



Der Europäische Gesundheitsbericht 2009

Gesundheit und Gesundheitssysteme



Der Europäische Gesundheitsbericht 2009

Gesundheit und Gesundheitssysteme

Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als die in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit richtungweisende und koordinierende Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Zu den in der Satzung verankerten Funktionen der WHO gehört es, auf dem Gebiet der menschlichen Gesundheit objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein. Dieser Verantwortung wird sie teilweise durch ihr Publikationsprogramm gerecht, mit dem sie den Ländern zu helfen sucht, eine Politik zu führen, die der Gesundheit ihrer Bevölkerungen dient, und durch das sie sich mit den dringlichsten gesundheitlichen Anliegen der Länder auseinandersetzt.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben über 880 Millionen Menschen in einem Gebiet, das sich zwischen Nordpolarmeer und Mittelmeer und zwischen Atlantischem und Pazifischem Ozean erstreckt. Das europäische Programm der WHO unterstützt alle Länder der Region bei der Entwicklung und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, -systeme und -programme; es hilft ihnen, gesundheitliche Gefährdungen zu verhüten und zu überwinden, sich auf künftige gesundheitliche Herausforderungen einzustellen, für Maßnahmen einzutreten, die der Gesundheit der Bevölkerung dienen, und diese umzusetzen.

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



Der Europäische Gesundheitsbericht 2009

Gesundheit und Gesundheitssysteme

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme.

1. Gesundheitszustand 2. Gesundheitsstatusindikatoren 3. Mortalitätsstatistik 4. Morbiditätsstatistik
5. Erbringung von Gesundheitsversorgung – Organisation und Verwaltung 6. Regionale Planung im
Gesundheitswesen 7. Gesundheitspolitik 8. Europa

ISBN 978 92 890 3415 9 (Druck)

ISBN 978 92 890 3416 6 (E-Buch)

(NLM Klassifikation: WA.900)

ISBN 978 92 890 3415 9

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

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

© Weltgesundheitsorganisation 2010

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

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

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

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

Inhalt

An dieser Publikation haben mitgewirkt:	vii
Abkürzungen	viii
Fachbegriffe	viii
Ländergruppen	viii
<i>Vorwort</i>	ix
Teil 1: Einleitung	1
Ziele des Berichts	4
Struktur des Berichts	4
Literatur	6
Teil 2: Gesundheitssituation in der Europäischen Region.	7
Zentrale Gesundheitsindikatoren: Durchschnittswerte und Trends	8
Lebenserwartung	8
Mortalität	14
Krankheitslast	29
Künftige Herausforderungen	33
Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen	34
Umwelt und Gesundheit	35
Lebensweise und Verhalten	43
Soziale Determinanten von Gesundheit	50
Derzeitige und künftige Herausforderungen	57
Demografische Veränderungen in der Europäischen Region	58
Verringerung der Belastung durch übertragbare Krankheiten	64
Weitere Zunahme chronischer Erkrankungen	72
Steigende Kosten der Gesundheitsversorgung	80
Die Rolle der Gesundheitssysteme bei der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung	84
Verbesserung von Gesundheitsergebnissen	86
Verbesserung von Deckung und finanzieller Absicherung	95
Verringerung der gesundheitlichen Chancenungleichheit und der Ungleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung	101
Zu Gesundheit und gesellschaftlichem Wohlergehen beitragen	108
Literatur	113
Teil 3: Stärkung der Gesundheitssysteme	129
Investitionen zur Förderung der Gesundheitssysteme	130
Erbringung integrierter und kosteneffektiver Leistungen	130
Investitionen in personelle und finanzielle Ressourcen	136
Neubelebung der primären Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region in Form bürgernaher Dienstleistungen	139
Der Mensch im Zentrum: Implikationen einer bürgernahen Versorgung	140
Unterschiede in der primären Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Region der WHO	140

Bürgernahe Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region der WHO	141
Erfolgreiche Strategien für eine bürgernahe Versorgung: Beispiele aus der Europäischen Region	145
Sicherung der Leistungsfähigkeit durch eine gezielte Gesundheitsfinanzierungspolitik	148
Neuzuweisung öffentlicher Mittel an den Gesundheitssektor trotz knapper Kassen ...	149
Strategischer Einkauf von Gesundheitsleistungen: Mittelzuweisung an Leistungserbringer auf der Grundlage von Leistungsdaten oder des vorhandenen Bedarfs der Bevölkerung	154
Fazit	157
Verantwortung übernehmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik (stewardship)	158
Verantwortungsbewusste Steuerung der Gesundheitssysteme	159
Praxisbeispiele für die verantwortungsbewusste Steuerung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik	161
Gesundheit in allen Politikbereichen: Instrumente und Herausforderungen	162
Fazit	164
Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme im Rahmen von Rechenschaftspflichten	165
Bessere gesundheitliche Ergebnisse durch Rechenschaftspflichten und verantwortungs-bewusste Steuerung	165
Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme in den Ländern der Europäischen Region	167
Internationale Entwicklungen, zentrale Herausforderungen und zukunftsweisende Lösungen	170
Literatur	172
Teil 4: Anhang	181
Tabelle 1: Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr und Prognose für 2020)	182
Tabelle 2: Grundlegende sozioökonomische Indikatoren in der Europäischen Region der WHO (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)	183
Tabelle 3: Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse in der Europäischen Region der WHO	184
Tabelle 4: Faktoren, die die Gesundheit in der Europäischen Region der WHO beeinflussen (Umwelt, Lebensweise und Verhalten) (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)	185
Tabelle 5: Gesundheitssystemfinanzierung, Immunisierung und die Strategie „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO	186
Tabelle 6: Gesundheitspersonal in der Europäischen Region der WHO (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)	187
Tabelle 7: Erbringung von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Region der WHO (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)	188
Definitionen der in den Tabellen enthaltenen Indikatoren	189

An dieser Publikation haben mitgewirkt:

Der Europäische Gesundheitsbericht 2009 wurde unter der Gesamtleitung von Enis Barış, Direktor der Abteilung für Gesundheitssysteme der Länder beim WHO-Regionalbüro für Europa, sowie von Enrique Loyola, Anatoliy Nosikov und Govin Permanand aus der Abteilung Gesundheitsinformationsdienste erstellt. Soweit nicht anders angegeben, waren die (im Folgenden in alphabetischer Reihenfolge aufgeführten) Verfasser der Beiträge zum Zeitpunkt der Berichterstellung Mitarbeiter des Regionalbüros.

Die folgenden Personen haben maßgeblich an der Erstellung des Berichts mitgewirkt: Sara Allin (Universität Toronto, Kanada), Enis Barış, Jill Farrington (Universität Leeds, Vereinigtes Königreich), Ann-Lise Guisset, Matthew Jowett, Theadora Koller, Joseph Kutzin, Jeffrey Lazarus, Julia Lear, Enrique Loyola, Francesco Mitis, Anatoliy Nosikov, Martina Pellny, Govin Permanand, Michaela Schiøtz (Universität Kopenhagen, Dänemark), Mike Sedgley, Sarah Simpson und Jeremy Veillard.

Weitere Beiträge stammen von: Roberta Andraghetti, Franklin Apfel (World Health Communication Associates, Vereinigtes Königreich), Andrea Bertola, Chris Brown, Cristina Comunian, Mikhail Ejoy, Tamás Evetovits, Josep Figueras, Bernhard Gibis (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Deutschland), Michala Hegermann-Lindencrone, Sonja Kahlmeier, Michal Krzyzanowski, Suszy Lessof, Rebecca Martin, Martin McKee (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Vereinigtes Königreich), Lars Møller, Ole Norgaard, Francesca Racioppi, Annemarie Rinder Stengaard, Marc Suhrcke (Universität East Anglia, Vereinigtes Königreich), Srdan Matic, Brenda Van den Bergh, Martin van den Boom, Trudy Wijnhoven, Isabel Yordi und Erio Ziglio.

Der WHO-Regionaldirektor für Europa, Marc Danzon, und die Stellvertretende Regionaldirektorin, Nata Menabde, haben zu dem Bericht durch Vorschläge, Anmerkungen und Kritik beigetragen. Darüber hinaus haben Grace Magnusson, Hanne Wessel-Tolvig und Kate Willows Frantzen an der Berichterstellung mitgewirkt.

An dieser Stelle möchte das WHO-Regionalbüro für Europa Herrn Anatoliy Nosikov seinen besonderen Dank aussprechen, nicht nur für seine Mitwirkung am vorliegenden sowie an früheren Berichten, sondern auch für seinen Einsatz im Dienste der Organisation in den vergangenen 20 Jahren. Für seinen wohlverdienten Ruhestand wünschen wir ihm alles Gute.

Abkürzungen

Fachbegriffe

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	Körper-Masse-Index (Gewicht in kg geteilt durch Größe in m ²)
DALY	um Behinderungen bereinigte Lebensjahre
DOTS	Von der WHO empfohlene Strategie zur Tuberkulosebekämpfung
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
GP	General Practitioner [dt.: Hausarzt, Allgemeinarzt]
KKP	Kaufkraftparität
MCV ₁	erste Masernimpfdosis
MDR-Tb	multiresistente Tuberkulose
MZ	Millenniums-Entwicklungsziele
NHS	Nationaler Gesundheitsdienst (Vereinigtes Königreich)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SDR	altersstandardisierte Mortalitätsrate
Tb	Tuberkulose
THE PEP	Paneuropäisches Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt
UNECE	Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa

Ländergruppen

CARK	zentralasiatische Republiken und Kasachstan: Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan, Usbekistan und Kasachstan.
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten, zum Zeitpunkt der Datenerhebung bestehend aus Armenien, Aserbajdschan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan und Weißrussland.
EU	Europäische Union
EU-15	15 Mitgliedstaaten der EU vor dem 1. Mai 2004
EU-12	12 Länder, die der EU seit dem 1. Mai 2004 beigetreten sind
Eur-A	27 Länder mit sehr niedriger Kinder- und Erwachsenensterblichkeit: Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich und Zypern.
Eur-B	17 Länder mit niedriger Kinder- und Erwachsenensterblichkeit: Albanien, Armenien, Aserbajdschan, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kirgisistan, Montenegro, Polen, Rumänien, Serbien, Slowakei, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan und Usbekistan.
Eur-C	9 Länder mit niedriger Kinder- und hoher Erwachsenensterblichkeit: Estland, Kasachstan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Russische Föderation, Ukraine, Ungarn und Weißrussland.

Vorwort

Investitionen zur Förderung von Gesundheit und Gesundheitssystemen sind in Krisenzeiten besonders wichtig. Das WHO-Regionalbüro für Europa arbeitet seit mehreren Jahren mit den Mitgliedstaaten zusammen, um die Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme zu verbessern. Angesichts der globalen Herausforderungen und Krisen müssen sich die Gesundheitssysteme mehr denn je auf die gestiegenen Bedürfnisse und Erwartungen einstellen. Einige Experten heben die Bedeutung der vier Kernthemen hervor, die im Englischen unter dem Schlagwort „The four Fs“ zusammengefasst werden: „fuel, food, flu, financial crises“ (Treibstoff, Nahrungsmittel, Influenza, Finanzkrisen). Gesundheit wird jedoch auch von anderen Entwicklungen beeinflusst, z. B. Klimawandel und erhöhte Lebenserwartung. Hinzu kommen die steigenden Kosten von Medikamenten und Gesundheitstechnologien. Alle diese Faktoren beeinflussen die langfristige finanzielle Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme.

Um diese Probleme angehen zu können, müssen die Regierungen und Politik Zugriff auf aktuelle, akkurate, vergleichbare und leicht verständliche Informationen haben. In der gesamten Europäischen Region der WHO streben Politiker eine Zusammenarbeit zur Verbesserung der Erhebung, Analyse und Meldung von Gesundheitsindikatoren und -daten an. Die Zersplitterung der Mess- und Überwachungssysteme erweist sich für die Entscheidungsfindung auf verschiedenen Ebenen der Regierungsarbeit und der Gesundheitssysteme häufig als hinderlich. Das Regionalbüro unterstützt die Gesundheitsministerien und Regierungen dabei, sich bessere Informationen zur öffentlichen Gesundheit und zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu beschaffen und ihre Reformen in einem komplexen Umfeld erfolgreich umzusetzen.

Der Europäische Gesundheitsbericht 2009 soll den Mitgliedstaaten zentrale Informationen zur öffentlichen Gesundheit liefern. Hauptanliegen des Regionalbüros ist es weiterhin, die Länder dabei zu unterstützen, auf der Grundlage des derzeitigen Kenntnisstands optimale gesundheitsbezogene Investitionen zutätigen, und wir hoffen, dass der Bericht sie dazu anregen wird, die verfügbaren Erkenntnisse bestmöglich zu nutzen und so Strategien zu entwickeln, die trotz der derzeitigen Herausforderungen einen allgemeinen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung gewährleisten. In diesem Zusammenhang hoffen wir außerdem, dass dieser Bericht neben den Gesundheitsministerien auch unseren Partnern, die sich innerhalb und außerhalb der Regierungen für eine aktive Gesundheitsförderung einsetzen, als nützliche Informationsgrundlage dient. In dieser Hinsicht schließen wir uns dem norwegischen Außenminister Jonas Gahr Støre an, der im April 2009 in Oslo auf der Tagung „Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise“ festgestellt hat: „In gewisser Weise arbeiten wir letztendlich alle im Dienst der menschlichen Gesundheit.“

Marc Danzon
WHO-Regionaldirektor für Europa

Teil 1: **Einleitung**



Die Europäische Region der WHO umfasst 53 Mitgliedstaaten und knapp 900 Mio. Menschen, deren Leben durch unterschiedliche kulturelle, wirtschaftliche, soziale und politische Rahmenbedingungen geprägt ist. Auch wenn der Durchschnittswert der Region auf dem Index der menschlichen Entwicklung vor allen anderen WHO-Regionen liegt, sind die Ergebnisse unter den Ländern und Bevölkerungsgruppen nicht gerecht verteilt; dies gilt insbesondere für den Gesundheitsbereich. Unter mangelnder Chancengleichheit im Gesundheitsbereich werden vermeidbare und ungerechte systematische Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen einer bestimmten Gesellschaft in Bezug auf den Gesundheitsstatus verstanden (1). Inwieweit erreichen die Mitgliedstaaten der Region trotz der demografischen, epidemiologischen, technologischen, umweltbezogenen, sozioökonomischen und finanziellen Herausforderungen ihr Ziel, Gesundheit zu fördern und Defizite bei der Chancengleichheit abzubauen?

Der Europäische Gesundheitsbericht 2009 erläutert und bewertet Indikatoren und Entwicklungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in den vergangenen vier Jahren. Um schlechten Gesundheitsbedingungen entgegenzuwirken, gesunde Lebensgewohnheiten zu fördern und Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen, verfolgen die europäischen Regierungen seit 2005 Lösungen, die das gesamte Gesundheitssystem einbeziehen. Der vorliegende Bericht trägt dem Umstand Rechnung, dass die Europäische Region derzeit weitreichende Veränderungen erlebt, die sowohl durch interne Faktoren, wie z. B. Reformen der Gesundheitssysteme, als auch durch externe Faktoren in Form globaler Krisen hervorgerufen werden. Infolgedessen sind Aussagen zu den Gesundheitssystemen und gesundheitlichen Ergebnissen mit großen Unwägbarkeiten behaftet. Gesundheit wird von zahlreichen globalen Entwicklungen beeinflusst. Besondere Bedeutung kommt jedoch der weltweiten Wirtschaftskrise und der neuen Influenza-Pandemie H1N1 2009 zu.

Die schwere Wirtschaftskrise wird zahlreiche Auswirkungen und langfristige Folgen haben: Es ist unwahrscheinlich, dass sich das Wirtschaftswachstum in nächster Zeit erholt, und die öffentlichen Haushalte werden möglicherweise noch viele Jahre mit einer hohen Schuldenlast zu kämpfen haben. Durch die verlangsamte Konjunktur und die rapide steigenden Arbeitslosenzahlen werden die Lebensbedingungen von Millionen von Menschen und Familien in der Europäischen Region und die Einkommensgrundlage der Gesundheits- und Sozialsysteme ernsthaft bedroht bzw. bereits spürbar beeinträchtigt. Frühere Wirtschaftsrezessionen haben gezeigt, dass es in Krisenzeiten wichtig ist, ein hohes Maß an Solidarität und sozialer Sicherheit zu gewährleisten, öffentliche Ausgaben und gesundheitliche Grundversorgung aufrechtzuerhalten und verstärkt in Krankheitsprävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu investieren.

Vom 1. bis 2. April 2009 veranstaltete das WHO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit dem norwegischen Ministerium für Gesundheit und Soziales und der norwegischen Gesundheitsdirektion eine hochrangige Tagung zum Thema „Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO“ (2). Die Teilnehmer kamen darin überein, dass alle Konjunkturprogramme ausdrücklich gesundheitsbezogene Maßnahmen beinhalten müssen. Wie in der *Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand* (3) hervorgehoben wird, sind die Gesundheitssysteme nicht nur ein wichtiger Bestandteil der sozialen Fürsorge, sondern auch intelligente Akteure innerhalb der Volkswirtschaften. Das WHO-Regionalbüro für Europa muss mit einem hohen Maß an Führungskompetenz darauf hinwirken, dass die maßgeblichen Interessengruppen wirksam zusammenarbeiten und ihre Maßnahmenkataloge miteinander abstimmen.

Eine weitere Herausforderung ist die Influenza-Pandemie H1N1/2009. Das Auftreten des Pandemievirus wurde erstmals Ende April 2009 entdeckt. Mit Stand vom 20. November 2009 hatten 206 Länder bzw. überseeische Gebiete im Labor bestätigte Fälle von pandemischer Influenza H1N1/2009 gemeldet, davon über 6770 mit tödlichem Ausgang. Da zahlreiche Länder die Fallzählung (vor allem bei milden Krankheitsverläufen) bereits eingestellt haben, dürfte die tatsächliche Fallzahl jedoch erheblich höher liegen als die Zahl der registrierten Fälle. Die WHO rief im Juni 2009 die Pandemie aus, was durch die geografische Ausbreitung und die Reichweite, nicht aber die Gefährlichkeit des Virus bedingt war.

Es handelt sich um ein neues Influenzavirus vom Subtyp A/H1N1, das zuvor noch nie unter Menschen aufgetreten war und nicht mit früheren oder aktuellen saisonalen humanen Grippeviren verwandt ist. Es befällt allem Anschein nach überwiegend die Altersgruppen zwischen 25 und 45 Jahren bzw. unter 15 Jahren, während von der saisonalen Influenza i.d.R. hauptsächlich ältere Menschen betroffen sind. Die meisten Fälle verlaufen offenbar harmlos und selbstlimitiert, so dass eine Krankenhauseinweisung nicht geboten ist. Dennoch verzeichnen viele Mitgliedstaaten schon jetzt eine erhebliche Mehrbelastung ihrer Gesundheitssysteme, die sich in einer sprunghaften Zunahme der Nachfrage nach Leistungen äußert. Nach den bisherigen Erfahrungen mit der Pandemie H1N1/2009 in aller Welt, vor allem auf der Südhalbkugel, werden ungünstige klinische Ergebnisse auf verspätete Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. auf einen begrenzten Zugang zur Gesundheitsversorgung zurückgeführt. Ferner hat das Virus auch seine Fähigkeit unter Beweis gestellt, eine schnell fortschreitende, schwer zu behandelnde und daher hochgefährliche Lungenentzündung zu verursachen. Die WHO empfiehlt die vorrangige Zuteilung von Antiviralien zum Zwecke einer frühzeitigen Behandlung von Personen, die der Gefahr einer schweren oder tödlichen Erkrankung infolge einer Infektion mit dem Pandemievirus H1N1/2009 ausgesetzt sind.

Ende November 2009 meldeten Länder aus allen Teilen der Europäischen Region eine hohe bis sehr hohe Aktivität der Influenzübertragung (insbesondere in der Altersgruppe unter 15 Jahren). Die Gesamtzahl der Todesfälle seit April 2009 betrug 652. Zu diesem Zeitpunkt waren in 17 Ländern Impfkampagnen angelaufen, und acht Länder erfüllten die Voraussetzungen für den Erhalt von an die WHO gespendeten Impfstoffen.

Die Influenza-Pandemie führt erneut vor Augen, dass Gesundheitsgefahren nicht an den Landesgrenzen Halt machen. So werden zum ersten Mal die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (4) in einer Situation erprobt, in der sich mehrere Länder in einer gesundheitlichen Notlage befinden. Die aktuelle Lage verdeutlicht, wie wichtig es ist, dass die Menschen und die zuständigen Institutionen auf derartige Notlagen vorbereitet sind. Zentrale Elemente der Pandemiebekämpfung sind ein Informationsaustausch in Echtzeit und Lösungen, die eine Vielzahl von Interessengruppen integrieren. Viele betroffene Länder haben auf die Bedeutung hingewiesen, die einem allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung und einer stabilen primären Gesundheitsversorgung zukommt.

Die Gesundheitssysteme erfüllen in allen Phasen der Pandemiebekämpfung zentrale Funktionen: Identifizierung und Bestätigung von Infektionen; Versorgung, Behandlung und Beratung der betroffenen Personen und Koordination der Zusammenarbeit mit anderen Sektoren für eine maximale Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen. Die WHO arbeitet eng mit den Ländern der Europäischen Region zusammen, um sie beim Ausbau der Kapazitäten ihrer Gesundheitssysteme zu unterstützen. Sie hat sie zur Aktivierung ihrer nationalen Pandemie-Bereitschaftspläne veranlasst und sie bei der Verbesserung ihrer

Handlungsfähigkeit unterstützt. Dabei ist offenkundig geworden, dass es bei der Bewältigung der gegenwärtigen und anderer Bedrohungen sowie zur Rettung von Menschenleben unerlässlich ist, in die Gesundheitssysteme zu investieren.

Ziele des Berichts

Der vorliegende Bericht enthält eine Zusammenfassung der Fakten und Entwicklungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region und befasst sich mit der Stärkung der Gesundheitssysteme im Hinblick auf deren einzelne Funktionen: Leistungserbringung, Erschließung von Ressourcen, Finanzierung und Steuerung. Im Anhang finden sich einige Daten, die für die Analyse und die Schlussfolgerungen zu den derzeitigen und künftigen gesundheitlichen Herausforderungen in der Europäischen Region herangezogen wurden. Die vorhandenen Erkenntnisse umfassen die folgenden Bereiche:

- Anteil bestimmter Erkrankungen an der Krankheitslast;
- Einfluss bestimmter Risikofaktoren auf bestimmte Krankheiten und Gesundheitsprobleme;
- ausgewählte Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit, die eine eindeutige Verbesserung der Gesundheit herbeiführen, wenn die kontextbezogenen Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung berücksichtigt werden;
- die Rolle der Gesundheitssysteme bei der Bewältigung der unzähligen gesundheitlichen Herausforderungen in der Region.

Im Jahr 2008 verabschiedeten die Gesundheitsminister der Länder der Europäischen Region die Charta von Tallinn (3,5). Sie unterstreicht die Bedeutung, die den Gesundheitssystemen bei der Förderung von Gesundheit und Wohlstand zukommt. Darüber hinaus enthält sie Leitlinien und einen werteorientierten strategischen Rahmen für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Region und bietet eine Plattform für einen regionalen und nationalen Politikdialog, für den sie von allen Mitgliedstaaten politisches Engagement und Handlungsbereitschaft einfordert. Die Umsetzung der Charta von Tallinn wurde in jüngster Zeit auf zwei Folgetreffen erörtert. Im Februar 2009 vereinbarten die Mitgliedstaaten, gemeinsam mit der WHO einen Rahmen für die Bewertung der Leistungen der Gesundheitssysteme zu erarbeiten und eine Plattform zu entwickeln, auf der Erfahrungen ausgetauscht und Schlussfolgerungen für die Zukunft diskutiert werden können (6). Im April 2009 sprachen die Teilnehmer der hochrangigen Tagung „Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise“ 12 Empfehlungen zur Bewältigung der schweren Wirtschaftsrezession aus, die die negativen gesundheitlichen Auswirkungen minimieren und die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme stärken sollten (2). In diesen Empfehlungen wird das Bekenntnis zu den Grundsätzen der Charta von Tallinn nochmals bestätigt und gleichzeitig unterstrichen, dass sich die Gesundheitsministerien an vorderster Front dafür einsetzen müssen, gesundheitlichen Belangen im Rahmen der wirtschaftlichen und sozialen Tagesordnung Priorität zu verschaffen und den Regierungen klarzumachen, dass jeder Minister dem Schutz der Gesundheit verpflichtet ist.

Struktur des Berichts

Teil 2 des Berichts befasst sich mit aktuellen Entwicklungen im Gesundheitsbereich, mit den für die Gesundheit relevanten Einflussfaktoren, mit gegenwärtigen und künftigen

Herausforderungen und mit der Rolle der Gesundheitssysteme bei der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region. Zwar ist in der Region eine anhaltende Verbesserung in Bezug auf Gesundheitsindikatoren wie etwa die Mortalitätsrate zu verzeichnen, doch weisen einige Teilregionen sowie bestimmte Bevölkerungsgruppen innerhalb von Ländern noch immer dramatische Unterschiede im Gesundheitsbereich auf, die durch einen demografischen oder wirtschaftlichen Umbruch bedingt oder auf unterschiedlich ausgeprägte soziale Benachteiligungen zurückzuführen sind. Wie sehr sich die Kluft ausgeweitet hat, lässt sich u. a. an der alarmierenden Geschwindigkeit der Ausbreitung der multiresistenten Tuberkulose, aber auch an den umweltbedingten Gesundheitsproblemen ersehen, die auf Luftverschmutzung in urbanen Industriezentren und die Verwendung fester Brennstoffe im Wohnbereich zurückzuführen sind. Um diese Ungleichheiten auf ein Mindestmaß zu reduzieren, sollten sektorübergreifende Maßnahmen und breit angelegte Strategien konzipiert werden, die sich auf die benachteiligten Gruppen konzentrieren.

Die derzeitigen Entwicklungen stellen die Gesundheitspolitiker vor zahlreiche Herausforderungen für Gegenwart und Zukunft. Niedrige Fertilitätsraten, eine zunehmende Alterung der Bevölkerung und steigende Zuwanderungszahlen können einen zusätzlichen demografischen Druck auf die Gesundheits- und Sozialsysteme ausüben. Neue und wiederkehrende epidemische Infektionen bilden eine weitere Belastung für die Fähigkeit des öffentlichen Gesundheitswesens, die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhindern, zu überwachen und zu bekämpfen. Moderne Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen haben dazu geführt, dass chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme wie Adipositas, Bluthochdruck und Diabetes zunehmen. In den Ländern der Europäischen Region ist der durchschnittliche Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 7,4% im Jahr 1998 auf 7,7% im Jahr 2005 gestiegen. Steigende Einkommen können zu steigenden Erwartungen der Bürger in Bezug auf neuere und kostspieligere Gesundheitstechnologien führen.

Die Gesundheitssysteme müssen dynamisch und flexibel genug sein, um diese gesundheitlichen Entwicklungen sowie neu hinzukommende externe Faktoren, z. B. die schwere Wirtschaftsrezession oder den Ausbruch eines neuen Influenzavirus, zu antizipieren bzw. auf sie zu reagieren. Sie haben die wichtige Aufgabe, die gesundheitlichen Ergebnisse zu verbessern, indem sie Gesundheitsleistungen erbringen und sektorübergreifende Führungs- und Koordinationsaufgaben übernehmen. Die Gesundheitsministerien der Europäischen Region setzen sich dafür ein, dass alle Menschen Zugang zu den benötigten Gesundheitsleistungen haben, ohne dass sie Gefahr laufen, durch Zahlungen aus eigener Tasche zu verarmen. Erhebliche Fortschritte wurden auch bei der Identifikation von Maßnahmen erzielt, mit denen gesellschaftlich bedingte Ungleichheiten im Gesundheitsbereich bewältigt und aus denen Grundsätze für bewährte Praktiken und Kriterien zur Bewertung von Projekten für mehr Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung abgeleitet werden können. Bei der Priorisierung gesundheitsbezogener Ausgaben könnte die Politik auch dem Umstand Rechnung tragen, dass höhere Gesundheitsausgaben einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der wirtschaftlichen Produktivität und zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden leisten. Die Stärkung der Gesundheitssysteme auf der Grundlage solider Erkenntnisse zu Kosteneffektivität und Leistungsbewertung birgt ein Potenzial für mehr Gesundheit und Wohlstand sowie eine Erhöhung des Wohlbefindens innerhalb der Gesellschaft.

In Teil 3 des Berichts wird der umfassende Reformprozess erläutert, mit dem die Regierungen der Länder der Europäischen Region die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in allen vier Aufgabenbereichen (Leistungserbringung, Erschließung von Ressourcen, Finanzierung

und Steuerung) steigern wollen. Hierbei gilt ein besonderes Augenmerk dem erneuerten Bekenntnis zur Modernisierung der primären Gesundheitsversorgung zu einem abgestimmten, integrierten, bürgernahen und umfassenden Versorgungsangebot. Die klare Botschaft dieses Reformprozesses lautet, dass sich Strategien zur Finanzierung der Gesundheitssysteme auf die politischen Ziele und nicht auf die Einführung bestimmter Instrumente konzentrieren sollten. Eine gute Finanzpolitik sollte auf ein dauerhaft leistungsfähiges Gesundheitssystem, die Achtung der Grundwerte Chancengleichheit, Solidarität und Teilhabe und gleichzeitig einen finanziell verantwortungsbewussten Umgang mit den vorhandenen Ressourcen abzielen.

In Bezug auf die Strukturen und Verfahren für die Rechenschaftslegung, die Verfügbarkeit und Qualität von Daten sowie auf Bürgerbeteiligung, Transparenz und die Ausgereiftheit der Systeme zur Leistungsmessung und kontinuierlichen Qualitätssteigerung weisen die Mitgliedstaaten der Region erhebliche Unterschiede auf. Das Regionalbüro unterstützt Gesundheitsministerien und Regierungen im Hinblick auf die gezielte Nutzung aussagekräftigerer leistungsbezogener Informationen bei der Durchführung komplexer Reformen in einem Umfeld zunehmender finanzieller Beschränkungen und wachsender Erwartungen.

Eine eingehende Beschäftigung mit den Gesundheitssystemen kann eine Verbesserung der aktuellen und künftigen gesundheitlichen Ergebnisse bewirken. Der vorliegende Bericht soll zur erfolgreichen Durchführung von Reformen und Strategien in den Gesundheitssystemen beitragen, die einer Verbesserung ihrer Fähigkeit zur Bereitstellung einer effizienten, patientenorientierten und qualitativ hochwertigen Versorgung dienen.

Literatur

1. Equity [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>, accessed 28 June 2009).
2. *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region, Oslo, Norway, 1–2 April 2009. Meeting report.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_report.pdf, accessed 28 June 2009).
3. *Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438g.pdf>, eingesehen am 28. Juni 2009).
4. *International Health Regulations (2005)*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/ihr/9789241596664>, accessed 28 June 2009).
5. *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/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1?language=German, eingesehen am 28. Juni 2009).
6. *First Regional Follow-up Meeting on the Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Copenhagen, Denmark 5–6 February 2009.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/healthsystems/20090128_1, accessed 28 June 2009).

Teil 2:

Gesundheits- situation in der Europäischen Region



Zentrale Gesundheitsindikatoren: Durchschnittswerte und Trends

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung der Europäischen Region der WHO verbessert. Dies geht aus der steigenden Lebenserwartung bei Geburt hervor. Allerdings ist die höhere Lebenserwartung in zunehmendem Maße ungleich verteilt. Die Unterschiede sind auf geschlechtsspezifische, soziale und ökonomische Faktoren zurückzuführen. Die höhere Lebenserwartung wird der allgemein sinkenden Mortalitätsrate zugeschrieben, die hauptsächlich darauf beruht, dass im frühen Kindesalter weniger übertragbare Krankheiten auftreten und das vorzeitige Ableben von Erwachsenen aufgrund besserer Gesundheitsversorgung später erfolgt (1). Außerdem hat eine Veränderung von Lebensstil und Verhalten der Bevölkerung strukturelle Veränderungen in Bezug auf Mortalität und Krankheitslast bewirkt, so dass chronische nichtübertragbare Krankheiten, Verletzungen und Gewalt mittlerweile eine größere Rolle spielen.

Innerhalb der Europäischen Region haben sich Gruppen von Ländern herausgebildet, die sich erheblich voneinander unterscheiden. In der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS), zu denen auch die zentralasiatischen Staaten und Kasachstan (CARK) gehören, sind die Mortalitäts- und Morbiditätsraten im Allgemeinen höher, was häufig auf demografische, soziale und ökonomische Umbruchphasen zurückgeführt wird. Die 15 Länder, die schon vor dem 1. Mai 2004 Mitglieder der Europäischen Union (EU) waren (EU-15), und die 12 Länder, die ihr seitdem beigetreten sind (EU-12), weisen im Allgemeinen niedrigere Mortalitäts- und Morbiditätsraten auf. Da die Gesundheitssysteme für eine angemessene Anpassung und Reaktion auf eine detailliertere Abgrenzung der Situation und Bedürfnisse ihres jeweiligen Landes angewiesen sind, befasst sich der folgende Abschnitt mit den Aspekten Mortalität und Krankheitslast und ihrer aktuellen Entwicklung in der Region. In Teil 2 des Berichts werden ländergruppenspezifische Muster und Trends erörtert. Informationen zu vielen der genannten Bereiche finden sich für jedes einzelne Land der Region in den sieben Tabellen des Anhangs. Darüber hinaus werden im Anhang auch einige Fachbegriffe definiert.

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung dient der groben, jedoch umfassenden Messung des Gesundheitszustands der Bevölkerung insgesamt, da hier in standardisierter Form aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand aller Bevölkerungsgruppen nach Alter und Geschlecht geordnet zusammengefasst werden. Sie ist ein zuverlässiges Maß für das gesundheitliche Abschneiden einer Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt (2). Als allgemeiner Indikator spiegelt die Lebenserwartung die Erfolge einer Gesellschaft bei der Verbesserung der Gesundheit wider, während andere Indikatoren nur die Erfolge der Gesundheitssysteme messen. Diese Differenzierung ist entscheidend, da sie mit der wichtigsten Grundidee des öffentlichen Gesundheitswesens verknüpft ist: Gesundheits- und Krankheitszustand der Menschen sind Ausdruck für Erfolg und Versagen einer Gesellschaft insgesamt (3).

Innerhalb der Europäischen Region verzeichnete die Schweiz mit 82,0 Jahren (2006) die höchste und Kasachstan mit 66,4 Jahren (2007) die niedrigste Lebenserwartung bei Geburt. Die Lebenserwartung der Region insgesamt ist von 73,1 Jahren im Jahr 1990 auf 75,6 Jahre im Jahr 2006 gestiegen (Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1: Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren) in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990 und 2006)

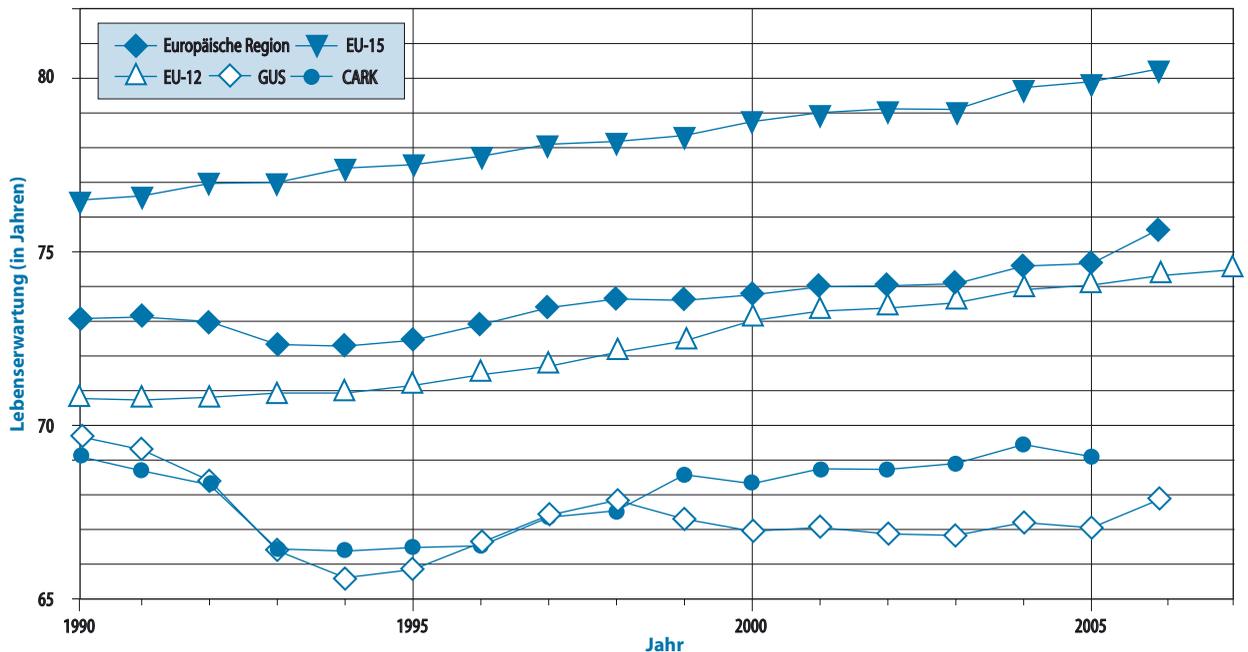
Ländergruppe	1990	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)
Europäische Region	73,1	75,6	103
EU-15	76,5	80,3	105
EU-12	70,8	74,3	105
GUS	69,7	67,9	97
CARK	69,1	69,1 ^a	100

^a Daten für 2005.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

Die Lebenserwartung ist in den EU-Staaten kontinuierlich und erheblich gestiegen (Abb. 2.1). Bemerkenswert ist der Umstand, dass die EU-15- und die EU-12-Länder ihre durchschnittliche Lebenserwartung ausgehend von einem bereits hohen Niveau jeweils um weitere 5% verbessern konnten. Ursache hierfür sind die in allen Altersklassen kontinuierlich sinkenden Mortalitätsraten, die wiederum auf höhere Lebens- und Bildungsstandards, gesündere Lebensgewohnheiten, einen besseren Zugang zu Gesundheitsangeboten und eine qualitativ bessere Versorgung zurückzuführen sind.

Abb. 2.1: Lebenserwartung bei Geburt in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990–2007)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

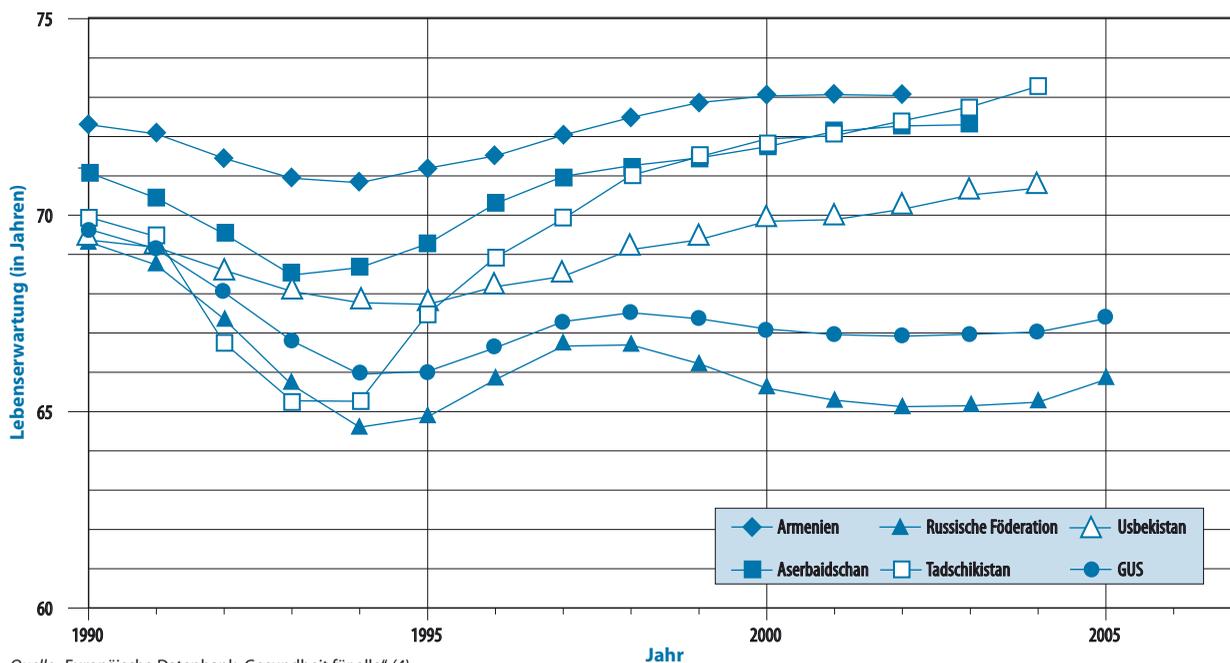
Leider ist es den GUS-Staaten nicht gelungen, sich schnell von den gestiegenen Mortalitätsraten der frühen 1990er Jahre zu erholen. Zwischen 1991 und 1994 hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung in diesen Ländern deutlich verschlechtert. Diese Entwicklung konnte seitdem nur teilweise rückgängig gemacht werden. Seit Ende der 1990er Jahre hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung in den GUS-Staaten nicht wesentlich verändert.

Aufgrund ihres zahlenmäßigen Anteils hat die Bevölkerung der Russischen Föderation einen großen Einfluss auf die durchschnittliche Lebenserwartung in der GUS. In der Literatur werden als Grund häufig die ungünstigen Entwicklungen im Land genannt und klare Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung und sozioökonomischen Entwicklungen festgestellt. Beispielsweise fiel der Anstieg der Mortalitätsrate in den Zeiträumen 1991–1994 und 1998–2003 jeweils in eine Zeit schwieriger sozioökonomischer Rahmenbedingungen. Dagegen war der relative Rückgang der Mortalitätsrate in den Zeiträumen 1994–1998 und 2003–2006 von einem relativen wirtschaftlichen Aufschwung begleitet (5). Zudem war die vorzeitige Mortalität, insbesondere von Männern, zu einem erheblichen Teil auf den übermäßigen Alkoholkonsum in weiten Teilen der Bevölkerung zurückzuführen. Allerdings wurden viele alkoholbedingte Todesfälle fälschlicherweise Kreislauferkrankungen zugeschrieben (siehe unten) (5).

Dennoch schnitten einige GUS-Staaten (z. B. Armenien, Aserbaidschan, Tadschikistan und Usbekistan) relativ gut ab und konnten einen leichten Anstieg der Lebenserwartung gegenüber den 1990er Jahren verbuchen (Abb. 2.2). Dies deutet darauf hin, dass die nationalen Strategien in jüngster Zeit trotz zuvor gleichlaufender Trends eine Wirkung gezeigt haben. Um herauszufinden, welche konkreten Strategien in diesen Ländern eine Rolle gespielt haben, müssen vergleichende Untersuchungen durchgeführt werden, doch legen Forschungserkenntnisse aus zahlreichen anderen Ländern den Schluss nahe, dass Strategien, die auf die sozioökonomischen Lebens- und Arbeitsbedingungen abzielen, normalerweise größere Wirkung zeigen als Strategien, die sich auf die Gesundheitsversorgung beschränken.

Die steigende Lebenserwartung in der Europäischen Region gilt sowohl für Menschen unter 65 Jahren als auch für Menschen oberhalb dieser Altersgrenze. Die Verringerung der Lebenserwartung durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahrs ist ein in hohem Maße

Abb. 2.2: Lebenserwartung bei Geburt (gleitende 3-Jahres-Durchschnitte) in ausgewählten GUS-Staaten (1990–2005)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

aussagekräftiges Instrument zur Messung der vorzeitigen Mortalität. Aus Tabelle 2.2 geht hervor, dass die Zahl der aus diesem Grund verlorengegangenen Lebensjahre in der Region (mit Ausnahme der GUS-Staaten) sinkt.

Tabelle 2.2: Zahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahrs verlorenen Lebensjahre in der Europäischen Region der WHO (1990 und 2006)

Ländergruppe	1990	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)
Europäische Region	7,8	6,7	86
EU-15	5,6	4,2	75
EU-12	8,7	6,9	79
GUS	10,3	11,3	110
CARK	11,5	10,0 ^a	87

^a Daten für 2005.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

Welchen relativen Einfluss die zahlreichen gesundheitsbezogenen und sonstigen (überwiegend sozioökonomischen) Faktoren im Laufe der Jahre in den verschiedenen Ländern auf die Lebenserwartung haben, lässt sich nur schwer abschätzen. Allgemein ist ein höheres Nationaleinkommen mit einer höheren Lebenserwartung bei Geburt verbunden. Auch die Ausgaben für Gesundheitsleistungen sind ein wichtiger Aspekt bei der Verbesserung der Gesundheitssituation. Dennoch kann die Lebenserwartung in Ländern, deren Einkommen und Gesundheitsausgaben sich auf einem vergleichbaren Niveau befinden, sehr unterschiedlich sein, und umgekehrt können Länder mit in etwa gleicher Lebenserwartung in Bezug auf Einkommen und Gesundheitsausgaben deutlich voneinander abweichen. Weltweit ist zu beobachten, dass die Beziehungen zwischen BIP und Gesundheit, zwischen BIP und Gesamtausgaben für die Gesundheit sowie zwischen Gesamtausgaben für die Gesundheit und Gesundheit nicht unbedingt deterministisch oder linear ausfallen. Einige Länder erzielen bessere Ergebnisse als andere, was auf eine Vielzahl weiterer Faktoren zurückzuführen ist, u. a. die Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme.

Beispielsweise ist die Lebenserwartung in Dänemark und Portugal gleich hoch, obwohl das Einkommen Portugals nur 60% des Einkommens von Dänemark und die Gesundheitsausgaben pro Kopf (ausgedrückt in kaufkraftbereinigten internationalen Dollar) in Portugal nur 64% der Gesundheitsausgaben Dänemarks betragen (Tabelle 2.3). Ebenso ist die Lebenserwartung in Georgien genauso hoch wie in Ungarn, während sein nationales Einkommen nur 19% und seine Gesundheitsausgaben nur 24% des jeweils in Ungarn erreichten Niveaus betragen. Umgekehrt sind Gesundheitsausgaben und BIP in Kroatien und Litauen etwa gleich hoch, doch die Lebenserwartung unterscheidet sich um 5 Jahre.

Die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit hat hervorgehoben, dass den sozialen Determinanten von Gesundheit eine wichtige Funktion zukommt, die jedoch

Tabelle 2.3: Vergleich von drei Länderpaaren aus der Europäischen Region der WHO in Bezug auf Lebenserwartung, Einkommen und Gesundheitsausgaben (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)

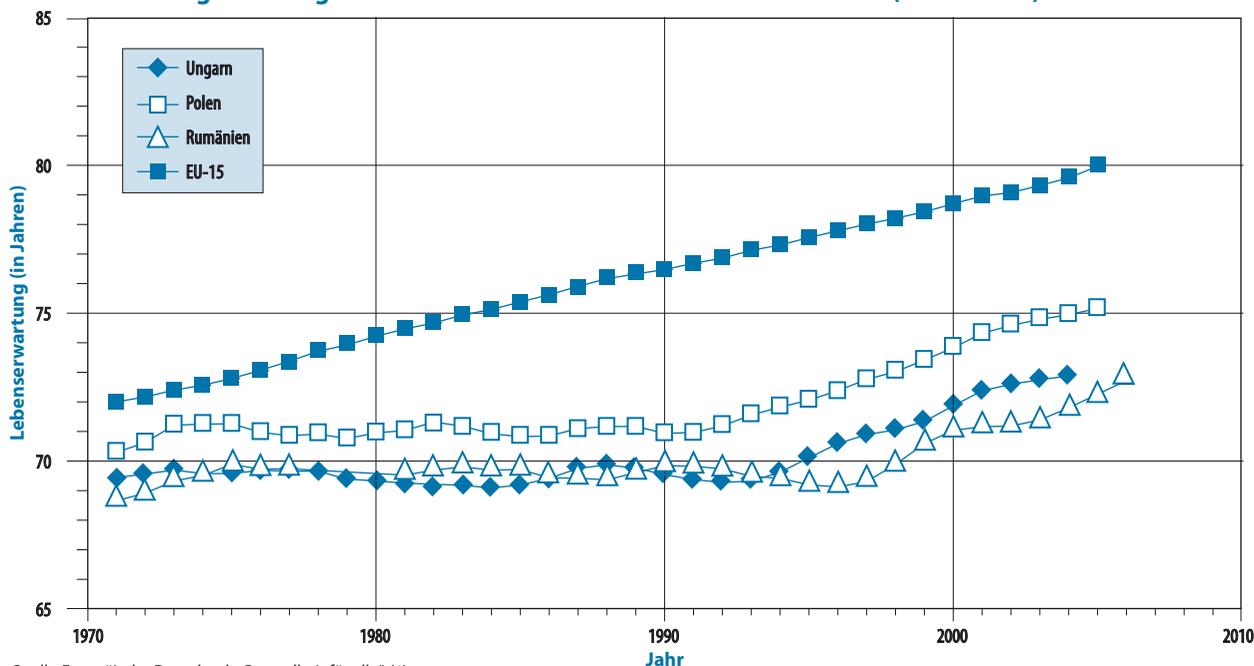
Indikator	Dänemark	Portugal	Ungarn	Georgien	Kroatien	Litauen
Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren)	78,1	78,3	73,0	73,1	76,0	71,0
BIP pro Kopf (in US-\$ KKP ^a)	33 973	20 410	17 887	3 365	13 042	14 494
Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf (in US-\$ KKP)	3 169	2 034	1 329	318	1 001	862

^a KKP: Kaufkraftparität (siehe Definition im Anhang).

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

häufig außer Acht gelassen wird (6,7). Hauptursache für die festgestellten Unterschiede sind die unterschiedlich gestuften Beziehungen zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit. Damit ist gemeint, dass das Gefälle der systematischen Abnahme des Gesundheitsstatus verschiedener sozioökonomischer Gruppen von oben nach unten je nach Gesellschaft unterschiedlich ausgeprägt ist. Grundsätzlich jedoch ist der Grad der Neigung nicht unabänderlich festgelegt, sondern aufgrund des sozioökonomischen Wandels kontinuierlichen Veränderungen unterworfen, doch er ist in allen Gesellschaften unabhängig von zeitlichen und örtlichen Rahmenbedingungen gegeben. Beispielsweise haben die politischen Veränderungen um das Jahr 1990 in einigen EU-12-Ländern eindeutig dazu geführt, dass die zuvor stagnierende Entwicklung der Lebenserwartung an den im EU-Durchschnitt zu verzeichnenden Anstieg angepasst werden konnte (Abb. 2.3).

Abb. 2.3: Lebenserwartung bei Geburt (gleitende 3-Jahres-Durchschnitte) in der Europäischen Region der WHO im Vergleich ausgewählter EU-12-Länder mit EU-15-Durchschnitt (1970–2006)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

Allgemein beeinflusst die differenzierte, jedoch veränderbare Wirkung des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit das Maß an Chancengleichheit im Gesundheitsbereich. Aus diesem Grund ist Gesundheit zwischen den Ländern und stärker noch innerhalb der Länder ungleich verteilt. Dies lässt sich durch den Vergleich verschiedener Indikatoren nachweisen.

Das offensichtlichste Beispiel ist die mangelnde Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zwischen den Geschlechtern. Nach Marmot (8) handelt es sich bei dem unterschiedlichen Status von Männern und Frauen in fast jeder Gesellschaft um die vielleicht einschneidendste und am tiefsten verwurzelte Ungleichheit. 2006 unterschied sich die Lebenserwartung von Frauen und Männern in der Europäischen Region um 7,5 Jahre (Tabelle 2.4): Die Lebenserwartung von Männern betrug 71,9 Jahre und die von Frauen 79,4 Jahre. Diese geschlechtsbedingte Kluft hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in bestimmten Ländergruppen der Region gewandelt; Gründe hierfür sind vor allem Veränderungen bezüglich des unterschiedlichen Risikoverhaltens von Männern und Frauen sowie die

Tabelle 2.4: Unterschiedliche Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren) von Männern und Frauen in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990 und 2006)

Ländergruppe	1990	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)
Europäische Region	8,0	7,5	94
EU-15	6,8	5,7	84
EU-12	8,2	8,1	99
GUS	9,6	10,9	114
CARK	7,6	7,1	93

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

unterschiedliche Inanspruchnahme präventiver und kurativer Gesundheitsleistungen, die wiederum das Ergebnis sozioökonomischer Veränderungen waren.

Bei den meisten Faktoren ist die Ungleichheit innerhalb der Länder stärker ausgeprägt als im Vergleich der Länder untereinander. Das Ausmaß der festgestellten Ungleichheit hängt von der verwendeten Methode ab. Eine weltweite Studie, bei der über 9000 Lebenstabellen untersucht wurden (2), kam zu dem Ergebnis, dass ca. 90% der Ungleichheit in Bezug auf die Lebenserwartung innerhalb der Länder besteht. Speziell für die EU konnte eine umfassende Übersichtsarbeit zu Ungleichheiten im Gesundheitsbereich (9) erhebliche sozioökonomisch bedingte Ungleichheiten nachweisen. Dabei waren die gesundheitlichen Bedingungen und die Gesundheitsdeterminanten, die für die gesundheitlichen Ungleichheiten maßgeblich verantwortlich sind, in den untersuchten Populationen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dies ist ein eindeutiges Indiz dafür, dass sich die Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abbauen lassen.

Lebenserwartung ist kein aussagekräftiger Gradmesser für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems. Beispielsweise kam ein Bericht der norwegischen Gesundheitsdirektion zur Entwicklung der Gesundheit in Norwegen (10) zu dem Ergebnis, dass das Ansteigen der Lebenserwartung in den vergangenen 150 Jahren offenbar konstant gewesen sei. Ähnliche Feststellungen waren bereits früher getroffen worden. Die jährliche Steigerungsrate beträgt konstant 0,3 Jahre und gilt für Industrieländer. Da die Gesundheitssysteme im Laufe der Zeit nicht dieselbe Wirkung erzielt haben, lässt diese konstante Rate vermuten, dass es nicht leicht ist, die konkrete Wirkung von Reformen in den Gesundheitssystemen auf die Lebenserwartung nachzuweisen. Auch wenn sich durch einen besseren Zugang zu einer wirksamen Gesundheitsversorgung immer mehr Leben retten lassen, ist es oft schwierig, eine Änderung der Mortalitätsrate unmittelbar mit den Leistungen des Gesundheitssystems in Form von Krankheitsprävention und therapeutische Maßnahmen in Verbindung zu bringen (siehe Abschnitt „Rolle der Gesundheitssysteme bei der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung“). Die Art und Weise, wie Lebenserwartung und Mortalität derzeit gemessen werden, ist noch nicht ausreichend differenziert, um die Auswirkungen von Reformen des Gesundheitssystems auf die öffentliche Gesundheit überwachen zu können (siehe Abschnitt über Messverfahren für vermeidbare Mortalität und um Behinderungen bereinigte Lebensjahre).

Um eine Gesamtaussage über die Gesundheitssituation machen zu können, sind verschiedene Indikatoren verwendet worden. Hierzu zählen u. a. Lebenserwartung und Auswirkungen von Behinderungen und Krankheiten in unterschiedlichen Altersgruppen. Bei der Feststellung der gesunden Lebenserwartung bei Geburt wird daher berücksichtigt, wie viele Lebensjahre bei eingeschränkter Gesundheit verlebt werden (11). Ähnlich wie die Lebenserwartung bei Geburt ist auch die gesunde Lebenserwartung bei Geburt innerhalb der Europäischen Region sehr

uneinheitlich verteilt. Im Jahr 2007 betrug die Bandbreite bei der männlichen Bevölkerung 21 Jahre (74–53) und bei der weiblichen Bevölkerung 19 Jahre (76–57) (12). Zwar leben Frauen durchschnittlich 7,5 Jahre länger als Männer, doch die gesunde Lebenserwartung von Männern und Frauen weist durchschnittlich nur eine Differenz von 5 Jahren auf. Dies bedeutet, dass Frauen einen geringeren Anteil ihres Lebens bei guter Gesundheit bzw. frei von Behinderungen verbringen als Männer (Abb. 2.4). Somit ist die Krankheitslast bei Frauen am Ende ihres Lebens höher als bei Männern, da Frauen erstens länger leben und zweitens häufiger von mehreren Krankheiten betroffen sind. Allgemein ist die gesunde Lebenserwartung in den GUS-Staaten (durchschnittlich 58,0 Jahre für Männer und 61,5 Jahre für Frauen) um knapp 20% niedriger als in den EU-15-Ländern. Diese Ungleichheit wird auf sozioökonomische Faktoren zurückgeführt, z. B. Bildungsgrad und staatliche Gesundheitsausgaben (als Anteil am BIP und den gesamten Staatsausgaben) (13). Daher müssen die Gesundheitsinformationssysteme dadurch verbessert werden, dass in großem Umfang Indikatoren eingeführt werden, die nicht auf der Mortalität basieren und die konkreten und potenziell äußerst wertvollen Beiträge messen können, die die Gesundheitssysteme zur Gesundheit der Bevölkerung insgesamt leisten. Es muss der Öffentlichkeit verdeutlicht werden, welche Vorteile von steigenden Ausgaben für die Gesundheitssysteme zu erwarten sind. Diese Informationen sind auch unentbehrlich, um Gesundheitsreformen verantwortungsvoll durchführen zu können. Der Versuch, die Gesundheitssysteme zu verbessern, ohne dabei wirksame Mess- und Überwachungsinstrumente einzusetzen, könnte zu einer unnötigen Verschwendung von Kapazitäten und Ressourcen führen. Zwar müssen für die Verbesserung der Informationssysteme Ressourcen bereitgestellt werden, doch auf lange Sicht ist es für die Gesellschaft zweifellos kostspieliger, für die Schäden aufzukommen, die durch eine schlechte Überwachung der Gesundheitssysteme und die Vernachlässigung von Evaluierungen entstehen.

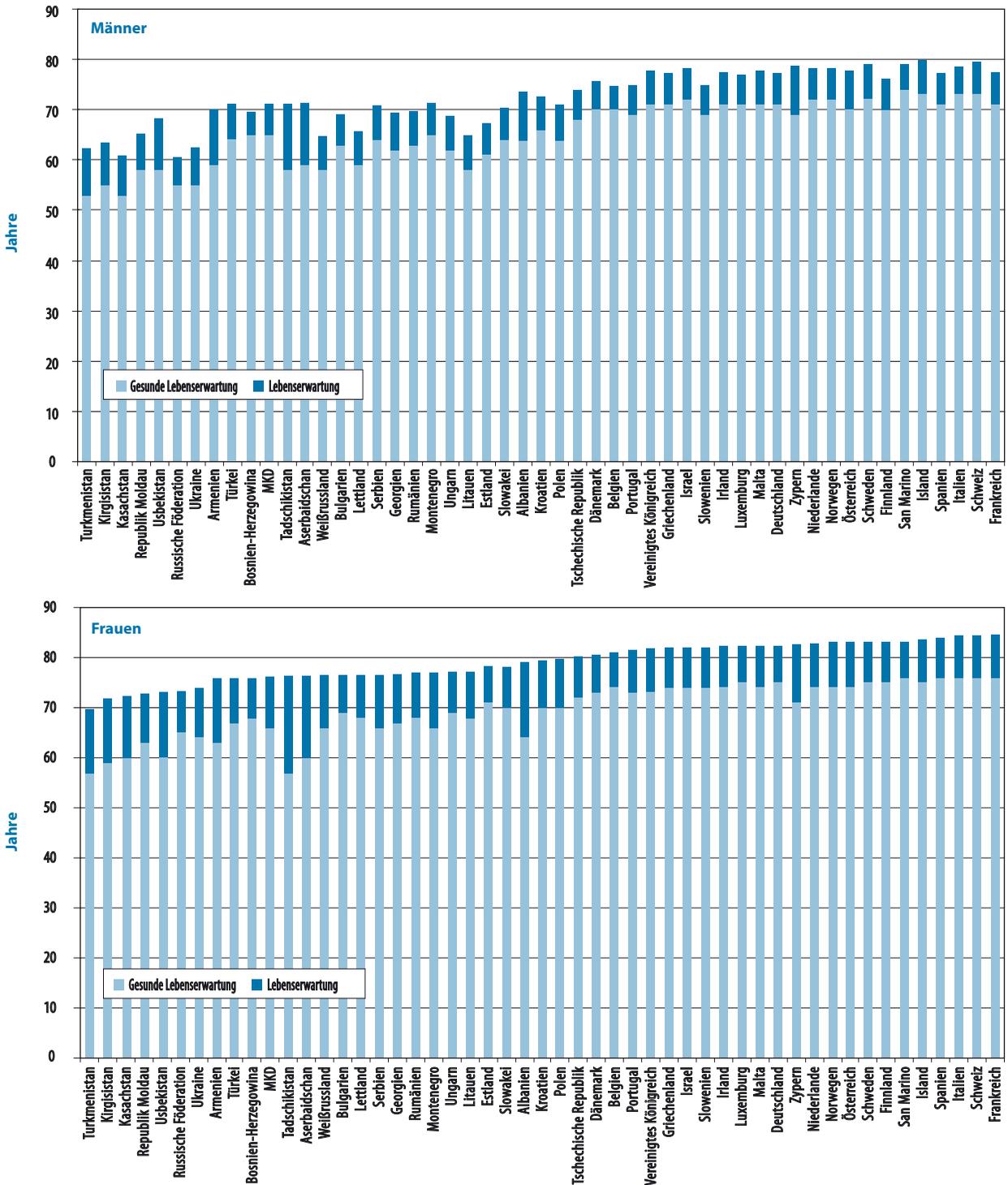
Die Herausforderungen, die die Gesundheitssysteme künftig bewältigen müssen, werden häufig im Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung und der darauf beruhenden Alterung der Bevölkerung diskutiert. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der stabilen bzw. abnehmenden Fertilitätsraten wird der Anteil der Altersgruppe der über 65-Jährigen zunehmen. Der Bedarf an Gesundheitsleistungen wächst mit steigendem Lebensalter. Daher wird häufig davon ausgegangen, dass in Zukunft eine stärkere Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung erfolgen und steigende Kosten mit sich bringen wird. Diese Prognosen sind jedoch möglicherweise überzogen (14) und werden im Folgenden untersucht.

