behindern die Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region (197–199). Diese Gleichgültigkeit besteht trotz des besorgniserregenden Auftretens von Erregern, die gegenüber antimikrobiellen Mitteln und insbesondere gegenüber Antibiotika resistent sind (200), des dramatischen Wiederaufflammens von impfpräventablen Krankheiten wie Masern, Röteln und Poliomyelitis, die in der Europäischen Region bereits kurz vor der Eliminierung standen, und trotz häufiger Ausbrüche von durch Lebensmittel übertragenen Krankheiten – und dies alles in einer zunehmend globalisierten und interdependenten Welt, die in den letzten Jahren die Einschleppung von Krankheiten mit Epidemiepotenzial wie dem schweren akuten respiratorischen Syndrom (SARS) und der Influenza H1N1 erlebt hat (201).

311. Vermeidbare übertragbare Krankheiten verursachen in der Europäischen Region auch beträchtliche wirtschaftliche Schäden (202), darunter beträchtliche Fehlzeiten aufgrund von Krankheiten wie der saisonalen Grippe, sowie hohe Verluste in Tourismus, Handel und Verkehr aufgrund unerwarteter Ausbrüche von Krankheiten wie Meningitis oder *Escherichia coli*.

312. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, arbeitet die WHO in aktiver Partnerschaft mit den Mitgliedstaaten, aber auch mit wichtigen Institutionen in der Europäischen Region zusammen.⁷

313. Insgesamt muss sich die Europäische Region der WHO weiterhin darauf konzentrieren, die für sie geltenden Zielvorgaben in Bezug auf die Bekämpfung und Prävention und – sofern

⁷ Zu diesen gehören: die Europäische Kommission; the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); die United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Programme und Organisationen der Vereinten Nationen wie das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF); das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS); das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP); der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA); die Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO); die Internationale Organisation für Migration (IOM); multilaterale Organisationen wie der Globale Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und die GAVI-Allianz; die Weltbank; die Asiatische Entwicklungsbank (ADB); die Organisation für ökonomische Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD); die Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE); ferner zählen dazu auch spezialisierte Kooperationszentren der WHO, Ministerien und bilaterale Entwicklungshilfebehörden, Stiftungen und private internationale Organisationen wie CARE und Project HOPE.

möglich – die Eliminierung übertragbarer Krankheiten zu erreichen, und muss im Hinblick auf die zunehmende Gefährdung einer alternden Bevölkerung durch übertragbare Krankheiten und ihre Anfälligkeit für schwere Komplikationen bei Infektionen wachsam bleiben. Um in der Europäischen Region die Kapazitäten zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und zur Verringerung der von ihnen ausgehenden Last aufrechterhalten zu können, sind leistungsfähige Krankheits-Surveillance-Systeme, strenge Infektionsbekämpfungsmaßnahmen, ein allgemeiner Zugang zu Antibiotika bei umsichtiger Anwendung, umfassende Impfprogramme und gestärkte Gesundheitssysteme unverzichtbar.

Bewährte Lösungen

314. Zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten stehen eine Vielzahl bewährter, evidenzbasierter und kostenwirksamer Interventionen zur Verfügung. Die meisten der Maßnahmen mit den global größten Erfolgsaussichten (sog. „best buys“) betreffen übertragbare Krankheiten; zu diesen Maßnahmen zählen: Impfung von Kindern gegen die verbreitetsten Kinderkrankheiten; Bereitstellung insektizidbehandelter Moskitonetze; Versprühen von Insektiziden in Haushalten und Durchführung einer Präventivbehandlung gegen Malaria in endemischen Gebieten; Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zur Diagnose von Tuberkulose, zu DOTS-plus und zu einer wirksamen Diagnose und Langzeitbehandlung für multiresistente Tuberkulosefälle; Verhinderung der HIV-Übertragung durch Kondomgebrauch, antiretrovirale Therapie und die Umsetzung von Strategien zur Schadensminderung; Vermeidung der Verabreichung unsicherer Injektionen in der Gesundheitsversorgung; und Bekämpfung von nosokomialen und ambulant erworbenen Infektionen. Auch leistungsfähige Gesundheitsinformationssysteme, die auch Surveillance-Maßnahmen zugunsten der Früherkennung von Ausbrüchen beinhalten, sind unentbehrlich, um die geeignetsten gesundheitlichen Interventionen ermitteln und planen und in sie investieren zu können.

315. Zu den entscheidenden Faktoren, die für eine vollständige Umsetzung von Interventionen von Bedeutung sind, gehören: die Krankheitslast; Kosten und Erschwinglichkeit; politische Unterstützung und Akzeptanz in der Bevölkerung; die Fähigkeit des Gesundheitssystems zur Einführung neuer Produkte und Arten der Leistungserbringung; der Zugang zur Gesundheitsversorgung, insbesondere mit Blick auf Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko; und die Nachfrage aus der Bevölkerung und ihre Risikowahrnehmung. So sind beispielsweise neue Impfstoffe, wie gegen Gebärmutterhalskrebs, Pneumokokken-Lungenentzündung und Rotavirus-Durchfall, teuer und müssen vielleicht anhand von Wirksamkeitsmaßen wie etwa den Kosten pro abgewendetem DALY evaluiert werden, die wiederum von Faktoren wie Preis, Krankheitslast und der Akzeptanz in der Öffentlichkeit abhängig sind.

316. Um eine maximale Wirksamkeit der Interventionen zu erzielen, sind kooperative und integrierte Anstrengungen einer Vielzahl von Akteuren wie Vollzugsbehörden, Verkehrswesen, Wasserwirtschaft, Nahrungsmittelindustrie und Landwirtschaft und verarbeitender Industrie erforderlich. So erfordern viele Programme zur Schadensminderung, die das Angebot einer Opioidsubstitutionstherapie sowie Nadel- und Spriztzentauschprogramme umfassen, entsprechende Rechtskonzepte und die Mitwirkung der Vollzugsbehörden. Lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche aufgrund einer Kontaminierung mit *Escherichia coli* lassen sich am besten durch angemessene Regulierungs- und Überwachungskapazitäten in den Bereichen Nahrungsmittelerzeugung, Landwirtschaft, Wasserver- und Abwasserentsorgung verhindern. Surveillance sowie Alarm- und Reaktionskapazitäten an Grenzstellen (Häfen, Flughäfen, Grenzübergänge) sind wesentliche Komponenten des Verkehrswesens zum Schutz gegen die Einschleppung von Krankheiten mit Ausbruchspotenzial.

Impfpräventable Krankheiten und Immunisierung

317. Die Einrichtung nationaler Impfprogramme vor mehreren Jahrzehnten resultierte in einer hohen Akzeptanz in der Bevölkerung und war sehr erfolgreich, sodass bei den meisten routinemäßig verabreichten Impfstoffen Durchimpfungsraten von mehr als 90% erreicht wurden (203), was die Zertifizierung der Europäischen Region als poliofrei im Jahr 2002 und der Verringerung der Zahl der Masernfälle um mehr als 90% seit 1990 zur Folge hatte. In jüngerer Zeit hat sich jedoch die Risikowahrnehmung in der Öffentlichkeit von den Gefahren der eigentlichen Krankheiten hin zu den schädlichen Nebenwirkungen von Schutzimpfungen verlagert, wodurch die Krankheitsbekämpfung teilweise beeinträchtigt wurde. Trotz allgemein hoher Durchimpfungsraten gibt es weiterhin vereinzelt Konzentrationen gefährdeter Gruppen, sodass bereits eingedämmte Krankheiten wieder zurückgekehrt sind. So sank die jährliche Maserninzidenz in der Europäischen Region 2007 auf ein Allzeittief, stieg dann jedoch bis 2011 wieder auf das Vierfache an, wobei ein Großteil der Fälle im westlichen und mittleren Teil der Region auftraten.

318. Trotz dieser Probleme bleiben Routineimpfungen im Kindesalter⁸ als lebensrettende Instrumente für die öffentliche Gesundheit unverzichtbar, und verschiedene Mitgliedstaaten haben in letzter Zeit schrittweise eine Reihe wichtiger neuer Impfstoffe, wie etwa gegen Pneumokokken und das Rotavirus, in ihre Routineimpfpläne eingeführt. Außerdem wird durch die Entwicklung von Impfstoffen gegen Krebs verursachende Viren wie Hepatitis B und das humane Papillomavirus gewissermaßen ein Brückenschlag zwischen übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten vollzogen (204–207).

319. Überzeugungskampagnen wie die jährlich veranstaltete Europäische Impfwoche (208) bieten den Ländern die Gelegenheit, breit angelegte Impfmaßnahmen zu starten und gezielt auf das Engagement der Europäischen Region für die Aufrechterhaltung hoher Durchimpfungsraten aufmerksam zu machen.

320. Die Surveillance-Systeme für alle impfpräventablen Krankheiten müssen aufrechterhalten und ausgebaut werden. Das WHO-Regionalbüro für Europa verfügt über eine Reihe krankheitsspezifischer laborgestützter Surveillance-Netzwerke, die eine Fallerkennung, die Verfolgung von Übertragungsketten und sogar die Erkennung von Erregern noch vor Auftreten klinischer Fälle ermöglichen. Solche Systeme umfassen Kliniker, Epidemiologen und Netzwerke von mehr als 200 vollständig akkreditierten Laboren, die die geltenden Richtlinien der WHO für Falldefinition, Surveillance-Protokolle und Labormethoden anwenden. Die Labore stellen die Zirkulation von Krankheitserregern bei Menschen und in der Umwelt fest, bestimmen anhand genetischer Daten Herkunft und Übertragungswege infektiöser Organismen und überwachen die Wirkung von Impfungen (209).

321. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird seine Bemühungen zur Verknüpfung von Surveillance-Netzwerken fortsetzen und bei der Weitergabe von Daten Aktualität und Genauigkeit verbessern. Dazu bietet es den Mitgliedstaaten seit Jahren die Dienste des Zentralisierten Informationssystems für Infektionskrankheiten (CISID) (210) an und hat vor kurzem das System für das Labordatenmanagement im Rahmen des Polio-Labornetzwerks (211) in Betrieb genommen, das für jeden Fall Labordaten mit nie da gewesener Präzision beinahe in Echtzeit darstellt. Für andere Labornetzwerke des Regionalbüros werden ähnliche Plattformen entwickelt.

322. Die Geschichte der Eradikation der Pocken (212) sowie in jüngster Zeit eine Reihe von im Labor übertragenen Fällen von SARS (213) zeigen, dass Labore auch Infektionsquellen werden können. Für die Labore in der Europäischen Region müssen biologische Sicherheit und Laborsicherheit zu Prioritäten werden, zumal eine weltweite Eradikation der Poliomyelitis angestrebt wird.

⁸ Masern, Röteln, Mumps, Polio, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Windpocken.

Antimikrobielle Resistenz

323. In der Vergangenheit erzielte Zugewinne an Lebenserwartung in den Ländern der Europäischen Region, die u. a. auf die Einführung von Antibiotika zurückzuführen waren, sind heute aufgrund der Ausbreitung antimikrobieller Resistenzen bedroht. Lebensrettende Antibiotika verlieren ihre Wirksamkeit oder verteuern sich enorm, woraus sich für Ärzte, Gesundheitssysteme und Patienten in allen Ländern und insbesondere in denjenigen mit knappen Ressourcen schwerwiegende technische und finanzielle Probleme ergeben. Dies gilt für Arzneimittel zur Behandlung vieler gängiger bakterieller Infektionen wie Harnwegsinfektionen und Lungenentzündungen, aber noch viel mehr für die Behandlung der Tuberkulose, bei der zunehmend eine Resistenz gegen Erstrang- wie auch Zweitrangmedikamente registriert wird (multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose).

324. In einigen EU-Staaten entfallen schon 25% oder mehr der bakteriellen Infektionen auf resistente Erreger. Dies hat Schätzungen zufolge allein in der EU 25 000 zusätzliche Todesfälle pro Jahr, sowie zusätzliche Kosten für Gesundheitswesen und Gesellschaft, die sich auf mindestens 1,5 Mrd. € belaufen, zur Folge.

325. Zudem machen antibiotikaresistente Bakterien vor Grenzen nicht Halt; dies zeigt sich an der gut dokumentierten weltweiten Ausbreitung von Bakterien, die das Enzym NDM-1 (New Delhi metallo-beta-lactamase-1) enthalten, das sie resistent gegenüber einem breiten Spektrum von Antibiotika (214) macht, u. a. auch gegenüber Carbapenemen, die bereits zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Infektionen eingesetzt werden. Diese Situation ist besonders besorgniserregend, weil keine neuen Klassen erschwinglicher und wirksamer Antibiotika (insbesondere gegen gramnegative Bakterien) mehr entwickelt werden.

326. Der Prozess der Entwicklung arzneimittelresistenter Organismen ist heute hinlänglich erforscht; er wird durch den unsachgemäßen (d. h. übermäßigen oder unzureichenden) Gebrauch von Antibiotika in der Humanmedizin, aber auch in der Viehzucht beschleunigt. Unzureichende Infektionsschutzmaßnahmen, insbesondere in Krankenhäusern und Praxen, tragen unmittelbar zur Ausbreitung arzneimittelresistenter Infektionen in Gesundheitseinrichtungen bei.

327. Breit angelegte, sektorübergreifende Initiativen werden eine Verringerung des unsachgemäßen Gebrauchs von Antibiotika und eine Verlangsamung der Entwicklung von Resistenzen gegen die vorhandenen Arzneimittel bewirken. Durch erhöhte Kapazitäten im Bereich der Surveillance kann das Ausmaß der Antibiotikaresistenz in der Europäischen Region besser dokumentiert werden. Es sind aber auch gemeinsame Anstrengungen mit der Landwirtschaft notwendig, weil in der Tiermast zur Wachstumsförderung eingesetzte Antibiotika zur Entstehung resistenter Organismen in Tieren beitragen.

328. Auf Anregung der WHO-Regionaldirektorin für Europa wurde zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen ein Sonderprogramm unter ihrer Führung eingerichtet. Der Strategische Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region der WHO sieht Interventionen vor, die bei gleichzeitiger Durchführung nachweislich wirksam sind. Der Aktionsplan umfasst sieben Kernbereiche: Förderung der sektorübergreifenden Koordinierung auf nationaler Ebene; Stärkung der Surveillance von Resistenzen; Stärkung der Surveillance und Förderung der Aufsichtsfunktion in Bezug auf den Einsatz von Arzneimitteln; Stärkung der Surveillance des Einsatzes antimikrobieller Mittel in der Tiermast; Stärkung der Infektionsbekämpfung und der Aufsichtsfunktion mit dem Ziel, die Entstehung antimikrobieller Resistenzen in Gesundheitseinrichtungen zu verhindern; Förderung von Forschung und Innovation in Bezug auf neue Arzneimittel und Technologien; mehr Patientensicherheit durch Schärfung des Bewusstseins für den Umgang mit antimikrobiellen Mitteln und für antimikrobielle Resistenzen.

329. In Studien wurde insbesondere nachgewiesen, dass einfache Infektionsschutzmaßnahmen wie Händewaschen die Prävalenz antibiotikaresistenter Bakterien wie des methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA), einer wichtigen nosokomialen Infektion, signifikant verringern können.

Tuberkulose

330. Im Jahr 2005 kam es in der Europäischen Region Schätzungen zufolge zu mehr als 420 000 Fällen von Tuberkulose (neue Fälle und Rückfälle), die in 61 000 Fällen tödlich endeten. Die überwiegende Mehrzahl der Tuberkulosefälle (87% der neuen Fälle und 94% der Todesfälle) werden im östlichen und zentralen Teil der Region registriert. Die Europäische Region verzeichnet hinsichtlich des Behandlungserfolgs die niedrigsten Werte weltweit: so führt die Erstbehandlung bei fast einem Drittel der neu behandelten Patienten nicht zum Erfolg; bei den bereits behandelten Patienten ist es mehr als die Hälfte. Dies deckt sich mit der hohen Rate von Resistenz gegen Antituberkulotika; so belief sich der Anteil multiresistenter Tuberkuloseerreger bei neu behandelten Patienten auf 13% und bei bereits zuvor behandelten Personen auf 42%. Wenn diese Resistenzen nicht eingedämmt werden, so droht ein genereller Verlust wirksamer Mittel gegen die Tuberkulose – und eine Rückkehr zu einer Krankheitslast wie zu Zeiten vor der Einführung von Antibiotika.

331. Das Wiederauftreten von Tuberkulose und das wachsende Problem arzneimittelresistenter und insbesondere multiresistenter Tuberkulose in manchen Ländern sind auch darauf zurückzuführen, dass die Gesundheitssysteme es versäumt haben, bedarfsgerechte Angebote einzuführen. Auch wenn Tuberkulose nicht auf eine bestimmte soziale Schicht beschränkt ist, so ist die Krankheit doch häufig mit ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen und anderen Determinanten wie beengten Wohnverhältnissen und Obdachlosigkeit verknüpft. Ähnlich wie HIV tragen intravenöse Drogenkonsumenten und Strafgefangene ein höheres Risiko, an Tuberkulose zu erkranken; Gleiches gilt für Alkoholiker und Obdachlose. Tuberkulose und HIV sind ein „tödliches Gespann“, denn Tuberkulose ist eine führende Todesursache bei Personen mit HIV. Und es ist eine schwer zu bewältigende Krankheit für die 9800 Kinder, die jedes Jahr in der Europäischen Region mit Tuberkulose diagnostiziert werden.

332. Manche Länder, wie etwa die baltischen Staaten, haben unter Beweis gestellt, dass Tuberkulose – und namentlich multiresistente Tuberkulose – mit langfristigen Investitionen sowie einem umfassenden und partizipatorischen Ansatz erfolgreich bekämpft werden können. In vielen Ländern in der Europäischen Region hat sich der allgemeine Zugang zu einer hochwertigen Diagnose und Behandlung, einschließlich der wirksamen Diagnose und Langzeitbehandlung der multiresistenten Tuberkulose, als wirksam erwiesen; nun gilt es jedoch, ihn auch in allen übrigen Ländern zu verwirklichen.

333. Diagnose und Behandlung von Personen mit multiresistenter Tuberkulose sind höchst kostenwirksame Interventionen (215). Die WHO-Regionaldirektorin für Europa hat die Bekämpfung von Tuberkulose und insbesondere multiresistenter Tuberkulose zum Gegenstand eines Sonderprogramms gemacht, und im Jahr 2011 nahmen die Mitgliedstaaten einen auf fünf Jahre angelegten Konsolidierten Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose an (216). Innerhalb dieses Rahmens für die Europäische Region werden mit Unterstützung des WHO-Regionalbüros für Europa, nationaler und internationaler Institutionen sowie von Zivilgesellschaft und Geberorganisationen, insbesondere dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, nationale Aktionspläne zur Bekämpfung der Tuberkulose ausgearbeitet und umgesetzt.

334. Zur Ermittlung und Bewältigung der zentralen Herausforderungen für die Gesundheitssysteme bei der Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose wurde ein Instrument zur Schnellbewertung entwickelt, das sich für alle Länder, in denen Tuberkulose ein wesentliches

Problem für die öffentliche Gesundheit darstellt, als wertvoll erweisen dürfte. Die Dienste für die primäre Gesundheitsversorgung müssen umfassend in die Fallerkennung und in die Nachbetreuung von Personen mit Tuberkulose einbezogen werden. Modelle zur Finanzierung im Gesundheitsbereich müssen die rationelle Nutzung von Krankenhausressourcen sowie von ambulanten und alternativen Versorgungsmodellen (einschließlich der häuslichen Behandlung) fördern. Die WHO hat neue Molekulardiagnostiktests bewertet und befürwortet ihre Anwendung; damit kann Tuberkulose (auch die multiresistenten Formen) in weniger als zwei Stunden diagnostiziert werden. Diese Tests müssen nun eingeführt und rationell ausgeweitet werden (217).

335. Weil Tuberkulose in einem engen Zusammenhang mit Armut und ungünstigen Lebensbedingungen steht, müssen die Anstrengungen zu ihrer wirksamen Bekämpfung Verbesserungen des Lebensstandards und der Ernährung umfassen, was die Einbeziehung anderer Politikbereiche erforderlich macht.

336. Bei solchen Interventionen sollten auch die Bedürfnisse von speziellen Gruppen wie Strafgefangenen und Migranten gebührend berücksichtigt werden. Es ist wichtig, eine möglichst wohnortnahe Versorgung von Tuberkulosepatienten einzurichten und bei Kindern wohnortferne Überweisungen für eine Tuberkulosebehandlung weitestgehend zu vermeiden; Gleiches gilt für Personen mit Tuberkulose-HIV-Koinfektion.

337. Das WHO-Regionalbüro für Europa und seine Partner haben Mindestanforderungen an die grenzüberschreitende Tuberkulosebekämpfung und -versorgung festgelegt. Darin werden die Schritte hervorgehoben, die notwendig sind, um eine frühzeitige Diagnose sowie die angemessene Behandlung und Nachbetreuung von Personen mit Tuberkulose zu erreichen und auch eine Einhaltung der Behandlungspläne zu gewährleisten.

HIV-Infektion

338. Auch wenn insgesamt weltweit die Zahl der Neuinfektionen mit HIV seit Jahren rückläufig ist, so weist doch der östliche Teil der Europäischen Region eine der weltweit am schnellsten wachsenden HIV-Epidemien auf. So hat sich dort die Zahl der mit HIV lebenden Menschen seit dem Jahr 2000 verdreifacht, so dass sich die jährliche Rate der HIV-Neuinfektionen zwischen 2004 und 2009 um nahezu 30% erhöht hat. In anderen Teilen der Europäischen Region weist die HIV-Epidemie auffallend unterschiedliche epidemiologische Muster auf: im westlichen Teil der Region ist sie eingedämmt, im mittleren Teil befindet sie sich in einer Frühphase.

339. Die Belastung mit HIV ist unter den maßgeblichen Bevölkerungsgruppen ungleich verteilt und betrifft überwiegend Risikogruppen, insbesondere gesellschaftlich ausgegrenzte Gruppen, deren Verhalten sozial stigmatisiert oder kriminalisiert wird.

340. Zu dieser epidemiologischen Situation tragen auch in den Gesundheitssystemen und in der Gesellschaft angelegte Barrieren bei, die einer wirksamen Behandlung und Bekämpfung entgegenstehen. Der östliche Teil der Region weist im weltweiten Vergleich besonders niedrige Versorgungsraten mit antiretroviraler Therapie unter behandlungsbedürftigen Personen auf (teilweise unter 20%) (218). Des Weiteren waren und sind innerhalb der Europäischen Region Personen mit HIV häufig davon betroffen, dass ihnen aufgrund ihres positiven HIV-Status die Einreise in manche Länder verweigert wird oder dass sie aus einem Land ausgewiesen werden, was zu ihrer Stigmatisierung beiträgt, dabei aber die Bekämpfung der Epidemie nicht voranbringt. Zur Bekämpfung der Epidemie müssen in erster Linie diese Hindernisse für einen allgemeinen Zugang zur HIV-Prävention bzw. zur Therapie, Versorgung und Betreuung der Betroffenen in Angriff genommen werden.

341. Es ist zu erwarten, dass als Folge des Anstiegs der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der gestiegenen Lebenserwartung von HIV-Patienten aufgrund der antiretroviralen Therapie die Prävalenz von HIV-Infektionen wie auch die daraus resultierende wirtschaftliche Last steigen

werden. In naher Zukunft dürften HIV-Infektionen zu den kostenintensivsten chronischen Erkrankungen zählen.

342. Doch es gibt Anzeichen für positive Veränderungen: Beispielsweise haben einige Länder im östlichen Teil der Europäischen Region gute Fortschritte bei der Integration der HIV-Prävention in die Versorgung von Müttern, Neugeborenen und Kindern erzielt. Infolgedessen erhalten heute in der Europäischen Region 93% der Schwangeren mit positivem HIV-Befund eine antiretrovirale Prophylaxe zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung (198).

343. Für ein erfolgreiches Vorgehen gegen die HIV-Epidemie wurden eine Reihe wirksamer Konzepte und Interventionen ermittelt. So ist die Stärkung der politischen Mobilisierung und der Führungskompetenz bei den Bekämpfungsmaßnahmen und die Konzentration auf Kerngruppen mit erhöhtem Risiko in Bezug auf die Exposition gegenüber HIV und die HIV-Übertragung nachgewiesenermaßen von Nutzen. Wirksame Interventionen sind u. a.: Maßnahmen in Bezug auf Massenmedien und Bildungswesen; die Förderung des 100%-igen Kondomgebrauchs bei den Hauptrisikogruppen; die Ausweitung der Behandlung sexuell übertragener Infektionen, die nachweislich das Risiko einer HIV-Übertragung erhöhen; die Herstellung eines allgemeinen Zugangs zur antiretroviralen Therapie sowie zu HIV-Beratung und HIV-Tests; das Angebot der antiretroviralen Prophylaxe als hochwirksame Methode zur Verhinderung der heterosexuellen Übertragung bei HIV-diskordanten Paaren sowie der Mutter-Kind-Übertragung; und Schadensminderungsmaßnahmen wie die Opioidsubstitutionstherapie sowie Programme zur Förderung sicherer Injektionspraktiken (Nadel- und Spritzenaustauschprogramme).

344. Es ist jetzt an der Zeit, in enger Partnerschaft mit Regierungen, der Zivilgesellschaft und Organisationen wie UNAIDS und dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria verstärkt auf die Eingliederung nationaler HIV- und Aids-Programme in die allgemeine gesundheits- und entwicklungspolitische Tagesordnung hinzuarbeiten. Dies ist das Ziel des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015) (219), der sich auf vier strategische Schwerpunkte stützt: die Optimierung von Prävention, Diagnose, Behandlung, Versorgung und Betreuung im Bereich HIV; die Herbeiführung weiter reichender gesundheitlicher Resultate durch Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV; den Aufbau starker und tragfähiger Systeme; und den Abbau sozial und strukturell bedingter Hindernisse für den Zugang zu Angeboten.

345. Um die wachsende Krankheitslast aufgrund der HIV-Epidemie und anderer chronischer Krankheiten, von denen Personen mit HIV betroffen sind, zu verringern, können Präventionsstrategien in größerem Umfang zum Einsatz kommen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass mit HIV lebende Personen und andere Gruppen der Zivilgesellschaft zu solchen Strategien am meisten beitragen können. Es sollte nach Wegen gesucht werden, die es solchen Gruppen ermöglichen, sich bei den Bemühungen um Qualitätsverbesserung Gehör zu verschaffen, und die eine echte Partizipation auf allen Ebenen zulassen, die zu gezielten und wirksamen Interventionen in einer Vielzahl unterschiedlicher Umfelder führt (220).

Eliminierung der Malaria bis 2015

346. In der Europäischen Region wurden auf dem Weg zur Eliminierung von Malaria spektakuläre Fortschritte erzielt. Dank wirksamer Interventionen gegen Überträgermücken (221) sank die Zahl der autochthonen (indigenen) Fälle von Malaria zwischen 1995 und 2010 von mehr als 90 000 auf unter 200, die allesamt von Plasmodium vivax verursacht wurden. Dieses bemerkenswerte Ergebnis ist weitgehend auf die große politische Entschlossenheit der betroffenen Länder zurückzuführen. Diese wurde im Jahr 2005 zusätzlich durch die Erklärung von Taschkent: „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria“ verstärkt, die von Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, der Türkei, Turkmenistan und Usbekistan unterzeichnet wurde.

347. Die Eliminierung der Malaria bis 2015 ist heute das vorrangige Ziel. Es kann erreicht werden, wenn in endemischen Gebieten insektizidbehandelte Moskitonetze bereitgestellt und Insektizide in Haushalten versprüht werden und ferner eine Präventivbehandlung gegen Malaria durchgeführt wird. Diese Anstrengungen haben in jüngerer Zeit zu Erfolgen geführt; so wurden Turkmenistan (2010), Armenien (2011) und Kasachstan (2012) für malariafrei erklärt, und auch für Georgien wird davon ausgegangen, dass eine Unterbrechung der Übertragung gelungen ist. Falls es gelingt, die Malaria zu eliminieren, so wird es sehr darauf ankommen, die Wiederkehr der Malariaübertragung zu verhindern, insbesondere vor dem Hintergrund des Klimawandels und des Wiederauftretens anderer durch Mücken übertragener Krankheiten wie West-Nil-Fieber, Dengue-Fieber und Chikungunya, die jüngst im südlichen Teil der Europäischen Region beobachtet wurden (222).

348. In diesem Zusammenhang arbeiten das Regionalbüro, die Europäische Kommission, das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten und die European Mosquito Control Association gemeinsam darauf hin, die nationalen Gesundheitsbehörden gezielt für diese neue Gefährdung der öffentlichen Gesundheit zu sensibilisieren und dringend zum Ergreifen angemessener Bekämpfungs- und Präventivmaßnahmen aufzufordern. Für eine wirksamere Bekämpfung der Überträger in der Europäischen Region sind weitere Forschungsarbeiten im Bereich der Vektorbiologie wichtig. Dies gilt für die Bekämpfung der Malaria und anderer von Mücken übertragener Krankheiten, aber auch für die Verbesserung der Bekämpfung anderer vektorübertragener Krankheiten wie Leishmaniose (223).

Influenza und andere Erreger von Atemwegserkrankungen

349. Inflenzaviren und andere Krankheitserreger, die akute Atemwegserkrankungen verursachen, tragen in Bezug auf DALY wie auch Todesfälle zu der hohen Krankheitslast in der Europäischen Region bei. Die Inflenzaviren der Typen A und B verursachen winterliche saisonale Epidemien von Atemwegserkrankungen auf der Nordhalbkugel, von denen in jedem Winter 5% bis 15% der Bevölkerung betroffen sind, wobei jeweils die höchsten Ansteckungsraten bei Kindern unter fünf Jahren registriert werden. Allein Epidemien der saisonalen Grippe verursachen signifikante direkte wie indirekte soziale und ökonomische Kosten. Nach jüngsten Schätzungen belaufen sich in der EU die direkten Kosten von Praxisbesuchen und Krankenhausaufenthalten aufgrund der saisonalen Grippe auf nahezu 10 Mrd. € pro Jahr (224).

350. In größeren Abständen kommt es auch zu Pandemien, die von einem neuen Subtyp des Influenzavirus Typ A verursacht werden. Auch wenn Schweregrad sowie Auswirkungen variieren und schwer vorherzusagen sind, so führten die vier zwischen 1900 und 2010 registrierten Pandemien doch allesamt zur einer hohen Zahl von Sterbefällen und hatten negative Auswirkungen sowohl im Gesundheitsbereich als auch in anderen Bereichen. Der Schweregrad der vier Pandemien reichte von sehr schwer (1918) über mittelschwer (1957 und 1968) bis relativ mild (2009). Inflenzaviren des Typs A befallen sowohl viele Tierarten als auch den Menschen, und Pandemieviren sind gewöhnlich tierischen Ursprungs. Seit 1997 hat das Vogelgrippevirus H5N1, das bei Geflügel hochgradig pathogen ist, in Südostasien, Ägypten und einigen europäischen Ländern verbreitet wirtschaftliche Verluste verursacht. Auch Menschen werden sporadisch infiziert; dabei ist der Anteil der Fälle mit tödlichem Ausgang hoch (von 573 bestätigten Fällen weltweit sind in 336 die Betroffenen verstorben).

351. Schwere Krankheitsverläufe bei Grippe werden jedes Jahr bei Bevölkerungsgruppen mit höherem Risiko sowohl während saisonaler Epidemien als auch während Pandemien verzeichnet. Obwohl die meisten Länder der Europäischen Region Grippe im ambulanten Bereich routinemäßig überwachen, findet eine routinemäßige Überwachung von Influenza in Bezug auf schwere und tödliche Krankheitsverläufe nur in beschränktem Umfang statt; dies trägt zu der Fehleinschätzung bei, dass Grippe eine relativ milde Krankheit ist, und hat zur Folge, dass

weder saisonale Vergleiche in Bezug auf die Schwere der Krankheitsverläufe noch während einer Pandemie Schätzungen des Schweregrads angestellt werden.

352. Vor der Pandemie von 2009 hatten die Länder in der Region aufgrund der Erfahrung mit SARS, der Bedrohung durch das Vogelgrippevirus H5N1 und des Inkrafttretens der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) beträchtlich in die Pandemievorsorge investiert. Obwohl bei der Pandemie von 2009 der Krankheitsverlauf in der Mehrzahl der Fälle mild ausfiel, kam es bei zahlreichen Betroffenen (sogar bei zuvor gesunden Personen) zu schweren Verläufen, teilweise mit Todesfolge, wodurch das Gesundheitswesen (insbesondere die Intensivstationen) unter erheblichen Druck geriet.

353. Grippe ist eine durch Impfung vermeidbare Krankheit. Um die Durchführung von Impfmaßnahmen in Gruppen mit erhöhtem Risiko, aber auch bei Gesundheitsfachkräften zu fördern und Letztere zum Schutz ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Patienten befähigen zu können, müssen die Länder tragfähige Impfprogramme entwickeln bzw. aufrechterhalten. Zur Unterstützung führen viele Mitgliedstaaten Informationskampagnen durch, um das Bewusstsein der Öffentlichkeit in Bezug auf Grippe, Wege zur Verhinderung ihrer Ausbreitung sowie den Nutzen von Impfungen zu schärfen.

354. Personen mit schweren Krankheitsverläufen aufgrund von Grippeinfektionen benötigen einen Zugang zur fachärztlichen Versorgung in Krankenhäusern und entsprechend ausgestatteten Intensivstationen. Dies lässt sich dadurch erreichen, dass Gesundheitspersonal gezielt in Bezug auf Symptomerkennung wie auch die Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf geschult wird.

355. Ferner ist es dringend erforderlich, dass die Surveillance-Systeme für Influenza ambulante Patienten auf schwere Krankheitsverläufe und Mortalität überwachen, da dies den Ländern eine Abschätzung der Krankheitslast und der Sterblichkeit ermöglicht und ihnen Entscheidungen über vorrangige Zielgruppen für Impfmaßnahmen erleichtert.

356. Es ist entscheidend wichtig, nationale Grippezentren (225) durch Bereitstellung von Qualitätssicherungsprogrammen, Schulungen und den Austausch von Informationen und guter Praxis aufrechtzuerhalten. Solche Zentren sind geeignet, eine Influenza-Aktivität frühzeitig zu erkennen und Orientierungshilfe für Gegenmaßnahmen des Gesundheitssystems zu geben; sie können aber auch für die globale Surveillance und für die jährliche Auswahl von Virusstämmen zur Herstellung von Grippeimpfstoffen herangezogen werden; und sie können zur Risikoabschätzung bei Influenzaviren mit Pandemiepotenzial beizutragen.

357. Kontinuierliche Investitionen der Mitgliedstaaten in die Pandemieplanung (226) werden das Handeln bei einer künftigen Pandemie ebenso erleichtern wie die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Erhöhung der allgemeinen Vorsorgekapazitäten, insbesondere im Gesundheitswesen, beitragen.

Strategien zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichgewichte und ihrer sozialen Determinanten in Bezug auf die häufigsten Krankheiten

358. Gruppenspezifische Strategien für Interventionen, die dazu dienen, gesundheitliche Ungleichgewichte zu beseitigen und ihre sozialen Determinanten anzugehen, lassen sich auch für die großen Kategorien von Krankheiten ableiten.

Nichtübertragbare Krankheiten

359. Zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten bedarf es einer gesamtgesellschaftlichen Reaktion von Regierung, Staat, Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft. Die

Bekämpfung bösartiger Probleme wie der Adipositas erfordert einen Ansatz, der auf Systemdenken und Analyse, einer Kooperation zwischen Akteuren inner- und außerhalb des Staates sowie einer Reihe von Steuerungsmechanismen beruht, die eine Zusammenarbeit zwischen Ressorts wie auch zwischen staatlichen Ebenen erleichtern (84).

360. Innerhalb der Europäischen Region haben die Länder bereits viele verschiedene Arten allgemeiner und problemspezifischer Maßnahmen in Bezug auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten ergriffen, aber die Abstimmung zwischen diesen ist oftmals schwach, vor allem dort, wo eine frühe Intervention hinsichtlich der sozialen Determinanten erforderlich ist. Ein übergeordneter Handlungsrahmen und Mechanismen wie die Festlegung gemeinsamer Zielsetzungen und Zielvorgaben, das Vorhandensein gemeinsamer Informationssysteme, die gemeinsame Durchführung von Projekten, gemeinsame Botschaften in den Massenmedien sowie ein gemeinsames Vorgehen in Planung und Prioritätensetzung können zu einem stärker integrierten Lösungsansatz führen (227).

361. Die Bekämpfung von Tabakgebrauch und schädlichem Alkoholkonsum sind weitere Bereiche, in denen kooperative und regulatorische Anstrengungen notwendig sind. Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs verlangt von den Regierungen die Einführung von Vorschriften, die von der globalen bis zur lokalen Ebene reichen, sowie gesamtstaatliche Maßnahmen in den Bereichen Gesetzgebung, Preispolitik, Zugang zu Tabakprodukten und Ausbau rauchfreier Zonen. Zur Kontrolle der Verfügbarkeit und zur Senkung des Alkoholkonsums durch Preisgestaltung und andere Mechanismen sind ebenfalls gesamtstaatliche Interventionen erforderlich.

362. Moderne Gesundheitssysteme müssen in der Lage sein, den Langzeitbedarf von Personen mit chronischen Erkrankungen zu decken. Probleme in Bezug auf eine integrierte und koordinierte Versorgung entstehen häufig an den Schnittstellen zwischen primärer und sekundärer Gesundheitsversorgung, zwischen Gesundheits- und Sozialwesen sowie zwischen der kurativen Versorgung und den öffentlichen Gesundheitsdiensten, aber auch an den Grenzlinien zwischen Berufsgruppen und Fachrichtungen. Solche Probleme können durch strukturelle Trennlinien, getrennte Rechts- und Finanzrahmen, getrennte Kulturen sowie Unterschiede in den Bereichen Führung und Rechenschaftslegung verschärft werden. Zur Bewältigung dieser Gesundheitsprobleme werden strukturierte Konzepte benötigt. Um für Personen mit chronischen Erkrankungen bedarfsgerecht zu sein, müssen sich die entsprechenden Modelle für die Leistungserbringung durch bereichsübergreifende Kooperation sowie durch Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen, Anbietern und Institutionen auszeichnen. Partnerschaften mit chronisch Kranken wie auch ihren Familien und Betreuern können dazu beitragen, stärker personenzentrierte Wege für die Bewältigung der Krankheit zu finden. Gesundheitssystemmechanismen wie Zahlungssysteme müssen die Koordinierung erleichtern, statt sie zu erschweren, und dazu beitragen, eine Kontinuität der Versorgung herzustellen (228).

Verletzungs- und Gewaltprävention

363. Die Bekämpfung der allgemeineren gesellschaftlichen und umweltbedingten Determinanten von Verletzungen und Gewalt erfordert einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz. Die Prävention von Gewalt und Verletzungen ist sektorübergreifend, und es werden Führungsmechanismen für die Zusammenarbeit der Gesundheitspolitik mit anderen Ressorts benötigt, die maßgebliche Partner in der Prävention sind, wie etwa Justiz, Verkehr, Bildung, Finanzen und Soziales. Dies erfordert einen gesamtstaatlichen Ansatz und kann durch Resolutionen der Generalversammlung der Vereinten Nationen (wie die Resolutionen zur Sicherheit im Straßenverkehr und zu den Rechten des Kindes) unterstützt werden. Sicherheit muss auch für andere Politikbereiche zu einem vorrangigen Anliegen werden. Die Aktionsdekade für Straßenverkehrssicherheit der Vereinten Nationen ist ein anschauliches Beispiel für eine gelungene Förderung sektorübergreifenden Handelns.

Übertragbare Krankheiten

364. Das Impfwesen ist heute zum Opfer seiner früheren Erfolge geworden. Das Desinteresse von Politik und Öffentlichkeit in Bezug auf den Wert von Impfungen stellt viele nationale Impfprogramme vor Probleme. Sobald eine Krankheit nicht mehr auftritt, besteht die Gefahr, dass das Interesse an einer Schutzimpfung sinkt. Um in der Bevölkerung eine positive Einstellung gegenüber Impfungen zu verstärken, bedarf es politischen Willens auf der regionalen, nationalen und subnationalen Ebene sowie einer Mobilisierung der notwendigen Ressourcen.

Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen

Gesundheitssysteme

365. Für eine hochwertige Gesundheitsversorgung und bessere gesundheitliche Ergebnisse werden Gesundheitssysteme benötigt, die finanziell lebensfähig, zweckmäßig, personenzentriert und evidenzgeleitet sind. Gut funktionierende Gesundheitssysteme führen zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen für die Bevölkerung, schützen Menschen vor finanziellen Härten im Krankheitsfall und reagieren auf legitime Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf Leistungen und Angebote. Alle Länder müssen sich an geänderte demografische und epidemiologische Muster anpassen, insbesondere in Bezug auf Herausforderungen in den Bereichen psychische Gesundheit, chronische Krankheiten und altersbedingte Erkrankungen. Dies erfordert eine Neuausrichtung der Gesundheitssysteme, so dass sie Krankheitsprävention priorisieren, eine kontinuierliche Qualitätssteigerung und eine Verzahnung der Leistungserbringung fördern, die Kontinuität der Versorgung sichern, die Selbstversorgung der Patienten unterstützen und die Versorgung so nahe am Wohnort ansiedeln, wie es sicher und kosteneffektiv möglich ist.

366. „**Gesundheit 2020**“ bestätigt erneut die Entschlossenheit der WHO und ihrer Mitgliedstaaten, eine universelle Versorgung zu sichern, unter anderem durch Zugang zu hochwertiger und bezahlbarer Pflege und entsprechenden Medikamenten. Es ist wichtig, für langfristige Nachhaltigkeit und Widerstandskraft gegenüber den Finanzzyklen zu sorgen, damit Kostensteigerungen auf der Angebotsseite eingedämmt und verschwenderische Ausgaben beseitigt werden können. Verfahren zur Gesundheitstechnologiebewertung und Qualitätssicherung sind für Transparenz und Rechenschaftslegung im Gesundheitssystem von entscheidender Bedeutung und integraler Bestandteil einer Kultur der Patientensicherheit.

367. Die Unterzeichnung und formelle Bestätigung der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand (24) war Ausdruck des politischen Willens der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, durch Stärkung der Gesundheitssysteme diese Ziele zu verwirklichen. „**Gesundheit 2020**“ bekräftigt die zentralen Grundsätze der Charta von Tallinn durch Darstellung innovativer Konzepte zur Stärkung der zentralen Funktionen der Gesundheitssysteme. In „**Gesundheit 2020**“ wurde erneut versucht, bürgernahe Lösungen zu finden, die gegenüber Konjunkturerbrüchen unempfindlich sind: Bereitstellung wirksamer und zweckdienlicher Gesundheitsleistungen auf der Ebene der Bevölkerung, Gewährleistung des Zugangs zu evidenzgeleiteten und patientenzentrierten individuellen Gesundheitsleistungen, Bereitstellung hochwertiger Ressourcen für die Gesundheitssysteme (einschließlich Gesundheitspersonal und Arzneimittel), sowie Schaffung einer wirksamen Organisationsstruktur.

Situationsanalyse

368. Obwohl die Gesundheitssysteme in den Ländern der Europäischen Region in Bezug auf Finanzierung und Aufbau sehr unterschiedlich organisiert sind, stehen sie doch insofern vor

ähnlichen Herausforderungen, als sie alle umfassende Konzepte vorlegen müssen, um die Last der chronischen Krankheiten zu verringern und die Zunahme übertragbarer Krankheiten aufzuhalten. Die Ressourcen sind jedoch begrenzt, was schwierige Kompromisse erfordert, die in wirtschaftlich schwierigen Zeiten besonders akut zutage treten. Angesichts des rasch voranschreitenden technologischen Fortschritts, der Bevölkerungsalterung, der zunehmenden Mündigkeit der Nutzer von Gesundheitsleistungen und des wachsenden grenzüberschreitenden Personenverkehrs ist die Gesundheitsversorgung komplexer geworden. Für die Reaktion der Gesundheitssysteme auf diese Veränderungen werden innovative Lösungen benötigt, die auf die Endnutzer – sowohl gesunde als auch weniger gesunde Menschen – abzielen und die systematisch auf fundierten Erkenntnissen basieren und so unabhängig wie möglich von Wirtschaftszyklen sind.

369. Die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region haben sich mit kontinuierlichen Reformen und Innovationen an diese Herausforderungen angepasst. Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme vom 25. bis 27. Juni 2008 in Tallinn war ein Meilenstein, der verdeutlichte, welche Bedeutung die Mitgliedstaaten sowohl der Verbesserung der Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme als auch der Rechenschaftslegung darüber beimessen. Ausdruck des politischen Willens war die Unterzeichnung der Charta von Tallinn (24), die später vom Regionalkomitee in seiner Resolution über Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO gebilligt wurde (229). Die meisten Länder blieben auch in der Zeit nach dem wirtschaftlichen Abschwung den Prinzipien der Solidarität verpflichtet, und andere arbeiten weiterhin auf die Verwirklichung einer allgemeinen Versorgung hin. Als Reaktion sowohl auf die Langzeittrends der Alterung der Gesellschaft als auch auf die jüngste Wirtschaftskrise sind Überlegungen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis in den Vordergrund der politischen Diskussion getreten. Dies veranlasst viele Länder dazu, ihre Systeme der Leistungserbringung sowie ihre Beschaffungs- und Steuerungsregelungen zu überprüfen und anzupassen.

370. Gesundheitspolitische Konzepte, Pläne und Strategien sollten auf einem Verständnis des gesundheitlichen Bedarfs der Bevölkerung und einer klaren Vorstellung von den erforderlichen Reaktionen in den Bereichen öffentliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung beruhen. Allerdings werden Fortschritte auf dem Weg zu einem evidenzgeleiteten und bürgernahen Ansatz durch Schwachpunkte in Struktur und Funktionsweise von Leistungserbringungskonzepten in den Gesundheitssystemen der Länder der Europäischen Region untergraben.

371. In vielen Ländern werden moderne Konzepte und Ansätze zur Förderung der öffentlichen Gesundheit nicht umgesetzt; dort fehlen nationale Strategien, die auf eine Weiterentwicklung der öffentlichen Gesundheitsdienste, eine Reformierung veralteter Gesetze im Bereich der öffentlichen Gesundheit und die Überprüfung ineffektiver Partnerschaftsmechanismen abzielen. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, einschließlich vorgelagerter Interventionen in Bezug auf die sozialen Determinanten, sind besonders wichtige Aufgaben für die öffentlichen Gesundheitsdienste, aber fehlende Investitionen und in manchen Fällen die unbeabsichtigten Folgen von Reformen führen zu einer wenig leistungsfähigen Infrastruktur und qualitativ schwachen Angeboten.

372. In der Struktur für die Leistungserbringung (bevölkerungsbezogene und individuelle Leistungen) spiegeln sich häufig die frühere Krankheitslast und historische Investitionsmuster wider, was den im 21. Jahrhundert erforderlichen bürgernahen Versorgungsprozessen für chronische Krankheiten und eine alternde Bevölkerung nicht förderlich ist. Beispielsweise konzentrieren sich die öffentlichen Gesundheitsdienste in vielen Ländern weiterhin auf übertragbare Krankheiten und gehen erst langsam dazu über, Strukturen und Maßnahmen in Bezug auf nicht-übertragbare Krankheiten einzuführen. Eine auf fachärztliche Versorgung ausgerichtete und krankenhauszentrierte Gesundheitsversorgung wird wichtigen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen nicht gerecht und ist zudem kostspielig – im Gegensatz zu Systemen, deren

Schwerpunkte Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind. Die primäre Gesundheitsversorgung ist in vielen Ländern weiterhin mit Problemen behaftet: schmales Aufgabenprofil, schlechte Teamarbeit, mangelnde Anerkennung, schwache Verknüpfungen zu höheren Versorgungsebenen und unzureichende Finanzierung. Diese Muster resultieren häufig aus Machtkämpfen zwischen Berufsgruppen und vor allem aus unausgewogenen Trends bei den Gesundheitsausgaben, die zu Lasten von primärer Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Sozialfürsorge in erster Linie für die kurative Akutversorgung und für hochtechnische Diagnoseverfahren aufgewendet werden.

373. Oftmals mangelt es an der Koordinierung der Strukturen und an der Verzahnung von Prozessen zwischen öffentlichen Gesundheitsdiensten, Gesundheitsversorgung und Sozialwesen – also in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Reaktion auf akute Krankheitsschübe, Versorgungssteuerung und Rehabilitation. Für schlechte Koordinierung gibt es viele Gründe: schwache Führung des Gesundheitssystems und fragmentierte Regelungen für die Leistungserbringung; das Fehlen finanzieller Anreize und geeigneter Finanzkonzepte für die Förderung einer wirksamen Koordinierung der Versorgung; Unterschiede in Bezug auf die klinische Praxis von Ärzten (sowohl Allgemeinärzten als auch Fachärzten); und das Fehlen evidenzgeleiteter Abläufe für gesamte Versorgungsperioden oder die Nichtbefolgung festgelegter Abläufe.

374. Der Wille zur Qualitätsverbesserung sowohl in den öffentlichen Gesundheitsdiensten als auch in der Gesundheitsversorgung ist nicht überall gleich stark ausgeprägt. Er setzt die Schaffung einer Kultur kontinuierlichen Lernens, den Abbau administrativer Komplexität, die Gewährleistung von Sicherheit als einem wesentlichen Gestaltungselement, das Vorhandensein geeigneter Anreize zur Verbesserung, eine Kultur der Leistungsmessung einschließlich Rückmeldung sowie die Einführung teamgestützter Konzepte für die Leistungserbringung voraus. Diese Elemente sind bei den Organisationen zur Leistungserbringung in der gesamten Europäischen Region noch nicht routinemäßig vorhanden, was zur Folge hat, dass die Versorgung weder evidenzgeleitet noch patientenzentriert ist.

375. Es gab in den letzten Jahren viele Neuerungen bei der Regelung der Gesundheitsfinanzierung mit dem Ziel einer allgemeinen Versorgung, aber es muss noch viel getan werden, um in der Region katastrophal hohe und ruinöse Zahlungen aus der Welt zu schaffen; dies gilt insbesondere für chronisch Kranke und gefährdete Bevölkerungsgruppen. Viele Länder haben eine allgemeine Gesundheitsversorgung eingeführt, d. h. sie bieten der gesamten Bevölkerung eine angemessene finanzielle Absicherung und einen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dennoch müssen 19 Mio. Menschen in der Region Eigenleistungen schultern, die ihre Finanzen in verheerender Weise belasten, und mehr als 6 Mio. Menschen sind dadurch verarmt. Des Weiteren bestehen für viele Menschen mit chronischen Krankheiten erhebliche Hindernisse beim Zugang zu hochwertigen strukturierten Versorgungsprogrammen. Die allgemeine Versorgung chronisch Kranker ist in vielen Ländern bei weitem nicht erreicht. Zwischen den Ländern bestehen große Unterschiede bei den Kostenbeteiligungsvorschriften in Bezug auf Gesundheitsleistungen und Arzneimittel für Personen mit chronischen Krankheiten. Dies führt zu Verzögerungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, was sich negativ auf die Behandlungsergebnisse auswirkt, vor allem für Personen mit niedrigem Einkommen und anfällige Personen, und beträchtlich zu dem beobachteten gesundheitlichen Gefälle innerhalb der Europäischen Region beiträgt.

376. Der Übergang zu einem stärker evidenzgeleiteten, bevölkerungsbezogenen und bürgernahen Ansatz ist mit großen personellen Problemen verbunden. In den Gesundheitssystemen herrscht ein Mangel an geeignetem Personal mit den richtigen Qualifikationen am richtigen Ort; vor allem fehlen Pflegekräfte und Allgemeinärzte. Für eine Zusammenarbeit mit anderen Sektoren fehlt häufig die organisatorische Grundlage; ebenso fehlen gemeinsame Ziele und Etats. Das Gesundheitspersonal ist unausgewogen verteilt, was sich in einem städtischen Überangebot und

ländlicher Unterversorgung niederschlägt. Ein schlechtes Arbeitsumfeld und eine mangelnde Flexibilität der Arbeitszeitregelungen (bei gleichzeitiger Feminisierung des Gesundheitspersonals), bei der es an Unterstützung durch die Verwaltung fehlt, aber auch der Mangel an sozialer Anerkennung untergraben allesamt die Moral von Gesundheitsfachkräften. Die Bildung und Berufsausbildung für das Gesundheitspersonal haben nicht mit den Herausforderungen für das Gesundheitssystem Schritt gehalten. Dies hat ein Ungleichgewicht zwischen den Kompetenzen von Absolventen und dem Bedarf der Leistungsnutzer wie auch der Gesamtbevölkerung, aber auch eine Ausrichtung vorwiegend auf Krankenhausleistungen sowie eine enge technische Fokussierung ohne breiteres kontextuelles Verständnis zur Folge. Mangelnde berufliche Aufstiegschancen, niedrige Löhne und fehlende Anreize halten die Motivation für kontinuierliches Lernen in Grenzen. In vielen Ländern haben die Migration von Gesundheitspersonal und der Wechsel aus dem öffentlichen Sektor in die Privatwirtschaft einen gravierenden negativen Einfluss auf Qualität und Zugänglichkeit der Versorgung sowie auf die Fähigkeit einer Zusammenarbeit mit anderen Sektoren.

377. Hochwertige und bezahlbare Arzneimittel sind noch nicht durchgehend in allen Ländern verfügbar, nicht einmal gegen weit verbreitete Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, Asthma und Diabetes. Arzneimittel sind unentbehrlich für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten, und Arzneimittel geringer Qualität stellen eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar. Arzneimittel verursachen auch einen beträchtlichen Teil der Gesundheitskosten: von 10% bis 20% in den EU-Ländern und bis zu 40% im östlichen Teil der Europäischen Region. Weil in manchen Ländern im Osten der Region die Etats unzureichend, die Versorgungssysteme schwach, Arzneimittel oft nicht reguliert und die Eigenleistungen für die Patienten hoch sind, ist dort die Gewährleistung des regelmäßigen Zugangs zu sicheren, hochwertigen und bezahlbaren Arzneimitteln immer noch ein Problem. Die Finanzierung und Regulierung der Arzneimittelversorgung hat großen Einfluss auf die gesundheitlichen Resultate und die finanzielle Absicherung des Einzelnen. Eine wichtige Herausforderung für alle Länder ist die sinnvoll gesteuerte Einführung von neuen und kostspieligen Gesundheitstechnologien wie Pharmakotherapie, Geräten und Verfahren. Häufig wird es bei diesem Prozess versäumt, sich die nötigen Erkenntnisse über die Wirksamkeit und die Sicherheit von Arzneimitteln und Technologien sowie über sinnvolle Regelungen für die Risikoverteilung zwischen Regulierungsbehörden und Unternehmen der pharmazeutischen Industrie zu verschaffen. Die Einführung und Umsetzung von Konzepten für den Ersatz von Markenpräparaten durch Generika ist für Länder mit niedrigerem, mittlerem und hohem Einkommen eine der wirksamsten Kostendämpfungsmaßnahmen.

378. Schlussendlich setzt eine sinnvolle Führungsarbeit weitreichende Partnerschaften und Allianzen voraus, um die Gesundheitssysteme besser auf evidenzgeleitete und patientenzentrierte Konzepte auszurichten. Dazu kann es u. a. erforderlich sein, Anbietern größere Entscheidungsbefugnisse einzuräumen, die Kultur von Leistungsmessung und Rechenschaftslegung auf der Grundlage eines umfassenden Austauschs hochwertiger Informationen zu stärken und die Bevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen in die Gestaltung von Lösungskonzepten in der Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Die Stärkung der Führungsarbeit auf Konzept-, Planungs-, Beschaffungs- und Angebotsebene resultiert in rascheren Veränderungen in der Kultur der Leistungserbringung.

Bewährte Lösungen

379. Die Stärkung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen ist für die Länder in der gesamten Europäischen Region ein vorrangiges Ziel, für dessen Verwirklichung neue Konzepte und Innovationen zur Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit zum Einsatz kommen. Die Verbesserung der Erbringung von Leistungen in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und in der Gesundheitsversorgung, die Erschließung wichtiger grundlegender Ressourcen von Gesundheitssystemen (z. B. Gesundheitspersonal und hochwertigere Arzneimittel), die Stärkung von Gesundheitsfinanzierungsmodellen und die Verbesserung der

Führungsarbeit sind zentrale Schwerpunktbereiche von „**Gesundheit 2020**“. Dieser Abschnitt beschreibt konzeptionelle Akzentverschiebungen und Innovationen in Gesundheitssystemen, die sich als geeignet erwiesen haben, die gesundheitlichen Resultate und die gesundheitliche Chancengleichheit unmittelbar zu verbessern, oder die das Potenzial dazu haben. Diese vorgeschlagenen Lösungsansätze haben in unterschiedlichen Gesundheitssystemen Gültigkeit – unabhängig von der Art ihrer Finanzierung (Steuer- oder Beitragsfinanzierung), der Organisation der Leistungserbringung (integriert oder fragmentiert), der Trägerschaft der Anbieter von Gesundheitsleistungen (öffentlich oder privat) und der Organisationsstruktur (zentralisiert oder dezentralisiert).

Öffentliche Gesundheitsdienste

380. Das Erreichen besserer gesundheitlicher Ergebnisse in der Europäischen Region erfordert eine substanzielle Stärkung der Funktionen und Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Auch wenn die Kapazitäten und Ressourcen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Region uneinheitlich sind, so wird die Notwendigkeit von Investitionen in die institutionelle Struktur und die Kapazitäten der öffentlichen Gesundheitsdienste sowie einer Stärkung von Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention doch als Prioritäten anerkannt. Die Prüfung und Anpassung von Rechtsvorschriften im Bereich der öffentlichen Gesundheit im Sinne einer Modernisierung und Stärkung der einschlägigen Aufgaben stellt hier eine Möglichkeit dar. Kooperation im Bereich der globalen Gesundheit und der grenzüberschreitenden Gesundheitsrisiken gewinnen zunehmend an Bedeutung, und Gleiches gilt für die Koordinierung innerhalb von Ländern, in denen die Zuständigkeit für die öffentliche Gesundheit dezentralisiert ist.

381. Öffentliche Gesundheitsdienste müssen werte- und evidenzbasiert sein und für politische Entscheidungsprozesse, die Mittelzuweisung und die strategische Entwicklung zur Gesundheitsförderung herangezogen werden. Diese Leistungen stellen schon einen Wert in sich dar, aber auch einen Beitrag zu wirtschaftlicher Produktivität und zur Schaffung von Wohlstand. Diese Investitionen sind eine tragende Säule bei der Verwirklichung von „**Gesundheit 2020**“.

382. Ein verbindendes Prinzip der öffentlichen Gesundheit ist der grundsätzliche Bevölkerungsbezug und der Umstand, dass im Mittelpunkt die Gesundheit der gesamten Bevölkerung steht. Der Komplex der öffentlichen Gesundheit reicht über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus und umfasst ein breites Spektrum von Akteuren in allen Teilen der Gesellschaft; dabei werden kausale Pfade untersucht, sowohl die unmittelbaren Krankheitsursachen als auch die sozialen Determinanten. Allerdings fehlt in vielen Ländern der Europäischen Region bisher ein gemeinsames Verständnis darüber, was öffentliche Gesundheit ausmacht und welches die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsdienste sind. Auch sind Qualifikationen und entsprechende Infrastrukturen in der gesamten Region nur vereinzelt vorhanden, und die Kapazitäten zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit sind in vielen Ländern noch sehr begrenzt.

383. In einigen Ländern wird die Förderung der öffentlichen Gesundheit von fehlendem politischen Willen aufgehalten. Ein zentrales Element bei der Förderung der öffentlichen Gesundheit ist die systematischere Einbringung der ihr zugrunde liegenden Prinzipien und Angebote in alle Bereiche der Gesellschaft, also in vermehrte gesamtgesellschaftliche und gesamtstaatliche Anstrengungen, sektorübergreifende Maßnahmen, den Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und die Stärkung der Gesundheitssysteme.

384. Die Wiederbelebung des Themas öffentliche Gesundheit im Zentrum der Bemühungen um gesundheitliche Fortschritte setzt Investitionen in die öffentlichen Gesundheitsdienste und ihre Betrachtung als langfristige Investitionen in Gesundheit und Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung voraus. Die Verantwortlichen im Bereich der öffentlichen Gesundheit müssen in der

Lage sein, die gesundheitspolitische Debatte auf der politischen, fachlichen und öffentlichen Ebene auf den Weg zu bringen und zu ihr beizutragen, um für Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit zu werben. Die Debatte wird sich dabei auf eine umfassende Analyse der gesundheitlichen Bedürfnisse und der Kapazitäten für gesundheitliche Zugewinne in allen Teilen der Gesellschaft stützen. Dazu wird es notwendig sein, allgemeinere Strategien zugunsten von Gesundheit zu analysieren, innovative Netzwerke für Maßnahmen mit Beteiligung vieler unterschiedlicher Akteure zu knüpfen und Veränderungen in Gang zu bringen.

385. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind besonders wichtige Elemente der Bevölkerungsgesundheit, und der Ausbau der primären Gesundheitsversorgung ist ein strategischer Schlüssel zu einer effektiven Bereitstellung solcher Angebote. Die Unterlassung von Investitionen in die Krankheitsprävention in der Vergangenheit hat im Zusammenwirken mit aktuellen Reformen und Veränderungen, einschließlich der Dezentralisierung und Privatisierung von Teilen der Gesundheitsversorgung, dazu geführt, dass in vielen Ländern die entsprechenden Infrastrukturen und Angebote fehlen. Insgesamt bleibt der Anteil der Gesundheitsausgaben, der für Programme im Bereich der öffentlichen Gesundheit aufgewendet wird, in der gesamten Region relativ klein.

386. Schutz und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung gehen zwangsläufig weit über die wirksame Bewältigung der Aufgaben der öffentlichen Gesundheit in einem einzelnen Land hinaus. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit von Staaten bei der Bewältigung von Problemen, die sich aus der Globalisierung, der Arbeit anderer internationaler Organisationen und Akteure, den Auswirkungen weltweiter Wirtschafts- und Handelsabkommen auf die Gesundheitssituation und den Herausforderungen im Zusammenhang mit globalen Kommunikationsstrategien ergeben. Ferner zählen dazu gemeinsame Anstrengungen, und zwar sowohl horizontal, sprich: sektorübergreifend, als auch vertikal, also von der lokalen und der Gemeinschaftsebene bis zur regionalen und nationalen Ebene.

387. Viele der dringendsten politischen Herausforderungen mit einem Einfluss auf die öffentliche Gesundheit betreffen die Bewältigung von komplexen Problemen wie Ungleichgewichten im Gesundheitsbereich, Klimawandel und Adipositas. Es übersteigt die Fähigkeit jeder einzelnen Organisation, diese bösartigen Probleme zu begreifen bzw. in Angriff zu nehmen. Hier ist Abstimmung erforderlich. Häufig herrscht Uneinigkeit über die Ursachen dieser Probleme, und es mangelt an Gewissheit über den geeignetsten Weg zu ihrer Bekämpfung. Zum Verständnis der Komplexität der Prozesse, die für Gesundheit und Krankheit verantwortlich sind, und zur Formulierung der als Antwort darauf erforderlichen komplexen gesamtstaatlichen Maßnahmen wird ein Ansatz benötigt, der auf Systemdenken und Analyse beruht. Für die Bekämpfung der aktuellen und wachsenden Last nichtübertragbarer Krankheiten ist dieser Ansatz sowohl maßgeblich als auch notwendig.

388. „**Gesundheit 2020**“ wird in Verbindung mit dem Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit ausgearbeitet. Darin wird die Vision für den Bereich der öffentlichen Gesundheit im 21. Jahrhundert erläutert und ein Handlungsrahmen vorgegeben.⁹ Sowohl „**Gesundheit 2020**“ als auch der Aktionsplan fordern ein Engagement auf gesamtgesellschaftlicher und gesamtstaatlicher Ebene für mehr Gesundheit und gegen gesundheitliche Benachteiligung, indem gesundheitliche Verbesserungen in die Verfahren zur Politikgestaltung für mehr Gesundheit Eingang finden und indem die Entscheidungsprozesse grundlegende Prinzipien wie Menschenrechte, soziale Gerechtigkeit, Teilhabe, Partnerschaft und Nachhaltigkeit widerspiegeln. In dem Europäischen Aktionsplan wird als Ausgangspunkt die Definition des Begriffs „public health“ nach Acheson verwendet (230):

⁹ Der Europäische Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit enthält alle Informationen zu dem Handlungsrahmen für die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsdienste sowie zu den grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen. Er wird als eine zentrale Säule für die Umsetzung von „**Gesundheit 2020**“ betrachtet.

Dieser wird demnach folgendermaßen definiert: „Die Wissenschaft und Praxis der Prävention von Krankheiten, der Verlängerung des Lebens und der Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft.“

389. Zu den zentralen Handlungsfeldern des Europäischen Aktionsplans gehören die Aufrechterhaltung, Weiterentwicklung und Stärkung bestehender Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit im Sinne von mehr Gesundheit und die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten durch gezieltes Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit. Es wird auch unterstrichen, dass der Bereich der öffentlichen Gesundheit auch bei der Unterstützung, Entwicklung und Stärkung von Gesundheitssystemen eine wichtige Rolle spielt. Das Gesundheitsministerium ist gegenüber dem Gesundheitssystem weisungsbefugt und spielt eine zentrale Rolle in Bezug auf Führung und Angebot im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Das Thema öffentliche Gesundheit umfasst also auch die Gesundheitssysteme, und umgekehrt können die Gesundheitssysteme nur effektiv sein, wenn sie eine leistungsstarke Komponente im Bereich der öffentlichen Gesundheit enthalten.

390. Sowohl in „**Gesundheit 2020**“ als auch in dem Aktionsplan wird der Begriff Gesundheitssystem wie in der Charta von Tallinn definiert (24):

Ein Gesundheitssystem ist die Gesamtheit aller öffentlichen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen in einem Land, deren Auftrag darin besteht, unter den dortigen politischen und institutionellen Rahmenbedingungen auf die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit hinzuarbeiten. Die Gesundheitssysteme umfassen sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch Maßnahmen, mit denen andere Politikbereiche dazu veranlasst werden sollen, in ihrer Arbeit an den sozialen wie auch den ökologischen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit anzusetzen.

391. Auf Wunsch der Mitgliedstaaten hat das WHO-Regionalbüro für Europa die Federführung bei der Ausarbeitung des Aktionsplans übernommen. Dieser basiert auf zehn integrativen Handlungswegen, die von zehn in der Region ausgearbeiteten grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen unterstützt werden. Sie bilden den Eckstein eines modernen Gesundheitssystems.

392. Die vorgeschlagenen grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen sollen den Gesundheitsbehörden in allen Ländern der Europäischen Region als gemeinsame und wegweisende Ausgangspunkte dienen, anhand derer sie Strategien und Maßnahmen für die Bevölkerungsgesundheit einführen, beobachten und evaluieren können. In Kasten 7 sind diese zehn grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen dargestellt. Ihre Stärkung setzt die allgemeine Berücksichtigung des gesamtstaatlichen Ansatzes zur Verbesserung von Gesundheit voraus. Dies geschieht durch den Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“, bei dem ein integriertes konzeptionelles Handeln über Sektor- und Ressortgrenzen hinweg propagiert wird.

393. Der Europäische Aktionsplan wird durch Erkenntnisse über institutionelle Modelle für die Erbringung von Leistungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, durch Werkzeuge und Instrumente für die Praxis und durch Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit unterstützt werden.

Individuelle Gesundheitsversorgung: Verbesserung von Zugang und Qualität

394. Es gibt wirksame Interventionen zur Stärkung der Erbringung von Gesundheitsleistungen mit dem Ziel, den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen, bürgernahen und evidenzgeleiteten Versorgung zu verbessern. Die Hauptaufgabe von Reformen der Gesundheitsversorgung besteht darin, sie wieder auf den Bedarf und die Erwartungen der Menschen auszurichten, damit sie größere gesellschaftliche Relevanz bekommen und bessere Ergebnisse hervorbringen. Zu den Themen, auf die nachstehend eingegangen wird, zählen Fortschritte auf dem Weg zu bürgernahen

Dienstleistungen, die Stärkung und angemessene Unterstützung der primären Gesundheitsversorgung als zentrale Übergangsstelle zu anderen Versorgungsebenen, einschließlich eines unterstützenden und gut strukturierten Krankenhaussystems, sowie die Gewährleistung einer guten Koordinierung der Versorgung. Diese Instrumente sind in einem breiten Spektrum von Umfeldern für die Leistungserbringung von Bedeutung; zu diesen zählen Organisationen mit unterschiedlichen Aufgabenprofilen (z. B. öffentliche Gesundheit, primäre Gesundheitsversorgung, Krankenhaus, Sozialfürsorge) und Organisationen in unterschiedlicher Trägerschaft (öffentlich, privat und gewinnorientiert, privat und gemeinnützig).

Kasten 7: Zehn grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen

1. Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung
2. Beobachtung von Gesundheitsgefahren und gesundheitlichen Notlagen und Gegenmaßnahmen
3. Gesundheitsschutzmaßnahmen (u. a. in den Bereichen Umwelt-, Arbeits- und Nahrungsmittelsicherheit)
4. Gesundheitsförderung, einschließlich Maßnahmen in Bezug auf soziale Determinanten und gesundheitliche Benachteiligung
5. Krankheitsprävention, einschließlich Früherkennung
6. Gewährleistung von Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit und Wohlbefinden
7. Gewährleistung einer ausreichenden Zahl von fachkundigem Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit
8. Gewährleistung von Organisationsstrukturen und Finanzierung
9. Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisierung für die Gesundheit
10. Förderung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit zwecks Anwendung in Politik und Praxis

395. Zur Beschleunigung der Verbesserung gesundheitlicher Resultate im Zeitalter der chronischen Krankheiten muss die Gesundheitsversorgung bürgernäher werden. Eine chronische Erkrankung ist eine Langzeiterkrankung, die wiederholte Interaktionen zwischen dem Patienten und dem Gesundheitssystem erfordert und die in den meisten Fällen fortschreitet. Das Ziel moderner Lösungen für die Leistungserbringung besteht folglich darin, Mechanismen zu schaffen, die – soweit angemessen – die Selbsthilfe unterstützen und dazu beitragen, dass die Versorgung so wohnortnah erfolgt, wie dies sicher und kostenwirksam möglich ist. Dies wird die Fähigkeit der Patienten zu selbstbestimmtem Handeln stärken und es ihnen ermöglichen, an Entscheidungen über ihre eigene Versorgung mitzuwirken und dafür zu planen. Hierfür ist es erforderlich, Informationsquellen, Entscheidungshilfen und andere Mechanismen zu schaffen, die die Befähigung der Patienten fördern, selbstbestimmt zu handeln und Entscheidungen zu treffen. Maßnahmen zum Aufbau von Angeboten, die die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln fördern, umfassen:

- Gewährleistung der Beteiligung von Patienten an der Ausarbeitung, Verwirklichung und Evaluation von Gesundheitskonzepten und Gesundheitsleistungen, einschließlich der Rückmeldung zu diesem Prozess;

- Umsetzung von Modellen für Partnerschaften und gemeinsame Entscheidungsprozesse zwischen Patienten und Anbietern im Gesundheitswesen mit Unterstützung durch Ausbildungs- und Qualifizierungsprogramme;
- angemessene Aufklärung der Patienten über vorhandene Behandlungsoptionen sowie ihre diesbezüglichen Rechte;
- Dokumentierung von Hindernissen für den Zugang zu Informationen, Versorgung, Rehabilitation und Hilfen für Personen mit chronischen Krankheiten und Personen mit Behinderungen;
- Schaffung von Möglichkeiten zur Messung, inwieweit die Versorgung in Organisationen und Systemen personenzentriert ist, und Veröffentlichung vergleichbarer Leistungsindikatoren.

396. Ein besonderes Augenmerk muss auf gefährdete Bevölkerungsgruppen gerichtet werden, und zwar mit leistungsfähigeren aufsuchenden Programmen und neuen Modellen für die Leistungserbringung. Mit den vorhandenen Mechanismen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen werden Personen mit niedrigem Einkommen und Angehörige gefährdeter Gruppen oft nicht erreicht. Beispielsweise haben Binnenmigranten wie auch Migranten aus dem Ausland, Roma-Gruppen, Bewohner entlegener Bergregionen und Drogenkonsumenten allesamt Schwierigkeiten beim Zugang zu öffentlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen, was zum bestehenden Gesundheitsgefälle beiträgt. Um zu gewährleisten, dass diese Menschen über den gesamten Lebensverlauf die lückenlose Versorgung erhalten, die sie benötigen, sind neue Ansätze zur Leistungserbringung durch aufsuchende Programme erforderlich, anstatt darauf zu warten, dass sich die Betroffenen selbst um ihre Versorgung in traditionellen Einrichtungen für die Leistungserbringung bemühen. Der öffentliche Sektor muss weiterhin wichtige Anstöße für die Entwicklung aufsuchender Programme geben, indem er in angemessenem Umfang Mittel bereitstellt, zielführende Vorschriften und Belohnungsmechanismen entwickelt und in Partnerschaften mit den jeweils maßgeblichen Akteuren eintritt.

397. Mit Blick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität werden auf der Angebotsseite weitere Anstrengungen benötigt, um zu gewährleisten, dass Patienten durchgehend eine evidenzgeleitete Versorgung erhalten und dass entschlossene Bemühungen unternommen werden, um unangemessene Schwankungen in der Versorgungspraxis zu verringern. Für einen Großteil der Krankheitslast, von der die Europäische Region betroffen ist, sind wirksame und sogar kosteneffektive Interventionen durchaus bekannt. Dennoch belegen Untersuchungen, dass viele Menschen diese Präventions-, Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsleistungen nicht erhalten. Durch Verbesserung der Versorgung mit kosteneffektiven Therapien bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes und durch eine wirksamere Bewältigung von Problemen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung, hinsichtlich der Gesundheit der Kinder sowie bei Tuberkulose und psychischen Störungen würde ein erheblicher Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Resultate in der Europäischen Region geleistet. Außerdem weisen Patienten oftmals ein multimorbides Krankheitsbild auf, während geltende Leitlinien oft auf einzelne Erkrankungen ausgerichtet sind. Zur Unterstützung von Entscheidungsprozessen zu Zeiten sich zunehmend ausbreitender chronischer Erkrankungen werden neue Wege in der Forschung benötigt.

398. „**Gesundheit 2020**“ bleibt dem Ansatz der primären Gesundheitsversorgung treu, eines Ecksteins der Gesundheitssysteme im 21. Jahrhundert. Die primäre Gesundheitsversorgung spielt mit ihren gut ausgebildeten Allgemeinärzten, Pflegekräften und anderen Fachkräften eine Schlüsselrolle bei der Bewältigung der Herausforderungen in den Gesundheitssystemen. Sie ist ein zentrales Vehikel für die Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsprävention und ein Dreh- und Angelpunkt zur Verknüpfung mit anderen Versorgungsformen. Es muss ein Weg zur Koordinierung der Versorgung gefunden werden, indem ein ausgewogenes System gefördert wird, das gemeindenahere Versorgung, Gesundheitsförderung,

Krankheitsprävention und Krankheitsmanagement, ambulante fachärztliche Versorgung sowie die sekundäre und tertiäre Versorgung im Krankenhaus umfasst. In vielen Ländern ist die primäre Gesundheitsversorgung auf einem guten Weg, diese höher werdenden Anforderungen zu erfüllen. In anderen muss sie jedoch noch weiter gestärkt werden, um leistungsfähiger zu werden. Hierzu kommt es entscheidend auf ein geeignetes regulatorisches Umfeld, ein unabhängiges Management, verbesserte Finanzierungsmodalitäten, die Ausbildung von Gesundheitspersonal zur Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit, der evidenzbasierten Medizin und der Betriebswirtschaftslehre sowie auf eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung innerhalb von Einrichtungen an.

399. Im Weltgesundheitsbericht 2008 mit dem Titel „Primäre Gesundheitsversorgung – Wichtiger als je zuvor“ (231) wurden die Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung für die Gesundheitssysteme sowie die zentralen Verpflichtungen aus der Erklärung von Alma-Ata von 1978 (5) bekräftigt. Die Erfahrungen auf der globalen Ebene zeigen, dass sich eine wirksame bürgernahe primäre Gesundheitsversorgung durch folgende charakteristische Merkmale auszeichnet: Konzentration auf den Gesundheitsbedarf; Aufrechterhaltung persönlicher Beziehungen durch Versorgungskordinatoren, die Ansätze für das Fallmanagement nach dem Chronic-Care-Modell verwenden; Nutzung von Registern und Risikostreuung für die kontinuierliche und vorsorgende Versorgung, statt einfach auf Ereignisse zu reagieren; Übernahme von Verantwortung für die Gesundheit und die Gesundheitsdeterminanten über den gesamten Lebenszyklus einschließlich der Versorgung am Lebensende mit angemessener Vorausplanung; und Einbeziehung von Menschen als Partner in die Bewältigung ihrer Erkrankungen. Um dies zu erreichen, muss nicht nur die Leistungserbringung reformiert werden, sondern es ist auch notwendig, Entscheidungen zur Finanzierung im Gesundheitsbereich aufeinander abzustimmen, um für eine angemessene Zuweisung von Mitteln innerhalb des Gesundheitswesens, politische Reformen zur Förderung gesünderer Gemeinschaften und eine engagierte, partizipatorische Führungsarbeit zu sorgen.

400. Seit einiger Zeit wird Besorgnis darüber zum Ausdruck gebracht, dass das derzeitige klinische und ökonomische Modell für Krankenhäuser nicht mehr angemessen oder „tauglich“ ist. Heute versuchen zu viele Krankenhäuser, ein zu breites Leistungsspektrum anzubieten. Viele Länder reagieren darauf, indem sie versuchen, die fachärztlichen Leistungen stärker in größeren Zentren zu zentralisieren. Parallel dazu stellt die wachsende Zahl multimorbider Patienten Krankenhäuser, die nach dem Prinzip „klinischer Silos“ organisiert sind, vor erhebliche Probleme. Zur wirksamen Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen benötigt die primäre Gesundheitsversorgung die Unterstützung durch Krankenhäuser und ihr Fachpersonal; die Anreize für Krankenhäuser sind jedoch oftmals dergestalt, dass gerade dies nicht in ihrem Interesse liegt. Nach Versorgungsebene und Umfang der Maßnahme gestaffelte finanzielle Anreize untergraben die Bemühungen um besser integrierte Versorgungsprozesse, einschließlich der Verkleinerung von Krankenhäusern.

401. Mit Hilfe von festgelegten Versorgungspfaden, gemeinsam genutzten Aktensystemen und anderen Systemen zur Unterstützung stärker integrierter Prozesse muss eine enge Koordinierung zwischen der primären Gesundheitsversorgung, der häuslichen Pflege, der Sozialfürsorge, ambulanten Diensten, nichtstaatlichen Organisationen und der fachärztlichen Versorgung gewährleistet werden. Um der wachsenden Krankheitslast und der enger werdenden Verbindung zwischen psychischen und körperlichen Gesundheitsproblemen Rechnung zu tragen, sind hier auch Lösungen zur angemessenen Eingliederung von Leistungen der psychischen Gesundheitsversorgung in die Familienmedizin und die Krankenhausversorgung erforderlich.

402. Die Gesundheitsversorgung ist zwar wirksamer, aber auch komplexer geworden. Menschen, die Behandlung benötigen, sind heute im Allgemeinen älter und schwerer erkrankt und weisen beträchtliche Komorbiditäten auf, was die Gesundheitsversorgung stärker beansprucht und die Prioritätensetzung erschwert. Steigender wirtschaftlicher Druck resultiert häufig in einer

Überlastung des Umfelds für die Gesundheitsversorgung. In diesem Kontext sollte anerkannt werden, dass in jedem Umfeld für die Gesundheitsversorgung unerwartete und unerwünschte Ereignisse eintreten können. 10% der Patienten in der Europäischen Region werden Opfer vermeidbarer Schäden oder negativer Ereignisse im Krankenhaus, wodurch Leiden und Verlust verursacht und die Gesundheitsversorgungssysteme finanziell belastet werden. Sicherheit ist Teil der Qualitätsziele und eine Dimension der Qualitätskultur; dazu gehört es, Netzwerke von Patienten und Anbietern aufzubauen, Erfahrungen auszutauschen, aus Fehlern zu lernen und Risiken einzuschätzen, wirksame, evidenzgeleitete Angebote zu unterstützen, Verbesserungen zu überwachen und Patienten und die Öffentlichkeit als Partner im Versorgungsprozess zu befähigen und aufzuklären.

403. Eine wichtige unterstützende Maßnahme ist die Einführung fortgeschrittener informationstechnischer Lösungen, die zeitnah Zugang zu umfassenden klinischen Daten bieten, die es dem Gesundheitspersonal und den Leistungsnutzern ermöglichen, die richtigen Entscheidungen zum richtigen Zeitpunkt zu treffen, ohne dass es zu Verzögerungen und Überschneidungen kommt oder unangemessenerweise Leistungen in Anspruch genommen werden, was auf öffentlicher wie privater Seite mit zusätzlichen Kosten verbunden wäre. Bedauerlicherweise geht die Entwicklung in die entgegengesetzte Richtung: mit unterschiedlichen informationstechnischen Lösungen in der primären Gesundheitsversorgung und auf der Krankenhausebene, sodass nur eine unzureichende Kommunikation zwischen beiden gegeben ist. Um dies zu ändern, werden politischer Wille, Führungskompetenz und Investitionen benötigt. Mit fortschreitender Entwicklung im IT-Bereich müssen datenschutzrechtliche Erwägungen äußerst sorgfältig geprüft werden.