Mortalität

Die Mortalität ist ein zuverlässiger Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung, der in der Europäischen Region in großem Umfang verwendet wird. In einigen Teilen der Region ist die Datenerhebung jedoch lückenhaft und von schlechter Qualität, so dass die vorhandenen Zahlen mit Vorsicht zu behandeln sind. Die Gesamtmortalitätsrate aus allen Ursachen ist in der Region in den vergangenen 10 Jahren stetig gesunken; 2006 betrug die durchschnittliche altersstandardisierte Mortalitätsrate (SDR) 888,2 pro 100 000 Einwohner. Die Länder der Region weisen sehr unterschiedliche Mortalitätsraten auf, wobei die Raten im Osten höher sind als im Westen (Abb. 2.5) (15).

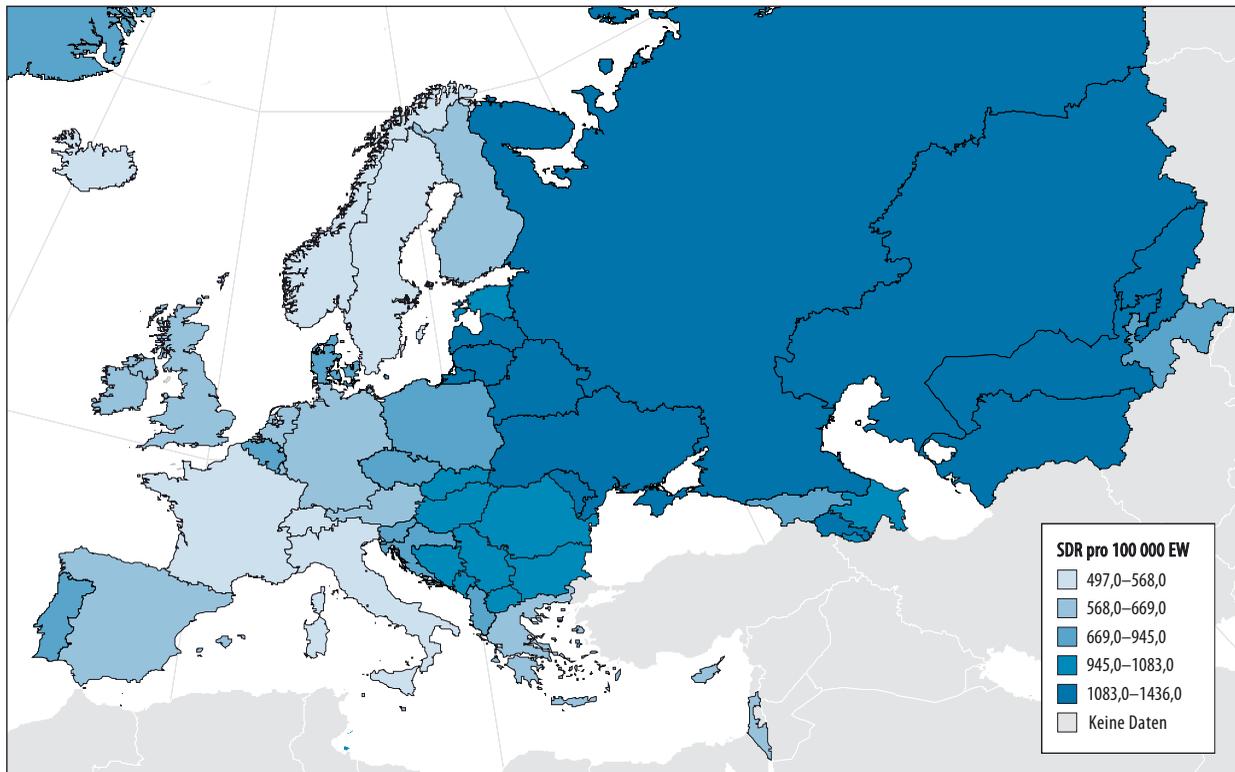
Seit Mitte der 1990er Jahre sind für die Gesamtmortalität in der Europäischen Region zwei Trends festzustellen: In den EU-Staaten nimmt die Gesamtmortalität ab (SDR-Rückgang um 20–25% im Jahr 2006), während in den GUS-Staaten (einschließlich CARK) eine Stagnation

Abb. 2.4: Geschätzte Lebenserwartung bei Geburt und gesunde Lebenserwartung von Männern und Frauen in der Europäischen Region der WHO (2007)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird.
 Quelle: World health statistics 2009 (12).

Abb. 2.5: Mortalität aus allen Ursachen: SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)



Quelle: European mortality database (15).

bzw. Zunahme der Gesamtmortalität (SDR-Zunahme um ca. 10–15%) zu beobachten ist (Tabelle 2.5). Betrachtet man die Region insgesamt, so ist die Mortalitätsrate von Männern (SDR: 1177,9) um 75% höher als bei Frauen (SDR: 672,9). In den GUS-Staaten (90%) ist die Diskrepanz jedoch größer als in den EU-15-Ländern (61%). In den GUS-Staaten mit mehr als 10 Mio. Einwohnern ist die Mortalitätsrate erheblich gestiegen: In Kasachstan, der Russischen Föderation, der Ukraine und Weißrussland nahm die SDR zwischen 1990 und 2006 um knapp 35% zu. Mitte der 1990er Jahre sank die Mortalitätsrate in der Russischen Föderation um mehr als 10%, doch in der Folgezeit erreichte der Wert wieder die früheren Höchstwerte und pendelte sich auf diesem Niveau ein. Untersuchungen zufolge ist dies auf den Alkoholkonsum und das Maß der staatlichen Kontrolle über diesen zurückzuführen (16).

Tabelle 2.5: Mortalität aus allen Ursachen: Populationsgewichtete SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990–2006)

Ländergruppe	1990	1995	2000	2005	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)
Europäische Region	967,1	1038,3	964,2	926,1	888,2	92
EU-15	780,4	722,1	658,2	599,9	580,7	74
EU-12	1141,1	1124,9	1003,9	944,8	923,7	81
GUS	1154,4	1448,6	1375,8	1394,6	1326,6	115
CARK	1107,6	1366,7	1266,7	1240,0	n. v.	112 ^a

Hinweis: n. v.: nicht verfügbar.

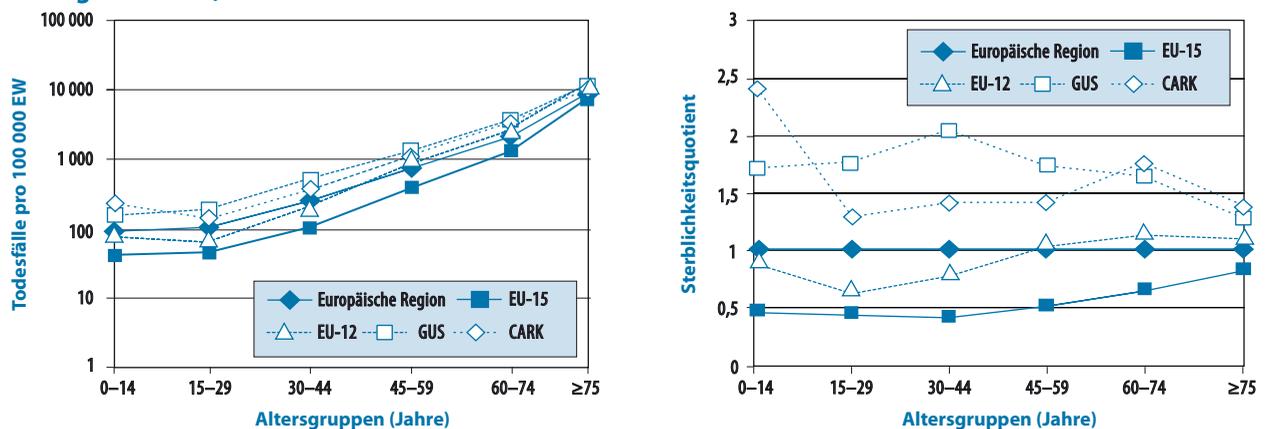
^a Daten für 2005.

Quelle: European mortality database (15).

Betroffene Altersgruppen

Tendenziell nehmen die Mortalitätsraten in der Europäischen Region mit fortschreitendem Alter zu, allerdings sind in den verschiedenen Ländergruppen unterschiedliche Muster anzutreffen (Abb. 2.6). Beispielsweise haben die GUS- und CARK-Staaten unabhängig von der jeweiligen Altersgruppe höhere Mortalitätsraten als die Region insgesamt, doch mit zunehmendem Alter findet eine Annäherung der Mortalitätsraten statt. Die Mortalitätsraten junger Menschen sind in den CARK-Staaten mehr als doppelt so hoch wie in der Region insgesamt. Als Ursache werden übertragbare Krankheiten angenommen. In den GUS-Staaten sind die Mortalitätsraten bei den wirtschaftlich aktiven Bevölkerungsgruppen besonders hoch. Dies legt einen Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen und Gewalteinwirkungen nahe.

Abb. 2.6: Altersspezifische Mortalität: Populationsgewichtete SDR pro 100 000 Einwohner und Sterblichkeitsquotienten in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)



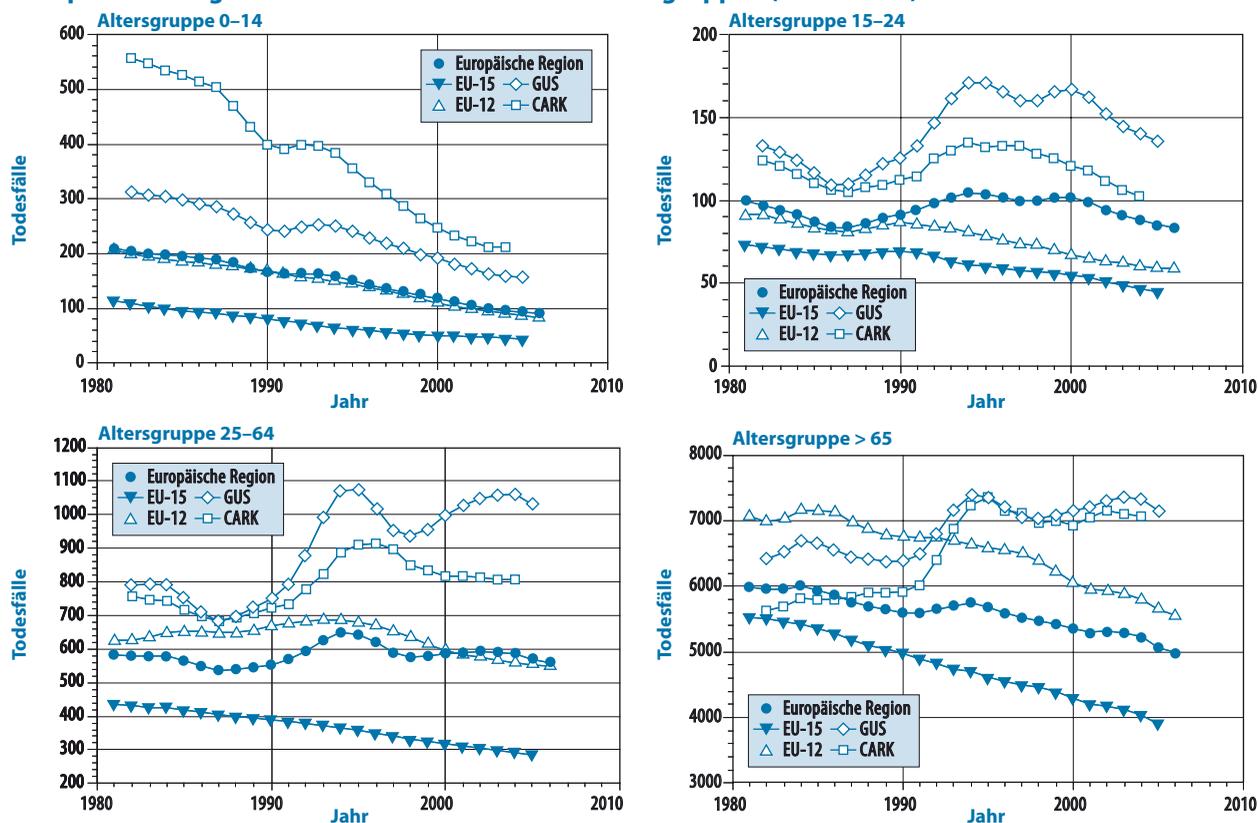
Quelle: European mortality database (15).

Die Mortalitätsraten der einzelnen Altersgruppen sind in der Europäischen Region insgesamt gesunken. Dies gilt jedoch nicht für alle Länder. Zwar ist die Mortalität von Kindern unter 15 Jahren in allen Ländergruppen gesunken, doch bei den Erwachsenen sind die Unterschiede dramatisch, wobei die Mortalitätsraten seit den 1990er Jahren entweder langsamer sinken oder sogar ansteigen, insbesondere in den GUS-Staaten. Die relative Größenordnung der festgestellten Mortalitätsraten ist noch immer in beträchtlichem Maße von der Altersgruppe abhängig (Abb. 2.7). Diese Unterschiede belegen die Ungleichheit im Gesundheitswesen und legen einen Zusammenhang mit Lebensgewohnheiten und dem Zugang von Erwachsenen und älteren Bevölkerungsgruppen zur Gesundheitsversorgung nahe.

Mortalität von Säuglingen und Müttern

Die Mortalität von Säuglingen unter 1 Jahr ist ein Indikator für die Lebensumstände und den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Seit 1990 ist die Säuglingsmortalität in der Europäischen Region um über 50% gesunken. 2006 lag die Rate bei 7,3 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten (Tabelle 2.6). Auch wenn in allen Ländergruppen ein ähnlicher Rückgang festzustellen war, unterscheiden sich die Mortalitätsraten noch immer erheblich voneinander. So weisen die EU-15-Länder mit 0,54 den niedrigsten, die CARK-Staaten mit 2,43 den höchsten Sterblichkeitsquotienten in der Region auf.

Abb. 2.7: Mortalität aus allen Ursachen: Populationsgewichtete SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Alters- und Ländergruppen (1981–2006)



Quelle: European mortality database (15).

Tabelle 2.6: Populationsgewichtete Säuglingsmortalität pro 1000 Lebendgeburten in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990–2006)

Ländergruppe	1990	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)	Sterblichkeits-quotient (Europäische Region = 1)
Europäische Region	15,4	7,3	47	1,0
EU-15	7,6	4,0	52	0,5
EU-12	16,9	7,9	46	1,1
GUS	22,3	12,8	57	1,8
CARK	33,8	17,7	52 ^a	2,4 ^a

^a Daten für 2005.

Quelle: European mortality database (15).

Die Mortalität von Müttern ist ein Indikator für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und für deren Qualität. Sie ist in der Europäischen Region auf 12,9 Todesfälle pro 100 000 Lebendgeburten im Jahr 2006 gesunken; dies entspricht knapp der Hälfte der Mortalitätsrate von 1990 (Tabelle 2.7). Der Rückgang war in den EU-12-Ländern am stärksten (knapp 75%) und in den EU-15-Ländern am schwächsten (30%), wobei die Mortalitätsrate von Müttern in letzterer Ländergruppe jedoch um 60% niedriger liegt als in der Region insgesamt. Dagegen ist die Mortalitätsrate in den GUS-Staaten (einschließlich CARK) doppelt so hoch, was auf Probleme in der Gesundheitsversorgung hindeutet. Hämorrhagien, Schwangerschaftsabbrüche und Toxämien, die in den meisten Fällen verhütet werden könnten, sind zusammen für knapp 40% der Todesfälle von Müttern in den GUS-Staaten

Tabelle 2.7: Populationsgewichtete Müttersterblichkeit pro 100 000 Lebendgeburten in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990–2006)

Ländergruppe	1990	2000	2005	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)	Sterblichkeits-quotient (Europäische Region = 1)
Europäische Region	25,1	18,6	14,3	12,9	52	1,0
EU-15	7,8	5,3	4,9	5,6	71	0,4
EU-12	29,3	16,5	8,8	8,0	27	0,6
GUS	44,9	39,2	28,2	27,4	61	2,1
CARK	55,3	43,8	36,7	n. v.	67 ^a	2,8 ^a

Hinweis: n. v.: nicht verfügbar.

^a Daten für 2005.

Quelle: European mortality database (15).

und für 30% der Müttersterblichkeit in den CARK-Staaten verantwortlich (keine Zahlen abgebildet). Dies stützt die besagte Vermutung.

Die Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) sollen den Teufelskreis von Armut und Krankheit durchbrechen. Zu diesem Zweck haben die Länder Zielvorgaben vereinbart, die mit 1990 als Bezugsjahr bis 2015 erreicht werden sollen (17). MZ 4 zielt auf eine Senkung der Mortalität von Kindern unter 5 Jahren um zwei Drittel und MZ 5 auf eine Senkung der Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel ab. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die genannten Todesfälle meist verhindert werden könnten. Die Kindersterblichkeitsrate ist in der Europäischen Region niedriger als in allen anderen WHO-Regionen und insgesamt deutet die Entwicklung in der Region darauf hin, dass MZ 4 erreicht wird. Dennoch ist die Kindersterblichkeit innerhalb der einzelnen Länder wie auch im Ländervergleich unterschiedlich ausgeprägt. So geht der Rückgang der Kindersterblichkeitsrate in den GUS-Staaten langsamer voran, so dass fünf von ihnen das MZ 4-Ziel wohl kaum erreichen dürften. Drei weitere GUS-Staaten werden das Ziel wohl nur mit verstärktem Einsatz erreichen können.

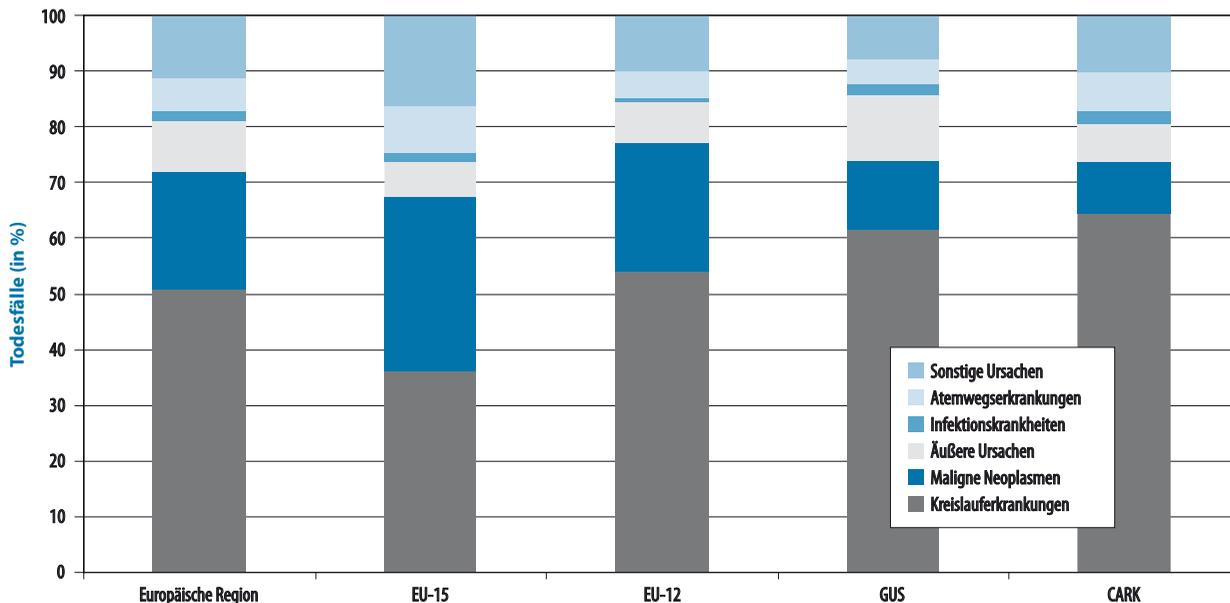
Bei der Müttersterblichkeit und MZ 5 ist das Bild noch uneinheitlicher. Ähnlich wie bei der Kindersterblichkeit sind auch hier die Mortalitätsraten in vier GUS-Staaten höher und lassen eine Erfüllung der Zielvorgabe unwahrscheinlich erscheinen, in vier weiteren GUS-Staaten kann das Ziel nur bei Verstärkung der Anstrengungen erreicht werden. Auch einige EU-Länder, deren Mortalitätsraten bereits auf einem niedrigen Niveau sind, haben mit Schwierigkeiten zu kämpfen; vier von ihnen verzeichneten zwischen 1990 und 2000 einen Anstieg. Positiv zu vermelden ist die Senkung der Müttersterblichkeitsrate in der Türkei um ca. 90%. Im Jahr 1973 betrug die Rate in der Türkei noch das 8-fache des Durchschnittswerts der Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). 2006 war sie nur noch zweieinhalb Mal so hoch wie der OECD-Durchschnittswert und liegt heute nach Schätzungen bei 21,2 Todesfällen auf 100 000 Lebendgeburten (18). Dieser Erfolg ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Politik der Müttersterblichkeit Priorität eingeräumt hat, entsprechende Finanzmittel bereitgestellt wurden und die politischen Konzepte und Leistungsangebote den kulturellen Besonderheiten Rechnung trugen. In diesem Zusammenhang wurden in räumlicher Nähe zu Krankenhäusern Einrichtungen gegründet, die werdende Mütter während der Schwangerschaft versorgen, und es wurde kostenloser Boden- und Lufttransport für Notentbindungen organisiert, um die räumlichen und zeitlichen Beschränkungen des Zugangs zu angemessener und qualitativ hochwertiger Spezialversorgung zu reduzieren.

Ursachen der Mortalität

Nichtübertragbare Krankheiten sind die Hauptursache für die Mortalität in der Europäischen Region (siehe Abschnitt „Derzeitige und künftige Herausforderungen“) und für über 85% der

schätzungsweise 9 Mio. Todesfälle in der Region zwischen 2003 und 2007 verantwortlich (19). Kreislauferkrankungen sind weiterhin die Haupttodesursache. Sie sind für 48% der Todesfälle der Region verantwortlich, wobei ihr Anteil in den EU-15-Ländern 35% und in den GUS-Staaten 65% beträgt. In den meisten EU-Ländern ist die Zahl der Kreislauferkrankungen rückläufig (Abb. 2.8).

Abb. 2.8: Proportionale Mortalität in Bezug auf Kategorien von Todesursachen in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (2006 bzw. letztes verfügbares Jahr)

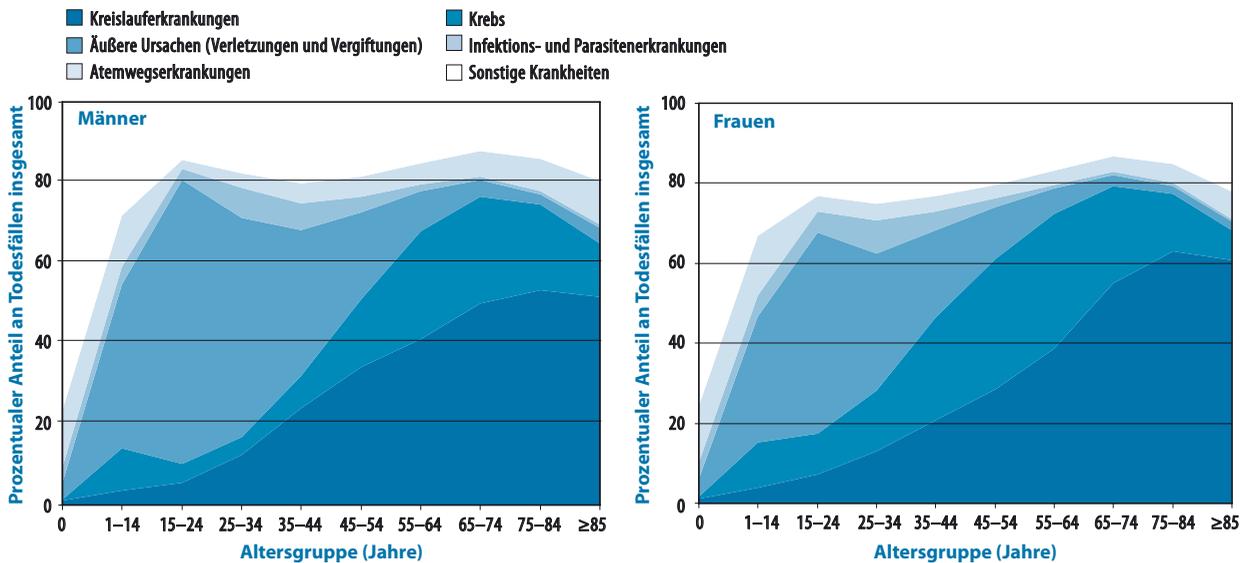


Quelle: European mortality database (15).

Krebserkrankungen (maligne Neoplasmen) sind die zweithäufigste Todesursache und für mehr als 20% der Todesfälle der Region verantwortlich, wobei der Anteil je nach Land zwischen 7% und 30% beträgt. In den westeuropäischen Ländern ist der Anteil der Krebserkrankungen an den Todesursachen höher. Die beiden weiteren Haupttodesursachen sind äußere Ursachen wie Verletzungen und Vergiftungen sowie Atemwegserkrankungen, die für 8% bzw. 6% der Todesfälle in der Region verantwortlich sind. Allerdings treten sie in den GUS-, CARL- und EU-12-Staaten häufiger auf. Die genannten vier Kategorien machen knapp drei Viertel aller Todesfälle aus. Infektions- und Parasitenerkrankungen sind die Ursache für 16% aller Todesfälle weltweit. In der Europäischen Region sind sie nur für knapp 2% der Mortalität verantwortlich, in einigen Ländern im östlichen Teil der Region beläuft sich ihr Anteil allerdings auf bis zu 8%.

Die Mortalitätsprofile der Region weisen in Bezug auf Todesursache, Alter und Geschlecht große Unterschiede auf. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (insbesondere Männern) sind z. B. äußere Ursachen wie Verletzungen und Vergiftungen für über 70% der Todesfälle verantwortlich. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Kreislaufer- und Krebserkrankungen zu (Abb. 2.9) (20). In der frühen Kindheit machen Atemwegserkrankungen und die Kategorie „sonstige Erkrankungen“ den größten Anteil aus (fast 90% aller Todesfälle), wobei Jungen und Mädchen gleichermaßen betroffen sind. Infektions- und Parasitenerkrankungen haben bei Kleinkindern abgenommen und sind

Abb. 2.9: Mortalitätsprofile in der Europäischen Region der WHO nach Todesursache, Alter und Geschlecht (2007)



Quelle: Atlas of health in Europe (20).

nur noch für weniger als 5% der Todesfälle verantwortlich. Dagegen steigt ihr Anteil bei Erwachsenen.

Mortalität aufgrund spezifischer Ursachen

In der Europäischen Region sind chronische nichtübertragbare Krankheiten mit ca. 80% aller Todesfälle die häufigste Todesursache. 2006 belief sich die SDR auf 736,5 Todesfälle pro 100 000 Einwohner; das entsprach damals knapp 1% der Bevölkerung. In den letzten 20 Jahren ist diese Mortalität gesunken. 2006 war eine Reduzierung um insgesamt 10% erreicht (Tabelle 2.8). Darüber hinaus haben die EU-15-Länder (Rückgang um 26%) und die EU-12-Länder (Rückgang um 19%) erhebliche Fortschritte erzielt. Dagegen ist die Mortalität aufgrund chronischer nichtübertragbarer Krankheiten zwischen 1990 und 2006 in den GUS-Staaten (einschließlich CARK) um 13% gestiegen. Im Vergleich zum Durchschnittswert für die Europäische Region ist das Sterblichkeitsrisiko der Menschen in diesen Ländern um 40% erhöht.

Die Mortalitätsrate für Kreislaufkrankungen ähnelt der zeitlichen Entwicklung der Gesamtmortalität, einschließlich der Unterschiede zwischen den Ländern und Ländergruppen,

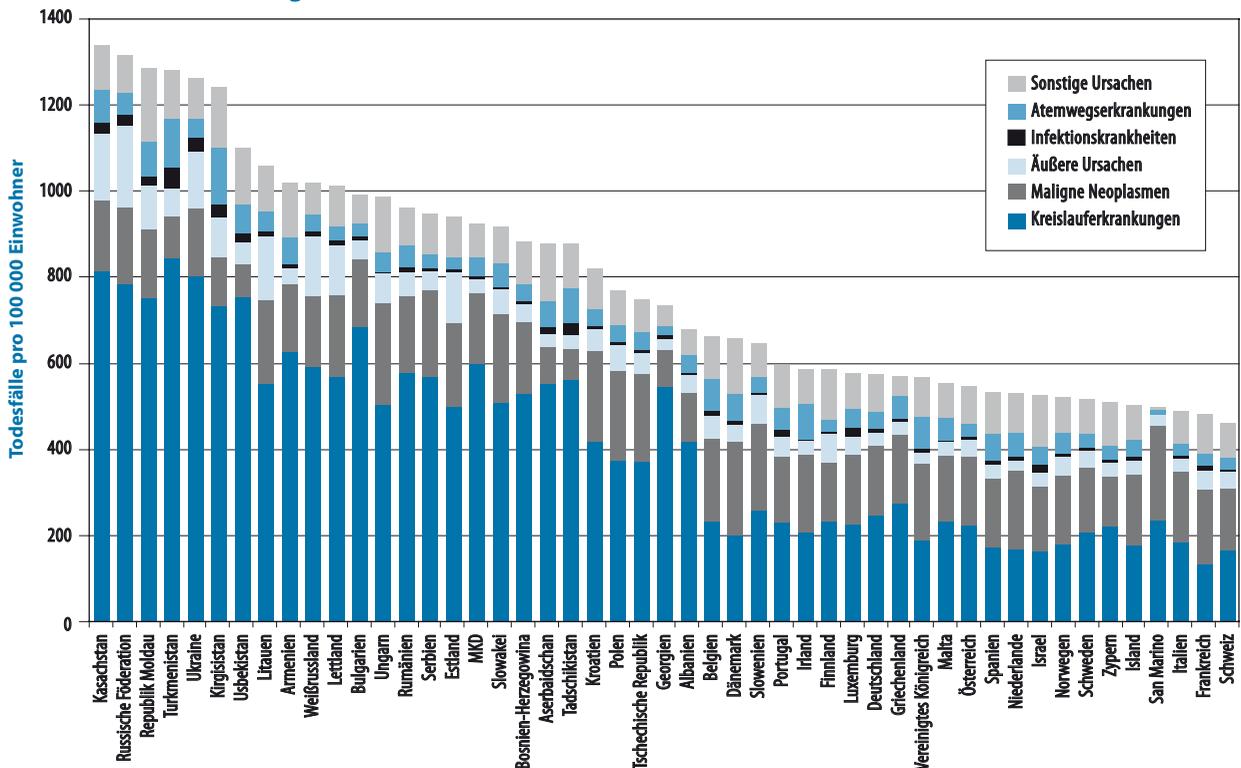
Tabelle 2.8: Populationsgewichtete Mortalitätsraten aufgrund chronischer nichtübertragbarer Krankheiten pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990–2006)

Ländergruppe	1990	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)	Sterblichkeits-quotient (Europäische Region = 1)
Europäische Region	814,3	736,5	90	1,0
EU-15	675,3	501,6	74	0,7
EU-12	977,0	794,1	81	1,1
GUS	946,1	1071,9	113	1,5
CARK	930,0	1052,9	113	1,4

Quelle: European mortality database (15).

und beeinflusst sie (Abb. 2.10). Kreislauferkrankungen sind für knapp 50% der Todesfälle in der Region verantwortlich. Je nach Ländergruppe beträgt der Anteil zwischen 35% und 65%. Die Gesamtmortalitätsrate beträgt 430 pro 100 000 Einwohner. In den EU-15-Ländern ist die Rate um fast 50% niedriger, in den GUS-Staaten (einschließlich CARK) fast doppelt so hoch. Dagegen ist die Mortalitätsrate für Krebserkrankungen in den EU-15-Ländern ungefähr gleich hoch wie in der Europäischen Region, aber der Anteil der Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen ist um 50% höher als in der Region und doppelt so hoch wie in den GUS- und CARK-Staaten. Dies lässt darauf schließen, dass die EU-15-Länder bei der Bekämpfung von Kreislauferkrankungen erfolgreicher sind als bei der Krebsbekämpfung.

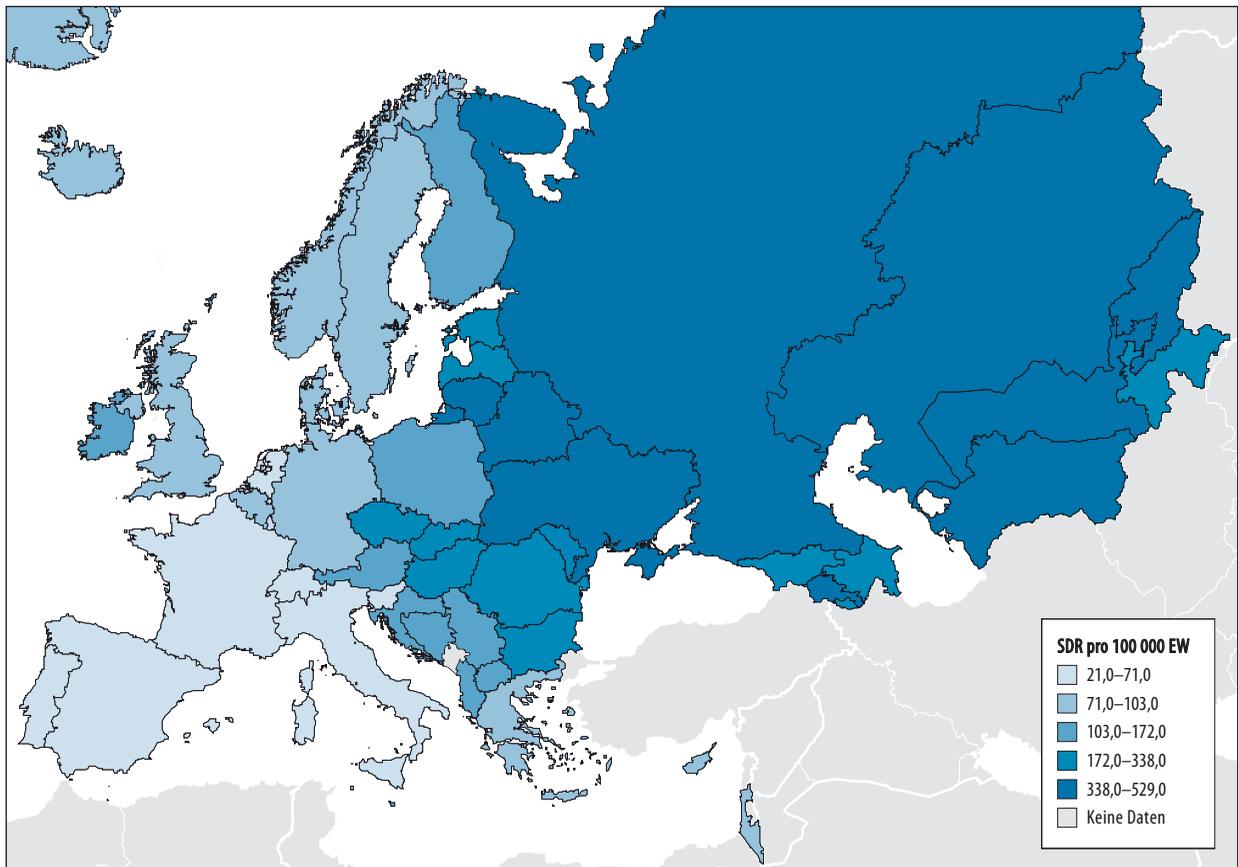
Abb. 2.10: SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Todesursachen (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird.
Quelle: European mortality database (15).

Das Vorkommen von Kreislauferkrankungen, insbesondere ischämische Herzkrankheit und zerebrovaskuläre Erkrankungen, ist je nach Alter, Geschlecht und anderen Faktoren sehr unterschiedlich ausgeprägt. So nimmt die Gefahr, an einer ischämischen Herzkrankheit zu sterben, mit dem Alter zu. Bei Personen ab 65 Jahren ist das Risiko fast 25-mal höher als bei jüngeren Menschen (SDR: 1270,1 bzw. 55,8 pro 100 000 Einwohner). Außerdem ist das Risiko für Männer um 90% höher als für Frauen (SDR: 274,0 bzw. 152,2 pro 100 000 Einwohner). Die Mortalitätsraten für ischämische Herzkrankheit sind in den südwesteuropäischen Ländern am niedrigsten (SDR: 21–71 pro 100 000 Einwohner) (21), in den östlichsten Gebieten der Region dagegen 5–7-mal höher (Abb. 2.11). Die zerebrovaskulären Krankheiten weisen in Bezug auf Alter und Ost-West-Gefälle ähnliche Trends auf. Allerdings ist das Risiko für Menschen ab 65 Jahren 31-mal höher als für jüngere Menschen (SDR: 803,3 bzw. 25,8 pro

Abb. 2.11: Ischämische Herzkrankheit: SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Ländern (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)



Quelle: European mortality database (15).

100 000 Einwohner). Die Mortalität von Männern ist hier nur 30% höher als die von Frauen (SDR: 134,5 bzw. 106,0 pro 100 000 Einwohner). Es wird vermutet, dass die Unterschiede zwischen dem westlichen und dem östlichen Teil der Region auf das Zusammenspiel der wesentlichen Lebensstilfaktoren (Ernährung, Rauchen und Bewegung) und psychosozialen Faktoren (Stress) zurückzuführen sind, doch auch anderen Aspekten, z. B. Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Qualität, wird eine Rolle zugeschrieben (11).

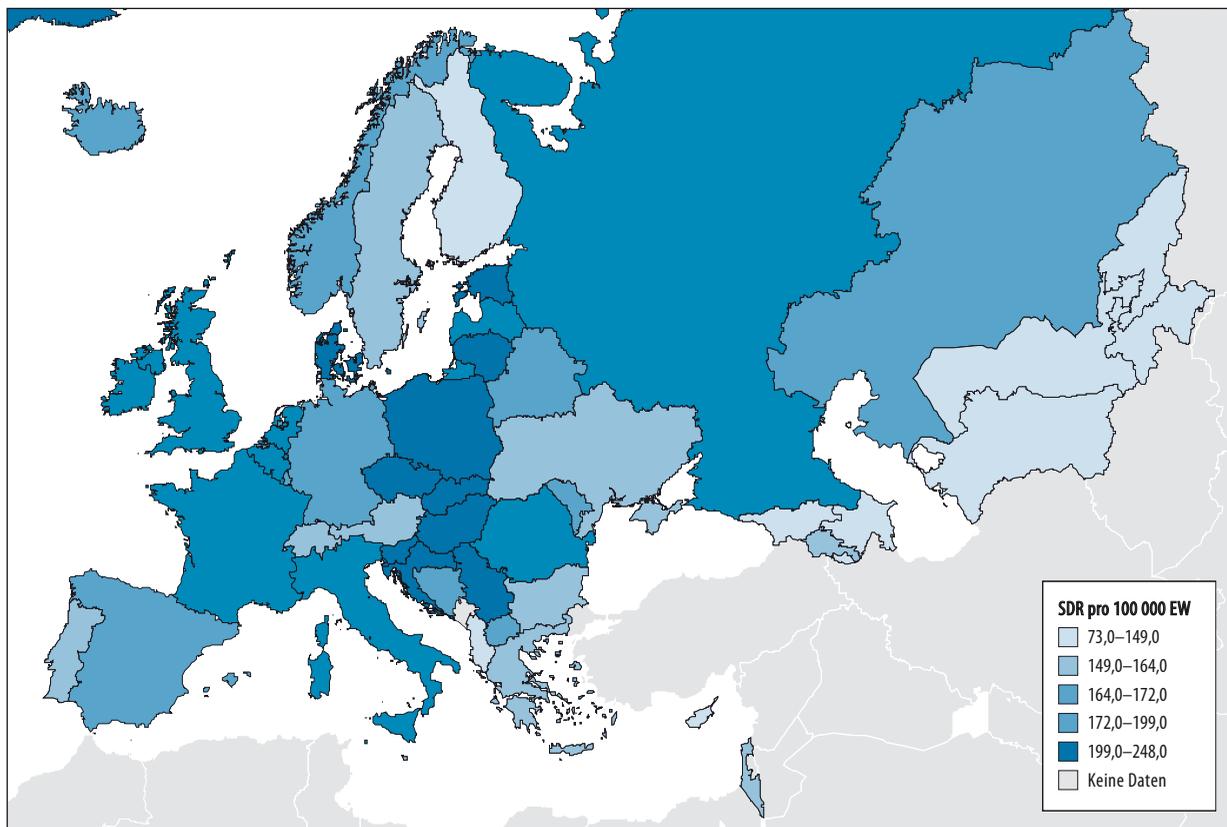
Diese Vermutung wird durch Untersuchungen aus der Russischen Föderation gestützt, in denen ein enger Zusammenhang zwischen der Veränderung der Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten und dem hohen Maß an Alkoholkonsum und -vergiftungen hergestellt wurde (5). Andere Studien haben ferner den Schluss nahegelegt, dass auch sozioökonomische Faktoren wie Massenprivatisierung und daraus folgende Arbeitslosigkeit, wie sie für die Russische Föderation und andere Länder in der postkommunistischen Ära typisch waren, die gesellschaftlichen und politischen Veränderungen dramatisch beschleunigt haben. Dies hat sich wiederum negativ auf die Mortalität ausgewirkt, insbesondere in den Ländern, in denen Lebenserwartung und Einkommen bereits auf einem niedrigen Niveau waren und die ungleiche Verteilung von Einkommen und Gesundheit somit weiter verschärft wurde (22,23). Untersuchungen deuten

darauf hin, dass ein hohes soziales Kapital – in Form von Beteiligung an sozialen Einrichtungen – diese Wirkungen reduziert hat und dass die Sozialpolitik bei der Reformierung der Systeme künftig eine wichtige Rolle einnehmen könnte.

Insgesamt lag die SDR für Krebs in der Europäischen Region im Jahr 2007 bei ca. 168,1 pro 100 000 Einwohner. Der Anteil an der Gesamtzahl der Todesfälle betrug knapp 20%. Bei Personen ab 65 Jahren ist die Mortalitätsrate über 10-mal höher als bei jüngeren Menschen (SDR: 912,0 bzw. 79,6 pro 100 000 Einwohner), und bei Männern ist sie 80% höher als bei Frauen (SDR: 229,1 bzw. 127,0 pro 100 000 Einwohner). Bei Männern ist die Krebsmortalität zu knapp 50% auf Luftröhren-, Bronchien-, Lungen-, Kolon-, Magen-, Leber- und Prostatakrebs zurückzuführen. Bei Frauen entfallen 60% der Krebsmortalität auf Brust-, Luftröhren-, Bronchien-, Lungen-, Magen-, Leber-, Kolon-, Gebärmutterhals- und Ovarienkrebs. Im Gegensatz zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die Mortalitätsraten für Krebs in den EU-12-Ländern am höchsten (Abb. 2.12). Dies wird auf den zunehmenden Tabakkonsum, insbesondere von Frauen, zurückgeführt (1).

Äußere Todesursachen – insbesondere Verletzungen infolge von Unfällen (einschließlich Stürzen), verkehrsbedingte Ursachen und selbst zugefügte oder durch Fremdeinwirkung erfolgende Gewalt – haben einen erheblichen Einfluss auf die Mortalität in der Region. Äußere Ursachen sind für 8% aller Todesfälle verantwortlich. Insgesamt belief sich die SDR

Abb. 2.12: Krebs: SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Ländern (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)



Quelle: European mortality database (15).

für diese Ursache in der Europäischen Region im Jahr 2007 auf 71,8 Todesfälle pro 100 000 Einwohner – ein Rückgang um über 10% gegenüber 1990 (Tabelle 2.9). Bei Personen ab 65 Jahren ist die Mortalitätsrate am höchsten und fast doppelt so hoch wie der Durchschnittswert (SDR: 135,3 pro 100 000 Einwohner). Das altersabhängige erhöhte Risiko ist jedoch je nach spezifischer Ursache unterschiedlich ausgeprägt. In Bezug auf Verkehrsunfälle (SDR: 12,7 pro 100 000 Einwohner), Suizid (SDR: 13,8 pro 100 000 Einwohner) und Mord/Totschlag (SDR: 4,8 pro 100 000 Einwohner) ist das Mortalitätsrisiko älterer Menschen doppelt so hoch. Das Risiko, den Folgen eines Sturzes zu erliegen, ist jedoch 9-mal höher (SDR: 26,9 pro 100 000 Einwohner). Bei Männern ist das Risiko, einer äußeren Todesursache zu erliegen, 4-mal höher als bei Frauen (SDR: 124,9 bzw. 34,2 pro 100 000 Einwohner). Ähnlich wie bei der Mortalität aufgrund aller Ursachen nimmt das Risiko innerhalb der Europäischen Region von West nach Ost zu: In den GUS-Staaten ist das Risiko insgesamt wie auch für spezifische Ursachen 2–3-mal höher. Die Unterschiede bei Unfällen, Suizid und Totschlag sind unterschiedlichen Lebensgewohnheiten und sozioökonomischen Faktoren wie z. B. hohem Alkoholkonsum, schlechtem Zustand von Straßen und Kraftfahrzeugen und einer mangelhaften Umsetzung von Gesetzen zugeschrieben worden (1).

Tabelle 2.9: Populationsgewichtete SDR pro 100 000 Einwohner aufgrund äußerer Todesursachen in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990–2006)

Ländergruppe	1990	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)
Europäische Region	79,9	71,8	90
EU-15	49,8	34,3	69
EU-12	87,3	63,7	73
GUS	115,9	145,0	125
CARK	87,8	81,1 ^a	92 ^a

^a Daten für 2005.

Quelle: European mortality database (15).

Die Mortalität aufgrund von Infektions- und Parasitenerkrankungen ist seit den 1950er Jahren dramatisch zurückgegangen. 1990 erreichte die SDR in der Europäischen Region ihren bisherigen Tiefststand (10,1 pro 100 000 Einwohner) (Tabelle 2.10). Dieser Erfolg ist darauf zurückzuführen, dass sich nicht nur die allgemeinen Lebensbedingungen und die Gesundheitsleistungen für Mütter und Kinder verbessert haben, sondern auch insbesondere der Zugang zur Wasserver- und Abwasserentsorgung, zu Impfmaßnahmen und zu Antibiotika und die Ernährung insgesamt. Gleichwohl ist die Mortalität Mitte der 1990er Jahre um 40% angestiegen und seitdem auf diesem Niveau verblieben, so dass die SDR im Jahr 2006 14,5 pro 100 000 Einwohner beträgt. Tuberkulose, HIV und Hepatitis sind die Hauptursachen für den Wiederanstieg bzw. das Stagnieren der Mortalität. Von der erhöhten Mortalität sind vor allem die EU-15-Länder und die GUS-Staaten betroffen, deren Raten sich gegenüber 1990

Tabelle 2.10: Populationsgewichtete SDR pro 100 000 Einwohner aufgrund von Infektions- und Parasitenerkrankungen in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990–2006)

Ländergruppe	1990	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)	Sterblichkeits-quotient (Europäische Region = 1)
Europäische Region	10,1	14,5	143	1,0
EU-15	5,8	9,2	158	0,6
EU-12	8,7	6,9	79	0,5
GUS	16,0	25,3	158	1,8
CARK	31,1	27,8	90	1,9

Quelle: European mortality database (15).

um knapp 60% erhöht haben. Die Raten der GUS-Staaten waren jedoch sowohl 1990 als auch heute fast 3-mal höher als in den EU-15-Ländern.

Vermeidbare Mortalität

Es ist vorgeschlagen worden, die vermeidbare Mortalität als Indikator für die den Anteil der vorzeitigen Sterblichkeit zu verwenden, der durch rechtzeitige und wirksame Maßnahmen des Gesundheitssystems reduziert werden kann. Solche Maßnahmen beinhalten Gesundheitsförderung und die Primär- (Reduzierung der Exposition) und Sekundärprävention (Diagnose und Behandlung von Krankheiten). Es können auch Politikbereiche außerhalb des Gesundheitssektors einbezogen werden, u. a. Umwelt und Verkehr (13,24,25). Die vermeidbare Mortalität kann in beeinflussbare (durch Maßnahmen veränderbare) und verhütbare Mortalität unterteilt werden. Die beeinflussbare Mortalität gilt als besserer Indikator für die Qualität der Gesundheitsleistungen. Er gibt Auskunft darüber, welche (positiven oder negativen) Auswirkungen diese auf die Gesundheit haben (siehe Abschnitt „Rolle der Gesundheitssysteme bei der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung“).

Im Jahr 2007 betrug die SDR für ischämische Herzkrankheit 186 und für zerebrovaskuläre Erkrankungen 113 pro 100 000 Einwohner. Diese beiden Ursachen sind zusammen für über 70% der Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für knapp 35% der Gesamtmortalität in der Europäischen Region verantwortlich. Die Mortalitätsraten für ischämische Herzkrankheit in der Altersgruppe unter 65 Jahren (SDR: 55,8 pro 100 000 Einwohner) sind von Land zu Land sehr unterschiedlich. Der Quotient aus der niedrigsten und der höchsten SDR beträgt mehr als 13,5. In Aserbaidschan, Georgien, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau und Usbekistan liegen die Mortalitätsraten 50–80% über dem Durchschnitt der Region, und in Kasachstan, der Russischen Föderation, Turkmenistan, der Ukraine und Weißrussland beträgt der Wert das Doppelte des regionalen Durchschnitts. Dies wird auf eine Kombination verschiedener vermeidbarer Faktoren zurückgeführt, z. B. hoher Alkoholkonsum und Alkoholexzesse, Stress und fehlender sozialer Rückhalt, zusätzlich verschärft durch wirtschaftliche und soziale Krisen (21).

Die höchste SDR für zerebrovaskuläre Erkrankungen in der Altersgruppe unter 65 Jahren ist 17-mal so hoch wie die niedrigste. In Aserbaidschan, Bulgarien, der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, Georgien, Rumänien, der Ukraine, Usbekistan und Weißrussland liegen die Mortalitätsraten 50–80% über dem regionalen Durchschnitt (SDR: 24,1 pro 100 000 Einwohner), während sie in Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau und der Russischen Föderation doppelt so hoch sind wie im Regionaldurchschnitt. Studien in jüngster Zeit haben ergeben, dass die Prävalenz zerebrovaskulärer Krankheiten weltweit sehr ungleichmäßig verteilt ist und dass Länder mit niedrigem Einkommen höhere Raten aufweisen, möglicherweise wegen des eingeschränkten Zugangs zur Gesundheitsversorgung und der schlechten Qualität der Gesundheitsleistungen (26). Überdies korrelieren die vorhandenen Risikofaktoren unzureichend mit der Mortalität aufgrund dieser Ursache, so dass diesbezüglich keine Prognosen möglich sind. Als Erklärung für die bestehenden Unterschiede wird angenommen, dass in Ländern mit niedrigem Einkommen die Fallsterblichkeit höher liegt und die Behandlung weniger aggressiv ist.

Seit 1990 ist in der Europäischen Region die Zahl der Todesfälle infolge von Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs bei Personen zwischen 25 und 64 Jahren um fast 25% zurückgegangen (SDR: 29,3 pro 100 000 Einwohner). In den GUS-Staaten (SDR: 27,7 pro 100 000 Einwohner) und den CARL-Staaten (SDR: 16,2 pro 100 000 Einwohner) ist dieser

Rückgang besonders deutlich festzustellen: Hier sind die Raten um 40–50% gesunken. Bei den Frauen in den EU-Ländern (SDR: 18,2 pro 100 000 Einwohner) – und insbesondere den EU-12-Ländern (SDR: 17,8 pro 100 000 Einwohner) – hat Lungenkrebs dramatisch zugenommen (Steigerung um 40–50%)

Einst war Kolonkrebs eine der Haupttodesursachen in der Europäischen Region, doch seit 1990 ist die Mortalitätsrate bei Personen zwischen 25 und 64 Jahren um 12% zurückgegangen (SDR: 11,8 pro 100 000 Einwohner). Außer in den EU-12-Ländern (SDR: 14,6 pro 100 000 Einwohner), in denen die Mortalitätsraten stagnieren, ist in allen Ländergruppen ein Rückgang um 15–25% festzustellen. Für Männer (SDR: 18,8 pro 100 000 Einwohner) ist die Rate in den EU-12-Ländern jedoch um fast 20% gestiegen, während sie für Frauen bei 11,0 pro 100 000 Einwohner liegt. Dies lässt darauf schließen, dass die stagnierenden Werte vor allem auf Ernährungs- und Lebensgewohnheiten und weniger auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung zurückzuführen sind (1).

Die Mortalität aufgrund von Brustkrebs ist seit 1990 in der Europäischen Region bei Frauen zwischen 25 und 64 Jahren um über 15% zurückgegangen (SDR: 24,4 pro 100 000 Einwohner), auch wenn die GUS-Staaten einen Anstieg um 10% verzeichneten (SDR: 26,2 pro 100 000 Einwohner). Bei älteren Frauen sind die Raten doppelt so hoch, und in den GUS-Staaten sind sie um fast 40% gestiegen, was darauf hindeutet, dass der Anstieg auf eine qualitativ minderwertige Versorgung (sowohl Diagnose als auch Behandlung) zurückzuführen sein könnte. Seit 1990 ist in der Region die Zahl der Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs bei Frauen zwischen 25 und 64 Jahren um 7% zurückgegangen (SDR: 5,9 pro 100 000 Einwohner). In den EU-12-Ländern (SDR: 11,6 pro 100 000 Einwohner), den GUS-Staaten (SDR: 9,0 pro 100 000 Einwohner), einschließlich CARK (SDR: 8,3 pro 100 000 Einwohner), ist die Mortalität jedoch weiterhin hoch. Ein Anstieg der Raten ist nur in den GUS-Staaten (20% seit 1990), einschließlich der CARK-Staaten (13% seit 1990), zu verzeichnen und primär auf fehlende Präventions- und Kontrollmaßnahmen in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen (hauptsächlich humanes Papillomavirus) sowie eingeschränkten Zugang zu Diagnose und anderen Gesundheitsleistungen zurückzuführen (1).

Eine weitere wichtige Ursache für beeinflussbare Mortalität ist Diabetes. 2006 belief sich die SDR in der Europäischen Region auf 12,7 pro 100 000 Einwohner (Tabelle 2.11). Je nach Altersgruppe sind die Mortalitätsraten sehr unterschiedlich ausgeprägt. Bei Personen ab 65 Jahren sind sie über 21-mal höher als bei jüngeren Menschen (SDR: 83,8 bzw. 3,9 pro 100 000 Einwohner), und bei Männern 15% höher als bei Frauen (SDR: 13,6 bzw. 11,7 pro 100 000 Einwohner). Die Entwicklungen zwischen 1990 und 2006 fielen je nach geografischer Region unterschiedlich aus. So war in den EU-Mitgliedstaaten ein Rückgang um 12–15% festzustellen, in den GUS-Staaten betrug Zunahme zwischen 40 % und 98%. In den CARK-

Tabelle 2.11: Populationsgewichtete SDR aufgrund von Diabetes pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1990–2006)

Ländergruppe	1990	2006	Index 2006 (%) (1990 = 100%)
Europäische Region	12,6	12,7	100
EU-15	15,6	13,4	86
EU-12	14,8	13,0	88
GUS	7,7	10,8	140
CARK	11,0	21,9 ^a	199

^a Daten für 2005.

Quelle: European mortality database (15).

Staaten (SDR: 12,1 pro 100 000 Einwohner) ist die Mortalitätsrate von Personen unter 65 Jahren dreimal so hoch wie in der Region insgesamt. Der Quotient aus Mortalität und Inzidenz (ein Annäherungswert für die Fallsterblichkeit) ist als aussagekräftiger Indikator für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen vorgeschlagen worden (27). Die CAR-K-Staaten und einige andere GUS-Staaten (z. B. Weißrussland) weisen für jüngere Altersgruppen eine hohe Diabetesmortalität auf. Dies lässt darauf schließen, dass neben den veränderten Lebensgewohnheiten, die die Wahrscheinlichkeit für Diabetesmortalität erhöhen, auch andere Ursachen im Zusammenhang mit eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität eine Rolle spielen können.

Tuberkulose ist bei Personen zwischen 25 und 64 Jahren in der Europäischen Region für fast 50% der Mortalität aufgrund von Infektions- und Parasitenerkrankungen verantwortlich (SDR: 7,1 pro 100 000 Einwohner). Sie ist die Hauptursache für den Anstieg der Mortalität aufgrund dieser Krankheiten in der Region seit 1990. Dies gilt insbesondere für die GUS-Staaten (SDR: 18,5 pro 100 000 Einwohner), wo sich die Rate mehr als verdoppelt hat. Auch wenn die Mortalität in jüngster Zeit gesunken ist, stellt sich die Lage auch in den CAR-K-Staaten kritisch dar, wo die Raten ähnlich hoch sind wie in der GUS insgesamt. In den meisten Ländergruppen steigt die Mortalitätsrate aufgrund von Tuberkulose mit zunehmendem Alter. Dies gilt jedoch nicht für die GUS-Staaten, wo die Mortalität bei jungen Menschen höher ist. Dies deutet darauf hin, dass sich hier auch andere Faktoren wie z. B. schlechte Ernährung und Alkoholkonsum auswirken, was durch ungünstige sozioökonomische Bedingungen sowie Koinfektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten – insbesondere HIV – noch verschärft wird.

Ungleiche Verteilung der Mortalität

Sowohl in den Ländergruppen als auch in den einzelnen Ländern sind die Mortalitätsraten je nach Todesursache und Altersgruppe sehr unterschiedlich ausgeprägt. Diese Muster reproduzieren sich innerhalb der Länder (Tabelle 2.12). Beispielsweise ist der Sterblichkeitsquotient für subnationale Regionen in Bezug auf Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen relativ niedrig (unter 1,5), während sie für Infektions- und Parasitenerkrankungen sowie äußere Ursachen höher ist, was auf den Einfluss von Umweltfaktoren schließen lässt. Darüber hinaus sind die subnationalen Bandbreiten in einigen Ländern, vor allem der Russischen Föderation und Usbekistan, tendenziell für alle Ursachen, insbesondere jedoch für äußere Ursachen und Infektionskrankheiten, sehr stark ausgeprägt. Eine bemerkenswerte Ausnahme bildet hier Irland, wo sich die regionalen Werte des Sterblichkeitsquotienten tendenziell an 1 annähern, was auf eine ausgewogenere Risikoverteilung hindeutet.

Innerhalb der Länder sind die Mortalitätsraten von Männern für alle Ursachen höher als die von Frauen. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist das Gefälle zwischen Männern und Frauen relativ schwach ausgeprägt und näher am Durchschnittswert für die Europäische Region (Quotient < 1,6). Bei den äußeren Todesursachen treten deutlichere Unterschiede innerhalb der Länder auf. Verglichen mit anderen Ländern weist die Russische Föderation hier ein besonders signifikantes Gefälle auf. Neben den geografisch bedingten Umweltfaktoren, die das Mortalitätsrisiko erhöhen können, führen möglicherweise auch geschlechtsspezifische Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen zu einer zusätzlichen Erhöhung des Mortalitätsrisikos von Männern. Diese Feststellungen sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da es sich hier lediglich um eine Aggregation von Daten handelt, die die Gefahr eines ökologischen Trugschlusses beinhalten. Untersuchungen zur Ungleichheit führen zu ähnlichen Ergebnissen in Bezug auf geografische Gefälle und geringere Unterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs im Vergleich zu anderen Ursachen; diese stimmen mit den genannten Feststellungen überein (28,29).

Tabelle 2.12: Geografische und geschlechtsspezifische Ungleichheit der SDR (pro 100 000 Einwohner) bezogen auf Kategorien von Todesursachen in ausgewählten Ländern der Europäischen Region der WHO (2006 bzw. letztes verfügbares Jahr)

Land	Mortalität nach Kategorien von Todesursachen											
	Erkrankungen des Kreislaufsystems			Neoplasmen			Äußere Ursachen			Infektions- und Parasitenerkrankungen		
	Nationaler Wert (SDR)	Quotient höchste/niedrigste Sterblichkeit (Region)	Sterblichkeitsquotient Männer/Frauen	Nationaler Wert (SDR)	Quotient höchste/niedrigste Sterblichkeit (Region)	Sterblichkeitsquotient Männer/Frauen	Nationaler Wert (SDR)	Quotient höchste/niedrigste Sterblichkeit (Region)	Sterblichkeitsquotient Männer/Frauen	Nationaler Wert (SDR)	Quotient höchste/niedrigste Sterblichkeit (Region)	Sterblichkeitsquotient Männer/Frauen
Bulgarien	685,4	1,26	1,50	157,4	1,23	1,81	45,0	1,23	3,69	7,2	2,34	2,29
Finnland	231,1	1,39	1,86	141,1	1,22	1,55	67,6	2,24	3,13	5,6	1,46	1,54
Frankreich	145,4	1,62	1,71	183,7	1,42	2,05	48,8	2,08	2,33	10,6	1,60	1,76
Irland	207,5	1,01	1,66	184,6	1,01	1,40	29,4	1,20	2,24	3,5	1,10	1,28
Niederlande	175,3	1,18	1,60	191,0	1,17	1,51	26,6	1,16	1,94	7,9	1,96	1,45
Österreich	223,9	1,32	1,47	162,8	1,22	1,60	40,2	1,31	2,87	4,7	2,78	1,54
Russische Föderation	807,0	3,24	1,69	190,7	2,45	2,06	224,1	15,27	4,40	24,3	9,76	5,04
Spanien	173,5	1,59	1,50	169,3	1,19	2,25	32,9	1,59	2,98	12,1	4,31	1,98
Tschechische Republik	370,7	1,36	1,48	206,7	1,29	1,77	51,7	1,30	2,99	5,1	2,71	1,36
Ungarn	502,4	1,27	1,60	248,2	1,10	1,92	80,0	1,36	3,17	4,1	1,91	2,42
Usbekistan	754,2	1,91	1,30	77,9	3,27	1,23	28,2	3,59	3,49	21,3	5,57	2,10
Vereinigtes Königreich	224,0	1,56	1,58	187,1	1,41	1,42	28,7	2,67	2,32	6,6	2,80	1,22
Europäische Region	430,2	–	1,55	171,6	–	1,80	76,0	–	3,66	14,5	–	2,57

Quelle: European mortality database (15).

Krankheitslast

Die WHO hat zusätzliche summarische Maßeinheiten für die Krankheitslast vorgeschlagen, u. a. um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALY), die sowohl über die Mortalität als auch über die Auswirkungen der Morbidität auf die Gesundheit der Bevölkerung Aufschluss geben (19). Bei den DALY werden die Lebensjahre, die durch vorzeitigen Tod verlorengehen, ebenso berücksichtigt wie die Lebensjahre, in denen die Gesundheit durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt ist.