404. Aufgrund der Komplexität der Materie wird die Steuerung der modernen Gesundheitsversorgung zu einer der schwierigsten Managementaufgaben in der gesamten Volkswirtschaft. Trotzdem halten viele Länder Investitionen in derartige Führungskompetenz immer noch für eine Verschwendung von Geld und Zeit. Es gibt einen größeren Spielraum für signifikante Verbesserungen in der Erbringung von Gesundheitsleistungen durch Anwendung moderner Methoden für qualitative Verbesserungen und Qualitätsmanagement als für Verbesserungen durch jede klinische Innovation, die derzeit erprobt wird. Die Anstrengungen sind viel zu wenig darauf ausgerichtet, Basissysteme und eine grundlegende Organisation einzuführen, die dann auch funktionieren.

Schaffung hochwertiger Inputs für die Gesundheitssysteme

Gesundheitspersonal

405. Um die öffentliche Gesundheit wieder in den Vordergrund zu rücken und die Leistungserbringung von Grund auf umzugestalten, muss die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften so konzipiert werden, dass mehr Übereinstimmung zwischen den Prioritäten der Bildungs- und Gesundheitssysteme und den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung besteht. Um diesen Wandel der Leistungserbringung hin zu einer evidenzgeleiteten Kultur mit wirksamer Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen zu unterstützen, müssen in Bildung und Berufsausbildung mehrere konkrete Faktoren berücksichtigt werden: Ausbildung eines flexibleren Gesundheitspersonals mit vielfältigen Qualifikationen, um die Herausforderungen aufgrund epidemiologischer Veränderungen zu bewältigen; sektorübergreifende Zusammenarbeit in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit; Unterstützung der Leistungserbringung im Team; Vermittlung von verbesserten Qualifikationen an das Gesundheitspersonal; Unterstützung der Befähigung von Patienten zu selbstbestimmtem Handeln und Förderung des Erlernens neuer Ansätze in Bezug auf Patientenkontakte; und Aufbau der Fähigkeit zur Unterstützung dieser Veränderungen bei Führungskräften auf allen Ebenen verschiedener Organisationen. Die Fähigkeit, Wissen und Kompetenzen zu aktualisieren und auf neue gesundheitliche Herausforderungen zu reagieren, ist eine Grundanforderung an künftige Generationen von

Gesundheitsfachkräften; zusätzlich sollten leicht zugängliche Angebote für lebenslanges Lernen bereitgestellt werden.

406. Auf der konzeptionellen Ebene muss den künftigen Anforderungen einer alternden Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung und den sich daraus ergebenden Anforderungen an das künftige Gesundheitspersonal mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Hierzu muss neuerlich überprüft werden, ob die Ausbildung der verschiedenen Arten von Gesundheitsfachkräften mit dem jeweiligen Bedarf an neuen Fachkräften auf allen Versorgungsebenen übereinstimmt. Beispielsweise erfordern steigende Zahlen multimorbider Patienten mehr qualifizierte Generalisten, sogar auf der Krankenhausebene. Als Grundlage für die Bildung und Berufsausbildung von Gesundheitsfachkräften und die für sie geltenden Bestimmungen sollten die besten verfügbaren Erkenntnisse über den künftigen Bedarf einer alternden Bevölkerung an Gesundheitsleistungen herangezogen werden.

407. Die Verbesserung der Leistung des vorhandenen Gesundheitspersonals ist deshalb so wichtig, weil dies unmittelbare Auswirkungen auf die Erbringung von Gesundheitsleistungen und letztlich auf die Gesundheit der Bevölkerung hat. Auch unter Effizienzgesichtspunkten ist eine solche Leistungsverbesserung wichtig, weil es häufig finanziell nicht möglich ist, das für die Deckung des steigenden Bedarfs benötigte zusätzliche Personal einzustellen. Durch Akkreditierung und durch Einhaltung geeigneter nationaler Normen für Bildungseinrichtungen wie auch einzelne Gesundheitskräfte im öffentlichen und im privaten Sektor kann die Dienstleistungsqualität verbessert werden. Durch einen Führungsstil und durch Arbeitsbedingungen, die unterstützend wirken, wird die Fähigkeit des Personals zu selbstständigem Handeln gestärkt, was wiederum zu höherer Arbeitsmoral und mehr Engagement und damit zu besseren Patientenbeziehungen führt, die durch ein höheres Maß an gegenseitiger Achtung und an Selbstbestimmung gekennzeichnet sind. Ungeachtet des Umstands, dass die Gesundheitsversorgung komplexer und zwangsläufig multidisziplinär wird, bleibt die klinische Beziehung zwischen Ärzten und Patienten von größter Bedeutung und muss unterstützt werden.

408. Leistung und Produktivität können auch durch folgende Maßnahmen gesteigert werden: Verbesserung des Versorgungsprozesses durch Straffung von Abläufen und Bündelung der Versorgung; Bildung kohärenter und effektiv geführter interdisziplinärer Versorgungsteams; Einführung kompetenzorientierter Lehrpläne, gestützt durch Ausbildung am Arbeitsplatz und außerhalb davon; Aufbau befähigender Arbeitsumfelder mit fairer Vergütung, geeigneten Anreizen und Zugang zu den notwendigen Ressourcen; Vorbeugung gegen berufsbedingte Risiken; und Stärkung der Rolle von Information, Rückmeldung und Leistungsbewertung.

409. Pflegekräfte und Hebammen spielen eine zentrale und zunehmend wichtige Rolle bei den Bemühungen der Gesellschaft, die Herausforderungen unserer Zeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu bewältigen und die Versorgungskontinuität zu gewährleisten und den Rechten und sich wandelnden Bedürfnissen der Menschen Rechnung zu tragen. Zusammengenommen bilden Pflegekräfte und Hebammen die größte Gruppe unter den Gesundheitsfachkräften in der Europäischen Region. Weil sie engen Kontakt zu einer Vielzahl von Menschen haben, sollten sie über Theorie und Praxis im Bereich der öffentlichen Gesundheit gründlich Bescheid wissen, damit sie bei jeder sich bietenden Gelegenheit Einfluss auf die gesundheitlichen Resultate, ihre sozialen Determinanten und die zur Herbeiführung von Veränderungen notwendigen Konzepte nehmen können. Dies gilt in besonderem Maße für Personen, die im gemeindenahen Umfeld, in Schulen, in der Industrie, in Haftanstalten und Einrichtungen für Vertriebene tätig sind. Die Fähigkeit, auf politische Prozesse Einfluss zu nehmen, zu verhandeln und an der Entscheidungsfindung mitzuwirken, bildet in Zukunft zusammen mit einer finanziellen, wirtschaftlichen und kulturellen Kompetenz einen wesentlichen Bestandteil des neuen Repertoires aller Pflegekräfte und Hebammen, der es diesen Berufsgruppen ermöglichen wird, effektiv zu arbeiten und auf allen Ebenen und in allen maßgeblichen Bereichen tätig zu werden.

410. Neue Herausforderungen für die Gesundheitssysteme, die sich aus technologischen Fortschritten und sich verändernden Erwartungen ergeben, erfordern neue Arten von Gesundheitsfachwissen und neue, verschiedene Berufsfelder umspannende Berufe; dazu zählen Gesundheitsmanager, Gesundheitsökonom, Anwälte mit Schwerpunkt Gesundheitsrecht sowie hochqualifizierte Techniker und Ingenieure.

411. Um Gesundheitsfachkräfte in ländliche und unterversorgte Gebiete zu locken und sie dort zu halten, sollten geeignete Konzepte und Strategien eingeführt werden. Den besonderen Problemen in Verbindung mit der Migration von Gesundheitspersonal sollte entgegengewirkt werden, indem im Einklang mit den Bestimmungen des von der 63. Weltgesundheitsversammlung angenommenen Globalen Verhaltenskodexes der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften die erforderlichen Regulierungs-, Führungs- und Informationsmechanismen eingerichtet werden (232). In der Charta von Tallinn (24) heißt es: „Die grenzüberschreitende Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen sollte auf der Grundlage ethischer Überlegungen und einer länderübergreifenden Solidarität erfolgen und durch einen Verhaltenskodex sichergestellt werden.“

Arzneimittel

412. Um die Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln zu gewährleisten, kommen folgende Mechanismen in Frage: Entwicklung und Einführung von geeigneten ordnungspolitischen Strukturen und Rechtsrahmen; ordnungsgemäße Herstellung, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Arzneimitteln; Bereitstellung der erforderlichen Informationen an Gesundheitsfachkräfte und Arzneimittelanwender, um eine rationelle Nutzung von Arzneimitteln zu ermöglichen; und faire und ausgewogene Verkaufsförderung und Werbung mit dem Ziel, einen rationellen Arzneimittelgebrauch sicherzustellen.

413. Um den Zugang zu lebensrettenden Arzneimitteln zu verbessern, sollte ein umfangreiches Spektrum gesundheitspolitischer Instrumente geprüft werden, das folgende Bereiche abdecken sollte: sinnvolle Auswahl von Arzneimitteln und ihre rationelle Anwendung; gestraffte Systeme für die Bereitstellung; Finanzierung, Preisgestaltung und Kostenerstattung; Kostendämpfung; patentrechtliche Fragen. In vielen Ländern der Europäischen Region sind lebensrettende Arzneimittel teuer, was zu dem spürbaren Gesundheitsgefälle beiträgt und auch Benachteiligungen beim Gebrauch zur Folge hat. Viele Länder haben Versorgungs- und Kostendämpfungskonzepte eingeführt, die angesichts der angespannten Finanzlage der Gesundheitssysteme auf eine Optimierung des chancengerechten Zugangs zu Arzneimitteln abzielen. Die verstärkte Nutzung von Generika und die Verbesserung von deren Qualität sind zwei der wichtigsten Politikinstrumente, nicht nur um die effiziente Nutzung von Ressourcen zu gewährleisten, sondern auch um das Gesundheitsgefälle zwischen Ländern mit höherem und niedrigerem Einkommen zu verringern.

414. Die hohen Preise für Arzneimittel sind zum Teil durch den Schutz geistiger Eigentumsrechte bedingt, der der Förderung wissenschaftlicher Innovation dient. Die Länder sollten auch Forschung und Entwicklung in Bezug auf diejenigen Krankheiten fördern, gegen die derzeit keine wirksame Therapie existiert. Auch wenn die Diskussionen zu diesem Thema seit Jahren anhalten, so bedarf es doch weiterer Unterstützung für Neuerungen in Bezug auf Krankheiten, von denen einkommensschwache Personen unverhältnismäßig stark betroffen sind.

415. Ein angemessener Gebrauch von Arzneimitteln führt zu einer Erhöhung der Versorgungsqualität und zu mehr Effizienz im Umgang mit den knappen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung. Nach Schätzungen der WHO werden mehr als die Hälfte aller Arzneimittel weltweit unangemessen verschrieben, abgegeben oder verkauft, und die Hälfte aller Personen, denen Arzneimittel verschrieben werden, nehmen diese nicht ordnungsgemäß ein. Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln resultieren in der Vergeudung knapper Ressourcen, anhaltenden Gesundheitsproblemen oder negativen Reaktionen auf Arzneimittel. Die zunehmende

Arzneimittelresistenz ist ein schwerwiegendes Problem in der Europäischen Region, das beispielsweise die Anstrengungen bei der Tuberkulosebekämpfung untergräbt. Rationeller Arzneimittelgebrauch bedeutet, dass Erkrankungen korrekt diagnostiziert werden und das jeweils geeignetste Arzneimittel verschrieben und abgegeben wird und dass der Patient und das Gesundheitssystem dieses Arzneimittel bezahlen können. Dazu gehört es auch, dass der Patient über das Arzneimittel gut informiert ist, die Bedeutung der verschriebenen Therapie versteht und das Arzneimittel wie vorgeschrieben anwendet. Der rationelle Gebrauch von Arzneimitteln erfordert nicht nur von Ärzten, Pflegepersonal, Apothekern und Arzneimittelanwendern, sondern auch von Politikern, Entscheidungsträgern, Patientengruppen und Berufsverbänden Engagement und Sachkompetenz. Zu den innovativen und wirksamen Strategien zur Förderung eines rationellen Gebrauchs von Arzneimitteln gehören therapeutische Ausschüsse, elektronische Arzneimittelbücher und klinische Leitlinien, die Rückmeldung von Daten zum Arzneimittelgebrauch, arzneimittelbezogene Informationskonzepte, die Einführung finanzieller Anreize und die Evaluation gesundheitlicher Resultate.

416. Pharmaunternehmen vertreiben eine Vielzahl von Produkten und nehmen nicht nur auf die Verschreibungspraxis von Ärzten Einfluss, sondern auch auf die Nachfrage nach Arzneimitteln und die Einhaltung der Anwendungsvorschriften durch Arzneimittelanwender. Dies kann zu einem nicht rationellen Gebrauch von Arzneimitteln führen. Die Verkaufsförderung für Arzneimittel kann indirekt auch medizinische Leitlinien beeinflussen. Die Regulierung der Verkaufsförderung für Arzneimittel ist eine beträchtliche Herausforderung für die Europäische Region, für die es in vielen Ländern noch keine zufriedenstellende Lösung gibt. Angesichts der zunehmenden Diskrepanz zwischen der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und den beschränkten verfügbaren Ressourcen muss diesem Thema hohe Priorität beigemessen werden. Bewährte Praktiken und gewonnene Erkenntnisse müssen weit verbreitet werden.

417. Über Arzneimittel hinaus haben die oben beschriebenen Grundsätze auch für Gesundheitstechnologien allgemein Gültigkeit. Die Abschätzung des Bedarfs und die Bestimmung der vorrangigen Technologien und Produkte (sowohl medizinische Geräte als auch ein breites Spektrum an medizinischen Hilfsmitteln und Versorgungsgütern) für die Gesundheitsversorgung in verschiedenen Umfeldern (einschließlich der häuslichen Versorgung) sind wichtige Aufgaben für die Europäische Region. Das Marktvolumen von Geräten für medizinische Zwecke und Versorgungszwecke ist Schätzungen zufolge wertmäßig ebenso groß wie das von Arzneimitteln. Eine sinnvolle Steuerung der Einführung neuer Gesundheitstechnologien ist genauso wichtig wie bei Arzneimitteln, um die effiziente Nutzung von Ressourcen und einen chancengleichen Zugang zu ihnen sicherzustellen. Dies erfordert die Qualitätssicherung für Geräte und Dienste, sowie transparente Beschaffungsverfahren, ein Gerätemanagement sowohl in Gesundheitseinrichtungen als auch in der häuslichen Versorgung und Pflege, die Entwicklung harmonisierter Indikatoren für den rationellen Einsatz von Gesundheitstechnologien und die Analyse der langfristigen Auswirkungen ihres Einsatzes auf die gesundheitlichen Ergebnisse.

Stärkung der Regelungen für die Gesundheitsfinanzierung

418. Die Verbesserung der Regelungen für die Gesundheitsfinanzierung kann diesen Problemen entgegenwirken und wird sich positiv auf die Chancengleichheit und die Solidarität, aber auch auf die gesundheitlichen Resultate in der gesamten Region auswirken.

419. Der Verwirklichung und Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung wird in der Europäischen Region weiterhin ein hoher Stellenwert beigemessen, insbesondere nach dem wirtschaftlichen Abschwung. Der Weltgesundheitsbericht 2010 mit dem Titel „Finanzierung von Gesundheitssystemen: Der Weg zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung“ (233) bietet eine umfassende Übersicht über die globale Situation in Bezug auf die flächendeckende Versorgung und enthält umsetzbare Empfehlungen über das weitere Vorgehen bei der Stärkung der Gesundheitsfinanzierungssysteme in den Mitgliedstaaten. Die flächendeckende

Gesundheitsversorgung kann durch eines der nachstehenden Konzepte oder eine Kombination aus diesen verwirklicht bzw. aufrechterhalten werden: mehr öffentliche Mittel für den Gesundheitsbereich aus allgemeinen Steuereinnahmen bzw. der Lohnsteuer; weniger Fragmentierung bei den Finanzierungskanälen des Gesundheitssystems (Pooling); Einführung von Beschaffungsmechanismen, die Anreize für effizientes Anbieterverhalten umfassen; Bekämpfung von Ineffizienz in der Struktur der Systeme für die Leistungserbringung; und Einführung von Preisbildungs- und Regulierungsmechanismen zur Eindämmung des Anstiegs der Arzneimittelpreise (231). Die flächendeckende Versorgung ist ein Grundpfeiler von Solidarität und Chancengleichheit in Gesundheitssystemen und ein wichtiges Instrument für die Erfüllung der Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn (24).

420. Neuere Erfahrungen mit Reformen in der Gesundheitsfinanzierung zeigen, dass die Abkehr von breit gefassten Klassifizierungen von Gesundheitssystemen oder von Etiketten wie Beveridge-, Bismarck- oder Semashko-Modell mehr Innovation und Experimentieren ermöglicht. So verwischen sich die Grenzen zwischen der Finanzierung der Krankenversicherung aus allgemeinen Steuermitteln und der Finanzierung aus der Lohnsteuer zusehends in dem Maße, in dem die Länder allmählich erkennen, dass eine gemischte Einnahmegrundlage am besten dazu geeignet ist, auf nachhaltige Weise einen hohen Versorgungsgrad zu erreichen, ohne die Volkswirtschaft über Gebühr zu belasten (234). Dies ist das Fernziel in der Gesundheitsfinanzierung in Bezug auf die Verwirklichung und Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung, wobei Ressourcen bedarfsabhängig über das soziale Verteilungsspektrum zugewiesen werden, damit die Ergebnisse am wirksamsten optimiert werden können, insbesondere als Reaktion auf Konjunkturreinbrüche.

421. Es stehen gut erprobte Finanzinstrumente zur Verfügung, mit denen Einkäufer von Gesundheitsleistungen das Verhalten der Anbieter beeinflussen und messen und evidenzgeleitetes klinisches Verhalten begünstigen können. Diese Instrumente bewirken eine Verbesserung der Versorgungsqualität, indem sie Schwankungen in der Praxis, unangemessene Inanspruchnahme und Versorgungsfehler verringern, die allesamt in hohem Maße zum gesundheitlichen Gefälle zwischen wie auch in den Ländern in der Europäischen Region beitragen. Zudem könnte die Ausrichtung der Anbieter auf gesundheitliche Verbesserungen auch dadurch gestärkt werden, dass für Ergebnisse gezahlt wird, die unter Bezugnahme auf gesundheitlichen Zugewinn definiert und gemessen werden. Insbesondere sollten Beschaffungsmechanismen entwickelt werden, die Bemühungen um eine verbesserte Koordinierung der Versorgung unterstützen und stärken. Ebenso wichtig sind nicht-monetäre Instrumente, die die Anbieter dazu ermutigen, sich stärker in Richtung einer evidenzgeleiteten Gesundheitsversorgung zu orientieren. Dazu zählen berufliche Anerkennung und Aufstiegschancen sowie Leistungsorientierung bei der gegenseitigen Beurteilung und im beruflichen Umfeld.

422. Es gibt Lösungen in der Gesundheitsfinanzierung, die stabile Einnahmen für das Gesundheitswesen über den gesamten Verlauf von Konjunkturzyklen gewährleisten. Die Erkenntnisse, die während der jüngsten Finanzkrise und des daraus resultierenden wirtschaftlichen Abschwungs gewonnen wurden, können politischen Entscheidungsträgern dabei helfen, mit bewährten Politikinstrumenten, die eine Aufrechterhaltung der allgemeinen Versorgung gewährleisten, wirksamer auf künftige Krisen zu reagieren und sich besser auf Zeiten vorzubereiten, in denen die öffentlichen Haushalte noch stärker unter Druck geraten. Auch wenn Konjunkturreinbrüche und ihre negativen Auswirkungen auf Gesundheits- und Sozialtats sich wohl nicht vollständig verhindern lassen, so kann doch die Anfälligkeit gegenüber solchen Schockwellen verringert werden. Länder, die zu Zeiten wirtschaftlichen Wachstums Rücklagen schaffen oder zumindest ihre Haushalts- und Auslandsverschuldung abbauen, können sich bei einer ungünstigen wirtschaftlichen Entwicklung dafür entscheiden, Kredite aufzunehmen oder von ihren Rücklagen zu zehren. Selbst wenn diese Optionen nicht verfügbar sind, können Länder beschließen, dem Gesundheitsbereich einen höheren Stellenwert im verfügbaren Staatshaushalt einzuräumen,

und so die negativen Auswirkungen des wirtschaftlichen Abschwungs abfedern. Dies ist jedoch politisch schwieriger zu verwirklichen.

423. Um die Unterstützung von Öffentlichkeit und Politik für die Verwirklichung einer allgemeinen Versorgung bzw. deren Aufrechterhaltung, insbesondere in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, zu sichern, ist die entschlossene Bekämpfung von Ineffizienz im Gesundheitswesen unerlässlich. In der Tat ist es schwierig, für höhere öffentliche Gesundheitsausgaben zu plädieren, wenn im System Ineffizienz und Verschwendung beobachtet werden. Etatkürzungen üben einen großen Druck auf die Anbieter aus, Effizienzreserven auszuschöpfen. Es gibt jedoch Grenzen dafür, in welchem Maße und wie rasch Effizienzgewinne dazu beitragen können, eine Rezession zu bewältigen, und der Übergang zu einem neuen System der Leistungserbringung mit niedrigeren Kosten muss sorgfältig gesteuert werden. Kurzfristige Lösungen sind wichtig, um das Funktionieren des Systems während einer Krise zu gewährleisten; solche Balanceakte lassen sich jedoch auf lange Sicht oft nicht aufrechterhalten. Beispielsweise kann es den Etat vorübergehend entlasten, wenn Investitionen und Wartungsmaßnahmen hinausgeschoben werden. Es sollten jedoch auch nachhaltige Effizienzgewinne angestrebt werden, etwa durch Verbesserung der Energieeffizienz, die Verlagerung eines größeren Teils der Versorgung in den ambulanten Bereich, die Zuweisung von mehr Mitteln für die primäre Gesundheitsversorgung und kostenwirksame Programme im Bereich der öffentlichen Gesundheit, oder durch Kürzungen bei den am wenigsten kostenwirksamen Leistungen und die Verbesserung des rationellen Gebrauchs von Arzneimitteln.

424. Finanzielle Nachhaltigkeit sollte nicht um ihrer selbst willen als erstrebenswertes Politikziel betrachtet werden (235). Bei der Verwirklichung der Ziele der Chancengleichheit, der finanziellen Absicherung und gesundheitlichen Zugewinns müssen fiskalische Zwänge gebührend berücksichtigt werden. Wirtschaftspolitische Gebote, wie Anstrengungen zur Förderung der Wettbewerbsfähigkeit, dürfen nicht einfach als Selbstzweck betrachtet werden, sondern vielmehr als Mittel zur Verbesserung des Wohlergehens der Menschen in der Europäischen Region.

Verbesserung der Steuerung und Führung von Gesundheitssystemen

425. Gute Führungsarbeit dient der Stärkung der Gesundheitssysteme, indem sie sich positiv auf Leistung, Rechenschaftslegung und Transparenz auswirkt. Ein grundlegendes Element der Führung von Gesundheitssystemen im 21. Jahrhundert besteht darin, Gesundheitskonzepte verstärkt auf einschlägiger Evidenz aufzubauen und sie in höherem Maße sektorübergreifend und partizipatorisch zu gestalten und so die Art ihrer Führung von Grund auf zu verändern. Die meisten Gesundheitskonzepte wurden unter Verwendung eines von oben nach unten gerichteten Ansatzes entwickelt. In einem gesamtstaatlichen Umfeld müssen jedoch horizontale Beziehungen über alle staatlichen Ebenen hinweg gefördert werden. Eine Stärkung der Partizipation von Bürgern und Zivilgesellschaft würde die Ausrichtung von neuen nationalen Gesundheitsplänen und -strategien auf die Bürger und die Nutzer von Gesundheitsleistungen verstärken und soziale Werte zur Geltung bringen.

426. Durch Anwendung von Systemdenken auf die Gestaltung nationaler und subnationaler Gesundheitspläne, -konzepte und -strategien wird ein umfassender und strukturierter Ansatz für Langzeitplanung und Prioritätensetzung gewährleistet. So passen die für das Gesundheitssystem auf der Grundlage sozialer Werte ausgewählten Ziele gut zu den Instrumenten, die zur Stärkung der Gesundheitssysteme eingesetzt werden. Gesundheitspolitische Herausforderungen (wie die derzeitige Epidemie chronischer Krankheiten) werden zunehmend als komplexe Probleme erkannt, die durch eine große Zahl von Variablen, zahlreiche ursächliche Verknüpfungen und positive wie negative Rückmeldungsschleifen gekennzeichnet sind. Nur mit einem auf lange Sicht angelegten, umfassenden und zielgerichteten Ansatz wird es gelingen, der steigenden Prävalenz chronischer Krankheiten Einhalt zu gebieten. Überwachung und Evaluation sollten einen festen

Bestandteil der konzeptionellen Umsetzung bilden, um Lernen und Anpassung zu gewährleisten.

427. Die Gesundheitsministerien und ihre Partner in den Finanz-, Umwelt- und Bildungsministerien müssen besser in die Lage versetzt werden, für Investitionen in Gesundheit und ihre sozialen Determinanten zu plädieren und entsprechende Überzeugungsarbeit zu leisten. Es ist hinreichend belegt, dass Gesundheit zu größerem sozialen und wirtschaftlichen Wohlergehen für die gesamte Gesellschaft beiträgt. Dennoch wird im Prozess der Haushaltsverhandlungen der Gesundheit und den Maßnahmen zu ihrer Verbesserung – absichtlich oder unabsichtlich – oft nur geringe Priorität eingeräumt, vor allem wenn die Gesundheitspolitiker keine überzeugenden Argumente vortragen. Es ist wichtig, dass Gesundheitssysteme angesichts einer steigenden Nachfrage so effizient wie möglich funktionieren, und die Gesundheitsministerien sollten federführend darauf hinwirken, dass der Wert von Investitionen in die Gesundheitssysteme jeweils gewährleistet ist und deutlich dargestellt wird. Schließlich muss auch die Fähigkeit der Gesundheitsministerien zur Festlegung von Prioritäten für Entscheidungen über die Mittelzuteilung gestärkt werden, insbesondere in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, um einen allgemeinen Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und einkommensschwache und gefährdete Personen zu schützen.

428. In unserer Zeit ist es für die Reformen in den Gesundheitssystemen erforderlich, ein befähigendes Umfeld zu schaffen, in dem Partnerschaften gedeihen, die Zivilgesellschaft an Prioritätensetzung und Entscheidungsprozessen beteiligt werden und die einzelnen Bürger mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen können. Solche Partnerschaften müssen nicht auf den öffentlichen Sektor beschränkt sein, sondern können vielerlei Gestalt annehmen: öffentlich-private Partnerschaften, wobei einige Leistungen von privaten Anbietern übernommen werden; öffentliche Finanzierung privater gemeinnütziger aufsuchender Arbeit; private Gesundheitsorganisationen mit Verwaltungsgremien, in denen Lokalpolitiker sitzen; private Gesundheitsorganisationen in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden; oder Organisationen für öffentliche Gesundheit, die sich in privater Trägerschaft befinden. Eine größere Vielfalt der Beziehungen setzt voraus, dass regulatorische und institutionelle Rahmen offener und flexibler gestaltet werden, damit sie die Bildung von Partnerschaften unterstützen können. Gleichzeitig müssen die Gesundheitsministerien ihre Aufsichtsfunktion verbessern und sicherstellen, dass alle beteiligten Akteure, ob öffentlich oder privat, an einem Strang ziehen und auf die Verbesserung der Gesundheit und des Wohls der Bevölkerung hinarbeiten.

429. Um erwünschte Politikergebnisse durch Vereinbarungen für eine Risikoteilung zwischen öffentlichem und privatem Sektor herbeizuführen, gehen Regierungen auch im Gesundheitsbereich immer häufiger öffentlich-private Partnerschaften ein. Solche Vereinbarungen haben mehrere vermeintliche Vorteile, u. a. eine zusätzliche stabile Finanzierung zu Zeiten knapper öffentlicher Mittel oder starker Auswirkungen von Konjunkturschwankungen, ferner eine effizientere Ressourcennutzung und eine stärkere Fokussierung auf die Qualität für die Endnutzer. Angeblich sollen diese Vorteile die zusätzlichen Kosten privaten Kapitals aufwiegen; die Belege hierfür sind jedoch weder umfassend noch unumstritten. Eine sich immer mehr durchsetzende Erkenntnis ist, dass öffentlich-private Partnerschaften als Politikinstrument eine sorgfältige Steuerung durch den öffentlichen Sektor erfordern, damit Effizienz- und Qualitätsgewinne erzielt und ein chancengerechter Zugang gesichert werden können und damit die Zugewinne nicht durch unangemessenes Verhalten wieder verloren gehen. Alles deutet darauf hin, dass die Steuerung öffentlich-privater Partnerschaften eine anspruchsvolle Aufgabe ist. Insgesamt gesehen muss ein gut gestaltetes öffentliches System für die Steuerung und Rechenschaftslegung vorhanden sein, um zu gewährleisten, dass diese Lösungskonzepte öffentlich definierten Zielen gerecht werden und einen Nutzen für die Öffentlichkeit schaffen. Ebenso muss ein gut gestaltetes System für den Umgang mit Misserfolgen vorhanden sein, damit gewährleistet ist, dass der öffentliche und der private Sektor die Kosten von Misserfolgen genauso teilen wie den Lohn von Erfolgen.

430. Es bleibt noch viel zu tun, um zu gewährleisten, dass bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten die vorliegende Evidenz systematisch genutzt wird. Dies erfordert die kontinuierliche Verbreitung von neuem Wissen, die Stärkung der Fähigkeit politischer Entscheidungsträger und politischer Beobachter und die Einführung nachhaltiger institutioneller Lösungen, die die Nachfrage nach und das Angebot an Erkenntnissen in einer allseits förderlichen, respektvollen Arbeitsbeziehung verknüpfen. Wissensvermittlung und kreative Foren für die Übertragung und die Koproduktion von Wissen sind entscheidende Voraussetzungen für die Stärkung der Verknüpfung zwischen Erkenntnissen und Handlungskonzepten und für die Verringerung des Gefälles zwischen denjenigen, die Erkenntnisse gewinnen, und denjenigen, die sie nutzen. Ein besonders nützlicher Ansatz ist die regelmäßige Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen. Gut ausgedachte Konzepte geben darüber Aufschluss, inwiefern die jeweils auf der Grundlage von Gesundheitssystemstrategien definierten vorrangigen Ziele von Gesundheitssystemen erreicht werden. Die Ergebnisse von Leistungsbewertungen sollten in den Grundsatzdialog einfließen, der innerhalb der Regierungen sowie zwischen Gesundheitsprogrammen, staatlichen Behörden auf der nationalen, subnationalen und kommunalen Ebene, Anbietern im Gesundheitswesen und den Bürgern im Gange ist. Die Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen ist ein zentrales Instrument für die Stärkung ihrer Steuerung und Führung, das zur Rechenschaftslegung beiträgt.

Gesundheitssicherheit, Internationale Gesundheitsvorschriften, Notfallvorsorge und Reaktion auf gesundheitliche Notlagen

Situationsanalyse

431. Die Europäische Region der WHO ist in erheblichem Maße Bedrohungen der Gesundheitssicherheit durch neu auftretende Krankheiten, Ausbrüche von Infektionskrankheiten und Epidemien, Naturkatastrophen und durch menschliches Handeln ausgelösten (technologische) Katastrophen und Konflikten ausgesetzt; dazu gehören auch bewaffnete Konflikte, die mit der kulturellen Vielfalt der Region oder mit umstrittenen Gebieten in Zusammenhang stehen. Zu den Naturkatastrophen und den durch menschliches Handeln ausgelösten Katastrophen zählen außerdem chemische, biologische und nukleare Unfälle. Daneben ist die Europäische Region auch mit Herausforderungen konfrontiert, die sich aus dem Klimawandel und der daraus resultierenden Häufung schwerer extremer Wetterereignisse, der anhaltenden Urbanisierung, den wachsenden Drehscheiben für den internationalen Flugverkehr und einer zunehmenden Zahl von Massenveranstaltungen ergeben.

432. Auch gesellschaftliche Diversität und bestehende Ungleichgewichte beim Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren Vorsorgemaßnahmen, sodass manche Bevölkerungsgruppen durch gesundheitliche Notlagen deutlich stärker gefährdet sind. Diese Situation wird durch die Folgen von Wirtschaftskrisen verschärft. Und nicht zuletzt: Auch wenn das Risiko der unbeabsichtigten Freisetzung von biologischem, chemischem oder radioaktivem Material zunehmend durch verbesserte Sicherheitsvorschriften und -verfahren beherrschbar wird, so bietet doch die vorsätzliche Freisetzung von solchem Material immer mehr Anlass zur Besorgnis, zumal der Zugang zu sensiblen Informationen und immer leistungsfähigerer Technologie einfacher geworden ist.

433. Erkenntnisse aus früheren Ereignissen zeigen, dass schwache und schlecht vorbereitete Gesundheitssysteme die zeitnahe und wirksame Bewältigung von Gesundheitskrisen erschweren und die Gefahr internationaler Konsequenzen erhöhen. Die beträchtlichen Investitionen der Mitgliedstaaten in die Pandemievorsorge vor der Pandemie von 2009 waren für die späteren Gegenmaßnahmen von entscheidender Bedeutung (226). Dennoch muss allgemein festgestellt werden, dass die Welt für eine globale und lang anhaltende gesundheitliche Notlage nur unzureichend gerüstet ist. Viele Länder in der Region brauchen weitere Unterstützung zur Stärkung

ihrer Kernkapazitäten für die Erkennung potenzieller Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit sowie für entsprechende Gegenmaßnahmen.

Bewährte Lösungen

434. Die Entwicklung adaptiver Konzepte, widerstandsfähiger Strukturen sowie der Fähigkeit zur wirksamen Vorhersage und Abwehr von Notlagen ist äußerst wichtig. Die am 15. Juni 2007 in Kraft getretenen Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) bieten den Mitgliedstaaten der WHO einen internationalen rechtlichen wie operativen Rahmen für einen besseren Schutz der Gesundheit ihrer Bevölkerung. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften schreiben allen Mitgliedstaaten konkret vor, Kernkapazitäten für die Überwachung und Reaktion zu schaffen, um zeitnah Ereignisse feststellen, bewerten und melden zu können, die Krankheits- und Todesfälle über dem zu erwartenden Niveau mit sich bringen und die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen könnten. Die Länder sollten auch über die Fähigkeit verfügen, maßgebliche Informationen rasch weiterzugeben bzw. darauf zuzugreifen und Empfehlungen der WHO im Rahmen einer koordinierten internationalen Reaktion umzusetzen.

435. Die WHO verfügt als federführende Organisation innerhalb der Schwerpunktgruppe Gesundheit (Global Health Cluster) des Ständigen interinstitutionellen Ausschusses der Vereinten Nationen über ein einzigartiges internationales Mandat innerhalb des internationalen humanitären Systems. Dieser Tatsache wird auch in den Verfahren des WHO-Regionalbüros für Europa für gesundheitliche Notlagen (Public Health Emergency Procedures) und in der alltäglichen Arbeit des ebenfalls beim Regionalbüro eingerichteten Notfallzentrums (Emergency Operations Centre) Rechnung getragen. Ferner unterstützt das Regionalbüro die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region aktiv bei der Stärkung ihrer Fähigkeit zur Reaktion auf alle Arten von gesundheitlichen Notlagen und spielt eine zentrale Rolle beim Informationsaustausch in der Region und weltweit sowie bei der Koordinierung von Sofortmaßnahmen.

436. Die Verbesserung von Steuerungskonzepten, die Notfallplanung als kontinuierlicher Prozess im Rahmen eines alle Gefahren einbeziehenden Ansatzes, die Einrichtung tragfähiger Programme für ein nachhaltiges Krisenmanagement und die Steuerung von Gesundheitsrisiken in Gesundheitsministerien sowie die Stärkung sektorübergreifender Koordinierungsmechanismen sind allesamt wirksame Strategien für die Prävention künftiger Gesundheitskrisen und die Milderung ihrer Folgen.

437. Wegen der Komplexität der Probleme in Bezug auf die Gesundheitssicherheit erfordert eine wirksame Reaktion die transparente und zeitnahe Weitergabe von Informationen und Daten zwischen der WHO und ihren Mitgliedstaaten sowie eine enge Zusammenarbeit von Regierungen, internationalen Organisationen, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft und anderen Partnern (236). Zur Stärkung der Gesundheitssicherheit auf der gesamteuropäischen Ebene arbeitet die WHO auf diesem Gebiet eng mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Europäischen Kommission zusammen.

438. Um rasch den benötigten internationalen Sachverstand für die Reaktion auf gesundheitliche Notlagen und Ausbrüche übertragbarer Krankheiten mobilisieren zu können, hat die WHO in Zusammenarbeit mit einer Reihe von Partnerorganisationen und Institutionen Mechanismen wie den Globalen Verbund der WHO zur Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen (GOARN) eingerichtet. Zur Unterstützung der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften wurden Kooperationszentren der WHO wie das bei den United States Centers for Disease Control and Prevention angesiedelte Global Disease Detection Program eingerichtet, das über eine Außenstelle in Kasachstan verfügt.

439. Im Bereich Bio- und Laborsicherheit investieren neue Akteure wie der Sicherheitssektor in die öffentliche Gesundheitsinfrastruktur und in die Personalentwicklung, namentlich in

labortechnische und epidemiologische Kapazitäten in Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region. Solche Investitionen stehen in Einklang mit den sektorübergreifenden Investitionen für mehr Gesundheitssicherheit, die im Rahmen der internationalen Diplomatie vorangetrieben werden, beispielsweise durch das Übereinkommen über biologische Waffen, die Hochrangige Gruppe der Vereinten Nationen für Bedrohungen, Herausforderungen und Wandel sowie den Gesundheitssicherheitsausschuss der EU.

440. Um alle staatlichen Ressorts wie Landwirtschaft, Verkehr und Verteidigung sowie die maßgeblichen Gemeinschaften und die Zivilgesellschaft umfassender in die Anstrengungen für Notfallvorsorge und Notfallmaßnahmen einbeziehen zu können, müssen weitere Erkenntnisse gewonnen und angewandt werden. Um den aktuelle Bereitschaftsstand regelmäßig zu überprüfen, müssen Notfallvorsorgepläne Planspiele und Übungen umfassen.

441. Gestärkte, gut vorbereitete und gut geführte Kapazitäten für die Prävention und Bewältigung von Gesundheitskrisen sind rechtlich bindende Anforderungen im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften. Bewertungsinstrumente (237) helfen den Ländern dabei, ihre eigenen Systeme zu evaluieren und deren Stärken und Schwächen zu bestimmen. Die Initiative für sicherere Krankenhäuser ist ein konkretes Beispiel für die Förderung von Maßnahmen zur Verringerung der Anfälligkeit von Gesundheitseinrichtungen und zur Gewährleistung, dass sie in Zeiten von Krisen der öffentlichen Gesundheit voll funktionsfähig bleiben. Maßnahmen zur Verbesserung der sektorübergreifenden Abstimmung und der interdisziplinären Ansätze sind von entscheidender Bedeutung für die Verbesserung der Prävention, Früherkennung und zeitnahen Bewältigung von Ereignissen und sollten während internationaler Massenveranstaltungen weiter gestärkt werden. Verbesserte Warn- und Reaktionssysteme und eine wirksame Notfallplanung können Impulse für signifikante Verbesserungen im Gesundheitssystem geben und allen Akteuren, namentlich der Zivilgesellschaft, eine einzigartige Gelegenheit bieten, ihre jeweilige Rolle und Zuständigkeit bei der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu erkennen.

442. Zur Förderung der Notfallvorsorge ist eine gute Führungsarbeit wichtig, insbesondere durch verbesserte Transparenz und sektorübergreifende Abstimmung. Die transparente und zeitnahe Weitergabe von Informationen muss weiter verbessert werden, und zwar sowohl innerhalb von Ländern (ggf. unter besonderer Berücksichtigung föderaler Strukturen) als auch zwischen den Ländern und der WHO in Übereinstimmung mit den in den Internationalen Gesundheitsvorschriften vorgesehenen Verfahren und der zentralen Rolle der nationalen IGV-Anlaufstellen.

443. Durch neue entwickelte Partnerschaften, vor allem mit Institutionen auf Ebene der Europäischen Region, soll die geografische Ausgewogenheit der fachlichen Partner in der Europäischen Region der WHO verbessert werden. Um sowohl den nötigen Sachverstand als auch das erforderliche kulturelle Verständnis zu gewährleisten, wird eine bessere Einbeziehung Institutionen aus der Region in Netzwerke wie GOARN unerlässlich sein.

444. Die engere Zusammenarbeit mit EU-Institutionen wie dem Referat Gesundheitsgefährdungen bei der Europäischen Kommission und dem ECDC wird weitergeführt, namentlich im Rahmen der Unterstützung der EU-Initiative für Gesundheitssicherheit. Dies umfasst, sofern möglich, auch die Weiterentwicklung gemeinsamer Meldeinstrumente und -verfahren sowie gemeinsame Einsätze vor Ort und gemeinsame Berichte. So soll in Zukunft die Verwendung eines einheitlichen Meldeverfahrens für die Länder an die WHO und die EU zur Weitergabe von Fachwissen und Risikobewertungen möglich und das Auftreten widersprüchlicher Inhalte in der Risikokommunikation vermieden werden.

Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder

445. Die Chance der Menschen auf ein gesundes Leben ist eng mit den Umständen verknüpft, unter denen sie geboren werden, aufwachsen, arbeiten und altern. Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt – insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieerzeugung und Stadtentwicklung – ist von essentieller Bedeutung und erfordert gezieltes Handeln, um einen entsprechenden gesundheitlichen Nutzen zu erzielen. Widerstandsfähige und zu selbstbestimmtem Handeln befähigte Gemeinschaften reagieren aktiv auf neue und ungünstige Umstände, stellen sich auf ökonomische, soziale und ökologische Veränderungen ein und können Krisen und Härtesituationen besser bewältigen. Gemeinschaften, die benachteiligt bleiben und nicht zu selbstbestimmtem Handeln befähigt werden, schneiden sowohl in Bezug auf Gesundheit als auch bei anderen sozialen Determinanten wie Bildung und Kriminalität unverhältnismäßig schlecht ab.

446. Eine Zusammenarbeit zwischen Umwelt- und Gesundheitspolitik ist von entscheidender Bedeutung für den Schutz der menschlichen Gesundheit vor den Risiken einer gefährlichen, verseuchten oder nicht nachhaltigen räumlichen Umwelt. Umweltgefahren sind eine wichtige Determinante von Gesundheit, sowohl für heutige als auch für künftige Generationen. Viele Gesundheitsprobleme sind mit der Umwelt verknüpft, etwa durch die Belastung mit Luftschadstoffen oder die Folgen des Klimawandels, und stehen in einer Wechselwirkung mit den sozialen Determinanten von Gesundheit. Der gesundheitliche Nutzen einer Wirtschaft, die wenig Kohlenstoff erzeugt, und die positiven gesundheitlichen Effekte einer umweltfreundlichen Politik werden auch im Zusammenhang von Rio+20, der Konferenz der Vereinten Nationen über nachhaltige Entwicklung, erörtert. Die Länder haben mit der Entwicklung von Konzepten begonnen, die sowohl der Gesundheit des Planeten als auch der Gesundheit der Menschen dienen, und sie haben erkannt, dass eine sektorübergreifende Zusammenarbeit von entscheidender Bedeutung für den Schutz der menschlichen Gesundheit vor den Risiken einer gefährlichen und verseuchten Umwelt ist.

Die räumliche Umwelt

447. Im Zeitraum von 2005–2011 konnten sich die meisten Länder in der Europäischen Region im Index für die menschliche Entwicklung (HDI) nicht verbessern oder büßten sogar Plätze ein (238). Ein niedrigerer Stand in der menschlichen Entwicklung geht gewöhnlich mit einer weniger positiven Umweltbilanz und einer höheren umweltbedingten Krankheitslast einher.

448. In der Europäischen Region der WHO entfällt einer von fünf Todesfällen auf umweltbedingte Krankheiten. Allerdings schwankt der Anteil der umweltbedingten Erkrankungen an der Gesamtkrankheitslast innerhalb der Region beträchtlich: zwischen 14% und 54% (239). Beispiele:

- Die Exposition gegenüber Feinstaub verringert die Lebenserwartung jedes Betroffenen im Durchschnitt um fast ein Jahr, vor allem aufgrund einer erhöhten Gefahr von Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen sowie von Lungenkrebs (240).
- Die Raumluftverschmutzung durch biologische Wirkstoffe in der Raumluft aufgrund von Feuchte und Schimmel erhöht das Risiko einer Atemwegserkrankung um 50% (241).
- Umgebungslärm verursacht den Verlust von 2 bis 3 Mio. DALY durch die Zunahme ischämischer Herzerkrankungen, kognitiver Entwicklungsstörungen bei Kindern, Schlafstörungen, Tinnitus und Ärger (242).

- Schlecht geplante und unzureichend integrierte Verkehrssysteme resultieren unmittelbar in mehr Verletzungen und Todesfällen im Straßenverkehr und indirekt in weniger aktiver Fortbewegung sowie einem höheren Maß an sozialer Isolation.
- Zwischen 2000 und 2010 verdreifachte sich die Zahl der Fälle wichtiger wasserbedingter Krankheiten wie Cryptosporidiose, Campylobacteriose, Giardiose und Legionellose. In der Europäischen Region werden schätzungsweise 1 Mio. Kinder im Vorschulalter und mehr als 3 Mio. Kinder im schulpflichtigen Alter von Darmwürmern befallen, was zeigt, wie wichtig es ist, in Wohnungen und anderen Bereichen, in denen sich viele Kinder aufhalten, für grundlegende Hygiene, Wasserversorgung und Abwasserentsorgung zu sorgen (243).
- Auch wenn klassische wasserbedingte Krankheiten mit hohem Epidemienpotenzial wie Cholera, Typhus, Shigellose und enterohämorrhagische Escherichia coli in der Europäischen Region auf dem Rückzug sind, verfügen ca. 4 Mio. Menschen in städtischen und 14,8 Mio. in ländlichen Gebieten weiterhin nicht über so genannte „verbesserte Wasserquellen“, und 34,6 Mio. verfügen nicht über eine verbesserte Abwasserentsorgung. Etwa 10% der ländlichen Bevölkerung sind für die Wasserversorgung auf Kleinsysteme wie private Brunnen angewiesen, die häufig schwach reguliert und anfällig für eine Kontamination sind (244).
- Innerhalb der Länder sind einkommensschwache Gruppen bis zu fünfmal häufiger Umwelttrisiken ausgesetzt als ihre wohlhabenderen Mitbürger (245).

449. Um mehr Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen, muss größerer Wert darauf gelegt werden, Umweltbelastungen, -risiken und -wirkungen zu verringern und für mehr Chancengleichheit zu sorgen und die Organisation des Gesundheitswesens zu stärken. Durch Verringerung der Gefährdungen aufgrund von Luft- und Wasserverschmutzung, Chemikalien, Schadstoffen in der Nahrung und Lärmbelastung, durch Verwirklichung eines allgemeinen Zugangs zu Wasserversorgung und ausreichender Abwasserentsorgung, durch Sicherstellung der Trinkwasserqualität und durch Förderung einer grundlegenden Hygiene könnte mehr als ein Fünftel der Gesamtkrankheitslast und ein großer Teil der Todesfälle im Kindesalter in der Europäischen Region verhindert werden.

450. Dabei reicht es jedoch nicht aus, individuellen Umweltbelastungen und -risiken entgegenzuwirken. Um die enorme Belastung moderner Gesellschaften durch chronische Erkrankungen zu mindern, bedarf es dringend eines ökologischen Ansatzes im Bereich der öffentlichen Gesundheit, mit dem den komplexen Wechselwirkungen zwischen biologischen, verhaltensbezogenen, umweltbedingten und sozialen Faktoren Rechnung getragen wird und mit dem Lösungen realisiert werden können, die mit dem Ziel der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Nachhaltigkeit auf unserem Planeten in Einklang stehen (246, 247).

451. Sozioökonomische Ungleichgewichte und der derzeitige globale wirtschaftliche Abschwung behindern Fortschritte bei der Verringerung von Umwelt- und Gesundheitsrisiken. In allen Ländern unabhängig vom Nationaleinkommen sind Personen mit niedrigem Einkommen deutlich stärker durch ungesunde Umweltbedingungen gefährdet als solche mit höherem Einkommen. Soziale Determinanten spielen eine wichtige Rolle für das Ausmaß der Exposition gegenüber Umweltfaktoren und die Schwere der Auswirkungen auf die Gesundheit von Einzelpersonen und Gesamtbevölkerung. So führt eine hohe bzw. zunehmende Armut zu einer Schwächung der Schutzfunktionen von Wasserversorgung und Abwasserentsorgung innerhalb der nationalen Gesundheitssysteme. Einkommensschwache Schichten leben gemeinhin in unzureichenden Wohnverhältnissen, unter weniger günstigen hygienischen Bedingungen, in unsicheren Wohngebieten und näher an umweltbelastenden Industrieanlagen und anderen Quellen chemischer und sonstiger Kontamination und haben schlechteren Zugang zu Bereichen, die ein gesundes Leben begünstigen (245).

452. Die Wasserqualität ist ständig gefährdet, und ihr Schutz ist wichtig für die Trinkwasserversorgung, die Essenszubereitung und die Nutzung von Gewässern für Freizeitaktivitäten. In der EU beruhen die Rechtsvorschriften auf den WHO-Leitlinien für die Trinkwasserqualität, und es werden häufig Verstöße gegen die Bestimmungen für Enterokokken, Arsen, Blei, Nickel, Nitrat und andere Schadstoffe registriert. Im östlichen Teil der Europäischen Region sind die Verstöße gravierender, und es gelangen mehr Krankheitserreger in die Trinkwasserversorgungssysteme. Zusätzliche Belastungen werden durch den Klimawandel, das Bevölkerungswachstum, den Bedarf der Industrie und die Wasserentnahme für den Haushaltsverbrauch erwartet: Die Gesamtwasserentnahme dürfte in der EU im Zeitraum zwischen 2000 und 2030 um mehr als 10% zurückgehen und in Mittel- und Südeuropa sowie in Zentralasien eine Belastung der Wasserressourcen zur Folge haben (248).

453. Weil die Menge der außer Haus zubereiteten Speisen in der jüngsten Zeit drastisch zugenommen hat, haben sich durch Nahrungsmittel übertragene Krankheiten in den letzten Jahren zu einem wachsenden Problem für die öffentliche Gesundheit entwickelt. Um Sicherheit über die gesamte Länge der zunehmend komplexen Nahrungsmittelkette zu gewährleisten, bedarf es einer Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen, Landwirtschaft, Nahrungsmitteltransporteuren, Gastronomie und Nahrungsmittelindustrie. Lebensmittel- und Ernährungssicherheit sind in hohem Maße von der Verfügbarkeit von sauberem Wasser, Bodennutzungskonzepten und der Verfügbarkeit technologischer Neuerungen für die Verbesserung der Produktion, der Lagerung, des Transports und der Zubereitung von Nahrungsmitteln abhängig.

454. Globale Umweltveränderungen wie die Zerstörung der Ozonschicht, der Klimawandel, der Verlust der biologischen Vielfalt, die Zunahme umwelt- und wetterbedingter Krisensituationen sowie die rasche Einführung neuer Materialien und Technologien können neue Gesundheitsprobleme entstehen lassen, bestehende ausweiten und die Schwächen unserer heutigen Gesundheitssysteme aufdecken. In der Europäischen Region können bestimmte Folgen des Klimawandels bereits beobachtet werden: Die 70 000 Sterbefälle während der Hitzewelle im Sommer 2003 waren ein Vorgeschmack auf das, was geschehen könnte, wenn hier nicht entschlossen gehandelt wird. Für die Zukunft werden noch größere Gesundheitsrisiken infolge des Klimawandels prognostiziert: mehr Hitzewellen, Dürren, Überschwemmungen und Brände; ein Anstieg des Meeresspiegels mit Auswirkungen auf Gebiete und Siedlungen in Küstennähe; das Schmelzen von Permafrostböden im nördlichen Teil der Region mit Risiken für Infrastruktur und Tragfähigkeit; die Verschlechterung der klassischen umweltbedingten und sozialen Determinanten von Gesundheit (wie Luft- und Wasserqualität, Lebensmittelqualität und -quantität). Ferner wird auch eine Veränderung der geografischen Verteilung von Infektionskrankheiten mit möglichen lokalisierten Ausbrüchen neu oder wieder auftretender Krankheiten (wie Dengue-Fieber) erwartet (249). Viele Folgen des Klimawandels können sich sogar weit entfernt von den Orten bemerkbar machen, an denen sie ursprünglich auftreten. Sie können auch Konflikte und Konkurrenz um Ressourcen sowie Migrationsströme auslösen. Die ökonomischen Schäden dürften Schätzungen zufolge sehr hoch ausfallen und werden auf 5% bis 10% des BIP beziffert (250).

455. Auch wenn eine Reihe von Akteuren in Interventionen im Bereich Umwelt und Gesundheit involviert sind, so sollten die verschiedenen Arten von Umweltexposition (z. B. durch Luft, Wasser, Boden, Nahrungsmittel, Lärm, ionisierende und nichtionisierende Strahlung) als integrierte Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden im gesamten Lebensverlauf und in allen Lebensbereichen betrachtet werden. Bereiche wie Verkehr, Wasserwirtschaft, Abwasserentsorgung, Energieerzeugung und Landwirtschaft spielen eine bedeutendere Rolle für die Gesundheit als das Gesundheitswesen allein, und sektorübergreifende Konzepte entfalten auf allen Ebenen Wirkung, von der lokalen bis zur internationalen Ebene. Das Gesundheitswesen trägt konkret Verantwortung dafür, Interventionen anderer Politikbereiche zugunsten der öffentlichen Gesundheit voranzutreiben, die Gesundheitsrisiken und -determinanten zu ermitteln und die Auswirkungen von Handlungskonzepten und Interventionen zu überwachen und zu bewerten.

456. Vor 20 Jahren leiteten die Länder der Europäischen Region den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa ein. Dieser Prozess ist ein einzigartiger Steuerungsmechanismus, der mittels regelmäßig stattfindender Ministerkonferenzen betrieben wird, an denen die Ministerien für Gesundheit und Umwelt gleichberechtigt mitwirken, und der die Verknüpfungen und die Synergien mit einer Reihe multilateraler Umweltübereinkommen verstärkt und die Partnerschaft mit anderen zwischenstaatlichen Organisationen wie der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen und der Europäischen Kommission sowie mit Organisationen der Zivilgesellschaft ausbaut (251).

457. Die Umsetzung des Dokuments „Entschlossenheit zum Handeln“, das auf der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit 2010 in Parma (Italien) angenommen wurde, wird entscheidend zu einer wirksameren Verknüpfung zwischen Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung beitragen (252). Insbesondere sind in der Erklärung von Parma die nachstehenden vorrangigen Ziele für den Bereich Umwelt und Gesundheit festgehalten, die in zeitgebundenen Zielvorgaben konkretisiert werden, die von den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region bis 2020 zu erfüllen sind:

- Schutz der öffentlichen Gesundheit durch Verbesserung des Zugangs zu einer sicheren Wasserver- und Abwasserentsorgung;
- Reduzierung von Adipositas und Verletzungen durch Schaffung einer sicheren Umwelt und durch mehr Bewegung und gesunde Ernährung;
- Krankheitsprävention durch Verbesserung der Außen- und Innenraumluft;
- Prävention von Erkrankungen aufgrund chemischer, biologischer und physikalischer Umwelteinflüsse.

458. Darüber hinaus wird in dem Dokument auch dazu aufgefordert:

- gesundheitliche Aspekte in sämtliche Klimaschutz- und Anpassungsmaßnahmen, -konzepte und -strategien einzubeziehen;
- Gesundheitssystem, Sozialwesen und Umweltschutz zu stärken, um diesen Systemen eine wirksamere und schnellere Reaktion auf die Auswirkungen des Klimawandels zu ermöglichen;
- Frühwarn-, Surveillance- und Notfallsysteme für extreme Wetterereignisse und Krankheitsausbrüche zu entwickeln;
- Aufklärungs- und Sensibilisierungsprogramme zu entwickeln;
- auf einen größeren Beitrag des Gesundheitssektors zur Verringerung der Treibhausgasemissionen hinzuwirken;
- Forschung und Entwicklung auf diesem Gebiet zu fördern.

459. Im Kampf gegen wasser- und nahrungsmittelbedingte Krankheiten bleibt die Kerntätigkeit der WHO, insbesondere die Stärkung nationaler Gesundheitssysteme mit dem Ziel der Verbesserung der nationalen Surveillance-, Frühwarn- und Reaktionssysteme, unentbehrlich; Gleiches gilt für ihre Arbeit zu durch Impfung vermeidbaren und vernachlässigten Krankheiten. Durch eine bessere Einhaltung der Empfehlungen der WHO zu impfpräventablen Krankheiten (z. B. virale Hepatitis A) könnten wichtige gesundheitliche Zugewinne erzielt werden.

460. Sektorübergreifende Gesundheitsfolgenabschätzungen in Bezug auf die umweltbedingten Determinanten von Gesundheit sind eine Kernaufgabe des Gesundheitswesens, zu der es gehört, die Risiken zu ermitteln, ihren Einfluss auf die menschliche Gesundheit zu verstehen und wirksame und effiziente Maßnahmen zu ihrer Bewältigung zu entwickeln. Gesundheitsfolgenabschätzungen sind eine entscheidende Voraussetzung für die Festlegung und Einführung von

Umweltnormen und für die Verringerung bzw. Eliminierung umweltbedingter Risiken und Expositionen.

461. Als Teil der Primärprävention von Krankheiten wirken sich Anstrengungen, die darauf abzielen, die Städteplanung zu verbessern, mehr körperliche Betätigung zu ermöglichen und die Mobilität einer alternden Bevölkerung oder von Personen mit Behinderungen zu fördern, positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen aus. Durch mehr Sicherheit am Arbeitsplatz und an öffentlichen Orten und durch Verbesserung von Wohnstandards verringert sich die Zahl der Verletzungen, aber auch die Exposition gegenüber wärme- oder kältebedingten Umwelt- und Gesundheitsrisiken sowie gegenüber Chemikalien und Lärm. Umfassende Systemkonzepte im Straßenverkehr, die eine Verbesserung der Sicherheitslage auf den Straßen, des Zustands der Fahrzeuge und des Verhaltens der Fahrer bewirken, indem sie die führenden Risikofaktoren für Straßenverkehrsunfälle (Rasen, Trunkenheit am Steuer, unzureichende Nutzung von Schutzvorrichtungen) ins Visier nehmen, tragen in erheblichem Maße zu mehr Straßenverkehrssicherheit für Fahrer wie Fußgänger bei, wodurch sich die Zahl der verkehrsbedingten Todesfälle und Verletzungen stark verringert. Fiskalische Maßnahmen, wie die Preissetzung für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung, die Besteuerung von Schadstoffemissionen (einschließlich Treibhausgasen) und die Schaffung von Anreizen für die Änderung von Konsumgewohnheiten, begünstigen die Verbreitung sauberer Technologien, die rationelle Nutzung natürlicher Ressourcen und die Erhaltung der biologischen Vielfalt. Diese Ergebnisse werden nicht nur benötigt, um mehr Gesundheit für die heutige Bevölkerung zu erreichen, sondern auch für den Schutz künftiger Generationen.

462. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich eine Kombination von freiwilligen Aktivitäten und rechtlich bindenden multilateralen Vereinbarungen und Übereinkommen als ein wirksamer Mechanismus erwiesen, der eine gezielte Ausrichtung von Grundsatzmaßnahmen zur Bewältigung von Herausforderungen im Bereich Umwelt und Gesundheit ermöglicht hat. Beispielsweise sind aufgrund des Protokolls über Wasser und Gesundheit zum Übereinkommen von 1992 über den Schutz und die Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen die Länder der Europäischen Region verpflichtet, Zielvorgaben festzulegen und über Fortschritte in Bereichen wie dem Zugang zu Wasserversorgung und Abwasserentsorgung, der Verringerung wasserbedingter Krankheiten und dem Schutz aquatischer Ressourcen Bericht zu erstatten (253). Das Übereinkommen von Barcelona zum Schutz der Meeresumwelt und der Küstenregion des Mittelmeers trug stark zur Entwicklung gesundheitsschützender Maßnahmen, indem es die sichere Behandlung von Abwasser und seine Wiederverwendung zur Bewässerung (als eine Maßnahme zur Anpassung an den Klimawandel) propagierte.

463. Weitere wichtige Beispiele für die Zusammenarbeit zwischen der WHO und anderen Organisationen der Vereinten Nationen im Bereich der Umsetzung multilateraler Umweltvereinbarungen waren der Beitrag der WHO-Luftgüteleitlinien zur Umsetzung des Übereinkommens über weiträumige grenzüberschreitende Luftverunreinigung sowie die Zusammenarbeit zwischen der WHO und der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa bei der Umsetzung des Paneuropäischen Programms Verkehr, Gesundheit und Umwelt (THE PEP), einer einzigartigen Plattform, die die für Verkehr, Umwelt und Gesundheit zuständige Ministerien mit dem Ziel zusammenführt, gesunde und nachhaltige Verkehrsmuster zu verwirklichen. Das WHO-Regionalbüro für Europa trägt auch zu globalen Übereinkommen bei, beispielsweise durch Analysen von gesundheitlichen Auswirkungen und Gesundheitsförderung im Rahmen der Rio-Übereinkommen (insbesondere denjenigen zu Klimaänderungen und biologischer Vielfalt).

464. Das Regionalbüro nimmt eine wichtige Beratungs- und Unterstützungsrolle in der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen des Systems der Vereinten Nationen wahr. Anschauliche Beispiele hierfür sind die Zusammenarbeit mit UNICEF im Gemeinsamen Überwachungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung mit dem Ziel der Überwachung der

Fortschritte bei der Verwirklichung des Millenniums-Entwicklungsziels 7¹⁰, die Zusammenarbeit mit UN-Wasser (einem interinstitutionellen Mechanismus) bei der Globalen jährlichen Bewertung zu Abwasserentsorgung und Trinkwasserversorgung sowie die Zusammenarbeit mit der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa bei den Bemühungen, Chancengleichheit hinsichtlich des Zugangs zu einer sicheren Wasserver- und Abwasserentsorgung zu gewährleisten.

465. Ein funktionierendes System zur Steuerung im Bereich Umwelt und Gesundheit auf der Ebene der Europäischen Region der WHO spielt eine wichtige Rolle für das Zusammenwirken von Akteuren aus unterschiedlichen Ressorts und für das Setzen von Impulsen zugunsten koordinierter Maßnahmen zur Verringerung der umweltbedingten Krankheitslast. Die Rolle von Gruppen der Zivilgesellschaft dürfte in Zukunft ein besonders wichtiger Faktor für die Politikgestaltung im Bereich Umwelt und Gesundheit sein. Vielerorts ist das Interesse der Politik an dem Themenkomplex Umwelt und Gesundheit eine verspätete Reaktion auf entsprechenden Druck aus der Zivilgesellschaft.

466. Ebenso wie die Qualität der Umwelt und die Art der Entwicklung wesentliche Gesundheitsdeterminanten sind, so bietet auch umgekehrt Gesundheit wichtige Impulse für andere Aspekte der Entwicklung. Die menschliche Gesundheit hängt von der Fähigkeit der Gesellschaft ab, die Wechselwirkungen zwischen menschlichem Handeln und der Umwelt so zu steuern, dass die Gesundheit geschützt und gefördert wird, ohne dabei die Integrität der natürlichen Systeme, von denen die Umwelt abhängt, zu gefährden.

Nachhaltige Entwicklung

467. Die Zielsetzung nachhaltiger Entwicklung besteht darin, den Bedarf der Gegenwart so zu decken, dass die Möglichkeiten künftiger Generationen, ihren eigenen Bedarf zu decken, nicht beeinträchtigt werden. Das Konzept der nachhaltigen Entwicklung umfasst jedoch mehr als nur Nachhaltigkeit. Vielmehr setzt nachhaltige Entwicklung einen Paradigmenwechsel voraus: von einem Entwicklungsmodell auf der Grundlage von Ungleichgewichten und einer Ausbeutung von Ressourcen hin zu einem Modell, das neue Formen von Verantwortung, Solidarität und Rechenschaftslegung nicht nur auf der nationalen, sondern auch auf der globalen Ebene sowie generationenübergreifend erforderlich macht.

468. Die Verknüpfungen zwischen besserer Gesundheit, der Wirtschaft und der ökologischen Nachhaltigkeit stehen außer Frage: Gesunde Menschen sind besser in der Lage, zu lernen, ihren Lebensunterhalt zu verdienen und positive Beiträge zu der Gesellschaft zu leisten, in der sie leben. Umgekehrt ist eine gesunde Umwelt eine Voraussetzung für gute Gesundheit (254).

469. Der auf der Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung 1992 (255) angenommene Aktionsplan und die Erklärung von Rio über Umwelt und Entwicklung (256) haben heute noch unvermindert Gültigkeit. Doch auch wenn die Europäische Region der WHO starkes Wirtschaftswachstum und erhebliche Fortschritte im Gesundheitsbereich, insbesondere bei der Verwirklichung mehrerer Millenniums-Entwicklungsziele, verzeichnen kann, so waren diese positiven Trends doch von zunehmenden Diskrepanzen, gesundheitlichen Ungleichgewichten, Umweltzerstörung, Klimaänderungen und wiederkehrenden Wirtschafts-, Finanz-, Energie- und Nahrungsmittelkrisen begleitet (257). Die Notwendigkeit eines neuen kohärenteren Ansatzes in der Umweltpolitik wird auch durch die Tatsache veranschaulicht, dass 20 Jahre nach dem ersten Rio-Gipfel in vielen Ländern die zentralen Entscheidungen, die für die Umwelt von Belang sind – politische Handlungskonzepte in den Bereichen Entwicklung, Städteplanung, Verkehr, Energie, Landwirtschaft und Wohnungsbau –, eher zu mehr als zu

¹⁰ Bis 2015 den Anteil der Menschen um die Hälfte senken, die keinen nachhaltigen Zugang zu einwandfreiem Trinkwasser und grundlegenden sanitären Einrichtungen haben.

weniger Luftverschmutzung, Lärmbelastung, Verschmutzung durch Chemikalien und Verletzungen durch Verkehrsunfälle geführt haben.

470. In einer Reihe nationaler und lokaler Fallstudien wurde die Tatsache belegt, dass die Konzepte verschiedener Politikbereiche auch gesundheitlichen Nutzen schaffen können. Viele von ihnen verwenden Ansätze auf der Grundlage umweltverträglichen Wirtschaftens. Bei den nachstehenden Beispielen haben Entscheidungen in einem Bereich (z. B. Verkehr oder Städteplanung) zu einer Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden geführt.

471. Nach Einschätzung der Vereinten Nationen (258) sind ohne echte Maßnahmen zur Beschränkung des Konsumverhaltens und der Ressourcennutzung systemische Veränderungen kaum möglich. Wenn jedoch Maßnahmen ergriffen würden, um etwa den übermäßigen Energieverbrauch zu senken, die Verwendung bestimmter gefährlicher Stoffe einzuschränken oder Veränderungen der Konsummuster anzustoßen, so würden sie zu einer Abnahme von nichtübertragbaren Krankheiten wie Typ-2-Diabetes, aber auch von Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Eine gesunde Ernährung, die mit einer Verringerung der Gesamtenergiezufuhr verbunden ist, könnte nicht nur zur Verbesserung der Gesundheit und zum Rückgang von Adipositas beitragen, sondern durch Verringerung verkehrsbedingter und anderer Treibhausgasemissionen auch die Umwelt entlasten. Die Verringerung der Zufuhr von tierischen Fetten und tierischem Eiweiß würde angesichts des für ihre Erzeugung notwendigen Flächen-, Wasser- und Energieaufwands den Nutzen weiter steigern. Es wird intensiv nach Wegen gesucht, um gesunde Ernährung zu fördern, die Entscheidung dafür zu erleichtern und populär zu machen und dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung sie besser versteht. Die politisch Verantwortlichen in der Europäischen Region werden durch eine Reihe von Mechanismen und international vereinbarten Plänen zur Verringerung der Zufuhr von Transfettsäuren und Salz unterstützt, namentlich den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten 2012–2016 (176).

472. Ein zentrales Handlungsfeld ist die Förderung aktiver Mobilität und öffentlicher Verkehrsmittel. Es gibt zahlreiche Beispiele dafür, wie öffentliche Verkehrsmittel im Zusammenwirken mit Radfahren und Zufußgehen dazu beitragen können, Luftverschmutzung, Lärmbelastung, Treibhausgasemissionen, Energieverbrauch und die Zahl der Staus zu verringern, mehr Sicherheit im Straßenverkehr zu schaffen und Landschaften wie auch den Zusammenhalt in Städten wirksamer zu schützen, und dass sie mehr Möglichkeiten zu körperlicher Betätigung mit sich bringen (259).

473. Darüber hinaus tragen solche Maßnahmen dazu bei, das Risiko in Bezug auf Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Typ-2-Diabetes, bestimmte Krebsarten und Bluthochdruck, aber auch die Gefahr von Straßenverkehrsunfällen zu senken. Erst vor kurzem wurden erstmals Belege dafür gefunden, dass dieser Mix von Verkehrskonzepten auch dazu beitragen kann, neue Arbeitsplätze zu schaffen oder bestehende umweltverträglicher zu machen.

474. Auch im Bereich Wohnen und Bauen lässt sich durch einen geeigneten Maßnahmen-Mix großer gesundheitlicher Nutzen erzielen; zu den Maßnahmen gehören die wirksamere Nutzung aktiver und passiver natürlicher Lüftung für Kühlzwecke, Maßnahmen zur Verringerung von Schimmel und Feuchtigkeit, energieeffiziente Wohnraumbeheizung, Elektrogeräte und Kochmethoden, die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser, eine verbesserte Abwasserentsorgung und eine generell solidere Bauweise. Viele Länder, Regionen und Kommunen experimentieren mit kostenwirksamen, gesundheitsförderlichen Strategien für den Klimaschutz im Wohnungsbau; diese sollten systematisch untersucht und hinsichtlich ihres gesundheitlichen Nutzens ausgewertet werden (260).

475. Grünflächen in städtischen Gebieten wirken sich positiv auf die Gesundheit aus. Viele auf der lokalen Ebene ergriffene Maßnahmen sind mit erheblichem gesundheitlichem Nutzen

verbunden. Wo öffentliche Grünflächen und Wälder sind, werden sie von der Bevölkerung genutzt. Die Menschen gehen spazieren, fahren Rad oder lassen ihre Kinder spielen, und so wird körperliche Betätigung zum festen Bestandteil des Alltags, was die Gefahr von Unfallverletzungen und den Effekt der städtischen Wärmeinseln verringert, die Stress- und Lärmbelastung vermindert und die soziale Interaktion fördert. Öffentliche Grünflächen können auch im Hinblick auf den Hochwasserschutz von Nutzen sein (242).

476. Das Gesundheitswesen ist ein intensiver Energienutzer, eine wesentliche Quelle von Arbeitsplätzen und ein erheblicher Verursacher von Abfällen, einschließlich biologischer und radioaktiver Abfälle. Deshalb würde eine umweltverträglichere Beschaffungspraxis im Gesundheitswesen beträchtliche Chancen zur Verbesserung der Umwelt mit sich bringen. Durch Energieeffizienzmaßnahmen wie die Entwicklung von medizinischen Geräten mit niedrigem Energieverbrauch, die Nutzung erneuerbarer Energien, den sparsamen Verbrauch von Wasser und seine sichere Lagerung, die Verbesserung des Beschaffungswesens, die Wiederverwertung von Abfällen und die Verwendung lokal erzeugter Nahrungsmittel kann in Krankenhäusern und Arztpraxen erheblicher gesundheitlicher und wirtschaftlicher Nutzen erzielt werden. Das Gesundheitswesen muss auch eine wesentliche Rolle bei der Abschwächung der Auswirkungen des Klimawandels und der Verringerung von Umweltbelastungen spielen, indem es Maßnahmen zur Begrenzung seines eigenen beträchtlichen ökologischen Fußabdrucks und seiner negativen Auswirkungen auf die Umwelt ergreift. Unabhängig davon sind das Potenzial und die Kapazitäten für eine umweltverträglichere Gestaltung des Gesundheitswesens von Land zu Land sehr unterschiedlich und weisen ein deutliches West-Ost-Gefälle auf. Geeignete Rechtsvorschriften, Anreize zum Ausbau der Fähigkeit der Institutionen zur Anschubfinanzierung, die Bereitstellung regenerativer und energieeffizienter Technologien sowie Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung können allesamt dazu beitragen, die Hindernisse für die Verwirklichung zu überwinden.

477. In dem Maße, in dem das Thema umweltverträgliche Entwicklung an Profil gewinnt, mehren sich auch die Erkenntnisse, die belegen, wie diese zu mehr Gesundheit und Chancengleichheit beitragen kann (247). Zu den wichtigen Forschungsbereichen zählen die gesundheitlichen Auswirkungen von neuen Technologien und Innovation sowie der Nutzen umweltverträglicher und integrativer Wachstumskonzepte in anderen Politikbereichen für die Gesundheit und die Chancengleichheit. Umweltverträgliches Wachstum und umweltverträglicher Wohlstand werden nicht zwangsläufig integrativ wirken oder zum Abbau von Armut führen, wenn sie nicht von Konzepten zugunsten einkommenschwacher Menschen und von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit als festem Bestandteil eines umweltverträglichen Entwicklungsansatzes begleitet werden. Wirtschaftliche Erschwinglichkeit ist nur eine Komponente von inklusivem Wachstum und chancengerechtem Zugang. In Bezug auf den Zugang zu Wasserversorgung, Nahrungsmitteln, sanitären Einrichtungen und Energie für den Haushaltsbedarf sind eine Reihe von sektorübergreifenden ökonomischen Unterstützungsmaßnahmen vorgeschlagen worden. Diese reichen von direkter finanzieller Unterstützung und technologischen Verbesserungen bis zu einer Basisversorgung der Bedürftigsten.

478. Der Nachweis der Zusammenhänge zwischen nachhaltiger Entwicklung und Gesundheit ist ein gewichtiges Argument zur Unterstützung von Klimaschutz- und Anpassungsmaßnahmen im Besonderen sowie von nachhaltiger Entwicklung allgemein. Gesundheitsergebnisse lassen sich messen und können das Interesse von Bevölkerung und Politik auf sich ziehen. Gesundheit wird ein wichtiges Kriterium dafür sein, wie nach der Konferenz der Vereinten Nationen über nachhaltige Entwicklung (Rio+20) die Fortschritte und die Auswirkungen nachhaltiger Entwicklung beurteilt werden.

479. Durch Ausweitung der interdisziplinären und sektorübergreifenden Zusammenarbeit für die menschliche Gesundheit, eine gesunde Umwelt und gesunde Tiere erhöht sich die Wirkung der Arbeit zugunsten der öffentlichen Gesundheit. Dazu gehört die Arbeit zur vollständigen

Umsetzung multilateraler Umweltabkommen sowie der Empfehlungen aus dem Prozess Umwelt und Gesundheit für Europa, die zügige Erweiterung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes, die Abschätzung der Gesundheitsfolgen des Handelns anderer Politikbereiche und insbesondere der Folgen für die Gesundheit wie auch die Umwelt, die Sicherung der kontinuierlichen Entwicklung und Anpassung der Angebote im Bereich Umwelt und Gesundheit und die Anforderung an das Gesundheitswesen, verstärkt Verantwortung für die Umwelt zu übernehmen.

Die städtische Umwelt

480. In den Ländern der Europäischen Region ist die Gesundheitsversorgung durch unterschiedliche Modelle realisiert. Allgemein wird die Behandlung und Versorgung im Krankenhaus meist unmittelbar von Zentral- und Regionalregierungen verwaltet, während die primäre Gesundheitsversorgung in der Regel dezentralisiert ist. Kommunalverwaltungen tragen oft die Hauptverantwortung für die Versorgung von Personen mit Langzeiterkrankungen und Behinderungen sowie für die Verwaltung oder direkte Erbringung vieler Gesundheits- und Sozialleistungen, insbesondere für ältere Menschen. In der Vergangenheit waren auf der kommunalen Ebene die Aufgaben in Bezug auf die öffentliche Gesundheit und den Bereich Umwelt und Gesundheit oftmals miteinander verknüpft, derzeit geht der Trend allerdings eher hin zur Aufgabentrennung, auch wenn in manchen Ländern wieder eine Zusammenführung erfolgt.

481. Etwa 69% der Bevölkerung in der Europäischen Region leben in städtischen Gebieten. Das Leben und Arbeiten in städtischen Gebieten hat aufgrund eines komplexen Zusammenspiels einer Vielzahl von Expositionen und Mechanismen sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf Gesundheit und Gesundheitschancen der Menschen. Hinzu kommt, dass in Städten bestimmte Bevölkerungsgruppen mit verschiedenen demografischen, ökonomischen und sozialen Merkmalen stärker vertreten sind, von denen manche besondere Gesundheitsrisiken oder gesundheitliche Anfälligkeiten aufweisen.

482. Städtische Gebiete bieten Individuen und Familien eine Vielzahl von Entfaltungsmöglichkeiten und können durch einen erweiterten Zugang zu Leistungsangeboten, Kultur und Freizeiteinrichtungen gesundheitsfördernde Wirkung haben. Städte sind die Motoren wirtschaftlichen Wohlstands. Dort finden sich die höchsten Einkommen konzentriert, doch gleichzeitig auch eine Anhäufung von Armut und Krankheit (261). Unter dem Schlagwort „Gesundheit in Städten“ hat sich in den letzten Jahren ein paradigmatischer Rahmen für ein Forschungs- und Politikfeld entwickelt, das dazu dient, die vielfältigen Kräfte zu bündeln und zu fokussieren, die die Gesundheit von Stadtbewohnern prägen (262).

483. Das Leben in der Stadt kann sich durch das räumliche und bauliche Umfeld, das soziale Umfeld sowie den Zugang zu Leistungs- und Unterstützungsangeboten auf die Gesundheit auswirken. Wohnqualität, Stadtteilgestaltung, Bebauungsdichte und Flächennutzungsmix, Zugang zu Grünflächen und Einrichtungen, Freizeitbereichen und Radwegen, Luftgüte, Lärmbelastung und Exposition gegenüber toxischen Stoffen wirken sich allesamt nachweislich auf vielfältige Art und Weise auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung aus. Manche Begleitumstände des Lebens in Städten, insbesondere Ghettobildung und Armut, tragen zu diesen Diskrepanzen bei und verstärken sie, indem sie eine unverhältnismäßig starke Exposition gegenüber gesundheitsschädlichen und sozial unerwünschten Reaktionen auf ökonomische und soziale Benachteiligung nach sich ziehen. Die Zahl der in Städten lebenden älteren Menschen steigt; dies macht es erforderlich, die Städteplanung und die Normen für die Leistungserbringung zu überdenken (263).

484. Die meisten Kommunalverwaltungen in den Ländern der Europäischen Region haben die übergeordnete Aufgabe, das Wohlergehen ihrer Bürger zu fördern und bieten einen gleichberechtigten und jeweils ähnlichen Zugang zu kommunalen Ressourcen und Angeboten. Städte können dies auf mehrererlei Weise erreichen: durch ihren Einfluss in den Bereichen Gesundheit,

Soziales, Umwelt, Bildung, Wirtschaft, Wohnen, Sicherheit, Verkehr und Sport. Sektorübergreifende Partnerschaften und Initiativen für mehr Bürgerbeteiligung lassen sich mit der aktiven Unterstützung von Kommunalverwaltungen leichter auf der lokalen Ebene realisieren. Innerhalb des Gesunde-Städte-Netzwerks finden sich zahlreiche Beispiele für vorbildliche Praxis.

485. Städte nehmen durch eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen und Interventionen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bürger, die u. a. in folgenden Bereichen angesiedelt sind: Unterstützung von Bürgern und Vorbeugung gegen soziale Ausgrenzung; Förderung einer gesunden und aktiven Lebensweise (z. B. durch Radwege, rauchfreie öffentliche Bereiche); Sicherheits- und Umweltmaßnahmen zugunsten von Kindern und älteren Menschen; Arbeitsbedingungen; Vorsorge für den Umgang mit den Folgen des Klimawandels; Exposition gegenüber Gefahren und Unannehmlichkeiten; Planung und Gestaltung gesunder Städte (Stadtteilplanung, Beseitigung architektonischer Hindernisse, Zugänglichkeit und Nähe von Angeboten); und partizipatorische und inklusive Prozesse für die Bürger (264).

486. Die Betrachtung aus dem urbanen Blickwinkel hat verschiedene Konsequenzen für diejenigen, die für Maßnahmen zugunsten von Gesundheit und Wohlergehen zuständig sind. Diese müssen:

- die Besonderheit des städtischen Umfelds und die Verteilung der sozioökonomischen und umweltbedingten Determinanten von Gesundheit von Grund auf verstehen und gebührend berücksichtigen;
- die Bedingungen bekämpfen, die die potenzielle Gefährdung von Menschen durch übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten und ihre Anfälligkeit dafür erhöhen;
- die sich wandelnden demografischen und sozialen Rahmenbedingungen in Städten berücksichtigen (z. B. Bevölkerungsalterung, Migration);
- Fragen der Gesundheit in Städten in nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne aufnehmen;
- die bedeutende Rolle der Kommunalverwaltungen in Bezug auf Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit in allen Bereichen der Kommunalpolitik sowie im Hinblick auf die Einbeziehung der Gesellschaft insgesamt anerkennen.