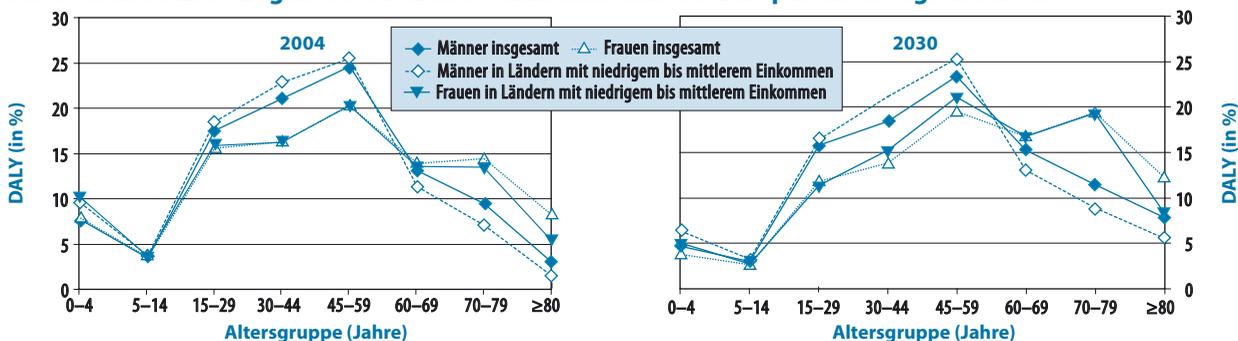
Die Europäische Region macht knapp 14% der Weltbevölkerung aus und hat 151,4 Mio. verlorene DALY zu verzeichnen, was 10% der weltweiten Krankheitslast ausmacht. 2004 kamen auf 1000 Einwohner 171 verlorene DALY. Die Länder der Europäischen Region, die mit niedrigem bis mittlerem Einkommen¹ machen 54% der Gesamtbevölkerung der Region aus, doch entfallen auf sie 67% der in der Region verlorenen DALY, d. h. durchschnittlich 215 verlorene DALY pro 1000 Einwohner. Wenn die derzeitigen Entwicklungen in Bezug auf Krankheiten und Mortalität anhalten, wird die Krankheitslast der Region 2030 um 23% gesunken sein. Für die Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen wird aufgrund von veränderten alters- und ursachenspezifischen Mustern ein noch größerer Rückgang (31%) prognostiziert.

Ähnlich wie bei der Mortalität ist die ursachenunabhängige Gesamtkrankheitslast bei der Altersgruppe der 15–59-Jährigen am höchsten: 58% des DALY-Verlusts in der Region und

¹ Die WHO (19) zählte 2004 folgende Länder zu dieser Gruppe: Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Lettland, Litauen, Polen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Serbien und Montenegro, Slowakei, Tadschikistan, Tschechische Republik, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Ungarn, Usbekistan und Weißrussland. Mittlerweile sind Montenegro und Serbien allerdings separate Staaten.

61% in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (Abb. 2.13). Darüber hinaus ist bei Männern dieser Altersgruppe gegenüber Frauen ein um 21% höherer DALY-Verlust zu verzeichnen. Ab dem 60. Lebensjahr tritt jedoch eine gegenläufige Entwicklung ein, denn ab diesem Zeitpunkt ist der DALY-Verlust bei Frauen um 42% höher als bei Männern. Vergleichbare Muster sind in allen Ländergruppen anzutreffen. Auch im Jahr 2030 werden Männer zwischen 15 und 59 Jahren mehr DALY verlieren als ältere Männer: 58% der Gesamtrate. Dagegen werden die DALY-Verluste bei Frauen in der Altersgruppe über 60 am höchsten sein und 48% der Gesamtrate von Frauen ausmachen. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung, insbesondere der weiblichen Bevölkerung, verleiht diesen Zahlen besondere Bedeutung (siehe Abschnitt „Demografische Veränderungen in der Europäischen Region“). In Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen wird der relative Anteil an den DALY für Männer und Frauen mittleren Alters leicht ansteigen, während der Anteil für Kinder unter 15 Jahren zurückgehen wird.

Abb. 2.13: Schätzung (2004) und Prognose (2030) für alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der verlorenen DALY bezogen auf das Landeseinkommen in der Europäischen Region der WHO



Quelle: The global burden of disease: 2004 update (19).

Die Ursachen der verlorenen DALY sind grob in drei Kategorien unterteilt worden: übertragbare, Mütter betreffende, perinatale und ernährungsbedingte Erkrankungen (Gruppe I); nichtübertragbare Krankheiten (Gruppe II); Verletzungen (Gruppe III). Jede Gruppe wird in weitere Untergruppen unterteilt² Erkrankungen der Gruppe II sind mit 48% der verlorenen DALY für den größten Teil der Krankheitslast, Erkrankungen der Gruppe I für weitere 40% verantwortlich (Tabelle 2.13). In der Europäischen Region werden die verlorenen DALY zu knapp 77% von Gruppe II verursacht. An zweiter Stelle folgt Gruppe III mit einem Anteil von 13%.

63% der DALY, die in der Region aufgrund von Erkrankungen der Gruppe II verlorengehen, entfallen auf die Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen; deutlich höher ist der Anteil dieser Ländergruppe an den DALY-Verlusten aufgrund von Erkrankungen der Gruppe I (85%) und der Gruppe III (82%). Verglichen mit den übrigen WHO-Regionen verzeichnen diese Länder mit 16% sogar den höchsten Anteil an Erkrankungen der Gruppe III (Verletzungen). Der Anteil der verschiedenen Untergruppen an den verlorenen DALY weicht in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen leicht vom regionalen Durchschnitt ab. So machen

² Es wurden die folgenden Untergruppen gebildet: Gruppe I – Infektions- und Parasitenerkrankungen, Atemwegsinfektionen, Gesundheitsprobleme von Müttern, perinatale Erkrankungen und Mangelernährung; Gruppe II – maligne Neoplasmen, sonstige Neoplasmen, Diabetes mellitus, ernährungsbedingte und endokrine Krankheiten, neuropsychiatrische Erkrankungen, Erkrankungen der Sinnesorgane, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Verdauungstrakts, Erkrankungen des Urogenitalsystems, Hautkrankheiten, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, angeborene Fehlbildungen und Erkrankungen von Mund und Rachen; Gruppe III – unbeabsichtigte und beabsichtigte Verletzungen (19).

Tabelle 2.13: Verlorene DALY bezogen auf Kategorien von Ursachen in der Europäischen Region der WHO und in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (LMIC) (2004)

Ursache	Welt ^a (DALY)		Europäische Region ^b (DALY)		Europäische Region, LMIC ^c (DALY)		
	Anzahl (in Tausend)	Anteil am DALY- Gesamtverlust (in %)	Anzahl (in Tausend)	Anteil am DALY- Gesamtverlust (in %)	Anzahl (in Tausend)	Anteil am DALY- Gesamtverlust (in %)	Anteil am DALY- Gesamtverlust in der Region (in %)
DALY-Gesamtverlust	1 523 259	100,0	151 461	100,0	102 130	100,0	67,4
I. Übertragbare Krankheiten und Mütter betreffende, perinatale und durch Ernährungsmangel bedingte Erkrankungen	603 993	39,7	15 391	10,2	13 094	12,8	85,1
Infektions- und Parasitenerkrankungen	302 144	19,8	6 041	4,0	5 203	5,1	86,1
Atemwegsinfektionen	97 786	6,4	2 907	1,9	2 419	2,4	83,2
Gesundheitsprobleme von Müttern	38 936	2,6	862	0,6	691	0,7	80,2
Perinatale Erkrankungen	126 423	8,3	3 687	2,4	3 173	3,1	86,0
Mangelkrankheiten	38 703	2,5	1 893	1,3	1 608	1,6	84,9
II. Nichtübertragbare Krankheiten	731 652	48,0	116 097	76,7	72 613	71,1	62,5
Maligne Neoplasmen	77 812	5,1	17 086	11,3	8 813	8,6	51,6
Sonstige Neoplasmen	1 953	0,1	283	0,2	103	0,1	36,5
Diabetes mellitus	19 705	1,3	2 660	1,8	1 349	1,3	50,7
Ernährungsbedingte und endokrine Krankheiten	10 446	0,7	1 266	0,8	549	0,5	43,3
Neuropsychiatrische Erkrankungen	199 280	13,1	28 932	19,1	16 342	16,0	56,5
Erkrankungen der Sinnesorgane	86 883	5,7	8 429	5,6	4 608	4,5	54,7
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	151 377	9,9	34 760	22,9	26 845	26,3	77,2
Atemwegserkrankungen	59 039	3,9	5 910	3,9	2 992	2,9	50,6
Erkrankungen des Verdauungstrakts	42 498	2,8	6 945	4,6	4 755	4,7	68,5
Erkrankungen des Urogenitalsystems	14 754	1,0	1 319	0,9	885	0,9	67,0
Hautkrankheiten	3 879	0,3	331	0,2	242	0,2	73,1
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	30 869	2,0	5 435	3,6	3 263	3,2	60,0
Angeborene Fehlbildungen	25 280	1,7	1 845	1,2	1 298	1,3	70,4
Erkrankungen von Mund und Rachen	7 875	0,5	896	0,6	569	0,6	63,5
III. Verletzungen	187 614	12,3	19 973	13,2	16 424	16,1	82,2
Unbeabsichtigte Verletzungen	138 564	9,1	14 545	9,6	12 034	11,8	82,7
Beabsichtigte Verletzungen	49 050	3,2	5 428	3,6	4 389	4,3	80,9

^a Bevölkerung (in Tausend): 6 436 826.

^b Bevölkerung (in Tausend): 883 311.

^c Bevölkerung (in Tausend): 476 019 (53,9% des Gesamtwerts für die Region).

Quelle: *The global burden of disease: 2004 update* (19).

Neuropsychiatrische Krankheiten, die für 3% der Gesamt mortalität in der Europäischen Region verantwortlich sind, 19% der verlorenen DALY aus und stehen somit an zweiter Stelle hinter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (23%). Auch in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen sind diese beiden Krankheitsgruppen die Hauptursachen für verlorene DALY. Bezogen auf die gesamte Region folgen als nächstwichtigste Ursachen für verlorene DALY maligne Neoplasmen, unbeabsichtigte Verletzungen und Erkrankungen der Sinnesorgane, während in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen unbeabsichtigte Verletzungen, maligne Neoplasmen und Infektions- und Parasitenerkrankungen die nächsten drei Plätze einnehmen.

Es wird davon ausgegangen, dass der Anteil der Ursachen der Gruppe II am DALY-Verlust in der Region bis 2030 auf 84% ansteigen wird. Hierbei wird vor allem eine Zunahme neuropsychiatrischer Krankheiten und maligner Neoplasmen prognostiziert, während bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen keine Veränderung erwartet wird. Für die Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen in der Region wird eine ähnliche Entwicklung vorausgesagt, wobei hier den Prognosen zufolge der Anteil der Ursachen der Gruppe II an der

Krankheitslast auf 80% steigen und der Anteil der Ursachen der Gruppe III von 16% auf 10% sinken wird.

Sowohl in der Europäischen Region insgesamt als auch speziell in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen sind 25 Hauptursachen für über 60% der verlorenen DALY verantwortlich. Fast zwei Drittel dieser Krankheiten zählen zu Gruppe II; einige von ihnen enden nicht tödlich (Tabelle 2.14). Ischämische Herzkrankheit und zerebrovaskuläre Krankheiten sind die Hauptursachen für verlorene DALY und machen insgesamt 17% des Verlusts in der Region und 20% des Verlusts in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen aus. Unipolare depressive Störungen und alkoholbedingte Erkrankungen sind die häufigsten neuropsychiatrischen Störungen und machen insgesamt 9% aus.

Tabelle 2.14: Verlorene DALY aufgrund der 25 wichtigsten Ursachen in der Europäischen Region der WHO und in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (LMIC) (2004)

Ursache	Region ^a (DALY)		Ursache	LMIC ^b (DALY)	
	Anzahl	%		Anzahl	%
Gesamtverlust	151 461 416	100,00	Gesamtverlust	102 130	100,00
Ischämische Herzkrankheit	16 825 931	11,11	ischämische Herzkrankheit	13 450	13,17
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	9 531 199	6,29	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	7 494	7,34
Unipolare depressive Störungen	8 446 229	5,58	Unipolare depressive Störungen	4 692	4,59
Sonstige unbeabsichtigte Verletzungen	5 265 230	3,48	Sonstige unbeabsichtigte Verletzungen	4 579	4,48
Alkoholbedingte Erkrankungen	4 999 976	3,30	Alkoholbedingte Erkrankungen	3 446	3,37
Hörverlust im Erwachsenenalter	3 925 584	2,59	Straßenverkehrsunfälle	2 660	2,60
Straßenverkehrsunfälle	3 677 947	2,43	Leberzirrhose	2 282	2,23
Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs	3 264 161	2,16	Selbst verursacht	2 213	2,17
Osteoarthritis	3 140 275	2,07	Infektionen der unteren Atemwege	2 194	2,15
Leberzirrhose	3 098 534	2,05	Hörverlust im Erwachsenenalter	2 099	2,05
Selbst verursacht	3 092 210	2,04	Vergiftungen	2 036	1,99
Alzheimer und andere Demenzerkrankungen	3 071 924	2,03	Osteoarthritis	1 970	1,93
Chronische obstruktive Lungenerkrankungen	2 960 739	1,95	Gewalt	1 826	1,79
Diabetes mellitus	2 659 614	1,76	Tuberkulose	1 695	1,66
Infektionen der unteren Atemwege	2 617 929	1,73	Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs	1 637	1,60
Brechungsfehler	2 369 601	1,56	Chronische obstruktive Lungenerkrankungen	1 486	1,46
Vergiftungen	2 170 835	1,43	Stürze	1 484	1,45
Stürze	2 030 492	1,34	Diabetes mellitus	1 349	1,32
Gewalt	1 970 036	1,30	Angeborene Fehlbildungen	1 298	1,27
Kolon- und Rektumkrebs	1 894 627	1,25	Durchfallerkkrankungen	1 279	1,25
Angeborene Fehlbildungen	1 844 624	1,22	Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht	1 269	1,24
Brustkrebs	1 737 542	1,15	Brechungsfehler	1 179	1,15
Tuberkulose	1 734 840	1,15	Entzündliche Herzerkrankungen	1 168	1,14
Schizophrenie	1 612 050	1,06	Asphyxia neonatorum und Geburtstrauma	1 080	1,06
Bipolare affektive Störungen	1 555 355	1,03	Schizophrenie	1 040	1,02

^a Bevölkerung (in Tausend): 883 311.

^b Bevölkerung (in Tausend): 476 019.

Quelle: *The global burden of disease: 2004 update (19)*.

Bei den 15–59-Jährigen in der Europäischen Region sind Verletzungen für 17% der Krankheitslast verantwortlich. In den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen beträgt ihr Anteil in dieser Altersgruppe 30% (20). Frauen dieser Altersgruppe sind dagegen mehr von neuropsychiatrischen Krankheiten betroffen, insbesondere von unipolaren depressiven Störungen. Sowohl in der Region insgesamt als auch speziell in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen stehen die 10 Hauptursachen, die für über 40% der verlorenen DALY verantwortlich sind, weitgehend im Zusammenhang mit den

Hauptrisikofaktoren wie Alkohol, Rauchen, Sicherheit im Straßenverkehr und anderen Faktoren, die die Sicherheit der Bürger beeinträchtigen können (19). Für ein besseres Verständnis der Hauptursachen und der auf nationaler Ebene besonders gefährdeten Gruppen und für ihre Berücksichtigung im Rahmen geeigneter Politiken und Maßnahmen müssten genauere Analysen durchgeführt werden.

Für die DALY, die aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (sowohl ischämische Herzkrankheit als auch zerebrovaskuläre Krankheiten) verlorengehen, wird bis 2030 eine marginale Zunahme vorhergesagt, insbesondere für die Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (20). In diesen Ländern werden auch maligne Neoplasmen zunehmen, während sie in den anderen Gebieten der Region konstant bleiben. Dagegen wird davon ausgegangen, dass Verletzungen und übertragbare Krankheiten künftig einen geringeren Anteil an der Krankheitslast einnehmen werden. Da sich die Lebenszeit der Menschen verlängern wird (siehe Abschnitt „Demografische Veränderungen in der Europäischen Region“), wird mit einem Rückgang der Krankheitslast zwischen 2004 und 2030 um insgesamt 10% (und 30% pro Person) gerechnet, was vor allem mit veränderten Krankheitsmustern (insbesondere im Zusammenhang mit nicht tödlichen Krankheiten, die zu einer Behinderung führen, z. B. unipolare schwere Depression, Hörverlust im Erwachsenenalter und alkoholbedingte Gesundheitsprobleme) und einem höheren Sterbealter begründet wird. Für einige Krankheitsursachen in der Region wird jedoch eine Zunahme erwartet. Dies gilt für HIV (vor allem in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen), unipolare depressive Störungen, Alzheimer und andere Demenzerkrankungen sowie für Hörverlust im Erwachsenenalter.

Künftige Herausforderungen

Auch wenn sich die Gesundheitssituation in der Europäischen Region während der letzten 20 Jahre verbessert hat, gibt es noch viele unerledigte Aufgaben im Zusammenhang mit der Reduzierung der Krankheitslast. Die verfügbaren Daten belegen allesamt, dass im Gesundheitsbereich ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den Ländern und häufig auch innerhalb der Länder herrscht. Dieses Ungleichgewicht wird zum Teil auf geschlechtsspezifische und sozioökonomische Faktoren, die Lebensweise und den Zugang zur Gesundheitsversorgung zurückgeführt (6). Über 65% der Krankheitslast in der Region entfallen auf die Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen. Acht der zehn häufigsten gesundheitlichen Probleme, die für knapp 40% der verlorenen DALY verantwortlich sind, können vermieden werden und sind mit den drei Hauptrisikofaktoren verbunden: Rauchen, Alkoholmissbrauch und Verkehr. Die bevölkerungsbezogenen attributablen Anteile dieser veränderlichen Faktoren sind für Männer und Frauen weltweit unterschiedlich: Rauchen nimmt einen Anteil von 19% bzw. 5% und Alkoholmissbrauch einen Anteil von 5,6% bzw. 0,6% ein (30). Beim Verkehr beträgt der Anteil insgesamt 2,8% und es sind keine gesonderten Daten für Männer und Frauen verfügbar (31,32). Positive Ernährungsfaktoren, u. a. ausreichender Mikronährstoffgehalt, und Bewegung können ebenfalls eine wichtige Rolle spielen (22,30,33). Darüber hinaus sind die attributablen Anteile je nach Krankheit und Altersgruppe verschieden. Für Lungenkrebs und Herz-Kreislauf-Krankheiten bei Personen zwischen 30 und 69 Jahren beträgt der Anteil, der dem Rauchen zugeschrieben wird, bei Männern fast 80% bzw. 40% und bei Frauen 24% bzw. 6%. Eine Bekämpfung der genannten Faktoren könnte eine erhebliche Verringerung der Krankheitslast bewirken. Wenn das Rauchen reduziert wird, wie es beispielsweise in Polen der Fall ist, steigt die Lebenserwartung bei Geburt (34). Dabei ist jedoch wiederum zu beachten, dass die Gesundheitssysteme sich weiterentwickeln müssen, um unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden.

Einige GUS-Staaten, in denen die genannten Risikofaktoren stark ausgeprägt sind, stellen keine Informationen für eine vertiefte Analyse bereit und laufen so Gefahr, die Probleme nicht zu erkennen. Beim Alkoholmissbrauch haben Untersuchungen in den GUS-Staaten ergeben, dass Strategien zur Beschränkung des Zugangs zu alkoholischen Getränken und zur Reduzierung des Alkoholkonsums deutliche Wirkung gezeigt haben, jedoch nicht überall aufrechterhalten wurden. Daher hat die Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen und Gewalt im Gegensatz zu den EU-12-Ländern inzwischen wieder ein hohes Niveau erreicht (16,35). In Estland, Lettland und Litauen, die eine mit den GUS-Staaten vergleichbare Krankheitslast auswiesen, hat die Bevölkerung eine höhere und gesündere Lebenserwartung bei Geburt als in den GUS-Staaten. Daran lässt sich ablesen, dass Strategien und Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit durchaus Wirkung entfalten können, dass für ihre Umsetzung allerdings ein stärkerer politischer Wille, konzertierte Aktionen in allen Bereichen der Gesellschaft und die Einbeziehung gesundheitlicher Belange in alle Politikbereiche erforderlich sind. Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand (36,37) liefert einen Rahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit mit bewährten Gesundheitsprogrammen und -maßnahmen. Darüber hinaus muss den Prioritäten und Investitionen der Länder verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden, um die Ziele der Charta zu erreichen.

Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen

Dieser Abschnitt verknüpft die wichtigsten sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Gesundheitsdeterminanten mit den maßgeblichen verhaltensbedingten Risikofaktoren, die Auswirkungen auf gesundheitliche Ergebnisse und die Verteilung von Gesundheit haben. Zwischen Ländern bestehen beträchtliche Unterschiede im Bezug auf die Verteilung und die Schwere von Erkrankungen – und damit auch die Gesamtkrankheitslast. Beispielsweise bieten die gesundheitlichen Folgen von Umwelteinflüssen zunehmend Anlass zur Sorge – insbesondere im Hinblick auf den Zugang zu sicherem Trinkwasser und einer entsprechenden Sanitärversorgung, die Luftverschmutzung, die Sicherheit am Arbeitsplatz sowie Unfallverletzungen. Bezüglich der Krankheitslast aufgrund bekannter Umweltfaktoren bestehen jedoch zwischen den Ländern der Europäischen Region der WHO Unterschiede bis zum Faktor vier.

Personenbezogene Gesundheitsdeterminanten wie Tabak- und Alkoholkonsum, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel fordern in Verbindung mit der Ausbreitung der Adipositas in der Region weiterhin einen hohen Tribut. Fehlende Fortschritte sind im Allgemeinen nicht darauf zurückzuführen, dass Maßnahmen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt oder zu selten ergriffen werden; die Wechselbeziehungen zwischen Lebensgewohnheiten und Verhalten haben jedoch gemeinsame Ursachen: die sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit. Für Personen mit weniger Bildung, niedrigerer Stellung im Erwerbsleben oder niedrigerem Einkommen gilt tendenziell, dass sie früher sterben, mehr Jahre bei schlechter Gesundheit verbringen und eine höhere Prävalenz der meisten Arten von Gesundheitsproblemen aufweisen (38). Dies liegt zum Teil an den Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, leben, arbeiten und altern, aber auch an einem breiten Spektrum ungünstiger materieller, psychosozialer, umweltbedingter und verhaltensbedingter Risikofaktoren. Es ist eine Tatsache, dass relative Benachteiligung und soziale Ungleichheit die emotionalen, spirituellen und intellektuellen Ressourcen untergraben, die eine Voraussetzung für Wohlbefinden sind; psychische Störungen nehmen

zu, so dass gesundheitsschädigendes Verhalten bisweilen zu einem Mechanismus zur Bewältigung vielfältiger Probleme wird (39).

Es gibt keine einfachen Antworten. Die Lebensbedingungen im Alltag müssen verbessert und der Ungleichverteilung von Macht, Geld und Ressourcen muss entgegengewirkt werden (6). Die Aspekte der sozialen Ungleichheit und der Ungleichbehandlung im Gesundheitswesen ziehen sich wie rote Fäden durch die nächsten drei Abschnitte. Für ihre Bewältigung ist ein ressortübergreifender Ansatz erforderlich, der über den Gesundheitssektor hinausgeht und eine Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft, Gemeinschaften vor Ort und der Wirtschaft sowie mit globalen Foren und internationalen Organisationen mit sich bringt. Wenngleich vielfältige Erkenntnisse zu einzelnen Interventionen und potenziellen Grundsatzoptionen vorliegen, besteht doch weiterhin Unklarheit bezüglich der Frage, ob solche Faktoren auf längere Sicht wirksam durch isoliertes Handeln bekämpft werden können. Eine Auseinandersetzung mit solchen Risikofaktoren in allen betroffenen Bereichen – Umwelt, Lebensmittelsicherheit, individuelle Verhaltensentscheidungen und übergeordnete soziale Determinanten von Gesundheit – kann nur in Form einer integrierten Reaktion erfolgen. Die notwendigen sektorübergreifenden Maßnahmen sind deshalb auf eine wirksame Steuerungsrolle der Gesundheitsministerien angewiesen, die es ihnen ermöglicht, überzeugend für ein gemeinsames Handeln innerhalb wie außerhalb des Gesundheitssystems zu plädieren.

Umwelt und Gesundheit

In der Europäischen Region der WHO können mehr als 1,7 Mio. Todesfälle pro Jahr (18% aller Todesfälle) auf Umweltfaktoren zurückgeführt werden. Schätzungen zufolge sind Umweltfaktoren für ein Drittel der Gesamtkrankheitslast bei Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren verantwortlich. Durch gut konzipierte Interventionen im Umweltbereich könnte die Gesamtsterblichkeit in der Region um fast 20% gesenkt werden (40).

Die Krankheitslast aufgrund bekannter Umweltfaktoren ist zwischen den Ländern ungleichmäßig verteilt und weist innerhalb der Region Unterschiede bis zum Faktor vier auf (Tabelle 2.15). Dies ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen, zu denen Unterschiede hinsichtlich der Exposition gegenüber einer Kombination von Risikofaktoren wie gesundheitlich bedenklichem Trinkwasser, unzureichender Sanitärversorgung und Hygiene sowie Luftverschmutzung zählen. Diese Exposition ist wiederum stark von der Fähigkeit der Länder und ihrer Entschlossenheit zur Verabschiedung wirksamer Interventionen und Gesetze abhängig. (In diesem Abschnitt werden die Ländergruppen Eur-A, Eur-B und Eur-C eingeführt.³)

Bekannte Risikofaktoren

Ein großer Teil der umweltbedingten Krankheitslast ist auf etablierte Risikofaktoren zurückzuführen, deren Einfluss auf die Gesundheit mittlerweile gut verstanden wird und für die zuverlässige Erkenntnisse über die Wirksamkeit der zu ihrer Bewältigung durchgeführten

³ Eur-A: 27 Länder mit sehr niedriger Kinder- und Erwachsenensterblichkeit: Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich und Zypern;

Eur-B: 17 Länder mit niedriger Kinder- und Erwachsenensterblichkeit: Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Georgien, Kirgisistan, Montenegro, Polen, Rumänien, Serbien, Slowakei, Tadschikistan, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Türkei, Turkmenistan und Usbekistan;

Eur-C: 9 Länder mit niedriger Kinder- und hoher Erwachsenensterblichkeit: Estland, Kasachstan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Russische Föderation, Ukraine, Ungarn und Weißrussland.

Tabelle 2.15: Geschätzte Todesfälle und verlorene DALY aufgrund von Umweltfaktoren in der Europäischen Region der WHO (2002)

Subregion und Land	DALY		Geschätzte Todesfälle	
	Pro Kopf (in 1 000)	%	Zahl	%
Eur-A				
Andorra	17,6	14	91	23
Belgien	18,7	14	17 032	16
Dänemark	19,1	14	9 235	16
Deutschland	17,1	14	132 169	16
Finnland	19,1	15	8 167	17
Frankreich	17,2	14	80 107	15
Griechenland	20,0	16	19 966	19
Irland	17,8	14	5 286	18
Island	13,7	14	317	17
Israel	14,1	13	5 594	15
Italien	16,0	14	90 809	16
Kroatien	23,0	14	8 374	17
Luxemburg	18,0	15	574	16
Malta	15,6	14	490	16
Monaco	15,5	14	42	8
Niederlande	15,8	14	21 830	15
Norwegen	16,1	14	7 502	17
Österreich	16,3	14	11 424	15
Portugal	19,7	14	15 445	14
San Marino	16,3	15	44	24
Schweden	15,1	14	14 468	15
Schweiz	14,6	13	9 543	15
Slowenien	19,8	14	2 926	16
Spanien	17,3	14	58 495	16
Tschechische Republik	21,4	15	17 606	16
Vereinigtes Königreich	18,1	14	101 335	17
Zypern	17,5	13	1 363	26
Eur-B				
Albanien	29,9	19	4 425	27
Armenien	26,3	16	4 712	18
Aserbaidschan	35,7	19	12 927	28
Bosnien-Herzegowina	25,6	16	6 172	20
Bulgarien	28,6	16	18 469	16
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	23,7	15	3 137	17
Georgien	27,1	16	10 874	28
Kirgisistan	46,2	21	9 706	28
Polen	25,2	17	66 113	18
Rumänien	30,8	17	46 928	17
Serbien und Montenegro	26,8	15	21 023	19
Slowakei	25,1	16	9 315	18
Tadschikistan	47,5	21	12 021	45
Türkei	30,4	19	86 712	20
Turkmenistan	48,5	22	9 108	31
Usbekistan	30,1	18	33 479	24
Eur-C				
Estland	38,7	20	3 732	20
Kasachstan	49,3	20	39 274	26
Lettland	38,3	18	6 492	20
Litauen	33,7	19	8 332	20
Republik Moldau	34,5	17	8 952	21
Russische Föderation	53,7	20	493 116	21
Ukraine	43,2	19	155 230	21
Ungarn	28,0	16	21 740	16
Weißrussland	43,4	20	29 712	20

Quelle: Preventable environmental impact on mortality and morbidity in countries of the European Region (2007) (41).

Grundsatzmaßnahmen und Interventionen vorliegen. Zu den wichtigen Risikofaktoren für die Länder der Europäischen Region zählen (Tabelle 2.16): Zugang zu sauberem Trinkwasser und verbesserter Sanitärversorgung, Exposition gegenüber Luftverschmutzung, Exposition gegenüber persistenten organischen Schadstoffen, Quecksilber und Pestiziden, Gefahren am Arbeitsplatz und Unfallverletzungen.

Zugang zu sauberem Trinkwasser und verbesserter Sanitärversorgung

Unzureichender Zugang zu sauberem Trinkwasser ist immer noch eine der Haupttodesursachen bei Kindern unter 15 Jahren in der Region. Etwa 13 000 Todesfälle pro Jahr (5,3% der Gesamtkindersterblichkeit: 0,2% in Eur-A-, 7,5% in Eur-B- und 2,4% in Eur-C-Ländern) sind auf Durchfallerkrankungen infolge nicht einwandfreien Trinkwassers zurückzuführen (43). Etwa 13 Mio. Menschen in der Ländergruppe Eur-B und 9 Mio. Menschen in Eur-C haben keinen Zugang zu einer verbesserten Trinkwasserversorgung, und 18 Mio. Menschen in Eur-B sowie 32 Mio. Menschen in Eur-C verfügen über keinen Zugang zu einer verbesserten Sanitärversorgung. Die Landbevölkerung hat im Allgemeinen schlechteren Zugang zu sicherer Trinkwasserversorgung: 66% in Eur-B und 56% in Eur-C (Abb. 2.14) (44). Die langsamen Fortschritte bei der Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu sauberem Trinkwasser und verbesserter Sanitärversorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten im östlichen Teil der Region, beeinträchtigen die Verwirklichung des Millenniums-Entwicklungsziels 7 in der Region (Sicherung einer nachhaltigen Umwelt) und die Erfüllung eines grundlegenden Menschenrechts. Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, um sauberes Trinkwasser von der Quelle bis zum Wasserhahn zu gewährleisten, den Wasserbedarf wirksamer zu steuern und nützliche Grundsatzinstrumente wie das von WHO und Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE) gemeinsam angenommene Protokoll über Wasser und Gesundheit zum Übereinkommen zum Schutz und zur Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen von 1992 optimal zu nutzen (45).

Exposition gegenüber Luftverschmutzung

Die Verschmutzung von Außen- und Raumluft ist eine wichtige Gesundheitsdeterminante, welche in den EU-Ländern die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen erhöht und die Lebenserwartung um ca. 8,6 Monate verringert. In den am stärksten betroffenen Ländern verringert sich die Lebenserwartung sogar um mehr als 13 Monate. In den letzten beiden Jahrzehnten wurden bei der Verringerung der Emissionen einiger Luftschadstoffe wie Schwefel, Stickstoffoxiden und Blei beträchtliche Fortschritte erzielt. Dies ist vor allem auf Verbesserungen in der Industrieproduktion und der Energieerzeugung sowie bei Energieeffizienz und Brennstoffqualität zurückzuführen. Unabhängig davon sind fast 90% der Bewohner städtischer Gebiete weiterhin Luftschadstoffkonzentrationen ausgesetzt, die über den Richtwerten der Luftgüte-Leitlinien der WHO liegen (46). In der Region variiert die durchschnittliche Exposition zwischen Ländern um den Faktor drei. Die Konzentrationen der Hauptluftschadstoffe (Feinstaub, Ozon und Stickstoffdioxid) sowie die diesbezüglichen Gesundheitsrisiken haben sich im Durchschnitt im Zeitraum von 2000 bis 2006 nicht verändert oder leicht erhöht.

Exposition gegenüber persistenten organischen Schadstoffen, Quecksilber und Pestiziden

Nach dem Ausstieg aus der Verwendung von verbleitem Benzin, zunächst in Westeuropa und später in Mittel- und Osteuropa, gingen in den ersten Jahrzehnten bei Kindern die Bleikonzentrationen im Blut deutlich zurück (47). Die Exposition gegenüber Blei ist jedoch im südöstlichen Teil der Region immer noch beträchtlich höher als im nördlichen und westlichen Teil. Weil für Kinder kein sicherer Expositionsgrenzwert festgelegt werden kann, müssen die Bleikonzentrationen im Blut weiter verringert werden. In vielen Ländern muss die gesetzliche

Tabelle 2.16: Todesfälle und verlorene DALY aufgrund von Umweltrisikofaktoren in der Europäischen Region der WHO (2002)

Land	Bevölkerung (in 1000)	Wasser, Sanitärversorgung und Hygiene				Raumluftverschmutzung			Außenluftverschmutzung			
		Bevölkerung (in %) mit:		Durchfallerkrankungen		Anteil der Bevölkerung, der feste Brennstoffe verwendet (in %)	Todesfälle pro Jahr	DALY pro 1000 Einwohner und Jahr	Jährliche PM10-Konzentration ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) ^a	Stadtbevölkerung (in %) ^b	Todesfälle pro Jahr	DALY pro 1000 Einwohner und Jahr ^c
		Verbesserte Wasserversorgung	Verbesserte Sanitärversorgung	Todesfälle pro Jahr	DALY pro 1000 Einwohner und Jahr							
Eur-A												
Andorra	69	100	100	— ^d	0,2	< 5	—	—	41	39	—	0,8
Belgien	10 296	100	100	—	0,2	< 5	—	—	41	34	2 000	1,0
Dänemark	5 351	100	100	—	0,2	< 5	—	—	24	38	600	0,6
Deutschland	82 414	100	100	—	0,1	< 5	—	—	29	32	10 400	0,6
Finnland	5 197	100	100	—	0,2	< 5	—	—	16	42	200	0,2
Frankreich	59 850	100	n. v. ^e	—	n. v.	< 5	—	—	25	42	4 800	0,4
Griechenland	10 970	n. v.	n. v.	—	n. v.	< 5	—	—	34	46	2 800	1,3
Irland	3 911	n. v.	n. v.	—	n. v.	< 5	—	—	15	32	< 100	0,1
Island	287	100	100	—	0,2	< 5	—	—	21	59	< 100	0,4
Israel	6 304	100	n. v.	n. v.	n. v.	< 5	—	—	53	80	1 500	1,2
Italien	57 482	n. v.	n. v.	—	n. v.	< 5	—	—	37	27	8 400	0,7
Kroatien	4 439	100	100	—	0,2	12	—	—	35	32	900	1,3
Luxemburg	447	100	100	—	0,2	< 5	—	—	17	19	—	0,1
Malta	393	100	n. v.	n. v.	n. v.	< 5	—	—	n. v.	n. v.	—	—
Monaco	34	100	100	—	0,2	< 5	—	—	n. v.	n. v.	—	—
Niederlande	16 067	100	100	—	0,2	< 5	—	—	38	52	3 600	1,2
Norwegen	4 514	100	100	—	0,2	< 5	—	—	22	33	400	0,3
Österreich	8 111	100	100	—	0,1	< 5	—	—	32	37	1 100	0,7
Portugal	10 049	n. v.	n. v.	—	n. v.	< 5	—	—	27	56	1 900	1,0
San Marino	27	n. v.	n. v.	—	n. v.	< 5	—	—	19	n. v.	—	—
Schweden	8 867	100	100	—	0,1	< 5	—	—	19	30	500	0,2
Schweiz	7 171	100	100	—	0,1	< 5	—	—	27	42	800	0,5
Slowenien	1 986	n. v.	n. v.	—	n. v.	8	n. v.	—	44	21	300	0,7
Spanien	40 977	100	100	—	0,2	< 5	—	—	30	42	5 800	0,7
Tschechische Republik	10 246	100	98	—	0,1	< 5	—	—	42	24	1 700	1,0
Vereinigtes Königreich	59 068	100	n. v.	—	n. v.	< 5	—	—	26	53	12 400	1,0
Zypern	796	100	100	—	0,5	< 5	—	—	60	48	300	1,6
Eur-B												
Albanien	3 141	96	91	300	0,3	50	< 100	0,5	58	9	200	0,4
Armenien	3 072	92	83	< 100	1	26	100	0,8	84	54	1 600	4
Aserbaidschan	8 297	77	54	800	3,9	49	1800	7,2	64	23	1 400	1,4
Bosnien-Herzegowina	4 126	97	95	—	0,3	50	< 100	0,1	22	37	300	0,5
Bulgarien	7 965	99	99	—	0,2	17	< 100	0,1	59	37	3 400	3
Ehemalige jugoslawische Republik												
Mazedonien	2 046	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	30	—	0,1	29	29	200	0,7
Georgien	5 177	82	94	—	0,3	43	100	0,6	46	40	2 200	3
Kirgisistan	5 067	77	59	600	5	76	1600	7,5	36	16	400	0,6
Polen	38 622	n. v.	n. v.	—	n. v.	< 5	—	—	40	32	6 000	1,1
Rumänien	22 387	57	n. v.	n. v.	n. v.	23	300	0,2	76	33	9 400	3
Serbien und Montenegro	15 035	93	87	—	0,6	n. v.	—	—	17	20	100	0,1
Slowakei	5 398	100	99	—	0,2	< 5	—	—	31	17	400	0,4
Tadschikistan	6 195	59	51	1 800	10	75	1600	7,9	57	11	500	0,6
Türkei	70 318	96	88	6 000	3	11	2500	0,9	56	61	18 800	2
Turkmenistan	4 794	72	62	1 000	7	< 5	—	0,1	73	18	700	1,4
Usbekistan	25 705	82	67	500	1	72	5300	6,1	81	21	4 300	1,3
Eur-C												
Estland	1 338	100	97	—	0,2	16	—	—	19	37	100	0,5
Kasachstan	15 469	86	72	300	1	< 5	< 100	0,1	25	43	2 300	1,2
Lettland	2 329	99	78	—	0,3	10	—	—	17	42	< 100	0,2
Litauen	3 465	n. v.	n. v.	—	n. v.	< 5	—	—	29	42	700	1,1
Republik Moldau	4 270	92	68	100	0,4	63	200	0,7	41	27	900	1,5
Russische Föderation	144 082	97	87	700	0,3	9	400	0,0	25	48	37 200	1,9
Ukraine	48 902	96	96	< 100	0,3	6	200	0,1	29	42	15 200	2,0
Ungarn	9 923	99	95	—	0,2	< 5	—	—	34	32	1 900	1,3
Weißrussland	9 940	100	84	—	0,3	19	200	0,2	9	49	—	—

^a Gewichteter Durchschnitt für Feinstaub mit einem Partikeldurchmesser unter 10 μm (PM_{10}) bei der Stadtbevölkerung (Schätzung oder Messwert, wenn verfügbar).

^b Prozentualer Anteil der Bevölkerung, der in Städten mit mehr als 100 000 Einwohnern oder in nationalen Hauptstädten lebt.

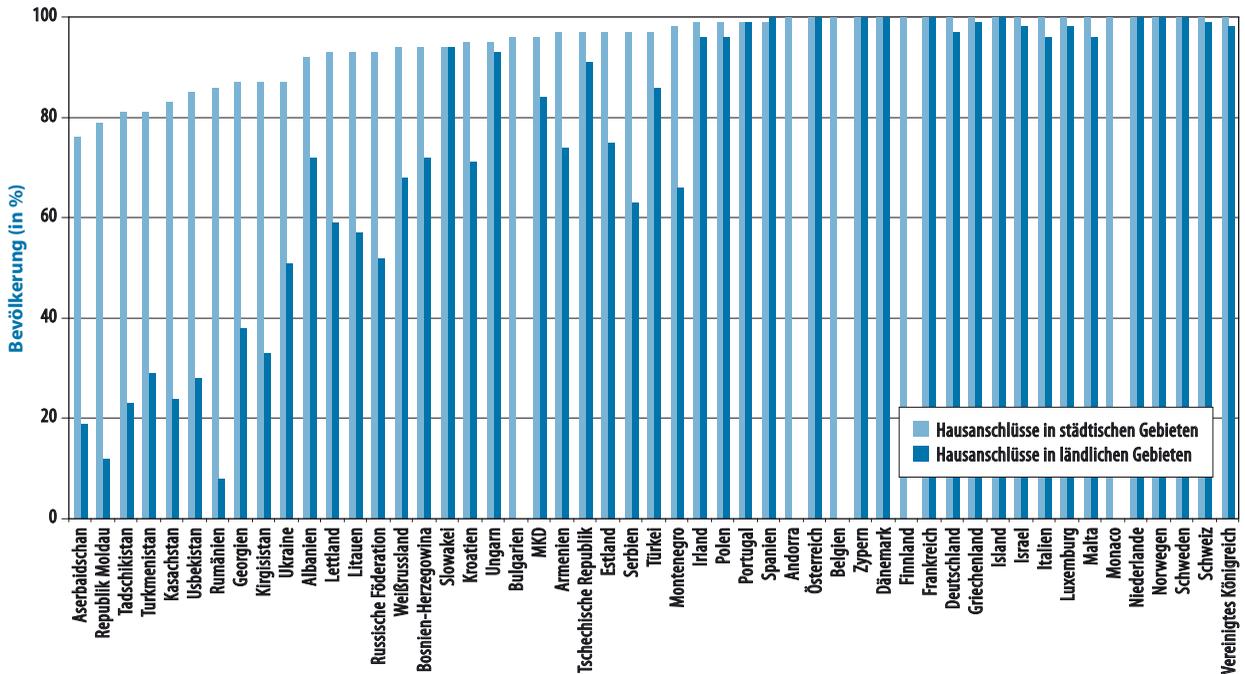
^c In diesem Fall Lebensjahrverlust durch vorzeitige Sterblichkeit.

^d Schätzwert gleich null oder Methode nicht ausreichend empfindlich.

^e Nicht verfügbar.

Quelle: Deaths and DALYs attributable to three environmental risk factors (42).

Abb. 2.14: Prozentualer Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu verbesserter Trinkwasserversorgung in städtischen und ländlichen Gebieten der Europäischen Region der WHO (2006)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird.
Quelle: Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation (44).

Grundlage für die Reinhaltung der Luft und die Luftgüteüberwachung aktualisiert werden, um den Leitlinien der WHO für Luftgüte besser Rechnung zu tragen (46). Des Weiteren bedarf es klarerer Orientierung in Bezug auf die Raumluft. Das WHO-Regionalbüro für Europa arbeitet derzeit Leitlinien zur Raumluftqualität aus.

Einige Länder haben Daten zu persistenten organischen Schadstoffen in der Muttermilch bereitgestellt. Diese lassen darauf schließen, dass die Belastung der Bevölkerung durch bestimmte persistente organische Schadstoffe wie Dioxin im letzten Jahrzehnt zurückgegangen ist, wenngleich hier Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern bestehen (48). Stattdessen sind neue Verbindungen wie polybromierte und polyfluorierte Verbindungen ins Visier geraten. Quecksilber und seine Verbindungen sind hochtoxisch für Menschen, Ökosysteme und Wildtiere. Selbst relativ niedrige Dosen können bei Erwachsenen und Kindern eine schwerwiegende neurotoxische Wirkung haben. In einigen Ländern der Region resultiert der Verzehr von kontaminiertem Fisch oder großen Mengen von unkontaminiertem Fisch in einer gefährlichen Aufnahme von Methylquecksilber. Weil diese dem ansonsten vorhandenen gesundheitlichen Nutzen des Verzehrs von Fisch entgegensteht, sollte die Verringerung des Quecksilbergehalts von Fisch hohe Priorität erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten die Emissionen in die Atmosphäre verringert und Bodenkontamination vermieden werden.

Wenngleich die meisten Länder in der Region den Einsatz von Pestiziden durch Gesetze und Vorschriften regeln, können diese Chemikalien Gesundheit und Umwelt schädigen, und ihr verantwortungsloser und übermäßiger Gebrauch kann diese negative Wirkung verstärken. Die Verwendung veralteter Pestizide in einigen der Länder Mittel- und Osteuropas sowie

des Kaukasus bleibt ein Problem. Manche Länder setzen sich mit ihm auseinander, während andere ihre Maßnahmen intensivieren müssen.

Gefahren am Arbeitsplatz

Gefährliche Schadstoffbelastungen am Arbeitsplatz zählen zu den 10 wichtigsten Risikofaktoren, die Einfluss auf die Krankheitslast in der Europäischen Region haben. Jedes Jahr sterben in der Region etwa 300 000 Menschen infolge von Berufskrankheiten und 27 000 durch Arbeitsunfälle. Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle verursachen einen Verlust, der etwa 4% des BIP entspricht. Die Inzidenz und die Mortalität variieren beträchtlich zwischen den Ländern, was zum großen Teil auf Unterschiede in den Meldesystemen zurückzuführen ist. Unabhängig davon ist das Ausbleiben eines deutlichen Rückgangs der Arbeitsunfälle insgesamt ein Anzeichen dafür, dass die Fortschritte unzureichend sind. Es müssen Maßnahmen zur vollständigen Umsetzung der Resolution WHA60.26 (49) der Weltgesundheitsversammlung ergriffen werden, in der Möglichkeiten aufgezeigt werden, den Schutz der Gesundheit vor berufsbedingten Gefährdungen durch gezielte Interventionen zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu ergänzen.

Unfallverletzungen

Unsichere Umweltbedingungen sind eine wichtige Determinante für Unfallverletzungen. So können nach Schätzungen 25% der Verletzungen im Straßenverkehr in Westeuropa auf Umweltbedingungen zurückgeführt werden; dies betrifft etwa die Frage, wie die Straßeninfrastruktur aussieht und ob Bürgersteige und Einrichtungen für Radfahrer und Fußgänger vorhanden sind (50). Unfallverletzungen sind die dritthäufigste Todesursache in der Region und fordern pro Jahr fast 800 000 Menschenleben. 66% dieser Todesfälle könnten vermieden werden (51); ihre wirtschaftlichen Kosten werden auf ca. 2% des BIP geschätzt. Der politische und wirtschaftliche Übergang in der Region hatte eine Verschärfung der Ungleichheiten in Bezug auf Unfallverletzungen zur Folge. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind groß und nehmen zu (Abb. 2.15).

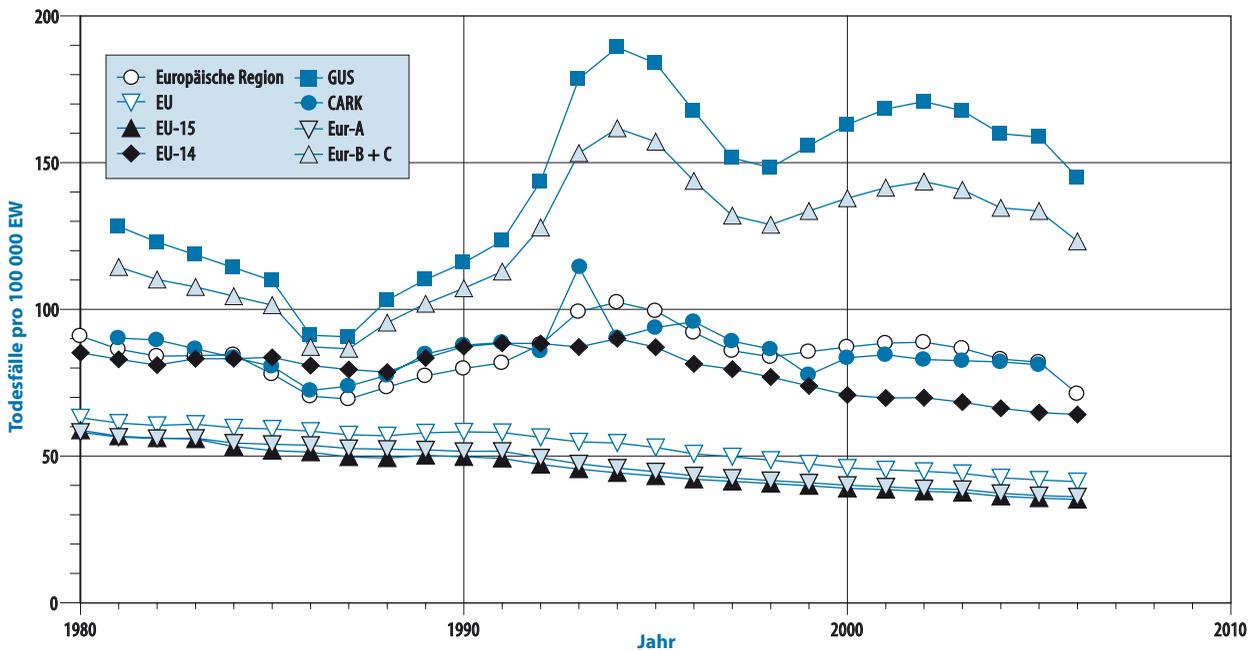
Die Sterblichkeitsquotienten in der Region variieren zwischen Ländern mit niedrigem bzw. mittlerem und Ländern mit hohem Einkommen nach individueller Verletzungsursache und reichen von 16,9 für Vergiftungen bis 1,3 für Stürze. Innerhalb von Ländern ist die Sterbehäufigkeit im Straßenverkehr bei Kindern aus niedrigeren sozialen Schichten 3,5-mal höher als bei Kindern aus höheren Schichten; bei Vergiftungen ist dieses Verhältnis 18:1. In Resolution EUR/RC55/R9 wirbt das WHO-Regionalkomitee für Europa für die Verringerung von Gewalt und Verletzungen durch die Förderung eines evidenzbasierten und sektorübergreifenden Public-Health-Ansatzes (52).

Neu entstehende Herausforderungen

In den letzten Jahren sind mehrere andere Risikofaktoren identifiziert worden, die weniger gut bekannt sind, aber aufgrund ihrer zu erwartenden Auswirkungen, ihrer Zunahme, der Ungewissheit in Bezug auf Ausmaß und Schwere ihrer Auswirkungen oder ihres Potenzials für langfristige gesundheitliche Auswirkungen Anlass zur Sorge bieten. Dazu zählen Klimaveränderungen, Belastungen im Zusammenhang mit der Abfallentsorgung, Lebensmittelinfektionen und Energieunsicherheit.

Es herrscht mittlerweile Übereinstimmung dahingehend, dass sich unser Klima verändert. Wenn die aktuellen Trends anhalten, könnten steigende Temperaturen und Meeresspiegel sowie häufigere extreme Wetterereignisse zu einer Erhöhung von Mortalität und Morbidität führen und sich negativ auf die Gesundheitsdeterminanten auswirken. Potenzielle

Abb. 2.15: Äußere Todesursachen (Verletzungen und Vergiftungen): SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1980–2006)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

Gesundheitsbedrohungen könnten durch Nahrungsmittel- und Wasserknappheit, den Verlust von Wohnraum und Lebensgrundlagen, Ausbrüche von Vektorkrankheiten sowie zunehmende Ungleichheiten innerhalb von sowie zwischen Ländern entstehen (53). Manche dieser Effekte haben sich in der Europäischen Region bereits verstärkt; beispielsweise verursachten Hitzeperioden im Jahr 2003 mehr als 70 000 zusätzliche Todesfälle (54). Schätzungen zufolge steigt die hitzebedingte Sterblichkeit bei einem Temperaturanstieg von jeweils 1° C um 1% bis 4%, so dass sie bis 2030 um 30 000 und bis 2080 um 50 000 bis 100 000 Todesfälle pro Jahr zunehmen könnte (55).

Der Klimawandel wird in der absehbaren Zukunft eine große Herausforderung für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz sein (56) und ist ein vorrangiges Thema für die WHO (57). Zu den wichtigsten Problemen zählen:

- temperatursensitive Infektionskrankheiten wie Lebensmittelinfektionen, die zu einer zusätzlichen jährlichen Krankheitslast von 20 000 Fällen bis 2030 und 25 000 bis 40 000 Fällen bis 2080 führen könnten (58);
- Veränderungen der Übertragung von Infektionskrankheiten durch Vektoren wie Mücken und Zecken infolge von Veränderungen ihrer geografischen Verbreitung, jahreszeitlichen Aktivität und Populationsgrößen (53);
- Starkniederschläge und daraus resultierend eine gewisse Anzahl von Ausbrüchen durch Wasser übertragener Krankheiten, ausgelöst durch freigesetzte Krankheitserreger oder übermäßige Wasserverschmutzung infolge überlaufender Abwasserrohre; und
- wichtige Auswirkungen auf die Konzentrationen und die Verteilung von Luftschadstoffen: Beispielsweise könnte im Vereinigten Königreich die Zahl der zusätzlichen ozonbedingten Todesfälle bis 2020 auf etwa 800 pro Jahr anwachsen (59).

Wenngleich keine eindeutigen Erkenntnisse über die gesundheitlichen Auswirkungen der aktuellen Praxis der Abfallentsorgung vorliegen, bestehen doch Bedenken bezüglich der gesundheitlichen Auswirkungen von Handlungsoptionen wie der Deponierung, der Verbrennung oder der Entsorgung von Abfällen aus dem Gesundheitswesen und von anderen Sonderabfällen. Angesichts des steigenden Abfallaufkommens müssen die zuständigen Entscheidungsträger zunehmend Wert darauf legen, die geeignetsten Verfahren für seine sichere Entsorgung zu wählen. Eine Sichtung von Fallstudien aus der Europäischen Region zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Deponien und Verbrennungsanlagen bestätigte die Bedeutung der Abfallbewirtschaftungshierarchie der EU, bei der die Minimierung des Abfallaufkommens höchste Priorität hat, gefolgt von der Wiederverwendung von Gütern, der Wertstoffgewinnung durch Recycling und Kompostierung sowie schließlich der Verbrennung und Deponierung, vorzugsweise mit Energierückgewinnung (60). Die Weiterentwicklung und Anwendung der wirtschaftlichen Bewertung von Abfallentsorgungsoptionen sowie von partizipatorischen Konzepten zur Ermittlung gesundheitsfreundlicher Grundsatzmaßnahmen sind vorrangig. Besondere Aufmerksamkeit sollte illegalen Praktiken und der Deponierung toxischer Abfälle gewidmet werden, wie sie im östlichen Teil der Region dokumentiert wurden. Wie sich in der italienischen Region Kampanien bereits gezeigt hat, können diese schwerwiegende negative gesundheitliche Auswirkungen haben (61).

Lebensmittelinfektionen stellen in der gesamten Region eine beträchtliche Belastung für die öffentliche Gesundheit und damit eine große gesundheitspolitische Herausforderung dar. Aufgrund unzureichender Meldesysteme sind die verfügbaren Daten nicht systematisch und ermöglichen keine zuverlässigen Vergleiche. Schätzungen zufolge ist jedoch die Inzidenz von Lebensmittelinfektionen im östlichen Teil der Region um ein Vielfaches höher als im westlichen (62).

Einen besonderen Anlass zur Sorge geben Krankheiten zoonotischen Ursprungs. Dazu zählen häufig gemeldete Krankheiten wie Salmonellose, Campylobacteriose und Brucellose. Botulismus und parasitäre Zoonosen (wie Trichinellose und Echinococose) werden aus mehreren Teilen der Region gemeldet. Die Nahrungsmittelkette kann durch verschiedene chemische Gefahrenstoffe wie Dioxine, persistente organische Schadstoffe und Schwermetalle kontaminiert werden. Wenngleich viele der traditionellen Gefahrenquellen bestehen bleiben, kommen infolge sich verändernder Risikofaktoren auch neue hinzu. Dazu zählen:

- die Zentralisierung, Industrialisierung und Globalisierung der Nahrungsmittelkette;
- ein sich veränderndes Verbraucherverhalten, beispielsweise häufiger essen zu gehen und mehr rohe Lebensmittel zu verzehren;
- Veränderungen von Pathogenen;
- antimikrobielle Resistenz, ein wachsendes gesundheitspolitisches Problem, das zum Teil auf den Einsatz antimikrobieller Mittel bei Tieren zurückzuführen ist.

Der zweite Aktionsplan Nahrung und Ernährung für die Europäische Region der WHO (62) soll den Ländern bei der Umsetzung nationaler Konzepte helfen und geht auf die wichtigsten gesundheitspolitischen Herausforderungen in den Bereichen Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit ein.

Ein wichtiges neues Anliegen ist die Gewährleistung des Zugangs von Haushalten zu sicheren, sauberen, zuverlässigen und erschwinglichen Energiequellen zum Heizen und Kochen. Die Auseinandersetzung mit dieser Problematik wurde durch eine Kombination von Faktoren ausgelöst: zunehmende Erkenntnisse über die gesundheitlichen Auswirkungen der Raumluftverschmutzung durch Festbrennstoffe; mehrere dramatischer

Kältewellen, namentlich in den CARK-Staaten; Krisen im internationalen Erdgashandel. Sie verdeutlichen allesamt, dass die Angehörigen der schwächsten sozialen Schichten besonders geschützt werden müssen und dass eine ununterbrochene Energieversorgung der Gesundheitsinfrastruktur auch bei extremen Wetterereignissen gewährleistet muss.

Neue Reaktionen auf alte und neue Herausforderungen

Umweltbedingte Gesundheitsrisiken sind zunehmend komplex und multifaktoriell. Der traditionelle Ansatz auf der Grundlage der Risikobewertung hat sich in wichtigen Beziehungen als beschränkt erwiesen. In der internationalen Diskussion wird in der jüngsten Zeit darauf hingewiesen, dass es noch große Anstrengungen bedarf, die Brücke zwischen Wissenschaft und Politik zu schlagen, um zu gewährleisten, dass politische Entscheidungen aufgrund einschlägiger Forschungserkenntnisse getroffen werden – selbst dort, wo große Ungewissheit herrscht (63). Dazu wird eine Vielzahl von Instrumenten und institutionellen Strukturen benötigt, und die gewählten Konzepte müssen auf dem Vorsorgeprinzip beruhen. Das WHO-Regionalbüro für Europa wirbt seit langem für das Vorsorgeprinzip als ein Instrument zum Schutz der Gesundheit, der Umwelt und des Wohlergehens künftiger Generationen.

Zusätzlich haben die WHO und andere Gesundheitsorganisationen die Bandbreite ihrer Aktivitäten in den Bereichen Umwelt und Gesundheit erweitert und befassen sich nun auch mit vorgelagerten Gesundheitsdeterminanten wie Entwicklungspläne und -konzepte. Im Rahmen ihrer Steuerungsfunktion im Gesundheitssystem verfolgen die Regierungen und insbesondere die Gesundheitsministerien der Mitgliedstaaten der Europäischen Region zunehmend das Konzept der Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in allen Politikbereichen, bei dem die gesundheitlichen Auswirkungen von Grundsatzmaßnahmen und Entscheidungen verschiedener Politikbereiche wie Verkehr, Energie, Industrie, Wohnungsbau und Tourismus gebührend berücksichtigt werden (64) (siehe Abschnitt „Verantwortung übernehmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“ in Teil 3). Die Mitgliedstaaten erkennen an, wie wichtig es ist, umweltbedingten Gesundheitsrisiken auf der nationalen Ebene durch sektorübergreifende Grundsatzmaßnahmen entgegenzuwirken. Dabei stützen sie sich auf konsultative Prozesse wie Umwelt- und Gesundheitsbilanzen sowie auf Maßnahmen zur Schaffung von Kapazitäten.

Der Prozess Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region mit seinen aufeinander folgenden Ministerkonferenzen, das Protokoll über Wasser und Gesundheit von WHO und UNECE (45) und das Paneuropäische Programm für Verkehr, Gesundheit und Umwelt (Fallbeispiel 2.1) sind Beispiele für Prozesse, die den unmittelbaren Einsatz anderer Politikbereiche für einen verbesserten Gesundheitsschutz erleichtern.

Die Annahme der Charta von Tallinn (36) und die Vorbereitungen auf die Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, die im März 2010 in Parma in Italien stattfinden wird (66), sind wichtige Etappen auf dem Weg zu einem soliden politischen Konsens über die Steuerungsfunktion der Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Berücksichtigung der Umwelteinflüsse auf die Gesundheit in der Region sowie auf die Stärkung dieser Funktion.

Lebensweise und Verhalten

Sieben durch Lebensweise und Verhalten bedingte Risikofaktoren sind insgesamt für etwa 60% der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO verantwortlich: Bluthochdruck, Tabakkonsum, schädlicher Alkoholkonsum, hoher Serumcholesterinspiegel, Übergewicht, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel (13). Somit gelten für alle Subregionen der

Fallbeispiel 2.1: Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen: Das Paneuropäische Programm für Verkehr, Gesundheit und Umwelt (THE PEP)

Das Programm THE PEP wurde 2002 als eine gemeinsame grundsatzpolitische Plattform des WHO-Regionalbüros für Europa und der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE) eingerichtet. Seine Zielsetzung bestand darin, auf nachhaltigere Verkehrsstrukturen und eine weiterreichende Berücksichtigung ökologischer und gesundheitlicher Aspekte im Rahmen der Verkehrspolitik hinzuwirken.

Im Januar 2009 nahmen Vertreter aller drei Ressorts auf der Hochrangigen Tagung „Verkehr, Gesundheit und Umwelt“ die Erklärung von Amsterdam mit dem Titel „Das Handlungsfeld Verkehr, Gesundheit und Umwelt – Verkehrspolitische Entscheidungen für mehr Gesundheit, Umweltschutz und Wohlstand“ an (65). Darin wurde festgestellt, dass die derzeitige Wirtschaftskrise eine Gelegenheit bietet, Investitionen im Verkehrswesen zu überdenken und durch Investitionen in ein nachhaltiges Verkehrswesen Chancen für wirtschaftliches Wachstum zu eröffnen. Die Erklärung von Amsterdam enthält vier vorrangige Ziele:

- Beitrag zu einer nachhaltigen wirtschaftlichen Entwicklung und Förderung der Schaffung von Arbeitsplätzen durch Investitionen in ein umweltverträgliches und gesundheitsförderliches Verkehrswesen;
- Steuerung einer nachhaltigen Mobilität und Förderung eines effizienten Verkehrssystems;
- Verringerung des Ausstoßes verkehrsbedingter Treibhausgase und Luftschadstoffe sowie von Verkehrslärm; und
- Förderung von Konzepten und Maßnahmen, die gesundheitsverträgliche und sichere Verkehrsmittel begünstigen.