Führungsrolle der Kommunen bei der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden und die Aufgaben von Bürgermeister*innen und Führungspersönlichkeiten der Zivilgesellschaft

487. Kommunalverwaltungen sind aus zahlreichen Gründen besonders dazu geeignet, eine Führungsrolle bei der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden zu übernehmen. Viele der sozialen Determinanten von Gesundheit wirken auf der lokalen und kommunalen Ebene. Deshalb verfügen in der komplexen Welt der zahlreichen Regierungs- und Verwaltungsebenen, an der auch eine Vielzahl öffentlicher und privater Akteure beteiligt sind, die Kommunalverwaltungen über die Fähigkeit, Einfluss auf die Determinanten von Gesundheit und bestehende Ungleichgewichten auszuüben. So sind sie etwa gut positioniert, um auf Flächennutzung, Baunormen sowie Wasserver- und Abwasserentsorgung Einfluss zu nehmen und Rauchverbote oder Arbeitsschutzbestimmungen zu erlassen und durchzusetzen. Zweitens verfügen viele Kommunalverwaltungen über die Fähigkeit, integrierte Strategien für die Gesundheitsförderung auszuarbeiten und umzusetzen. Drittens verleiht ihnen ihr demokratisches Mandat Autorität und gibt ihnen die Befugnis, Partnerschaften zu gründen und um Beiträge aus einer Vielzahl von Ressorts zu ersuchen. Viertens stehen Kommunalverwaltungen in täglichem Kontakt mit den Bürgern und kennen deren Anliegen und Prioritäten am besten. Sie verfügen über einzigartige Möglichkeiten für den Aufbau von Partnerschaften mit privatwirtschaftlichen wie auch gemeinnützigen Akteuren, mit der Zivilgesellschaft und mit Bürgerinitiativen. Fünftens

können Kommunalverwaltungen lokale Ressourcen mobilisieren und sie so einsetzen, dass bessere Chancen für einkommensschwache und anfällige Bevölkerungsgruppen entstehen und die Rechte aller Stadtbewohner geschützt und erweitert werden.

488. Dennoch beschränkt sich Führungskompetenz nicht darauf zu verstehen, wie die eigene Autorität und potenzielle Einflussbereiche zur Gesundheitsförderung und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte beitragen können. Eine Führungsrolle der Kommunen zugunsten von Gesundheit bedeutet, eine Vorstellung davon zu entwickeln und zu verstehen, wie wichtig Gesundheit für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung ist, und aus Engagement und Überzeugung neue Partnerschaften und Bündnisse zu schmieden, die Übernahme von Verantwortung für Gesundheit durch staatliche und nichtstaatliche lokale Akteure zu fördern und dabei Aktivitäten auf der lokalen Ebene mit nationalen Handlungskonzepten in Einklang zu bringen, bevorstehende Veränderungen zu antizipieren und zu planen und letztlich als Beschützer, Förderer, Katalysator, Anwalt und Verteidiger des Rechts aller Bewohner auf das Höchstmaß an Gesundheit zu fungieren (245,265).

489. Eine wirksame Führungsrolle zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden erfordert politisches Engagement, eine Vision und einen strategischen Ansatz, unterstützende institutionelle Rahmenbedingungen sowie die Vernetzung und Verbindung mit anderen, die auf ähnliche Ziele hinarbeiten (266,267). Die wahre Stärke von Führungspersonlichkeiten auf der lokalen Ebene im Hinblick auf die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden beruht nicht auf ihren formellen Kompetenzen. Vielmehr leitet sie sich aus ihrer Fähigkeit ab, zu inspirieren und zu führen. Kommunalverwaltungen können ihren Einfluss mehrten und wahre Zugewinne für Gesundheit und Wohlbefinden örtlicher Gemeinschaften erzielen, indem sie sich die gemeinsamen Anstrengungen einer Vielzahl von Akteuren zunutze machen. Diese zentralen Elemente wirksamen Handelns zielen auf eine Veränderung der Art und Weise ab, in der Individuen, Gemeinschaften, nichtstaatliche Organisationen, Privatwirtschaft und Kommunalverwaltungen Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit verstehen und darüber entscheiden.

Das soziale Umfeld: soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Aktivposten

490. Der Aufbau von Widerstandskraft ist ein zentraler Einflussfaktor für den Schutz und die Förderung der Gesundheit des Einzelnen wie auch der Gemeinschaft. Die Gesundheit jedes Menschen ist mit der Gesundheit der größeren Gemeinschaft so gut wie untrennbar verbunden. Im Hinblick auf Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und die Gewährleistung der sozialen Einbeziehung von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen spielt das gesellschaftliche Umfeld eine ausschlaggebende Rolle. Diese Rolle wird durch das komplexe Beziehungsgeflecht zwischen dem natürlichen, dem baulichen und dem gesellschaftlichen Umfeld beeinflusst und geprägt. Handlungskonzepte mit dem Ziel, solche Umfeldler gesünder zu machen, werden Gemeinschaften und den darin lebenden Menschen helfen, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen und etwas für die Erhaltung der eigenen Gesundheit zu tun.

491. Angesichts dieser sich rasch verändernden Rahmenbedingungen ist es zur Förderung von Gesundheit wichtig, sich auf kontinuierliche Bestrebungen zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zu konzentrieren. Auf der Makroebene müssen mit Hilfe von sozial- und wirtschaftspolitischen Maßnahmen Rahmenbedingungen geschaffen werden, unter denen die Menschen in jeder Lebensphase ihr gesundheitliches Potential voll ausschöpfen können. Auf der Mikroebene kann mit Maßnahmen erhebliche Wirkung erzielt werden, die in spezifischen Umfeldern ergriffen werden, in denen Menschen leben, arbeiten und spielen – zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Freizeitumgebung, in Betreuungseinrichtungen und Altenheimen. Die Bewegung „Gesunde Städte und Gemeinden“ der WHO bietet zahlreiche Beispiele für die Schaffung von Widerstandskraft, insbesondere durch Beteiligung der Menschen vor Ort und

durch Förderung von Eigenverantwortung der Gemeinschaft für Gesundheitsfragen. Andere am Umfeld orientierte Netzwerke, wie etwa gesundheitsfördernde Schulen und Arbeitsplätze, verfügen über ähnliche Erfahrungen. Das Gesundheits- und Sozialwesen – und vor allem die primäre Gesundheitsversorgung, die die Menschen zu Hause in der Familie, die Arbeitnehmer am Arbeitsplatz und örtliche Bürgergruppen erreichen will – bietet wichtige Ansatzpunkte für eine systematische Unterstützung von Einzelnen und Gruppen im gesamten Lebensverlauf, vor allem aber während kritischer Phasen (231,268).

492. Menschen können nicht durch andere befähigt werden, sondern sich letztlich nur selbst befähigen, indem sie mit Unterstützung durch externe Strukturen und günstige Lebensumstände an Stärke gewinnen und die ihnen innewohnenden Fähigkeiten und Talente konsequent nutzen. Das gesellschaftliche Umfeld kann Einzelpersonen und Patienten durch Einrichtung sozialer Netze und Mobilisierung gesellschaftlicher Unterstützung helfen; dies kann den Zusammenhalt zwischen Menschen fördern und ihnen über schwierige Übergangssituationen des Lebens und über Zeiten der Anfälligkeit und Krankheit hinweghelfen. Ein solches Umfeld sollte Einzelpersonen, Gruppen und Nachbarschaften geeignete Strukturen, Ressourcen und Chancen bieten, damit sie sich untereinander vernetzen, sich besser organisieren und zusammen mit anderen Akteuren Kapazitäten aufbauen, Führungskompetenz entwickeln und für ihre Gesundheit, ihre Krankheiten und ihr Leben Verantwortung übernehmen können. In diesem Bereich wurden in den letzten Jahren Instrumente entwickelt und einschlägige Erfahrungen vor Ort gesammelt. In der Fachliteratur über gesundheitliche Aktivposten und über die Widerstandskraft von Gemeinschaften (Resilienz) wurden eine Reihe aussagekräftiger Beispiele geschildert (269,270). Diese Neuerungen zielen darauf ab, verfügbare Aktivposten für Individuen und Gemeinschaften zu ermitteln, um lokale Probleme nachhaltig lösen zu können und sicherzustellen, dass externe Unterstützungsangebote etwa in Form von Sozialleistungen wirksamer genutzt werden können. So ist die vor kurzem in Schottland gegründete Assets Alliance eine Plattform für die gemeinsame Nutzung von Aktivposten, die darüber hinaus die schottische Regierung wie auch nationale Behörden bei der Entwicklung politischer Handlungskonzepte beraten soll (271).

493. Das Vorhandensein eines ausreichenden Sozialsystems hat Auswirkungen auf die Gesundheit insgesamt und namentlich die gesundheitliche Chancengleichheit. Die staatlichen Sozialausgaben haben einen substantiellen Einfluss auf die Armutsquote; Armut wiederum steht im Zusammenhang mit höherer Sterblichkeit, vor allem bei Frauen und Kindern – und insbesondere bei Frauen mit einem niedrigen Bildungsniveau. Der Umfang der sozialen Sicherung beeinflusst die Gesundheit von Erwachsenen; dies gilt insbesondere für Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen.

494. Die gesamtstaatliche Verantwortung für die Gesundheit macht es notwendig, dass bei allen neuen Regulierungsmaßnahmen die Auswirkungen auf die Gesundheit von Grund auf berücksichtigt werden (46). Die persistenten sozial bedingten Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich, die sich oftmals sogar verschärfen, machen ein integriertes Handeln und einen Systemansatz erforderlich (272,273). Dazu sind ein nachdrückliches politisches Engagement, wirksame und leistungsstarke Gesundheitssysteme und Politikkohärenz in einem breiten Spektrum staatlicher Handlungsfelder erforderlich, aber auch funktionsfähige Institutionen, die in der Lage sind, auf politische Entscheidungsprozesse im Gesundheitsbereich wie auch in anderen Politikbereichen Einfluss zu nehmen. Durch eine konsequente Ausrichtung staatlicher Handlungskonzepte und privater Initiativen sowie eine entsprechende Koordinierung der finanziellen, personellen und ökologischen Ressourcen werden Maßnahmen zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden und deren gleichmäßiger Verteilung in der Gesellschaft in Gang gebracht (48,50,274).

495. Ein zentrales Politikziel sollte die Aufrechterhaltung von Mindestnormen sein, wie sie für ein gesundes Leben erforderlich sind. Es gibt Hinweise darauf, dass in Ländern mit einer stärker universell ausgerichteten Politik der sozialen Sicherung und einer höheren Erwerbsquote die Sozialausgaben insgesamt großzügiger sind. Beispiele konkreter Maßnahmen, die im Bereich

der sozialen Sicherung empfohlen werden, sind: Gewährleistung, dass Frauen und Kinder über ein für ein gesundes Leben erforderliches Mindesteinkommen verfügen; Gewährleistung, dass die Sozialausgaben hinreichend großzügig sind, insbesondere für Frauen mit niedrigem Bildungsniveau; Sicherstellung der Großzügigkeit und Universalität von Systemen der sozialen Sicherung in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen; und Gewährleistung aktiver Arbeitsmarktprogramme in Verbindung mit einer großzügigen sozialen Sicherung, um eine hohe Erwerbstätigenquote zu erreichen.

496. Das konsequente Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit und die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichgewichte machen es erforderlich, über das traditionelle Modell der Bereitstellung von Gesundheits- und Sozialleistungen hinauszugehen. Zusätzlich zur Bereitstellung staatlicher Angebote zur Behebung der Defizite in einer bestimmten Gemeinschaft sollten auch Anstrengungen unternommen werden, um inhärente Aktivposten und Unterstützungsmöglichkeiten zu nutzen, die eventuell innerhalb der Gemeinschaft vorhanden sind und die möglicherweise die Angebote der öffentlichen Hand nutzbringend ergänzen können (27). Viele gut gemeinte Programme zur Förderung der Gesundheit und zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichgewichte scheitern, weil ihnen kein systemweiter Ansatz zugrunde liegt.

497. Da zwischen gesundheitlichen Aktivposten und den sozialen Determinanten von Gesundheit ein Zusammenhang besteht, können mit Aktivposten-Konzepten möglicherweise einige der bestehenden Hindernisse für die Maximierung von Gesundheit und Wohlbefinden und den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte überwunden werden. Solche Konzepte sind eng mit der Gesundheitsförderung sowie mit Interventionsmodellen verknüpft und betonen die Bedeutung der Stärkung von schützenden und begünstigenden Faktoren für die Gesundheit des Einzelnen und der Gemeinschaft, indem sie Qualifikationen, Stärken, Fähigkeiten und Wissen von Einzelnen sowie das soziale Kapital der Gemeinschaft untersuchen. Mit diesen Modellen soll in erster Linie ermittelt werden, welche Aktivposten verfügbar sind, um die Gesundheit von Individuum und Gemeinschaft zu schützen, zu erhalten und zu fördern. Es gilt nun, diese Aktivposten zu maximieren, um lokal bestehende Gesundheitsprobleme nachhaltig lösen und dabei gewährleisten zu können, dass jegliche externe Unterstützung (in Form von Leistungen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden) wirksamer genutzt werden kann (275–277).

498. Anstrengungen zur Verringerung von Anfälligkeit sowie der Wirkung ausschließender Prozesse spielen eine wichtige Rolle. Um es Gemeinschaften zu ermöglichen, Regierungen und andere staatliche Stellen dazu zu bringen, Gesundheit und Wohlergehen als kollektive Ziele zu verfolgen, bedarf es einer intelligenteren Steuerung. Um dies zu erreichen, werden neue Strukturen für Steuerungs- und Führungsprozesse benötigt. Statt Kapazitäten von außen zu schaffen, sollten befähigende soziale, politische und ökonomische Systeme geschaffen werden, die innerhalb von Organisationen, Berufsverbänden, Gemeinschaften, Familien und benachteiligten Gruppen Kapazitäten freisetzen. Um diese befähigende Wirkung erreichen zu können, sind verschiedene Arten von Wissen und Evidenz notwendig, die sich auf die Erfahrung und Interpretation von Menschen in den betreffenden Gruppen und Gemeinschaften stützen.

499. Mit einem derartigen Vorgehen können solche Konzepte und Grundsätze in Maßnahmen vor Ort umgesetzt werden. Das Ziel sind öffentliche Investitionen in lokale Gemeinschaften auf der Grundlage dort vorhandener Stärken und Aktivposten, um das Anspruchsniveau zu heben, die Widerstandsfähigkeit zu stärken und Potenzial freizusetzen (278). Somit sind Aktivposten-Konzepte ein integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung und sollten auch zu einem integralen Bestandteil von Strategien zur Verbesserung der Gesundheit und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte werden (279,280).

500. Eine Sensibilisierung von Gemeinschaften, Familien und Einzelpersonen dafür, dass es Chancen für Veränderungen und Unterstützung gibt und dass jeder dazu beitragen kann, die

Schranken abzubauen, die einem besseren und gesünderen Leben entgegenstehen, kann für Menschen mit gesundheitlichen Problemen, insbesondere chronisch Kranke und Menschen mit Behinderungen, befreiend sein und es ihnen gestatten, einen sinnvollen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten. Das Ziel besteht darin, die Aufgaben der verschiedenen maßgeblichen Akteure zu bestimmen und auszudehnen und die Weiterverfolgung und Rechenschaftslegung auszuweiten. Die wichtigsten Ansatzpunkte sind: Beteiligung von Patientenverbänden und Verbänden pflegender Familienangehöriger sowie entsprechender nichtstaatlicher Organisationen an der Pflege von Patienten und ihre Unterstützung durch öffentliche Mittel; Aufbau stützender Gemeinschaften, um den Menschen ein möglichst unabhängiges Leben zu ermöglichen; Förderung von Unterstützung zur Selbstbewältigung von Krankheit am Arbeitsplatz; Stärkung von Wegen der sozialen Unterstützung in Gemeinschaften, die Teilhabe und den Kontakt mit chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen fördern; Einleitung und Finanzierung von Programmen gegen Stigmatisierung mit dem Ziel, negative Einstellungen gegen chronisch Kranke und Menschen mit Behinderungen zu verändern. Gesundheitskompetenz ist ein vielversprechendes, in konkrete Maßnahmen umsetzbares Konzept, das die dynamische Interaktion zwischen Individuen und den Umfeldern, in denen sie leben und arbeiten, berücksichtigt. Es konzentriert sich auf Lernen und die Entwicklung von Fertigkeiten zugunsten von Gesundheit, einschließlich der Fähigkeit, sich zum Nutzen der eigenen Gesundheit in den komplexen Sozial- und Gesundheitssystemen zurechtzufinden. Das Konzept der Gesundheitskompetenz stützt sich auf einen Lebensverlaufansatz, trägt kulturellen und kontextuellen Faktoren Rechnung und berücksichtigt die Belange von Individuen wie auch Organisationen.

501. Informelle Pflegepersonen erbringen den größten Teil der pflegerischen Betreuung. Sie in ihrer Aufgabe zu unterstützen, sie auszubilden und ihr Wohl zu schützen, ist mit positiven Ergebnissen für die Gesundheit der Pflegepersonen wie auch der von ihnen gepflegten Personen verbunden. Die wichtigsten Ansatzpunkte in diesem Bereich sind: Gewährung von finanzieller Unterstützung und Sozialleistungen für informelle Pflegepersonen; Beteiligung informeller Pflegepersonen an Entscheidungsprozessen in Bezug auf Gesundheitspolitik und Gesundheitsangebote; Abstattung von Hausbesuchen durch Fachkräfte und regelmäßiger Austausch zwischen Fachkräften und informellen Pflegepersonen unter Einschluss einer Bewertung der Gesundheits- und Sicherheitsbedingungen und der technischen Hilfen; Nutzung der Erfahrung der informellen Pflegepersonen mit den Pflegeempfängern bei der Ausbildung von Pflegefachkräften; Einführung von Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit informeller Pflegepersonen, etwa durch die Möglichkeit flexibler Arbeitszeiten oder durch Teilzeitarbeit, durch gegenseitige Unterstützung und Selbsthilfe, sowie durch Schulung und Bereitstellung von Instrumenten zur Bewertung der eigenen seelischen Bedürfnisse der Pflegepersonen.

Teil 3

Gesundheit 2020:

**Verbesserte Umsetzung
– Anforderungen, Abläufe und kontinuierliches Lernen**

Einführung

502. In Teil 3 werden die Anforderungen und Abläufe erläutert, die einer wirksamen Umsetzung von „**Gesundheit 2020**“ zuträglich sein können. Dabei gehen zwei Herausforderungen miteinander einher: die Organisation und Stärkung der Gesundheitssysteme, die unter dem Schlagwort „Organisation des Gesundheitswesens“ (health governance) zusammengefasst wird, und das gemeinsame Handeln von Gesundheitswesen und anderen Akteuren, öffentlichem und privatem Sektor sowie der Bürger im Hinblick auf ein gemeinsames Ziel – eine verbesserte Politikgestaltung für mehr Gesundheit. Die Umsetzung von „**Gesundheit 2020**“ macht Fortschritte in Bezug auf mehrere Kernelemente erforderlich: Führungskompetenz; strategische Zielsetzung (zum Ausdruck gebracht durch nationale und subnationale gesundheitspolitische Konzepte); Zusammenarbeit im Rahmen von Partnerschaften; Entwicklung gesamtgesellschaftlicher und gesamtstaatlicher Verantwortung für Gesundheit; Überwachung, Evaluation und Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit; und eine starke Rolle für die WHO.

Umsetzung in der Praxis – die Herausforderungen für politische Entscheidungsträger

503. Bei der Umsetzung von „**Gesundheit 2020**“ werden die Länder nicht nur mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Ausgangspunkten konfrontiert sein, sondern auch die Fähigkeit zur Anpassung an erwartete wie unerwartete Bedingungen für die Umsetzung von Handlungskonzepten aufbringen müssen. Die Welt hat sich gegenüber dem Umfeld, in dem das frühere Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ angesiedelt war, stark verändert. In diesem Dokument und in der Studie zu Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit wurde bereits auf Probleme wie die globale Interdependenz und Vernetzung, die wachsende Geschwindigkeit des Wandels, die größere Komplexität des politischen Umfelds und die Zunahme der Ungewissheiten aufmerksam gemacht. Um in einer solchen Welt Wirkung zu erzielen, werden neue politische Ansätze und Instrumente benötigt (281).

504. Dabei werden die Mitgliedstaaten jeweils unterschiedliche Ansätze wählen und ihr Handeln sowie ihre Entscheidungen an ihren spezifischen politischen, sozialen, epidemiologischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, ihrer Fähigkeit zur Entwicklung und Umsetzung von Konzepten sowie ihrer jeweiligen Geschichte und Kultur ausrichten. Die Mitgliedstaaten werden zu ermutigt, kritisch zu prüfen, wo sie in Bezug auf das Rahmenkonzept „**Gesundheit 2020**“ stehen und ob ihre Politikinstrumente und ihre gesetzlichen, organisatorischen, personellen und fiskalischen Rahmenbedingungen und Maßnahmen die Umsetzung von „**Gesundheit 2020**“ eher begünstigen oder behindern. Dies beinhaltet eine Beurteilung von Systemkomplexität, Kapazitäten, Leistungsfähigkeit und Dynamik. In „**Gesundheit 2020**“ werden die aktuellen, neu auftretenden und künftigen Problemstellungen erläutert, die in Angriff genommen werden müssen; außerdem wird darin hervorgehoben, dass die Politik darauf vorbereitet sein muss, mit unvorhergesehenen Herausforderungen und Veränderungen der Rahmenbedingungen konfrontiert zu werden, die Auswirkungen auf die Politikziele haben werden. Es werden kontinuierliche Analysen und Anpassungen der Handlungskonzepte notwendig sein, aber auch die Bereitschaft, ggf. solche Konzepte aufzugeben, die nicht mehr relevant oder wirksam sind.

505. Die Umsetzung des Rahmenkonzeptes „**Gesundheit 2020**“ wird nicht einfach werden. In einer neueren Studie, die vom WHO-Regionalbüro für Europa mit dem Ziel durchgeführt wurde, die Ausarbeitung des Rahmenkonzeptes „**Gesundheit 2020**“ zu unterstützen und seine Umsetzung zu erleichtern, wurden die verschiedenen Verpflichtungen in Bezug auf die öffentliche Gesundheit untersucht, die die Mitgliedstaaten zwischen 1990 und 2010 eingegangen sind. Diese summierten sich zu einer beeindruckenden Zahl von Resolutionen, Grundsatzserklärungen und rechtsverbindlichen Instrumenten.

Die meisten Themen im Rahmenkonzept „**Gesundheit 2020**“ wurden bereits in Angriff genommen, wengleich der Eindruck entsteht, dass einigen Themen, wie etwa der Situation der älteren Menschen, dem Management ausgewählter nichtübertragbarer Krankheiten und den wirtschaftlichen Folgen von Gesundheit und Krankheit, mehr Aufmerksamkeit hätte gewidmet werden müssen. Die Verfasser hinterfragten die Nachhaltigkeit eines solchen Ansatzes, ermittelten die Herausforderungen in Verbindung mit der Überwachung und Evaluierung seiner Umsetzung und gingen auf die Gefahren von Überschneidungen und Doppelarbeit ein.

506. In einem solch komplexen Umfeld wurden sieben Ansätze zur Unterstützung der Politikgestaltung vorgeschlagen.

- *Integrierte und vorausschauende Analysen:* Wenn die zentralen Faktoren mit einem Einfluss auf die Tauglichkeit politischer Handlungskonzepte ermittelt und Szenarien für die potenzielle zukünftige Entwicklung dieser Faktoren ausgearbeitet werden, können politische Handlungskonzepte durch vorherige Berücksichtigung einer Reihe von zu erwartenden Bedingungen belastbarer gemacht werden, und es können Indikatoren entwickelt werden, die dazu dienen, bei Bedarf wesentliche konzeptionelle Anpassungen auszulösen.
- *Beteiligung verschiedener Akteure an Entscheidungsprozessen:* Dies umfasst eine kollektive und kooperative öffentliche Anstrengung zur Betrachtung eines Themas unter unterschiedlichen Gesichtspunkten, bevor eine Entscheidung getroffen wird. Abwägungsprozesse stärken die Politikgestaltung, indem sie dazu beitragen, dass gemeinsame Werte und Verpflichtungen sowie neu auftretende Fragestellungen anerkannt und kausale Zusammenhänge umfassend verstanden werden.
- *Automatische Anpassung von Handlungskonzepten:* Ein Teil der inhärenten Variabilität sozio-ökonomischer und ökologischer Rahmenbedingungen lässt sich antizipieren, und die Überwachung zentraler Indikatoren kann dazu dienen, wesentliche konzeptionelle Anpassungen auszulösen, die der Erhaltung der Funktionsfähigkeit dienen.
- *Befähigung zu Selbstorganisation und sozialer Vernetzung:* Durch Gewährleistung, dass ergriffene politische Maßnahmen bestehendes soziales Kapital nicht gefährden, durch Einrichtung von Foren, die eine soziale Vernetzung ermöglichen, durch Unterstützung des Austauschs geeigneter Praktiken und durch Beseitigung von Hindernissen für die Selbstorganisation wird die Fähigkeit der maßgeblichen Akteure gestärkt, auf unvorhergesehene Ereignisse in vielfältiger und innovativer Weise zu reagieren.
- *Dezentralisierung von Entscheidungsprozessen:* Eine Dezentralisierung und Verlagerung der Befugnisse und der Verantwortung für Entscheidungen auf die niedrigste wirksame und rechenschaftspflichtige Ebene der Steuerung kann unabhängig davon, ob diese Ebene bereits existiert oder neu geschaffen wird, die Chancen einer Politik auf Erfolg verbessern, wenn sie mit unvorhergesehenen Ereignissen konfrontiert wird.
- *Förderung von Variabilität:* Angesichts der Komplexität der meisten Politikumfelder erhöht die Umsetzung verschiedener Konzepte zur Lösung der gleichen Probleme die Wahrscheinlichkeit, dass die angestrebten Ergebnisse erreicht werden. Die Vielfalt der Reaktionen definiert auch einen gemeinsamen Ansatz für das Risikomanagement und stärkt die Fähigkeit zu effizientem Handeln auch angesichts unvorhergesehener Umstände.
- *Formelle Überprüfung von Handlungskonzepten und kontinuierliches Lernen:* Die regelmäßige Überprüfung selbst erfolgreicher Handlungskonzepte und der Einsatz gut gestalteter Pilotprojekte zur Validierung leistungsbezogener Annahmen während der gesamten Dauer der Konzepte können dazu beitragen, neu auftretende Problemstellungen zu bewältigen, und wichtige konzeptionelle Anpassungen auslösen.

Führungskompetenz, einschließlich der Stärkung der Rolle von Gesundheitsministerien und des Gesundheitswesens

507. Führungskompetenz zugunsten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit ist heute wichtiger als je zuvor. Führungskompetenz im Gesundheitsbereich kann in vielerlei Form und von einer Vielzahl von Akteuren ausgeübt werden; zu diesen zählen beispielsweise internationale Organisationen (Vorgabe von Normen und Zielmarken), Regierungschefs (Erklärung von Gesundheit und Wohlbefinden zu vorrangigen Zielen), Gesundheitsminister (sektorübergreifendes Vorgehen und Kontaktaufnahme mit Kollegen aus anderen Ressorts), Parlamentarier (Bekundung eines Interesses an Gesundheitsthemen), Wirtschaftsführer (Einbeziehung der Aspekte Gesundheit und Wohlbefinden in ihr Geschäftsmodell), Organisationen der Zivilgesellschaft (Hinweis auf Schwächen in Krankheitsprävention und Leistungserbringung), wissenschaftliche Institutionen (Bereitstellung von Evidenz über die Tauglichkeit von Gesundheitsinterventionen und Vorlage von Forschungsergebnissen für mehr Innovation) sowie Kommunalbehörden (Annahme von Gesundheit in allen Politikbereichen als Herausforderung). Auch Philanthropen und Medienpersönlichkeiten engagieren sich zunehmend an vorderster Front für Fragen von Gesundheit und Chancengleichheit – mit beträchtlichem Erfolg.

508. Eine solche Art von Führungskompetenz zugunsten von Gesundheit im 21. Jahrhundert erfordert neue Fähigkeiten: Um Ergebnisse zu erzielen, wird es oftmals eher erforderlich sein, Einfluss zu nehmen, statt unmittelbar Kontrolle auszuüben. Die Autorität der führenden Akteure im Gesundheitsbereich wird künftig zu einem wesentlichen Teil nicht mehr ausschließlich auf ihrer Stellung innerhalb des Gesundheitssystems beruhen, sondern auch aus ihrer Fähigkeit herleiten, andere davon zu überzeugen, dass Gesundheit und Wohlbefinden für alle Politikbereiche von maßgeblicher Bedeutung sind. Führungskompetenz ist nicht nur eine Frage des Individuums, sondern hat auch institutionelle, kollektive, gemeinschaftsbezogene und kooperative Aspekte. Solche Formen von Führungskompetenz können bereits beobachtet werden. So spielen Gruppen von Akteuren eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der großen gesundheitlichen Herausforderungen auf der globalen, regionalen, nationalen und kommunalen Ebene, etwa innerhalb der weltweiten Bewegung zur Bekämpfung von HIV. Ähnliche Bewegungen entstehen auch zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und in den Bereichen Gesundheitsförderung sowie Umwelt und Gesundheit.

509. Den Gesundheitsministern und ihren Ministerien kommt hierbei zentrale Bedeutung zu. Ihre starke Führungsrolle ist der Schlüssel zu all jenen Maßnahmen, die zu einer aktiven Gesundheitsförderung notwendig sind: Entwicklung und Umsetzung gesundheitspolitischer Strategien zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden auf nationaler und subnationaler Ebene; Propagierung und Verwirklichung einer effektiven ressortübergreifenden Zusammenarbeit zugunsten von Gesundheit; Sicherstellung einer aktiven Beteiligung aller maßgeblichen Akteure; Bereitstellung hochwertiger und wirksamer elementarer Gesundheitsleistungen und öffentlicher Gesundheitsdienste; sowie Festlegung und Kontrolle von Leistungsnormen im Rahmen einer transparenten Rechenschaftslegung.

510. Ihre Verantwortung für eine wirksame, bedarfsgerechte und effiziente Gesundheitsversorgung trägt auch substanziell zu chancengerechten Verbesserungen im Gesundheitsbereich bei. Auch die Gesundheitsversorgung selbst trägt zu besseren Resultaten in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden bei, und dieser Beitrag dürfte künftig in dem Maße wachsen, in dem sich der Stand der Technik in dem gesamten Spektrum von Krankheiten und Gesundheitsproblemen noch weiter verbessert. Außerdem ist die Gesundheitsversorgung selbst eine einflussreiche soziale Determinante von Gesundheit: aufgrund des sozialen Charakters der Ungleichheiten in Bezug auf Zugang und Inanspruchnahme.

Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung nationaler und sub-nationaler Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne unter Nutzung der Beiträge verschiedener Ressorts

511. Gesundheitskonzepte konzentrieren sich auf das Erreichen konkreter und messbarer gesundheitlicher Zugewinne und insbesondere darauf, die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen und die Fähigkeit zu verbessern, mit einer chronischen Krankheit unabhängig leben zu können. Das Anliegen, die Gesundheit zu verbessern, ist eine zentrale politische Priorität auf allen Steuerungsebenen. Es zu verfolgen, setzt ein wirksames und integriertes Gesundheitssystem voraus, das sich am Gesundheitsbedarf der Bevölkerung orientiert und einen Schwerpunkt auf die primäre Gesundheitsversorgung legt. Zur Verwirklichung dieser Ziele ist die Ausarbeitung eines umfassenden Plans zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden erforderlich, der auch den Auf- bzw. Ausbau der Gesundheitsversorgung einschließt. Damit verknüpft ist das Ziel der Stärkung ressortübergreifender Konzepte.

512. Solche Planungsinstrumente dürfen nicht auf die Erbringung von Gesundheitsleistungen beschränkt sein, sondern müssen das breite Themenspektrum der Verbesserung von Gesundheit und der sozialen Determinanten von Gesundheit sowie das Zusammenwirken zwischen dem Gesundheitswesen und anderen Bereichen der Gesellschaft berücksichtigen. Eine nationale Gesundheitsstrategie – die viele unterschiedliche Formen annehmen kann – kann ein inspirierendes übergeordnetes Konzept (ein „Dachkonzept“) bilden, bei dem ein breites Spektrum von Akteuren und Sektoren einbezogen wird, die auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung hinarbeiten. Eine solche Strategie kann dazu dienen, gemeinsame Werte zu propagieren, Synergieeffekte zu erschließen und Transparenz und Rechenschaftslegung zu fördern. In Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen kann der Prozess der Ausarbeitung von Gesundheitskonzepten, -strategien und -plänen auch den Gebern bei der Gesundheitsplanung behilflich sein und zu einer wirksamen Abstimmung zwischen den einzelnen Gebern beitragen. Diesem Prozess sollte eine umfassende Bewertung der gesundheitlichen Bedürfnisse unter Berücksichtigung der Aspekte Alter, Geschlecht, soziale Stellung und Krankheitsbild zugrunde gelegt werden.

513. Forschungsergebnisse und andere Erkenntnisse zeigen, dass viele Konzepte und Angebote, deren Wirksamkeit gut belegt ist (z. B. Reduzierung des Gehalts an Salz und gesättigten Fettsäuren in der Ernährung, Erhöhung der Tabaksteuern, Feststellung und Bekämpfung von Bluthochdruck, Bewältigung von Schlaganfällen durch multidisziplinäre Teams und aktive Bewältigung der dritten Wehenphase), die Bevölkerungsgruppen, bei denen ein entsprechender Bedarf vorhanden ist, nicht erreichen. Für das Versäumnis, Erkenntnisse auf Politik und Praxis anzuwenden, gibt es viele Gründe. Manche sind technischer Natur und lassen sich auf die Art und die Beschaffenheit der gewonnenen Erkenntnisse zurückführen; manche sind organisatorischer Art und kommen zum Tragen, wenn Partnerschaften oder ressortübergreifende Aktivitäten schwach sind; andere sind politischer Natur und entstehen, weil das, was die Erkenntnisse besagen, von denjenigen, die für die Prioritätensetzung und für die Investitionsentscheidungen zuständig sind, nicht erwünscht ist. Reaktionen auf Interventionen hängen auch davon ab, dass Personen befähigt werden, den potenziellen Nutzen aufrechtzuerhalten.

514. Natürlich sind Erkenntnisse selten der einzige oder auch nur der wichtigste Faktor in Entscheidungsprozessen. Werte und andere Einflüsse sind ebenfalls wichtig. Unabhängig davon bleibt Spielraum für die Ausweitung der Erbringung kostenwirksamer unentbehrlicher Leistungen und die Freisetzung von Ressourcen. Dies bedeutet jedoch, dass Anstrengungen unternommen werden müssen, um auf Erkenntnissen beruhende Interventionen zugunsten der Bedürftigsten auszuweiten und die Erbringung unangemessener Gesundheitsleistungen oder Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu beschränken, die nur von begrenztem Nutzen sind. Damit ein solcher Ansatz Erfolg hat, müssen Forscher, Politiker und Praktiker auf neue und andere Art und Weise arbeiten, die sich auf die Koproduktion von Wissen und Evidenz stützt, die ihrem jeweiligen Bedarf wirklich entsprechen.

515. Eine entscheidende Voraussetzung für die Sicherung der Unterstützung von Öffentlichkeit und Politik für höhere Ausgaben ist neben den notwendigen und oftmals neuen Finanzmitteln auch die Entschlossenheit zur Bekämpfung von Ineffizienz im Gesundheitswesen. Zugewinne an Effizienz müssen zu einem zentralen Bestandteil von Gesundheitsplänen und -strategien werden und dürfen nicht nur als kurzfristige Reaktion auf Haushaltskürzungen verstanden werden, weil der Übergang zu einem neuen, kostengünstigeren Leistungserbringungssystem vorsichtig gesteuert werden muss und kurzfristig zusätzliche Investitionen erforderlich machen kann. Das Ziel besteht darin, nachhaltige Effizienzgewinne zu erzielen, beispielsweise durch die Verbesserung der Energieeffizienz, die Verlagerung von Angeboten in die ambulante Versorgung, die Zuweisung von mehr Ressourcen an die primäre Gesundheitsversorgung und kostenwirksame Programme für öffentliche Gesundheit, die Streichung der am wenigsten kostenwirksamen Angebote und die Förderung eines verantwortungsbewussten Umgangs mit Arzneimitteln.

516. Die Leistungsfähigkeit der häufig fragmentierten Gesundheitssysteme reicht möglicherweise nicht aus, um mit den wachsenden Erwartungen von Gesellschaft und Bürgern Schritt zu halten. Die Menschen erwarten in der Praxis des Gesundheitssystems mehr Partizipation, Patientenbefähigung, Fairness und Achtung der Menschenrechte. Es wird mit einer Zunahme der inländischen Gesundheitsausgaben gerechnet, doch die Ressourcen sind immer begrenzt. Um diese Erwartungen zu erfüllen, ist es erforderlich, dass die Gesundheitssysteme und ihre Steuerungsmechanismen gestärkt werden. Zur Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme und zur Ausweitung von Rechenschaftslegung und Transparenz benötigen Gesundheitsminister und Gesundheitsministerien sowie andere nationale Behörden Hilfe und Unterstützung.

517. Gesundheitspolitik wird meist durch eine Vielzahl von Ansätzen und auf verschiedenen Ebenen mit jeweils unterschiedlicher Zielsetzung entwickelt. Mechanistische Ansätze reichen hier nicht aus und haben sich stets als unzulänglich erwiesen. Stattdessen werden flexiblere und stärker integrative Ansätze benötigt, die es ermöglichen, rasch auf sich verändernde Umstände und auf solide Erkenntnisse über die Tauglichkeit von Lösungsansätzen zu reagieren. Die Entwicklung einer umfassenden Gesundheitsstrategie ist naturgemäß ein in hohem Maße politischer Prozess, und dem muss in allen Phasen Rechnung getragen werden.

518. Zur Gewährleistung langfristiger Nachhaltigkeit sind politische und gesetzliche Verpflichtungen von entscheidender Bedeutung. Flexibilität wird benötigt, um eine Anpassung an unerwartete Entwicklungen auf politischem, ökonomischem und gesundheitlichem Gebiet zu ermöglichen. Der Wert liegt zu einem erheblichen Teil in dem Prozess. Solche Strategien haben eine größere Chance, umgesetzt zu werden, wenn sie von denjenigen ausgearbeitet und getragen werden, die sie umsetzen sollen, und wenn sie mit den jeweils vorhandenen Kapazitäten, Ressourcen und Sachzwängen vereinbar sind. Die Instrumente müssen realistische Wege aufzeigen, um die Kapazitäten und Ressourcen durch Mobilisierung von Partnern und Akteuren auszubauen, die manchmal unterschiedliche Interessen verfolgen.

Mehrwert durch Partnerschaften und Partner für die Gesundheit

519. „**Gesundheit 2020**“ wird durch die Verknüpfung individueller und kollektiver Anstrengungen verwirklicht. Entscheidend für den Erfolg von „**Gesundheit 2020**“ wird sein, dass die Mitgliedstaaten und die WHO eng zusammenarbeiten und andere Partner in ihre Bemühungen einbeziehen. Der gesamtstaatliche und der gesamtgesellschaftliche Ansatz für mehr Gesundheit und Wohlbefinden, die im Mittelpunkt von „**Gesundheit 2020**“ stehen, stützen sich auf Strategien, die die ressortübergreifende Zusammenarbeit stärken, die Koordination, Integration und Verteilung der Verantwortung für Gesundheit in allen Teilen von Staat und Gesellschaft verbessern und darauf abzielen, Menschen auf der lokalen Ebene und der Gemeinschaftsebene zu befähigen. Die komplexen gesundheitlichen Herausforderungen unserer heutigen Zeit müssen durch ein gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Vorgehen auf zahlreichen Ebenen bewältigt werden, in das neben Staat und öffentlicher Hand auch

Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft und Medien einbezogen werden. Voraussetzungen für den Erfolg sind ein gemeinsames Ziel und umfassende kooperative Anstrengungen der gesellschaftlichen Akteure in jedem Land, also Regierungen, nichtstaatliche Organisationen, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Wissenschaft und Hochschulen, Gesundheitsfachkräfte, Gemeinschaften – und jeder einzelne Bürger.

520. Führungskräfte im Gesundheitsbereich müssen heute für Partnerschaften zugunsten von Gesundheit werben und selbst solche Partnerschaften aufbauen. Diese Partnerschaften sind ein Kernkonzept innerhalb von „**Gesundheit 2020**“, dem eine systemweite Perspektive zugrunde liegt. Um Erkenntnisse über lokal relevante Determinanten von Gesundheit zu gewinnen, sich auf allen Ebenen der Gesellschaft Unterstützung zu sichern und zur gesellschaftlichen Entwicklung beizutragen, sind wirksame Partnerschaften mit Institutionen, Bürgern und Gemeinschaften, mit der Zivilgesellschaft sowie mit staatlichen und privaten Akteuren auf verschiedenen Ebenen unentbehrlich. Dabei geht es teilweise darum, die gesamtstaatliche und ressortübergreifende Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit zu verbessern, aber auch darum, auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene breit angelegte Foren für Gesundheit zu schaffen.