Europäischen Region der WHO (Eur-A, Eur-B und Eur-C) und insgesamt für die meisten Länder dieselben führenden Risikofaktoren, wenn auch ihre Rangfolge jeweils verschieden sein mag. In den meisten Ländern der Region ist Bluthochdruck der führende Risikofaktor in Bezug auf die Sterblichkeit, während Rauchen der führende Risikofaktor für die Krankheitslast ist (13,67). Alkohol ist der führende Risikofaktor für sowohl Behinderungen als auch Todesfälle bei jungen Menschen in der Region (68). Dieser Abschnitt konzentriert sich auf vier wichtige Risikofaktoren, die durch Lebensgewohnheiten bedingt sind: Tabakkonsum, schädlicher Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel, wobei Adipositas den beiden letztgenannten gemeinsam ist.

Einschätzung der Situation

Tabakkonsum

2005 belief sich die Prävalenz des Tabakkonsums bei jungen Menschen ab 15 Jahren in der Europäischen Region auf 34,1% und lag bei Männern mit 44,4% fast doppelt so hoch wie bei Frauen mit 23,2% (12). In den meisten Ländern im westlichen Teil der Region hat sich die Prävalenz des Rauchens bei Männern und Frauen stabilisiert oder sinkt (69). Mittlerweile ist sie auch in einigen Ländern im östlichen Teil der Region rückläufig. Im Allgemeinen jedoch ist lediglich eine Stabilisierung bei Männern zu beobachten, ohne dass klare Gesamttrends erkennbar wären, während bei Frauen teilweise sogar ein leichter Anstieg verzeichnet wird (69).

Fast einer von fünf Jugendlichen (19,9%) im Alter von 13 bis 15 Jahren konsumiert Tabak: geringfügig mehr Jungen (22,7%) als Mädchen (16,8%) (12). Im östlichen Teil der Region scheint Rauchen unter 15-Jährigen bei Jungen verbreiteter zu sein als bei Mädchen. In vielen westeuropäischen Ländern ist das Gegenteil der Fall (69).

Tabakkonsum ist die häufigste verhütbare Einzeltodesursache: Eine durch Tabakkonsum verursachte Krankheit tötet die Hälfte aller Konsumenten, und die Lungenkrebssterblichkeit ist ein Gradmesser für die Prävalenz des Rauchens (70). In der gesamten Region sind die standardisierten Mortalitätsraten für Lungenkrebs bei Männern zurückgegangen, während in der Subregion Eur-A Lungenkrebs bei Frauen stetig häufiger wird (20).

Tabakkonsum ist in mehr als der Hälfte der Länder der Region der wichtigste und in den allermeisten Ländern einer der drei wichtigsten Faktoren, die zur Krankheitslast beitragen (70). Besonderen Anlass zur Sorge bietet der in der gesamten Region zu beobachtende Trend, dass Raucher auf die unteren sozioökonomischen Gruppen konzentriert sind – eine Entwicklung, welche die Kluft bei den aktuellen und zukünftigen Gesundheitsergebnissen vergrößert (70).

Schädlicher Alkoholkonsum

2003 belief sich der Alkoholkonsum bei Personen ab 15 Jahren in der Europäischen Region der WHO auf 8,84 Liter pro Person. Dies war der höchste Wert von allen WHO-Regionen (12). Allerdings sind die Trends in Bezug auf den Alkoholkonsum in der Region uneinheitlich (68,71). In Nordeuropa ist er hoch und steigt weiter. Der in Südwesteuropa in den letzten Jahrzehnten verzeichnete Rückgang scheint sich dem Ende zuzuneigen. Im östlichen Teil der Region verharret der Konsum im Allgemeinen auf dem Niveau der Mitte der 1990er Jahre erreichten sehr hohen Niveau; allerdings liegen die Werte in einigen Gebieten religionsbedingt sehr niedrig (68).

Etwa 20–35% des Gesamtkonsums in der Europäischen Region entfallen auf Frauen. Dies ist der höchste Wert von allen WHO-Regionen. Rauscherfahrungen sind unter Jugendlichen im westlichen Teil der Region weiterhin sehr stark verbreitet, sind im östlichen Teil auf ein ähnliches Niveau gestiegen und geben auch im südlichen Teil der Region Anlass zur Sorge (68).

Anstieg und Rückgang alkoholbedingter Todesfälle und Erkrankungen folgen in einer Gesellschaft der Entwicklung des Alkoholkonsums insgesamt. Die Zahl der durch Alkohol bedingten Todesfälle stieg insgesamt zwischen 2000 und 2002 um etwa 15%. So ist Alkoholkonsum inzwischen für 6% aller Todesfälle und 11% der Krankheitslast in der Region verantwortlich. Ferner trägt er auch erheblich zu sozialen Problemen bei: Kriminalität, Probleme in der Familie und am Arbeitsplatz (68).

Die Sterblichkeit und die Krankheitslast aufgrund von Alkoholkonsum sind bei Männern erheblich höher als bei Frauen. Alkohol ist bei jungen Menschen der führende Risikofaktor für Mortalität wie auch Morbidität. In der Altersgruppe der 15- bis 30-Jährigen sind mehr als ein Drittel der Krankheitslast bei Männern und etwa 14% der Krankheitslast bei Frauen auf Alkohol zurückzuführen (68).

Trinkgewohnheiten sind wesentliche Determinanten der öffentlichen Gesundheit. Die Schädlichkeit vorherrschender Muster des Alkoholkonsums nimmt generell nach Norden und Osten der Region zu. Im Norden der Region sind Alkoholexzesse verbreiteter; hier wird jeder Anstieg des Alkoholkonsums eher mit einer Zunahme von Tötungsdelikten, Suiziden und unbeabsichtigten Verletzungen in Verbindung gebracht als im südlichen Teil der Region. Bei einigen chronischen Krankheiten wie Leberzirrhose besteht ein ähnliches Gefälle (68).

Ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Adipositas

Schlechte Ernährung ist die Ursache für 5% der gesamten Krankheitslast in der Europäischen Region. Unterernährung kann in Gebieten mit unsicherer Nahrungsmittelversorgung akut, bei Armen oder gefährdeten Bevölkerungsgruppen wie älteren Menschen oder Personen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen dagegen ein Dauerzustand sein. Auch Mikronährstoffmangel ist in der Region ein Anlass zur Sorge, und der Anteil der in den ersten

sechs Monaten ausschließlich stillenden Mütter ist überall niedrig (zwischen 1% und 46%), selbst in Ländern mit hoher Anfangsstillrate (62).

Während der empfohlene Gesamtfettanteil an der Ernährung von Erwachsenen 15% bis 30% beträgt, macht er in den Ländern der Region zwischen etwa 30% und über 40% der Energiezufuhr aus. Er ist in allen Ländern der Region hoch, insbesondere in Griechenland und Belgien (bei Erwachsenen) sowie in Frankreich und Spanien (bei Kindern). Auch die Zuckerverzehr übersteigt in den meisten Ländern den gegenwärtig empfohlenen Anteil von 10% an der Gesamtenergiezufuhr (72). Das Angebot an zuckerhaltigen Getränken (wie Softdrinks) hat im Verlauf des letzten Jahrzehnts in fast allen Ländern der Region zugenommen, wobei der Konsum im Norden höher als im Süden und unter Männern höher als unter Frauen liegt (72).

In vielen Ländern bleibt der Mittelwert des Pro-Kopf-Konsums an Obst und Gemüse erheblich unter der empfohlenen Mindestmenge von 400 g pro Tag. Aufgrund des niedrigen Obst- und Gemüseverzehr und des unzureichenden Konsums von Vollkorngetreideprodukten ist in den Ländern der Region die Ballaststoffaufnahme einheitlich niedrig (1,8–2,4 g/MJ bei Männern und 2,0–2,8 g/MJ bei Frauen). Der empfohlene Wert liegt bei 2,5–3,1 g/MJ. Die traditionelle (und vorteilhafte) mediterrane Ernährung mit einem hohen Konsum an pflanzlichen Lebensmitteln, Pflanzenöl und Fisch ist immer mehr auf dem Rückzug, insbesondere bei jüngeren Menschen (72).

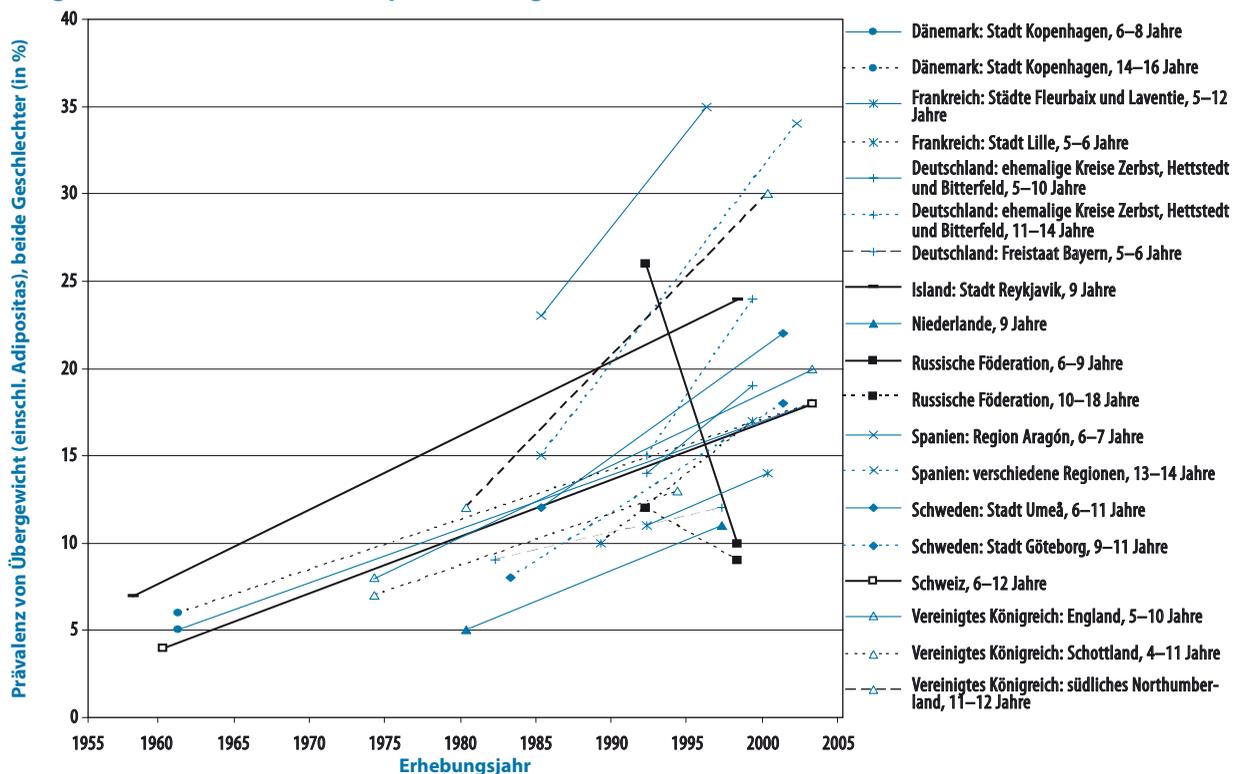
Unzureichende körperliche Bewegung ist ein wichtiger Risikofaktor für ein breites Spektrum nichtübertragbarer Krankheiten sowie für einen Mangel an Wohlbefinden und Lebensqualität. Jeder Fünfte in der Europäischen Region hat zu wenig oder gar keine körperliche Bewegung (weniger als das empfohlene Mindestmaß), wobei die Länder im Süden und Osten der Region hiervon offenbar stärker betroffen sind. Zur Trendbewertung liegen keine vergleichbaren Daten für die Region insgesamt vor. Nationale Daten deuten jedoch – von einigen Ausnahmen abgesehen – eher auf eine Verschlechterung der Trends hin. In dem Maß, in dem in der Europäischen Region die Urbanisierung fortschreitet, Menschen mehr fahren, immer mehr Berufe im Sitzen ausgeübt werden, die Arbeit stärker mechanisiert wird und die Freizeit zunehmend mit sitzenden Tätigkeiten verbracht wird, scheint die körperliche Betätigung zunehmend aus dem Alltagsleben zu verschwinden (73).

Es herrscht ein beträchtliches Maß an Ungleichheit sowohl innerhalb von Ländern als auch unter den Ländern. Der Zugang zu Freizeit- und Bewegungsmöglichkeiten scheint zwischen den sozialen Schichten ungleich verteilt zu sein. So ist bei einkommensschwachen Menschen die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie in einem Umfeld leben, welches körperliche Betätigung unterstützt, und dass sie Zugang zu Verkehrsmitteln haben, um bestimmte Einrichtungen zu erreichen (74). Die Situation ist jedoch insofern komplex, als sich Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status im Allgemeinen bei der Arbeit mehr körperlich bewegen. Gleiches gilt für den Weg zur und von der Arbeit, weil sie seltener ein Auto haben. Bei bestimmten Bevölkerungsgruppen ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie sich zu wenig körperlich bewegen. Dazu zählen sehr junge und sehr alte Menschen, Behinderte, Familien in schwierigen Lebensumständen, Migranten, Angehörige ethnischer Minderheiten und Frauen (75). Angesichts der Alterung der Bevölkerung in vielen Ländern der Region gibt der Bewegungsmangel bei älteren Menschen besonderen Anlass zur Sorge, weil er große Auswirkungen in Bezug auf den Verlust der Unabhängigkeit und die damit zusammenhängenden Kosten für die gesundheitlichen Versorgungssysteme haben und die Zahl der gesund verbrachten Lebensjahre verringern wird.

Bewegungsmangel verursacht in der Region nach Schätzungen 600 000 Todesfälle pro Jahr (je nach Land 5–10% der Gesamtsterblichkeit) und den Verlust von jährlich 5,3 Mio. gesund verbrachten Lebensjahren aufgrund von vorzeitiger Sterblichkeit und Behinderung. Auf der Grundlage zweier Studien aus der Schweiz und dem Vereinigten Königreich wird geschätzt, dass jedem Land in der Region durch Bewegungsmangel Kosten in Höhe von etwa 150 bis 300 US-\$ pro Person und Jahr entstehen (73).

Die Ernährung in der Region ist zunehmend durch hohe Energieaufnahme und geringe Sättigung gekennzeichnet, und der Konsum zuckerhaltiger und alkoholischer Getränke nimmt zu. Zusammen mit einem Mangel an körperlicher Betätigung führen diese Faktoren zu einem Anstieg der Adipositas (Körper-Masse-Index (BMI) ≥ 30 kg/m²) in fast allen Teilen der Region (72); 30% bis 80% der Erwachsenen in der Region und bis zu einem Drittel der Kinder sind übergewichtig (BMI ≥ 25 kg/m²) (Abb. 2.16). Mehr als 60% der Kinder, die vor Erreichen der Pubertät übergewichtig sind, werden als Erwachsene ebenfalls übergewichtig sein; dadurch sinkt das Alter, in dem nichtübertragbare Krankheiten wie Diabetes mellitus manifest werden (72).

Abb. 2.16: Übergewicht bei Kindern im schulpflichtigen Alter auf der Grundlage von Erhebungen in ausgewählten Ländern der Europäischen Region der WHO (1958–2003)



Quelle: Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Zusammenfassung (72).

Schlechte Ernährung und Bewegungsmangel und die daraus resultierende Adipositas und ihre Folgeerkrankungen sind zusammen genommen für ebenso viele Gesundheitsprobleme und vorzeitige Todesfälle verantwortlich wie das Rauchen. Schätzungen zufolge werden die Kosten für die Behandlung der resultierenden Gesundheitsprobleme bis zu 6% der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen (72). Als Antwort auf die neue Herausforderung durch

die Adipositasepidemie hat das WHO-Regionalbüro für Europa 2006 die Europäische Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas organisiert, auf der die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas angenommen wurde (76).

Themen, Herausforderungen und Handlungskonzepte

Die Rolle des Staates sowie von ordnungspolitischen und fiskalischen Maßnahmen

Weil die Begriffe „Lebensweise“ und „Lebensgewohnheiten“ die Interpretation nahe legen, dass für ihre Veränderung ausschließlich die betreffenden Personen verantwortlich sind, können sie im Zusammenhang mit den genannten Risikofaktoren bisweilen irreführend sein. Dann auch dem Staat und der Gesellschaft kommt hier eine wichtige Rolle zu. Einige der wirksamsten Grundsatzmaßnahmen zur Bekämpfung von Risiken sind fiskalischer, ordnungspolitischer oder gesetzgeberischer Natur und müssen vom Staat eingeführt und durchgesetzt werden. So werden im *Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO* (77) folgende wirksame grundsatzpolitische und gesetzgeberische Maßnahmen zur Regelung des Alkoholkonsums genannt: Besteuerung des Verkaufs von Alkohol, Verabschiedung von Gesetzen über Alkohol am Steuer, einschließlich Vollzugsmaßnahmen (z. B. Durchführung von Atemteststichproben bei Fahrzeugführern), Beschränkung des Handels mit Alkoholprodukten und Überwachung der Alkoholwerbung.

In ähnlicher Weise kämen als kostenwirksame Maßnahmen zur Tabakbekämpfung in Frage: Besteuerung von Tabakprodukten mit einer resultierenden Erhöhung der Kosten für die Konsumenten um mindestens 33% zur Eindämmung des Rauchens; Beschränkung des Rauchens an öffentlichen Orten und am Arbeitsplatz; Verbot der Tabakwerbung (78). Zwischen 2001 und 2005 stieg der Preis für Tabakerzeugnisse in den Ländern der Europäischen Union jährlich um 6,8% über der Inflation, was einen beträchtlichen Fortschritt gegenüber der jährlichen Steigerungsrate von 2,7% im Zeitraum von 1997 bis 2001 darstellte (69). 2006 machte die Tabaksteuer Berichten zufolge in 28 Ländern der Region mehr als die Hälfte des Preises von Tabakprodukten aus, wenngleich sie von 8% (in der Republik Moldau) bis zu 69% (in Israel) reichte (70). Das 2005 in Kraft getretene Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (79) war der erste unter der Schirmherrschaft der WHO ausgehandelte internationale Vertrag und bedeutete einen Paradigmenwechsel bei der Bekämpfung eines großen Public-Health-Problems durch eine internationale regulatorische Strategie (siehe Abschnitt „Verbesserung von Gesundheitsergebnissen“).

Ordnungspolitische Maßnahmen können zu den wirksamsten Instrumenten in der Gesundheitspolitik gehören; hierbei ist sorgfältig darauf zu achten, dass sie nicht unterlaufen werden. Innerhalb der EU wurden die Möglichkeiten der Mitgliedstaaten zur Eindämmung des Verkaufs an die Bevölkerung teilweise durch die sehr hohen beim Grenzübertritt zulässigen Alkoholmengen für den persönlichen Gebrauch eingeschränkt. So sahen sich einige Regierungen sogar zu einer Senkung der Alkoholsteuern gezwungen. Zudem ist der Preisunterschied zwischen verzollten und unverzollten Tabakprodukten ein wesentlicher Grund für die Zunahme des Schmuggels seit Beginn der 1990er Jahre. Durch internationale Zusammenarbeit, beispielsweise in den Bereichen des grenzüberschreitenden Handels und des Schmuggels, sowie durch die Verschärfung und Durchsetzung des geltenden Rechts konnten hier jedoch gewisse Erfolge erzielt werden (69).

Städtische Gebiete und andere Umfelder

Ernährung und Lebensgewohnheiten werden in modernen Gesellschaften von einer komplexen Konstellation von Faktoren beeinflusst. Diese unterliegen oft nicht der

unmittelbaren Kontrolle des Gesundheitssektors, sondern machen im Hinblick auf die Schaffung von gesundheitsförderlichen Umfeldern und Handlungsmöglichkeiten eine konstruktive Zusammenarbeit mit Politikbereichen wie Verkehr, Umwelt, Stadtplanung, Landwirtschaft u. a. erforderlich.

Häufig stellt sich heraus, dass die Stadtplanung einer sicheren, aktiven Fortbewegung eher abträglich ist. In Ländern, in denen Radfahren und Zufußgehen weniger gefördert werden, bewegt sich die Bevölkerung meist auch weniger. Ein sicheres Umfeld für Radfahren und Zufußgehen kann zu vertretbaren Kosten Bewegungsmöglichkeiten schaffen, die zum Teil der täglichen Fortbewegung der Menschen werden. Der Gesundheitssektor kann mit folgenden Akteuren zusammenarbeiten:

- mit Stadtplanern, um sicherzustellen, dass die Entfernungen zu Einkaufsmöglichkeiten und Arbeitsstätten zu Fuß oder mit dem Fahrrad bewältigt werden können;
- mit Arbeitgebern, um regelmäßige körperliche Bewegung am Arbeitsplatz zu erleichtern;
- mit Kommunen und Freizeitangebietern, um in Wohngebieten mit niedrigem Durchschnittseinkommen den Zugang zu Freizeiteinrichtungen zu verbessern und durch die Förderung aktiver Fortbewegungsmöglichkeiten für deren Beschäftigte ein Vorbild zu geben.

Durch die Arbeit des Paneuropäischen Programms für Verkehr, Gesundheit und Umwelt (THE PEP) (80), des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO (81) und des Europäischen Netzwerks für gesundheitsförderliche Bewegung (82) werden zunehmend Belege und Beispiele für sektorübergreifende Initiativen verfügbar.

Schulen bieten ein gutes Umfeld für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Es gibt überzeugende Belege dafür, dass Schulsport den Grad der körperlichen Betätigung und Fitness erhöht. Umfang und Organisation des Schulsportangebots sind allerdings von Land zu Land verschieden. Sichere Schulwege können dazu beitragen, dass statt der Benutzung von PKW eine körperlich aktive Fortbewegung gewählt wird, wie dies etwa bei den in Großbritannien verbreiteten „walking school buses“ (75) [dt.: laufender Schulbus] der Fall ist. Die Entfernung von Automaten für Süßwaren und zuckerhaltige Getränke aus Schulen und die Bereitstellung sauberen Trinkwassers können dazu beitragen, dass Schüler statt Softdrinks Wasser trinken. Des Weiteren kann die Planung und Subventionierung gesunder Gerichte dazu genutzt werden, das Ernährungsverhalten der Schüler und die Speisenauswahl in Schulkantinen zu beeinflussen (62).

Überwachung

Systeme zur Überwachung von Risikofaktoren sind mit Mängeln behaftet. In der Europäischen Region ist die Verwendung standardisierter Instrumente bisher nicht weit verbreitet. Dies erschwert die Beobachtung von Trends und Mustern innerhalb von Ländern ebenso wie länderübergreifende Vergleiche. So wurde erst in den letzten Jahren mit der Erhebung international vergleichbarer Daten über Bewegungsverhalten in den Ländern der Region begonnen. Die Hälfte der Länder weltweit verfügt nicht einmal über ein Mindestmaß an Informationen über den Tabakkonsum bei jungen Menschen (70). Schätzungen in Bezug auf Alkoholkonsum und Ernährungsmuster erfolgen unter Verwendung einer Reihe von Quellen.

Investitionen in Risikoüberwachungssysteme sind erforderlich, um zuverlässige nationale Daten zu Risikofaktoren erheben zu können und die Überwachung von Trends, die Evaluation von Interventionen, die Zusammenstellung von Erkenntnissen als Grundlage für die Entwicklung politischer Handlungskonzepte und die Erstellung internationaler Vergleiche

zu ermöglichen. Initiativen wie das neue Europäische Informationssystem über Alkohol und Gesundheit, das zum neuen Globalen Informationssystem über Alkohol und Gesundheit gehört und dieselben Indikatoren verwendet, werden deshalb begrüßt. Das System wird Ende 2009 öffentlich zugänglich gemacht und Daten zum Alkoholkonsum sowie zu den daraus resultierenden Schäden und zu geplanten Gegenmaßnahmen enthalten.

Soziale Determinanten von Gesundheit

Unter sozialen Determinanten von Gesundheit werden die sozialen Bedingungen verstanden, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten altern (83) und die ausschlaggebend für ihre Gesundheit, ihre Gefährdung durch Krankheiten, ihre Anfälligkeit und die letztendlichen gesundheitlichen Ergebnisse sind. Zu diesen sozialen Faktoren können Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen, das Lebensumfeld, die Verfügbarkeit von Gesundheits- und Sozialleistungen und der Zugang zu diesen, das Bildungsniveau und der soziale Zusammenhalt oder zwischenmenschliche Kontakte zählen. Darunter fällt auch die Frage, wie die Gesamtheit der Normen und Werte wie auch der Grad der Diskriminierung in Bezug auf soziale und ethnische Zugehörigkeit, Alter und Geschlecht im Zusammenwirken mit anderen Gesundheitsdeterminanten die Anfälligkeiten und Risiken erhöhen, die zu gesundheitlicher Chancenungleichheit führen (84).

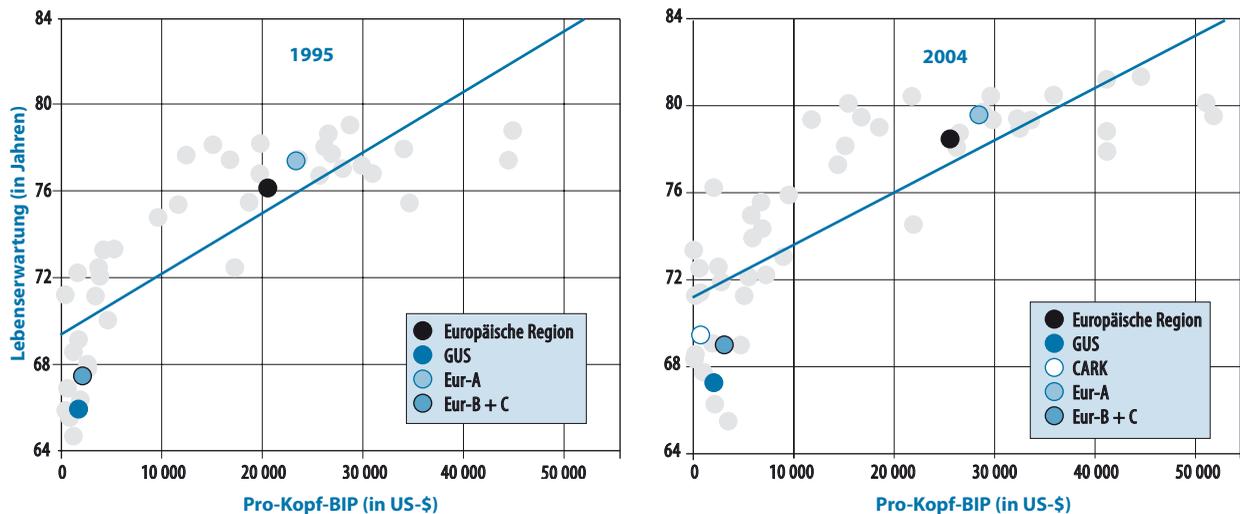
Die Influenza-Pandemie H1N1 2009, die schwere Wirtschaftskrise, die akuten Auswirkungen des Klimawandels und die Nahrungsmittelversorgungskrise von 2008 und 2009 haben nachdrücklich deutlich gemacht, wie wichtig es ist, der sozial bedingten gesundheitlichen Chancenungleichheit entgegenzuwirken. Sozial benachteiligte Personen sind durch pandemische Krankheiten stärker gefährdet. Mehr Menschen sind von Armut, unsicherer Nahrungsmittelversorgung und Arbeitslosigkeit betroffen; nach Schätzungen der Internationalen Arbeitsorganisation dürfte in Europa und Zentralasien 2009 die Zahl der Arbeitslosen um 8 Mio. steigen (85). Von April 2008 bis Mai 2009 stieg die Arbeitslosigkeit in der EU von 6,8% auf 8,9% (86).

Auslöser für das seit langem bestehende Interesse an einer gezielten Auseinandersetzung mit den sozialen Determinanten von Gesundheit und für das entsprechende politische Engagement war deren Einfluss auf die Gesundheit und insbesondere auf die Chance der Menschen auf ein gesundes und langes Leben (87). Dies spiegelt sich in den Grundsätzen der WHO-Satzung (88) und in den dort aufgeführten Aufgaben wider. Das Ziel der WHO, dass alle Menschen den bestmöglichen Gesundheitszustand erreichen, lässt sich nur verwirklichen, wenn die Organisation – ggf. zusammen mit anderen Sonderorganisationen der Vereinten Nationen – auf die Verbesserung von Ernährung, Wohnverhältnissen, sanitären Bedingungen, Freizeitangeboten und/oder wirtschaftlichen Verhältnissen oder Arbeitsbedingungen hinarbeitet. Die Arbeit der WHO zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung, ihre Strategie „Gesundheit für alle“, ihre Gesundheitsförderungsmaßnahmen und viele andere Programme stützen sich auf dieses Mandat.

Wenngleich sich der Gesundheitsstatus der Bevölkerung in der Region insgesamt verbessert hat (39) (siehe Abschnitt „Zentrale Gesundheitsindikatoren“), ist diese Verbesserung nicht gleichmäßig über alle Bevölkerungsschichten verteilt. Sozial bedingte Unterschiede bestehen sowohl zwischen den als auch innerhalb von Ländern. In den Ländern weisen Bevölkerungsgruppen in ländlichen und entlegenen Gebieten eine höhere Sterblichkeit auf als Stadtbewohner, zudem werden die Werte durch ethnische Zugehörigkeit und sozioökonomischen Status beeinflusst (85). Auf den sozialen Determinanten von Gesundheit

beruhende Ungleichheiten wirken sich nicht nur in Form geringerer Lebenserwartung und höherer Sterblichkeitsraten aus, sondern auch in Form höherer Morbidität, die anhand von Kriterien wie Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands, Zahl der gesund verbrachten Lebensjahre, Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten, Gesundheitsverhalten und Zugang zur Gesundheitsversorgung gemessen wird (89,90). Bedauerlicherweise hat in den betroffenen Ländern die gesundheitliche Chancenungleichheit sowohl insgesamt als auch zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen zugenommen (38,91) (Abb. 2.17).

Abb. 2.17: Lebenserwartung bei Geburt und Pro-Kopf-BIP (in US-\$) in der Europäischen Region (1995 und 2004)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

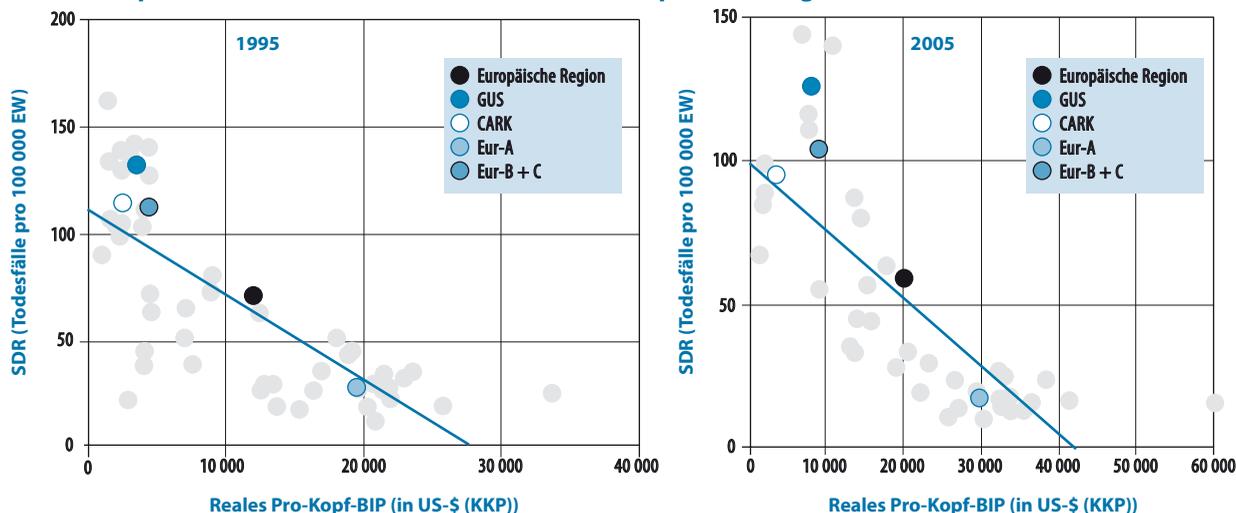
Soziale und lebensphasenabhängige Bedingungen, die die Gesundheit beeinflussen

Armut ist eine entscheidende soziale Determinante, die gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den wohlhabendsten und den am wenigsten wohlhabenden Ländern und Bevölkerungsgruppen erklärt. Gesundheitliche Unterschiede folgen auch einem starken sozialen Gefälle, in dem sich die Position einer Person oder einer Bevölkerungsgruppe in der Gesellschaft und spätere Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Ergebnisse widerspiegeln. Diese Unterschiede gehen oft mit niedrigerem Bildungsstand und Beschäftigungsstatus, schlechteren Wohnverhältnissen, geringerer Teilhabe an der Zivilgesellschaft sowie einem eingeschränkten Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben einher (6). Ein solcher Mangel an gesundheitlicher Chancengleichheit findet sich in Ländern mit höherem wie auch niedrigerem Einkommen (92).

Für die Länder im östlichen Teil der Region belegen die verfügbaren Daten zu den gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungszielen (16) und zur Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten Unterschiede nach sozioökonomischem Status und Geschlecht sowie geografischer Region (93,94) (Abb. 2.18).

Diese Daten lassen darauf schließen, dass einkommensschwache Menschen, Migranten, Binnenvertriebene und Angehörige ethnischer Minderheiten systematisch benachteiligt sind (94,95). Ein eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen und schwacher sozialer

Abb. 2.18: Ischämische Herzkrankheit in der Altersgruppe unter 65 Jahren: SDR pro 100 000 Einwohner und Pro-Kopf-BIP (in internationalen Dollar) in der Europäischen Region (1995 und 2005)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

Gesundheitsschutz tragen zu dieser gesundheitlichen Chancenungleichheit bei. Es wurde nachgewiesen, dass dort, wo der soziale Gesundheitsschutz schwach ausgeprägt ist und Gesundheitsausgaben überwiegend aus eigener Tasche bestritten werden müssen, der Anteil der Armen an der Bevölkerung infolge ruinöser Gesundheitsausgaben um 3 bis 9 Prozentpunkte steigt (96).

Arbeitslosigkeit, unsichere Arbeitsbedingungen und Arbeitsverhältnisse, einschließlich informeller und befristeter Arbeit sowie Auftragsarbeit, Kinderarbeit und Sklaverei oder Schuldarbeit, werden als Gründe für einen schlechteren Gesundheitsstatus angesehen. Arbeitnehmer in weniger angesehenen Berufen sind in höherem Maße einer Reihe arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ausgesetzt, welche die physische und psychische Gesundheit beeinträchtigen können. Stress am Arbeitsplatz ist mit einem um 50% höheren Risiko einer koronaren Herzkrankheit verbunden, und es gibt übereinstimmende Anzeichen dafür, dass hohe Anforderungen am Arbeitsplatz, geringe Kontrollmöglichkeiten und ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung Risikofaktoren für psychische und physische Gesundheitsprobleme darstellen (7). Derartige Erkenntnisse liegen übereinstimmend aus der gesamten Region vor. So zeigen beispielsweise Daten aus Schweden, dass bei Arbeitern die Sterblichkeit höher und die Gesundheit schlechter ist als bei Angestellten in Leitungspositionen (97). In Ungarn waren Unterschiede hinsichtlich der Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei 45- bis 64-Jährigen weitgehend auf ungünstige Arbeitsbedingungen und andere psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen (98).

Die fortschreitende Globalisierung hat zur zunehmenden Verbreitung flexibler Beschäftigungsformen geführt. Diese zeichnen sich gewöhnlich durch unsicherere Beschäftigungsbedingungen wie befristete Verträge und Zeitarbeitsverträge oder gar Arbeit ohne Beschäftigungsvertrag aus. Solche Bedingungen sind oft mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit verbunden; Frauen sind davon ebenso häufiger betroffen wie Männer, die körperliche Arbeiten verrichten (99).

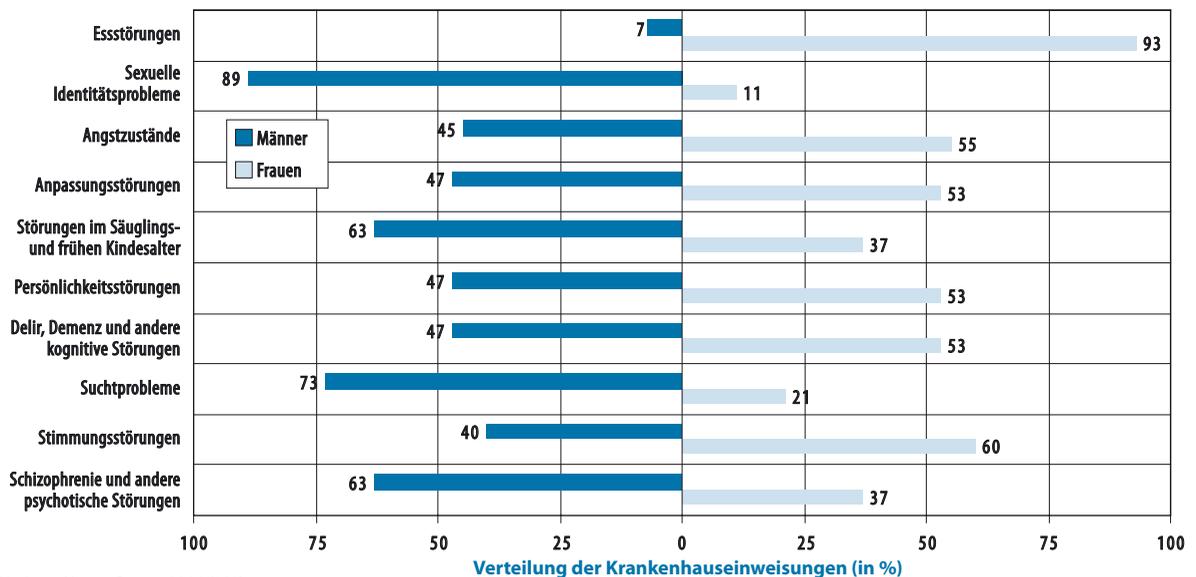
Veränderungen der Beschäftigungsstruktur haben abhängig von der geschlechtsspezifischen Arbeitstrennung in einem Land unterschiedliche Auswirkungen auf Frauen und Männer. In primär von Bauwirtschaft und Industrieproduktion geprägten Volkswirtschaften sind Männer gewöhnlich stärker betroffen; andererseits dürfte ein Personalabbau im öffentlichen Sektor die Arbeitslosigkeit bei Frauen überproportional erhöhen (100). Die Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz und die Förderung von Gesundheit und Bildung am Arbeitsplatz können zur Verringerung krankheitsbedingter Fehlzeiten, zur Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse bei allen sozioökonomischen Gruppen und zum Abbau von Defiziten in der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen (97).

Nach Schätzungen leben in der Europäischen Region 72 Mio. internationale Migranten (101); weltweit wird ihre Zahl auf insgesamt 210 Mio. geschätzt (102). Migranten, die sozioökonomisch benachteiligt werden oder anderweitig mit ungünstigen Bedingungen konfrontiert sind, können von einer Vielzahl gesundheitsschädlicher Faktoren betroffen sein. Sie sind oft in besonderem Maße anfällig für Gesundheitsprobleme wie berufsbedingte Gesundheitsgefährdungen, Atemwegserkrankungen, übertragbare Krankheiten (wie Tuberkulose oder Hepatitis), ungesunde Ernährung, mangelnde reproduktive und sexuelle Gesundheit und psychische Störungen. Alle diese Probleme werden durch eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem und zu anderen sozialen Leistungen verschärft (103).

Obwohl die Europäische Region von allen WHO-Regionen den höchsten Wert beim geschlechtsbezogenen Entwicklungsindex (104) aufweist, ist das Maß an Ungleichheit zwischen den Geschlechtern groß; so sind Frauen in Entscheidungsgremien deutlich untervertreten. Beispielsweise sind 76% aller Mitglieder nationaler Parlamente Männer, und Gleiches gilt für 85% der Mitglieder hochrangiger Entscheidungsgremien in Arbeitgeber- und Gewerkschaftsverbänden, die an Diskussionen, Verhandlungen und gemeinsamen Aktivitäten untereinander und mit EU-Institutionen teilnehmen (105). Wie bereits erwähnt, können Männer im Hinblick auf die Sterblichkeit aufgrund aller Ursachen, von Krebs und von äußeren Ursachen und Frauen im Hinblick auf die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesundheitlich benachteiligt sein (106). Beim Zugang zu Gesundheitsversorgung und Behandlung sind Unterschiede zwischen Männern und Frauen ebenfalls weit verbreitet. In Schweden, dem führenden Land in Bezug auf den geschlechtsbezogenen Entwicklungsindex, haben Frauen schlechteren Zugang zu Dialyse und Nierentransplantationen, Überweisungen für Bronchoskopien, Operationen wegen Knie- und Hüftarthritiden, Operationen des grauen Stars, bestimmten Bereichen der kardiovaskulären Versorgung, Lichttherapie gegen Psoriasis und Ekzeme, speziellen Schlaganfallstationen sowie neuen und teureren Arzneimitteln. Außerdem haben Frauen längere Wartezeiten für einen Termin bei einem praktischen Arzt, was sowohl akute als auch nicht akute gesundheitliche Probleme betrifft (107). Darüber hinaus können in einzelnen Erkrankungsgruppen über das gesamte Spektrum spezifischer Erkrankungen beträchtliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Abb. 2.19 zeigt Unterschiede bei den Krankenhauseinweisungsraten aufgrund psychischer Probleme zwischen Männern und Frauen in Spanien (108).

Eine in 22 Ländern der Region durchgeführte Studie ergab eine höhere Sterblichkeit bei Menschen mit geringerem Bildungsniveau. Allerdings ist diese Ungleichheit von Land zu Land sehr unterschiedlich ausgeprägt. Beispielsweise beläuft sich in den EU-15-Ländern der relative Index der Ungleichheit zwischen den Männern mit der geringsten und den Männern mit der höchsten Bildung auf 2. Für drei EU-12-Länder beträgt der relative Index der Ungleichheit bei Männern 4 oder mehr (109).

Abb. 2.19: Prozentuale Verteilung von Krankenhauseinweisungen bei psychischen Problemen nach Diagnose und Geschlecht in Spanien



Quelle: National Health Survey 2006 (108).

Gesundheitliche Chancenungleichheit besteht während des gesamten Lebens fort (110). Für die Messung der sozialen Determinanten von Gesundheit bietet sich ein Lebenslaufansatz an. Haben diese Determinanten während bestimmter Lebensphasen besonders große Auswirkungen? Um den besten Zeitpunkt für ein Eingreifen zu bestimmen, müssen des Weiteren Maßnahmen ausgewählt werden, die an den sozialen Determinanten gesundheitlicher Chancenungleichheit ansetzen (111,112).

In einer Studie zu einer britischen Kohorte von 1958 wurden die Beziehungen zwischen der Gesundheit von Erwachsenen und dem sozioökonomischen Status, gemessen anhand der beruflich bedingten sozialen Schicht bei der Geburt, in vier Lebensphasen (bei der Geburt sowie im Alter von 16, 23 und 33 Jahren) untersucht, wobei jeweils der Gesundheitsstatus nach eigener Einschätzung als Ergebnis verwendet wurde. Obwohl eine Veränderung des sozioökonomischen Status von Erwachsenen wie ein höherer Bildungsstand gewisse Auswirkungen hat, kann ein verbesserter sozioökonomischer Status im Erwachsenenalter eine Benachteiligung zu Beginn des Lebens nicht vollständig aufwiegen (113). Die Studie ergab, dass keine bestimmte Lebensphase ausschlaggebend ist, dass jedoch der kumulierte Effekt oder die Wirkungsdauer wichtige Vorhersageindikatoren für den Gesundheitszustand im frühen Erwachsenenalter sind. Neuere Erkenntnisse signalisieren jedoch, dass der Einfluss der sozialen Determinanten von Gesundheit (einschließlich des Geschlechts) in der frühen Kindheit besonders groß ist; allerdings spielt auch die Dauer dieses Einflusses eine wichtige Rolle (112).

Die frühe Kindheit gilt als die wichtigste Entwicklungsphase. Eine gesunde frühkindliche Entwicklung umfasst die körperliche, die soziale (emotionale und sprachliche) sowie die kognitive Entwicklung, von denen jede gleichermaßen wichtig ist. Die frühkindliche Entwicklung hat einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Entstehung von Adipositas oder Kleinwuchs, die psychische Gesundheit, Herzkrankheiten, Lese-, Schreib- und Rechenkompetenz, Kriminalität und wirtschaftliche Teilhabe während des gesamten

Lebens. Was Kindern in ihren ersten Lebensjahren widerfährt, ist entscheidend für ihren Entwicklungspfad und ihren weiteren Lebenslauf (114). Äußere Einflüsse wie Armut haben Auswirkungen auf die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung, die lebenslang bestimmend bleiben. Dieser Prozess beginnt schon im Mutterleib: Soziale Determinanten wie der Bildungsstand der Mutter, das Haushaltseinkommen und Armut haben Einfluss auf die Überlebenschancen von Kleinkindern und die frühkindliche Entwicklung (115).

Trotz Verbesserungen hinsichtlich der Kindersterblichkeit insgesamt bestehen zwischen den Ländern der Europäischen Region sowie innerhalb dieser Länder beträchtliche Unterschiede in Bezug auf die Sterblichkeit und die Gesundheit von Kindern in den ersten Lebensjahren. Beispielsweise unterscheidet sich – trotz der bekannten Einschränkungen hinsichtlich des Datenmaterials (91) – die Sterblichkeit für Kinder unter 5 Jahren zwischen den Ländern um das 40-fache. Bei einem in einem GUS-Land geborenen Kind ist die Wahrscheinlichkeit, vor Vollendung des 5. Lebensjahrs zu sterben, dreimal so hoch wie für ein Kind in einem EU-Land. Aber auch innerhalb von Ländern weisen Bevölkerungsgruppen in ländlichen und entlegenen Gebieten eine höhere Sterblichkeit auf als Stadtbewohner, und die Werte variieren nach ethnischer Zugehörigkeit und sozioökonomischem Status (95), einschließlich Armut.

Inwieweit ein Kind an Bildung teilhaben und daraus Nutzen ziehen kann, kann lebenslange Auswirkungen auf die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung und das Erlernen von Fähigkeiten haben. Zu den dafür ausschlaggebenden Faktoren zählen Unterernährung, Eisenmangel, Umweltgifte (wie Brennstoff zum Kochen mit einem negativen Einfluss auf die Raumluftqualität), Belastungen sowie unzureichende Anregung und soziale Interaktion (116). Diese biologischen und psychosozialen Risikofaktoren sind nicht nur Gefahren, die die Entwicklung beeinträchtigen können. Sie werden häufig auch von sozialen Faktoren wie Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, niedrigem Bildungsstand der Mutter, verringertem Zugang zu Leistungen und Armut bestimmt (117). Wenngleich die Einwirkung all dieser Risikofaktoren beträchtliche Folgen haben kann, können frühzeitige Interventionen etwas bewirken, und zwar, indem sie entweder Risikofaktoren wie Unterernährung und Jodmangel unmittelbar entgegenwirken oder an den sozialen Determinanten von Risikofaktoren, insbesondere Armut und Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, ansetzen. Allgemein gilt: Je früher gehandelt oder eingegriffen wird, desto größer ist der Nutzen (116).

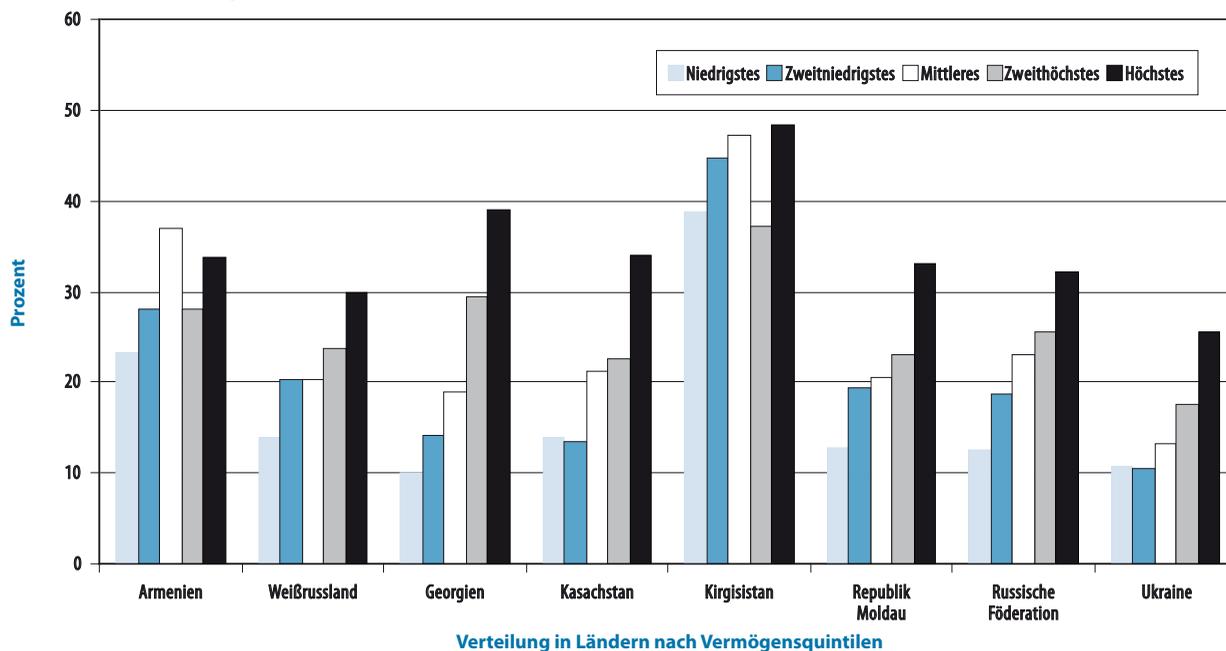
Die Bekämpfung der Kinderarmut und das Durchbrechen des Teufelskreises von Armut und Ausgrenzung von einer Generation auf die nächste (118) spielen eine wichtige Rolle, weil bei einem um 20% niedrigeren Einkommen von Erwachsenen ein negativer Einfluss auf die nationale Entwicklung eintritt (116). Investitionen in die frühkindliche Entwicklung können dazu beitragen, dass mehr Kinder die Chance erhalten, sich zu gesunden Erwachsenen zu entwickeln, die positive Beiträge zur Gesellschaft leisten können. Gesellschaften, die in die ersten Jahre des Lebens von Kindern und Familien investieren, weisen einen besseren Gesundheitsstatus und weniger Defizite hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengleichheit auf (6,114,115,119,120).

Gleichwohl sind Kinder in der gesamten Region weiterhin überproportional von Armut betroffen. So sind in der EU 19% der Kinder von Armut bedroht, die als Aufwachsen in einem Haushalt mit einem äquivalenzgewichteten Einkommen unterhalb von 60% des nationalen äquivalenzgewichteten Median-Einkommens definiert ist (118). Darüber hinaus sind in einigen Ländern in der Region Unterernährung und Mikronährstoffmängel bei Kindern weiterhin stark verbreitet und bleiben wegen ihrer Verknüpfungen mit Gesundheitsproblemen

und wegen der negativen Entwicklungsergebnisse und der langfristigen Einbußen an Entwicklungspotenzial ein dringliches gesundheitspolitisches Problem (95).

Soziale Ausgrenzung wurde aufgrund ihrer Auswirkungen auf Gesundheit, Wohlergehen und Lebenschancen als eine wichtige soziale Determinante von Gesundheit in der Europäischen Region erkannt. Wilkinson & Marmot (121) stimmen dem zu: „Indem Armut, soziale Ausgrenzung und Diskriminierung Not verursachen und Verbitterung schaffen, kosten sie Menschenleben“ (122). Soziale Ausgrenzung steht u. a. in einem engen Zusammenhang zu niedrigem Einkommen, Armut und finanziellen Hürden für den Zugang zu Leistungen. Sie wird auch durch Faktoren wie das Gefühl von Kontrolle bestimmt (Abb. 2.20) (123). In Farrell et al. (124) lesen wir: „Es findet ein Ausschluss von der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie von Macht und Entscheidungsprozessen statt. Dieser schadet den betroffenen Personen und Gemeinschaften; er schadet auch der Gesellschaft insgesamt und ist mit schlechteren gesundheitlichen Ergebnissen verbunden.“ Beispielsweise kann es sein, dass Obdachlose eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Bezug auf grundsätzlich verhütbare Erkrankungen nicht deshalb verschieben, weil sie mit finanziellen Hürden für den Zugang konfrontiert sind, sondern weil sie das System und die Leistungsanbieter als diskriminierend und ausgrenzend erleben oder diesbezüglich Befürchtungen hegen (125).

Abb. 2.20: Verteilung von Sozialkapital, gemessen anhand wahrgenommener Kontrolle über das eigene Leben nach Vermögensquintilen in acht GUS-Ländern



Quelle: Daten aus Suhrcke et al. (123).

Laut einer von der EU-Kommission 2004 in Auftrag gegebenen Untersuchung und bei Zugrundlegung der aktuell beobachteten Sterblichkeitsmuster nach Bildungsstand entstehen der Gesellschaft aufgrund gesundheitlicher Chancenungleichheit beträchtliche Verluste (126). So waren etwa in den derzeitigen EU-Mitgliedstaaten (ohne Bulgarien und Rumänien) 707 000 Todesfälle pro Jahr auf gesundheitliche Chancenungleichheit zurückzuführen. Durch diese Todesfälle wurden jährlich etwa 11,4 Mio. Lebensjahre eingebüßt. Ebenso waren mehr als 33 Mio. Krankheitsfälle jährlich auf gesundheitliche Chancenungleichheit

zurückzuführen. Schätzungen zufolge verringert sie die Lebenserwartung bei Geburt in den derzeitigen EU-Staaten (außer Bulgarien und Rumänien) für Erwachsene um 1,84 Jahre und ihre Lebenserwartung bei guter Gesundheit um 5,14 Jahre. Außerdem hat sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Chancenungleichheit wahrscheinlich substanzielle wirtschaftliche Auswirkungen. Die Schätzungen der mit Ungleichheit zusammenhängenden Verluste an Gesundheit als einem Kapitalgut (die eine niedrigere Arbeitsproduktivität zur Folge haben) erscheinen relativ gesehen recht gering (1,4% des BIP), sind als absolute Zahl ausgedrückt jedoch groß (141 Mrd. Euro jährlich) (126).

Die Handlungsfähigkeit in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit steigt. Zwar bestehen Probleme und Lücken hinsichtlich der Erkenntnisgrundlage fort, insbesondere bei der Messung gesundheitlicher Chancenungleichheit während des gesamten Lebenslaufs und bei der Erhebung besserer Daten zu Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit (6,91,92). Dennoch haben sich die Ansätze für die Messung und die Erkenntnisgrundlage in den letzten Jahren beträchtlich verbessert, und es kommen ständig neue Erkenntnisse hinzu – nicht nur über die Notwendigkeit zu handeln, sondern auch über konkrete Handlungsoptionen (6,125). Dies wird durch den Abschlussbericht und die Arbeit der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit belegt (6).

Die Resolution EB124.R6 des WHO-Exekutivrats über den Abbau von Chancenungleichheit im Gesundheitsbereich durch Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit (127) stützt sich auf den Abschlussbericht der Kommission und wurzelt in dem seit langem bestehenden Engagement der WHO für Gerechtigkeit und Maßnahmen zur Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit. Sie ergänzt sich mit der Charta von Tallinn (36), welche die Verpflichtung der Mitgliedstaaten der Europäischen Region zur Stärkung der Gesundheitssysteme verkörpert, um der sozial bedingten gesundheitlichen Chancenungleichheit durch Maßnahmen auf der Grundlage der gemeinsamen Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe entgegenzuwirken. Zu diesen Maßnahmen zählen: Förderung von Investitionen in für die Gesundheit relevante Politikbereiche; Nutzung der primären Gesundheitsversorgung als Rahmen für die sektorübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit, angemessene Berücksichtigung der Bedürfnisse der Armen; und Verhinderung von Verarmung als Folge von Krankheit.

Sowohl die WHO als auch die Länder der Europäischen Region sind sich der Notwendigkeit bewusst, den sozialen Determinanten von Gesundheit und der gesundheitlichen Chancenungleichheit mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Dies gilt insbesondere in der aktuellen wirtschaftlichen Lage, in der die zuständigen Entscheidungsträger bestimmen wollen, wie sie mit gezielten Investitionen an den sozialen Determinanten ansetzen und die Zunahme von Ungleichheiten verhindern können (128).

Derzeitige und künftige Herausforderungen

Wenngleich sich die Gesundheitssituation in der Europäischen Region in den letzten Jahrzehnten insgesamt kontinuierlich verbessert hat, sind die Länder doch mit beträchtlichen demografischen und epidemiologischen Veränderungen sowie mit Veränderungen in der Gesundheitsversorgung konfrontiert, die die künftige Gesundheitssituation beeinflussen und die Gesundheitssysteme in der Region in den nächsten Jahren vor Herausforderungen stellen werden.

Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, das Hinauszögern des Auftretens chronischer nichtübertragbarer Krankheiten und die Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund von beiden Faktoren haben sich gesundheitlich positiven ausgewirkt und zu einer höheren Lebensdauer geführt. Dennoch konnten trotz neuerer und wirksamerer Medizintechnik und Behandlungsmethoden, die akute Folgen und die Sterblichkeit begrenzen, die Inzidenz und die Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten nur für manche Arten von Erkrankungen, jedoch nicht insgesamt gesenkt werden, was zu einem Anstieg der Invalidität geführt hat. Verbunden mit dem Bedarf an Langzeitpflege und den steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung können diese Aspekte zusätzliche Anforderungen an das Gesundheitssystem heraufbeschwören und seine Anpassung erforderlich machen. Wenn die Trends anhalten oder sich verschärfen, wird die Belastung der Gesundheitssysteme in eine komplexe Situation münden, die schwer zu bewältigen sein wird. Auf der anderen Seite könnten alternative und optimistischere Szenarien, die auf einer verbesserten Langzeitpflege und einem Übergang zu gesünderen Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen schon in einer frühen Lebensphase basieren, de facto eine Verringerung der Anforderungen an das Gesundheitssystem zur Folge haben.

In diesem Abschnitt werden einige der genannten Problemfelder und ihre Beziehungen untereinander näher untersucht. Der diesbezügliche Wissens- und Erkenntnisstand ist als Grundlagen für Entscheidungen über Maßnahmen der Gesundheitssysteme unverzichtbar, die zur weiteren Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in der Region ergriffen werden müssen.

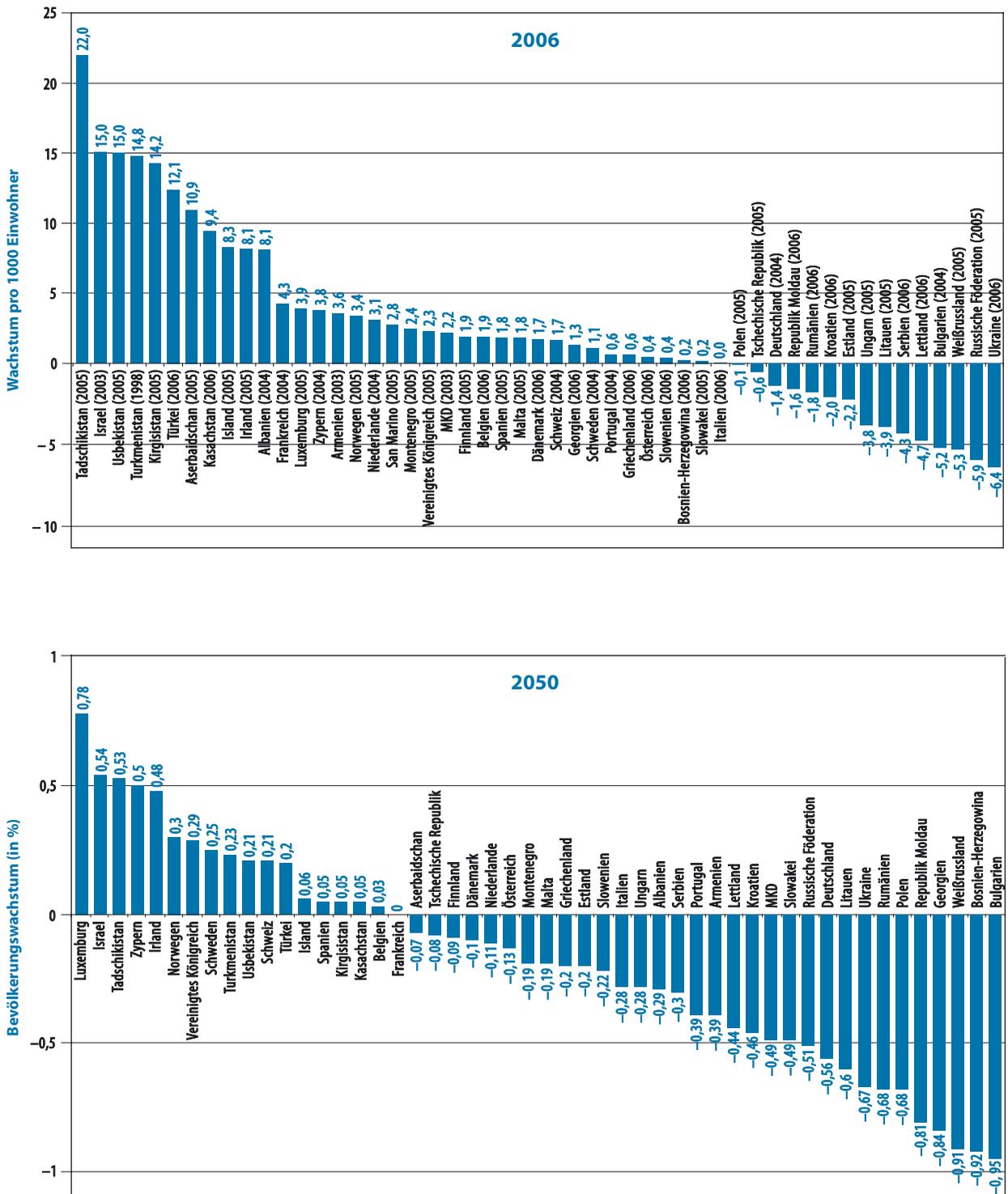
Demografische Veränderungen in der Europäischen Region

Die Länder der Europäischen Region erleben heute einen bedeutenden demografischen Übergang, der durch langsames Bevölkerungswachstum und steigende Lebenserwartung gekennzeichnet ist. Verglichen mit anderen WHO-Regionen befindet sich die Europäische Region nach allgemeiner Einschätzung in einer Phase relativer Stabilität, in der Fertilität und Sterblichkeit das natürliche Bevölkerungswachstum im Gleichgewicht halten. Dennoch lassen bestimmte Rahmenbedingungen wie sehr niedrige Fertilität, zunehmende Bevölkerungsalterung und Zuwanderung einen zusätzlichen demografischen Druck entstehen, der beobachtet werden muss und Handlungskonzepte zur Bewältigung der potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheits- und Wohlfahrtssysteme notwendig macht.

Demografische Entwicklung und Bevölkerungsverteilung

2007 hatten die 53 Länder der Europäischen Region der WHO 883,5 Mio. Bürger, was einem Anstieg von fast 9 Mio. (1%) gegenüber 2003 entspricht (4). Die Fertilität war weiter rückläufig und belief sich 2007 auf durchschnittlich 1,6 Kinder pro Frau im gebärfähigen Alter. Die Fertilität variiert jedoch nach Ländergruppen, und die Bandbreite reicht von 1,3 in den EU-12-Ländern bis zu 2,4 in den zentralasiatischen Staaten und Kasachstan. Das Gesamtbevölkerungswachstum in der Region verlangsamt sich damit auf einen jährlichen Durchschnitt von 0,1%. 17 Länder, überwiegend im östlichen Teil der Region, weisen bereits einen natürlichen Rückgang von 0,1% oder mehr auf (Abb. 2.21). Bei Anhalten der derzeitigen Wachstumstrends wird für die Bevölkerungsgröße nach der Variante mit mittlerer Fertilität (129) ein geringfügiger Anstieg prognostiziert. Sie wird danach 2030 einen Spitzenwert von 904,7 Mio. erreichen (ein Anstieg von 2%) und anschließend bis 2050 auf 886,3 Mio. zurückgehen.

Abb. 2.21: Bevölkerungswachstum in der Europäischen Region der WHO (2006 oder letztes verfügbares Jahr und Prognose für 2050)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4) und United Nations Population Division. World population prospects: the 2008 revision population database (129).

2005 lebten 70% der Bevölkerung der Europäischen Region in Städten (130). Dieser Anteil ist in den EU-15-Ländern (76%) höher als in den GUS-Ländern (64%) und den CARL-Staaten (41%). Prognosen zufolge wird sich die Urbanisierung bis 2030 mit einer jährlichen Steigerungsrate von 0,2 Prozentpunkten fortsetzen. Dies wird dazu führen, dass zu diesem Zeitpunkt 80% der Bevölkerung der Region in städtischen Gebieten leben werden. Im Allgemeinen unterscheiden sich städtische und ländliche Gebiete bzw. ihre Bewohner nach Bevölkerungsstruktur, Bildungsstand, Lebensgewohnheiten und Berufsausbildung, aber auch in Bezug auf die Gefährdung durch Umweltfaktoren. Alle diese Aspekte können Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung und auf ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben (131).

In den letzten beiden Jahrzehnten hat die Migration in die Region weitere bedeutende demografische Veränderungen herbeigeführt – ein Trend, der anhalten dürfte. Wenngleich es schwierig ist, genaue Informationen über die Migrationsströme zu gewinnen, weil ein Teil der Migration illegal erfolgt, wandern Schätzungen zufolge jährlich fast 1 Mio. Menschen aus benachbarten Gebieten in die EU und insbesondere in Länder mit höherem Einkommen zu (102,132). Dieser Bevölkerungszustrom war für fast 70% des Bevölkerungswachstums und zu einem geringeren Grad für das Beschäftigungswachstum verantwortlich. Auch wenn die langfristigen Auswirkungen der Zuwanderung auf das Bevölkerungswachstum und die Bevölkerungsstruktur noch ungewiss sind, werden die Gesundheitssysteme und andere Sozialsysteme sich künftig verstärkt mit den aktuellen und künftigen Bedürfnissen der Migranten befassen müssen; diese Bevölkerungsgruppen zeichnen sich gewöhnlich dadurch aus, dass sie jünger, weniger wohlhabend und häufiger von Krankheiten betroffen sind und eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben (131).

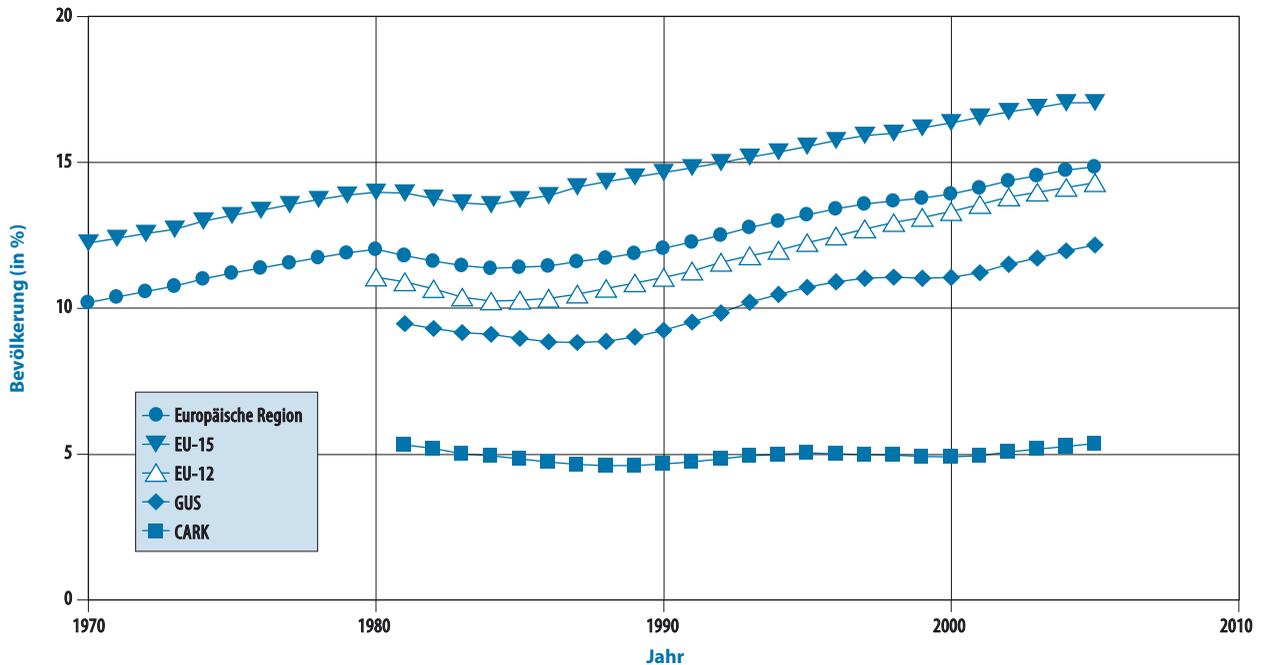
Als Gründe für die längere Lebensdauer der Bevölkerung in der Region werden die verringerte Inzidenz einiger chronischer nichtübertragbarer Krankheiten, Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung und die rasch rückläufige Fertilität (wie bereits ausgeführt, mit Ausnahme einiger Länder) angesehen (133). Insgesamt liegt die Geburtenziffer mittlerweile deutlich unter dem Bestandserhaltungsniveau von 2,1 Kindern pro Frau im gebärfähigen Alter. Zusammen genommen haben diese Faktoren zu niedrigerem Wachstum und zunehmender Alterung geführt. Weniger als 17% der Bevölkerung der Europäischen Region sind heute jünger als 15 Jahre, und fast 16% (etwa 138 Mio. Menschen) sind älter als 65 Jahre (Abb. 2.22). Die Gruppe der über 65-Jährigen wächst jedoch rascher als der Rest der Bevölkerung. Bis 2050 dürften mehr als 27% der Bevölkerung (fast 240 Mio. Menschen) 65 Jahre oder älter sein. Der aus den obigen Zahlen abgeleitete Abhängigkeitsquotient⁴ für die Region dürfte zwischen 2007 und 2050 von 47% auf 74% steigen (128).

Der Quotient Männer zu Frauen in der Region lag im Jahr 2006 nahe 1,0, variiert jedoch nach Alter: von 1,1 für die unter 15-Jährigen über 0,7 für ab die Altersgruppe ab 65 Jahre bis 0,4 (oder 2,5 Frauen pro Mann) für die Altersgruppe ab 85 Jahre. Die Quotienten für die Altersgruppen unter 15 und über 65 Jahre dürften sich bis 2050 nur wenig verändern; dagegen dürfte der Quotient für die Altersgruppe über 85 Prognosen zufolge auf 0,5 ansteigen (129).

Bei der aktuellen Situation wie auch den prognostizierten Wachstums- und Alterungstrends für die Bevölkerung treten häufig deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern

⁴ Der Abhängigkeitsquotient ist das zahlenmäßige Verhältnis der Gesamtbevölkerung im Alter von unter 15 Jahren und ab 65 Jahren zur Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren, der sog. Erwerbsbevölkerung. Er wird wiedergegeben als Zahl der (wirtschaftlich) abhängigen Personen pro 100 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

Abb. 2.22: Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1970–2005)



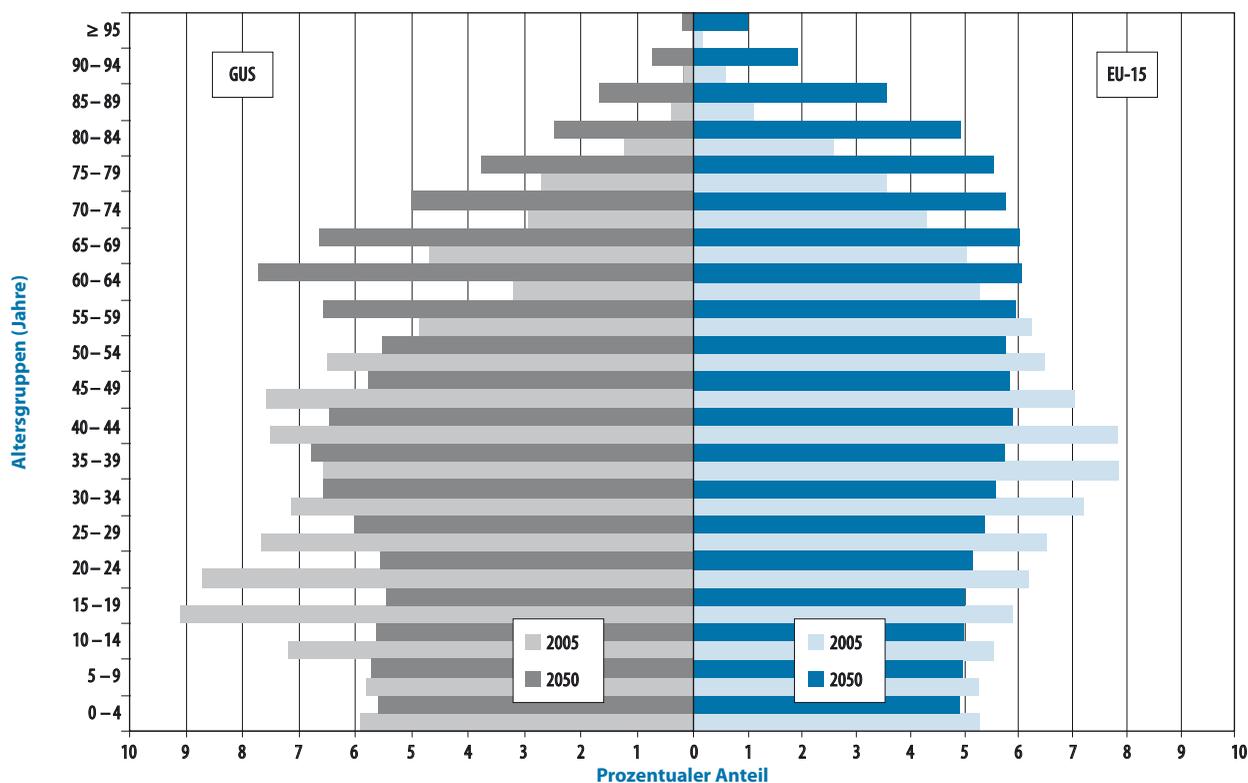
Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

zutage. Beispielsweise weist die Altersstruktur der Bevölkerung in den GUS-Ländern 2005 einen schmalen Sockel der unter 10-Jährigen auf, gefolgt von einem drastischen Anstieg in der Altersgruppe der 15-Jährigen und uneinheitlichen Ergebnissen für die verschiedenen erwerbsfähigen Altersgruppen; die Anteile höherer Altersgruppen nehmen ab 70 Jahren rasch ab (Abb. 2.23). In den EU-15-Ländern verläuft der Übergang dagegen eher fließend. Den Prognosen zufolge wird 2050 der Anteil der älteren Menschen (Bevölkerung ab 65 Jahren) in den GUS-Ländern mit 20% deutlich niedriger liegen als in den EU-15 mit fast 30%. Das Verhältnis von Männern zu Frauen wurde in den EU-15-Ländern für 2006 auf 1,1 bei den unter 15-Jährigen und auf 0,8 in der Altersgruppe ab 65 Jahren geschätzt. In den GUS-Ländern lauteten die entsprechenden Werte 1,2 bzw. 0,8.

Herausforderungen und Auswirkungen für die Zukunft

Die Alterung der Bevölkerung der Region im Verlauf des vergangenen Jahrzehnts (mit einem Anstieg der Zahl der ab 65-Jährigen um 13%) spiegelt die um 2,5 Jahre höhere Lebenserwartung bei Geburt seit 1990 (Anstieg um 3%) sowie verbesserte Lebens- und Gesundheitsbedingungen insgesamt wider. Die Zunahme der älteren Bevölkerung könnte jedoch auch negative Auswirkungen haben. In den nächsten Jahren werden sich aufgrund der Bevölkerungsalterung, der niedrigen Fertilität und des verzögerten Auftretens chronischer nichtübertragbarer Krankheiten die Anforderungen an die Gesundheitssysteme der Länder verändern oder erhöhen. Weil die Gesundheitstrends bei Älteren komplex sind, ist noch sehr ungewiss, welchen Einfluss die Alterung auf die Gesundheitssysteme und die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung haben wird (134). So gaben ca. 20% der Bevölkerung in der EU an, an einer länger andauernden Krankheit oder an einer Behinderung zu leiden, aber zwischen Ländern mit den höchsten und denen mit den niedrigsten Anteilen lag eine Differenz um das Dreifache vor (135). Die vorliegenden Erkenntnisse deuten darauf hin, dass in den EU-

Abb. 2.23: Altersstruktur der Bevölkerung in den GUS-Staaten und EU-15-Ländern in den Jahren 2005 und 2050 (prognostiziert)



Quelle: United Nations Population Division (129).

Staaten der Anteil älterer Menschen mit einer Behinderung zurückgeht, die absoluten Zahlen sich jedoch aufgrund des Anwachsens der älteren Bevölkerung erhöhen. Gleichzeitig steigt die Prävalenz der meisten chronischen Erkrankungen weiter mit dem Alter, und in den meisten Ländern der Region werden fast 75% der ab 65-Jährigen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs sterben.

Diese Trends auf der nationalen Ebene gelten auch innerhalb von Ländern, was Interpretationen und Prognosen erschwert. Unter Berücksichtigung umfassender Veränderungen in Bezug auf Krankheit, Behinderung und Anfälligkeit als bestimmende Faktoren für die Lebensqualität wurden eine Reihe möglicher Szenarien ausgearbeitet. Beim ersten Szenario leben die Menschen länger, sind aber von chronischen Krankheiten oder ihren Folgen betroffen, so dass sie zunehmend unter einem schlechten Gesundheitszustand leiden, was wiederum die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erhöht. Bei einem zweiten Szenario, das allgemein als wahrscheinlicher gilt, wird von einem Rückgang der Schwere der zu Behinderung führenden Erkrankungen im Erwerbsalter ausgegangen – bei einer gleichzeitigen Zunahme leichter Behinderungen. Weil die Morbidität möglicherweise komprimiert wird – was bedeutet, dass sich aufgrund des verzögerten Auftretens von Erkrankungen die Last infolge Krankheit und Behinderung auf die letzten Lebensjahre konzentriert – hat diese Entwicklung möglicherweise keinen Einfluss auf die Gesamtnachfrage nach Gesundheitsleistungen. Eine letzte und optimistischere Alternative besteht darin, dass durch gesündere Verhaltensweisen in der Bevölkerung sowie verzögertes Auftreten von Erkrankungen und Behinderungen

Rahmenbedingungen entstehen, unter denen es zu einem Rückgang der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kommt: Dies würde die These von der komprimierten Morbidität bestätigen und zu einer Kostenersparnis für das Gesundheitssystem führen.

Trotz des Rückgangs chronischer Krankheiten könnte die wirtschaftliche Belastung der Gesundheitssysteme durch die zunehmende Bevölkerungsalterung zur Folge haben, dass einige Länder aufgrund steigender Kosten für die Gesundheitsversorgung ihre heutigen Gesundheitsausgaben verdoppeln müssen (133,136,137). Doch auch wenn die Gesamtkosten für die ältere Bevölkerung höher ausfallen könnten, so gilt dies keineswegs für den Einzelfall: Denn für die gleiche Erkrankung fallen bei älteren Menschen niedrigere Gesundheitskosten an als bei Jüngeren, zum Teil deshalb, weil sie eine weniger intensive Behandlung erhalten (138). Außerdem wird teilweise behauptet, dass es nicht unbedingt die Alterung an sich ist, die die Gesundheitsausgaben in die Höhe treibt, sondern der bevorstehende Tod. Auch diesbezüglich sind die verfügbaren Erkenntnisse (bzw. die dafür verwendeten Messverfahren) noch zu widersprüchlich, um genaue Prognosen zu ermöglichen.

Ein Rückgang der Erwerbsbevölkerung mit einem prognostizierten Anstieg des Abhängigkeitsquotienten auf fast drei Viertel der Bevölkerung bis 2050 könnte in vielen Ländern die Finanzierung und die Tragfähigkeit der Gesundheits- und Wohlfahrtssysteme gefährden. Der EU-Kommission zufolge wird die Erwerbsbevölkerung aufgrund der Alterung schrumpfen, was in den EU-Ländern einen Rückgang des jährlichen BIP-Wachstums von 2,4% im Zeitraum von 2004 bis 2010 auf 1,2% im Zeitraum von 2030 bis 2050 zur Folge haben wird. Des Weiteren dürften die öffentlichen Ausgaben für Ruhestandsbezüge und Dienstleistungen für die ältere Bevölkerung zwischen 2004 und 2050 um 3 bis 4 Prozentpunkte des BIP steigen (134).

Zur Verringerung der Auswirkungen der Alterung auf das Gesundheitssystem wurden mehrere politische Handlungsansätze vorgeschlagen. Diese reichen von gesundheitssystemspezifischen Interventionen bis zu allgemeinen sozial- und wirtschaftspolitischen Konzepten. Zu den Ersteren zählen:

- Schwerpunktlegung auf die Prävention der wichtigsten chronischen Krankheiten und Risikofaktoren durch gesunde Lebensführung zumindest ab dem frühen mittleren Alter, wenn nicht während des gesamten Lebens;
- Ausrichtung von Gesundheitsversorgungsmaßnahmen auf ein Hinauszögern des Auftretens von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas, Bluthochdruck und Demenz;
- Förderung der Selbstversorgung und Verbesserung der Langzeitpflege durch effizientere Ressourcennutzung in der formellen wie auch der informellen Pflege; und
- unmittelbare Beteiligung älterer Menschen an mehr Entscheidungen und Aktivitäten in Bezug auf ihre Versorgung (einschließlich Entscheidungen mit wirtschaftlichen Konsequenzen) (132,134,139).

Außerdem sollte geschlechtsspezifischen Aspekten und Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Einkommen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Derzeit erreichen fast 40% mehr Frauen als Männer das 65. Lebensjahr und dreimal so viele das 85. Lebensjahr. Des Weiteren haben arme und ältere Menschen ein um 30% bis 65% höheres Risiko in Bezug auf fast alle chronischen Krankheiten als wohlhabende und jüngere Menschen (135). Wie bereits erwähnt, leben Frauen insbesondere infolge von Mehrfacherkrankungen länger bei schlechter Gesundheit als Männer und sind deshalb in höherem Maße auf integrierte Versorgungslösungen angewiesen. Da sie im Allgemeinen auch einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben als Männer, müssen ihre Zugangsmöglichkeiten verbessert werden.

Zur Begrenzung der Auswirkungen der Alterung auf die Gesellschaft sind eine Reihe sozial- und wirtschaftspolitischer Konzepte vorgeschlagen worden, die u. a. folgende Elemente umfassen: Ausweitung der Gesamtbeschäftigung; Anhebung des Alters für das obligatorische Ausscheiden aus dem Arbeitsleben und Verbesserung der Erwerbsbeteiligung älterer Menschen; Erhöhung der Steuereinnahmen durch höheres Wirtschaftswachstum; Senkung der Ausgaben der öffentlichen Hand heute, um einen Ausgabenanstieg in Zukunft bewältigen zu können (140). Die Förderung der Erwerbsbeteiligung älterer Menschen wird Maßnahmen zur Höherqualifizierung bzw. Umschulung erforderlich machen (141). Jedoch wird kein einzelnes Konzept oder Konzeptpaket für die gesamte Europäische Region ausreichen und müssen Entscheidungen angepasst werden, um auf unterschiedliche Umstände reagieren zu können.

Verringerung der Belastung durch übertragbare Krankheiten

Von übertragbaren Krankheiten geht eine schwerwiegende Bedrohung der menschlichen Gesundheit und der internationalen Sicherheit aus. Durch Impfung vermeidbare Krankheiten, durch Lebensmittel übertragene Krankheiten, Zoonosen, iatrogene und chronische übertragbare Krankheiten tragen wesentlich zur Erhöhung der Kosten für die Gesundheitsversorgung bei (142). Wenngleich übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region nicht zu den Hauptursachen von Tod und Erkrankung zählen, müssen doch dauerhaft substanzielle Ressourcen aufgewendet werden, um eine ständige Bereitschaft zu gewährleisten und es den Ländern zu ermöglichen, auf Ausbrüche zu reagieren und diese unter Kontrolle zu bringen.

Neu auftretende und wiederkehrende Infektionen mit Epidemiepotenzial geben den Ländern wie auch der Region insgesamt großen Anlass zur Sorge. Sie zu verhindern und zu bekämpfen, bleiben die grundlegenden Aufgaben der nationalen Gesundheitssysteme im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit. Um den Ländern bei der Durchführung wirksamer Krankheitsbekämpfungsprogramme zu helfen, entwickelt das WHO-Regionalbüro für Europa geeignete Normen und Standards, Leitlinien und andere Instrumente. Des Weiteren unterstützt das Regionalbüro die Länder bei der Gestaltung und Durchführung evidenzbasierter Interventionen, bei der Beurteilung von Krankheitslast und Risikofaktoren sowie bei der Überwachung der Erfolge bei der Verringerung der Zahl der Todesfälle und Behinderungen. Hierzu verknüpft es diese Tätigkeiten mit der Verwaltung und Verbreitung von Fachwissen, um die Systeme zur Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sowie die Programme und Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens zu stärken.

Trends in Bezug auf übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region

Tuberkulose

Im Jahr 2007 gab es in der Europäischen Region 431 518 neue Tuberkulosefälle und 63 765 Todesfälle aufgrund von Tuberkulose: dies entspricht 49 Neuerkrankungen bzw. 7 Todesfällen pro Stunde. Die Länder meldeten 350 529 neue Fälle und Rückfälle, was einer Melderate von 39 pro 100 000 Einwohner entspricht. Dies bedeutet einen leichten Rückgang zwischen 2002 und 2007 von 43 auf 39 Fälle pro 100 000 Einwohner. Die Tuberkuloseprävalenz sank von 54 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2006 auf 51 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2007; die Zielvorgabe ist 27 pro 100 000 Einwohner bis 2015. Die tuberkulosebedingte Sterblichkeit lag stabil bei 7,0 pro 100 000 Einwohner in den Jahren 2006 und 2007 gegenüber einer Zielvorgabe von 3 pro 100 000 Einwohner bis 2015. Bezüglich der von der WHO

empfohlenen DOTS-Strategie zur Tuberkulosebekämpfung wurde für 2007 eine Abdeckung von 75% gemeldet. 39 Länder meldeten eine hundertprozentige Abdeckung, darunter alle 18 vorrangigen Länder in der Europäischen Region: Armenien, Aserbaidschan, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan und Weißrussland (143).

Dennoch ist die Tuberkulosebekämpfung in der Region bei weitem nicht optimal. Die Fallaufdeckungsrate (alle Fälle aus allen Quellen) betrug insgesamt 75%, aber der Wert für neue abstrichpositive Fälle beträgt 55%, was hinter der globalen Zielvorgabe von 70% zurückbleibt. Die Gesamtfallaufdeckungsrate zeigt jedoch, dass 75% der Menschen mit Tuberkulose in der Region diagnostiziert werden, ein Teil auf andere Weise als mit Sputum-Mikroskopie, beispielsweise durch Kulturtests oder Röntgenuntersuchungen.

Der Anteil der von den neuen abstrichpositiven Tuberkulosefällen betroffenen Personen, die 2006 die Behandlung aufnahmen und geheilt wurden, belief sich auf 70% (die globale Zielvorgabe lautet 85%). Unter den vorrangigen Ländern der Region wurden die schlechtesten Werte für erfolgreiche Behandlung in der Russischen Föderation (58%), der Ukraine (59%) und Aserbaidschan (60%), verzeichnet. Über die erfolgreichsten Behandlungsprogramme verfügen die Türkei (91%), Kirgisistan (82%) und Usbekistan (81%).

Besorgniserregenderweise wurden nach Schätzungen 43 600 (etwa 10%) der neuen Tuberkulosefälle und 43% der wiederbehandelten Fälle durch multiresistente Tuberkulosestämmen (MDR-Tb) verursacht, und geschätzte 42 300 der neuen Tuberkulosepatienten waren gleichzeitig HIV-infiziert. (In Fallbeispiel 2.2 wird die Reaktion der WHO exemplarisch dargestellt) Die hohe Rate an MDR-Tb – die höchste weltweit – ist die größte Herausforderung für die Tuberkulosebekämpfung in der Region. Von den 27 vorrangigen Ländern, auf die weltweit insgesamt 85% der geschätzten Fälle von MDR-Tb entfallen, zählen 15 zur Europäischen Region (aufgelistet nach der geschätzten Zahl der Gesamtfälle): Russische Föderation, Kasachstan, Ukraine, Usbekistan, Tadschikistan, Aserbaidschan, Republik Moldau, Kirgisistan, Weißrussland, Georgien, Armenien, Litauen, Bulgarien, Lettland und Estland (144).

Fallbeispiel 2.2: Bekämpfung von Tuberkulose und HIV in den baltischen Ländern

In Estland, Lettland und Litauen steigt die Zahl der gemeldeten neuen Fälle von HIV-Infektion und MDR-Tb. Um diesem Problem entgegenzuwirken, schuf das Regionalbüro ein Projekt zur Ausweitung von Behandlung und Versorgung von HIV/Aids- und Tuberkulosepatienten sowie zur Forcierung der Präventionsmaßnahmen innerhalb der Gesundheitssysteme dieser baltischen Länder. Sein Ziel besteht darin, die Zahl der Ansteckungen mit HIV und Tuberkulose und die Anfälligkeit gegenüber HIV und Tuberkulose sowie deren Auswirkungen zu verringern. Zu diesem Zweck sollen die nationalen Interventionen gestärkt, die Zusammenarbeit zwischen nationalen Programmen ausgebaut und die Gesundheitssysteme in die Lage versetzt werden, sich in tragfähiger Weise an die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Bekämpfung von HIV anzupassen. Vor kurzem wurden nationale Arbeitsgruppen für Tuberkulose, HIV und die Stärkung des Gesundheitssystems eingerichtet, und die nationalen Konzepte zur HIV- und Tuberkulosebekämpfung wurden überprüft.

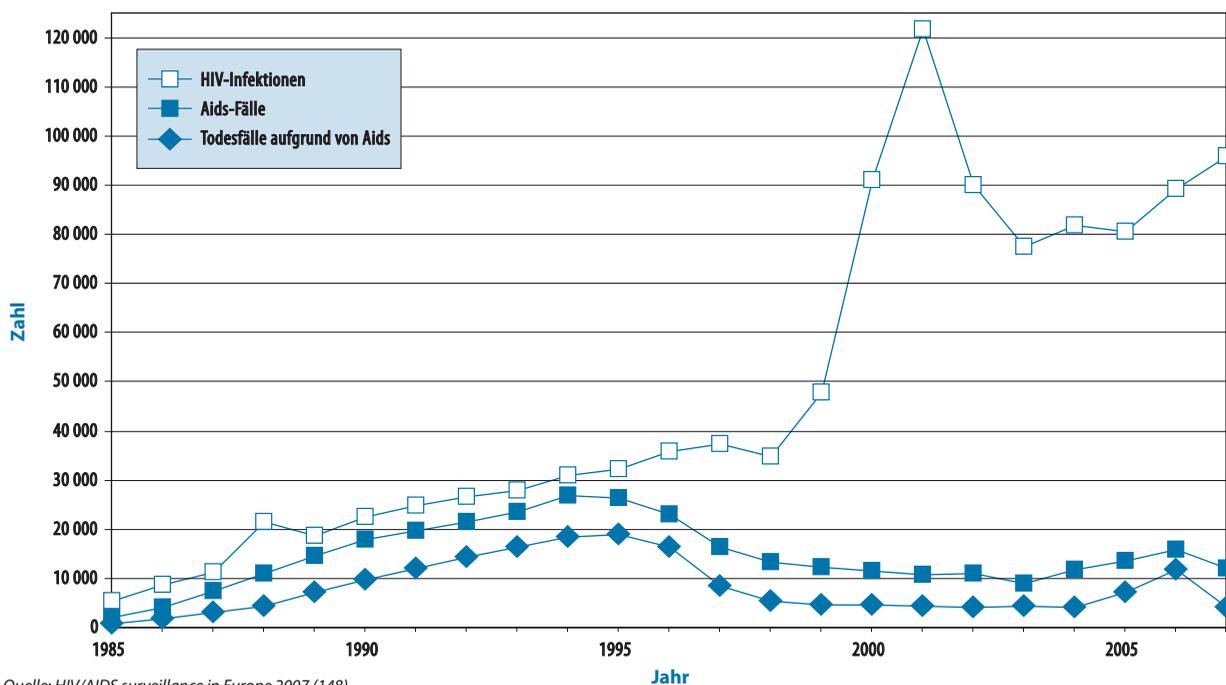
Ferner wurden Aktionspläne und Grundsatzpapiere für gemeinsame Tuberkulose-/HIV-Interventionen ausgearbeitet und Maßnahmen zur Verbesserung der Überwachungssysteme für HIV und Tuberkulose ergriffen. Mit Unterstützung des Regionalbüros wurden in jedem Land eine detaillierte Kostenanalyse durchgeführt und die Mittelflüsse untersucht, um potenzielle Bereiche für gemeinsame Tuberkulose-/HIV-Interventionen zu ermitteln und deren wirtschaftliche Konsequenzen zu untersuchen. Um die Fortschritte, Erfolge und Probleme jedes Landes beurteilen und erörtern zu können, fanden regelmäßige Arbeitstreffen statt, an denen neben den drei nationalen Arbeitsgruppen auch Experten der WHO teilnahmen.

Im April 2009 fand in Peking eine Ministertagung statt, die von der WHO mitorganisiert wurde und die sich auf die Länder mit hoher Belastung durch MDR-Tb und extensiv resistente Tuberkulose konzentrierte. Mit ihr wurde das Ziel verfolgt, durch einen Handlungsappell (145) die Unterstützung zu gewinnen, die für die drastische Ausweitung von Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Probleme notwendig ist. Zu diesen Maßnahmen zählen eine Verbesserung und Beschleunigung der Diagnose, die Stärkung von Labornetzwerken und ein verantwortungsbewusster Umgang mit Erst- und Zweitrangmedikamenten. Die Tagung knüpfte an die Ergebnisse des Europäischen Ministerforums der WHO „Alle gegen Tuberkulose“ von Oktober 2007 an (146). In der damals angenommenen Erklärung von Berlin zur Tuberkulose (146) verpflichteten sich die Mitgliedstaaten, die Strategie „Stopp der Tb“ zu übernehmen (147), die Sicherung der nachhaltigen Finanzierung der Tuberkuloseprävention und -bekämpfung anzustreben und gemeinsam mit dem Regionalbüro, der EU und anderen maßgeblichen Institutionen und Organisationen die Fortschritte bei der Umsetzung der Erklärung zu bewerten.

HIV

In der Europäischen Region leben geschätzte 2,4 Mio. Menschen mit HIV. Abb. 2.24 zeigt die jährliche Zahl der neu gemeldeten Fälle in der Region und die beunruhigende Entwicklung der Zahl der Aids-Fälle und der Aids-bedingten Mortalität (148). Mit der Unterzeichnung der Erklärung von Dublin über Partnerschaft zur Bekämpfung von HIV/Aids in Europa und Zentralasien verpflichteten sich die Länder der Region im Februar 2004, einen allgemeinen Zugang zu wirksamer, bezahlbarer und chancengleicher Prävention, Behandlung, Betreuung und Pflege herzustellen. 2007 und 2008 führte das WHO-Regionalbüro für Europa eine Bestandsaufnahme der Umsetzung der Erklärung in den Ländern durch, an der mehr als 100 Experten aus der gesamten Region beteiligt waren (149).

Abb. 2.24: Jährliche Zahl der neu gemeldeten Fälle von HIV und Aids in der Europäischen Region der WHO (1985–2007)



Quelle: HIV/AIDS surveillance in Europe 2007 (148).

Der Bericht belegte beträchtliche Fortschritte beim Versorgungsgrad in Bezug auf Behandlung (149). Der Anteil der Personen, die eine antiretrovirale Therapie erhielten, stieg zwischen 2004 und Ende 2007 von 282 000 auf etwa 435 000 an. Die in Ländern im östlichen Teil der Region klaffenden Lücken beim Zugang zur Behandlung sind jedoch noch beträchtlich und werden größer. Außerdem sind intravenös injizierende Drogenkonsumenten – die in diesem Teil der Region am stärksten betroffene Gruppe – mit großen Problemen beim Zugang zu Präventions- (insbesondere Nadel- und Spritzen-Tauschprogramme sowie Opioidsubstitution) und Behandlungsleistungen konfrontiert. Die WHO hat neue Leitlinien entwickelt, um den Ländern zu helfen, vor dem Hintergrund der Verpflichtung, einen allgemeinen Zugang zu HIV-Prävention, -Therapie und -Versorgung herzustellen (150), diesen Problemen entgegenzuwirken, und arbeitet weiterhin eng mit nationalen Behörden bei der Verbesserung des Zugangs und bei der Propagierung solcher Präventionsmaßnahmen auf internationaler Ebene zusammen.

Der Zugang zur Behandlung ist auch ein Problem im westlichen Europa, wo viele Migranten aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz nicht die benötigten Dienstleistungen erhalten. Ferner führte das Regionalbüro vor dem Hintergrund eines neuerlichen Anstiegs neu gemeldeter Fälle bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten während der slowenischen Ratspräsidentschaft in Bled (Slowenien) eine Konsultation zu dem Thema durch. Angesichts des Umstands, dass sich die Epidemie noch nicht auf die breite Bevölkerung ausgebreitet hat, betonten die Teilnehmer die Bedeutung gezielter Präventionsmaßnahmen und insbesondere des Kondomgebrauchs (151). Um die gesundheitliche Chancenungleichheit zu verringern und eine bessere Angleichung der anspruchsvollsten Maßstäbe für Präventions- sowie Behandlungsprogramme und -konzepte zu fördern, muss die Zielgruppenausrichtung von HIV-Maßnahmen dringend intensiviert und verbessert werden. Wenn die Erklärung von Dublin (149) umgesetzt und die Millenniums-Entwicklungsziele (17) erreicht werden sollen, muss sich die Politik in der Europäischen Region nachdrücklich hierfür einsetzen und Verantwortung übernehmen.

Hepatitis

Hepatitis B und C verursachen weltweit etwa 1,5 Mio. Todesfälle pro Jahr; derzeit sind 500 Mio. Menschen mit chronischer Hepatitis B oder Hepatitis C infiziert. Eine von drei Personen weltweit ist mit einem der beiden oder beiden Viren in Kontakt gekommen. Diese Viren belasten mehrere Millionen Menschen in der Europäischen Region, sind aber noch nicht allgemein als Priorität im Bereich der öffentlichen Gesundheit anerkannt, weil:

- die Verantwortlichen im Gesundheitswesen nicht genügend für die Problematik sensibilisiert sind;
- auf internationaler wie nationaler Ebene zu wenig nachdrückliche Überzeugungsarbeit stattfindet;
- chronische Infektionen mit Hepatitis B und C in der gesamten Region unzureichend überwacht werden;
- ein Impfstoff für Hepatitis B und die Behandlung von Hepatitis nicht verfügbar bzw. unerschwinglich sind.

Diese Defizite sind verantwortlich für vorzeitige Sterblichkeit und höhere Ausgaben der öffentlichen Hand.

Das Regionalbüro setzt sich dafür ein, die Hepatitis-B-Impfung besser zugänglich zu machen, insbesondere für Hochrisikogruppen. Auf der internationalen Ebene plädiert es dafür, virale

Hepatitis B und Hepatitis C als eines der großen gesundheitspolitischen Probleme in der Region anzuerkennen. Die Verbesserung der Überwachung von durch Blut übertragener Hepatitis ist ein vorrangiges Anliegen des Regionalbüros. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für die Gewinnung zuverlässiger Informationen über die Prävalenz von Hepatitisinfektionen und die Krankheitslast in der Region. Andere Handlungsschwerpunkte sind die Herstellung eines allgemeinen Zugangs zur Behandlung von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV sowie die Entwicklung von Strategien zur Senkung der Preise für eine solche Behandlung und zur Verbesserung der Hepatitis-Überwachung. Um für die Bedeutung von Hepatitis-Tests sowie der nachfolgenden Behandlung zu sensibilisieren, hat das Regionalbüro darüber hinaus in den letzten Jahren eng mit Patientengruppen zusammengearbeitet.

Durch Impfungen vermeidbare Infektionen und Krankheiten

Impfungen gehören zu den kostenwirksamsten Gesundheitsmaßnahmen und retten jedes Jahr Millionen Menschen vor Krankheit, Behinderung oder Tod. Im Juni 2002 wurden alle 53 Mitgliedstaaten als poliofrei zertifiziert. Gegen mehr als 20 schwere Krankheiten gibt es wirksame und sichere Impfstoffe, und es werden zahlreiche vielversprechende neue Impfstoffe entwickelt. Mit dem Ziel der Einführung neuer Impfstoffe arbeitet die WHO auf die Einrichtung von Surveillance-Systemen hin, deren Aufgabe in der Erhebung und Nutzung qualitativ hochwertiger evidenzbasierter Daten besteht.

Auch wenn die heutigen Impfstoffe in hohem Maß wirksam und sicher sind, werden doch neue Herausforderungen sichtbar. Weil von durch Impfungen vermeidbaren Krankheiten weiterhin eine beträchtliche Bedrohung für die Region ausgeht, bleibt die Stärkung des Impfwesens wichtig. Die öffentlichkeitswirksamste Maßnahme des Regionalbüros in diesem Bereich ist die jährlich im April organisierte Europäische Impfwoche (Fallbeispiel 2.3) (152).

Mit der Senkung der Inzidenz von Masern in der gesamten Region und der Erreichung der Zielvorgabe von 95% für die Durchimpfung mit der ersten Dosis eines den Masernerreger enthaltenden Impfstoffs (MCV1) konnten bahnbrechende Erfolge erzielt werden (Abb. 2.25).

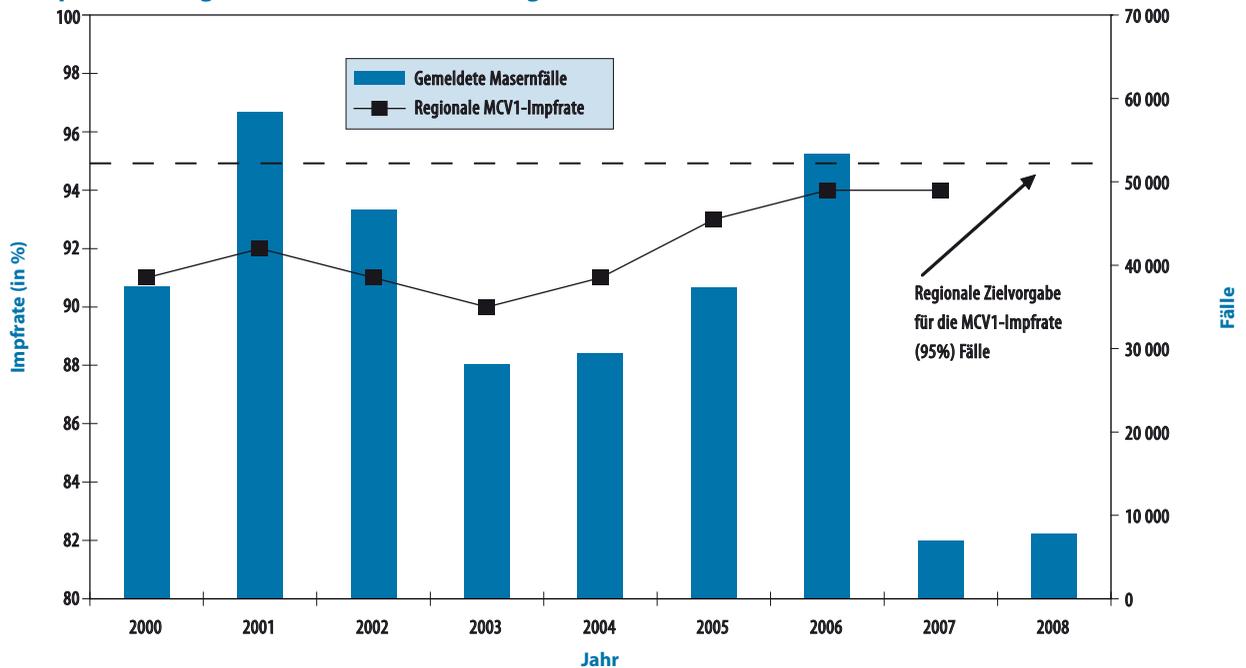
Im Zeitraum von 2005 bis 2008 wurden in acht Ländern im östlichen Teil der Region landesweite ergänzende Immunisierungsmaßnahmen durchgeführt, mit denen etwa 27 Mio. Menschen erreicht werden konnten. Manche Länder haben nach Masernausbrüchen

Fallbeispiel 2.3: Vierte Europäische Impfwoche 2009: eine Online-Strategie

Die größten Herausforderungen für die Impfprogramme in der Europäischen Region sind dabei, sich zu verändern. So haben nationale Programme noch Schwierigkeiten damit, Dienstleistungen für geografisch und sozial marginalisierte Bevölkerungen zu erbringen, und die Wirksamkeit von Impfungen im Hinblick auf die Senkung der Inzidenz früher gängiger Krankheiten hat zu groben Missverständnissen in der Öffentlichkeit geführt. Gleichgültigkeit und Skepsis haben die anhaltende Verbreitung von Fehlinformationen zugelassen. Dies hat zu einer Stagnation oder einem Rückgang der Impfraten in vielen Ländern geführt und in jüngster Zeit zu Ausbrüchen von Krankheiten beigetragen, welche die Gesundheit der Bevölkerung dieser und anderer WHO-Regionen gefährden.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, hat das WHO-Regionalbüro für Europa die Europäische Impfwoche ins Leben gerufen, eine Initiative, die in der gesamten Region durchgeführt wird. Sie soll in erster Linie dazu dienen, das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu schärfen, die Vorteile von Impfungen deutlich zu machen, nationale Impfsysteme zu unterstützen und einen Rahmen für die Mobilisierung öffentlicher und politischer Unterstützung für Maßnahmen zum Schutz der Öffentlichkeit durch generelle Impfungen im Kindesalter zu schaffen. Am 22. April 2009 wurde im Rahmen der vierten Europäischen Impfwoche eine Online-Kampagne gestartet, die sich an Millionen von Menschen in der Europäischen Region richtete. Sie umfasste Informationen über das Impfwesen in den jeweiligen Ländern und über Ausbrüche von Krankheiten in der Europäischen Region sowie ein Video über die potenziellen Gefahren für kleine Kinder.

Abb. 2.25: Durchimpfung mit dem Masernimpfstoff und gemeldete Fälle von Masern in der Europäischen Region der WHO (letztes verfügbares Jahr)



Quellen: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system – 2008 global summary (153) und Centralized information system for infectious diseases (CISID) (154).

die Impfung durch verbesserte gesundheitliche Aufklärung und beschleunigte Routineimpfmaßnahmen gefördert. Dennoch kam es 2008 und 2009 insbesondere im westlichen Teil immer wieder zu Masernausbrüchen, welche die Fortschritte auf dem Weg zur Verwirklichung des Ziels der Region, die Masern und Röteln bis 2010 zu eliminieren, bedrohten. In dieser kritischen Phase ist es wichtig, an die Resolution EUR/RC55/R7 des WHO-Regionalkomitees für Europa zu erinnern, in der die Mitgliedstaaten aufgefordert werden, dem Erreichen dieser Ziele hohe Priorität einzuräumen (155).

Seit 2006 wurden in der Region keine Fälle von Influenza des Typs H5N1 beim Menschen registriert. In an die Region angrenzenden Ländern treten jedoch noch Fälle auf, und die Fallsterblichkeit bleibt hoch (62%). Immer mehr Länder in der Region verfügen mittlerweile über Krisenpläne für Ausbrüche der Influenza des Typs H5N1, und manche haben mit Unterstützung der WHO theoretische und praktische Simulationen durchgeführt und Fachpersonal für die Feststellung von Influenza-Ausbrüchen sowie für Fallmanagement geschult.

Weil einige Länder noch nicht gut genug vorbereitet sind, steht die Pandemiebereitschaftsplanung in der Region weiterhin auf der Agenda. Seit Anfang 2008 organisiert das Regionalbüro länderübergreifende Seminare, um auf die anhaltende Pandemiegefahr und die daraus resultierende Notwendigkeit einer gezielten Bereitschaftsplanung aufmerksam zu machen. Mitarbeiter des Regionalbüros sind 2008 in acht Länder im südöstlichen Europa gereist, um den aktuellen Stand der Pandemieplanung zu überprüfen bzw. ein Bewusstsein für die Notwendigkeit und den Umfang der Pandemieplanung zu schaffen.

Am 13. Februar 2009 veröffentlichten das WHO-Regionalbüro für Europa und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten unter Verwendung von Daten des Europäischen Influenza-Überwachungssystems das erste regionale Influenza-Bulletin (156). Damit beginnt eine neue Phase der Grippeüberwachung in der Europäischen Region: Die geografische Reichweite wird deutlich vergrößert, und für alle Länder der Region wird eine hoch entwickelte und benutzerfreundliche Plattform bereitgestellt.

Als Resultat intensiver Maßnahmen zur Malariabekämpfung ging die Zahl der gemeldeten Malariafälle zwischen 1995 und 2008 von 90 712 auf 593 zurück (157). Malariafälle aufgrund lokaler Übertragung werden noch aus Aserbaidshan, Georgien, Kirgisistan, der Russischen Föderation, Tadschikistan, der Türkei und Usbekistan gemeldet. Das Regionalbüro arbeitet gemeinsam mit diesen Ländern nachdrücklich darauf hin, dass auch sie bald als malariafrei zertifiziert werden können.

2005 verabschiedeten alle von Malaria betroffenen Länder in der Region die Erklärung von Taschkent, mit der ein Übergang „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria“ in der Europäischen Region der WHO angestrebt wird (158). Auch wenn das schlussendliche Ziel die Unterbrechung der Malariaübertragung bis zum Jahr 2015 und die Eliminierung der Krankheit in der gesamten Region ist, wird auch eine erfolgreiche Eliminierung von Malaria auf nationaler Ebene schon insofern zur Stärkung der betreffenden Gesundheitssysteme beitragen, als dabei gezielte krankheitsspezifische Programme in bestehende Strukturen und Dienste eingegliedert werden.

In ihren Bemühungen zur Eliminierung von Malaria richtet die WHO ihre Aufmerksamkeit insbesondere auf Situationen, die zu einer Ausbreitung der Krankheit auf benachbarte Länder und Regionen führen könnten. In Ländern der Europäischen Region und der Region Östlicher Mittelmeerraum ähneln sich die epidemiologische Situation und die Probleme mit Malaria. Die WHO fördert deshalb eine engere grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Zu diesem Zweck organisiert sie grenzüberschreitende Veranstaltungen, verbessert das Malaria-Meldewesen in diesen Gebieten, entwickelt gemeinsame Projekte und internationale Schulungskurse und arrangiert gegenseitige Besuche von Verantwortlichen der nationalen Malariaprogramme und Mitarbeitern der WHO.

Die WHO koordiniert die weltweiten Maßnahmen gegen die Influenza-Pandemie H1N1 (159). Am 27. April 2009 informierten die nationalen Anlaufstellen für die Internationalen Gesundheitsvorschriften das Regionalbüro über die Entdeckung von vier im Labor bestätigten Fällen einer Ansteckung mit dem pandemischen Influenzavirus H1N1/2009: jeweils zwei in Spanien und im Vereinigten Königreich. Aus Israel wurden am darauffolgenden Tag zwei weitere bestätigte Fälle gemeldet. Ende November 2009 meldeten Länder aus allen Teilen der Europäischen Region eine hohe oder sehr hohe Intensität der akuten respiratorischen bzw. Influenza-ähnlichen Erkrankungen, und 17 Länder hatten Impfkampagnen eingeleitet. Bisher liegen weniger Meldungen über Zwischenfälle vor als bei der Impfung gegen die saisonale Grippe, und meist handelt es sich nur um milde Reaktionen. Acht Länder aus der Region sind zum Erhalt von an die WHO gespendeten Impfstoffen berechtigt.

Die WHO-Generaldirektorin stellte am 25. April 2009 fest, dass es sich bei der H1N1/2009-Pandemie um eine „gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite“ gemäß den geltenden Vorschriften handle. Gleichzeitig empfahl sie allen Ländern, ihre Überwachungsmaßnahmen in Bezug auf die frühzeitige Fallerkennung zu intensivieren. Die nationalen Behörden unternahmen wichtige Schritte, um eine wirksame Reaktion zu

gewährleisten. Am 27. April 2009 informierte der WHO-Regionaldirektor für Europa, Dr. Marc Danzon, die Gesundheitsminister, die leitenden Medizinalbeamten und die nationalen Anlaufstellen in der Region über die vom Regionalbüro ergriffenen Erstmaßnahmen. Er unterstrich die entscheidende Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen der WHO und den zuständigen nationalen und internationalen Stellen für die Vorbereitung auf die potenzielle Ausbreitung des Virus in der Region sowie für entsprechende Gegenmaßnahmen.

Zwischen dem 27. und dem 29. April hob die WHO die Pandemie-Alarmstufe von Phase 3 auf Phase 4 und schließlich auf Phase 5 an, weil eine anhaltende Übertragung von Mensch zu Mensch in mindestens zwei Ländern einer WHO-Region zu verzeichnen war. Am 11. Juni rief die WHO die Pandemie (Phase 6) aus, wofür weniger die Gefährlichkeit, sondern vielmehr die geografische Ausbreitung des Virus auf mehr als eine WHO-Region maßgeblich war. Damit verbunden war ein eindringlicher Appell an alle Länder, ihre Pandemiestrategie zu ändern und von der Eindämmung zur Schadensbegrenzung überzugehen.

Am 7. Juli kündigte die WHO die Überarbeitung der Anforderungen für Meldungen an die WHO zur Überwachung der Pandemie an. Zu den Änderungen gehörten die Einstellung der Meldung bestätigter Fälle und die Einführung qualitativer Indikatoren für die Bewertung der Influenza-Aktivität, darunter geografische Verbreitung, Trend, Intensität und Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. In der Europäischen Region erfolgt der Austausch von Daten und Informationen zwischen den Ländern und der WHO über die Website des Regionalbüros für Influenzüberwachung (160). Anhand der erfassten Informationen wird wöchentlich ein Influenza-Bericht erstellt und auf der Website in englischer und russischer Sprache veröffentlicht.

Der Schweregrad der Pandemie wird als moderat eingestuft, jedoch hat sie sich mit beispielloser Geschwindigkeit international ausgebreitet. Die meisten Fälle verlaufen mild und frei von Komplikationen, aber einige Gruppen tragen offenbar ein erhöhtes Risiko, schwer zu erkranken oder zu sterben. Mit Stand vom 20. November 2009 hatte es in der Europäischen Region 652 Todesfälle gegeben.

Die Länder sollten nach Möglichkeit die virologischen Merkmale des Virus und ggf. ungewöhnliche Ereignisse wie Häufungen schwerer Erkrankungen beobachten. Ferner empfahl die WHO drei Ziele, die die Länder in ihre Impfstrategien im Hinblick auf die Pandemie aufnehmen können:

- Schutz der Integrität des Gesundheitssystems und der unverzichtbaren Infrastruktur des Landes;
- Verringerung der Morbidität und der Mortalität;
- Verringerung der Übertragung des Pandemievirus in der Bevölkerung.

Für diejenigen Länder in der Region, die nicht die Voraussetzungen für Impfstoffspenden erfüllen, selbst keinen Impfstoff herstellen bzw. keine Vorverträge über den Kauf von Impfstoff abgeschlossen haben, bemühen sich die WHO und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) um Bereitstellung von Impfstoffvorräten durch die Abteilung Versorgung des UNICEF. Ferner organisierte das WHO-Regionalbüro für Europa eine Reihe subregionaler Seminare, darunter zwei zum Einsatz des Impfstoffes gegen die pandemische Influenza (August und Oktober 2009), eines zur Reaktion des Gesundheitswesens auf die Pandemie (August 2009) und drei zur Bereitschaftsplanung in Krankenhäusern (September und Oktober 2009).

Das Regionalbüro arbeitet über die nationalen Anlaufstellen für die Internationalen Gesundheitsvorschriften und das Netzwerk, das zur Website für Influenzaüberwachung beiträgt, unmittelbar mit den Mitgliedstaaten zusammen und stellt Material, Schulungsmaßnahmen, Instrumente sowie fachliche Unterstützung in Bezug auf Bereitschaftspläne zur Verfügung. Es arbeitet dabei in enger Abstimmung mit der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher der EU-Kommission sowie mit dem ECDC. Ebenso steht die WHO auch in engem Kontakt mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen sowie mit anderen internationalen Organisationen (auch in den Bereichen Handel und Reisen), aber auch mit Herstellern von Impfstoffen, Arzneimitteln, Diagnostika und persönlicher Schutzausrüstung. Auf der Website des Regionalbüros werden aktuelle Lageberichte und weitere Informationen bereitgestellt (159).

Die 2005 überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften traten im Juni 2007 in Kraft. Sie bilden den globalen Rahmen für Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien auf der internationalen Ebene und sind Ausdruck der Verpflichtung der WHO und der 194 Vertragsstaaten, Kernkapazitäten für Überwachungs- und Gegenmaßnahmen auf der nationalen und subnationalen Ebene zu schaffen und Ereignisse, die potenziell eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können, aufzudecken, zu bewerten, zu melden, zu verifizieren, zu bekämpfen und darüber Bericht zu erstatten. Ferner ist jeder Vertragsstaat gehalten, eine funktionsfähige nationale Anlaufstelle sowie die für die Umsetzung der Vorschriften zuständigen Behörden in seinem jeweiligen Hoheitsgebiet zu benennen. Zur Aufgabe der WHO zählt auch die Überprüfung inoffizieller Berichte über Ereignisse von potenzieller internationaler Tragweite.

Zwischen dem Inkrafttreten der Vorschriften im Juni 2007 und Dezember 2008 meldeten die nationalen Anlaufstellen 46 der in der Europäischen Region bewerteten 161 Ereignisse von potenzieller internationaler Tragweite. Fast die Hälfte der bewerteten Ereignisse wurde anfänglich als potenziell infektiös bewertet.

Bis zum 14. Juni 2009 war jeder Vertragsstaat gehalten, seine nationalen Strukturen und Ressourcen im Hinblick auf ihre Fähigkeit zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Kernkapazitäten für Überwachung und Gegenmaßnahmen zu bewerten und einen nationalen Aktionsplan auszuarbeiten. Der nationale Aktionsplan muss umgesetzt werden, um zu gewährleisten, dass bis zum 14. Juni 2012 die Kernkapazitäten im gesamten Hoheitsgebiet des jeweiligen Vertragsstaats vorhanden und einsatzbereit sind. Der nationale Plan sollte auf bestehenden Strukturen, Kapazitäten und Ressourcen aufbauen und unnötige Überschneidungen und Kosten so gering wie möglich halten.

Weitere Zunahme chronischer Erkrankungen

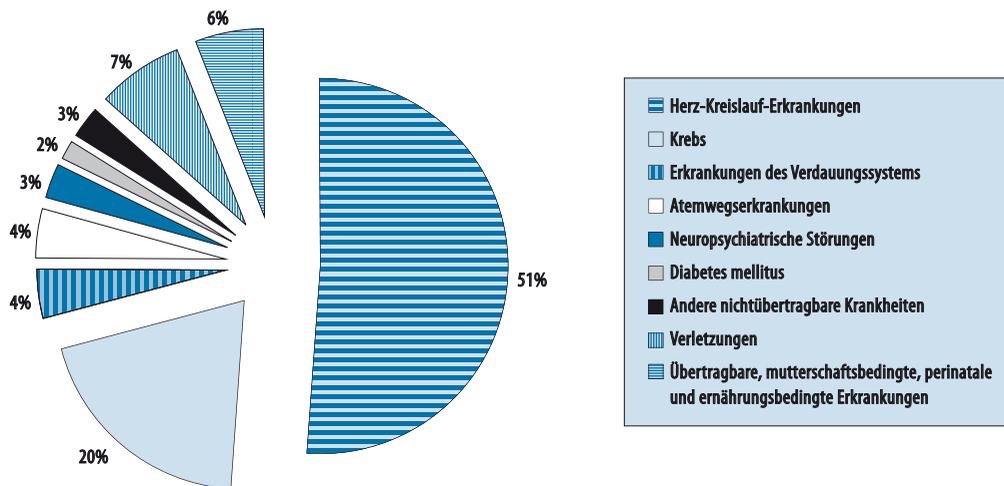
In der gesamten Europäischen Region stellt die Zunahme chronischer Erkrankungen ein großes Problem für die öffentliche Gesundheit und eine enorme Herausforderung für die Gesundheitssysteme dar. Als eine wichtige Ursache für vorzeitige Sterblichkeit und für Behinderung verringern diese Krankheiten die Zahl der bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre beträchtlich. Moderne Lebens- und Verhaltensweisen (siehe Abschnitt zu diesem Thema) haben eine Zunahme von Gesundheitsproblemen wie Adipositas, Bluthochdruck und Diabetes zur Folge. In Verbindung mit der Bevölkerungsalterung sowie mit Behandlungsmöglichkeiten, die ein Überleben nach Akutereignissen ermöglichen, führt dies zu, dass der Anteil der Bevölkerung mit chronischen Krankheiten wächst.

Obwohl der Begriff „chronische Krankheiten“ häufig synonym mit „nichtübertragbare Krankheiten“ verwendet wird, soll in diesem Abschnitt zwischen beiden unterschieden werden. Zu epidemiologischen Zwecken erfolgt zunächst eine Auswertung eines Großteils der verfügbaren Daten zu nichtübertragbaren Krankheiten, dann jedoch eine Beschränkung auf ausgewählte Erkrankungen, die eher chronischer Art sind.

Einschätzung der Situation

Auf der Grundlage von Schätzungen der globalen Krankheitslast aus dem Jahr 2004 (19) verursachten nichtübertragbare Krankheiten in der Europäischen Region 8,45 Mio. Todesfälle (87%), 52% davon bei Frauen. 71% aller Todesfälle waren auf die Haupttodesursachen, nämlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen, zurückzuführen, gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems und Atemwegserkrankungen (Abb. 2.26). Nach Prognosen bis 2030 (Ausgangsbasis 2004) wird aufgrund der Bevölkerungsalterung in Ländern mit niedrigem bzw. mittlerem Einkommen die Gesamtzahl der Todesfälle für die meisten nichtübertragbaren Krankheiten beträchtlich steigen, so dass dann 90% aller Todesfälle in der Region auf diese Kategorie zurückzuführen sein werden (19).

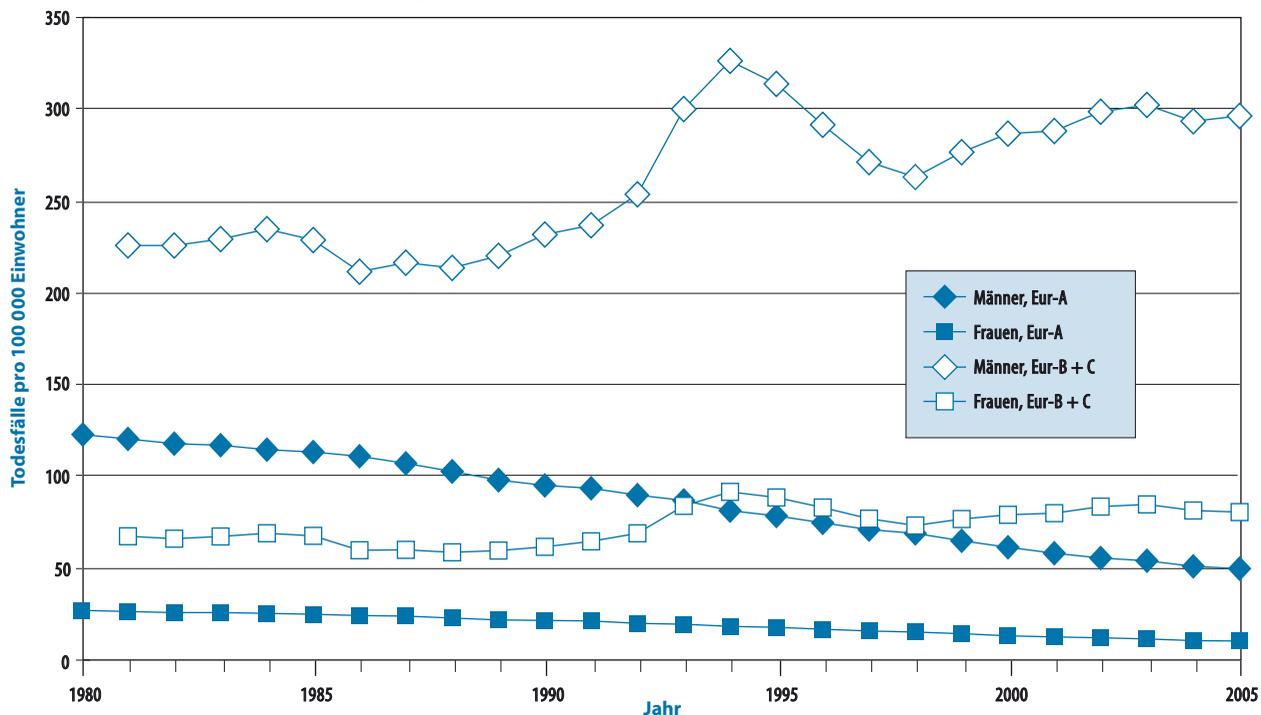
Abb. 2.26: Prognostizierte Todesfälle in der Europäischen Region der WHO nach Ursache (2008)



Quelle: The global burden of disease: 2004 update (19).