521. Partnerschaften innerhalb und außerhalb des Staates sind von gegenseitigen Interessen und persönlichen Beziehungen sowie von einem positiven Arbeitsumfeld abhängig. Es gibt viele Arten von Partnerschaften, die sich auf verschiedene Arten von Beziehungen stützen. Beispielsweise können Partnerschaften formeller, informeller oder überwiegend fachbezogener Natur sein. Die Erkenntnisse zeigen, von welcher großen Bedeutung die Stärke, die Qualität und die Transparenz der Verknüpfungen zwischen Partnern, Mechanismen für die Zuweisung von Verantwortung und Rechenschaftspflichten sowie insbesondere Regelungen für Haushaltsaufstellung und Berichterstattung sind. Diese Merkmale von Partnerschaften haben grundlegende Auswirkungen auf ihre Ergebnisse und Leistungsfähigkeit.

522. Auf allen strukturellen Ebenen müssen wichtige Fragen in Bezug auf Machtasymmetrien untersucht werden. Auch wenn viele Organisationen Partnerschaften unterstützen und die Interessen der beteiligten Akteure als wichtig anerkennen, so belegen doch Forschungsergebnisse und andere Analysen zweifelsfrei, dass nicht alle Parteien sich uneingeschränkt zu Partnerschaften bekennen, die Organisationskultur der jeweils anderen Seite verstehen oder die von ihnen vertretenen Prinzipien oder Handlungs- und Managementgrundsätze zugunsten guter Praxis einhalten. Viele der Probleme lassen sich auf den Bedarf an Mechanismen oder Vorrichtungen für den Umgang mit nicht offen gelegten Motiven und potenziellen Interessenkonflikten sowie für die Aushandlung der Grundlage von Partnerschaften zurückführen. Partnerschaften sind in der ressortübergreifenden Politikgestaltung wichtig, aber die Art der Beiträge der Partner zur Informationsgrundlage und zur Ressourcenbasis für Entscheidungen ist in der Praxis oftmals eher hierarchisch als horizontal angelegt.

523. Die Unterstützung der Zivilgesellschaft stärkt die Überzeugungsarbeit in Bezug auf Gesundheit und Chancengleichheit. Die Grundsätze und der Wert der Förderung von Einbeziehung und Befähigung der Gemeinschaft sind allgemein anerkannt, und es ist von grundlegender Bedeutung, eine sich durch Vielfalt auszeichnende Zivilgesellschaft zu unterstützen, deren Mitglieder häufig freiwillig viel Zeit und Mühe aufwenden, um zu wichtigen Interventionen und Lösungsansätzen beizutragen. Die Zivilgesellschaft steuert auch insofern einen Mehrwert bei, als sie die Fähigkeit besitzt, in unkonventioneller Weise mit den Menschen zu kommunizieren. Auch wenn Regierungen und staatlichen Stellen eine wichtige Rolle dabei zukommt, korrekte und glaubwürdige Informationen zu vermitteln, so besteht doch die Möglichkeit, dass solche Botschaften je nachdem, ob sie von der Regierung oder von der Zivilgesellschaft kommen, sehr unterschiedlich aufgenommen werden. Die Zivilgesellschaft kann sich in vielen Fällen komplexen, sensiblen oder stigmatisierten Themen in einer Weise widmen, die staatlichen Stellen und Behörden versperrt ist, insbesondere durch eine stärkere Einbeziehung marginalisierter Gruppen, die zuvor vielleicht nur schlecht erreicht werden konnten, sowie durch eine angemessene und ethisch vertretbare Mobilisierung der Wirtschaft. Auch Wohltätigkeitsorganisationen und Selbsthilfegruppen können wichtige Sichtweisen beisteuern und praktische Hilfe für die Bedürftigen

leisten. Den sozialen Medien kommt eine neue und größer werdende Rolle dabei zu, gesundheitsbezogene Botschaften und Wahrnehmungen zu artikulieren und zu kommunizieren.

524. Zur Unterstützung der Ziele von „**Gesundheit 2020**“ sind Partnerschaften mit in der Europäischen Region tätigen internationalen Organisationen von entscheidender Bedeutung. Die Rolle der WHO und ihre Wechselbeziehung mit diesen Organisationen beruhen nicht nur auf ihrem Streben nach fachlicher Exzellenz, evidenzgeleiteter Praxis und ergebnisorientiertem Management, sondern auch auf ihrer Entschlossenheit, mit anderen zusammenzuarbeiten, um den Mitgliedstaaten zu helfen, ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen. Die bereits enge Zusammenarbeit zwischen der WHO und internationalen Organisationen wird nun noch weiter gestärkt. Zu diesen zählen die Sonderorganisationen des Systems der Vereinten Nationen, die Weltbank und regionale Entwicklungsbanken, die OECD, die EU, der Europarat und der Globale Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, Entwicklungshilfeorganisationen und -fonds sowie maßgebliche nichtstaatliche Organisationen. UNICEF ist ein besonderer Partner in vielen wichtigen Bereichen der öffentlichen Gesundheit, wie etwa Gesundheit von Müttern und Kindern, Immunisierung, Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention durch Stärkung der Gesundheitssysteme, sowie bei der aufmerksameren Beobachtung des Gesundheitsgefälles.

525. Die Zusammenarbeit mit der EU wird eine solide Grundlage bilden, die mit großen Chancen und zusätzlichen Vorteilen verbunden ist. Die Europäische Kommission hat ein Weißbuch veröffentlicht, in dem grundlegende Prinzipien und strategische Ziele für ihr Handeln im Gesundheitsbereich vorgeschlagen werden (282). Es steht im Zusammenhang mit Artikel 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union in der durch den Vertrag von Lissabon geänderten Fassung (111), der vorschreibt, dass „bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ... ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“ wird.

526. Ferner bemühen sich auch Kandidatenländer und potenzielle Kandidatenländer für einen EU-Beitritt sowie Länder des Europäischen Nachbarschafts- und Partnerschaftsinstruments, ihr Recht und ihre Verwaltungspraxis nach und nach an die EU-Politik anzupassen. Dies kann im Hinblick auf die Umsetzung von „**Gesundheit 2020**“ von großer Bedeutung sein. Die gemeinsame Erklärung von EU-Kommission und WHO, die insgesamt sechs „Fahrpläne“ für eine engere Zusammenarbeit enthält, ist ein wichtiger Schritt zur Verstärkung der Partnerschaft der beiden Organisationen mit der Zielsetzung, eine Verbesserung von Gesundheitsinformationen, Gesundheitssicherheit und Gesundheitsfinanzierung zu erreichen und gesundheitliche Ungleichgewichte abzubauen, Gesundheitsforschung zu betreiben und die Zusammenarbeit in den Ländern zu verbessern. Weitere Möglichkeiten zur Zusammenarbeit bieten spezielle Initiativen der Europäischen Kommission wie die Europäische Innovationspartnerschaft „Aktives und gesundes Altern“ (283).

527. Auch die Verknüpfung mit neuen und allmählich neu entstehenden Arten von Partnerschaften für Gesundheit, die auf verschiedenen Steuerungsebenen in der gesamten Europäischen Region aktiv sind, wird sich als nützlich erweisen. Innovative Kooperationsmechanismen leisten substantielle Beiträge; zu diesen zählen die Eurasische Wirtschaftsgemeinschaft, das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk und die Nördliche Dimension, politische Netzwerke wie das Europäische Netzwerk gesunder Städte der WHO und das Netzwerk „Regionen für Gesundheit“, ferner subregionale Netzwerke innerhalb der Gemeinschaft unabhängiger Staaten sowie die WHO-Netzwerke zur Gesundheitsförderung in Umfeldern wie Schule, Arbeitsplatz, Krankenhauswesen und Strafvollzug in der gesamten Region.

528. Weitere potenziell wichtige Partner sind Hochschulen und Facheinrichtungen, einschließlich ärztlicher und anderer Berufsverbände im Gesundheitswesen, Kooperationszentren der WHO und Netzwerken im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf der regionalen und nationalen Ebene.

529. Es ist von Bedeutung, nach Möglichkeiten zu suchen, angemessen und ethisch mit der Privatwirtschaft (einschließlich der pharmazeutischen Industrie) zusammenzuarbeiten, insbesondere vor

dem Hintergrund, dass diese heute in der gesamten Europäischen Region zunehmend einbezogen wird. Die Einstellung gegenüber der Privatwirtschaft ist von Land zu Land wie auch innerhalb von Ländern sehr unterschiedlich. Doch Unternehmen (von der kleinsten lokalen bis zur globalen Ebene) dringen zunehmend in jeden Bereich des menschlichen Lebens ein. Sie finden sich in allen Gemeinschaften und auf allen Ebenen, und ihr Wissen und Verständnis in Bezug auf örtliche Gemeinschaften stellen häufig eine nicht genutzte Ressource und einen Aktivposten dar, die beträchtlich zu Gesundheit und Wohlbefinden beitragen können, wenn sie in angemessener Weise mobilisiert werden. Viele kleine und große Unternehmen sind wichtige Unterstützer von Aktivitäten auf der örtlichen Ebene, und es besteht ein großes Potenzial dafür, hierauf weiter aufzubauen. Dabei muss jedoch stets Klarheit darüber herrschen, dass ihr Einfluss sowohl zur Verbesserung als auch zur Verschlechterung der Gesundheitssituation beitragen kann.

530. Die Generalversammlung der Vereinten Nationen appellierte in ihrer politischen Erklärung über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (284) an die Privatwirtschaft, ihren Beitrag zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu stärken, und beschloss eine fünf Punkte umfassende Agenda: Umsetzung der Empfehlungen der WHO zur Verringerung der Wirkung auf Kinder abzielender Lebensmittelwerbung; Reformulierung von Lebensmittelprodukten mit dem Ziel der Schaffung gesünderer Wahlmöglichkeiten (einschließlich Reduzierung der Salzzufuhr); Gesundheitsförderung bei Erwerbstätigen; und Verbesserung des Zugangs zu unentbehrlichen Arzneimitteln und Technologien und ihrer Erschwinglichkeit.

531. Aufbau und Aufrechterhaltung von Partnerschaften für Gesundheit setzen neue Denkweisen in Bezug auf Organisationsformen sowie Struktur und Funktionsweise von Organisationen voraus. Hierbei kommt den Beziehungen zwischen den Partnern entscheidende Bedeutung zu; sie müssen von einem offenen, transparenten und respektvollen Umgang miteinander geprägt sein. Vernetzte Strukturen können besser geeignet sein als herkömmliche bürokratische Strukturen. Die verwendeten Methoden für die Entscheidungsfindung, die Ressourcenzuteilung und die Rechenschaftslegung müssen von außen sehr gut wahrnehmbar und offen für die Untersuchung und die Einflussnahme durch jeden sein.

Entwicklung gesamtgesellschaftlicher und gesamtstaatlicher Verantwortung für die Arbeit im Gesundheitsbereich

Fähigkeit zur Steuerung zugunsten von Gesundheit: durch die gesamte Gesellschaft und den gesamten Staat sowie mittels Gesundheit in allen Politikbereichen – unter dem Steuerungsgesichtspunkt

532. Die gesamtgesellschaftlichen und gesamtstaatlichen Verantwortlichkeiten für den Bereich Gesundheit werden durch ein hohes Maß an politischem Engagement, eine aufgeklärte öffentliche Verwaltung und gesellschaftliche Unterstützung getragen. Dieser Verantwortung Relevanz und Funktionalität zu geben, erfordert konkrete ressortübergreifende Steuerungsstrukturen, die die notwendigen Aktivitäten unterstützen können, um Gesundheit in alle Politikbereiche und Umfeldler zu integrieren, wann immer dies zweckdienlich ist. Diese ressortübergreifenden Steuerungsstrukturen sind für Regierungen, Parlamente, Verwaltungen, die Öffentlichkeit, die Interessengruppen und die Industrie gleichermaßen relevant.

533. Die Zielsetzung eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes besteht darin, gesamtstaatliches Denken dadurch zu ergänzen, dass der Beitrag von Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft, aber auch die Rolle eines breiten Spektrums politischer Entscheidungsträger (z. B. Parlamentarier) verstärkt hervorgehoben wird. Die politischen Netzwerke, die innerhalb des Staates entstanden sind, erstrecken sich zunehmend über die staatliche Ebene hinaus auch auf andere gesellschaftliche Akteure. Der gesamtgesellschaftliche Ansatz setzt eine zusätzliche Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation in

komplexen vernetzten Umfeldern voraus und betont die Rolle der Medien sowie neuer Kommunikationsformen. Jede beteiligte Partei muss in den Prozess Ressourcen und Kompetenz einbringen. Durch Einbeziehung von Privatwirtschaft, Zivilgesellschaft, Gemeinschaften und Einzelpersonen erhöht ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz die Widerstandskraft von Gemeinschaften gegenüber Gefahren für ihre Gesundheit, ihre Sicherheit und ihr Wohlbefinden. Mit den Worten von Paquet (285): „Kooperation ist der neue kategorische Imperativ.“ Ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz reicht über die institutionelle Ebene hinaus; er beeinflusst und nutzt Kultur und Medien auf der lokalen und der globalen Ebene, ländliche und städtische Gemeinschaften und alle maßgeblichen Politikbereiche, u. a. Bildung, Verkehr, Umwelt und sogar Städteplanung, wie sich im Falle der Adipositas und des globalen Nahrungssystems anschaulich demonstrieren lässt. Gesamtgesellschaftliche Konzepte sind eine Form der kooperativen Führung, bei der Wert auf eine Koordinierung durch normative Werte und den Aufbau von Vertrauen zwischen einer Reihe von Akteuren in der Gesellschaft gelegt wird. Diese Konzepte umfassen gewöhnlich Steuerungsinstrumente, die weniger präskriptiv, weniger einem einheitlichen Ansatz verpflichtet und auch weniger zentralisiert und hierarchisch sind. Gemeinsame Ziele und Vorgaben, wie etwa im Falle von *Healthy people 2020* in den Vereinigten Staaten (286), stellen einen geeigneten Ausgangspunkt dar. Viele politische Maßnahmen der EU stehen auf einer ähnlichen Grundlage. Dies ist unter anderem auf die breit angelegten Konsultationen zurückzuführen, die ihnen vorausgehen und an denen gewöhnlich alle maßgeblichen Akteure teilnehmen, öffentliche wie private, wenn auch nicht mit gleichem Einfluss.

534. Dennoch muss die letztendliche Verantwortung bei den Regierungen bleiben; sie müssen sich für den Schutz und die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bürger, denen sie dienen, sowie der Gesellschaften, aus denen sie hervorgegangen sind, einsetzen. Zur Stärkung des Gefühls von Verantwortung und Rechenschaftspflicht für die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden ist auf allen Ebenen der Gesellschaft der politische Wille entscheidend. Deshalb erfordert die Verwirklichung von Politikgestaltung und Steuerung zugunsten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit von den Regierungen eine Stärkung der Kohärenz zwischen Handlungskonzepten, Investitionen, Angeboten und Maßnahmen über Ressortgrenzen hinweg und unter Beteiligung aller Akteure. Sie erfordert auf Synergien angelegte Konzepte, die oft außerhalb der Gesundheitspolitik angesiedelt sind und von Strukturen und Mechanismen unterstützt werden müssen, die eine Zusammenarbeit fördern und ermöglichen. Viele Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit werden auch in anderen Politikbereichen als vorrangig angesehen, etwa die Steigerung des Bildungserfolgs, die Förderung gesellschaftlicher Integration und sozialen Zusammenhalts, der Abbau von Armut und die Stärkung der Widerstandskraft und des Wohlergehens der Gemeinschaft. Sie bieten einen Ansatzpunkt für gemeinsames Handeln über Ressortgrenzen hinweg, das sich positiv auf Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit auswirkt (287). Der Gesundheitsfolgenabschätzung kommt eindeutig die Aufgabe zu, gesundheitsbezogene und andere Ergebnisse von Politik in einem einheitlichen Analyserahmen zusammenzuführen.

535. Die Verwirklichung einer gesamtstaatlichen Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit ist voller Schwierigkeiten und Herausforderungen. Dazu ist weit mehr erforderlich als ein einfacher Auftrag (288). Außerdem ist die Erkenntnisgrundlage zur Unterstützung einer ressortübergreifenden Steuerung häufig spärlich, einseitig, nicht schlüssig oder anekdotisch. Dennoch sind hier Fortschritte möglich, wie Erfahrungen in den Bereichen Nachhaltigkeit und Entwicklung gezeigt haben. Ein zentraler Handlungsbereich ist die Entwicklung neuer oder stärkerer Instrumente und Mechanismen, die für Chancengleichheit bei der Darstellung von Standpunkten in Entscheidungsprozessen sorgen. Eine wirksame Politikgestaltung zugunsten von Gesundheit bedient sich kooperativer Arbeitsmodelle, um den Zustrom an Ressourcen zu erhöhen, um positiv auf die Verteilung der Determinanten einzuwirken und so die Chance auf ein gesundes Leben zu erhöhen, um die bestehenden Muster gesundheitlicher Ungleichgewichte sowie deren Ausmaß zu durchbrechen und um das Risiko bzw. die Folgen von Krankheit und Frühsterblichkeit in allen Bevölkerungsschichten zu verringern.

536. Die Ergebnisse der Task Group on Governance and Delivery Mechanisms (289), einer der Arbeitsgruppen in Verbindung mit der Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und

des Gesundheitsgefälles in der Europäischen Region, lassen darauf schließen, dass Interventionen, die auf die sozialen Determinanten von Gesundheit ausgerichtet sind und gesundheitlichen Benachteiligungen entgegenwirken sollen, gewöhnlich verbesserte Systeme für die Steuerung und die Leistungserbringung erfordern. Diese müssen unter Beteiligung der gesamten Gesellschaft und des gesamten Staats auf allen Steuerungsebenen tätig werden und sowohl einen nationalen als auch einen lokalen Kontext für Maßnahmen zugunsten von Gesundheit bieten. Die Arbeitsgruppe hat mehrere Hauptgründe dafür ermittelt, dass die sozialen Determinanten von Gesundheit und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Ungleichgewichte von für die Steuerung und Leistungserbringung zuständigen Systemen nicht ausreichend berücksichtigt wurden. So haben es diese versäumt:

- die gesamte Kausalkette, die zu dem erwünschten Ergebnis der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichgewichte führt, in einem Konzept zusammenzuführen und als Ganzes in Angriff zu nehmen (konzeptionelles Versäumnis);
- eine wirksame Leistungskette sowie unterstützende Anreize und Organisationsmechanismen zu schaffen, die in der Lage sind, verbesserte Ergebnisse in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Ungleichgewichte herbeizuführen (Versäumnis in Bezug auf die Leistungskette);
- eine Kontrollstrategie zu entwickeln, die den gesamten Prozess der Leistungserbringung beaufsichtigt (Versäumnis in Bezug auf eine Strategie für staatliche Kontrolle).

537. Das letztgenannte Versäumnis hängt häufig mit einer unzureichenden Fähigkeit zusammen, ein breites Spektrum von Defiziten wie organisatorischen, finanziellen und gesetzgeberischen Unzulänglichkeiten und anderen Ursachen für eine schlechte Leistungsbilanz aufzudecken und rasch abzustellen.

538. Dementsprechend können die Mitgliedstaaten eine Reihe von Voraussetzungen und Maßnahmen in Betracht ziehen, die erforderlich sind, um dies zu verwirklichen und ihnen eine Verbesserung ihrer Steuerungsbilanz zu ermöglichen. Eine Sichtung von Studien, in denen die Fortschritte in diesem Bereich analysiert wurden, macht wichtige Erkenntnisse und Chancen in Bezug auf die Verringerung der beschriebenen Versäumnisse deutlich (289). Jenen Ländern, die Fortschritte auf dem Weg zur Einführung eines gesamtgesellschaftlichen und gesamtstaatlichen Ansatzes zur Verringerung von Ungleichgewichten im Gesundheitsbereich anstreben, stehen jetzt mehrere innovative Praktiken und Instrumente zur Verfügung, die sie prüfen und an ihre jeweiligen nationalen und subnationalen Gegebenheiten anpassen können.

539. Die nachstehend genannten zentralen Entwicklungsbereiche können hier von besonderer Bedeutung sein.

- *Regierungsstrukturen:* Innerhalb des Kabinetts können Minister entweder unter der Regie des Regierungschefs oder durch Zusammenarbeit zwischen ausgewählten Ressorts gemeinsame Konzepte entwickeln. Manchmal werden im Rahmen eines gesamtstaatlichen Ansatzes Kabinettsunterausschüsse mit Gesundheitsfragen befasst, wobei meist Mechanismen zur Förderung eines gemeinsamen Verständnisses von Lösungsansätzen zum Einsatz kommen. Auch institutionelle Plattformen sind eine Option, etwa ein gemeinsam besetztes Referat für Gesundheitspolitik im Amt des Regierungschefs oder gemeinsame Ausschüsse und Arbeitsgruppen. Ressortübergreifende Gremien können die Gewinnung von Evidenz sowie die Entwicklung und Koordinierung politischer Handlungskonzepte unterstützen. Um den Stellenwert des Themenkomplexes Gesundheit und Entwicklung zu erhalten, kann eine kleine, eigens dafür geschaffene Vordenkergruppe notwendig sein, die sich frei innerhalb der Gesellschaft und zwischen den Ressorts bewegt und einen regelmäßigen Dialog sowie eine Bühne für Diskussionen schafft und vorantreibt. Die Festlegung eines gesetzlichen Auftrags signalisiert eine Unterstützung auf hoher Ebene für ein Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit.
- *Superministerien und zusammengelegte Ministerien:* Diese werden in dem Bemühen eingeführt, der politischen und administrativen Tätigkeit der Regierung mehr Effizienz und Kohärenz

zu verleihen. Auch wenn das Argument für solche Veränderungen überzeugend erscheinen mag, so sind die Erkenntnisse in Bezug auf mehr ressortübergreifende Kohärenz dies nicht.

- *Minister für öffentliche Gesundheit:* Sie können über ein explizites ressortübergreifendes Mandat zur Unterstützung gesamtstaatlicher gesundheitsfördernder Maßnahmen verfügen. Sie können durch einen hochrangigen nationalen Lenkungsausschuss unterstützt werden, der mit Vertretern wichtiger nationaler, regionaler und kommunaler Behörden und Organisationen besetzt ist.
- *Interministerielle Kontakte und strategische Allianzen:* Mit ihrer Hilfe werden ansonsten getrennte, wenn nicht sogar isolierte Politikbereiche auf der obersten Entscheidungsebene zusammengebracht. Für die Herbeiführung von Politikkohärenz auf der Kabinettsebene gibt es unterschiedliche Ansätze. Solche ressortübergreifenden Allianzen zwischen Politikbereichen können mit einer Reihe von Mechanismen gefördert werden, die sich gegenseitig verstärken und wichtige Ressorts zur Rechenschaftslegung zwingen. Ein Ansatz sieht beispielsweise vor, dass mehrere Kabinettsminister gemeinsam eine Politik entwickeln und jeder von ihnen in dieser gemeinsamen Politik die Verantwortung für eine begrenzte Zahl von Zielvorgaben übernimmt, wobei Teilziele miteinander abgestimmt werden, um Interessenkonflikte zwischen Politikzielen zu vermeiden. Eine andere Option zur Herstellung von Kontakten zwischen Ministerien besteht darin, den Finanzminister zu beauftragen, Rahmenkonzepte für jedes Ministerium auszuarbeiten. Solche Mechanismen, die gewährleisten, dass gemeinsame Zielvorgaben und gemeinsame Zielsetzungen beschlossen werden, die durch Festlegung der Zuständigkeiten aller Beteiligten gestützt werden, erweisen sich in dieser Hinsicht als wirksam. Dies gilt insbesondere, wenn sie als eine Möglichkeit für Organisationen verstanden werden, Risiken zu teilen und einander zur Rechenschaft zu ziehen (290).
- *Gemeinsame und zusammengelegte Etats:* Die derzeitigen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, mit denen Regierungen in der gesamten Europäischen Region konfrontiert sind, könnten manche Politikbereiche dazu zwingen, anders und kooperativer als bisher zu arbeiten. Dies könnte bewirken, dass der gesamtstaatliche und der gesamtgesellschaftliche Ansatz operationalisiert und für die Lösung von Fragen in Verbindung mit gesundheitlichen Ungleichgewichten und ihren sozialen Determinanten herangezogen werden können. Die Länder nutzen bereits einige neue Mechanismen, die dazu beitragen können, ressortübergreifende strategische Allianzen zu schmieden und aufrechtzuerhalten. Gemeinsame und zusammengelegte Etats mehrerer Ressorts können der Entwicklung neuer Methoden für das Rechnungswesen sowie der Mobilisierung neuer Mittel zugute kommen. Belege für diese Feststellung finden sich in Südaustralien und auch zunehmend in der Europäischen Region, vor allem auf der subnationalen Ebene (291). Diese Mechanismen können finanzielle Anreize und Belohnungssysteme umfassen, die die vertikale und horizontale Integration fördern, die für den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte erforderlich sind. In manchen Fällen kann dies auch dazu führen, dass als Mittel zur Stärkung der Zusammenarbeit und des gegenseitigen Vertrauens ressortübergreifend personelle und andere Ressourcen gemeinsam oder abwechselnd genutzt werden (292).
- *Gemeinsame Überprüfung von Konzepten und Interventionen:* Diese Instrumente werden im Rahmen gesamtstaatlicher Ansätze zunehmend zur Förderung ressortübergreifender Maßnahmen und Kooperationen genutzt. Beispielsweise führen einige Länder in der Europäischen Region, die an Aktionsplänen zur Verbesserung der Gesundheit der Roma-Bevölkerung mitwirken, gemeinsame Überprüfungen von Konzepten durch. Diese wurden insbesondere für die vier wichtigsten Politikbereiche (Bildung, Wohnungswesen, Beschäftigung, Gesundheit) empfohlen (293).
- *Gegenseitige Unterstützung bei der Gewinnung von Evidenz:* Die gegenseitige Unterstützung bei der Gewinnung von Evidenz trägt dazu bei, ein gemeinsames Verständnis von Fakten, Zahlen, Analysen und Interpretationen zu entwickeln. Dies schafft eine gemeinsame Grundlage für Dialog und die Evaluation ressortübergreifender Konzepte, Programme und Projekte, um während der Ausarbeitung und Umsetzung dieser Konzepte gemeinsames Lernen und die

Anpassung aneinander zu ermöglichen und Engagement und Nachhaltigkeit auf Dauer aufrechtzuerhalten (288).

- *Aktiv auf andere zugehen:* Die Regierungen müssen sich aktiv um die Einbeziehung von Patienten und anderen Akteuren aus der Gesellschaft, ggf. einschließlich der Privatwirtschaft, bemühen. Öffentliche Konsultationen, staatliche Gesundheitskonferenzen und Themenforen dienen eben diesem Zweck. Eine solche Überzeugungsarbeit kann auf staatliche Konzepte, Gesetze und andere Vorschriften abzielen, die auf konstruktive Veränderungen in gesundheitsbezogenen Fragen wie Besteuerung, Verkaufsförderung und Werbung angelegt sind. Überzeugungsarbeit zielt nicht zwangsläufig darauf ab, lediglich die Akzeptanz von Gesetzesänderungen herbeizuführen, sondern hat auch eine Veränderung von Einstellungen, kulturellen Gegebenheiten und sozialen und räumlichen Umfeldern zum Ziel.

Politische Voraussetzungen für eine erfolgreiche Nutzung ressortübergreifender Steuerungsstrukturen

540. Die einschlägige Fachliteratur und die Fälle, auf die sich die Forschungsarbeiten stützen, bieten Erkenntnisse über den nicht-mechanistischen Charakter ressortübergreifender Steuerungsstrukturen. Es handelt sich dabei nicht um Instrumente, die ohne Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt vorherrschenden Rahmenbedingungen oder Umstände genutzt werden können. Vielmehr hängen ihre erfolgreiche Nutzung und das Erreichen der erwünschten Ergebnisse von einer Reihe von Faktoren ab.

- *Politischer Wille:* Angesichts der notwendigen Unterstützung oder Anwesenheit des Ministers setzen Kontakte zwischen Ministerien, Kabinettsausschüsse und Parlamentsausschüsse inhärent politischen Willen voraus. Ohne ein hohes Maß an politischem Engagement kann es solche Steuerungsstrukturen nicht geben. Für bürokratische Strukturen wie ressortübergreifende Gremien und Einheiten ist politischer Wille dagegen keine unabdingbare Voraussetzung; dennoch wirkt sich Unterstützung oder Interesse vonseiten der Politik (beispielsweise das Ersuchen, den oder die Minister regelmäßig zu informieren) positiv auf ihre Fähigkeit aus, aktiv und maßgeblich zu bleiben.
- *Politische Bedeutung der konkreten Gesundheitsthemen:* Dies ist ein zentraler Aspekt für die Auswahl eines Steuerungsmechanismus, insbesondere eines solchen, der politischen Willen voraussetzt. Belege hierfür stammen aus Kabinetts- und Parlamentsausschüssen, weil diese primär als Reaktion auf politisch wichtige Themen eingerichtet werden, die eine breite Handlungsunterstützung erfordern.
- *Dringlichkeit des Problems:* Sowohl gemeinsame Etats als auch die Einbeziehung der Privatwirtschaft sind gute Optionen zur Lösung akuter Probleme. Auch wenn die Nachhaltigkeit auf lange Sicht bei gemeinsamen Etats ein Problem darstellt, so werden diese Möglichkeiten doch häufig für kurzfristige Projekte genutzt. Verbindungen zur Industrie werden gewöhnlich unter Bezugnahme auf ein bestimmtes Gesundheitsthema hergestellt und können sich deshalb rasch entwickeln. Parlamentsausschüsse fordern die Regierung gewöhnlich dazu auf, innerhalb einer bestimmten Frist auf ihre Ergebnisse zu reagieren, woraus sich schließen lässt, dass sie zu kurz- bis mittelfristigen Lösungen führen. Kabinettsausschüsse führen dagegen zu langfristigen ressortübergreifenden Lösungen, die abhängig von der Art der Politik oder Investitionsentscheidung über das Ende der Amtszeit einer Regierung hinaus Bestand haben können.
- *Führungskompetenz:* Die Einrichtung von Kabinettsausschüssen erfordert eine starke Führungsrolle des Büros des Premierministers oder Regierungschefs, das sowohl deren Struktur und Mandat als auch unterstützende Argumente für die Prüfung allgemeiner Politikoptionen von ressortübergreifender Bedeutung vorgibt. In ähnlicher Weise setzen auch Superministerien oder andere Zusammenlegungen von Ressorts ein hohes Maß an Führungskompetenz und einen starken Minister mit der Fähigkeit zur Gestaltung des Wandels voraus. Zusammenlegungen von

Ministerien mit dem Ziel, mit Unterstützung durch eine identifizierbare Führungsinstanz (Gremium oder Person) eine erkennbare Politikstrategie umzusetzen, haben größere Aussichten auf Erfolg. Führungsstärke gilt als der wichtigste Einzelfaktor für die Einbeziehung von Akteuren, insbesondere wenn es darum geht, erfolgreich Spannungen beizulegen oder bei Konflikten im Netzwerk zu vermitteln, um zwischen Beteiligten mit unterschiedlichen Interessen Dialog und Zusammenarbeit fortführen zu können. Potenzielle Machtungleichgewichte zwischen den einzelnen Akteuren müssen sorgfältig geprüft werden, um bestimmen zu können, wer von ihnen am besten geeignet ist, bei dem Prozess der Einbeziehung die Federführung zu übernehmen. Ungleichgewichte in Bezug auf Macht und Ressourcen können sich negativ auf das Engagement der Akteure auswirken. Schlussendlich sind klare und gut gehandhabte Steuerungsstrukturen mit definierten Aufgaben und Zuständigkeiten eine Voraussetzung für eine wirksame Zusammenarbeit mit der Industrie.

- *Kontext:* Der allgemeine Kontext, in dem eine Steuerungsstruktur realisiert wird, sollte gebührend berücksichtigt werden. Die Beispiele für kontextbezogene Rahmenbedingungen, auf die in den Fallstudien (288) eingegangen wird, veranschaulichen das Potenzial der Harmonisierung von Interessen. Mit Kontext ist in diesem Fall nicht nur die politische Landschaft gemeint; vielmehr ist der Begriff auch situationsabhängig zu verstehen. Dazu gehört es, Ereignisse, Wahrnehmungen von Politik sowie interne oder externe Schockwellen, die eine zeitlich begrenzte Chance eröffnen, zeitnah zu nutzen, um ressortübergreifende Steuerungsstrukturen und Maßnahmen in Gang zu bringen.
- *Ressourcen:* Ressourcen sind eine Voraussetzung für die Wirksamkeit von Steuerungsstrukturen. Obwohl Ressourcen fraglos mit einigen der anderen Faktoren, wie etwa den praktischen Aspekten der Umsetzung, verknüpft sind, ist die Verfügbarkeit von Mitteln für die Aufnahme und Unterstützung der Arbeit ressortübergreifender Steuerungsstrukturen doch ein unverzichtbarer Aspekt bei der Beurteilung von deren Machbarkeit und Fähigkeit zur Zielerreichung. Zusammenlegungen von Ministerien und Superministerien sind mit beträchtlichen Kosten verbunden, und ihr Nutzen ist ungewiss. Grundsätzlich ist die Neuorganisation eines Systems kostenaufwändig. Als Alternative können Gemeinschaftsetats dadurch gefördert werden, dass der Handlungsbedarf ökonomisch begründet wird, wobei die Ministerien als Rechtfertigung und Anreiz für ressortübergreifende Steuerung detailliertere Angaben zu Kosten und Nutzen gemeinsamer Programme für jedes beteiligte Ressort machen können.
- *Praktische Aspekte der Umsetzung:* Bei der Umsetzung einer Steuerungsstruktur muss eine Vielzahl praktischer Aspekte berücksichtigt werden. Beispielsweise müssen die Aktivitäten ressortübergreifender Ausschüsse mit anderen ressortübergreifenden Aktivitäten (wie dem Versand jeglicher Korrespondenz auch an andere Ressorts zu Informationszwecken) in Einklang stehen, um die Verknüpfungen zwischen den Ressorts zu stärken. Ressortübergreifende Organisationseinheiten müssen in der Lage sein, zumindest einen Teil der Interessen innerhalb der betroffenen Ressorts glaubwürdig zu vertreten. Eine Kombination von Referaten und Ausschüssen innerhalb eines politischen Mechanismus wie eines Ministerausschusses sollte ein einflussreicher und wirksamer Mechanismus sein. Zusammengelegte Ministerien und Superministerien arbeiten besser, wenn die zusammengelegten Einheiten organisatorisch nicht zu unterschiedlich sind und wenn eine kleinere Einheit in einer größeren aufgeht und sich die grundsatzpolitische Ausrichtung der größeren Einheit zu eigen macht. Für das optimale Funktionieren eines ständigen Kabinettsausschusses in Bezug auf seine Fähigkeit, den Dialog zu vorher bestimmten Fragen von ressortübergreifender Bedeutung in Gang zu bringen, ist es wichtig, sich die Unterstützung einer tatkräftigen Gruppe von Bediensteten in den maßgeblichen Ressorts (u. a. eines effizienten Kabinettssekretariats) zu sichern.

Fähigkeit zum Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit und zur Verringerung des Gesundheitsgefälles – unter dem Gesichtspunkt der Chancengleichheit

541. Gesundheitliche Ungleichgewichte lassen sich nicht abbauen, wenn nicht gleichzeitig auch Ungleichgewichte bei den Ursachen von Gesundheitsproblemen abgebaut werden: soziale Unterschiede, ungleiche Exposition gegenüber schädlichen Einflüssen und unterschiedlich große Widerstandsfähigkeit. Ferner werden auch neue Systeme für die Steuerung und die Leistungserbringung benötigt, die auf allen Steuerungsebenen ansetzen. Die Länder können Lösungsansätze nutzen, die auf die Verwirklichung gesundheitlicher Chancengleichheit in allen Politikbereichen als Grundlage für weitere Maßnahmen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte abzielen.

542. Um verbesserte und chancengerechte Gesundheitsergebnisse zu erreichen, ist es erforderlich, dass mehrere Ebenen, Systeme und Ressorts gemeinsam an den sozialen Determinanten von Gesundheit ansetzen und gesundheitliche Ungleichgewichte abbauen. Hierzu werden zahlreiche parallel operierende Steuerungsstrukturen benötigt. In Teil 2 von „**Gesundheit 2020**“ wurde die Bedeutung von Politikgestaltung und Steuerung durch Zusammenarbeit und durch eine Mischung aus Regulierung, Überzeugungsarbeit und Bürgerbeteiligung sowie durch die Modernisierung und Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste beschrieben. Die Task Group on Governance and Delivery Mechanisms (289) hat eine Reihe konkreter Empfehlungen zur Verbesserung der Fähigkeit von Ländern zur Durchführung von Maßnahmen im Bereich der sozialen Determinanten von Gesundheit und zur systematischen Anwendung von Aspekten der gesundheitlichen Chancengleichheit bei der Politikgestaltung abgegeben.

543. Von diesen Empfehlungen erscheinen – unabhängig von der Struktur von Gesundheitssystemen und dem Grad der Zentralisierung oder Dezentralisierung der Politikgestaltung in einem Land – die nachstehenden als besonders wichtig. Zu den zentralen Voraussetzungen für die Umsetzung zählt die Fähigkeit des Landes, Maßnahmen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und zur Verringerung des Gesundheitsgefälles zu ergreifen. Hier müssen mehrere allgemeine Anforderungen erfüllt sein (294):

- die Verfügbarkeit maßgeblicher Daten zum Ausmaß und zur Entwicklung gesundheitlicher Ungleichgewichte in dem Land, zu etwaigen Schwankungen auf nationaler und subnationaler Ebene und zu ihren wesentlichen Determinanten;
- die Existenz oder Entwicklung expliziter auf Chancengleichheit ausgerichteter Ziele und Zielvorgaben, die unmittelbar mit den Konzepten, Aktivitäten und finanziellen Ressourcen verknüpft sind, die für die Umsetzung erforderlich sind;
- eine realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Beschränkungen, wobei externen gesundheitsschädlichen Konzepten, die in gesundheitlichen Benachteiligungen resultieren oder diese verschärfen können, besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muss;
- eine ausreichende Managementkapazität für die Umsetzung, einschließlich effizienter und wirksamer Mechanismen für die Verwirklichung von gesundheitlicher Chancengleichheit in allen Politikbereichen, für die sektorübergreifende Zusammenarbeit sowie für Abstimmung und Kohärenz der Maßnahmen auf der nationalen und subnationalen Ebene; und
- die Entwicklung angemessener Mechanismen für die Rechenschaftslegung: Beispielweise können Parlamentsausschüsse in Bezug auf eine ressortübergreifende Politikgestaltung für mehr Gesundheit wichtige Überzeugungsarbeit leisten.

544. Systeme zur Durchführung von Maßnahmen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichgewichte müssen u. a. folgende Merkmale aufweisen:

- eine definierte „Durchführungskette“ für vereinbarte Interventionen;
- eine klare Übernahme von Verantwortung für Programme und ein aktives ressortübergreifendes Programmmanagement;
- geeignete Hebel und Anreize für Gesundheitssysteme und andere Systeme zur Verringerung gesundheitlicher Benachteiligungen;
- ein Leistungsmanagementsystem mit klaren Maßstäben, das allen Ressorts ein hohes Maß an Führungsstärke ermöglicht und Orientierung vermittelt;
- Forschung und Evaluierung von Programmergebnissen;
- tragfähige Finanzierung, Ausbildung von Fachkräften und Schulung der Bürger;
- politische Unterstützung und gesetzlich geregelte Zuständigkeiten für neue Rollen der Zivilgesellschaft in Bezug auf die Übernahme von Verantwortung für wirksame Programme und ihr Management;
- hohe Außenwahrnehmung durch die Öffentlichkeit und Einbeziehung der Bürger durch den Staat und andere Akteure;
- jährliche Berichterstattung, Entwicklungsunterstützung und Interesse der Öffentlichkeit an gesundheitlichen Ungleichheiten; und
- Ergebnisse auf allen Steuerungsebenen, aber insbesondere auf Kreis- und Kommunalebene.

545. Mit dem Konzept der gesundheitlichen Chancengleichheit in allen Politikbereichen soll sichergestellt werden, dass in staatlichen Entscheidungsprozessen die Verteilungswirkung dieser Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt wird und dass die Regierung darüber Rechenschaft ablegt. Es müssen Mechanismen zur Rechenschaftslegung vorhanden sein, die darauf ausgerichtet sind, die Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengleichheit in allen Politikbereichen zu gewährleisten. In diesem Sinne bedeutet Rechenschaftspflicht, die Gewährleistung, dass geeignete Vorkehrungen getroffen wurden, um es den maßgeblichen Interessengruppen wie auch den Regulierern zu ermöglichen, diejenigen zur Rechenschaft zu ziehen, denen Zuständigkeiten übertragen wurden. Eine Rahmenregelung, um diejenigen, die für Maßnahmen in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit verantwortlich sind, zur Rechenschaft zu ziehen, sollte stets mit Empfehlungen für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichgewichte in Einklang gebracht werden (290).

546. Es wird anerkannt, dass sich Länder auf einem sehr unterschiedlichen Stand befinden können, was Gesundheit, gesundheitliche Chancengleichheit und die sozioökonomische Entwicklung betrifft. Dennoch bedarf es klarer Strategien, um etwas an den aktuellen Mustern und dem Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichgewichte zu ändern, indem Maßnahmen in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit ergriffen werden. Auch wenn dies das kurzfristig Erreichbare und den Zeithorizont für die Bekämpfung konkreter Probleme begrenzen kann, so sollte es doch nicht die langfristige Zielsetzung der Strategie untergraben.