Zusammen mit Verletzungen tragen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wesentlich dazu bei, dass der Unterschied zwischen der Sterblichkeit von erwachsenen Männern und Frauen in der Region fast um den Faktor drei beträgt (1) und dass der Unterschied bei der Lebenserwartung zwischen dem westlichen und dem östlichen Teil der Region 15 Jahre beträgt. Ischämische Herzkrankheit ist die Haupttodesursache unter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von zerebrovaskulären Krankheiten. Die durchschnittlichen Trends in Bezug auf die Sterblichkeit aufgrund ischämischer Herzkrankheit sind für Eur-A-Länder rückläufig, während die Situation für Eur-B- und Eur-C-Länder uneinheitlicher ist (Abb. 2.27). Auch wenn die Sterblichkeit seit mehreren Jahren in einigen Ländern zurückgegangen und in anderen gestiegen ist, zeigen die Durchschnittstrends keine Verbesserung, sondern sind bei Frauen stabil und bei Männern mit steigender Tendenz (20).

Abb. 2.27: Ischämische Herzkrankheit bei Personen zwischen 25 und 64 Jahren: SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Geschlecht und Subregion (1980–2005)



Quelle: Atlas of health in Europe (20).

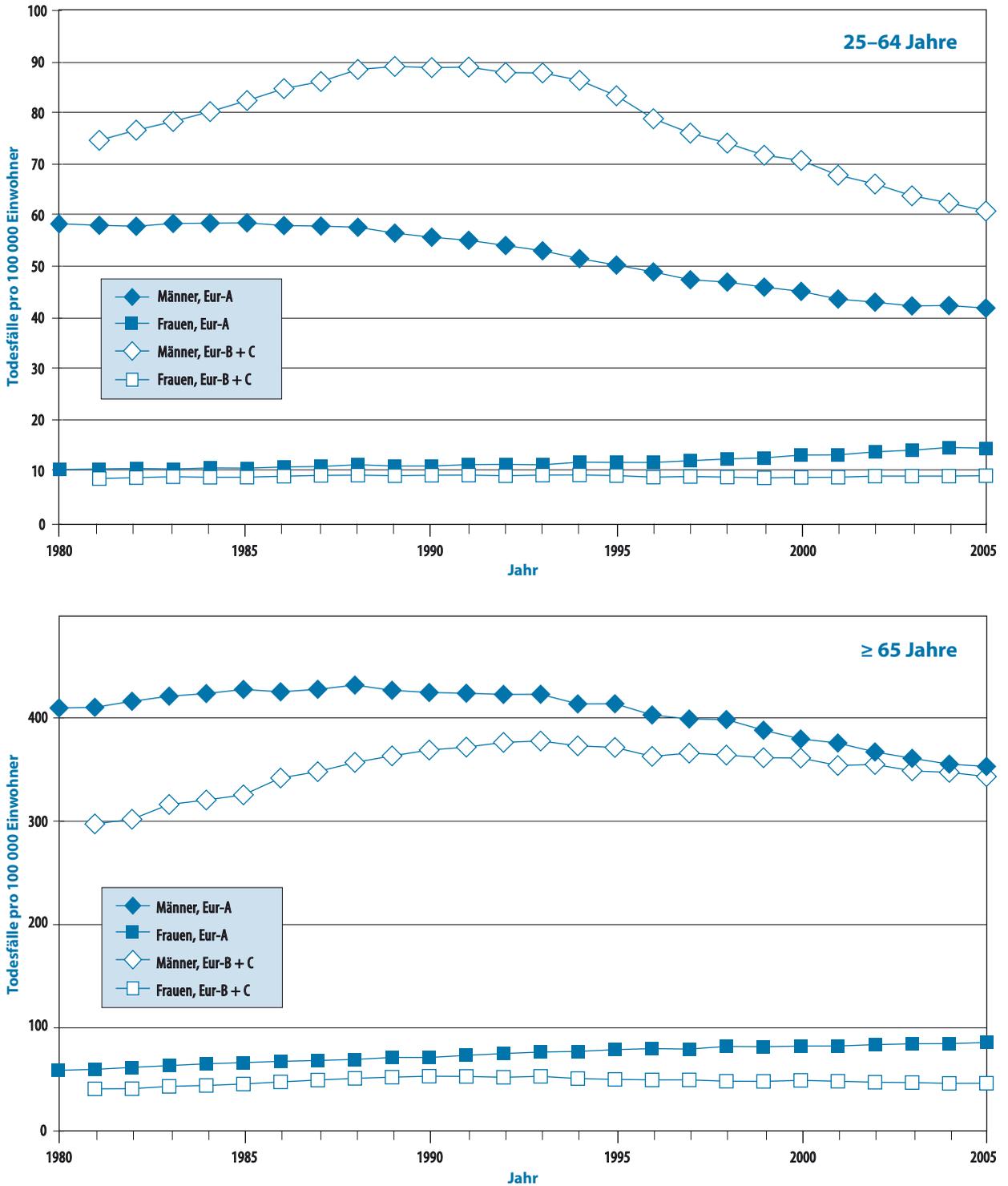
Die Krebsmortalität ist in der gesamten Europäischen Region etwas zurückgegangen (Abb. 2.28). Beispielsweise ist in den Eur-A-Ländern die durchschnittliche Lungenkrebssterblichkeit bei den unteren Altersgruppen relativ niedrig und bei der älteren Bevölkerung relativ hoch. Im östlichen Teil liegt ein entgegengesetzter Trend vor, während im mittleren Teil der Region die Krebssterblichkeit sowohl in der jüngeren als auch in der älteren Bevölkerung hoch ist. Bei Frauen in den Eur-A-Ländern steigt die Mortalität aufgrund von Lungenkrebs kontinuierlich (20).

Die Zahl der Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen ist überall rückläufig. Chronische Lebererkrankungen und Leberzirrhose sind etwa für die Hälfte aller Todesfälle aufgrund von Erkrankungen des Verdauungssystems verantwortlich: Die Sterblichkeit nimmt in den Eur-A-Ländern kontinuierlich ab, in den Eur-B- und Eur-C-Ländern jedoch zu (20).

Nichtübertragbare Krankheiten waren 2004 für den Verlust von 112,4 Mio. um Behinderungen bereinigten Lebensjahren verantwortlich; dies entspricht 77,8% der gesamten Krankheitslast. Wichtigste Ursachen waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen (23,0%) und neuropsychiatrische Störungen (19,6%), gefolgt von Krebs (11,9%) und Erkrankungen der Sinnesorgane (5,8%) (19). Prognosen für die Krankheitslast bis 2030 besagen, dass sich diese Verteilung angesichts der Bevölkerungsalterung verändern wird: relativer Anstieg bei den neuropsychiatrischen Störungen (auf 22,1%), bei Krebs (auf 13,7%) und bei den Erkrankungen der Sinnesorgane (auf 7,3%) und Rückgang bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (auf 22,3%) (1).

Psychische Störungen sind eine wichtige Ursache für den Verlust von gesund verbrachten Lebensjahren, von der eine von vier Personen zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens

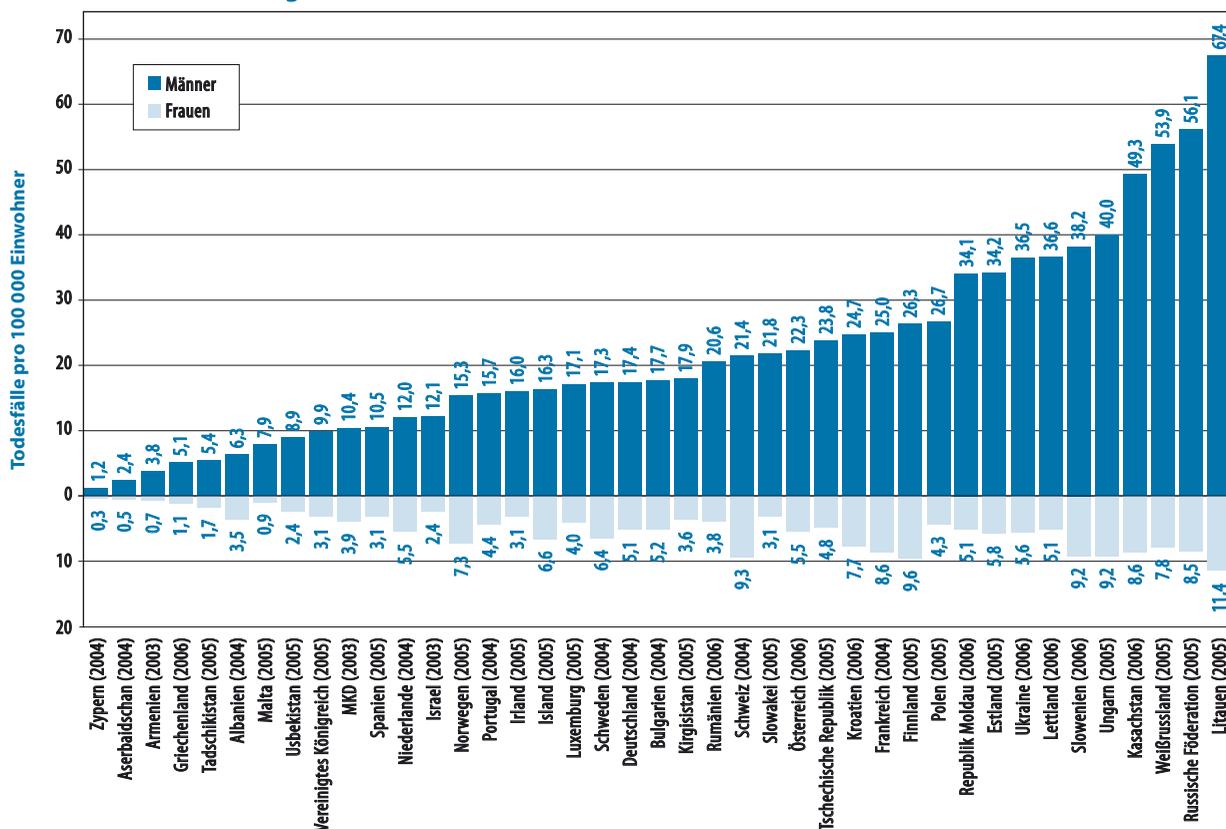
Abb. 2.28: Lungenkrebs bei Personen zwischen 25 und 64 Jahren und bei Personen ab 65 Jahren: SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Geschlecht und Subregion (1980–2005)



Quelle: Atlas of health in Europe (20).

betroffen ist (161). Unipolare depressive Störungen sind in den Ländern der Europäischen Region unabhängig von deren Einkommen bei Frauen von 15 bis 44 Jahren für den größten Beitrag zur Krankheitslast verantwortlich und tragen 5,8% zur Gesamtlast in der Region bei (dritt wichtigste Ursache) (18). Depressionen sind häufig unterdiagnostiziert und eine Hauptursache für Suizid. Psychische Störungen treten heute in der Europäischen Region zunehmend bei Kindern und Jugendlichen auf (etwa 2 Mio.). In Westeuropa scheint das Suizidrisiko bei Jugendlichen zuzunehmen (Abb. 2.29) (161).

Abb. 2.29: Suizid: SDR pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO nach Geschlecht (2006 oder letztes verfügbares Jahr)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird.
Quelle: Atlas of health in Europe (20).

Aufgrund langer Inkubationszeiten und begrenzter routinemäßiger Überwachungsmaßnahmen in den Ländern erweist sich die Bestimmung der Inzidenz nichtübertragbarer Krankheiten als schwierig. Im Rahmen der Berechnungen zur Ermittlung der globalen Krankheitslast für 2004 (19) wurden jedoch Schätzungen vorgenommen. So waren etwa die Erkrankungen mit der höchsten Inzidenz in der Europäischen Region maligne Neoplasien (3,1 Mio. Fälle, 353 pro 100 000 Einwohner), Schlaganfälle (2,0 Mio. Fälle, 228 pro 100 000 Einwohner) und kongestive Herzinsuffizienz (rheumatisches Fieber, Herzkrankheit, hypertensive Herzkrankheit, ischämische Herzkrankheit oder entzündliche Herzkrankheit: 1,3 Mio. Fälle, 148 pro 100 000 Einwohner). Die Inzidenz von Krebs nach einzelnen Organen war am höchsten für Kolon und Rektum, Lunge, Brust, Magen sowie Prostata; auf diese entfiel insgesamt fast die Hälfte aller Krebsfälle. Durch angemessene und rechtzeitige Gesundheitsversorgung

lassen sich die Auswirkungen der meisten dieser Krebsarten in Bezug auf Sterblichkeit und Behinderung verringern.

Die Prävalenz einer Krankheit gibt die Zahl der Menschen wieder, die zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einer Erkrankung und ihren Folgeerkrankungen leben, nicht jedoch den Schweregrad oder die Beeinträchtigung, die ganz unterschiedlich ausfallen können. Die häufigsten Erkrankungen in der Europäischen Region, sortiert nach übergeordneten Gruppen, waren:

- 71,6 Mio. Menschen mit neuropsychiatrischen Störungen (unipolare depressive Störungen, bipolare affektive Störung, Schizophrenie, Epilepsie, Störungen aufgrund von Alkoholkonsum, Alzheimer und andere Demenzformen sowie Parkinsonsche Krankheit);
- 26,8 Mio. Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (einschließlich Angina pectoris und Schlaganfällen);
- 40,1 Mio. Menschen mit Atemwegserkrankungen (chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Asthma);
- 44,5 Mio. Menschen mit (mäßigem und schwerem) Hörverlust;
- 46,4 Mio. Menschen mit entzündlichen Störungen (rheumatischer Arthritis und Osteoarthritis);
- 45,4 Mio. Menschen mit (mäßigem und schwerem) Diabetes, der häufigsten Einzelerkrankung.

Die Prävalenz von Diabetes reicht in der Region von 0,1 (Turkmenistan) bis 7,6 (Malta) pro 100 Einwohner (20). Die Internationale Diabetes-Föderation geht von einer möglicherweise höheren Prävalenz in der Region aus und prognostiziert, dass sie – u. a. infolge der Ausbreitung der Adipositas – bis 2025 auf 9,8% ansteigen wird. Sie erwartet einen relativ starken Anstieg in Ländern wie Polen, der Slowakei, der Türkei und Weißrussland, die sich wirtschaftlich wie auch in Bezug auf die Ernährung in einer Übergangsphase befinden (162). Diabetes beeinträchtigt das Kreislaufsystem, Augen, Nieren und Nerven; bei einem Anstieg der Prävalenz ist deshalb auch mit einer Zunahme von Sterblichkeit und Behinderung aufgrund anderer Erkrankungen zu rechnen.

Insbesondere beim Übergang von einer krankheitszentrierten zu einer patientenorientierten Versorgung müssen Komorbiditäten gebührend berücksichtigt werden. Depressionen beispielsweise sind bei Personen mit körperlichen Erkrankungen verbreiteter als bei körperlich Gesunden. In der Europäischen Region leiden 33% der Krebskranken, 29% der Personen mit hohem Blutdruck und 27% der Diabetiker an schweren Depressionen. Bei älteren Menschen und insbesondere bei Frauen steigt die Zahl nebeneinander auftretender Erkrankungen (67).

Auch wenn regionsspezifische Schätzungen in Bezug auf Behinderung nicht nach Altersgruppe und Geschlecht differenziert sind, lassen doch globale Zahlen darauf schließen, dass Behinderungen aufgrund mehrerer neuropsychiatrischer Störungen – wie Alkoholabhängigkeit und problematischer Alkoholkonsum, Depression, Schizophrenie, bipolare Störung und Drogenabhängigkeit – in Ländern aller Einkommensstufen vor dem Alter von 60 Jahren 20- bis 80-mal häufiger vorkommen als danach, jedoch in Ländern mit niedrigem bzw. mittlerem Einkommen verbreiteter sind (19). Die Prävalenz neuropsychiatrischer Störungen ist bei Männern im Allgemeinen höher. Störungen, die durch Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie problematischem Konsum bedingt sind, machen bis zu einem Drittel der von neuropsychiatrischen Störungen verursachten

Gesamtlast bei Männern aus. Im Gegensatz dazu ist die Prävalenz anderer entzündlicher und degenerativer Erkrankungen (Linsentrübung, Osteoarthritis, Makuladegeneration, Glaukom sowie Alzheimer und andere Demenztypen) bei Menschen über 60 Jahren in Ländern aller Einkommensstufen höher, ebenso bei Frauen.

Themen, Herausforderungen und Handlungskonzepte

Individuelle, familiäre und gesellschaftliche Belastung

Die eingehende Beschäftigung mit epidemiologischen Fakten und Zahlen birgt die Gefahr, dass die übergeordneten sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen chronischer Krankheiten außer Acht gelassen werden. Es gibt viele Hinweise darauf, dass diese Krankheiten hohe Kosten für die Gesellschaft verursachen (162). Beispielsweise wurde in Studien über Krankheitskosten geschätzt, dass die Kosten chronischer Erkrankungen und ihrer Risikofaktoren in verschiedenen Ländern zwischen 0,02% und 6,77% des BIP betragen (164): Im Vereinigten Königreich machen die Kosten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen allein schätzungsweise 18% der Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung aus (142). Die direkten, indirekten und immateriellen Krankheitskosten belasten die Patienten wie auch ihre Familien und umfassen Behandlungskosten, Einkommensausfälle, Vorruhestand und höhere Abhängigkeit von Sozialleistungen bei Kranken und/oder ihren Pflegepersonen. Arbeitgeber und die Gesellschaft insgesamt müssen die Last tragen, die durch Abwesenheit vom Arbeitsplatz, Produktivitätsausfall und Arbeitnehmerfluktuation entsteht. Einige chronische Krankheiten sind besonders verbreitet. Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems rangieren als Ursache kürzerer krankheitsbedingter Fehlzeiten an zweiter Stelle hinter Atemwegserkrankungen und sind die häufigste gesundheitsbezogene Ursache für längere Fehlzeiten (165). Der Anteil aufgrund psychischer Störungen krankgeschriebener Arbeitnehmer beläuft sich in Schweden auf 35%; der Anteil der Personen, die wegen Invalidität aufgrund psychischer Gesundheitsprobleme Sozialleistungen oder Rente beziehen, liegt zwischen 44% in Dänemark und 8% in der Russischen Föderation (166).

Soziale Ausgrenzung kann die Probleme verschärfen, die mit psychischen Gesundheitsproblemen und bestimmten chronischen Krankheiten einhergehen. Allzu häufig können sich die daraus resultierenden Stigmata und Diskriminierungen negativ darauf auswirken, ob die Betroffenen einen Arbeitsplatz erhalten bzw. darauf zurückkehren oder eine Wohnung finden können. Im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit (163,167) werden Maßnahmen zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung beschrieben, u. a. durch Stärkung der Menschenrechte, Konzepte und Programme zur sozialen Eingliederung, gesetzlichen Schutzes vor Diskriminierung und Mittel zur Beschäftigungsförderung wie Berufsausbildung, Arbeitsplatzanpassung und Wiedereingliederungskonzepte.

Viele chronisch Kranke benötigen lebenslang Medikamente, und eine hohe Selbstbeteiligung an den Kosten kann für Familien je nach Einkommen eine gravierende Belastung darstellen und die Adhärenz erheblich beeinträchtigen. Beispielsweise können sich Familien mit niedrigem bzw. mittlerem Einkommen für Gesundheitsleistungen entscheiden, deren Schwerpunkt auf unmittelbaren lebensbedrohlichen Komplikationen bei Diabetes liegt, statt auf die Verhinderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Haupttodesursache bei Diabetes, zu setzen. Um dies zu verhindern, könnten Finanzierungsmodelle für die Gesundheitsversorgung genutzt werden, die darauf abzielen, die finanziellen Hürden für den Zugang zur Versorgung abzubauen und den allgemeinen Zugang zu einem Grundpaket wirksamer Präventions- und Behandlungsmaßnahmen zu gewährleisten (67).

Lebenslange Krankheitsprävention

Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (67) fördert einen umfassenden Ansatz auf drei Ebenen: bevölkerungsweite Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention; Ermittlung stark gefährdeter Personen und gezielte Maßnahmen für diese Gruppe; wirksame Versorgung von Patienten mit nichtübertragbaren Krankheiten.

Der Ausbruch nichtübertragbarer Krankheiten muss durch Verhaltensänderungen im Hinblick auf die Lebensweise, die Entwicklung gesundheitsförderlicher Umfelder und Maßnahmen bezüglich der sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit verhindert werden. Nach Diagnose einer Erkrankung sind solche Maßnahmen – ergänzt durch wirksame und rechtzeitige Behandlung und Rehabilitation – auch im weiteren Verlauf wichtig, um zu verhindern, dass die Erkrankung chronisch wird und zu Behinderung führt. Beispielsweise kann sich körperliche Bewegung positiv auf multiple chronische Erkrankungen auswirken; sie kann etwa die Risiken von Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken, die muskulo-skeletale Gesundheit verbessern und die Symptome von Depressionen lindern (73). Der Verzicht auf Rauchen kann substanzielle positive Auswirkungen haben. Bei Rauchverzicht vor Erreichen eines mittleren Alters kann das durch Tabakkonsum bedingte Lungenkrebsrisiko um mehr als 90% gesenkt werden (78). Eine Kombination aus mehreren verhaltensbezogenen Maßnahmen wie Aufgabe des Rauchens, mehr Bewegung und Veränderung der Ernährungsgewohnheiten mit dem Ziel eines Gewichtsverlusts kann bei Personen mit manifester Herzkrankheit das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen um mehr als 60% verringern und bei Diabetespatienten zur erfolgreichen Einstellung des Blutzuckerspiegels beitragen (168). Bei Personen mit manifesten Herz-Kreislauf-Erkrankungen können pharmazeutische Interventionen das Risiko wiederholter Herzinfarkte weiter beträchtlich mindern (169).

Seelisches Wohlbefinden wird zunehmend als grundlegender Aspekt der Lebensqualität anerkannt (161). Schädliche Belastung durch Stress kann zu einer Zunahme von Angstzuständen und Depressionen, Erkrankungen aufgrund Konsums von Alkohol- und anderem Substanzmissbrauch sowie Gewalt und Suizidverhalten führen. Die Vorteile der Förderung der psychischen Gesundheit beschränken sich nicht auf die Verbesserung des Wohlbefindens und die Verhinderung psychischer Gesundheitsprobleme, sondern führen auch zu einer Verbesserung der körperlichen Gesundheit sowie einer Beschleunigung der Genesung nach Krankheiten. Die psychische Gesundheit ist ein grundlegender Bestandteil der Widerstandsfähigkeit und der gesundheitlichen Substanz, die Menschen in die Lage versetzen, widrige Situationen zu bewältigen. Im Vereinigten Königreich stammen die 20% bis 25% der Bevölkerung, die an Adipositas leiden oder rauchen, überwiegend aus den 26% der Bevölkerung, die unterhalb der Armutsgrenze leben und bei denen auch die höchste Prävalenz von Angstzuständen und Depressionen registriert wird (39).

Neuausrichtung der Versorgungssysteme

Die Gesundheitsangebote sind häufig auf Versorgung statt Prävention und auf akute statt auf chronische Versorgungsmodelle ausgerichtet (Tabelle 2.17). Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen und einer chronischen Erkrankung benötigen manchmal lebenslange Unterstützung und langfristig strukturierte Krankheitsmanagementprogramme, bei denen oft Selbstbehandlung und gemeindenahere Versorgung im Vordergrund stehen; viele Dienste konzentrieren sich jedoch immer noch auf stationäre spezialisierte Versorgung (170).

Trotz nachweislicher Wirksamkeit der primären Versorgung kann die in diesem Umfeld geleistete Behandlung beschränkt sein. Eine Erhebung der WHO ergab, dass in 31 Ländern

Tabelle 2.17: Anforderungen an und Zugang zu häuslicher Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppe

Häusliche Behandlung	EU		EU-15		EU-12		Israel, Norwegen und Schweiz		Südost-europa		GUS		Insgesamt	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Vorgesehen in Konzepten, Plänen oder Rechtsvorschriften														
Ja	21	78	14	93	7	58	3	100	6	86	3	60	33	79
Nein	6	22	1	7	5	42	0	0	0	0	2	40	8	19
Keine Informationen verfügbar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	0	0	1	2
Personen mit psychischen Störungen, die Zugang zu häuslicher Behandlung haben														
Alle oder fast alle (81 - 100%)	3	11	3	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7
Mehrheit (51–80%)	1	4	1	7	0	0	1	33	0	0	1	20	3	7
Manche (21–50%)	5	19	4	27	1	8	2	67	3	43	1	20	11	26
Wenige (1–20%)	6	22	3	20	3	25	0	0	2	29	1	20	9	21
Keine	5	19	0	0	5	42	0	0	1	14	2	40	8	19
Keine Informationen verfügbar	7	26	4	27	3	25	0	0	1	14	0	0	8	19

Quelle: Policies and practices for mental health in Europe – Meeting the challenges (166).

der Region die hausärztliche Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen durch Maßnahmen wie die Beschränkung des Rechts zur Verschreibung von Arzneimitteln oder zur Durchführung bestimmter Aufgaben eingeschränkt ist (166).

Die aktive Beteiligung von Patienten an ihrer Behandlung kann dazu beitragen, die negativen Auswirkungen chronischer Erkrankungen auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand und die Funktionsfähigkeit zu minimieren (171). Patientenschulungen, Qualifizierung und partizipative Entscheidungsprozesse machen eine Verlagerung der Rolle von Gesundheitsfachkräften von Autorität zum Zulassen von Eigenverantwortlichkeit erforderlich, aber auch unterstützende Veränderungen den in Gesundheitssystemen (172). Um das Krankheitsmanagement über die Grenzen der einzelnen Bereiche der Gesundheitsversorgung hinweg zu erleichtern, wurden Modelle für die Versorgung chronischer Erkrankungen wie das „Chronic Care-Modell“ vorgeschlagen (173–175).

Ferner kann es von Vorteil sein, Patienten und ihre Familien in die Ausgestaltung der Versorgung einzubinden. Viele Länder in der Region ermöglichen Vereinigungen von Patienten und Betreuern die Mitarbeit in Planungsausschüssen für die psychosoziale Versorgung (166). In manchen Ländern werden Patienten und Betreuer auch in die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und in die Unterstützung von Patienten bei der Selbstbehandlung chronischer Krankheiten einbezogen (176).

Steigende Kosten der Gesundheitsversorgung

Die Politik ist darüber besorgt, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung rascher gestiegen sind als das Volkseinkommen. So stieg in der Europäischen Region der durchschnittliche Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP zwischen 1998 und 2005 von 7,3% auf 7,7% (Tabelle 2.18). Der größte Teil dieses Anstiegs in jüngster Zeit wurde vom öffentlichen Sektor getragen. Der Anteil der aus öffentlichen Mitteln wie Steuern und Sozialversicherung stammenden Gesamtausgaben ist im letzten Jahrzehnt gestiegen, und auf die Gesundheitsversorgung entfällt ein zunehmender Teil der staatlichen Gesamtausgaben. Zu diesen allgemeinen Trends bestehen einige Ausnahmen, etwa der Rückgang der Gesundheitsausgaben sowohl

Tabelle 2.18: Prozentualer Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit am BIP und prozentualer Anteil der Ausgaben des öffentlichen Sektors an den Gesamtausgaben für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO nach Ländergruppen (1998–2005, geschätzt)

Ländergruppen und Ausgaben	1998	2000	2002	2004	2005	Index, 2005 (%) (1998 = 100%)	Veränderung in Prozentpunkten (1998–2005)
Europäische Region							
Gesamtausgaben für Gesundheit (in %)	7,43	7,15	7,56	7,61	7,74	104,2	0,31
Gesundheitsausgaben des öffentlichen Sektors (in %)	68,07	66,86	67,36	67,89	68,48	100,6	0,41
EU							
Gesamtausgaben für Gesundheit (in %)	7,87	8,07	8,42	8,78	8,92	113,3	1,05
Gesundheitsausgaben des öffentlichen Sektors (in %)	74,45	74,91	75,47	75,25	75,54	101,5	1,09
EU-15							
Gesamtausgaben für Gesundheit (in %)	8,47	8,66	9,00	9,42	9,57	113,0	1,10
Gesundheitsausgaben des öffentlichen Sektors (in %)	75,66	75,53	76,20	76,43	76,78	101,5	1,12
EU-12							
Gesamtausgaben für Gesundheit (in %)	5,75	5,70	6,33	6,40	6,49	112,9	0,74
Gesundheitsausgaben des öffentlichen Sektors (in %)	70,15	72,68	72,81	70,88	70,92	101,1	0,77
GUS							
Gesamtausgaben für Gesundheit (in %)	6,55	5,51	5,88	5,38	5,51	84,1	-1,04
Gesundheitsausgaben des öffentlichen Sektors (in %)	57,47	53,13	53,31	55,04	56,18	97,8	-1,29

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (4).

in den GUS-Ländern als auch in Albanien, Estland, Finnland, Kroatien und Litauen oder die relative Verringerung der Bedeutung der Finanzierung durch die öffentliche Hand in einigen Ländern wie Bulgarien, Estland, Litauen, Slowenien und der Tschechischen Republik. Insgesamt kann in der Europäischen Region jedoch von einem anhaltenden Wachstum der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung ausgegangen werden.

Auch wenn Schätzungen über zukünftige Kosten von den zugrunde liegenden Annahmen in Bezug auf den relativen Einfluss der wichtigsten Kostenfaktoren abhängig sind, so wird doch prognostiziert, dass die Kosten für die Gesundheitsversorgung in Zukunft noch weiter steigen werden. Die künftige Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben ist sehr ungewiss, wird jedoch Prognosen zufolge bis 2050 um 1 bis 2 bzw. 2 bis 4 Prozentpunkte des BIP steigen (177,178). Bei Berücksichtigung der Kosten für die Langzeitpflege beläuft sich der prognostizierte Anstieg auf 1 bis 4 bzw. 3 bis 6 Prozentpunkte des BIP (178). Es wird davon ausgegangen, dass andere als demografische Faktoren, etwa die Auswirkungen neuer Technologien, steigende Stückkosten und Veränderungen hinsichtlich Gesundheit und Behinderung sowie daraus resultierende Veränderungen bezüglich der Inanspruchnahme, die wichtigsten Determinanten für künftiges Wachstum sein werden. Die Tatsache, dass die meisten dieser Faktoren politischer Steuerung unterliegen, sollte die politisch Verantwortlichen beruhigen.

Kostenfaktoren

Die Kosten der Gesundheitsversorgung können als eine einfache Funktion von Preis und in Anspruch genommener Menge betrachtet werden: Die Kosten steigen, wenn einer oder beide dieser Parameter steigen. In der Europäischen Region und darüber hinaus wurde die Frage, welche Faktoren zu höheren Kosten und höherer Inanspruchnahme führen und welche relative Rolle diese Faktoren in Bezug auf einen früheren bzw. künftigen Anstieg der Kosten der Gesundheitsversorgung spielten oder spielen, in umfassenden empirischen

Studien untersucht. Die meiste Aufmerksamkeit gilt den Kostenfaktoren, die mit einer höheren Inanspruchnahme von Leistungen einhergehen. Dazu zählen Bevölkerungsalterung und allgemeinere demografische Veränderungen (siehe Abschnitt „Demografische Veränderungen in der Europäischen Region“), steigendes Einkommen und höhere Erwartungen, technologische Fortschritte und die daraus resultierenden Veränderungen hinsichtlich der Inanspruchnahme. Insbesondere vor dem Hintergrund einer angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt sind steigende relative Preise für die Gesundheitsversorgung ebenfalls Kostenfaktoren.

Alterung und demografische Veränderungen

Die demografischen Trends in der Europäischen Region haben zu einer Erhöhung des Anteils der Altersgruppe ab 65 Jahren an der Bevölkerung geführt. Zu diesen Trends zählen das Absinken der Geburtenziffern unter das Niveau der natürlichen Bestandserhaltung (siehe Abschnitt „Demografische Veränderungen in der Europäischen Region“), die steigende Lebenserwartung (mit Ausnahmen wie in einigen GUS-Ländern) und eine Zunahme der Binnenmigration beispielsweise innerhalb der EU. Diese Trends haben Sorgen über die künftigen Kosten von Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege für eine alternde Bevölkerung aufkeimen lassen. Die Gesundheit älterer Menschen wird jedoch immer besser: So sind die Werte bei den meisten Morbiditätsmaßen seit den 1990er Jahren zurückgegangen, was entweder auf komprimierte Morbidität (179) oder ein dynamisches Gleichgewicht schließen lässt, das durch zunehmend höhere Lebensdauer und konstante gesundheitliche Verbesserungen gekennzeichnet ist (180).

Ferner ist die Bevölkerungsalterung trotz der Tatsache, dass ältere Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt wesentlich höhere Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben haben, offenbar eine relativ unbedeutende Determinante des jährlichen Wachstums der Gesundheitsausgaben. Die Kosten für die Gesundheitsversorgung konzentrieren sich auf den Zeitraum vor dem Tod, so dass die Kosten im Alter höher sind als in jungen Jahren; Ursache hierfür ist vor allem die größere Belastung durch chronische Krankheiten. Dies muss berücksichtigt werden, wenn die Beziehung zwischen Alter und Kosten in Zahlen erfasst werden soll. Die faktischen gesundheitsbezogenen Kosten scheinen mit dem Alter zu sinken, und die Kosten für Personen in den letzten Lebensjahren sind mit der Zeit langsamer gestiegen als für andere Altersgruppen. Somit deuten die Trends in Bezug auf steigende Lebenserwartung, sinkende Sterblichkeit (gleichbedeutend mit niedrigeren Kosten, weil weniger Personen sterben) und einem Rückgang der Morbidität bei Älteren (die eine geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Folge haben können, aber nicht müssen) übereinstimmend darauf hin, dass die Bevölkerungsalterung einen relativ geringen Einfluss auf die künftigen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung haben wird (181). Analysen der Struktur der Gesundheitsausgaben in früheren Jahrzehnten lassen vermuten, dass die Bevölkerungsalterung weniger als ein Zehntel des Anstiegs der Kosten für die Gesundheitsversorgung erklärt (178).

Deshalb ist die Bevölkerungsalterung Schätzungen zufolge ein eher unbedeutender Kostenfaktor bei Prognosen über die künftige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, jedoch durchaus von Bedeutung für die Kosten für die Langzeitpflege. Die Verantwortlichen müssen jedoch berücksichtigen, wie sich Muster der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Zeitverlauf verändern, und insbesondere, wie man gesundes Altern fördert und unter Beachtung der Kosteneffizienz eine angemessene Nutzung von Technologien gewährleistet.

Technologischer Wandel und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Der Einfluss des technologischen Wandels auf den Anstieg der Gesundheitsausgaben ist komplex. Neue Technologien können durch Verbesserung von Effizienz oder Gesundheit zu einer Kostensenkung führen und so den Bedarf an weiteren, möglicherweise kostspieligeren Versorgungsleistungen verringern. Weil neue Technologien jedoch den Umfang und das Spektrum der verfügbaren Behandlungen erweitern und dazu führen können, dass eine Behandlungsform bei einer größeren Zahl von Symptomen angewendet wird (was zu einem gesundheitlichen Gesamtnutzen für die Gesellschaft beitragen kann, aber nicht muss), können sie eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit höhere Kosten zur Folge haben.

Die Akzeptanz und Nutzung neuer Technologien und damit ihr Potenzial für einen Kostenanstieg hängen von den Anreizen ab, die das System den Anbietern gibt (182). Schätzungen hinsichtlich der Auswirkungen des technologischen Wandels auf die Ausgabenentwicklung in der Europäischen Region lassen vermuten, dass die Einführung technischer und medizinischer Entwicklungen eine höhere Inanspruchnahme und damit höhere Kosten zur Folge haben wird (177). Auf der Grundlage von Ausgaben­daten aus der Schweiz für den Zeitraum von 1970 bis 1995 wurde in einer Studie eine Ausgabensteigerung von 1% jährlich aufgrund technologischer Veränderungen veranschlagt (183). Die Anwendung dieser Schätzung auf Prognosen für die Gesundheitsausgaben legt den Schluss nahe, dass solche technologischen Veränderungen und ihre Nutzung für 77% des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen bis 2050 verantwortlich sein werden. Angesichts steigender Kosten für die Gesundheitsversorgung ist es eine wichtige Herausforderung für die verantwortlichen Politiker, mit Hilfe von Gesundheitstechnologiebewertungen positive Anreize für die Einführung neuer Technologien mit greifbaren Vorteilen und negative Anreize für Technologien mit geringerer Kostenwirksamkeit zu setzen (184).

Steigende Einkommen, Erwartungen und Stückkosten

Die Zusammenhänge zwischen den Kosten für die Gesundheitsversorgung und der Bevölkerungsalterung sowie technologischen Fortschritten sind komplex. Die anderen mutmaßlichen Kostenfaktoren, wie steigendes Einkommen, höhere Erwartungen an die Gesundheitssysteme und Stückkosten, sind sogar noch schwieriger zu messen und zu verstehen. Die Gesundheitsausgaben stehen in engem Zusammenhang mit dem Volkseinkommen. Schätzungen zufolge steigen die Gesundheitsausgaben im Allgemeinen relativ proportional zum Wirtschaftswachstum. Die Gesundheitsversorgung scheint folglich ein normales Gut mit einer Einkommenselastizität nahe 1 zu sein. In manchen Studien wird von einer höheren Einkommenselastizität ausgegangen, was bedeuten würde, dass die Gesundheitsversorgung ein Luxusgut ist und die Gesundheitsausgaben bei steigenden Einkommen noch weiter ansteigen würden. Dies könnte geschehen, wenn der Einfluss der relativen Preise der maßgeblichen Elemente der Gesundheitsversorgung (Löhne, Anlageinvestitionen und Arzneimittelpreise) vernachlässigt wird. So kam eine in 19 OECD-Ländern durchgeführte Untersuchung zu dem Ergebnis, dass Lohnerhöhungen über dem Produktivitätswachstum einer Volkswirtschaft eine Ursache für den Anstieg der Gesundheitsausgaben sind (185).

Ferner können auch steigende Einkommen zu höheren Erwartungen der Bürger in Bezug auf neuere und kostspieligere Gesundheitstechnologien führen. Ob die Erwartungen größer werden und ob diese die Kosten für die Gesundheitsversorgung steigen lassen, wurde empirisch noch nicht überprüft. Die Anbieter haben einen großen Einfluss auf die Akzeptanz und Nutzung von Gesundheitstechnologien. Für die Steuerung der Gesundheitsausgaben werden deshalb neben der Rolle der Anbieter für die Steuerung der Patientenerwartungen die

vorhandenen Anreize zunehmend wichtig. Dies gilt insbesondere angesichts einer ohnehin immer besser gebildeten Bevölkerung, die sich zudem noch über das Internet und andere Quellen sowie durch Werbung informieren kann.

Die Rolle der Gesundheitssysteme bei der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung

Wie die Trends in Bezug auf den Gesundheitsstatus und die Entwicklung von Lebenserwartung und Morbidität zeigen, die im vorstehenden Abschnitt über die zentralen Gesundheitsindikatoren erläutert wurden, können Gesundheitssysteme eine wichtige Rolle bei der Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung in der gesamten Europäischen Region spielen. Wenngleich die Annahme allgemein akzeptiert sein mag, dass das Gesundheitssystem – und gesundheitsbezogene Aktivitäten und Dienste⁵ – den allgemeinen Gesundheitsstatus der Bevölkerung positiv beeinflussen können, herrscht über den Umfang ihres Beitrags weniger Einigkeit, weil andere Faktoren je nach Kontext in unterschiedlichem Maße ebenfalls eine wichtige Rolle spielen können. Dazu zählen örtliche Ernährungsgewohnheiten, geografische Aspekte, soziale Determinanten von Gesundheit und die Auswirkungen von Handlungskonzepten anderer Politikbereiche, die vielleicht nicht auf die Verbesserung der Gesundheit ausgerichtet sind, aber sie dennoch beeinflussen können (6,186). Die Frage lautet deshalb, inwiefern Indikatoren für die Gesundheit der Bevölkerung oder spezifische Gesundheitsergebnisse bestimmten Interventionen des Gesundheitswesens zugeschrieben werden können.

Auch wenn neuere Untersuchungen nahe legen, dass die Gesundheitssysteme in unterschiedlichem Maße Erfolg bei der Verbesserung der Gesundheitssituation haben (189) (siehe Abschnitt „Verbesserung von Gesundheitsergebnissen“), geht daraus auch hervor, dass die Gesundheitsversorgung potenziell von beträchtlichem Nutzen sein kann. Gesundheitssysteme können eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der allgemeinen Gesundheit der Bevölkerung spielen, indem sie die vier zentrale Funktionen erfüllen:

- Leistungserbringung: Erbringung personenbezogener Gesundheitsleistungen und – genauso wichtig – Krankheitsprävention und Förderung einer gesunden Lebensweise;
- Finanzierung: Einnahme und Zusammenführung von Mitteln sowie Zuteilung an Leistungsanbieter auf eine Weise, durch die Chancengleichheit und Transparenz gefördert werden, die Bevölkerung vor hohen Zahlungen aus eigener Tasche für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen geschützt wird und Anreize für die effiziente Erbringung von Leistungen hoher Qualität gegeben werden;
- Erschließung von Ressourcen: Investitionen in den geeigneten Mix der erforderlichen personellen und materiellen Ressourcen (einschließlich Einrichtungen, Technologien und Arzneimitteln), um gute Resultate zu gewährleisten; und
- Steuerung (stewardship): politische Handlungskonzepte (einschließlich solcher mit einem Einfluss auf die Determinanten von Gesundheit), Regularien sowie Organisationsformen und Instrumente für die Umsetzung einschließlich Systemen für transparente Überwachung und Evaluation, um Orientierung und Rechenschaftslegung zu gewährleisten.

⁵ Für die Zwecke dieser Erörterung sind die Begriffe „Gesundheitsleistungen“, „Gesundheitsversorgung“ und „Maßnahmen der Gesundheitsversorgung“ austauschbar.

Wie aus dem Handlungsrahmen der WHO zur Stärkung von Gesundheitssystemen hervorgeht, umfasst ein Gesundheitssystem bevölkerungs- wie auch personenbezogene Gesundheitsleistungen mit Zielen und Ergebnissen sowohl für die Gesellschaft als auch für den Einzelnen⁶ (188). Die Steuerungsfunktion von Regierung, Gesundheitsministerium sowie anderen zentralen Einrichtungen und Akteuren des Gesundheitswesens spielt hier eine wesentliche Rolle. Durch sie wird gewährleistet, dass Gesundheitsziele in andere Handlungskonzepte eingebettet und sektorübergreifende Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit entwickelt werden (siehe Abschnitt „Verantwortung übernehmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“ in Teil 3).

Dennoch haben die verantwortlichen Politiker in der gesamten Region oft Schwierigkeiten, die benötigten Arzneimittel, Impfstoffe und Informationen sowie andere Formen der Krankheitsprävention, -pflege oder -behandlung rechtzeitig, zuverlässig, in ausreichender Menge und zu angemessenen Kosten bereitzustellen (188). In vielen Ländern erhalten diejenigen, die die Gesundheitsversorgung am dringendsten benötigen, diese oft einfach nicht, weil Arzneimittel und Behandlungen, Finanzmittel, Informationen oder auch Gesundheitspersonal nicht zur Verfügung stehen oder nicht wirksam eingesetzt werden. Trotz massiver Investitionen fällt es den Gesundheitssystemen (insbesondere in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen) schwer, vorrangige Gesundheitsmaßnahmen durchzuführen, wirksame Leistungen für einkommensschwache Personen sicherzustellen und ein Gleichgewicht zwischen Akut- und Langzeitversorgung zu finden. Dies kann den Beitrag der Gesundheitssysteme zur allgemeinen Gesundheit der Bevölkerung untergraben. Des Weiteren werden schlecht funktionierende Gesundheitssysteme zu einem erheblichen Hindernis für die Bemühungen mancher Länder der Europäischen Region, die Millenniums-Entwicklungsziele zu erreichen (17,189).

Um den vielfältigen Gesundheitsproblemen der Länder in der gesamten Region entgegenzuwirken, konzentriert das WHO-Regionalbüro für Europa einen großen Teil seiner Tätigkeit darauf, Ländern bei der Verbesserung der Leistung und der Kapazitäten ihrer Gesundheitssysteme zu helfen. Die Stärkung des Gesundheitssystems ist die sinnvollste Strategie, um langfristig gesundheitliche Bedürfnisse zu decken und Fragmentierung, ungleichmäßige Kapazitäten sowie Defizite in Bezug auf Vollständigkeit, Universalität und Flexibilität zu vermeiden, wie sie oft für das Gesundheitswesen, insbesondere in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, typisch sind. Die Bemühungen zur Stärkung von Gesundheitssystemen beruhen auf der Überzeugung, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist, auf der Bereitschaft, solidarisch zu teilen, und auf der Einsicht, dass Bürgerbeteiligung zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen führt, sowie auf einem generell ethischen Standpunkt in allen Gesundheitsfragen. Im Idealfall werden stärkere Gesundheitssysteme zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation unter Wahrung von Chancengleichheit führen, eine gerechtere Verteilung der finanziellen Beiträge gewährleisten, die Patientenrechte in höherem Maße achten und personelle, finanzielle und andere Ressourcen nachhaltig und effizient einsetzen (190). Im folgenden Abschnitt wird davon ausgehend untersucht, inwieweit

⁶ Dienstleistungen zugunsten der Gesundheit der Bevölkerung – einschließlich Maßnahmen zum Gesundheitsschutz, zur Krankheitsprävention sowie zur aktiven Gesundheitsförderung (auch außerhalb von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) sowie Leistungen und Interventionen der Gesundheitsversorgung – stützen die Gesundheit von Bevölkerung und Individuum und tragen zur Erreichung gesundheitlicher Ergebnisse bei. Zusätzlich zu Maßnahmen, die der Behandlung von Krankheiten und Verletzungen dienen (und in der Form von Leistungen der Gesundheitsversorgung erbracht werden), wirken manche Leistungen vorbeugend, indem sie die Gesundheit schützen, Krankheiten vorbeugen und zur Verbesserung der Gesundheitssituation beitragen (allgemein als öffentliche Gesundheitsmaßnahmen eingestuft). Für alle diese Beiträge zur Gesundheit sind Aktivitäten wichtig, die sich auf Gesundheit konzentrieren oder einen offenkundigen Gesundheitsbezug haben, möglicherweise jedoch nicht innerhalb des Gesundheitswesens angesiedelt sind. Deshalb tragen die Leistung des gesamten Gesundheitssystems und die sektorübergreifenden Aktivitäten mit dem Ziel der Gesundheitsverbesserung zur Gesundheit der Bevölkerung insgesamt bei.

Interventionen des Gesundheitssystems positive Auswirkungen in der Region hatten bzw. haben können. Dabei wird auch dargelegt, warum Regierungen gerade auch im aktuellen wirtschaftlichen und fiskalischen Klima weiterhin angemessen in sie investieren sollten.

Verbesserung von Gesundheitsergebnissen

Die Verringerung der Krankheitslast in der Europäischen Region erfordert viele Aktivitäten im gesamten Gesundheitssystem und darüber hinaus, die sowohl auf Individuen als auch auf die Bevölkerung insgesamt ausgerichtet sein müssen. Es wird zunehmend anerkannt, dass Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung stärker in den Mittelpunkt kohärenter Strategien und Konzepte gestellt werden müssen, wenn der wachsenden Last nichtübertragbarer und chronischer Krankheiten sowie den noch zu bewältigenden Herausforderungen durch übertragbare Krankheiten erfolgreich entgegengewirkt werden soll. Dies erfordert eine Verbesserung sämtlicher vier Funktionen von Gesundheitssystemen.

Beeinflussbare und vermeidbare Sterblichkeit

In neueren Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass eine wirksame Gesundheitsversorgung einen beträchtlichen positiven Einfluss auf Gesundheitsergebnisse haben kann. Unter Verwendung des Konzepts der vermeidbaren Sterblichkeit versuchten Nolte und McKee (25), die Leistung von Gesundheitssystemen zu bewerten. Sie lieferten Erkenntnisse dahingehend, dass die Verbesserung des Zugangs zu einer wirksamen und rechtzeitigen Gesundheitsversorgung in Verbindung mit anderen Faktoren während der 1980er und 1990er Jahre in vielen Ländern der Europäischen Region eine deutliche Verringerung der Sterblichkeit bewirkte. Für die Gruppe der unter 75-Jährigen betrug in den Ländern mit den höchsten Werten für die vermeidbare Sterblichkeit (u. a. Finnland, Irland, Portugal, Vereinigtes Königreich) die Verringerung bei Männern bis zu 23% und bei Frauen bis zu 32% der Gesamtsterblichkeit (25). Dies wurde vorwiegend dadurch erreicht, dass in mehreren Altersgruppen die Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten, die durch Gesundheitsversorgung beeinflussbar sind, verringert wurde. Der größte Beitrag ergab sich aus der sinkenden Säuglingssterblichkeit; die Sterblichkeit sank jedoch auch bei Erwachsenen mittleren Alters in Dänemark, Frankreich, den Niederlanden und Schweden sowie im Vereinigten Königreich.

Wie in vorhergehenden Abschnitten bereits dargelegt, haben nichtübertragbare Krankheiten den höchsten Anteil an der Gesamtkrankheitslast in allen Mitgliedstaaten. Wie Tabelle 2.19 zeigt, entfallen auf sie 77% der Gesamtkrankheitslast; hierbei gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei den verschiedenen Ursachen, etwa bei neuropsychiatrischen Erkrankungen, die bei Männern 17,5% und bei Frauen 22,5 der Gesamtlast ausmachen. Nichtübertragbare Krankheiten sind die führende Ursache von Sterblichkeit und Morbidität, die durch Interventionen irgendwelcher Art – und insbesondere durch Krankheitsprävention – beeinflussbar sind. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die Haupttodesursache in der Europäischen Region. So wurden in den Niederlanden 46% des Rückgang der Sterblichkeit aufgrund von Herzerkrankungen zwischen 1978 und 1985 auf die Behandlung in kardiologischen Intensivstationen, die Behandlung nach Infarkten und Bypassoperationen zurückgeführt. Weitere 44% des Rückgangs der Sterblichkeit im gleichen Zeitraum werden primären Präventionsmaßnahmen zugeschrieben: Raucherentwöhnungskampagnen, Veränderungen des Serumcholesterinspiegels und Behandlung von Bluthochdruck (191). Detailliertere Erläuterungen zu den Daten in Tabelle 2.19 finden sich im Abschnitt „Zentrale Gesundheitsindikatoren“ sowie im Anhang zu diesen Bericht. Diese Gesamtzahlen verschleiern eine Disparität in der Region: In Ländern im östlichen Teil sind die Raten von Verletzungen und übertragbaren Krankheiten wesentlich höher (192).

Tabelle 2.19: Durch führende nichtübertragbare Krankheiten bedingte Krankheitslast und Todesfälle in der Europäischen Region der WHO nach Ursache (Schätzungen für 2005)

Ursachengruppe	Krankheitslast		Todesfälle	
	Verlorene DALY (in Tausend)	Anteil an allen Ursachen (in %)	Anzahl (in Tausend)	Anteil an allen Ursachen (in %)
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	34 421	23	5 067	52
Neuropsychiatrische Erkrankungen	29 370	20	264	3
Krebs (bösartige Neubildungen)	17 025	11	1 855	19
Erkrankungen des Verdauungssystems	7 117	5	391	4
Atemwegserkrankungen	6 835	5	420	4
Erkrankungen der Sinnesorgane	6 339	4	0	0
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	5 745	4	26	0
Diabetes mellitus	2 319	2	153	2
Mundhöhlenerkrankungen	1 018	1	0	2
Alle nicht nichtübertragbaren Krankheiten	115 339	77	8 210	86
Alle Ursachen	150 322	100	9 564	100

Quelle: *Zugewinn an Gesundheit: Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten* (67).

Um eine Verbesserung der Gesundheitsergebnisse zu erreichen, müssen sich die Gesundheitssysteme jedoch nicht nur mit Erkrankungen befassen, sondern auch ihren Ursachen entgegenwirken. Dazu gehört eine gezielte Auseinandersetzung mit den sozioökonomischen Faktoren und mit Ungleichheiten (siehe die nächsten beiden Abschnitte) sowie mit Rauchen, Alkoholmissbrauch, schlechter Ernährung, einem überwiegend sitzenden Lebensstil und Adipositas. Daneben muss der effiziente und wirksame Schutz vor Gesundheitsgefahren gewährleistet sein. Weitere wichtige Faktoren sind der Zugang zur Gesundheitsversorgung und insbesondere zur Krankheitsprävention sowie ihre Qualität und Wirksamkeit. In der gesamten Europäischen Region dienen Konzepte, Programme, Strategien, Aktivitäten und Leistungen dem Ziel, diese Herausforderungen zu bewältigen und eine Verbesserung der Gesundheitssituation zu erreichen. Bei diesem Aspekt von Krankheitsprävention und verhütbaren Ursachen werden die Maßnahmen außerhalb der unmittelbaren Kontrolle des Gesundheitswesens berücksichtigt, und es wird zwischen vermeidbarer (durch Prävention und Versorgung) und verhütbarer Sterblichkeit unterschieden (133). Eine Untersuchung in den 27 Ländern, die jetzt EU-Mitglieder sind, ergab, dass zwischen 1990 und 2002 sowohl die vermeidbare als auch die verhütbare Sterblichkeit beträchtlich zurückgingen (193). Nachgewiesen werden konnten auch beträchtliche Unterschiede zwischen dem östlichen und dem westlichen Teil der Region: Die beeinflussbare Sterblichkeit reichte für Männer unter 75 Jahren von 13% in den Niederlanden bis zu 30% in Bulgarien und für Frauen derselben Altersgruppe von 26% in Schweden bis zu 44% in Rumänien. Die Anteile der verhütbaren Sterblichkeit reichten bei Männern von 10% in Schweden bis zu 21% in Italien und bei Frauen von 4% in Bulgarien bis zu 10% in Ungarn. Diese Zahlen veranschaulichen die potenziellen Auswirkungen der Gesundheitsversorgung auf die Gesundheitssituation, aber auch den Einfluss anderer Teile des Gesundheitssystems und anderer Sektoren.

Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Für die Verbesserung der allgemeinen Gesundheitssituation in der Europäischen Region durch die Bekämpfung sowohl übertragbarer als auch nichtübertragbarer Krankheiten sind gezielte Maßnahmen zur Krankheitsprävention wie auch zur Gesundheitsförderung von grundlegender Bedeutung. Dabei wird versucht, Politikbereiche außerhalb des Gesundheitssektors einzubinden, was eine nachdrückliche Wahrnehmung der Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems voraussetzt. Präventivmaßnahmen zugunsten der Gesundheit der Bevölkerung können eine beträchtliche Verringerung von Sterblichkeit

und Morbidität bewirken. Dies gilt für Maßnahmen in Form personenbezogener Gesundheitsleistungen wie Impfungen, postexpositionelle Prophylaxe nach Kontakt mit einer übertragbaren Krankheit oder Blutdrucksenkung, insbesondere in Verbindung mit bevölkerungsbezogenen Maßnahmen. Impfungen bleiben in vielen Ländern, in denen umfassende Programme fest etabliert sind, die wichtigste Methode der Krankheitsprävention. Krankheitsprävention kann jedoch auch die Bereitstellung von Informationen zu verhaltensbedingten und gesundheitlichen Risiken sowie Beratung im Hinblick auf ihre Bekämpfung umfassen und eine wichtige Rolle für die Primärversorgung erforderlich machen. Die Sekundärprävention umfasst u. a. evidenzbasierte Untersuchungsprogramme zur Krankheitsfrüherkennung. Vorbeugendes Handeln zur Verhinderung von Krankheit und zur Förderung von Gesundheitsverbesserung erfordert deshalb die Entwicklung von Strategien, die kostenwirksam sind, umfassende Unterstützung auf sich vereinen und gut umsetzbar sind. Diese gehen über primär auf Gesundheit an sich ausgerichtete Aktivitäten (nachgelagerte Maßnahmen) hinaus bis zu Maßnahmen mit einem indirekten Einfluss auf die Gesundheit mit anderen Mitteln; dazu gehören Steuerpolitik sowie Sozialdienste und -leistungen, die gewöhnlich außerhalb des Gesundheitssektors finanziert werden und angesiedelt sind.

Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind Teil eines allgemeineren Prozesses, durch den Menschen befähigt werden, mehr Einfluss auf ihre Gesundheit und deren Determinanten auszuüben und sie dadurch zu verbessern. Gesundheitsförderung umfasst:

- die Förderung von Veränderungen der Lebensweise und der Umweltbedingungen mit dem Ziel der Entwicklung einer Gesundheitskultur;
- Aufklärung und soziale Kommunikation zur Schaffung gesundheitsförderlicher Bedingungen, Lebensgewohnheiten, Verhaltensweisen und Umfelder;
- Neuausrichtung von Gesundheitsdiensten auf die Entwicklung von Versorgungsmodellen, welche die Gesundheitsförderung begünstigen;
- Stärkung sektorübergreifender Partnerschaften für wirksamere Aktivitäten zur Gesundheitsförderung; und
- Beurteilung der Auswirkungen der staatlichen Politik auf die Gesundheit.

Gesundheitsangebote können auf die allgemeine Bevölkerung ausgerichtet werden oder auf Gruppen mit erhöhtem Risiko in Bezug auf schlechte Gesundheitsergebnisse in bestimmten Bereichen, z. B.: sexuelle und psychische Gesundheit; Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit HIV-Übertragung; Verringerung von Drogenmissbrauch, Tabak- und Alkoholkonsum; Intensivierung der Bewegung; Adipositasprävention; Förderung einer gesunden Ernährung; Verringerung von Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz; Verletzungsprävention; Förderung des berufsbezogenen und des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes. Den Gesundheitssystemen kommt eine wichtige Rolle bei der Veränderung des Verhaltens der Menschen in Bezug auf zahlreiche konkrete Risikofaktoren zu (194). Die übergeordnete Rolle der Gesundheitsförderung schließt die Beratung der Politik in Bezug auf Gesundheitsrisiken, Gesundheitsstatus und gesundheitliche Bedürfnisse sowie die Entwicklung von Strategien für verschiedene Umfelder ein.

Tabakkonsum

Tabak ist ein wohlbekanntes Problem für die öffentliche Gesundheit und ein Risikofaktor, der für etwa 25% der Sterblichkeit und 17% der verlorenen DALY verantwortlich ist (132). Angesichts dessen haben die meisten Länder der Region das 2003 angenommene Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (79) unterzeichnet, den ersten weltweit verbindlichen Vertrag im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Es

verpflichtet die Vertragsstaaten, eine Reihe von Maßnahmen zur Einschränkung des Rauchens zu ergreifen. In vielen Ländern in der gesamten Region gelten mittlerweile Rauchergesetze, wie sie in der Europäischen Anti-Tabak-Strategie (195) empfohlen und im Rahmen des Übereinkommens entwickelt wurden. In vielen Ländern, darunter Irland, Norwegen, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Italien, Malta, Schweden, Slowenien, Spanien, die Türkei und das Vereinigte Königreich, ist Rauchen an allen öffentlichen Orten, u. a. in Schankräumen, Gastwirtschaften und Restaurants, verboten. Beschränkungen gelten auch für das Rauchen in öffentlichen Verkehrsmitteln; so ist Rauchen mittlerweile in den meisten Ländern der Region in Bussen und Taxen sowie in mehr als der Hälfte der Länder auch in Zügen verboten (69). Die meisten Länder haben seit 2002 ihre Gesetze zur Beschränkung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring verschärft.

Untersuchungen innerhalb und außerhalb der Europäischen Region haben gezeigt, dass mehrgleisige, über den Gesundheitssektor hinausreichende Ansätze am vielversprechendsten sind. In der Europäischen Anti-Tabak-Strategie (195) wurden deshalb zusätzlich zu Verboten, Produktkennzeichnung, Warnhinweisen und anderen Maßnahmen gezielte nationale Maßnahmen empfohlen, um die Preise aller Tabakprodukte und die Steuern darauf hoch zu halten. Beispielsweise hat eine Preiserhöhung um 10% einen Rückgang des Konsums um schätzungsweise 3% bis 5% zur Folge (196). Die Tabakindustrie hat höhere Steuern dadurch zu unterlaufen versucht, dass sie in einigen Fällen die Preise vor Steuern senkte, so dass die Verkaufspreise um weniger stiegen als den Betrag der Steuererhöhung. In einigen Ländern, z. B. Albanien, Dänemark, Finnland, Kirgisistan und der Russischen Föderation, sind die Realpreise von Tabakprodukten in den letzten Jahren gesunken (Tabelle 2.20) (69).

Ein umfassendes und sektorübergreifendes Konzept kann zu erfolgreichen Ergebnissen führen. In Australien gingen die Lungenkrebsraten zurück, und zwischen 1980 und 2000 sank die Zahl der Todesfälle aufgrund einer koronaren Herzkrankheit bei Männern um 59% und bei Frauen um 55%. Ein umfassendes Konzept würde Maßnahmen wie die folgenden enthalten: Preissetzung, Warnungen auf den Verpackungen, Werbeverbote, nationale Tabakbekämpfungskampagnen, Telefonberatung für Personen, die das Rauchen aufgeben wollen, umfangreiche Förderprogramme, Rauchverbote, rauchfreie Wohnbereiche sowie Klagen von Rauchern und Passivrauchern gegen Tabakfirmen (197). In der Europäischen Region ist die Türkei eines der führenden Länder bei der Einführung umfassender und sektorübergreifender Maßnahmen unter der Federführung des Gesundheitsministeriums und mit einem konkreten Bezug zum Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Fallbeispiel 2.4).