547. Bedauerlicherweise sind die Mechanismen zur Rechenschaftslegung für die Überwachung von Trends bei gesundheitlichen Ungleichgewichten und für entsprechende Gegenmaßnahmen in der Europäischen Region nach wie vor unterentwickelt. Laut den Ergebnissen eines Berichts über Politikgestaltung und Steuerung zugunsten von gesundheitlicher Chancengleichheit und die sozialen Determinanten von Gesundheit (287) bieten schlagkräftige Instrumente wie Gesetze und Vorschriften, kombiniert mit „weicheren“ Mechanismen (einschließlich gemeinsamer Überprüfungen) die besten Erfolgsaussichten dafür, die ressortübergreifende Umsetzung von Konzepten zur Berücksichtigung der

sozialen Determinanten von Gesundheit aufrechtzuerhalten. Der Bericht beschreibt mehrere vielversprechende Vorgehensweisen, wie Rechenschaft in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit eingefordert werden kann. Das norwegische Gesetz über öffentliche Gesundheit von 2011 ist ein anschauliches Beispiel dafür, wie Gesetze anderen Ressorts Anreize geben können, die Auswirkungen ihres Handelns auf Gesundheit und Chancengleichheit zu prüfen und sie bei der Planung, Umsetzung, Erbringung und Überprüfung von Konzepten und Leistungen sowohl auf der nationalen als auch auf der lokalen Ebene zu berücksichtigen. Solche Mechanismen sind jedoch häufig am wirksamsten, wenn sie durch andere Instrumente unterstützt werden, mit denen andere Ressorts zur Rechenschaft gezogen und Anreize für gemeinsames Handeln gesetzt werden können. Die Art und die Mischung der Maßnahmen, die verwendet werden, um andere Ressorts für ihren Einfluss auf die Gesundheit und die Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit zur Rechenschaft zu ziehen, hängen von den vorherrschenden Steuerungsnormen und -systemen ab.

Unterstützung bei der Evaluierung und Stärkung der Gesamtsteuerungskapazität in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Verringerung des Gesundheitsgefälles

548. Die meisten Länder behaupten, ihre Entscheidungsprozesse orientierten sich an Chancengleichheit und Fairness als zentralen Werten. Doch oft werden die Auswirkungen staatlicher Politik auf Gesundheit und Chancengleichheit ebenso bewusst vernachlässigt wie die Prozesse und Mechanismen, die den jeweiligen Grundsatz- und Investitionsentscheidungen zugrunde liegen. Um die verfügbaren Ressourcen zur Bekämpfung der aktuellen Muster und des derzeitigen Ausmaßes gesundheitlicher Ungleichgewichte zu erhöhen, muss die Kohärenz des Handelns aller Ressorts und Akteure gestärkt werden. Dies wird zu einer günstigeren Verteilung der Determinanten beitragen, mehr gesundheitliche Chancengleichheit bewirken und das Gesundheitsgefälle verringern. Dazu werden kooperative Modelle benötigt, die in der Lage sind, diese erweiterten Ressourcen aufrechtzuerhalten.

549. Um an den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle anzusetzen, sind ein starker politischer Wille, wirksame und auf Chancengleichheit ausgerichtete Gesundheitssysteme, leistungsstarke Programme für die öffentliche Gesundheit und eine entsprechende Infrastruktur sowie ressortübergreifend kohärente Handlungskonzepte erforderlich. Die Länder benötigen gut funktionierende Institutionen, die in der Lage sind, die politische Willensbildung in der Gesundheitspolitik und in anderen Bereichen zu unterstützen. Um Beiträge von Akteuren aus Ministerien, Hochschulen, Forschung, nichtstaatlichen Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft zu verwalten, wird eine entsprechende Steuerungskapazität benötigt. Mehrere Länder haben bereits um Unterstützung bei der Ausweitung ihrer Gesamtkapazitäten in diesem Bereich gebeten (295). Unter operativen Gesichtspunkten sollte eine solche Unterstützung folgende Elemente umfassen (296):

- Bestandsaufnahme der aktuellen Steuerungskapazitäten des jeweiligen Landes in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte;
- Vereinbarung über kurz- und mittelfristige Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Leistungsbilanz in Bezug auf Steuerung;
- Festlegung und Durchführung konkreter Maßnahmen zur Stärkung der Kapazität von Ländern durch Anstrengungen auf nationaler oder subnationaler Ebene sowie bei Bedarf durch internationale Zusammenarbeit; und
- Gewährleistung, dass diese Maßnahmen in regelmäßigen Abständen systematisch überprüft werden.

550. Das Ziel besteht jeweils darin, aus Erfahrungen zu lernen und den Fundus an Erkenntnissen in Bezug auf wirksame konzeptionelle und steuerungsbezogene Lösungskonzepte zu erweitern, die eine Aufrechterhaltung von Maßnahmen für eine allmähliche Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit bewirken können. Obwohl Erkenntnisse aus der Sozial- und Verhaltensforschung zu-

nehmend dazu genutzt werden, konkrete Interventionen zugunsten verschiedener Bevölkerungsgruppen zu verbessern, tragen sie auch zur Lösung vorgelagerter Aspekte wie der sozialen Determinanten von Gesundheit bei. Beispielsweise kann eine stärkere Konzentration auf Verhaltensaspekte die Grundlage für Ansätze in der politischen Überzeugungsarbeit und in der Politikgestaltung sowie für die damit verbundenen strategischen Analysen und Planungen bilden und in diese einfließen. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Thematik der Chancengleichheit auch innerhalb von Kommunalverwaltungsstrukturen, die eine Steuerungsfunktion in städtischen oder ländlichen Gebieten haben können, realisiert wird, und dass auf lokaler Ebene Lösungen zur Bewältigung seit langem bestehender Muster sozialer Ungleichgewichte in Bezug auf Gesundheit entwickelt werden.

551. Um die Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit zu unterstützen, bedarf es geeigneterer Verfahren zur Messung von Gesundheit und Wohlbefinden, bei denen für die Konzeptentwicklung sowohl objektive als auch subjektive Daten, aber auch die Gesichtspunkte Chancengleichheit und Nachhaltigkeit berücksichtigt werden. Zu den realistischen nächsten Schritten zählt die Einführung neuer Messmethoden und neuer Arten von Berichterstattung im Bereich der öffentlichen Gesundheit unter Nutzung moderner Technologien, um eine Debatte in Politik, Fachwelt und Öffentlichkeit anzustoßen und die Rechenschaftslegung zu fördern. Notwendig ist auch eine systematische Sammlung belastbarer Erkenntnisse darüber, wie eine Vielzahl von Politikbereichen Einfluss auf Gesundheit hat und wie sich Gesundheit auf andere Politikbereiche auswirkt.

552. Die Entwicklung von auf Chancengleichheit ausgerichteten Zielvorgaben auf der nationalen Ebene sollte als Teil eines politischen Prozesses erfolgen, in den alle maßgeblichen Akteure einbezogen werden. Dies wiederum erfordert die Entwicklung eines Überwachungsrahmens mit Indikatoren, die auf für diesen Zweck geeigneten Daten basieren. Überwacht werden müssen unter anderem die soziale Verteilung von Expositionen (Risikofaktoren), die gesundheitlichen Ergebnisse und die Gegenmaßnahmen des Gesundheitssystems, aber auch die Wirkung von Interventionen auf der Bevölkerungsebene.

Neue Ersuchen von Ländern um fachliche Unterstützung und die Reaktion der WHO

553. Beim Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte und bei der Bewältigung ihrer sozialen Determinanten verwenden die Länder unterschiedliche Ansatzpunkte. Dies hängt jeweils von ihrem Entwicklungsstand, ihrer Struktur bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik, dem Grad der Zentralisierung bzw. Dezentralisierung bei der Führung der Gesundheitssysteme, einschließlich der Infrastruktur und der Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, sowie von einer Reihe anderer Gegebenheiten in den Ländern ab. Unabhängig davon müssen die Anstrengungen der Länder auf diesem Gebiet durch ein konsequentes Ansetzen an den sozialen Determinanten unterstützt werden. Die Zahl der Ersuchen von Ländern um fachliche Unterstützung durch die WHO zwecks Steigerung ihrer Fähigkeit zur Inangriffnahme der sozialen Determinanten von Gesundheit und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte hat im zurückliegenden Jahrzehnt kontinuierlich zugenommen (297). Nach der Annahme von „**Gesundheit 2020**“ dürfte die Zahl solcher Ersuchen weiter steigen. Deshalb wird das WHO-Regionalbüro für Europa mehr, aber auch stärker diversifizierte Ersuchen um fachliche Unterstützung bewältigen müssen.

- *Unterstützung bei der Integration von Zielen der gesundheitlichen Chancengleichheit in die Entwicklungsstrategien der Länder:* Manche Mitgliedstaaten ersuchen bereits um fachliche Unterstützung zur Integration von Zielen der gesundheitlichen Chancengleichheit in bestehende oder geplante sozial- und wirtschaftspolitische Handlungskonzepte und in Programme für wirtschaftliche Entwicklung (273).
- *Unterstützung bei der Verwendung eines Ansatzes auf der Grundlage der sozialen Determinanten von Gesundheit zur Verbesserung der Leistungsbilanz krankheitsspezifischer Programme:* Die Länder erkennen zunehmend, dass viele krankheitsspezifische Programme nicht nur

nachgelagerte, sondern auch vorgelagerte Faktoren berücksichtigen müssen, um eine bessere Prävention und eine bessere Leistungsbilanz zu gewährleisten (297–299).

- *Unterstützung für gruppenspezifische Strategien:* Gruppenspezifische Ansätze beziehen sich auf wichtige Bevölkerungsgruppen wie Kinder, Senioren und marginalisierte Gruppen sowie Personen, die ein hohes Risiko in Bezug auf soziale Ausgrenzung und schlechte Gesundheit tragen. Gruppenspezifische Strategien müssen gewöhnlich mit Ansätzen auf der Grundlage sozialer Determinanten von Gesundheit kombiniert werden.
- *Unterstützung bei integrierten Lernkonzepten und neuen Denkweisen:* Die Länder sind daran interessiert, Wege zu finden, um Erkenntnisse aus der Sozial- und Verhaltensforschung heranzuziehen, zu erproben und in der Praxis anzuwenden. Dabei geht es insbesondere darum, etwaige Einsichten aus Bereichen wie strategischem sozialem Marketing, Verhaltensökonomie und Neurowissenschaften zu nutzen.
- *Unterstützung bei der Integration von Lösungsansätzen auf der Grundlage der Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und der Menschenrechte in Entwicklungsstrategien, Handlungskonzepten und Programmen von Ländern:* Auch wenn Ziele in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit mit Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten verflochten werden müssen, so zeigt die Erfahrung doch, dass zu deren Berücksichtigung spezielle Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau erforderlich sind. Die Mitgliedstaaten wünschen sich Mechanismen, um die Überwachung und die Rechenschaftslegung in Bezug auf Menschenrechte und die allgemeine Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten (beispielsweise in Form von Gleichstellungsanalysen, Haushaltserstellung unter Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten, Schulungen in Gleichstellungsfragen oder Analyse der Gleichstellungswirkung) zu gewährleisten. Das WHO-Regionalbüro für Europa arbeitet an einem integrierten Ansatz zur Berücksichtigung dieser Querschnittsfragen.

Schaffung von Kapazitäten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Konzepten und Steuerung in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte

554. Bei dem von den Mitgliedstaaten gewünschten Kapazitätsaufbau muss gezielt auf Problemlösung und die Gewinnung von Sachverstand in Bezug auf den komplexen Bereich der sozialen Determinanten von Gesundheit und die Verringerung des Gesundheitsgefälles innerhalb von wie auch zwischen Ländern hingearbeitet werden. Dem sollte die Förderung von Partnerschaften zwischen den Ländern und europäischen und internationalen Institutionen zugrunde gelegt werden, die dazu dienen, Fachwissen zugunsten der Lösung gemeinsamer Probleme und der Verbesserung der Praxis zu entwickeln. Solche Maßnahmen zur Schaffung von Kapazitäten würden folgende Elemente umfassen:

- strukturierte Austauschprozesse zwischen Ländern, um voneinander zu lernen und gemeinsame Probleme zu bewältigen und Konzepte auf nationaler und lokaler Ebene zu bereichern;
- die Verwendung eines offenen Ansatzes zur Beschleunigung der Schaffung von Kapazitäten für die Anwendung von Steuerungslösungen durch grenzüberschreitende und regionsweite Grundsatzdialoge, Seminare und Online-Lerngemeinschaften; und
- die Betonung neuer und neu auftretender Problemstellungen, die die Leistungsbilanz in Bezug auf die Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit und die Entwicklung möglichst vielversprechender Gegenmaßnahmen durch Politiksimulation, Podiumsdiskussionen mit Partnern und „Evidenzkonsortien“ beeinflussen.

Überwachung und Evaluierung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Festlegung von Prioritäten

555. Alle Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation setzen eine solide Wissensgrundlage voraus, und zur Umsetzung von „**Gesundheit 2020**“ wird eine Verbesserung der Evidenzgrundlage im Hinblick auf Maßnahmen im Gesundheitsbereich erforderlich sein. Politische Entscheidungsträger benötigen zuverlässige, aktuelle Informationen über den Status von Gesundheit und Wohlbefinden, über gesundheitliche Bedürfnisse und über die Ziele und Resultate von Gesundheitssystemen. Gesundheitsinformationen sind eine konzeptionelle Ressource, die eine entscheidende Voraussetzung für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitskonzepten ist. Gesundheitsbezogene Informationen sind das Ergebnis von Forschung und geben über gesundheitliche Bedürfnisse sowie die Funktionsweise, Effektivität, Effizienz und Resultate von Gesundheitssystemen Auskunft. Die Entwicklung und Evaluierung von Handlungskonzepten sind grundlegend auf die Abstimmung und Verknüpfung von Gesundheitsinformationen und gesundheitsbezogenen Informationen angewiesen.

556. In allen Ländern der Europäischen Region müssen die Gesundheitsinformationssysteme und deren Angebote beträchtlich weiterentwickelt werden. Dazu zählen epidemiologische Systeme zur Unterstützung der Bedarfsermittlung, Systeme zur Darstellung von Ergebnisdaten über Versorgungsprozesse und krankheitsspezifische Systeme wie Krebsregister.

557. Das WHO-Regionalbüro für Europa bemüht sich darum, den Mitgliedstaaten bei der Bewertung und bei fachlichen Verbesserungen sowie durch Bereitstellung von Gesundheitsinformationen behilflich zu sein. Dies geschieht konkret durch:

- Zusammenarbeit mit internationalen Partnern wie EU und OECD mit dem Ziel, eine Standardisierung, die internationale Vergleichbarkeit und die Qualität der Gesundheitsdaten sicherzustellen;
- Zusammenarbeit mit einem Netzwerk aus Gesundheitsorganisationen, die sich mit gesundheitsbezogenen Informationen und Erkenntnissen befassen; und
- aktive Zusammenstellung, Interpretation und Verbreitung von Gesundheitsdaten und Forschungserkenntnissen und Schaffung eines problemlosen Zugangs zu diesen.

558. Die Datenbanken des WHO-Regionalbüros für Europa sind die wichtigste Quelle für Gesundheitsstatistiken in der Europäischen Region. Sie enthalten maßgebliche Gesundheitsdaten über die 53 Länder der Europäischen Region. Dies ermöglicht vergleichende Analysen in Bezug auf die gesundheitliche Lage und Entwicklung in der Europäischen Region, die Überwachung von Krankheiten und die Beobachtung von Trends in den verschiedenen Politikbereichen (u. a. zentrale Gesundheitsdeterminanten wie Alkohol- und Tabakkonsum sowie Ernährung). Die WHO arbeitet auch an der Erstellung einer Plattform für die Überwachung der Zielvorgaben und Indikatoren von „**Gesundheit 2020**“. Diese Arbeit ist Teil der Bemühungen der WHO, ein integriertes Gesundheitsinformationssystem für Europa gemeinsam mit der EU einzurichten und eine europäische Gesundheitsinformationsstrategie zu etablieren.

559. Andere im Gesundheitsbereich tätige Organisationen in der Europäischen Region (wie die EU und die OECD) verfügen über ähnliche Quellen für Gesundheitsdaten, wobei sie sich zum Teil auf Datenbanken der WHO stützen.

560. Darüber hinaus gehören hochwertige gesundheitsbezogene Forschungsarbeiten zu den wertvollsten und wichtigsten Werkzeugen, mit denen die Gesellschaft die Grundlagen für wirksamere Strategien zur Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitsversorgung schaffen kann. Hier kann die Europäische Region auf die Arbeit zahlreicher führender Forschungseinrichtungen aus aller Welt zurückgreifen; allerdings werden mehr vorausschauende Analysen benötigt. Welches sind die kosteneffektivsten Strategien für die Erhaltung von Gesundheit und die Schaffung eines nachhaltigen

Gesundheitssysteme? Welche Auswirkungen werden neue Technologien haben? Welches sind die besten Strategien in Bezug auf die Gesundheit von Menschen in hohem Alter? Wie könnten die Gesundheitssysteme der Zukunft aussehen? Welche Auswirkungen wird der Klimawandel haben? Welche Auswirkungen werden die neuen Kommunikationstechnologien im Gesundheitsbereich haben? Wird es genügend Ärzte und anderes Gesundheitspersonal geben? Welche Qualifikationen und Kompetenzen werden sie benötigen? Werden neue Arten von Krankenhäusern benötigt? Welches Potenzial liegt in der häuslichen und der gemeindenahen Versorgung? Kurz: Wie kann man sich am besten auf eine ungewisse Zukunft im Gesundheitsbereich einstellen?

Gesundheit am Scheideweg – die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts

561. In einer interdependenten Welt wird es für die Länder immer wichtiger, gemeinsam zu handeln. Heute werden die Gesundheit der Menschen wie auch ihre Determinanten oft durch ein komplexes Geflecht aus globalen und regionalen Kräften beeinflusst – mit unterschiedlicher Wirkung. Die Wirtschaftskrise und ihre sozialen Folgen machen die globale Verknüpfung von Systemen und Handlungskonzepten deutlich. Heute besitzen mehr Menschen denn je eine Chance auf bessere Gesundheit, doch kann kein Land für sich allein das Potenzial an Innovation und Wandel voll ausschöpfen oder die Herausforderungen für Gesundheit und Wohlbefinden bewältigen, die ihre Verwirklichung in einigen Ländern oder bei gewissen sozialen Gruppen verhindern können.

562. Der künftige Wohlstand der Europäischen Region hängt von der Bereitschaft und der Fähigkeit der Länder ab, die Herausforderungen anzunehmen und neue Chancen für Gesundheit und Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung heutiger und künftiger Generationen zu nutzen. „**Gesundheit 2020**“ ist als anpassungsfähiges und praxisorientiertes Rahmenkonzept gestaltet, das eine einzigartige Plattform für gemeinsames Lernen sowie für den Austausch von Fachwissen und Erfahrungen zwischen den Ländern bietet. Jedes Land ist einzigartig und wird diese gemeinsamen Ziele mit unterschiedlichen Mitteln und auf anderen Wegen verfolgen. Unabhängig davon bietet „**Gesundheit 2020**“ eine Plattform zur Zusammenführung dieser unterschiedlichen Ansätze, die einem einheitlichen Kernzweck dienen und von der Überprüfung kollektiv festgelegter Zielvorgaben für die Europäische Region unterstützt werden. Das Engagement der Politik für diesen Prozess ist deshalb absolut unverzichtbar.

563. In der Europäischen Region sind auf unterschiedlichen Steuerungsebenen neue Arten von Partnerschaften für Gesundheit entstanden. Die Grundsätze der Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit sind auf der globalen, regionalen, nationalen, subnationalen und lokalen Ebene maßgeblich. Netzwerke wie das Europäische Netzwerk gesunder Städte der WHO und das Netzwerk „Regionen für Gesundheit“ sowie die Netzwerke der WHO zur Gesundheitsförderung in Umfeldern wie Schule, Arbeitsplatz, Krankenhaus und Strafvollzug sind in der gesamten Region aktiv.

564. „**Gesundheit 2020**“ wird durch Verknüpfung individueller und kollektiver Anstrengungen verwirklicht. Voraussetzungen für den Erfolg sind ein gemeinsames Ziel und umfassende kooperative Anstrengungen der gesellschaftlichen Akteure in jedem Land: dies sind Regierungen, nichtstaatliche Organisationen, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Wissenschaft und Hochschulen, Gesundheitsfachkräfte, Gemeinschaften – und jeder einzelne Bürger. Das Gesundheitswesen muss sich der Herausforderung stellen, zu lernen, zu verstehen und seine Partnersektoren dazu zu ermutigen, zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden beizutragen. Dazu ist es erforderlich, das politische Mandat jedes einzelnen Partners sowie dessen strategische Programme sowie organisatorische Kultur zu verstehen. Bei steigender Zahl der Partner müssen in einer Welt, in der die Verantwortung für Gesundheit bei allen liegt und von allen wahrgenommen wird, durch intelligente Führungsarbeit die jeweiligen Handlungsverantwortlichkeiten geklärt werden. Eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche ressortübergreifende Zusammenarbeit ist Vertrauen. Vertrauen entsteht und wird erhalten, indem Informationen und Wissen ausgetauscht werden und indem Kompetenz, gute Absichten und

Beharrlichkeit unter Beweis gestellt werden. Opportunistisches Verhalten eines oder mehrerer Partner kann leicht dazu führen, dass Vertrauen verloren geht.

Eine bedeutende Rolle für die WHO

565. Entscheidend für den Erfolg von „**Gesundheit 2020**“ wird sein, ob die Mitgliedstaaten und die WHO eng zusammenarbeiten und andere Partner in ihre Bemühungen einbeziehen. „**Gesundheit 2020**“ wird zu dem übergeordneten Rahmenkonzept für die Gesundheitsentwicklung in der Europäischen Region werden und zu einem Dach, unter dem andere Konzepte, Strategien und Maßnahmen auf Ebene der Region einbezogen und eingebettet werden. Alle bestehenden Verpflichtungen der Europäischen Region der WHO und der Mitgliedstaaten müssen ebenfalls unter diesem Blickwinkel betrachtet werden. Eine vor kurzem durchgeführte Bestandsaufnahme dieser Verpflichtungen (300) legt den Schluss nahe, dass „**Gesundheit 2020**“ in erster Linie eine Neuordnung solcher Verpflichtungen in einem kohärenten und visionären Gesamtkonzept ist, das die bisherige Fragmentierung überwindet und die Umsetzung erleichtert. Dabei muss jedoch einigen Themenfeldern, wie etwa der Gesundheit älterer Menschen, dem Management mancher nichtübertragbarer Krankheiten und den wirtschaftlichen Konsequenzen von Gesundheit und Krankheit, künftig mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Außerdem legt die Studie den Schluss nahe, dass die Mechanismen und Prinzipien, die der Umsetzung komplexer Strategien zugrunde liegen, besser definiert und ausgearbeitet werden sollten. Schließlich wird in der Studie vorgeschlagen, dass künftige Resolutionen des Regionalkomitees jeweils einen kurzen Überblick über die Fortschritte enthalten sollten, die in Bezug auf die Erfüllung früherer Verpflichtungen erzielt worden sind.

566. Das Regionalbüro wird weiterhin die ihm durch die Satzung der WHO übertragene Aufgabe erfüllen, innerhalb der Europäischen Region als Leit- und Koordinierungsstelle für internationale Arbeit im Gesundheitswesen zu fungieren. Es wird eine wirksame Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Partnern aufbauen und unterhalten und die Mitgliedstaaten in fachlicher Hinsicht unterstützen. Dies bedeutet, dass ein umfassendes Engagement und mehr Politikkohärenz erforderlich sind, die durch die Arbeit im Rahmen gemeinsamer Politikforen, den Austausch von Gesundheitsdaten, gemeinsame Anstrengungen im Bereich der Surveillance und die Unterstützung der Entwicklung neuer Formen der Zusammenarbeit in Netzwerken und im Internet verwirklicht werden sollen. Das Regionalbüro wird in der Europäischen Region als zentrale Auskunftsstelle zu der Frage fungieren, wie eine solche Zusammenarbeit funktioniert, und auf der Grundlage neuer Arten von Kooperationsstrategien mit den Ländern zusammenarbeiten. Es wird in den Bereichen, in denen es über ein unmittelbares Mandat zur Normensetzung verfügt – beispielsweise in Bezug auf biologische und pharmazeutische Produkte –, seine Arbeit fortsetzen. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa, dem WHO-Hauptbüro und anderen WHO-Regionen wird von großer Bedeutung sein.

567. Die Europäische Region ist eine Fundgrube an Fachwissen und Erfahrungen, insbesondere in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Entwicklung, und ist aus diesem Grund eine wertvolle Quelle für andere Teile der Welt. Viele Länder der Europäischen Region verfügen über bilaterale Organisationen, die Fachwissen und Entwicklungsunterstützung anbieten. Länder aus der gesamten Region tragen zur Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen bei und profitieren auch von dieser Zusammenarbeit. Diese Beziehung ist wichtig, weil sie die Ziele von „**Gesundheit 2020**“ unterstützt. Die Rolle der WHO und ihre Wechselbeziehung mit diesen Organisationen beruht nicht nur auf ihrem Streben nach fachlicher Exzellenz, evidenzgeleiteter Praxis und ergebnisorientiertem Management, sondern auch auf ihrer Entschlossenheit, mit anderen zusammenzuarbeiten, um den Mitgliedstaaten dabei zu helfen, ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen.

568. Die WHO trägt zum einen dazu bei, diese erwünschte Welt herbeizuführen, durchläuft jedoch zum anderen selbst einen Reformprozess. Dieser soll dazu führen, gesundheitliche Resultate zu verbessern, für mehr Kohärenz im Bereich der Gesundheitspolitik weltweit zu sorgen und eine veränderte Organisation entstehen zu lassen, die sich durch Exzellenz, Wirksamkeit, Effizienz,

Bedarfsgerechtigkeit, Transparenz und Rechenschaftslegung auszeichnet. Das Gesamtziel besteht darin, einen Übergang zu vollziehen von einer Organisation, die durch Fachprogramme voneinander getrennte Ergebnisse herbeiführt, zu einer solchen, die jeweils in Zusammenarbeit mit den zuständigen nationalen Behörden und durch die vereinten und koordinierten Anstrengungen von Länderbüros, Regionalbüros, Hauptbüro und ihren Außenstellen, die alle als Teil eines interdependenten Netzwerks tätig sind, eine durchschlagende Wirkung erzielt.

Ausblick

569. In einer interdependenten Welt wird es für Länder immer wichtiger, gemeinsam zu handeln. Heute werden die Gesundheit der Menschen wie auch ihre Determinanten oft durch ein komplexes Geflecht aus globalen und regionalen Kräften beeinflusst – mit unterschiedlicher Wirkung. Heute besitzen mehr Menschen denn je eine Chance auf bessere Gesundheit, doch kann kein Land für sich allein das Potenzial an Innovation und Wandel voll ausschöpfen oder die Herausforderungen für Gesundheit und Wohlbefinden bewältigen. Der künftige Wohlstand der Europäischen Region hängt von der Bereitschaft und der Fähigkeit ihrer Länder ab, neue Chancen für Gesundheit und Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung heutiger und künftiger Generationen zu nutzen.

570. Der WHO kommt aufgrund des in ihrer Satzung definierten Ziels der „Erreichung eines möglichst guten Gesundheitszustands durch alle Völker“ eine besondere Rolle zu. Die von der WHO angestrebte Zukunftsvision ist die von einer Welt, in der das Gefälle bei den Gesundheitsergebnissen geringer geworden ist, der allgemeine Zugang zur Gesundheitsversorgung verwirklicht ist, die Länder über widerstandsfähige, auf der primären Gesundheitsversorgung basierende Gesundheitssysteme verfügen, die den Erwartungen und dem Bedarf der Bevölkerung entsprechen, und in der international vereinbarte Gesundheitsziele erreicht werden, nichtübertragbare Krankheiten wirksam bekämpft werden und die Länder Krankheitsausbrüche und Naturkatastrophen bewältigen. Nie zuvor in der Geschichte waren die Mittel zur Verwirklichung dieser Ziele in unserer Reichweite; nie zuvor standen uns so viele Instrumente und Ressourcen zu ihrer Erreichung zur Verfügung. Doch bisher haben wir diese Ressourcen und das uns zur Verfügung stehende Wissen nicht ausreichend genutzt, um alle Bürger daran teilhaben zu lassen.

571. Vor allem stehen wir vor der Herausforderung, gesundheitliche Ungleichheiten zu beseitigen und die Gesundheit künftiger Generationen zu sichern. Wenn uns dies nicht gelingt, besteht eine echte Gefahr, dass der Gesundheitsstatus mancher Bevölkerungsgruppen sich gegenüber dem ihrer Vorfahren verschlechtert. „**Gesundheit 2020**“ soll dazu beitragen, einige der größten Hindernisse zu überwinden, die uns bisher zurückgehalten haben. Das Rahmenkonzept enthält eine Zukunftsvision, einen strategischen Pfad, eine Reihe von Prioritäten und eine Vielzahl von Vorschlägen, die gangbare Lösungskonzepte aufzeigen sollen. Dabei stützt es sich auf Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus zahlreichen Ländern. Es enthält die unmissverständliche Aussage, dass zur Verwirklichung von mehr Gesundheit und Wohlbefinden die Mitwirkung vieler Partner notwendig ist. Es erhebt nicht Anspruch darauf, Gesundheit als einzigen wahrhaft wichtigen Aspekt im Leben darzustellen – Gesellschaften und Personen haben viele Ziele, die sie verwirklichen möchten. Dennoch wird in „**Gesundheit 2020**“ hervorgehoben, dass Gesundheit eine entscheidende Voraussetzung dafür ist, andere Ziele im Leben zu erreichen. Gesundheit ist eine Ressource, die es jedem Bürger ermöglicht, sein Potenzial auszuschöpfen und zur Entwicklung der Gesellschaft insgesamt beizutragen. Deshalb müssen wir entschlossen zusammenarbeiten, um diese wertvolle Ressource zu stärken und sie umsichtig und zum Nutzen aller einzusetzen.

Quellenangaben¹¹

1. *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Übersetzung der Schweiz (Stand 25. Juni 2009) (<http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> eingesehen am 7. Juni 2012).
Satzung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung Österreichs, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 6. Mai 1946 (http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1949_96_0/1949_96_0.pdf eingesehen am 7. Juni 2012).
Satzung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung der Bundesrepublik Deutschlands, Bundesgesetzblatt Teil II, Nr. 4, 29. Januar 1974, Seite 43–64 (http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk=Bundesanzeiger_BGBL&start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'bgbl274s0043.pdf'%5D&wc=1&skin=WC, eingesehen am 16. Juli 2012).
2. *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. New York, Vereinte Nationen, 1948 (http://www.un.org/Depts/german_an/grunddok/ar217a3.html, eingesehen am 7. Juni 2012).
3. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York, United Nations, 1966 (<http://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-3.en.pdf>, accessed 24 April 2012).
4. World Health Assembly resolution WHA30.43. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Volume II: 1978–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985:1.
5. *Erklärung von Alma-Ata*. Internationale Konferenz über Primäre Gesundheitsversorgung, Alma-Ata, UdSSR, 12. September 1978. Geneva, World Health Organization, 1978 (<http://www.euro.who.int/document/e93944G.pdf>, eingesehen am 7. Juni 2012).
6. United Nations General Assembly. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. New York, United Nations, 1981 (<http://www.un-documents.net/a36r43.htm>).
7. World Health Assembly. *World Health Declaration*. Geneva, World Health Organization, 1998.
8. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/sdhconference/declaration/en>).
9. Generalversammlung der Vereinten Nationen. *Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen*. New York, Vereinte Nationen, 2000 (<http://www.un.org/Depts/german/gv-55/band1/ar55002.pdf>, eingesehen am 12. Juni 2012).
10. Millennium Development Goals [web site]. New York, United Nations, 2012 (<http://www.un.org/millenniumgoals>).
11. *Human development report 2010. The real wealth of nations*. New York, United Nations Development Programme, 2010 (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Complete_reprint.pdf).
12. *Eurostat feasibility study for well-being indicators*. Brussels, Eurostat, 2010 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/gdp_and_beyond/documents/Feasibility_study_Well-Being_Indicators.pdf).
13. *The right to health*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>).
14. *Ergebnis des Weltgipfels 2005. Resolution der Generalversammlung A/RES/60/1*. New York, Vereinte Nationen, 2005 (<http://www.un.org/Depts/german/gv-60/band1/ar60001.pdf>, eingesehen am 11. Juli 2012).

¹¹ Wo nicht anders angegeben, wurden alle Websites am 7. Juli 2012 eingesehen.

15. *Europäische Sozialcharta*. Straßburg, Europarat, 1961.
(<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?CL=GER&CM=1&NT=035>, eingesehen am 26. Juni 2012).
16. *Charta der Grundrechte der Europäischen Union*. Brüssel, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2010 (Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, 2000/C 364/1, http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf, eingesehen am 11. Juli 2012).
17. *European review of social determinants of health and the health divide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
18. *Roma and Travellers glossary*. Strasbourg, Council of Europe, 2006.
19. Sadler JZ, Jotterand F, Lee SC, Inrig S. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theor Med Bioeth.*2009;30(6):411-425
20. WHO Framework Convention on Tobacco Control [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/fctc/en/index.html>).
21. Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution A/RES/64/108 *Globale Gesundheit und Außenpolitik*. New York, Vereinte Nationen, 2009 (<http://www.un.org/Depts/german/gv-64/band1/ar64108.pdf>, eingesehen am 12. Juni 2012).
22. *Weißbuch der Kommission Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013*. Brüssel, Europäische Kommission [KOM(2007) 630 endgültig] (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:DE:PDF>, eingesehen am 12. Juni 2012).
23. *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005*. Regionalkomitee für Europa, 55. Tagung, Bukarest, Rumänien, 12.–15. September 2005. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (EUR/RC55/8) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/87883/RC55_gdoc08.pdf, eingesehen am 12. Juni 2012).
24. *Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“, Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008: Bericht*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78950/E92150G.pdf, eingesehen am 13. Juni 2012).
25. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2012*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (im Druck befindlich).
26. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>).
27. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf).
28. *Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen über Klimaänderungen*. New York, Vereinte Nationen, 1992 (<http://unfccc.int/resource/docs/convkp/convger.pdf>, eingesehen am 13. Juni 2012).
29. Dooris M, et al. The settings-based approach to health promotion. In: Tsouros A, et al. (eds.) *Health-promoting universities: Concept, experience and framework for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
30. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1986 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, eingesehen am 5. Juli 2012).

31. *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region – executive summary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf).
32. Adler NE et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994,49:15–24.
33. *Genome-based research and population health. Report of an expert workshop held at the Rockefeller Foundation Study and Conference Centre, Bellagio, Italy, April 14–20, 2005*. Cambridge, PHG Foundation, 2005.
34. Wertz D, Fletcher JC, Berg K *Review of ethical issues in medical genetics. Report of consultants to WHO*. Geneva, World Health Organization, 2003.
35. Kirschner MW. The meaning of systems biology. *Cell*, 2005, 121:503–504.
36. McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. *The economic case for public health action*. Maidenhead, Open University Press (forthcoming).
37. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programs. *British Medical Journal*, 2010, 340:c3311.
38. Rittel H, Webber M. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 1973, 4:155–169.
39. *Tackling wicked problems: a public policy perspective*. Canberra, Australian Public Service Commission, 2007.
40. *Interim second report of the social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf).
41. *Entschließung des Europäischen Parlaments vom 8. März 2011 zu dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU*. Brüssel, Europäisches Parlament, 2011 (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2011-0081&language=DE&ring=A7-2011-0032>, eingesehen am 13. Juni 2012).
42. *The Banja Luka Pledge. Health in all policies in south-eastern Europe: a shared goal and responsibility. Third Health Ministers' Forum, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina, 13–14 October 2011*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/152471/e95832.pdf).
43. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London, Allen Lane, 2009.
44. Popay J et al. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, from the Social Exclusion Knowledge Network*. Lancaster, WHO Social Exclusion Knowledge Network, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf).
45. Fair society, healthy lives (The Marmot review). *Strategic review of health inequalities in England 2010*. London, (<http://www.ucl.ac.uk/marmotreview>).
46. *World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2009.
47. *Interim report on implementation of the Tallinn Charter*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/134470/08E_InterimTallinn_110515-V2.pdf).
48. *Governance and delivery for social determinants. Task group report, European review on social determinants of health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).

49. Marmot M et al. Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *Lancet*, 2011, 379:181–188.
50. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/inf.Doc./6
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).
51. Worldwide Governance Indicators Project [web site]. Washington, DC, World Bank, 2012 (<http://info.worldbank.org/governance/wgi/resources.htm>).
52. Marteau TM et al. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 2011, 342: d228.
53. Nanda G et al. *Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches*. Washington, DC, World Bank, 2005.
54. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en).
55. Sedgh G et al. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338–1345.
56. Oliveira da Silva M et al. The reproductive health report. The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2011, 16(Suppl. 1).
57. Currie C et al. *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf).
58. Malarcher S. *Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/social_science/9789241599528/en/index.html).
59. *Children: reducing mortality*. Geneva, World Health Organization, 2012 (Fact sheet No. 178; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/index.html>).
60. *Newborns: reducing mortality*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Fact sheet No. 333; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/index.html>).
61. Beck S et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:31–38.
62. Effective perinatal care training package (EPC) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc>).
63. WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>).
64. Statistics and stories: improving the quality of maternal and neonatal health in Europe. *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2010, 70 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/123016/en70.pdf).
65. Are we on track? Progress towards MDG3, 4 and 5 in Europe. *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2011, 71 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/132208/en71.pdf).
66. *European strategic approach for making pregnancy safer: improving maternal and perinatal health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf).

67. *How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/127527/e94498.pdf).
68. *Millennium Development Goals in the WHO European Region: a situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/87438/E93723.pdf).
69. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2009: Gesundheit und Gesundheitssysteme*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/82413/E93103g.pdf, eingesehen am 28. Juni 2012).
70. *A review of progress in maternal health in eastern Europe and central Asia*. Istanbul, UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia, 2009.
71. *Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to reproductive health. Briefing note*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/rhr_09_06/en/index.html).
72. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF and World Bank. *Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health: mapping of in-country activities. Joint country support*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241599733/en>).
73. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en).
74. *WHO regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf).
75. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>).
76. WHO and UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003. (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241562218/en/index.html).
77. *The MDGs in Europe and central Asia: achievements, challenges and the way forward*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2010 (http://www.unece.org/commission/MDGs/2010_MDG.pdf).
78. United Nations Secretary-General. *Global Strategy for Women's and Children's Health*. Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2010 (<http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html>).
79. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. *Keeping promises, measuring results*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/en).
80. *WHO's role in the follow-up to the United Nations High-level Plenary Meeting of the General Assembly on the Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2011 (resolution WHA64.12; http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/en).
81. *World health statistics 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf).

82. *Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region. Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit Budapest, Ungarn, 23.–25. Juni 2004.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78645/E83338G.pdf, eingesehen am 28. Juni 2012).
83. *Countdown to 2015: Tracking progress in maternal, newborn & child survival. The 2008 report.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789280642841/en/index.html).
84. *Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/87466/E89567G.pdf, eingesehen am 28. Juni 2012).
85. Patton GC et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009, 374:881–892.
86. *Youth-friendly health policies and services in the European Region.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications2/2010/youth-friendly-health-policies-and-services-in-the-european-region>).
87. *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/964453/E87301G.pdf, eingesehen am 28. Juni 2012).
88. Sethi D, Racioppi F, Mitis F. *Youth and road safety in Europe: policy briefing.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/youth-and-road-safety-in-europe.-policy-briefing>).
89. *European report on child injury prevention.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2008/european-report-on-child-injury-prevention>).
90. “Young people’s health as a whole-of-society response” series [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2013/young-peoples-health-as-a-whole-of-society-response-series>).
91. *WHO European strategy for child and adolescent health and development.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf).
92. *Adolescent-friendly health services – an agenda for change.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html).
93. *Youth and health risks.* Report by the Secretariat. Geneva, World Health Organization, 2011 (document A64/25, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R28-en.pdf).
94. *Helping parents in developing countries improve adolescents’ health.* Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241595841/en/index.html).
95. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82444/E87325G.pdf, eingesehen am 28. Juni 2012).

96. *A critical link: Interventions for physical growth and psychological development*. Geneva, World Health Organization, 1999
(http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/chs_cah_99_3/en/index.html).
97. *Early child development: a powerful equalizer*. Final report to WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007
(http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/ecd_final_m30/en/index.html).
98. The Lancet child development in developing countries series [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007
(http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/lancet_child_development/en/index.html).
99. *IMCI care for development: for the healthy growth and development of children*. Geneva, World Health Organization, 2001
(http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imci_care_for_development/en/index.html).
100. *Bericht über die Anti-Tabak-Politik in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/68075/E74573G.pdf, eingesehen am 28. Juni 2012).
101. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf).
102. *Childhood obesity surveillance in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (Fact sheet 5;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/123176/FactSheet_5.pdf).
103. *Integrated Management of Childhood Illness computerized training tool*. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.icatt-training.org>).
104. *IMCI chart booklet – standard*. Geneva, World Health Organization, 2008
(http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/IMCI_chartbooklet/en/index.html).
105. *Joint statement by heads of United Nations entities for the launch of the International Year of Youth*. New York, United Nations, 2011
(<http://social.un.org/youthyear/docs/iyyjointstatement.pdf>).
106. *Broadening the horizon: balancing protection and risk for adolescents*. Geneva, World Health Organization, 2001
(http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_01_20/en/index.html).
107. *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/>).
108. WHO and UNICEF. *Child and adolescent injury prevention: a global call to action*. Geneva, World Health Organization, 2005
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf).
109. *WHO European strategy for child and adolescent health and development: from resolution to action 2005–2008*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf).
110. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374:315–323.
111. *Konsolidierte Fassung des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union*. Brüssel, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2008 (Amtsblatt der Europäischen Union C 115/47, 9. Mai 2008, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0047:0199:de:PDF>, eingesehen am 11. Juli 2012).

112. World Health Assembly resolution 60.25. *Strategy for integrating gender analysis in the work of WHO*, Geneva, World Health Organization, 2007, (http://www.who.int/gender/documents/gender/who_fch_gwh_08_1/en/).
113. Huber M et al. *Facts and figures on long-term care – Europe and North America*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
114. Przywar B. *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*. Brussels, European Commission, 2010 (European Economic Papers No. 417).
115. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services*. Brussels, European Commission, 2008.
116. *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf).
117. *The solid facts: palliative care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/palliative-care.-the-solid-facts>).
118. Hall S et al. *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/palliative-care-for-older-people-better-practices>).
119. World Health Assembly resolution WHA52.7 on active ageing. In: *Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17–25 May 1999. Volume 1. Resolutions and decisions, annexes*. Geneva, World Health Organization, 1999:8–9.
120. *WHO Executive Board resolution EB130.R6 on strengthening noncommunicable disease policies to promote active ageing*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R6-en.pdf).
121. United Nations/DESA. *The Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York, United Nations, 2002. (Auszugsweise übersetzt: *Politische Erklärung und Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern 2002*. Madrid, Vereinte Nationen, 2002 (<http://www.un.org/depts/german/conf/altern/ac197-9.pdf>, eingesehen am 28. Juni 2012.)
122. *Active ageing: a policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/ageing/publications/active/en>).
123. Van Liemt G. *Human trafficking in Europe: an economic perspective*. Declaration/WP/31/2004. Geneva, International Labour Organization, 2004.
124. *How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf).
125. Carballo M. Non-communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009:71–78 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx>).
126. Carballo M. Communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009:53–69 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx>).
127. Carta MG et al. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2005, 1:13.
128. *Migrant health: background note to the ECDC report on migration and infectious diseases in the EU*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009 (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_Background_note.pdf).

129. *EU-Rahmen für nationale Strategien zur Integration der Roma bis 2020*. Mitteilung der Kommission (5. April 2011.). Brüssel, Europäische Kommission, 2011 (http://ec.europa.eu/justice/policies/discrimination/docs/com_2011_173_de.pdf, eingesehen am 5. Juli 2012).
130. *The Roma in central and eastern Europe: avoiding the dependency trap*. Bratislava, United Nations Development Programme, 2003 (<http://www.arab-hdr.org/publications/other/undp/hdr/regional/avoiding-dep-trap-03e.pdf>).
131. *Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe*. Madrid, Fundación Secretariado Gitano, 2009 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4309&langId=en>).
132. Schaaf M. *Confronting a hidden disease: TB in Roma communities*. New York, Open Society Institute, 2007 (http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/confronting_20070206/confronting_20070122.pdf).
133. *Left out: Roma and access to health care in eastern and south-eastern Europe*. New York, Open Society Institute, 2007 (http://www.romadecade.org/files/downloads/Health%20Resources/leftout_20070423.pdf).
134. *At risk: Roma and the displaced in southeast Europe*. Bratislava, United Nations Development Programme, 2006 (<http://europeandcis.undp.org/home/show/A3C29ADB-F203-1EE9-BB0A277C80C5F9F2>).
135. Milcher S. Poverty and the determinants of welfare for Roma and other vulnerable groups in southeastern Europe. *Comparative Economic Studies*, 2006, 48:20–35 (http://europeandcis.undp.org/files/uploads/_rbec%20web/roma%20portal/susanne.pdf).
136. *Republic of Macedonia, Multiple Indicator Cluster Survey 2005–2006*. Skopje, State Statistical Office, the former Yugoslav Republic of Macedonia, 2007 ([http://www.unicef.org/tfymacedonia/MICS-ENG-1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/tfymacedonia/MICS-ENG-1(1).pdf)).
137. *The state of children in Serbia in 2006*. Belgrade, UNICEF, 2007 (http://www.unicef.org/serbia/State_of_Children_in_Serbia_2006_1-56.pdf).
138. *First findings of Roma Task Force and report on social inclusion*. Brussels, European Commission, 2010 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/701&type=HTML>).
139. Resolution EUR/RC52/R7 des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/117133/R07.23600bhn.pdf, eingesehen am 5. Juli 2012).
140. *World Health Assembly resolution WHA61.17 on health of migrants*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf).
141. *Health of migrants – the way forward. Report of a global consultation*. Madrid, Spain, 3–5 March 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf).
142. *Bratislava Declaration on health, human rights and migration*. Strasbourg, Council of Europe, 2007 (http://www.coe.int/t/dg3/health%5CSource%5Cdeclaration_en.pdf).
143. *Recommendation CM/REC(2011)13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (<http://bit.ly/rKs2YD>).
144. *International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1990 (<http://www2.ohchr.org/english/law/cmw.htm>).

145. *Council conclusions on an EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*. Brussels, Council of the European Union, 2011
(http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122100.pdf).
146. Payne S (2009) *How can gender equity be addressed through health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf).
147. *Youth and health risks. Resolution WHA64.28*, 24 May 2011. Geneva, World Health Organization, 2011.
148. Green G, Tsouros A, eds. *City leadership for health. Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98257/E91886.pdf).
149. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
150. Defining civil society [web site]. Washington, DC, World Bank, 2010
(<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/CSO/0,,contentMDK:20101499~menuPK:244752~pagePK:220503~piPK:220476~theSitePK:228717,00.html>).
151. *Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS. Report by the Secretary-General*. New York, United Nations, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090616_sg_report_ga_progress_en.pdf).
152. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prevention of Chronic Diseases*, 2005, 2
(http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm).
153. *European cardiovascular disease statistics 2008*. Brussels, European Heart Network, 2008
(<http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>).
154. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. London, Oxford Health Alliance 2006.
155. Bloom DE et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva, World Economic Forum, 2011
(http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf).
156. *Europäische Anti-Tabak-Strategie*. Kopenhagen, WHO-Regionabüro für Europa, 2002
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/68104/e77976g.pdf, eingesehen am 11. Juli 2012).
157. *Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO 2007–2012*. Kopenhagen, WHO-Regionabüro für Europa, 2008
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74404/E91153G.pdf, eingesehen am 11. Juli 2012).
158. Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionabüro für Europa, 2005
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/79399/E88335G.pdf, eingesehen am 11. Juli 2012).
159. *Steps to health. A European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf).
160. MPOWER [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012
(<http://www.who.int/tobacco/mpower/en>).

161. Raise taxes on tobacco [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tobacco/mpower/raise_taxes/en/index.html).
162. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/index.html).
163. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, eds. *Physical activity and health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf).
164. *Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147237/e95168.pdf).
165. *Global recommendations on physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf).
166. Edwards P, Tsouros AD. *Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. The solid facts*. Copenhagen, World Health Organization, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98424/E89498.pdf).
167. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf).
168. Davey Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484–1498.
169. Hall WD, Mathews R, Morley KI. Being more realistic about the public health impact of genomic medicine. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000347.
170. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. *Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf).
171. *WHO guidelines for indoor air quality: selected pollutants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/128169/e94535.pdf).
172. *Early detection. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes, module 3*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>).
173. *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf).
174. *Moscow Declaration on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/moscow_declaration_en.pdf).
175. *World Health Assembly resolution WHA64.11 Preparations for the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases, following on the Moscow Conference*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-en.pdf#page=21).
176. Dokument EUR/RC61/12 des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/147730/RC61_gdoc12.pdf, eingesehen am 5. Juli 2012).
177. Dokument EUR/RC61/13 des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)*. Kopenhagen, WHO-

- Regionalbüro für Europa, 2011
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148068/RC61_wd13G_Alcohol_111374_ver2012.pdf, eingesehen am 5. Juli 2012).
178. *United Nations General Assembly. Political Declaration of the High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. New York, United Nations, 2011
(http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1).
179. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005
(http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf).
180. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf).
181. *Zugewinn an Gesundheit. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/76527/E89306G.pdf, eingesehen am 5. Juli 2012).
182. Beaglehole R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*, 2011, 377:1438–1447.
183. World Economic Forum and WHO. *From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf).
184. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/en).
185. *Disease and injury regional estimates: cause-specific mortality (2008 Global Burden of Disease)*. Geneva, World Health Organization, 2008
(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html).
186. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen, World Health Organization, 2006
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf).
187. Mortality by 67 causes of death, age and sex [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/hfad>).
188. Krug EG et al. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002
(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html).
189. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/87564/E82659.pdf).
190. *Preventing injuries and violence. A guide for ministries of health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/en).
191. Sethi D et al. Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, 2006, 368:2243–2250.
192. Sethi D et al. *Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf).
193. Resolution EUR/RC55/R9 des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionbüro für Europa, 1995
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/88103/RC55_gres09.pdf, eingesehen am 11. Juli 2012).
194. *TEACH-VIP users’ manual*. Geneva, World Health Organization, 2005
(http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/index.html).

195. Global Alert and Response (GAR): Global Outbreak Alert & Response Network [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en>).
196. Odolini S et al. Travel-related imported infections in Europe. *Clin. Microbiol Infect.*, 2012, 18(5):468–474.
197. *UNAIDS Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf).
198. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2010 (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129_sur_hiv_2009.pdf).
199. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf).
200. Kardar SS. *Antibiotic resistance: new approaches to a historical problem*. Reston, VA, Action Bioscience, 2005
201. Heymann DL, Rodier G. Global surveillance, national surveillance, and SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10:173–175
202. *Communicable diseases and public policy*. Washington, DC, World Bank, 2007 (siteresources.worldbank.org/EXTABOUTUS/Resources/communicabledisease.ppt).
203. *Immunization summary: a statistical reference containing data through 2009*. New York, UNICEF Statistics and Monitoring Section Division of Policy and Practice and Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.childinfo.org/files/32775_UNICEF.pdf).
204. *Important changes to the childhood immunisation programme*. Brussels, European Cervical Cancer Association, 2009 (http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/HPV_Vaccination/ECCA_HP_Vaccination_April_2009.pdf).
205. Trotter CL, Ramsay ME, Slack MP. Rising incidence of *Haemophilus influenzae* type b disease in England and Wales indicates a need for a second catch-up vaccination campaign. *Communicable Disease and Public Health* 2003, 6:55–58.
206. *Pneumococcal vaccine added to the childhood immunisation programme; more protection against meningitis and septicaemia*. London, Department of Health, 2006 (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4128036).
207. Meningococcal vaccines: polysaccharide and polysaccharide conjugate vaccines. *WHO Weekly Epidemiological Record*, 2002, 77:331–338.
208. European Immunization Week [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://eiw.euro.who.int>).
209. Mankertz A et al. Molecular genotyping and epidemiology of measles virus transmission in the World Health Organization European Region, 2007–2009. *Journal of Infectious Diseases*, 2010, 204(Suppl 1):S335–S342.
210. Centralized Information System for Infectious Diseases [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/cisid>).
211. Laboratory Data Management System for Polio Laboratory Network [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://ldms.euro.who.int>).
212. Shooter RA. *Report of the investigation into the cause of the 1978 Birmingham smallpox occurrence*. London, H.M. Stationery Office, 1980.

213. Lim PL et al. Laboratory-acquired severe acute respiratory syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350:1740–1745.
214. Kumarasamy KK et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the United Kingdom: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infectious Disease*, 2010, 10:597–602.
215. Abubakar I et al. Tackling the spread of drug-resistant tuberculosis in Europe. *Lancet*, 2012, 379:e21–e23.
216. Dara M, Kluge H. *Roadmap to prevent and combat drug-resistant tuberculosis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/152015/e95786.pdf).
217. Abubakar I et al. *Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf).
218. WHO, UNAIDS and UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>).
219. *European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf).
220. *What is quality improvement in HIV prevention?* Geneva, IQhiv, 2012 (<http://iqhiv.org/get-started/what-is-it>).
221. Mirzozaliev I et al. [Efficiency of a package of therapeutic and preventive measures in the Republic of Tajikistan in the malaria postepidemic period (2000-2007)]. [Article in Russian]. *Med Parazitol (Mosk)*. 2009,(4):47–49.
222. Barbić L et al. Spreading of West Nile virus infection in Croatia. *Vet Microbiol*. 2012, doi 10.1016/j.vetmic.2012.04.038.
223. Christodoulou V. et al. Re-emergence of visceral and cutaneous leishmaniasis in the Greek island of Crete. *Vector-borne Zoonotic Diseases*, 2012, 12(3):214–222.
224. Ryan J et al. Establishing the health and economic impact of influenza vaccination within the European Union 25 countries. *Vaccine*, 2006, 24:6812–6822.
225. *How to become a WHO-recognized national influenza centre: guidance on the process for influenza laboratories in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/126457/e94432.pdf).
226. *Recommendations for good practice in pandemic preparedness: identified through evaluation of the response to pandemic (H1N1) 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/128060/e94534.pdf).
227. Ritsatakis A, Makara P. *Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*. Copenhagen, World Health Organization, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/105318/e92828.pdf).
228. Busse R et al. *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (Observatory Studies Series, No. 20; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf).
229. Resolution des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/70245/RC58_gres04.pdf, eingesehen am 5. Juli 2012).

230. Acheson D. *Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London, H.M. Stationery Office, 1988.
231. *The world health report 2008 – Primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>).
232. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/code_en.pdf).
233. *The world health report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>).
234. Kutzin J, Cashin C, Jakab S, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf).
235. Thomson S et al. *Addressing financial sustainability in health systems*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf).
236. Rodier G et al. Global public health security. *Emerging Infectious Diseases*, 2007, 13(10):1447–1452.
237. *International Health Regulations. IHR Core Capacity Monitoring Framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators.pdf).
238. *Human Development Report 2011 – Human Development Index Trends 1980–2011*. New York, United Nations Development Program, 2011 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download/>).
239. *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of diseases*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf).
240. *Health and environment in Europe: progress assessment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/health-and-environment-in-europe-progress-assessment>).
241. *WHO guidelines on indoor air quality: dampness and mould*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/environment-and-health/air-quality/publications/2009/who-guidelines-for-indoor-air-quality-dampness-and-mould.-executive-summary/who-guidelines-for-indoor-air-quality-dampness-and-mould>).
242. *Burden of disease from environmental noise*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf).
243. PCT databank on soil-transmitted helminthiasis [online database]. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/db/index.html?units=minimal®ion=EUR&country=all&countries=all&year=2010).
244. *Progress on sanitation and drinking-water, 2010 update*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956_eng_full_text.pdf).
245. *Environmental health inequalities in Europe. Assessment report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/environmental-health-inequalities-in-europe.-assessment-report>).

246. Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obesity Reviews*, 2007, 8(suppl. 1):165–181.
247. Morris G et al. Getting strategic about the environment and health. *Public Health*, 2006, 120:889–903.
248. *European environment outlook*. Copenhagen, European Environment Agency, 2005 (EEA Report no. 4/2005; http://www.eea.europa.eu/publications/eea_report_2005_4).
249. Menne B et al. *Protecting health in Europe from climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/74401/E91865.pdf).
250. Stern N. *The economics of climate change: the Stern Review*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
251. European process on environment and health [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/european-process-on-environment-and-health/governance>).
252. *Schutz der Gesundheit der Kinder in einer sich verändernden Umwelt. Bericht über die Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/127821/e94331G.pdf, eingesehen am 11. Juli 2012).
253. *Regional report on the status of implementation of the Protocol on Water and Health to the Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes. Second session of the Meeting of the Parties (Bucharest, 23–25 November 2010)*. Economic Commission for Europe and WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/documents/2010/wat/MP_WH/wh/ece_mp_wh_2010_2_E.pdf).
254. United Nations Economic Commission for Europe et al., eds. *From transition to transformation: sustainable and inclusive development in Europe and central Asia*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2012 (<http://www.unep.org/roe/Portals/139/Moscow/From-Transition-to-Transformation.pdf>).
255. *Earth Summit. Agenda 21. The United Nations Programme for Action from Rio*. New York, United Nations, 1992 (<http://www.un.org/esa/dsd/agenda21>).
256. *Rio Declaration on Environment and Sustainable Development*. New York, United Nations, 1992 (<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?documentid=78&articleid=1163>).
257. *Global risks 2011*. 6th ed. Geneva, World Economic Forum, 2011.
258. *Sustainable development: from Brundtland to Rio 2012*. New York, United Nations, 2010 (http://www.un.org/wcm/webdav/site/climatechange/shared/gsp/docs/GSP1-6_Background%20on%20Sustainable%20Devt.pdf).
259. Hosking J, Mudu P, Dora C. *Health co-benefits of climate change mitigation - Transport sector*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hia/examples/trspt_comms/hge_transport_lowresdurban_30_11_2011.pdf).
260. *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/hia/hgehousing.pdf>).
261. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World urbanization prospects, the 2009 revision: highlights*. New York, United Nations, 2010.
262. Vlahov D et al. (eds). *Urban health: global perspectives*. San Francisco, Wiley and Sons, 2010.
263. *Unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva, WHO and UN-HABITAT, 2010.

264. Barton H et al. Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 2009, 24:91–99.
265. Tsouros A. City leadership for health and sustainable development. *Health Promotion International*, 2009, 24:4–10.
266. Tsouros A, Green G, Healthy Cities: lessons learnt. In: Vlahov D et al. (eds). *Urban health: global perspectives*. San Francisco, Wiley and Sons, 2010.
267. *Phase V (2009–2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/100989/E92260.pdf).
268. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf).
269. Morgan A, Davies M, Ziglio E. *Health assets in the global context*. London, Springer, 2010.
270. United Nations Secretary–General’s High-level Panel on Global Sustainability. *Resilient people, resilient planet: a future worth choosing*. New York, United Nations, 2012.
271. *Assets Alliance Scotland*. Edinburgh, LTCAS, Scottish Community Development Centre and the Scottish Government, 2011 (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/news-and-events/Assets%20Alliance%20Scotland%20Event%2013%20Dec%202010%20Report.pdf>).
272. Strand M et al. *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf).
273. Buzeti T, Zakotnik JM. *Investment for health and development in Slovenia. Programme MURA*. Murska Sobota, Centre for Health and Development, 2008 (http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Fact/March/0310_publikacija.pdf).
274. Brown C et al. *Governance for SDH – appraisal tool*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
275. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
276. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
277. Morgan A, Ziglio E. Revitalizing the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*, 2007, 2(Suppl.):17–22.
278. *Living Well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities*. Manchester, NHS North West, 2010 (<http://www.nwph.net/hawa/writedir/a862Living%20Well.pdf.pdf>).
279. *Placing social determinants of health on the regional development agenda: investment for health and development in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press.
280. *A whole-of-government approach to reducing health inequalities: the Scottish experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press.
281. Swanson D et al. Seven guidelines for policy making in its uncertain world. In: Swanson D, Bhadwal S, eds. *Creating adaptive policies: a guide for policy making in an uncertain world*. London, Sage, 2009.
282. *Weißbuch der Kommission Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013*. Brüssel, Europäische Kommission [KOM(2007) 630 endgültig] (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:DE:PDF>, eingesehen am 12. Juni 2012).

283. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [web site]. Brussels, Commission of the European Communities, 2012 (http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing).
284. *Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. New York, United Nations, 2011 (document A/66/L/1, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1).
285. Paquet G. The new governance: subsidiarity and the strategic state. In: *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.
286. HealthyPeople.gov [web site]. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2012 (<http://healthypeople.gov/2020/default.aspx>).
287. Brown C et al. *Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
288. Brown C. *Progress and opportunities in implementing health in all policies – a rapid appraisal of learning from Europe and internationally*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
289. Harrison D et al. *Report of the Task Group on Governance and Delivery Mechanisms*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
290. Marks L. *Accountability for social determinants of health and health equity*. In: Brown C et al. *Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
291. *South Australia's Strategic Plan: progress report*. Adelaide, South Australia's Strategic Plan Audit Committee, 2010.
292. McDaid D. Joint budgeting: can it facilitate intersectoral action? In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (forthcoming).
293. *Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: EU-Rahmen für nationale Strategien zur Integration der Roma bis 2020*. Brüssel, Europäische Kommission, 2011 (KOM(2011) 173 endgültig, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0173:FIN:DE:PDF>, eingesehen am 5. Juli 2012).
294. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: leveling up part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 3; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf).
295. *Biennial report 2008–2009 and key developments for 2010–2011 of the WHO European Office for Investment for Health and Development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
296. Brown C, Ziglio E, Rohregger B. *Appraisal of governance systems and capacity for addressing social determinants of health and health equity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
297. *Report on the 3rd Ministerial Meeting of the Countries of the South-Eastern Europe Health Network – opportunities for scaling up and strengthening health in all policies in south-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
298. Blas E, Sivisankara KA, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/en).

299. Blas E, Sommerfeld J, Sivasankara AK, eds. *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/en).
300. Bertollini R, Brassart C, Galanaki C. *Review of Member States' and the WHO Regional Office for Europe's commitments between 1990 and 2010. Analysis in the light of the Health 2020 strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).

Anhang: Glossar der Arbeitsdefinitionen und erläuternde Hinweise zu den in „Gesundheit 2020“ verwendeten Konzepten und Begriffen

Determinanten von Gesundheit (determinants of health)

Dieser Begriff bezieht sich auf das Spektrum der persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Personen oder der gesamten Bevölkerung bestimmen.

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

Befähigung (zu selbstbestimmtem Handeln) (empowerment)

Mit diesem Begriff wird ein sehr breites Spektrum von Bedeutungen, Definitionen und Interpretationen verbunden. Im Allgemeinen bezeichnet dieser Begriff die Fähigkeit einer Person oder Gruppe, über die eigenen Lebensumstände zu entscheiden. Im Sinne von „Gesundheit 2020“ ist darunter ein Prozess zu verstehen, durch den Menschen mehr Kontrolle über Entscheidungen und Aktionen erhalten, die Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. Dazu müssen Einzelpersonen und Gruppen bestimmte Fähigkeiten entwickeln, Zugang zu Informationen und Mitteln erhalten, aber auch die Chance, sich Gehör zu verschaffen und auf jene Faktoren Einfluss zu nehmen, die sich auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirken.

Angepasst und erweitert in Anlehnung an: *Health promotion glossary.* Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen (essential public health operations)

Die grundlegenden Maßnahmen, die in der Gesellschaft notwendig sind, um in der Bevölkerung ein Höchstmaß an Gesundheit und Wohlbefinden sowie an gesundheitlicher Chancengleichheit zu verwirklichen. In der Europäischen Region der WHO sind dies: i) Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung; ii) Beobachtung von Gesundheitsgefahren und gesundheitlichen Notlagen und Gegenmaßnahmen; iii) Gesundheitsschutzmaßnahmen (u. a. in den Bereichen Umwelt-, Arbeits- und Nahrungsmittelsicherheit); iv) Gesundheitsförderung, einschließlich Maßnahmen in Bezug auf soziale Determinanten und gesundheitliche Benachteiligung; v) Krankheitsprävention, einschließlich Früherkennung; vi) Gewährleistung von Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit und Wohlbefinden; vii) Gewährleistung von fachkundigem Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit in ausreichender Zahl; viii) Gewährleistung nachhaltiger Organisationsstrukturen und Finanzierung; ix) Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisierung für die Gesundheit; und x) Förderung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit zwecks Anwendung in Politik und Praxis (WHO, 2012).

Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (Dokument EUR/RC62/12).

Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern im Gesundheitsbereich (gender equity in health)

Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern bedeutet eine ausgewogene und gerechte Verteilung von Leistungen, Macht, Ressourcen und Pflichten zwischen Frauen und Männern, die es ihnen erlaubt, ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen. Nach diesem Konzept haben Frauen und Männer unterschiedliche Bedürfnisse und Chancen, die sich auf ihren Gesundheitsstatus, ihren Zugang zu Gesundheitsleistungen und ihren Anteil an der Beschäftigung im Gesundheitswesen auswirken. Folglich sollen diese Unterschiede systematisch bestimmt und in Angriff genommen werden, sodass das Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern korrigiert wird.

In Anlehnung an: *Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward (Madrid Statement)*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf) und *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2011 (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, eingesehen am: 20. Juni 2011).

Politikgestaltung/Steuerung/Führung (governance)

Dieser Begriff bezeichnet die Art und Weise, in der Regierungen und andere soziale Organisationen miteinander interagieren, in welchem Verhältnis sie zu den Bürgern stehen und wie Entscheidungen in einer komplexen, globalisierten Welt getroffen werden.

Graham J, Amos B, Plumptre T. *Principles for good governance in the 21st century*. Ottawa, Institute on Governance, 2003 (Policy Brief No.15, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>).

Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit (governance for health)

Das Bemühen der Regierungen und anderer Akteure, Bevölkerungsgruppen, Länder oder Gruppen von Ländern in ihrem Streben nach Gesundheit als integralem Bestandteil von Wohlergehen durch einen gesamtstaatlichen und einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz zu steuern.

Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).

Gesundheit (health)

„Ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“ (1)

Satzung der Weltgesundheitsorganisation. Hier zitiert nach der im Bundesgesetzblatt der Bundesrepublik Deutschland veröffentlichten Übersetzung (Bundesgesetzblatt Teil II, Nr. 4, 29. Januar 1974, Seite 43–64) (http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk=Bundesanzeiger_BGBI&start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'bgbl274s0043.pdf'%5D&wc=1&skin=WC).

Aktivposten für die Gesundheit (health asset)

Allgemein gesprochen sind mit diesem Begriff all jene Faktoren (oder Ressourcen) gemeint, die die Fähigkeit von Bürgern, Gemeinschaften und Bevölkerungen zum Schutz bzw. zur Erhaltung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens stärken. Diese Aktivposten können auf individueller Ebene oder auf der Ebene von Gruppen, Gemeinschaften oder der Gesamtbevölkerung als Schutzfaktoren gegen die Belastungen im Leben oder als begünstigende Faktoren im Hinblick auf eine Maximierung der Gesundheitschancen wirken.

In Anlehnung an: Ziglio E et al. *Maximizing health potential: the asset model for health and development*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (erscheint demnächst).

Gesundheitliche Chancengleichheit/Chancengleichheit im Gesundheitsbereich (health equity/equity in health)

Chancengleichheit ist das Freisein von vermeidbaren, ungerechten oder behebbaren Unterschieden zwischen Gruppen von Menschen, die durch soziale, ökonomische, demografische oder geografische Merkmale definiert sind. Gesundheitliche Chancengleichheit oder Chancengleichheit im Gesundheitsbereich bedeutet, dass idealerweise jeder Mensch eine faire Chance haben sollte, sein volles gesundheitliches Potential auszuschöpfen, und dass – pragmatischer gesprochen – niemand aufgrund von Benachteiligung daran gehindert werden sollte, dieses Potenzial zu erreichen.

Health systems topics – Equity [web site]. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2012. (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>) und Glossary: Health equity [web site].

Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Equity>).

Gesundheit für alle (health for all)

Ein Grundsatzziel, das darin besteht, dass alle Bürger der Welt ein Gesundheitsniveau erreichen, das es ihnen erlaubt, ein gesellschaftlich aktives und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.

In Anlehnung an: *Glossary of terms used in Health for All series*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1984.

Organisation des Gesundheitswesens (health governance)

Die Organisation und Stärkung des Gesundheitssystems.

Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).

Gesundheit in allen Politikbereichen (Health in All Policies – HiAP)

Für diesen Begriff gibt es zahlreiche Definitionen, die im Wesentlichen auf die Notwendigkeit abstellen, Gesundheit als ausdrückliches Anliegen der Politik in allen Ressorts zu verankern. Im Rahmen von „Gesundheit 2020“ soll ein auf Gesundheit in allen Politikbereichen ausgerichteter Lösungsansatz Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit und Wohlbefinden auch außerhalb des Gesundheitswesens zu einer Priorität machen. Dieses Prinzip gilt auch umgekehrt und führt dazu, dass alle Politikbereiche ihre Verantwortung für Gesundheit erkennen, dementsprechend handeln und auch erfahren, wie sich Gesundheit auf andere Ressorts auswirkt. Das Gesundheitswesen kann deshalb andere Bereiche des Staates dadurch unterstützen, dass es aktiv zu deren Politikgestaltung und Zielerreichung beiträgt.

Um Gesundheit und Wohlbefinden nutzbringend einsetzen zu können, sind institutionalisierte Prozesse erforderlich, bei denen ressortübergreifende Problemlösungen und die Thematisierung ungleicher Machtverteilung eine wesentliche Rolle spielen. Dazu gehört es, Führungskompetenz zu zeigen und für ein Mandat, geeignete Anreize, die nötigen Haushaltsmittel und nachhaltige Mechanismen zu sorgen, die die staatlichen Stellen bei ihrer Zusammenarbeit zur Schaffung integrierter Problemlösungen zu unterstützen.

In Anlehnung an: *Adelaide Statement on Health in All Policies*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010 (http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf).

Gesundheitliche Ungleichheiten/Ungleichheiten im Gesundheitsbereich (health inequality)

Dieser Begriff bezeichnet den Unterschied zwischen Einzelpersonen oder Gruppen hinsichtlich des Gesundheitsstatus, der anhand von Kriterien wie Lebenserwartung, Sterblichkeit oder Krankheit gemessen wird. Ungleichheiten im Gesundheitsbereich sind die Unterschiede, Abweichungen und Diskrepanzen in Bezug auf den gesundheitlichen Erfolg von Einzelpersonen und Gruppen. Manche dieser Unterschiede sind auf biologische oder andere unvermeidbare Einflussfaktoren wie Alter zurückzuführen, andere hingegen sind vermeidbar.

Kawachi I. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(9): 647.

Gesundheitliche Ungleichgewichte/Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich (health inequity)

Dieser Begriff bezeichnet den Unterschied oder die Ungleichheit im Gesundheitsbereich, der bzw. die als vermeidbar, unbillig oder durch irgendeine Form von Ungerechtigkeit bedingt bewertet wird. Ungleichgewichte in Bezug auf den Gesundheitsstatus können zwischen Gruppen von Menschen in-

nerhalb von oder zwischen Ländern auftreten. Gesundheitliche Ungleichgewichte entstehen aufgrund von Unterschieden innerhalb von oder zwischen Gesellschaften und der ungleichen Verteilung von Ressourcen und Macht. Ungleichgewichte sind jene Unterschiede im Gesundheitsbereich, die sich nicht zufällig oder aufgrund der Entscheidungen von Einzelpersonen ergeben, sondern auf vermeidbare Unterschiede hinsichtlich der sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Einflussgrößen (z. B. Lebens- und Arbeitsbedingungen, Bildungsniveau, Beruf, Einkommen, Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zu entsprechenden Angeboten der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung) zurückzuführen sind, die weitgehend jenseits der Kontrolle des Einzelnen liegen und durch staatliche Maßnahmen ins Visier genommen werden können.

An dieser Stelle sollte darauf hingewiesen werden, dass die Begriffe *gesundheitliche Ungleichheiten* (*health inequalities*) und *gesundheitliche Ungleichgewichte* (*health inequities*) nicht selten synonym verwendet werden, da es in vielen anderen Sprachen als Englisch nur einen Begriff gibt, um solche Unterschiede zu beschreiben. So wird auch der Begriff *gesundheitliche Ungleichheiten* bisweilen verwendet, um solche Unterschiede im Gesundheitsbereich zu bezeichnen, die als vermeidbar und ungerecht angesehen werden und die in erheblichem Maße durch das Handeln von Regierungen, Interessengruppen und Gesellschaft beeinflusst werden und sich deshalb als Gegenstand staatlicher Politik anbieten. Also werden die Begriffe „gesundheitliche Ungleichheiten“ und „gesundheitliche Ungleichgewichte“ beide häufig in Bezug auf Unterschiede im Gesundheitsbereich verwendet, die als ungerecht und vermeidbar angesehen werden.

Kawachi I. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(9): 647.

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

Memo: Questions and answers on solidarity in health: reducing health inequalities in the EU. Brüssel, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_qa_en.pdf).

Gesundheitskompetenz (health literacy)

Die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die die Bereitschaft und Fähigkeit von Menschen bestimmen, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen, diese zu verstehen und so zu nutzen, dass dies ihrer Gesundheit und deren Erhaltung zugute kommt.

Health promotion glossary. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Gesundheitssystem (health system)

Die Gesamtheit aller öffentlichen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen, deren Auftrag darin besteht, auf die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit hinzuwirken. Die Gesundheitssysteme umfassen sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch Maßnahmen, mit denen andere Politikbereiche dazu veranlasst werden sollen, in ihrer Arbeit an den sozialen, ökologischen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit anzusetzen.

Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf).

Sektorübergreifende Maßnahmen (intersectoral action)

Dieser Begriff bezieht sich auf die Anstrengungen des Gesundheitswesens, gemeinsam mit anderen Teilen der Gesellschaft auf die Verwirklichung besserer gesundheitlicher Ergebnisse hinzuwirken.

Kickbusch I, Buckett K eds. *Implementing health in all policies*. Adelaide, 2010. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia, 2010 (<http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>).

Lebensverlaufansatz (life-course approach)

Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, dass die gesundheitlichen Ergebnisse von Einzelpersonen und Gemeinschaft von dem Zusammenwirken einer Vielzahl von Schutz- und Risikofaktoren während ihres gesamten Lebens abhängig sind. Der Lebensverlaufansatz beinhaltet eine umfassendere Sichtweise von Gesundheit und ihren Determinanten sowie eine Schwerpunktlegung auf Interventionen in allen Lebensphasen.

Health System Strengthening Glossary [web site]. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2012 (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html) und in Anlehnung an: Lu M,

Halfon N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Maternal and*

Child Health Journal 2003, 7(1):13–30.

Primäre Gesundheitsversorgung (primary health care)

Eine grundlegende Gesundheitsversorgung, die zu für ein Land und seine Gesellschaft bezahlbaren Kosten zugänglich gemacht wird und auf Methoden basiert, die praktisch, wissenschaftlich fundiert und sozial akzeptabel sind.

Erklärung von Alma-Ata. Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, Alma-Ata, UdSSR, 6.-12. September 1978 Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1978 (<http://www.euro.who.int/document/e93944G.pdf>).

Öffentliche Gesundheit (public health)

Die Wissenschaft und Praxis der Prävention von Krankheiten, der Verlängerung des Lebens und der Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft.

Acheson D. *Public health in England. The report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London, HMSO, 1988.

Kapazitäten der öffentlichen Gesundheitsdienste (public health capacities)

Die (natürlichen, finanziellen, personellen oder sonstigen) Ressourcen, die für die Erbringung der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen erforderlich sind.

Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./1, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf).

Öffentliche Gesundheitsdienste (public health services)

Die Dienste, die an der Erbringung der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen beteiligt sind. Sie können innerhalb des Gesundheitssystems oder in anderen Bereichen (d. h. außerhalb der eigentlichen Grenzen des Gesundheitssystems) angesiedelt sein, deren Tätigkeit sich positiv auf die Gesundheit auswirken kann.

Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./1, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf).

Widerstandsfähigkeit/Widerstandskraft (resilience)

Der dynamische Prozess einer gelungenen Anpassung an bzw. einer individuellen oder kollektiven Reaktion auf widrige Umstände, eine Wirtschaftskrise, psychologische Belastungen, Traumata, Tragödien, Bedrohungen oder andere wesentliche belastende Einflüsse. Konkret geht es um die Fähigkeit, solchen Umständen zu widerstehen, sie zu bewältigen oder sich von ihren Auswirkungen zu erholen, sowie um den Prozess der Bestimmung von Aktivposten und befähigenden Faktoren. In „Gesundheit 2020“ wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und das Konzept Hilfe zur Selbsthilfe gelegt. Der Begriff „widerstandsfähige Gemeinschaften“ wird auch häufig in Verbindung mit Maßnahmen der Katastrophenvorsorge (z. B. Überschwemmungen) und dabei konkret der Schaffung geeigneter Infrastrukturen, Systeme und Entscheidungsprozesse verwendet.

In Anlehnung an: Resilience [web site]. London, The Young Foundation, 2012 (http://www.youngfoundation.org/our-ventures?current_venture=2036), *Community resilience and co-production. Getting to grips with the language. A briefing paper*. Edinburgh, Scottish Community Development Centre, 2011 (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/assets-alliance/Community%20Resilience%20and%20Coproductio%20SCDC%20briefing%20paper.pdf>) und *Empowering lives, building resilience. Development stories from Europe and central Asia, Volume one*. New York, UNDP 2011 (http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Cross-Practice%20generic%20theme/RBEC_Empowering%20Lives%20Building%20Resilience.pdf).

Soziales Kapital (social capital)

Dieser Begriff bezeichnet den Grad des sozialen Zusammenhalts innerhalb eines Gemeinwesens. Er bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, durch die Netze geknüpft und Normen festgelegt werden und soziales Vertrauen aufgebaut wird und die eine Abstimmung und Zusammenarbeit zum gegenseitigen Nutzen erleichtern.

Health promotion glossary. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Soziale Determinanten von Gesundheit (social determinants of health)

Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern; zu diesen gehört auch das Gesundheitssystem. Diese Umstände werden durch die Verteilung von Geld, Macht und Ressourcen auf der globalen, nationalen und lokalen Ebene geprägt, die wiederum durch politische Entscheidungen beeinflusst wird. Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind zum großen Teil für gesundheitliche Ungleichgewichte verantwortlich – die ungerechten und vermeidbaren Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitsstatus, die innerhalb von wie auch zwischen Ländern bestehen.

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

Soziales Gefälle im Gesundheitsbereich (social gradient in health)

Die graduelle Verbesserung der gesundheitlichen Resultate bei steigender sozioökonomischer Position. Dieses Gefälle lässt sich anhand des Einkommens, des Berufs oder des höchsten Bildungsabschlusses einer Person messen. In ähnlicher Weise lässt sich ein soziales Gefälle im Gesundheitsbereich als der graduelle oder lineare Zusammenhang zwischen schlechterer Gesundheit und niedrigerer sozialer Position definieren.

Kawachi I. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(9): 647. and Marmot M. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing PLC. 2004.

Soziale Ungleichheiten (social inequalities)

Dieser Begriff bezieht sich auf Unterschiede in der Verteilung der sozialen und ökonomischen Einflussfaktoren oder der sozialen Determinanten von Gesundheit innerhalb eines Landes oder zwischen

Gesamtstaatlicher Ansatz (whole-of-government approach)

Der Begriff „gesamtstaatlich“ bezieht sich auf die Verbreitung von Politikgestaltung und Steuerung, sowohl vertikal (über staatliche Ebenen und Steuerungsmechanismen hinweg) als auch horizontal (in allen Politikbereichen). Gesamtstaatliche Maßnahmen sind auf mehreren Ebenen stattfindende, umfassende staatliche Maßnahmen unter Beteiligung staatlicher Akteure von der lokalen bis zur globalen Ebene, aber zunehmend auch nichtstaatlicher Gruppen. Gesundheit in allen Politikbereichen stellt einen gesamtstaatlichen Lösungsansatz dar, bei dem Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit und Wohlbefinden zu einem vorrangigen Anliegen nicht nur für das Gesundheitswesen gemacht wird, was Auswirkungen in beide Richtungen hat, d. h. die Folgen des Handelns anderer Politikbereiche auf die Gesundheit werden berücksichtigt – und umgekehrt.

Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).

Gesamtgesellschaftlicher Ansatz (whole-of-society approach)

Der Begriff „gesamtgesellschaftlich“ bezieht sich auf einen Ansatz, durch den der gesamtstaatliche Ansatz erweitert werden soll, indem zusätzliches Gewicht auf die Aufgaben der Privatwirtschaft und der Zivilgesellschaft, aber auch auf die Beiträge von politischen Entscheidungsträgern wie etwa Parlamentariern gelegt wird. Durch die Einbeziehung von Privatwirtschaft, Zivilgesellschaft, Gemeinschaften und Einzelpersonen kann ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz die Widerstandskraft von Gemeinschaften gegen die Gefährdung ihrer Gesundheit und Sicherheit und ihres Wohlbefindens stärken. Ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz reicht über die Institutionen hinaus: Er beeinflusst und mobilisiert Kultur und Medien auf der lokalen und der globalen Ebene, ländliche und städtische Gemeinschaften sowie alle relevanten Politikbereiche wie etwa das Bildungssystem, das Verkehrswesen, den Umweltschutz und sogar die Städtegestaltung.

Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).