Tabelle 2.20: Jährliche Realpreisänderungen bei Tabakprodukten (in %, inflationsbereinigt) in ausgewählten Ländern der Europäischen Region der WHO (31. Dezember 1997 – 31. Dezember 2001 und 31. Dezember 2001 – 31. Dezember 2005)

Land	Preisveränderung (in %)	
	1997–2001	2001–2005
Albanien	-2,1	-0,4
Armenien	+14,0	-5,4
Aserbaidschan	-8,9	-2,4
Belgien	+1,6	+3,5
Bulgarien	-2,1	+21,0
Dänemark	-1,1	-3,2
Deutschland	+1,6	+11,0
Estland	+5,3	+5,5
Finnland	+0,7	-1,1
Frankreich	+3,8	+13,1
Griechenland	+3,1	+1,5
Irland	+3,2	+4,1
Island	+4,8	+5,7
Israel	+4,1	+5,2
Italien	+0,9	+6,1
Kirgisistan	-0,2	-2,6
Kroatien	-	+1,4
Lettland	+1,9	+5,3
Litauen	-	+7,9
Luxemburg	+1,6	+1,8
Malta	-	+7,9
Niederlande	+2,6	+6,3
Norwegen	+7,3	+7,6
Österreich	+1,5	+2,4
Polen	+4,3	+1,9
Portugal	+1,8	+2,8
Republik Moldau	+3,5	-3,8
Rumänien	-	+2,9
Russische Föderation	-	-6,2
Schweden	+2,9	+0,7
Slowakei	+1,6	+10,7
Slowenien	0	+9,3
Spanien	+4,7	+2,3
Tschechische Republik	0,0	0,0
Ungarn	+0,5	+11,8
Zypern	+5,8	+14,8

Quelle: The European tobacco control report 2007 (69).

Fallbeispiel 2.4: Politisches Engagement und politische Führungskompetenz bei der Bekämpfung des Tabakkonsums in der Türkei

Die Türkei ist mit 280 000 einheimischen Erzeugern ein wichtiger Tabakproduzent und mit 20 Mio. Rauchern eines der 10 führenden Konsumländer. Dennoch ist sie bei ihren Bemühungen zur Eindämmung der Tabakepidemie bereits weit vorangekommen. Dies ist weitgehend auf ein hohes Maß an Führungskompetenz und politischem Engagement zurückzuführen. Vor der Verabschiedung des ersten Anti-Tabak-Gesetzes im Jahr 1996, das Werbung und Rauchen an öffentlichen Orten verbot, wurden von vielen Seiten Klagen laut, dass es der türkischen Kultur zuwiderlaufe und nie durchgesetzt werden könne. Trotz einiger Rückschläge bei der vollständigen Durchsetzung des Rauchverbots zur damaligen Zeit sowie zahlreicher Versuche diverser Tabaklobbyisten wurden die Bestimmungen nicht abgeschwächt, sondern 2008 sogar noch verschärft. Dies war im Wesentlichen eine Folge der Ratifizierung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (79) durch die Türkei im Jahr 2004, die es der Politik ermöglichte, das Thema weiterzuerfolgen.

Das Engagement und die Führungskompetenz des Gesundheitsministeriums waren während des gesamten Prozesses von großer Bedeutung. So wurde erstens 2006 eine Sonderabteilung ausschließlich zur Eindämmung des Tabakgebrauchs eingerichtet. Zweitens wurde – wie im Rahmenübereinkommen gefordert – ein Nationaler Ausschuss zur Eindämmung des Tabakgebrauchs geschaffen, der mit hochrangigen Vertretern der beteiligten Ministerien und der Zivilgesellschaft besetzt ist. Drittens verkündete der Ministerpräsident 2007 das auf fünf Jahre angelegte erste Nationale Programm zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und einen zugehörigen Aktionsplan, die vom Nationalen Ausschuss zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ausgearbeitet wurden. Viertens erhöhte die Regierung kontinuierlich die Steuern auf Tabakprodukte bis auf einen Gesamtsteuersatz von 73% bis 87% je nach Marke; dies gehört zu den höchsten Sätzen weltweit. Schließlich erweiterte das verschärfte Gesetz von 2008 die rauchfreien Zonen auf alle Innenräume. Dies schließt die für Deviseneinnahmen wichtigen Branchen des Hotel- und Gaststättengewerbes sowie der Tourismusindustrie ein, denen eine Übergangsfrist von 18 Monaten eingeräumt wurde. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes für diese Branchen am 19. Juli 2009 wurde die Türkei das weltweit sechste Land, das über ein ausnahmsloses nationales Rauchverbot ohne Sonderregelungen für ausgewiesene Raucherzonen an öffentlichen Orten verfügt.

Das neue Gesetz und das dahinter stehende politische Engagement liefern ein Beispiel für gute Praxis, von dem andere Länder lernen können. Das Gesetz wurde bewusst so formuliert, dass es weder Schlupflöcher noch Unklarheiten enthält, die missbraucht werden könnten. Beispielsweise forderte das alte Gesetz die Ausstrahlung von 90 Minuten Informationen und Aufklärung über die Eindämmung des Tabakgebrauchs in den Massenmedien. Um das Ziel zu verwirklichen, bis 2012 bei 90% der Bevölkerung eine ablehnende Haltung gegenüber dem Tabakkonsum herbeizuführen, schreibt das geänderte Gesetz vor, dass 30 dieser 90 Minuten auf die Hauptsendezeit entfallen müssen, damit ein größeres Publikum erreicht wird. Ferner dürfen Tabakprodukte nicht in Fernsehprogrammen, Filmen, Musikvideos und Anzeigen vorkommen, und alle Szenen, in denen geraucht wird, werden unscharf wiedergegeben. Die Durchsetzung wird sehr ernst genommen: Alle Medien sind verpflichtet, vom Gesundheitsministerium für Informations-, Aufklärungs- und Kommunikationszwecke freigegebene Hinweise zu verwenden und jeden Monat eine CD mit ihren Anzeigen zur Überprüfung beim Obersten Rundfunk- und Fernsehrat einzureichen. Dies ist ein wichtiges Unterfangen in einem Land, in dem es etwa 1 400 nationale, regionale und lokale Fernseh- und Rundfunkstationen gibt, die nahezu die gesamte Bevölkerung erreichen.

Trotz anfänglicher Widerstände aus kulturellen Gründen zeigen neuere Umfragen, dass mittlerweile mehr als 85% der Bevölkerung die Anti-Tabak-Gesetze befürworten. Einstellungen und Bewusstsein haben sich in einem Maß verändert, dass der Ministerpräsident nach einer Mitteilung aus dem türkischen Gesundheitsministerium vom Juni 2009 die Bekämpfung des Tabakkonsums öffentlich in einen Zusammenhang mit dem Kampf gegen den Terrorismus gestellt hat.

Entwöhnungshilfen für Raucher haben sich als ein wichtiges Mittel zur Eindämmung des Tabakgebrauchs erwiesen. 2007 hatten 21 Mitgliedstaaten im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung nationale Programme für Prävention, Diagnose und Behandlung eingeführt, und weitere zehn Länder bieten solche Leistungen auf der regionalen Ebene an (198). Es gibt jedoch keine einheitlichen Standards für solche Leistungen. Tabelle 2.21 zeigt im Überblick, wie Anti-Tabak-Maßnahmen die vier Funktionen des Gesundheitssystems betreffen.

Ernährung und Bewegung

Wie bereits erläutert, verursachen schlechte Ernährung und unzureichende Bewegung, die insbesondere zu Übergewicht und Adipositas führen, in der gesamten Europäischen Region erhebliche Probleme. Energiereiche und nährstoffarme Lebensmittel sind hier ein wichtiger Ansatzpunkt für Gegenmaßnahmen. Gleiches gilt für einen überwiegend sitzenden Lebensstil, zumal zwei Drittel der Erwachsenen in der EU sich für eine optimale Gesundheit

Tabelle 2.21: Beispiele für Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs nach Gesundheitssystemfunktion

Funktion	Maßnahme
Leistungserbringung	Von Hausärzten verordnete Entwöhnungshilfen für Raucher Gesundheitsförderliche Anti-Tabak-Maßnahmen in Schulen Rauchfreie Zonen
Finanzierung	Zweckgebundene Mittel für Entwöhnungshilfen für Raucher in der Primärversorgung Zweckgebundene Mittel für die Gesundheitsförderung in Schulen
Erschließung von Ressourcen	Gewährleistung, dass in der Gemeinschaft einschlägige Fachkräfte verfügbar sind, die Raucher im Hinblick auf die Entwöhnung beraten können
Steuerung	Steuer- und Einnahmenpolitik – Verbrauchssteuern auf Tabakprodukte Sektorübergreifende Koordinierung zur Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen gegen Rauchen in verschiedenen Umfeldern, insbesondere in Schulen und am Arbeitsplatz Verfügung und Durchsetzung umfassender Rauchverbote in der Öffentlichkeit

nicht ausreichend bewegen (199). Viele Länder haben unwissentlich die Entwicklung adipogener (d. h. Adipositas verursachender) Umfeldler zugelassen. Adipositas steht im Zusammenhang mit vielen wachsenden Gesundheitsproblemen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenkschmerzen und anderen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems verknüpft, die durch Übergewicht verursacht werden können (200). Adipositas-Folgeerkrankungen haben nicht nur gesundheitliche, sondern auch wirtschaftliche Aspekte. So verursacht Adipositas im Vereinigten Königreich schätzungsweise 4,6% der Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung (192). Die von der Weltgesundheitsversammlung 2004 angenommene Globale Strategie der WHO für Ernährung, Bewegung und Gesundheit (201) beschreibt Ziele und Maßnahmen zugunsten besserer Ernährung und mehr Bewegung in allen Ländern.

Verfügbare Daten zeigen, dass in der Mitte sowie im Norden und Westen der Region zu wenig Obst und Gemüse verzehrt werden und der Verbrauch an gesättigten Fetten im Nordwesten der Region hoch ist (33). Ferner bestehen zwischen den Ländern der Region deutliche Unterschiede in Bezug auf den Konsum stark zuckerhaltiger Getränke. Bei einer Untersuchung des täglichen Konsums an Softdrinks in 11 Ländern im westlichen Teil der Europäischen Region wurden Werte von 50 ml in Italien bis zu 200 ml im Vereinigten Königreich ermittelt (199). Gleichwohl nähern sich die Ernährungsmuster in der Region einander an. Beispielsweise steigt die Fettzufuhr in der Mitte sowie im Süden und Osten der Region ausgehend von historisch niedrigen Niveaus, und der Obst- und Gemüseverzehr ist in vielen Ländern im Norden und Westen der Region gestiegen (33).

Viele anerkannte nachgelagerte Maßnahmen können bei der Bekämpfung der Adipositas nützlich sein. Sie reichen von langfristigen Veränderungen der Lebensgewohnheiten in Bezug auf Ernährung und Bewegung über Verhaltenstherapie bis zu chirurgischen Eingriffen und medikamentöser Behandlung (199). Auch allgemeinere Maßnahmen auf Bevölkerungsebene gewinnen an Bedeutung und werden zunehmend als wichtige Voraussetzung für auf lange Sicht wirksame Lösungen anerkannt. Dazu zählen sektorübergreifende Maßnahmen, die auf Lebensstil und Verhaltensweisen abzielen und gesundheitsförderliche Umfeldler schaffen. So konzentrierte sich in Norwegen ein Projekt zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung nicht nur darauf, gesündere Mahlzeiten und Imbisse anzubieten, sondern nahm auch Veränderungen am räumlichen Umfeld in Schulen vor und baute mehr Bewegung in

die Stundenpläne ein. Dies führte dazu, dass die Schüler im Unterricht konzentrierter waren (Anstieg von 70% in den Grundschulen und 50% in der unteren Sekundarstufe), sich die Atmosphäre an Schulen verbesserte und einer von drei Schülern angab, seltener zum Opfer von Mobbing geworden zu sein (Mitteilung aus dem norwegischen Gesundheitsministerium, 2008). Eine Sichtung ökonomischer Studien über Adipositas (202) ergab, dass Investitionen in Programme zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung in hohem Maße kostenwirksam sind.

Die Verringerung der Adipositas sowie der damit einhergehenden Morbidität und Mortalität setzt sektorübergreifendes Handeln voraus. Insbesondere bedarf es in vielen Ländern zur Veränderung adipogener Umfelder der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren und konkret der Beteiligung von Gesundheitsfachkräften, Nahrungsmittelindustrie, Städteplanern und Bildungsbehörden. Dies ist deshalb eine Aufgabe für das Gesamtsystem (Tabelle 2.22), die über die Steuerungsfunktion von Gesundheitsministerien im Hinblick auf die Entwicklung sektorübergreifender Zusammenarbeit angegangen werden muss.

Tabelle 2.22: Beispiele für Maßnahmen für gesunde Ernährung und Bewegung nach Gesundheitssystemfunktion

Funktion	Maßnahme
Leistungserbringung	Beratung über gesunde Ernährung und Bewegung durch Hausärzte Ermittlung von Risikopatienten in allen Teilen des Gesundheitssystems, beispielsweise in gesundheitsfördernden Krankenhäusern Beratung von Schulen zu Mahlzeiten und Sport durch das Gesundheitswesen Familienfreundliche Freizeiteinrichtungen
Finanzierung	Zweckgebundene Mittel für Maßnahmen in Bezug auf Ernährung und Bewegung in der Primärversorgung, beispielsweise spezielle Ausrichtung auf Hochrisikopatienten, Messung von BMI sowie Serumcholesterinspiegel usw. Zweckgebundene Mittel für die Gesundheitsförderung an Schulen
Erschließung von Ressourcen	Gewährleistung der Verfügbarkeit einschlägiger Fachkräfte in der Primär- und Sekundärversorgung namentlich für Personen, die aufgrund von ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel ein erhöhtes Risiko in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten tragen Gewährleistung, dass in verschiedenen Umfeldern wie Schulen die erforderlichen Fachkräfte verfügbar sind Bereitstellung von Mitteln an Kommunalbehörden für Maßnahmen auf lokaler Ebene und Einrichtungen wie Sportstätten, öffentliche Räume und Radwege
Steuerung	Koordinierung von Gesundheitsförderungsfunktionen im gesamten Gesundheitssystem Ausarbeitung von Gesetzen, Verordnungen, Verhaltenskodices und Vereinbarungen mit dem Einzelhandel in Bezug auf Lebensmittelkennzeichnung Beschränkung des Verkaufs bestimmter Waren an bestimmten Orten, z. B. über Automaten in Schulen Werbebeschränkungen Sektorübergreifende Koordinierung gesundheitsförderlicher Umfelder

Alkoholkonsum

Alkoholkonsum ist ein Thema, das zunehmend an Bedeutung gewinnt. Manche Länder verzeichnen einen deutlichen Anstieg der alkoholbedingten Erkrankungen. So steigt etwa die Prävalenz chronischer Leberkrankheit im Vereinigten Königreich (wenngleich ausgehend von einem niedrigen Niveau) und in einigen Ländern Südosteuropas, wo sie beträchtlich höher ist als in den EU-15-Ländern (203). Trotz eines Rückgangs des offiziell registrierten Gesamtkonsums in vielen Ländern können etwa 8% der Sterblichkeit und 14% der verlorenen DALY auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden (133). Unabhängig davon sind zwei Faktoren zu beachten: der Umfang des nicht offiziell registrierten Alkoholkonsums, häufig in Form selbst hergestellter Produkte, und die Zunahme des besonders gesundheitsschädlichen Komatrinkens. Ferner hat der offiziell registrierte Gesamtalkoholkonsum in vielen Ländern deutlich zugenommen.

Die Länder nutzen je nach ihren Gegebenheiten und der Art des Problems eine Vielzahl von Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs. Beispielsweise können in Ländern mit hohem Einkommen vorgelagerte Interventionen wie Steuern erfolgreich sein. In Schweden gelang es mit einer Kombination von gesetzgeberischen Maßnahmen, Steuern und Zertifizierungsprogrammen für Unternehmen, die mit Alkohol zu tun haben, alkoholbedingte Gesundheitsdefizite zu verringern, zumindest vor dem Beitritt Schwedens zur EU im Jahr 1995 (203). In Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen funktionieren manchmal nachgelagerte Maßnahmen wie die verbesserte Kontrolle von alkoholhaltigen Flüssigkeiten besser. Das gilt insbesondere für die GUS-Staaten und die baltischen Länder. Untersuchungen in der Russischen Föderation haben ergeben, dass Alkohol dort für 40% der Todesfälle bei Männern im Erwerbsalter verantwortlich ist (205). Die EU verfügt über eine Alkoholstrategie, welche die Überwachung guter Praxis in den Ländern in Bezug auf eine Vielzahl von Maßnahmen vorsieht (206). Dies zeigt, dass viele Länder in einer Vielzahl von Bereichen Maßnahmen gegen Alkoholmissbrauch ergriffen haben, u. a. Kampagnen in den Medien, Eingreifen der maßgeblichen Akteure, Aufklärungsprogramme und Rechtsvorschriften zu Verkauf, Kauf, Alkohol am Steuer und polizeilichen Befugnissen. Die EU-12-Länder waren mindestens so aktiv bzw. häufig aktiver als die EU-15-Länder. Beispielsweise verfolgen Polen und die baltischen Länder umfassende Konzepte zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs, wofür Norwegen und Schweden seit langem bekannt sind. Tabelle 2.23 zeigt Beispiele für Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs in Bezug auf die vier Funktionen des Gesundheitssystems.

Tabelle 2.23: Beispiele für Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs nach Gesundheitssystemfunktion

Funktion	Maßnahme
Leistungserbringung	Beratung über Alkoholkonsum durch Hausärzte Verfügbarkeit von Fachberatung für Personen mit alkoholbedingten Problemen Alkoholbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Schulen Familienfreundliche Freizeittätten
Finanzierung	Zweckgebundene Mittel für Primärversorgungsleistungen im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Alkoholmissbrauch Zweckgebundene Mittel für die Gesundheitsförderung in Schulen
Erschließung von Ressourcen	Gewährleistung, dass in Hausarztpraxen und in der Sekundärversorgung einschlägige Fachkräfte verfügbar sind, um alkoholbedingte Probleme festzustellen Gewährleistung, dass in maßgeblichen Einrichtungen einschlägige Fachkräfte verfügbar sind, beispielsweise unter Polizisten, Lehrern usw. Bereitstellung von Mitteln an Kommunalbehörden für Maßnahmen auf lokaler Ebene
Steuerung	Steuer- und Einnahmenpolitik, Anhebung der Verbrauchssteuern auf Alkoholprodukte zur Verringerung des Konsums Einführung von Genehmigungen und anderen Verkaufsbeschränkungen Werbebeschränkungen Sektorübergreifende Koordinierung zur Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen gegen Alkoholkonsum in verschiedenen Umfeldern

Fazit

Für wirksame langfristige Maßnahmen für gesunde Ernährung und mehr Bewegung sowie zur Bekämpfung von Alkohol- und Tabakkonsum ist der Beitrag anderer Politikbereiche außerhalb des Gesundheitssektors von wesentlicher Bedeutung. Die besten Erfolgsaussichten bieten sich, wenn sektorübergreifende Maßnahmen in Bezug auf bevölkerungsbezogene Leistungen mit entsprechenden Maßnahmen für personenbezogene Leistungen kombiniert werden. Für die meisten Maßnahmen zur Verringerung – und konkret zur Verhütung – der größten Krankheitslasten in der Europäischen Region kann deshalb umfassendes und

gezieltes sektorübergreifendes Handeln von Nutzen sein: ein Konzept zur Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in allen Politikbereichen. Viele solcher Aktivitäten sind bereits in der Region im Gange. Ein zentraler Aspekt der Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems besteht in der Einflussnahme auf die Konzepte und Maßnahmen in allen Politikbereichen, die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben können; dies schließt auch Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssystems ein. Darin liegt eine wichtige Aufgabe für die gesamte Regierung und insbesondere für das Gesundheitsministerium als ihr für Gesundheit zuständiger Arm (siehe Abschnitt „Verantwortung übernehmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“ in Teil 3). Das in Australien verfolgte Konzept zu Tabakkonsum und Nichtrauchen ist hierfür ein anschauliches Beispiel.

Gesundheitsfolgenabschätzungen in Bezug auf alle grundsatzpolitischen Entscheidungen können ein gesundheitspolitisches Konzept unterstützen, das die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in allen Politikbereichen beinhaltet, oder zu dessen Umsetzung beitragen. Sie liefern für die Entscheidungsfindung nützliche Erkenntnisse über die zu erwartenden gesundheitlichen Auswirkungen bestimmter Entscheidungen oder ihrer Alternativen, sowohl um Entscheidungsprozesse zu unterstützen als auch um Maßnahmen zur Korrektur negativer Auswirkungen getroffener Entscheidungen zu ermöglichen. Gesundheitsfolgenabschätzungen werden vor allem in Ländern im westlichen Teil der Region durchgeführt, insbesondere in Finnland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich (207). In den EU-12-Ländern wurde dieses Instrument am intensivsten von Slowenien genutzt. Wenngleich Forschungsergebnisse nahe legen, dass Gesundheitsfolgenabschätzungen sowohl als nutzbringendes Instrument zur Entscheidungsunterstützung dienen als auch kostenwirksam sein können, ist ihre Eignung als Grundlage für die Entscheidungsfindung weitgehend vom Einzelfall abhängig (207).

Die Verbesserung von Gesundheitsergebnissen in der Europäischen Region wird mit gezielten Konzepten und Maßnahmen im gesamten Gesundheitssektor abgestrebt. Gesundheitspolitiker und -fachkräfte können die größten Beiträge zur Verringerung der Krankheitslast leisten, indem sie sich auf die wichtigsten Determinanten von Krankheit konzentrieren. In jedem dieser Bereiche wurden in allen Ländern Fortschritte erzielt. Die Rolle des Gesundheitssystems ist ausschlaggebend, nicht nur für sein eigenes Handeln, im Hinblick auf die sektorübergreifenden Maßnahmen, für deren Aufsicht es aufgrund der Steuerungsfunktion des Gesundheitsministeriums primär zuständig ist.

Hinzu kommt, dass Gesundheitssysteme weltweit mit neuen Herausforderungen konfrontiert werden, die zum einen von lebensstilbedingten Gesundheitsproblemen und Krankheiten sowie von Ursachen vorzeitiger Morbidität und Mortalität und zum anderen von bekannten wie auch neu auftretenden übertragbaren Krankheiten ausgehen und umfassende Gegenmaßnahmen auf nationaler und Kooperation auf internationaler Ebene erfordern. Neuere Strategien zur Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, reichten deshalb von breiten Veränderungen der Organisation bzw. der Finanzierung des Gesundheitssektors bis zu gezielteren Bemühungen mit einem Schwerpunkt auf konkreten Elementen des Gesundheitssystems. Einige Länder haben Strategien für das Gesundheitswesen, Konzepte für die Beurteilung der Leistung der Gesundheitssysteme, Mechanismen zur Festlegung von Prioritäten für Interventionen mit den größten Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu erschwinglichen Kosten (wie das Instrument WHO-CHOICE (208)) sowie mittelfristige Ausgabenrahmen entwickelt. Andere Länder haben krankheits- oder leistungsspezifische Strategien gegen konkrete Erkrankungsursachen oder sektorübergreifende Strategien zur Bekämpfung gesundheitlicher

Chancenungleichheit eingeführt. Diese Arten von Konzepten und Maßnahmen sind von entscheidender Bedeutung, wenn die politisch Verantwortlichen sicherstellen wollen, dass sie ihre beschränkten Ressourcen wirksam auf Ziele sowie Zielgruppen ausrichten und ausgeben. Um kontinuierlich Argumente für anhaltende Investitionen in das Gesundheitssystem zu liefern, müssen die Ergebnisse zudem nachgewiesenermaßen sowohl kostenwirksam sein als auch positive gesundheitliche Auswirkungen haben.

Verbesserung von Deckung und finanzieller Absicherung

Als grundsatzpolitisches Ziel bedeutet Deckung sowohl den Zugang zur Versorgung als auch den Schutz vor finanziellen Belastungen infolge der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Das Ziel der allgemeinen Versorgung beinhaltet, dass alle Bürger die Leistungen in Anspruch nehmen können, die sie benötigen, ohne dass ihnen daraus Kosten entstehen, die so hoch sind, dass sie selbst oder ihre Familien dadurch verarmen. Dieser Abschnitt konzentriert sich auf den Aspekt der finanziellen Absicherung hinsichtlich der Versorgung in der Europäischen Region und geht anschließend auf Fragen des Zugangs zur Versorgung ein. Eng verknüpft mit dem Ziel der finanziellen Absicherung ist das Ziel der Finanzierungsgerechtigkeit, was bedeutet, dass Personen mit niedrigeren Einkommen keinen höheren Prozentsatz ihres Einkommens für Gesundheitsleistungen zahlen sollten als Personen mit höheren Einkommen.

Finanzielle Absicherung und Finanzierungsgerechtigkeit

Ein grundlegendes Ziel eines Gesundheitssystems besteht darin, sicherzustellen, dass niemand durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verarmt oder im Erkrankungsfall gezwungen wird, zwischen (körperlicher wie auch psychischer) Gesundheit und materiellem Wohlstand zu wählen (36,209). Dieses Ziel betrifft einen der engsten Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Wohlstand, nämlich die Frage, inwieweit Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche zur Verarmung der betroffenen Patienten führen, oder umgekehrt, wie wirksam das System zur Finanzierung von Gesundheit Menschen vor Verarmung schützt und es ihnen gleichzeitig ermöglicht, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Für dieses Ziel existieren zwei weit verbreitete Messgrößen, die in jedem Land gewonnen werden können, das über verlässliche Daten aus Haushaltserhebungen verfügt:

- der Anteil der Haushalte mit katastrophal hohen Gesundheitsausgaben und
- ruinöse Ausgaben, gemessen als Auswirkungen der Gesundheitsausgaben auf die Armutsstatistik (die Anzahl oder der Prozentsatz der Haushalte, die infolge ihrer Gesundheitsausgaben unter die national festgelegte Armutsgrenze fallen), bzw. die Armutslücke (ein Maß dafür, wie weit Haushalte infolge ihrer Gesundheitsausgaben unter die Armutsgrenze rutschen).

Gesundheitsausgaben sind „katastrophal hoch“, wenn sie einen gewissen Prozentsatz der Gesamtausgaben oder der nicht lebensnotwendigen Ausgaben eines Haushalts übersteigen. Diese Schwelle kann unterschiedlich hoch angesetzt werden. Für diesen Bericht wurde eine Ausgabenschwelle von 40% des nicht lebensnotwendigen Einkommens gewählt (d. h. das Einkommen, das nach Abzug der Kosten für den Grundbedarf an Lebensmitteln u. ä. zur Verfügung steht). Wenn die Zahlungen aus eigener Tasche diese Schwelle eine bestimmte Zeit lang überschreiten, gelten sie als katastrophal hoch für den Haushalt.

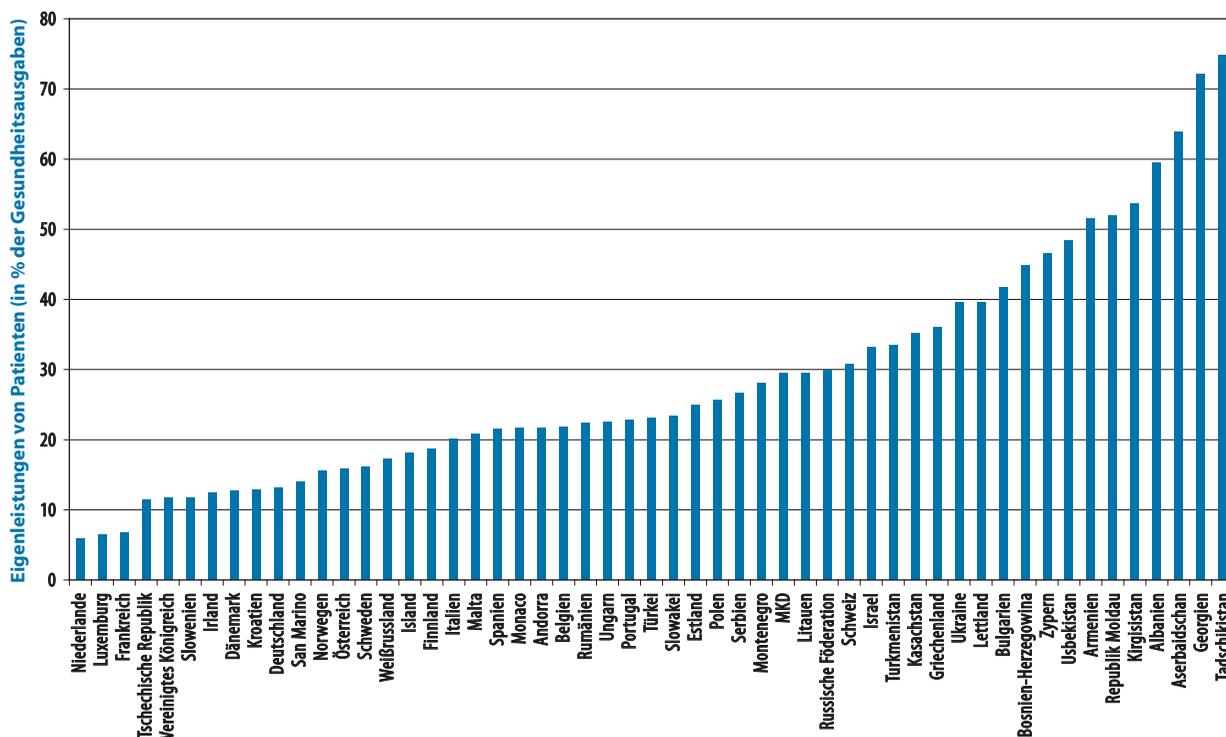
Auch ohne tiefgreifende Analyse der Daten zur Bestimmung der katastrophalen bzw. ruinösen Auswirkungen legen Erkenntnisse aus aller Welt nahe, dass hohe Eigenleistungen

Grund zur Besorgnis bieten. Eine WHO-Analyse von Daten aus fast 80 Ländern ergab eine starke Korrelation zwischen dem Anteil der Eigenbeteiligung an den Gesamtausgaben für Gesundheit und dem Anteil der Familien mit katastrophal hohen Gesundheitsausgaben (210). Die Ergebnisse zeigen auch, dass katastrophal hohe Gesundheitsausgaben so gut wie nicht mehr vorkommen, wenn die Eigenbeteiligung an den Gesamtausgaben für Gesundheit unter 15% sinkt.

Auf der Grundlage dieser Beziehung besteht zweifellos Anlass zu der Besorgnis, dass vielen Bürgern der Europäischen Region eine katastrophal hohe Eigenbeteiligung an ihren Gesundheitsausgaben droht. Wie in Abb. 2.30 gezeigt, liegt die Eigenbeteiligung an den Gesamtausgaben für Gesundheit in den meisten Ländern über 15%, in vielen über 30% und in einigen sogar über 50%. Bei derart hohen Anteilen besteht ein großes individuelles Risiko katastrophal hoher Ausgaben. Diese Daten lassen darauf schließen, dass das Risiko katastrophal hoher Ausgaben in den Ländern im Kaukasus und in Zentralasien größer ist. Andere Länder, darunter EU-Staaten wie Bulgarien, Griechenland, Lettland und Zypern, weisen ebenfalls ein hohes Maß an Eigenbeteiligung auf und müssen möglicherweise Optionen zu ihrer Verringerung prüfen.

Wie lassen sich diese unterschiedlich hohen Eigenleistungsanteile – und damit das unterschiedliche Maß an finanzieller Absicherung und an Finanzierungsgerechtigkeit – in der Region erklären? In den meisten Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen ist eine höhere Eigenbeteiligung üblich; es gibt jedoch einige Ausnahmen.

Abb. 2.30: Eigenbeteiligung von Patienten als prozentualer Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit (2006)



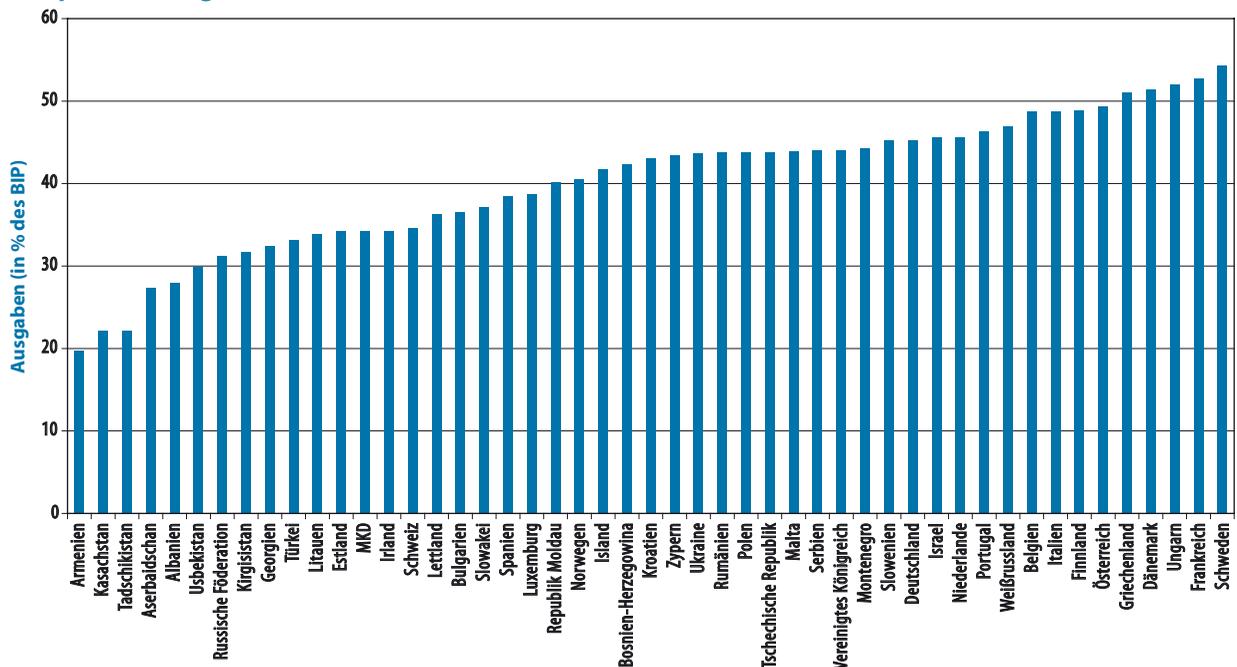
Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird.

Quelle: National health accounts. Country information [Website] (211).

Diese Muster lassen sich zum Teil durch die Beziehung zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben erklären. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben werden nicht nur von der Größe des öffentlichen Sektors innerhalb der Volkswirtschaft (Anteil der staatlichen Gesamtausgaben am BIP) bestimmt, sondern auch von der relativen Priorität, die Regierungen der Gesundheit bei der Zuteilung von Ressourcen einräumen (Anteil der Gesundheitsausgaben an den staatlichen Gesamtausgaben). Die Abbildungen 2.31 und 2.32 fassen Daten zu jedem dieser Faktoren für die Europäische Region zusammen und verdeutlichen die beträchtlichen Unterschiede innerhalb der Region in beiden Bereichen. Das Produkt dieser Indikatoren der finanziellen Kapazität und der vom Staat für den Gesundheitsbereich festgelegten Prioritätsstufe ist der Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben am BIP. Wie in Abb. 2.33 gezeigt, ist dieser innerhalb der Region sehr unterschiedlich verteilt und weist eine starke inverse Korrelation mit dem Eigenleistungsanteil im jeweiligen Land auf – und folglich mit der Wahrscheinlichkeit, dass finanzielle Absicherung zu einem Problem wird.

Zwischen der Höhe der öffentlichen Ausgaben und der Höhe des Eigenleistungsanteils an den Gesamtausgaben für Gesundheit besteht ein enger Zusammenhang, aber auch eine beträchtliche Streuung in Bezug auf den in Abb. 2.33 gezeigten Trend. So hatten 2006 die Regierungen von 12 Ländern Gesundheitsausgaben in Höhe von ca. 6% des BIP. In diesen Ländern reichte der Anteil der Eigenleistungen an den Gesamtausgaben für Gesundheit von 11% in der Tschechischen Republik bis zu 36% in Griechenland. Die Daten lassen folglich darauf schließen, dass sowohl die finanzielle Kapazität als auch die staatlichen Prioritäten wichtige Determinanten der finanziellen Absicherung in den Ländern der Europäischen Region sind. Die Unterschiede legen aber auch die Vermutung nahe, dass auch die Gesundheitsfinanzierung, also die Frage, wie die Gesundheitsversorgung finanziert

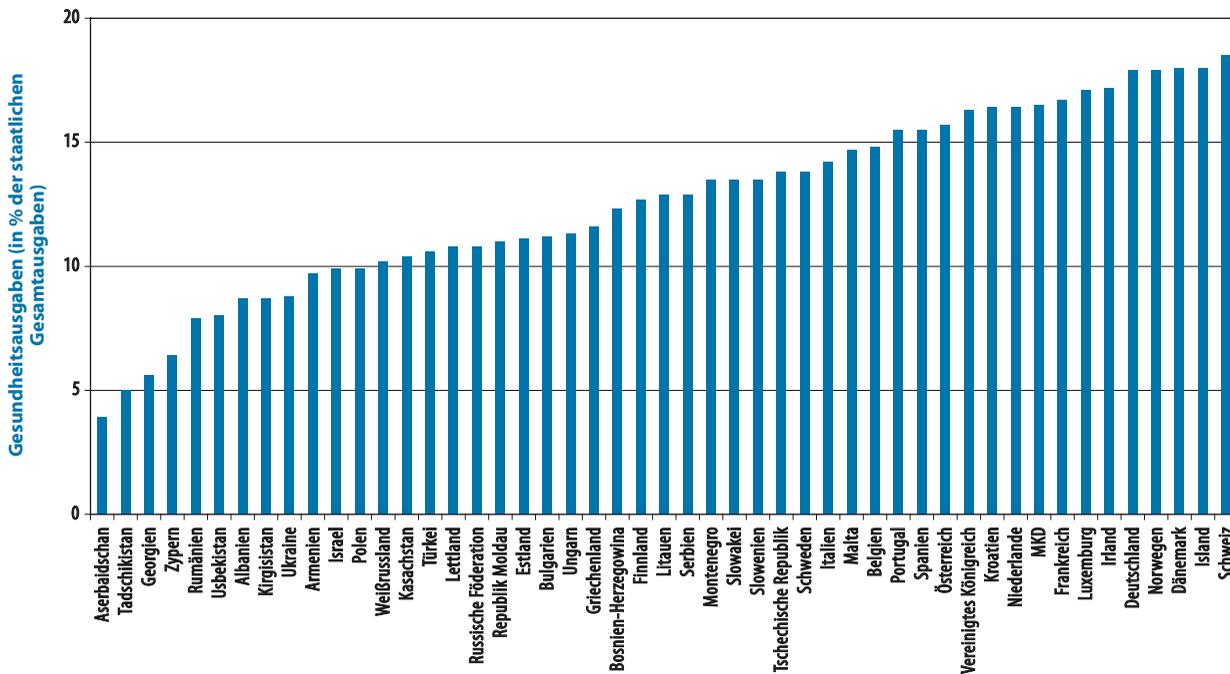
Abb. 2.31: Finanzielle Kapazität: Prozentualer Anteil der staatlichen Gesamtausgaben am BIP in der Europäischen Region der WHO (2006)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird.

Quelle: National health accounts. Country information [Website] (211).

Abb. 2.32: Prioritätsstufe des Gesundheitsbereichs bei der Zuteilung staatlicher Ressourcen in den Ländern der Europäischen Region der WHO (2006)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird.

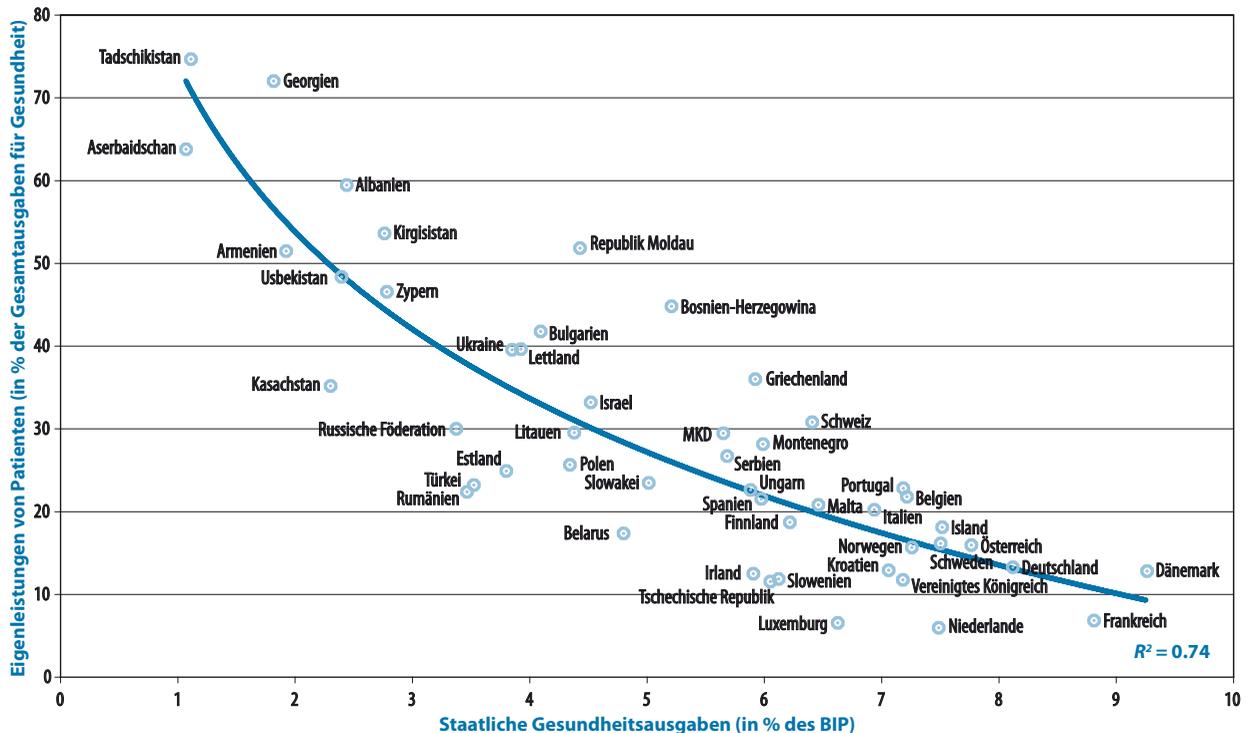
Quelle: National health accounts. Country information [Website] (211).

wird, mitentscheidend ist. Auch wenn der Gesamtzusammenhang zwischen den staatlichen Gesundheitsausgaben, Eigenleistungen und katastrophal hohen Ausgaben durchaus einen allgemeinen Eindruck vermittelt, ist für ein echtes Verständnis der Situation im jeweiligen Land eine eingehende Analyse von Daten aus Haushaltserhebungen erforderlich. Dies wird durch Beispiele aus einigen Ländern veranschaulicht.

In Abb. 2.33 ist Estland ein positiver Ausreißer mit einem relativ niedrigen Niveau an Eigenleistungen im Verhältnis zu den staatlichen Gesundheitsausgaben. Eine eingehende Analyse der Daten aus Estland verdeutlicht, wie sich die Muster ruinöser Eigenleistungen im Lauf der Zeit verändert haben. Die Daten (Abb. 2.34) lassen erkennen, dass diese Zahlungen für Arme und Personen knapp oberhalb der Armutsgrenze besonders belastend waren, was die Notwendigkeit signalisiert, diesen Teil der Bevölkerung vor Zahlungen aus eigener Tasche zu schützen, um sie vor einer noch stärkeren Verarmung zu bewahren (212). Insbesondere verglichen mit den meisten anderen Ländern mit einem ähnlichen Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben kann Estland ausgehend von seinem Eigenleistungsanteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit offenbar eine gute Bilanz in Bezug auf die finanzielle Absicherung vorweisen. Die Analyse deckt jedoch auf, dass bei der Verbesserung der finanziellen Absicherung für die Bedürftigsten nach wie vor Handlungsbedarf besteht.

In Lettland bietet der relativ hohe Anteil der Eigenleistungen an den Gesamtausgaben für Gesundheit Anlass zur Sorge im Hinblick auf die finanzielle Absicherung: Mit 40% ist er einer der höchsten in der EU und auch hoch im Verhältnis zum Umfang der staatlichen Gesundheitsausgaben (Abb. 2.35) (213). Nach Umfragedaten von 2006 kam es in 3,2% der Haushalte in Lettland zu einer Erkrankung, die sie zu katastrophal hohen Gesundheitsausgaben

Abb. 2.33: Verhältnis zwischen der Höhe der staatlichen Gesundheitsausgaben und dem Eigenleistungsanteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit in den Ländern der Europäischen Region der WHO (2006)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird.
Quelle: National health accounts. Country information [Website] (211).

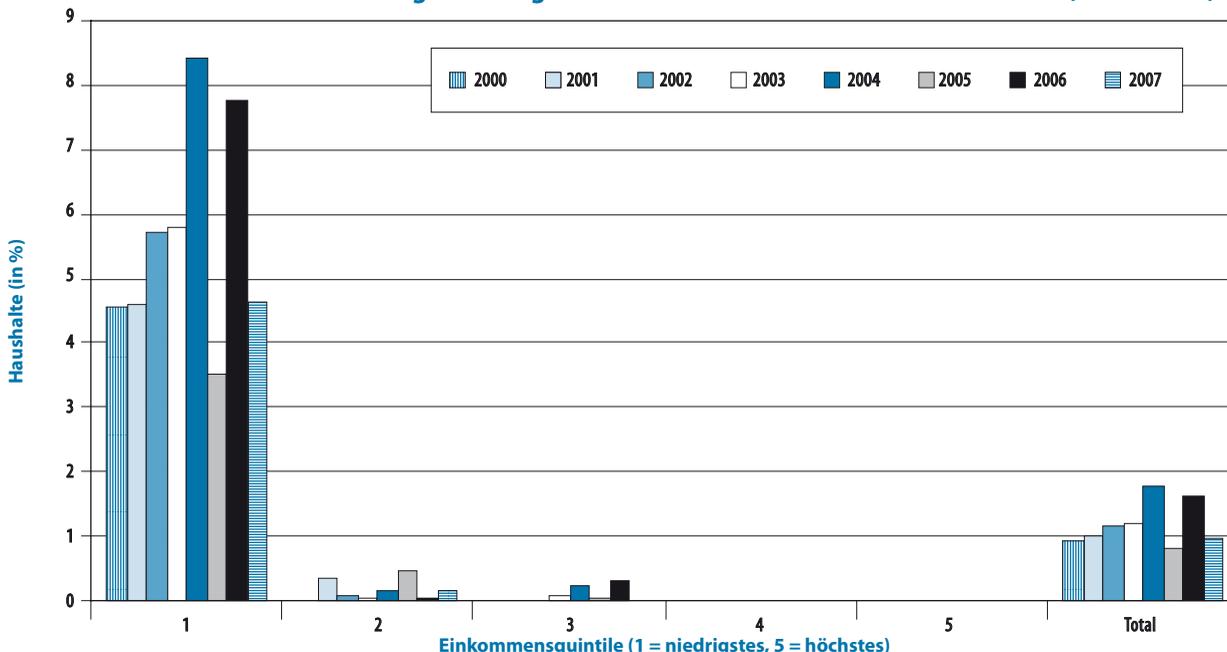
zwang. Bei weiteren 8,2% der Haushalte entfielen 20% bis 40% der nicht lebensnotwendigen Ausgaben auf die Gesundheitsversorgung (214). Wie in Abb. 2.35 gezeigt, waren katastrophal hohe Ausgaben eng mit hohen Ausgaben für Arzneimittel verknüpft, und zwar insbesondere für die 40% der Bevölkerung mit den niedrigsten Einkommen (213).

Bedauerlicherweise verzichteten manche Haushalte ganz auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, wenn ihre Mitglieder sich krank fühlen, weil sie hohe Zahlungen aus eigener Tasche befürchteten. In solchen Fällen sind die privaten Ausgaben des jeweiligen Haushalts gleich null, so dass dieser sehr wichtige Effekt von der Analyse nicht erfasst wird. In Lettland gaben 30% der Bevölkerung an, genau aus diesem Grund keine Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, wenn sie sich krank fühlen; und unter einkommensschwachen Haushalten war der Anteil sogar noch höher.

Eine solche Analyse kann eine wichtige Grundlage für die Politikgestaltung liefern oder zur Überwachung der Wirkung von Reformen im Zeitverlauf dienen. So belegen Daten aus einer Haushaltserhebung in Kirgisistan, bei der ein Indikator für Finanzierungsgerechtigkeit verwendet wurde, dass die finanzielle Belastung für die 40% der Bevölkerung mit den niedrigsten Einkommen zwischen 2003 und 2006 signifikant zurückging (Abb. 2.36) (215,216). Bei dieser Berechnung der Eigenleistungen wurden alle Gesundheitsausgaben von Haushalten berücksichtigt. Dazu zählten auch Gebühren für Hausbesuche und Arzneimittel, Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten, andere offizielle Gebühren für Labortests

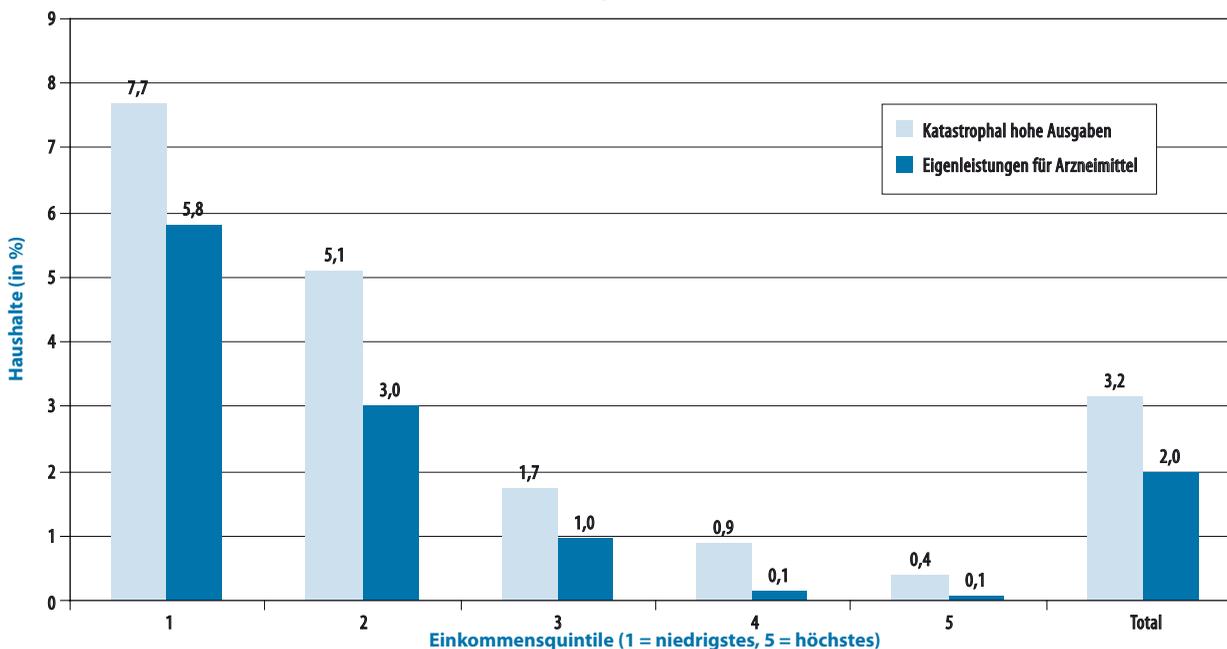
und Diagnoseleistungen sowie informelle Zahlungen an Anbieter von Arzneimitteln und medizinischen Verbrauchsgütern. Die Inanspruchnahme von Leistungen durch die 40% der Bevölkerung mit den niedrigsten Einkommen stieg an, woraus sich schließen lässt, dass

Abb. 2.34: Anteil der durch Zahlungen aus eigener Tasche verarmten Haushalte in Estland (2000–2006)



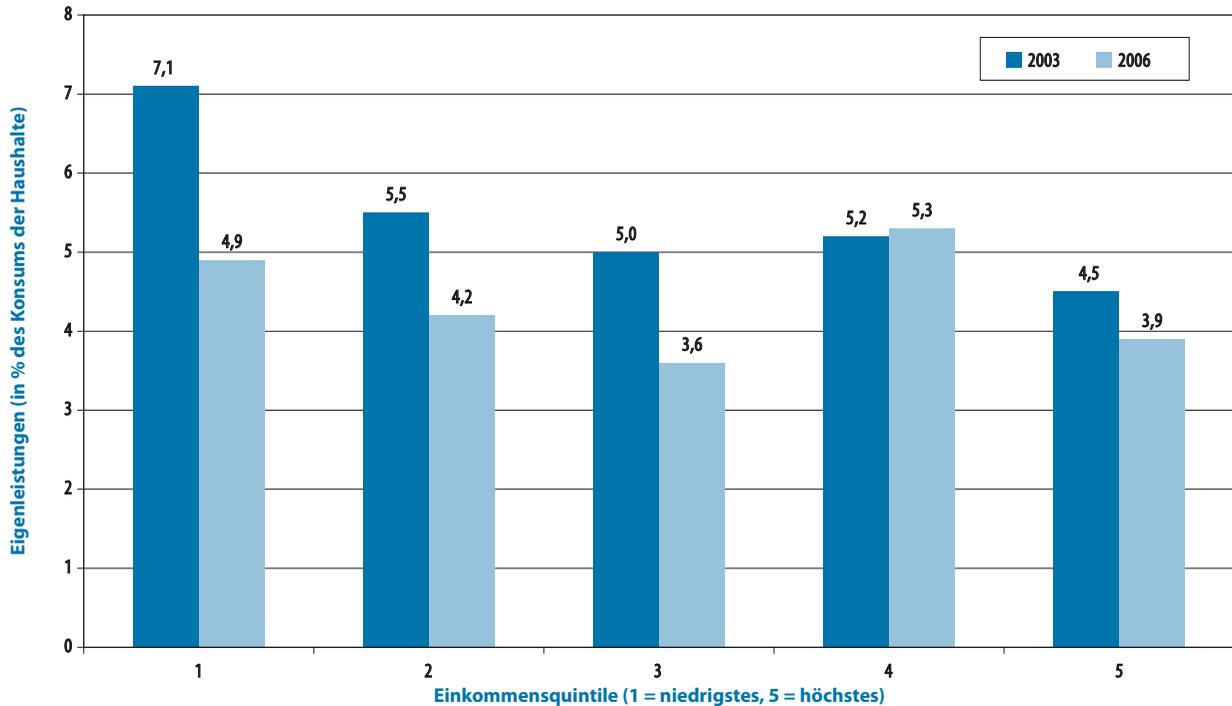
Quelle: Vörk (212).

Abb. 2.35: Inzidenz von katastrophal hohen Gesundheitsausgaben einschließlich Eigenbeteiligung an Arzneimittelkosten in Lettland nach Einkommensquintilen (2006)



Quelle: Xu et al. (213).

Abb. 2.36: Durchschnittliche Höhe der Eigenleistungen für Gesundheitsversorgung als Anteil an den Gesamtkonsumausgaben der privaten Haushalte in Kirgisistan nach Einkommensquintilen (2003 und 2006)



Quelle: Mid-term review report: Manas Taalimi Health Sector Strategy (215).

sich die Versorgung während dieses Zeitraums in Bezug auf Zugang wie auch Absicherung verbessert hat (215).

Das Gesamtmuster der Gesundheitsausgaben in der Region deutet darauf hin, dass bezüglich der finanziellen Absicherung weiterhin Handlungsbedarf besteht. Generell verfügen die wohlhabenderen Länder über einen größeren öffentlichen Sektor und räumen der Gesundheit bei der Zuteilung öffentlicher Mittel im Allgemeinen höhere Priorität ein. Dies resultiert in höheren staatlichen Gesundheitsausgaben und folglich niedrigeren Eigenleistungen der Patienten sowie einem geringeren Risiko für die Haushalte, durch katastrophal hohe Ausgaben überfordert zu werden. Es bestehen jedoch zahlreiche Ausnahmen, und die Notwendigkeit, finanzielle Absicherung zu gewährleisten, bleibt eine Herausforderung nicht nur in Ländern mit niedrigem Einkommen, sondern in der gesamten Region. Ferner signalisieren die länderübergreifenden Unterschiede in Bezug auf das Niveau der Eigenleistungen bei gleicher Höhe der staatlichen Gesundheitsausgaben, dass bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung auch politische Grundsatzentscheidungen eine Rolle spielen. Auf neuere Trends in Bezug auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung wird in Teil 3 eingegangen.

Verringerung der gesundheitlichen Chancenungleichheit und der Ungleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung

Im vorigen Abschnitt wurde die Beziehung zwischen den sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancenungleichheit näher untersucht (84) und

hervorgehoben, dass in der Europäischen Region sowohl in Ländern mit hohem als auch in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen die Defizite hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengleichheit zugenommen haben (9,92). Der weltweite wirtschaftliche Abschwung verleiht der Suche nach Handlungsoptionen größere Dringlichkeit: Welche Maßnahmen können ergriffen werden und sind erfolgversprechend?

Das Gesundheitssystem erfolgreich nutzen

Gesundheitssysteme sind eine wichtige Determinante von Gesundheit, und die ungleiche Verteilung von Gesundheitsversorgung ist eine soziale Determinante von Gesundheit (6). Die Gesundheitssysteme müssen sicherstellen, dass ihre Handlungskonzepte und Interventionen nicht unbeabsichtigt zu größerer sozioökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit führen. Ferner können sie durch Gesundheitsleistungen unmittelbar den Auswirkungen sozial determinierter gesundheitlicher Chancenungleichheit entgegenwirken und auf die sozialen Determinanten von Gesundheit außerhalb des Gesundheitssektors Einfluss nehmen (6,217). Der Aktionsradius des Gesundheitssektors erstreckt sich über die Erbringung von Gesundheitsleistungen hinaus auf andere Funktionen des Gesundheitssystems, insbesondere auf die Steuerungsfunktion.

Drei Arten von Maßnahmen des Gesundheitssystems können zur Verringerung gesundheitlicher Chancenungleichheit beitragen:

- auf das Gesundheitssystem selbst bezogene Maßnahmen, um der Ungleichheit in Bezug auf die Gesundheitsversorgung dort entgegenzuwirken, wo sie zu Ungleichheit hinsichtlich des Gesundheitsstatus beitragen;
- Verhinderung oder Verringerung gesundheitlicher Schäden, die durch benachteiligte Lebensbedingungen verursacht werden; und
- unmittelbare Anstrengungen zur Bekämpfung der Armut und entsprechendes Ansetzen an anderen übergeordneten sozialen Determinanten von Gesundheit (u. a. Überzeugungsarbeit zur Herbeiführung von Veränderungen in anderen Politikbereichen) durch verantwortungsbewusste Steuerung (218).

Als auf das Gesundheitssystem selbst bezogene Maßnahmen kommen in Frage: Erbringung von Leistungen, die dem Prinzip entgegenstehen, nach dem sich die Verfügbarkeit von hochwertigen Gesundheitsleistungen tendenziell umgekehrt proportional zum Bedarf der jeweiligen Bevölkerungsgruppe verhält (inverse care law); Anpassung der Mittelzuteilung an den gestiegenen Bedarf; Aufrechterhaltung eines umfassenden Angebots an Leistungen für alle; Maßnahmen, die verhindern, dass Gesundheitssysteme zu Armut beitragen.

Ein anschauliches Beispiel bildet die Stärkung des nationalen Krankenversicherungssystems in Polen durch gesetzliche und ordnungspolitische Mechanismen zur Verbesserung des Zugangs bedürftiger Gruppen zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Dabei wurden fünf gesetzliche bzw. ordnungspolitische Lösungen eingeführt, um sicherzustellen, dass Personen mit niedrigem Einkommen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Die Maßnahmen reichten vom kostenlosen Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen für Personen ohne Krankenversicherung bis zum Schutz des Zugangs von versicherten Personen zur zahnärztlichen Versorgung. Auslöser für die Veränderungen waren Beobachtungen nach der Einführung des neuen allgemeinen Krankenversicherungssystems. Um Chancengleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, wurden alle Informationen über einen unbeabsichtigten Ausschluss mit dem Ziel analysiert, neue oder ausgeschlossene soziale Gruppen zu ermitteln, damit sie im Gesetz berücksichtigt

werden konnten. Nach der Einführung wurde festgestellt, dass die Zahl der Nutznießer wie auch die Gesamtausgaben niedriger als erwartet waren. Weitergehende Analysen ergaben jedoch, dass die Inanspruchnahme in denjenigen Verwaltungsbezirken am stärksten war, die größere Städte oder Hauptstädte (wie Warschau) umfassen (weil in größeren Städten mehr Bevölkerungsgruppen leben, die häufiger nicht krankenversichert sind und ein eher niedriges Einkommen haben, etwa Obdachlose) oder die dort, wo nicht krankenversicherte Personen mit niedrigem Einkommen leben, wirksam für die neuen Rechte geworben hatten (219).

Ein weiteres Beispiel ist die Formel für die Mittelzuteilung, die das Gesundheitsministerium in England verwendet, um den sog. „Primary Care Trusts“ Finanzmittel zuzuteilen. Die Finanzierungsformel wird gewichtet, um zusätzlichen Gesundheitsbedarf zu berücksichtigen, den „Primary Care Trusts“ decken müssen, die in benachteiligten Gebieten tätig sind (220,221).

Bei Maßnahmen mit dem Ziel, gesundheitlichen Schäden, die durch benachteiligte Lebensbedingungen verursacht werden, vorzubeugen oder ihnen entgegenzuwirken, handelt es sich um die Bereitstellung zusätzlicher Unterstützungsleistungen zur Deckung eines erhöhten Bedarfs. Dies umfasst die Ausweitung gruppenspezifischer oder selektiver Leistungen zur Krankheitsprävention und zur Gesundheitsförderung sowie sektorübergreifender Maßnahmen zur Begrenzung der schädlichen Auswirkungen benachteiligter Lebensbedingungen. Fallbeispiel 2.5 veranschaulicht dies anhand der Situation im Vereinigten Königreich und Rumänien (222–224).

Ein unmittelbarer Beitrag zur Armutsbekämpfung und eine Einflussnahme auf die Determinanten von Gesundheit im weiteren Sinne erfordern Maßnahmen des Gesundheitssystems wie eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die Überprüfung der Gesundheitsverträglichkeit nationaler bzw. subnationaler Handlungskonzepte innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors. Beispielsweise können auf Chancengleichheit ausgerichtete Gesundheitsfolgenabschätzungen in Bezug auf regionale Entwicklungspläne deren potenzielle Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit ermitteln und Empfehlungen dahingehend enthalten, wie sie gestärkt werden können, um den potenziellen Gesundheitsnutzen zu maximieren und chancengerechter zu verteilen. Dazu zählt auch die Berücksichtigung der Rolle des Gesundheitssystems als wichtiger Arbeitgeber auf der nationalen und subnationalen Ebene. Fallbeispiel 2.6 kommt aus Norwegen (225,226).

Ein weiteres Beispiel für das Zusammenwirken des Gesundheitssystems mit anderen Akteuren mit dem Ziel, unmittelbar Einfluss auf die übergeordneten Determinanten von Gesundheit zu nehmen, sind Programme für Geldleistungen. Dabei handelt es sich um anreizbasierte Konzepte für Personen, die bei Erfüllung bestimmter Bedingungen festgelegte Beträge ausgezahlt bekommen. Zu solchen Bedingungen kann zählen, dass Kinder Gesundheitsleistungen erhalten und die Schule besuchen, Frauen Schwangerschaftsfürsorge erhalten und junge Arbeitslose bei der Stellensuche Berufsberatung und Unterstützung in Anspruch nehmen (227).

Eine neuere Sichtung weltweiter Erkenntnisse über soziale Ausgrenzung kam zu folgendem Ergebnis: „Programme für an Auflagen geknüpfte Transferleistungen führen kurz- bis mittelfristig zu einer Reihe positiver Ergebnisse, einschließlich mäßiger, aber spürbarer Ergebnisse im Hinblick auf den Gesundheitsstatus“ (227). Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass solche Programme im Umfeld einkommensschwacher Gruppen mit Problemen behaftet sind. Eine zur Maximierung des potenziellen Nutzens in Bezug auf

Fallbeispiel 2.5: Begrenzung der schädlichen Auswirkungen benachteiligter Lebensbedingungen

Reform der Gesundheitsversorgung im Strafvollzug in England und Wales

In allen Gesellschaften kommen Gefängnisinsassen häufig aus armen, sozial benachteiligten und marginalisierten Bevölkerungsgruppen, die besonders anfällig für übertragbare Krankheiten wie HIV, andere sexuell übertragene Infektionen und Tuberkulose sind. Das für die Gesundheit der Häftlinge verantwortliche Gesundheitsministerium bemüht sich in gleichberechtigter Partnerschaft mit dem H.M. Prison Service, der obersten Strafvollzugsbehörde in England und Wales, um die Bereitstellung verbesserter Gesundheitsleistungen für Häftlinge. Im Rahmen der Initiative Target: Wellbeing („Ziel: Wohlbefinden“) des Gesundheitsdienstes für Nordwestengland wurden zusätzliche Mittel bereitgestellt, um gesundes Essverhalten, Bewegung und das seelische Wohlbefinden von Häftlingen in 17 Anstalten zu fördern. Längerfristig dient die Initiative dem Ziel, durch spezielle Angebote der Gesundheitsförderung die Beschäftigungschancen von Häftlingen zu verbessern und die Gesundheitskompetenz ihrer Familien zu erhöhen. An dieser Initiative waren viele Partner und Akteure von anderen Organisationen einschließlich nicht-staatlicher Organisationen beteiligt (222,223).

Rumänien: ein Tuberkulosekonzept auf Gemeindeebene

Tuberkulose ist eine wiederkehrende und wachsende Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung in Rumänien. Besonders stark betroffen ist die Roma-Bevölkerung. Die Armut und die Marginalisierung der Roma hatten eine höhere Sterblichkeitsrate aufgrund von Tuberkulose sowie eine erhöhte Häufigkeit von Therapieabbruch bzw. -misserfolg zur Folge. Unter Verwendung von Daten, die u. a. aus einer Erhebung über Wissen, Einstellungen und Praktiken stammten, entwickelten das Gesundheitsministerium und die Organisation HealthRight International eine Informations-, Aufklärungs- und Kommunikationskampagne auf Gemeindeebene, um in ausgewählten Bezirken bei Roma und anderen gefährdeten Gruppen das Wissen über Tuberkulose zu erweitern, die Stigmatisierung von Tuberkulose und andere negative Einstellungen gegenüber der Krankheit bei diesen Gruppen zu verringern und die Fallerkennung und die Adhärenz bei der Tuberkulosetherapie zu verbessern (224). Die Evaluation ergab, dass diejenigen Befragten, die mit der Krankheit in Kontakt gekommen waren, besser über die Übertragung und Behandlung von Tuberkulose informiert waren als die übrigen Befragten. Bei Projektende stellte das Gesundheitsministerium aus den Reihen der Roma stammende Gesundheitspädagogen als Gesundheitsmediatoren für betroffene Bevölkerung ein. Auf der Ebene von Politikgestaltung und Steuerung lieferte das Projekt wichtige Hinweise und Anregungen für die Anpassung des nationalen Programms zur Tuberkulosebekämpfung.

Fallbeispiel 2.6: Norwegen: sektorübergreifende Zusammenarbeit zur Verringerung des sozialen Gefälles

Norwegens nationale Strategie zur Verringerung sozialer Ungleichheiten im Gesundheitsbereich (225) bildet zusammen mit Berichten an das nationale Parlament über Beschäftigung, soziale Sicherung und Integration sowie über Frühförderung für lebenslanges Lernen einen Bestandteil des umfassenden politischen Handlungskonzepts der Regierung zum Abbau sozialer Chancenungleichheit, zur Förderung von Integration und zur Armutsbekämpfung. Dies ist eines der ersten politischen Handlungskonzepte auf nationaler Ebene, das sich explizit mit dem sozialen Gefälle im Gesundheitsbereich auseinandersetzt.

Die nationale Strategie enthält Leitlinien für das Handeln der Regierung und der Ministerien zur Verringerung sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich in den nächsten zehn Jahren. Ihr vorrangiges Ziel ist der Abbau sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich durch Angleichung nach oben. Die Strategie war eine Antwort auf gesicherte gesundheitspolitische Erkenntnisse, die auf die negativen Auswirkungen sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich auf alle Bevölkerungsgruppen in Norwegen hindeuteten (226). Die vier vorrangigen Bereiche sind:

- Abbau sozialer Ungleichheit, die zu Ungleichheiten im Gesundheitsbereich beitragen, durch Maßnahmen wie die Schaffung der Voraussetzungen für eine sichere Kindheit sowie eines geregelten Arbeitslebens und gesunder Arbeitsumgebungen;
- Abbau der Ungleichheit im Gesundheitsbereich in Bezug auf das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Maßnahmen wie die Herabsetzung der zweiten Gebührenobergrenze sowie eine sektorübergreifende Zusammenarbeit mit dem Ziel, systematische Programme für Bewegungsförderung, Ernährungsberatung und Raucherentwöhnung zu entwickeln;
- gezielte Förderung sozialer Teilhabe durch Maßnahmen wie die Schaffung besserer Lebensbedingungen für die am stärksten benachteiligten Gruppen; und
- Gewinnung von Wissen und Entwicklung sektorübergreifender Instrumente, um zu einem besseren Wissensstand über die Ursachen sowie wirksame Maßnahmen beizutragen.

Gesundheit und Chancengleichheit empfohlene Veränderung bestand darin, Auflagen nur dann zu verwenden, wenn diese zum Erreichen des angestrebten Ergebnisses notwendig sind, und höhere Geldbeträge auszuzahlen bzw. die Qualität der Dienstleistungen zu verbessern (227). Die jüngsten Ergänzungen im Rahmen des Geldtransferprogramms in Kirgisistan (Fallbeispiel 2.7) (228) veranschaulichen, wie diese Art von Programm so angepasst werden kann, dass damit mehr gesundheitliche Chancengleichheit erreicht wird. Geldtransferprogramme werden zunehmend als Bestandteil von Strategien zur Armutsbekämpfung und von Initiativen zur Verringerung sozialer Ausgrenzung genutzt.

Fallbeispiel 2.7: Ergänzung des Geldtransferprogramms in Kirgisistan

2008 kam es in Kirgisistan zu einem starken Anstieg der Lebensmittelpreise, u. a. zu einer Verdreifachung der Brotpreise. Es hätte der Fall eintreten können, dass manche Familien nicht mehr in der Lage gewesen wären, genug Lebensmittel für ihre Kinder zu kaufen (228). Als Reaktion auf diese Entwicklung bewilligte die Weltbank zusätzliche 10 Mio. US-\$ für das bestehende Geldtransferprogramm. Die Auszahlungen an die bereits registrierten 450 000 Empfänger wurden um 10% erhöht. Parallel dazu wurde eine Strategie zur Verringerung des Ausschlussfehlers verfolgt, d. h. es wurde versucht, die Zahl der anspruchsberechtigten Personen zu verringern, die bestimmte Leistungen nicht erhielten. Dazu führen Sozialarbeiter Gespräche mit Familien, um auf die Initiative aufmerksam zu machen und zu gewährleisten, dass alle Personen mit einem Anspruch auf die Geldleistung diese erhalten und damit Lebensmittel kaufen können.

Verknüpfung mit den Funktionen des Gesundheitssystems

Alle drei beschriebenen Kategorien umfassen Maßnahmen, die eine oder mehr der Funktionen von Gesundheitssystemen betreffen (190). In Tabelle 2.24 werden beispielhaft Maßnahmen von Gesundheitssystemen aufgeführt, um die Bedeutung dieser Funktionen für die Verringerung gesundheitlicher Chancenungleichheit deutlich zu machen. Gesundheitssysteme zeichnen sich dadurch aus, dass sie Chancengleichheit auf vierfache Weise fördern (217,218):

- Sie nutzen erfolgreich die sektorübergreifende Zusammenarbeit verschiedener staatlicher Stellen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung.
- Sie verfügen über Organisationsformen und Methoden, an denen bestimmte Bevölkerungsgruppen und Organisationen der Zivilgesellschaft beteiligt sind.
- Sie verfolgen ein Konzept des progressiven Universalismus: Organisationsformen für die Finanzierung und die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen mit dem Ziel, die allgemeine Deckung mit Zusatzleistungen für sozial benachteiligte und marginalisierte Gruppen zu erreichen.
- Sie streben die Wiederbelebung des Ansatzes der umfassenden primären Gesundheitsversorgung an.

Diese Merkmale bilden folglich eine wichtige Grundlage für die Ausarbeitung und Beurteilung von Maßnahmen der Gesundheitssysteme in Bezug auf Ungleichheiten im Gesundheitsbereich.

Änderung von Planung und Durchführung öffentlicher Gesundheitsprogramme

Immer mehr und neu verfügbar werdende Erkenntnisse machen deutlich, wie öffentliche Gesundheitsprogramme (für übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten) zugunsten größerer gesundheitlicher Chancengleichheit und breiterer Deckung ausgerichtet und durchgeführt werden müssen. Das Priority Public Health Conditions Knowledge Network (231) untersuchte 14 übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten und damit einhergehende Probleme wie Gewalt, Verletzungen, Tuberkulose, Malaria, vernachlässigte Tropenkrankheiten, alkoholbedingte Störungen, Kindergesundheit, Herz-Kreislauf-

Erkrankungen, Diabetes, Lebensmittelsicherheit, HIV, Müttergesundheit, psychische Gesundheit, Ernährung, Mundgesundheit, sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie den Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Gesundheit. Der Abschlussbericht des

Tabelle 2.24: Querschnittsbetrachtung der Funktionen des Gesundheitssystems anhand von drei Arten von Maßnahmen zur Bekämpfung sozial bedingter Ungleichheiten im Gesundheitsbereich

Funktion	Beispiele für Maßnahmen des Gesundheitssystems		
	<p>Auf das Gesundheitssystem selbst bezogene Maßnahmen: Initiative „Inequalities Sensitive Practice“ im National Health Service, Bezirk Greater Glasgow and Clyde, und Bekämpfung von Diskriminierung in Schottland (Vereinigtes Königreich) (229)</p>	<p>Erbringung von Gesundheitsleistungen zur Vorbeugung gegen durch benachteiligte Lebensbedingungen verursachte gesundheitliche Schäden bzw. deren Minderung: Initiative „Liverpool Healthy Homes“, England (Vereinigtes Königreich) (230)</p>	<p>Erbringung von Gesundheitsleistungen zur Vorbeugung gegen durch benachteiligte Lebensbedingungen verursachte gesundheitliche Schäden bzw. deren Minderung: Ein gemeindenahes Konzept für die Bekämpfung der Tuberkulose unter rumänischen Roma (224)</p>
Leistungserbringung	<p>Aufnahme von Raucherinnenentwöhnung in Mutterschaftsleistungen mit dem Ziel der Schaffung von Kapazitäten für die Unterstützung von Schwangeren bei der Aufgabe des Rauchens Einrichtung eines häuslichen Dienstes, um die primäre Gesundheitsversorgung schwer erreichbarer Gruppen zu ermöglichen</p>	<p>Gesundheitliche Bedarfsanalyse und Überweisung an kompetente Leistungsanbieter, einschließlich Gesundheitsberater, Gemeindeschwestern und Lebensstilberater</p>	<p>Schaffung von Zugang für Roma-Gemeinschaften zu vorhandenen Diagnose- und Behandlungsleistungen durch Bereitstellung von Schulungen für spezialisierte Leistungsanbieter (Ärzte und Pflegepersonal) bei der Bekämpfung der Tuberkulose sowie für lokale Ärzte Stärker patientenorientierter Ansatz führt zu wirksamerer Nutzung von Gesundheitsleistungen</p>
Finanzierung	<p>Verfügbare Mittel für die Unterstützung der Mitwirkung Behinderter an der Entwicklung neuer Gesundheitsleistungen Ressourcenplanung für Gesundheits- und Betreuungs-/Pflegepartnerschaften auf Gemeindeebene für Leistungen zugunsten von Kindern und Älteren unter Verwendung von sozialer Benachteiligung als Indikator</p>	<p>Strukturen für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen und die Mittelzuteilung für lokale Gesundheitsbehörden ermöglichen die Zusammenlegung von Mitteln zugunsten einer partnerschaftlichen sektorübergreifenden Initiative zwischen Gesundheitssektor und anderen Akteuren (z. B. zuständige Kommunalbehörde)</p>	<p>Finanzierung von Leistungen durch nationales Tuberkulosebekämpfungsprogramm Zusätzliche Mittel von nichtstaatlichen Organisationen (Behörde für internationale Entwicklung der Vereinigten Staaten und Open Society Institute) für die konkreten Gesundheitszielsmaßnahmen im Rahmen des Projektes und Rekrutierung von aus der Gemeinschaft stammenden Gesundheitspädagogen und Pflegekräften Gesundheitsministerium nun auch für Finanzierung und Management der konkreten/ausgewählten Gesundheitszielsmaßnahmen des Projektes verantwortlich</p>
Erschließung von Ressourcen	<p>Zentralisierter direkter Zugang zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheits- und Sozialleistungen für Personen in benachteiligten Gebieten Schulung von Ärzten und Personal des National Health Service zur Schärfung des Bewusstseins in Bezug auf Ungleichbehandlung und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden</p>	<p>Partnerschaftsinitiative unter Beteiligung des örtlichen „Primary Care Trust“: 27 Mitarbeiter des mitwirkenden Dienststellen von National Health Service und Kommunen über drei Jahre (Gesamtkosten: 4 Mio. britische Pfund) und Anlageinvestitionen in Höhe von 4,7 Mio. Pfund</p>	<p>Auswahl von Gesundheitspädagogen aus den Reihen der Roma und Schulung zwecks Verbreitung einer gesundheitspolitischen Botschaft über Tuberkulose Über die Hälfte der vom Gesundheitsministerium für das Projekt angeworbenen Pädagogen sind nach dessen Abschluss weiter in der Roma-Gemeinschaft tätig und stehen in Kontakt mit Gesundheitsfachkräften und -behörden</p>
Steuerung	<p>Verbesserung der relevanten Gesundheitskenntnisse: Ausweitung der Sammlung und Aufschlüsselung von Patientendaten nach Geschlecht, Rasse, Behinderung und sexueller Orientierung</p>	<p>Verbesserungen an den schlechtesten Mietwohnungen – etwa durch Beseitigung von bei Umwelthygienekontrollen ermittelten schwerwiegenden Gesundheitsgefahren – mit dem Ziel der Eindämmung der von ihnen ausgehenden wichtigsten und lebensbedrohenden Gefährdungen, insbesondere für anfällige Personen</p>	<p>Verbesserung gesundheitlicher Erkenntnisse und besserer Überblick durch eine Grundlagenerhebung zwecks Bestimmung von Wissen, Einstellungen und Gewohnheiten in Bezug auf Tuberkulose unter Roma-Gruppen in drei Bezirken Erweiterung der Orientierungshilfe durch Heranziehung der Erhebung für die Schulung von Gesundheitspädagogen aus der Gemeinschaft und Erstellung geeigneten Informations-, Schulungs- und Kommunikationsmaterials für die Roma in Bezug auf Tuberkulose sowie durch Nutzung der Ergebnisse aus dem Projekt zur Überarbeitung des nationalen Tuberkulosebekämpfungsprogramms Nutzung der Grundlagenerhebung zur Bewertung der Wirkung und Ergebnisse des Projektes Stärkung der Allianzen zwischen Gesundheitsministerium und nichtstaatlichen Organisationen</p>

Networks ist noch nicht öffentlich verfügbar; vorläufige Ergebnisse wurden jedoch WHO-intern zugänglich gemacht und zeigen, wie Programme wirksamer und chancengerechter gestaltet werden können.

Blas et al. stellen fest: „Es bestehen vielfältige Möglichkeiten, die Planung und koordinierte Durchführung dieser Initiativen so anzupassen, dass sie bei Verwendung eines Konzeptes, das an den sozialen Determinanten von Gesundheit ansetzt, zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit führen“ (232). Dies kann erreicht werden, indem hinderliche und förderliche Faktoren für den Zugang zu öffentlichen Gesundheitsprogrammen bestimmt und die sozialen Determinanten von Gesundheit untersucht werden, welche die Zugänglichkeit, Akzeptanz und Eignung von Programmen beeinträchtigen (233) und den tatsächlichen Versorgungsgrad verringern oder die gesundheitliche Chancenungleichheit vergrößern (231). Eine neuere Studie (234) ergab, dass die erfolgreiche Durchführung von Interventionen zu vier klassischen Risikofaktoren, die derzeit als gute Praxis für die Verringerung der koronaren Herzkrankheit in Gruppen von Personen mit hohem wie auch niedrigem sozioökonomischem Status gelten, die gesundheitliche Chancenungleichheit in Bezug auf die Sterblichkeit aufgrund dieser Ursache weitgehend verringern könnte.

Unter Verwendung dieses Konzeptes könnten öffentliche Gesundheitsprogramme individuell oder kollektiv Maßnahmen ergreifen, um chancengerechtere Gesundheitsergebnisse zu erreichen. Dies gilt insbesondere, wenn unterschiedliche Gesundheitsprobleme wie Tuberkulose, HIV-Infektion und schlechte Ernährung gemeinsame soziale Determinanten haben. Die Verwirklichung von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit könnte deshalb u. U. nicht nur die Einführung neuer Interventionen erfordern, sondern wahrscheinlich auch eine Veränderung von Organisation und Durchführung öffentlicher Gesundheitsprogramme. Dazu wäre es notwendig, die Beteiligung anderer Politikbereiche als Gesundheit nicht als Ausnahme, sondern als Norm zu betrachten (Fallbeispiel 2.8) (231).

Entwicklung eines systematischen Ansatzes zur Messung und Evaluation des Handelns der Gesundheitssysteme

Dieser Abschnitt vermittelt einen kurzen Überblick über die Arten von Maßnahmen, mit denen sich Gesundheitssysteme in der Europäischen Region bemühen, sozial determinierte

Fallbeispiel 2.8: Einbeziehung der sozialen Determinanten von Gesundheit als Schwerpunkt in einem nationalen Programm zur Tuberkulosebekämpfung

In Tadschikistan stellt Tuberkulose weiterhin eine steigende Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung dar. Das Land ist eines der 18 vorrangigen Länder für die Umsetzung der aktualisierten Strategie „Stopp der Tb“ (144). In allen Ländern besteht bezüglich Tuberkulose ein soziales Gefälle: Das Tuberkuloserisiko ist bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status deutlich erhöht. Im Rahmen des Priority Public Health Conditions Knowledge Network der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit untersuchte ein globales WHO-Netzwerk die Rolle von Risikofaktoren für Tuberkulose und die sozialen Determinanten von Gesundheit sowie insbesondere die Frage, wie aktuelle Konzepte wie die Strategie „Stopp der Tb“ mit geeigneten Präventivmaßnahmen kombiniert werden können, die u. a. auf Verringerung der Anfälligkeit der Menschen für eine Tuberkuloseinfektion durch Berücksichtigung von Faktoren wie Migration abzielen.

Angesichts des großen Ausmaßes der Arbeitsmigration und der hohen Tuberkulose-Inzidenz in Tadschikistan führt das Gesundheitsministerium unter Migranten eine Erhebung zu Wissen, Einstellungen und Verhalten in Bezug auf Tuberkulose durch, um zu einem besseren Verständnis ihrer Auswirkungen auf die Tuberkulosebehandlung zu gelangen und den Erfassungsgrad und die Ergebnisse des Programms zu verbessern. Die WHO und die Internationale Organisation für Migration unterstützen das Gesundheitsministerium bei der Verbesserung der gesundheitspolitischen Erkenntnisse über Arbeitsmigration als einer sozialen Determinante von Gesundheit sowie ihre Auswirkungen auf Tuberkulose (235).

gesundheitliche Chancenungleichheit zu verringern. Wie diese Maßnahmen belegen, haben die Länder zunehmend erkannt, dass zur Verringerung von Chancenungleichheit politische Handlungskonzepte entwickelt und umgesetzt werden müssen, was auch in der Charta von Tallinn (36) zum Ausdruck kommt. Gleichzeitig besteht eine erhöhte Nachfrage nach spezifischeren Gesundheitserkenntnissen zu der Frage, wie sich solche Aktivitäten auf die Chancenungleichheit auswirken; diese Erkenntnisse sollen durch Messung der relativen bzw. absoluten Chancenungleichheit bzw. ihres Ausmaßes, durch Bereitstellung der maßgeblichen Daten und durch Ermittlung der wirksamsten Maßnahmen und Konzepte gewonnen werden. Länder wie Litauen, Norwegen, die Slowakei, Slowenien und das Vereinigte Königreich haben in beträchtlichem Umfang in die Verbesserung der Bewertung politischer Handlungskonzepte zur Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Chancenungleichheit investiert.

Diese Probleme machen deutlich, dass Informationen über Maßnahmen von Gesundheitssystemen zur Bekämpfung gesundheitlicher Chancenungleichheit systematischer gesammelt werden müssen, um politische Entscheidungsprozesse und die Entwicklung politischer Handlungskonzepte in diesem Bereich besser unterstützen zu können, insbesondere was die Übertragbarkeit von Maßnahmen auf andere Ländern in der Region betrifft. Dies stimmt mit den Empfehlungen anderer wichtiger Initiativen in diesem Bereich wie dem Eurothine-Projekt über sozial bedingte gesundheitliche Chancenungleichheit überein, dass die Einrichtung einer Datenbank und einer Anlaufstelle für Initiativen zum Thema Chancengleichheit in der Europäischen Region empfahl (92).

Schlussendlich erfordern die genannten Maßnahmen allesamt einen veränderten Ansatz für Planung, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsleistungen. Dies wiederum hat Konsequenzen für das Gesundheitspersonal und erfordert veränderte Bildungs- und Berufsausbildungsmethoden für alle Beschäftigten im Gesundheitssystem, um sie nicht nur für die Auswirkungen sozialer Determinanten auf gesundheitliche Ergebnisse zu sensibilisieren, sondern ihnen auch zu vermitteln, wie sie angemessen auf gesundheitliche Chancenungleichheit reagieren können, ohne diese zu verschärfen.

Zu Gesundheit und gesellschaftlichem Wohlergehen beitragen

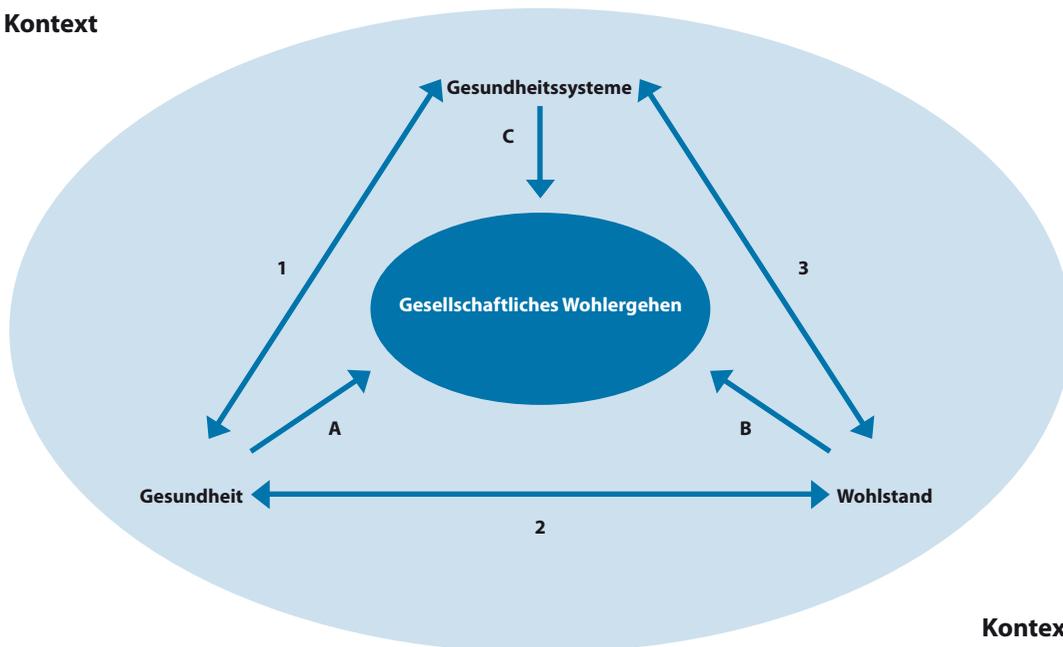
Die Gesundheitskosten steigen weiterhin rascher als das Volkseinkommen. Dieser Trend hat in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass sich die Politik vornehmlich auf Kosteneindämmungsinitiativen konzentriert hat. Dennoch liefern das gewachsene Verständnis der Interdependenz von Gesundheit und Wohlstand, des Wertes, den Bürger und Gesellschaften der Gesundheit beimessen, sowie der Rolle von Gesundheitssystemen bei der Verbesserung von Gesundheit überzeugende Argumente für die erneute Überprüfung dieses seit langem verfolgten Schwerpunktes (133). Statt sich ausschließlich auf die Eindämmung der Gesundheitskosten zu konzentrieren, könnte die Politik höhere Ausgaben für eine wirksame Gesundheitsversorgung als einen Beitrag zu einer produktiveren Volkswirtschaft sowie einen Weg zu besserer Gesundheit und vermehrtem Wohl betrachten. Die Stärkung der Gesundheitssysteme auf der Grundlage solider Erkenntnisse zu Kosteneffizienz und Leistungsbewertung kann somit potenziell zu besserer Gesundheit, größerem Wohlstand und mehr gesellschaftlichem Wohlergehen führen.

Die komplexe Verknüpfung zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlergehen kann konzeptionell in einem Dreieck dargestellt werden, das die kausalen, direkten und indirekten Beziehungen zwischen diesen drei Dimensionen veranschaulicht (Abb. 2.37). Die im Juni 2008 in der estnischen Hauptstadt Tallin organisierte Europäische Ministerkonferenz

der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ befasste sich mit der Frage, wie sich die Beziehungen zwischen diesen drei Dimensionen in der Europäischen Region in der Praxis und auf der Ebene der Politik niederschlagen. Die Charta von Tallinn, die auf der Konferenz angenommen wurde, basiert deshalb auf einer gemeinsamen Verpflichtung zur Optimierung von gesundheitlichen Ergebnissen innerhalb dieser Konstellation von Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand (36,37).

Abb. 2.37: Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit, Wohlstand und gesellschaftlichem Wohlergehen

Kontext



Kontext

Quelle: Figueras et al. (133).

Das gesellschaftliche Wohlergehen kann als die Summe des Wohlergehens der gesamten Gesellschaft verstanden werden: Zusätzlich zu den allgemeineren umweltbezogenen, sozialen und spirituellen Aspekten des Lebens umfasst es Glückseligkeit und Lebensqualität. Wie das konzeptionelle Dreieck verdeutlicht, tragen Gesundheitssysteme im Wesentlichen auf dreierlei Weise zum allgemeinen gesellschaftlichen Wohlergehen bei:

1. Sie tragen zu Gesundheit und Wohlbefinden bei, und zwar sowohl unmittelbar als auch durch ihren Einfluss auf die Schaffung von Wohlstand.
2. Sie tragen zu wirtschaftlichem Wachstum bei.
3. Sie steigern unmittelbar das gesellschaftliche Wohlergehen, weil Gesellschaften dem Vorhandensein und der Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen Wert beimessen und darüber Zufriedenheit empfinden.

Gesundheitssysteme verbessern die Gesundheit und das gesellschaftliche Wohlergehen

Gesundheitspolitiker in der gesamten Europäischen Region räumen der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch die Gesundheitssysteme Vorrang ein (siehe Abschnitt

„Verbesserung von Gesundheitsergebnissen“). In ihrer Gesamtheit zielen die Funktionen von Gesundheitssystemen auf die Verbesserung von Gesundheit ab. Dabei setzen sie auf: die Erbringung wirksamer und hochwertiger Gesundheitsleistungen in einer Weise, die Chancengleichheit gewährleistet und Patientenbedürfnissen Rechnung trägt; eine faire Gesundheitsfinanzierung und die Trennung der Leistungserbringung von der Bezahlung; Investitionen in qualifiziertes und flexibles Personal sowie innovative Technologien; Regulierung und Steuerung. Dabei wird sichergestellt, dass alle Funktionen mit den allgemeinen Zielen des Gesundheitssystems übereinstimmen.

Durch das Vorhandensein und die unmittelbare Zugänglichkeit von Gesundheitssystemen werden nicht nur die Gesundheit, sondern auch das gesellschaftliche Wohlergehen und der soziale Zusammenhalt verbessert. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO haben explizit den Wert anerkannt, den die Gesellschaft der Gesundheit beimisst, und sich zu Gesundheitsschutz, Chancengleichheit und Solidarität verpflichtet (36). Die Verbesserung der Gesundheitssituation, gemessen anhand der Zahl gesund verbrachter Lebensjahre, ist des Weiteren ein Indikator für Fortschritte auf dem Weg zu verbesserter Wettbewerbsfähigkeit und größerem sozialem Zusammenhalt im Rahmen der Lissabon-Strategie der EU für Wachstum und Beschäftigung.

Die Funktion von Gesundheitssystemen bei der Verbesserung von Gesundheit wurde jahrzehntelang empirisch bewertet und erörtert. In manchen Studien wurde mit einem Inventuransatz untersucht, wie sich einzelne Gesundheitsleistungen auf die Krankheitslast auswirken. Mit diesen Arten von Studien konnten positive Auswirkungen auf die Gesundheit in Form der Verringerung von Krankheitslast oder Sterblichkeit nachgewiesen werden, wengleich die Ergebnisse auf der Annahme beruhen, dass sich gesundheitliche Zugewinne, der sich in einer klinischen Versuchsstudie zeigen, in Verbesserungen der Gesundheit der Bevölkerung niederschlagen (187). Andere Studien verfolgen den Produktionsfunktionsansatz und ermitteln die erbrachten Gesundheitsleistungen und andere erklärende Variablen, die in einem signifikanten Zusammenhang mit gesundheitlichen Ergebnissen stehen. Wengleich in vielen solcher Studien signifikante Zusammenhänge zwischen Gesundheitsausgaben und gesundheitlichen Ergebnissen ermittelt wurden, verhindern ihre methodischen Beschränkungen, die häufig auf der Datenlage beruhen, verlässliche Rückschlüsse hinsichtlich der Kausalbeziehung. Ein dritter Ansatz zielt auf die Beobachtung der Sterbefälle ab, auf die durch Gesundheitsversorgung Einfluss genommen werden kann. Diese vermeidbaren Sterbefälle sind in den meisten Ländern seit den 1980er Jahren zurückgegangen, was vermuten lässt, dass sich die Gesundheitsversorgung hier positiv ausgewirkt hat (186,236). Außerdem bestehen hinsichtlich der vermeidbaren Sterblichkeit große Unterschiede zwischen den Ländern. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass sich die Gesundheit der Bevölkerung verbessern lässt, wenn es der Politik gelingt, die Leistung des Gesundheitssystems zu verbessern.

Die vorliegenden Erkenntnisse machen auch deutlich, wie sich Initiativen im Bereich der öffentlichen Gesundheit jenseits der Akutversorgung auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Öffentliche Gesundheitsprogramme können bei identischen Kosten zu größerem gesundheitlichem Nutzen führen als bestimmte Arten von Interventionen im Bereich der Akutversorgung. Zusätzlich zu ihrem gesundheitlichen Nutzen können viele öffentliche Gesundheitsprogramme, wie Interventionen für Kinder in den ersten Lebensjahren und Initiativen zugunsten gesunder Arbeitsplätze, auch beträchtlichen wirtschaftlichen Nutzen haben, etwa in Form verbesserter Bildungsleistungen von Kindern oder einer höheren Arbeitsleistung von Erwachsenen im Erwerbsalter (237).

Im Abschnitt „Soziale Determinanten von Gesundheit“ wurde bereits darauf hingewiesen, dass soziale Ungleichheit im Gesundheitsbereich in der Europäischen Region weit verbreitet ist. Die vorliegenden Erkenntnisse machen jedoch immer deutlicher, welches die Ursachen von Ungleichheit sind und mit welchen Mechanismen diese durch das Gesundheitssystem oder die Sozialpolitik im weiteren Sinne eventuell verringert werden kann (238). Der Abbau von Ungleichheit durch die Verbesserung der Gesundheit relativ benachteiligter Personen würde nicht nur zu einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung insgesamt, sondern wegen der größeren Chancengerechtigkeit möglicherweise auch zur Steigerung des gesellschaftlichen Wohlergehens beitragen. Die Politik in der Europäischen Region erkennt an, dass sowohl die Gesundheit als auch die gesundheitliche Chancengleichheit wichtige Komponenten des gesellschaftlichen Wohls und ein Ausdruck sozialen Fortschritts sind (133).

Gesundheitssysteme haben eine wichtige Aufgabe bei der Verringerung gesundheitlicher Chancenungleichheit durch Gesundheitsversorgung und öffentliche Gesundheitsmaßnahmen, welche die Gesundheit verbessern, aber auch durch ihre Organisationskomponenten, welche die Muster der Inanspruchnahme von Leistungen durch die verschiedenen sozialen Gruppen beeinflussen. Wenngleich Personen mit höherem sozioökonomischem Status gewöhnlich gesünder sind, nehmen sie in den meisten Ländern mehr fachärztliche und präventive Gesundheitsleistungen in Anspruch als Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status. Neben kulturellen und geografischen Faktoren werden die Muster der Inanspruchnahme von Leistungen auch durch die Art der Gesundheitsfinanzierung beeinflusst. So führen erwiesenermaßen Zahlungen aus eigener Tasche zu einer geringeren Inanspruchnahme notwendiger Gesundheitsleistungen, insbesondere durch Personen mit niedrigerem Einkommen. Unter den Personen mit höherem sozioökonomischem Status ist ein größerer Anteil privat krankenversichert; dies kann einen rascheren Zugang zu benötigten Gesundheitsleistungen oder geringere Zuzahlungen aus eigener Tasche für öffentliche Leistungen bedeuten (239). Zur Verringerung der Ungleichheit im Gesundheitsbereich muss die Politik folglich mehrere Faktoren, die Einfluss auf Ungleichheiten haben, berücksichtigen und gezielte Gesundheitsleistungen für Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status anbieten und über Sektorgrenzen hinweg tätig werden (238).

Gesundheit trägt zu Wohlstand und Wohlbefinden bei

Gesundheit trägt sowohl direkt als auch indirekt zum Wohlbefinden bei. Der direkte Beitrag ist wohl bekannt: Gesundheit ist eine maßgebliche Dimension des Wohlbefindens und wird deshalb in internationalen Übereinkommen sowie nationalen Rechtsvorschriften als Menschenrecht anerkannt. Zum anderen beeinflusst Gesundheit über ihren Beitrag zu höherer wirtschaftlicher Produktivität und mehr Wohlstand auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene das Wohlbefinden auch indirekt. Den Wert abzuschätzen und monetär auszudrücken, den eine Gesellschaft der Gesundheit beimisst, ist ein komplexes Unterfangen; Untersuchungen lassen jedoch darauf schließen, dass er sehr hoch ist. Eine Analyse verschiedener westeuropäischer Länder kommt etwa zu dem Ergebnis, dass die Anstiege der Lebenserwartung in den letzten drei Jahrzehnten mit Wohlfahrtsgewinnen in Höhe von insgesamt etwa einem Drittel des BIP verbunden waren (240).

Wenn Gesundheit sich positiv auf eine Komponente der Volkswirtschaft auswirkt, wird sie zu Wirtschaftswachstum führen. Das BIP ist das gängigste Maß für die Größe der Volkswirtschaft. Zu ihren Komponenten gehören Sachkapital und Arbeit, wobei Gesundheit Auswirkungen auf beides haben kann. Beispielsweise ist bei Gesünderen die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie produktiver zur Arbeitswelt beitragen und höhere Arbeitseinkommen haben. Ferner haben sie mehr Anreize für Investitionen in Bildung und Berufsausbildung, die wiederum in höherer

Arbeitsproduktivität resultieren. Forschung und Entwicklung auf dem Gebiet der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung wirken sich allgemein positiv auf das Wirtschaftswachstum aus.

Diese theoretischen Zusammenhänge lassen sich zu einem gewissen Grad empirisch untermauern. Wenngleich die vorliegenden Erkenntnisse über die makroökonomischen Auswirkungen von Gesundheit auf den Wohlstand uneinheitlich sind, zeigten Untersuchungen aus den EU-15-Ländern, den Ländern Mittel- und Osteuropas sowie den GUS-Staaten (u. a. eine Studie über die Russische Föderation), dass die Verbesserung der Gesundheit zu höherer wirtschaftlicher Produktivität führt (240). Es ist wahrscheinlich, dass Länder mit einer schlechteren gesundheitlichen Ausgangssituation größere wirtschaftliche Zugewinne erzielen. Beispielsweise könnten in einigen Ländern im östlichen Teil der Region kleine Rückgänge der Sterblichkeit über den Zeitraum der nächsten 25 Jahre in einem BIP-Wachstum im Bereich von 20% bis 40% resultieren. Ferner stützen zahlreiche Studien zu einem einzelnen Land sowie länderübergreifende Untersuchungen die Theorie, dass auf der Ebene des Individuums die körperliche und psychische Gesundheit Auswirkungen auf die Erwerbsbeteiligung, das Arbeitseinkommen und Ruhestandsentscheidungen hat (240).

Die Beziehung zwischen Gesundheit und Wohlstand ist zudem bidirektional: Wohlstand ist eine wichtige soziale Determinante von Gesundheit. Sowohl auf der kollektiven als auch auf der individuellen Ebene hat Wohlstand großen Einfluss auf die Gesundheit, sowohl direkt durch die materiellen Bedingungen, die der Wohlstand schafft, als auch indirekt durch seine sozialen und psychologischen Auswirkungen. Um die Richtung der Kausalwirkung ermitteln zu können, werden für Studien deshalb Längsschnittdaten und Methodikinstrumente benötigt. In vielen Studien wurden solche Methoden verwendet, zumeist auf der individuellen Ebene, und Belege für den Einfluss sowohl des Einkommens auf die Gesundheit als auch der Gesundheit auf den Wohlstand ermittelt.

Gesundheitssysteme tragen zum Wohlstand bei

Gesundheitssysteme tragen zur wirtschaftlichen Entwicklung bei, weil sie häufig der größte Arbeitgeber in einem Land sind und eine wichtige Rolle als treibende Kraft und Abnehmer von technologischen Innovationen, Forschung und Entwicklung spielen. Bei diesem Beitrag der Gesundheitssysteme zur Schaffung von Wohlstand handelt es sich jedoch nicht um eine Direktwirkung, und Investitionen in anderen Sektoren können höhere Erträge abwerfen. Unabhängig vom Beitrag der Gesundheitssysteme zum wirtschaftlichen Wachstum steigen zudem die Gesundheitsausgaben parallel zum Anstieg des Volkseinkommens.

Die Verknüpfungen zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit, Wohlstand und gesellschaftlichem Wohlergehen liefern der Politik einen Bezugsrahmen für eine ausgewogene Berücksichtigung der maßgeblichen Elemente in Entscheidungsprozessen und für die Hervorhebung der Bedeutung von Maßnahmen im Rahmen von Gesundheitsreformen, die über die reine Kosteneindämmung hinausgehen. Dies unterstreicht ebenfalls die Notwendigkeit, zur Maximierung von Verbesserungen der Gesundheitssituation und des gesellschaftlichen Wohlergehens die Leistung von Gesundheitssystemen zu messen, zu beurteilen und zu überwachen. Nicht alle Investitionen in Gesundheitssysteme führen zu mehr Gesundheit und wirtschaftlichem Nutzen. Deshalb ist es unverzichtbar, kontinuierlich zu beobachten, wie sich Gesundheitssysteme und Initiativen für Gesundheitsreformen auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und auf Ungleichheiten im Gesundheitsbereich auswirken.

Literatur

1. Nolte E, McKee M, Gilmore A. Morbidity and mortality in the transition countries of Europe. In: Macura M, MacDonald AL, Haug W, eds. *The new demographic regime. Population challenges and policy responses*. New York, United Nations, 2005 (http://www.unece.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh09.pdf, accessed 28 June 2009).
2. Smits J, Monden C. Length of life inequality around the globe. *Social Science and Medicine*, 2009, 68:1114–1123.
3. Mackenbach JP. Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:181–184.
4. Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfaddb?language=German>, eingesehen am 28. Juni 2009).
5. Zaridze D et al. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in the Russian Federation: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38:143–153.
6. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/en, accessed 28 June 2009).
7. Marmot M, Bell R. Action on health disparities in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 2009, 301:1169–1171.
8. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370:1153–1163.
9. *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. Rotterdam, Erasmus University Medical Centre, 2007 (EUROTHINE Final Report; <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine>, accessed 28 June 2009).
10. *Report on health systems: health creates welfare – The role of the health system in Norwegian society, 2008*. Oslo, Norwegian Directorate of Health, 2008 (http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00062/Health_creates_welfa_62299a.pdf, accessed 28 June 2009).
11. *The world health report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en>, accessed 28 June 2009).
12. *World health statistics 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>, accessed 28 June 2009).
13. *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/ehr2005?language=German>, eingesehen am 28. Juni 2009).
14. Fogel RW. *Forecasting the cost of U.S. health care in 2040*. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2008 (NBER Working Paper 14361; <http://www.nber.org/papers/w14361>, accessed 28 June 2009).
15. European mortality database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://data.euro.who.int/hfamdb>, accessed 28 June 2009).
16. Shkolnikov V, McKee, Leon DA. Changes in life expectancy in the Russian Federation in the mid-1990s. *Lancet*, 2001, 357:917–921.

17. Health in the Millennium Development Goals [web site]. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/mdg/goals/en>, accessed 28 June 2009).
18. OECD, World Bank. *OECD reviews of health systems – Turkey*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008.
19. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html, accessed 28 June 2009).
20. *Atlas of Health in Europe, 2nd. Edition 2008*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080905_1, accessed 28 June 2009).
21. Hirte L et al. The changing regional pattern of ischaemic heart disease mortality in southern Europe: still healthy but uneven progress. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:e4.
22. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatization and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, 2009, 373:399–407.
23. Bobak M, Marmot M. Societal transition and health. *Lancet*, 2009, 373:360–363.
24. Rutstein D et al. Measuring the quality of medical care. *New England Journal of Medicine*, 1976, 294:582–588.
25. Nolte E, McKee M. *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London, Nuffield Trust, 2004 (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomm/files/21404avoidablemortality2.pdf>, accessed 28 June 2009).
26. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurology*, 2009, 8:345–354.
27. Nolte E, Bains C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care*, 2006, 29:1007–1011.
28. Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: an international study. *European Heart Journal*, 2000, 21:1141–1151.
29. Moon L, Waters A-M. *Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease in Australia: current picture and trends since the 1990s*. Canberra, Australian Institute for Health and Welfare, 2006 (Bulletin No. 37).
30. Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en, accessed 28 June 2009).
31. Kjellstrom T et al. Comparative assessment of transport risks: how it can contribute to health impact assessment of transport policies. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:451–457.
32. *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en>, accessed 28 June 2009).
33. Allender S et al. *European cardiovascular disease statistics 2008*. Oxford, European Heart Network, 2008.
34. McKee M, Nolte E. Health sector reforms in central and eastern Europe: how well are health services responding to changing patterns of health? *Demographic Research*, 2004, Special collection 2, Article 7: 163–181.
35. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2002*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020913_1?language=German, eingesehen am 28. Juni 2009).

36. *Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438g.pdf>, eingesehen am 28. Juni 2009).
37. *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/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1?language=German, eingesehen am 28. Juni 2009).
38. Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile*. London, Department of Health, 2005.
39. Friedl L. *Mental health, resilience and inequalities*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/mentalhealth/topics//20090309_1?language=German, accessed 28 June 2009).
40. Environmental burden of disease: country profiles [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/countryprofiles/en, accessed 28 June 2009).
41. *Preventable environmental impact on mortality and morbidity in countries of the WHO European Region (2007)*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/envhealth/data/20070831_4, accessed 28 June 2009).
42. Deaths and DALYs attributable to three environmental risk factors [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/entity/quantifying_ehimpacts/countryprofilesbd.xls, accessed 28 June 2009).
43. Valent F et al. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet*, 2004, 363:2032–2039.
44. Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation [web site]. Geneva, World Health Organization and New York, United Nations Children’s Fund, 2009 (<http://www.wssinfo.org/en>, accessed 28 June 2009).
45. *Protocol on Water and Health to the 1992 Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe and Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/Peh-ehp/ProtocolWater.pdf>, accessed 28 June 2009).
46. *Air quality guidelines. Global update 2005. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E90038.pdf>, accessed 28 June 2009).
47. *Health risks of heavy metals from long-range transboundary air pollution*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E91044.pdf>, accessed 28 June 2009).
48. *Persistent organic pollutants (POPs) in human milk*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2007 (http://www.enhis.org/object_document/04733n27532.html, accessed 28 June 2009).
49. *World Health Assembly resolution WHA60.26. Workers’ health: global plan of action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-en.pdf, accessed 28 June 2009).
50. Pruss-Ustin A, Corvalan C. *Preventing disease through healthy environments – Toward an estimation of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf, accessed 28 June 2009).

51. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>, accessed 28 June 2009).
52. WHO-Regionalkomitee für Europa: *Resolution EUR/RC55/R9 Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_1?language=German, eingesehen am 28. Juni 2009).
53. Confalonieri U et al. Human health. In: Parry ML et al., eds. *Climate change 2007: impacts, adaptation and vulnerability. Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007:391–431 (<http://www.ipcc-wg2.org>, accessed 28 June 2009).
54. Robine JM et al. Death toll exceeded 70 000 in Europe during the summer of 2003. *Comptes Rendus Biologies*, 2008, 331:171–178.
55. The PESETA project: impacts of climate change in Europe [web site]. Brussels, European Commission Joint Research Centre, 2009 (<http://peseta.jrc.ec.europa.eu/index.html>, accessed 28 June 2009).
56. Menne B et al., eds. *Protecting health in Europe from climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91865.pdf>, accessed 28 June 2009).
57. *World Health Assembly resolution WHA61.19 on climate change and health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R19-en.pdf, accessed 28 June 2009).
58. Kovats RS, Ebi K, Menne B. *Methods of assessing human health vulnerability and public health adaptation to climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health and Global Environmental Change Series, No. 1; http://www.euro.who.int/globalchange/Publications/20031125_1, accessed 28 June 2009).
59. Kovats S, ed. *Health effects of climate change in the United Kingdom 2008. An update of the Department of Health report 2001/2002*. London, Health Protection Agency, Department of Health, 2008.
60. Mitis F, Martuzzi M, eds. *Population health and waste management: scientific data and available options. Report of a WHO workshop, Rome, Italy, 29–30 March 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E91021.pdf>, accessed 28 June 2009).
61. Martuzzi M et al. Cancer mortality and congenital anomalies in a region of Italy with intense environmental pressure due to waste. *Occupational and Environmental Medicine* (in press; doi:10.1136/oem.2008.044115).
62. *WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20070620_3, accessed 28 June 2009).
63. International Public Health Symposium on Environment and Health Research: Science for policy, policy for science: bridging the gap, Madrid, Spain, 20–22 October 2008 [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/symposium2008>, accessed 28 June 2009).
64. Stahl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
65. *Erklärung von Amsterdam – Das Handlungsfeld Verkehr, Gesundheit und Umwelt – Verkehrspolitische Entscheidungen für mehr Gesundheit, Umweltschutz und Wohlstand*. Genf, Paneuropäisches Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92356g.pdf>, eingesehen am 28. Juni 2009).

66. Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/parma2010?language=German>, eingesehen am 28. Juni 2009).
67. *Zugewinn an Gesundheit: Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1?language=German, eingesehen am 23. September 2009).
68. *Alkoholbericht für die Europäische Region der WHO. Hintergrund zum Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (EUR/RC55/BD/1; <http://www.euro.who.int/Document/RC55/gbd01.pdf>, eingesehen am 28. Juni 2009).
69. *The European tobacco control report 2007*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070226_1, accessed 28 June 2009).
70. *WHO report on the tobacco epidemic, 2008 – the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en>, accessed 28 June 2009).
71. Hibell B et al. *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*. Stockholm, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2007 (<http://www.espad.org/espad-reports>, accessed 28 June 2009).
72. *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Zusammenfassung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070220_1?language=German, eingesehen am 28. Juni 2009).
73. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, eds. *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061115_2, accessed 28 June 2009).
74. *Steps to health: a European framework to promote physical activity for health*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/hepa/publications/publications>, accessed 28 June 2009).
75. Edwards P, Tsouros A, eds. *Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. The solid facts*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061115_1, accessed 28 June 2009).
76. *Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/obesity/conference2006?language=German>, eingesehen am 28. Juni 2009).
77. *Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060403_1?language=German, eingesehen am 28. Juni 2009).
78. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington, DC, World Bank, 2006.
79. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/ftc/en>, accessed 28 June 2009).
80. Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP) [web site]. Geneva, Transport, Health and Environment Pan-European Programme, 2009 (<http://www.thepep.org/en/welcome.htm>, accessed 28 June 2009).
81. Healthy Cities and urban governance [web site]. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/healthy-cities>, accessed 28 June 2009).

82. European network for the promotion of health-enhancing physical activity (HEPA Europe) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hepa>, accessed 28 June 2009).
83. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and social organization*. London, Routledge, 1996:71–93.
84. Equity [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>, accessed 28 June 2009).
85. *Economic crisis gives Europe, central Asia chance to reach for social goals*. New York, United Nations News Centre, 2009 (<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=29868&Cr=international+labour+organization&Cr1=>, accessed 28 June 2009).
86. *May 2009: euro area unemployment up to 9.5%; EU27 up to 8.9%*. Brussels, EUROSTAT, 2009.
87. Irwin A et al. Commission on Social Determinants of Health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS Medicine*, 2006, 3(6):e106.
88. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents, Forty-fifth ed. Supplement, October 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, accessed 28 June 2009).
89. Waters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (Working Paper 2005/1; http://www.euro.who.int/socialdeterminants/develop/20050929_1, accessed 28 June 2009).
90. Jagger C et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*, 2008, 372: 2124–2131.
91. Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1, accessed 28 June 2009).
92. Mackenbach J et al. Strategies to reduce socio-economic inequalities in health in Europe: lessons from the Eurothine Project. In: *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. Rotterdam, Erasmus University Medical Centre, 2007 (EUROTHINE Final Report; <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine>, accessed 28 June 2009).
93. *The Millennium Development Goals report*. New York, United Nations, 2008 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/The%20Millennium%20Development%20Goals%20Report%202008.pdf>, accessed 28 June 2009).
94. *Millennium Development Goals: progress and prospects in Europe and central Asia*. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/ECA-MDG-full.pdf>, accessed 28 June 2009).
95. *Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse*. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (Dokument EUR/RC57/8; <http://www.euro.who.int/document/rc57/gdoc08.pdf>, eingesehen am 28. Juni 2009).
96. Alam A et al. *Growth, poverty and inequality: eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/complete-eca-poverty.pdf>, accessed 28 June 2009).
97. Johansson B. Sweden: FRISK – Addressing underemployment and sick leave. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).

98. Kopp M et al. Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:782–788.
99. Artacoz L et al. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:761–767.
100. Seguino S. Emerging issue: the gender perspectives of the financial crisis. *Expert panel on the gender perspectives of the financial crisis, United Nations Commission on the Status of Women, Fifty-third Session, New York, 2–13 March 2009*.
101. Gushulak B, Pace P, Weekers J. Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
102. United Nations Economic and Social Council. *World demographic trends*. New York, United Nations, 2009 (United Nations document E/CN/2009/6).
103. *Council of Europe Parliamentary Assembly recommendation 1503 (2001) on health conditions of migrants and refugees in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (<http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta01/erec1503.htm>, accessed 28 June 2009).
104. Measuring inequality: Gender-related Development Index (GDI) and Gender Empowerment Measure (GEM) [web site]. New York, United Nations Development Programme, 2008 (http://hdr.undp.org/en/statistics/indices/gdi_gem, accessed 28 June 2009).
105. Entscheidungsprozesse in den nationalen Parlamenten [Website]. Brüssel, Europäische Kommission, 2008 (http://ec.europa.eu/employment_social/women_men_stats/out/de010.htm, eingesehen am 28. Juni 2009).
106. Saurel-Cubizolles MJ et al. Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:197–202.
107. Östlin P. *Equity in access to health care and treatment – A global view*. Stockholm, Karolinska Institute and National Institute of Public Health, 2007 (<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/05.10.07.berlin.oestlin.pdf>, accessed 28 June 2009).
108. National Health Survey 2006 [web site]. Madrid, National Statistics Institute, 2008 (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase&L=1>, accessed 28 June 2009).
109. Mackenbach J et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:2468–2481.
110. Rueda S, Artacoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:492–498.
111. Graham H. Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:2005–2016.
112. Graham H. *Unequal lives: health and socioeconomic inequalities*. Maidenhead, Open University Press, 2007.
113. Power C, Manor O, Matthews S. The duration and timing of exposure: effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1059–1065.
114. Siddiqi A, Irwin L, Hertzman C. *Total environment assessment model for early child development. Evidence report for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/eecd_kn_evidence_report_2007.pdf, accessed 28 June 2009).

115. Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. *Early childhood development: a powerful equalizer. Final report of the Early Childhood Development Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_final_report_072007.pdf, accessed 28 June 2009).
116. Grantham-McGregor S et al. Development potential in the first 5 years for children in developing countries. The International Child Development Steering Group. *Lancet*, 2007, 369:60–67.
117. Walker S et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, 2007, 369:145–157.
118. *Thematische Studie über politische Maßnahmen zur Bekämpfung von Kinderarmut*. Brüssel, Europäische Kommission, 2008 (http://ec.europa.eu/employment_social/spssi/docs/social_inclusion/2008/child_poverty_leaflet_de.pdf, eingesehen am 28. Juni 2009).
119. Engle P et al. Strategies to avoid the loss of development potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 2007, 369:229–242.
120. Mercy J, Saul J. Creating a healthier future through early interventions for children. *Journal of the American Medical Association*, 2009, 301:2262–2264.
121. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten*, zweite Ausgabe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2?language=german, eingesehen am 28. Juni 2009).
122. Soziale Eingliederung [Website]. Brüssel, Europäische Kommission, 2009 (http://ec.europa.eu/employment_social/spssi/poverty_social_exclusion_de.htm, eingesehen am 28. Juni 2009).
123. Suhrcke M et al. *Socioeconomic differences in health, health behaviour and access to health care in Armenia, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, the Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_1, accessed 28 June 2009).
124. Farrell C et al. *Tackling health inequalities – An all-Ireland approach to social determinants*. Dublin, Combat Poverty Agency and Institute of Public Health in Ireland, 2008.
125. Kelly M et al. *The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final report to World Health Organization Commission on Social Determinants of Health from Measurement and Evidence Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/publications/measurementandevidence/en/index.html, accessed 28 June 2009).
126. *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Brussels, European Commission, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf, accessed 28 June 2009).
127. *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2009 (EB124.R6; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R6-en.pdf, accessed 28 June 2009).
128. *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region, Oslo, Norway, 1–2 April 2009. Meeting report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_report.pdf, accessed 28 June 2009).

129. United Nations Population Division. World population prospects: the 2008 revision population database [online database]. New York, United Nations, 2008 (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>, accessed 28 June 2009).
130. United Nations Population Division. World urbanization prospects: the 2007 revision population database [online database]. New York, United Nations, 2007 (<http://esa.un.org/unup>, accessed 28 June 2009).
131. *The status of health in the European Union: towards a healthier Europe*. Rome, EUGLOREH Project, Ministry of Health, 2009 (http://www.eugloreh.it/ActionPagina_993.do, accessed 28 June 2009).
132. Coleman D. Facing the 21st century: new developments, continuing problems. In: Macura M, MacDonald AL, Haug W, eds. *The new demographic regime. Population challenges and policy responses*. New York, United Nations, 2005 (http://www.unece.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh09.pdf, accessed 28 June 2009).
133. Figueras J et al. Health systems, health, wealth and societal well-being: an introduction. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf, accessed 28 June 2009).
134. Rechel B et al. *Wie können die Gesundheitssysteme auf das Altern der Bevölkerung reagieren?* Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa 2009 (http://www.euro.who.int/HEN/policybriefs/20090519_1, eingesehen am 28. Juni 2009).
135. Wait S, Harding E. *The state of ageing and health in Europe*. London, International Longevity Centre – United Kingdom and the Merck Co. Foundation, 2006.
136. Fogel R. *Forecasting the costs of U.S. health care in 2040*. Cambridge, National Bureau of Economic Research, 2008 (Working Paper 14361).
137. Poisal J et al. Health spending projections through 2016: modest changes obscure Part D's impact. *Health Affairs*, 2007, 26:w242–w253.
138. Brockman H. Why is less money spent on health care for the elderly than the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:593–608.
139. Vignon J. Responses to the new demographics: present and future strategies for the European Region. In: Macura M, MacDonald AL, Haug W, eds. *The new demographic regime. Population challenges and policy responses*. New York, United Nations, 2005 (http://www.unece.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh09.pdf, accessed 28 June 2009).
140. Bogaert H. *Long-term population projections in Europe: how they influence policies and accelerate reforms*. Brussels, Federal Planning Bureau, 2008 (Working Paper 2–08).
141. *European Population Conference 2005. Demographic challenges for social cohesion. Proceedings of the Council of Europe Conference, Strasbourg, 7–8 April 2005*. Strasbourg, Council of Europe, 2005.
142. Suhrcke M, Fahey DK, McKee M. Economic aspects of chronic disease and chronic disease management. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people for chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_2, accessed 28 June 2009).
143. *Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071221_1, accessed 28 June 2009).

144. WHO report 2009: *global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/entity/tb/publications/global_report/2009/pdf/full_report.pdf, accessed 28 June 2009).
145. *The Beijing "Call for Action" on Tuberculosis Control and Patient Care: Together Addressing the Global M/XDR-TB Epidemic*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/tb_beijingmeeting/en, accessed 28 June 2009).
146. *Ministerforum „Alle gegen Tuberkulose“ des WHO-Regionalbüros für Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e91369g.pdf>, eingesehen am 28. Juni 2009).
147. *The Stop TB Strategy*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.368; http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/The_Stop_TB_Strategy_Final.pdf, accessed 28 June 2009).
148. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2008.
149. Matic S et al., eds. *Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e92606.pdf>, accessed 28 June 2009).
150. WHO, UNODC, UNAIDS. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs)*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>, accessed 28 June 2009).
151. *HIV and other STIs among MSM in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/SHA/bled_report.pdf, accessed 28 June 2009).
152. 4th European Immunization Week 2009: 20–26 April 2009 [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/vaccine/eiw/20081205_33, accessed 28 June 2009).
153. *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system – 2008 global summary*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en, accessed 28 June 2009).
154. Centralized information system for infectious diseases (CISID) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=67>, eingesehen am 28. Juni 2009).
155. WHO-Regionalkomitee für Europa: *Resolution EUR/RC55/R7 Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch die Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_3?language=German, eingesehen am 28. Juni 2009).
156. European Influenza Surveillance Scheme [web site]. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009 (<http://www.eiss.org>, accessed 28 June 2009).
157. Global Health Atlas [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>, accessed 28 June 2009).
158. *Tashkent Declaration: "the Move from Malaria Control to Elimination" in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/Document/E89355.pdf>, accessed 28 June 2009).

159. Pandemie H1N1/2009 [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/influenza/ah1n1?language=German>, eingesehen am 20. Juli 2009).
160. WHO/Europe influenza surveillance [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euroflu.org/index.php>, accessed 23 September 2009).
161. *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1?language=German, eingesehen am 28. Juni 2009).
162. *Diabetes atlas*, 3rd ed. Brussels, International Diabetes Federation, 2007 (<http://www.eatlas.idf.org>, accessed 28 June 2009).
163. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. Oxford, Oxford Health Alliance, 2006.
164. Petersen S, Peto V, Rayner M. *European cardiovascular disease statistics*. London, British Heart Foundation, 2005.
165. Woolf AD. Musculoskeletal Conditions in: *Major and Chronic Diseases – Report 2007*. Brussels, European Commission, 2008 (http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf, eingesehen am 23. September 2009).
166. *Policies and practices for mental health in Europe – Meeting the challenges*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081009_1, accessed 28 June 2009).
167. *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/gdoco7.pdf>, eingesehen am 24. September 2009).
168. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html, accessed 28 June 2009).
169. *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy-makers and health professionals*. Geneva, World Health Organization, 2003.
170. *The world health report 2008. Primary health care – Now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en>, accessed 28 June 2009).
171. Coulter A, Parsons S, Askham J. *Welche Stellung haben Patienten im Entscheidungsprozess in eigener Sache?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_34, eingesehen am 28. Juni 2009).
172. *Therapeutic education of patients with coronary heart disease: training guide for general practitioners*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/noncommunicable/publications/20050628_1, accessed 28 June 2009).
173. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>, accessed 28 June 2009).
174. Singh D. *Wie können Krankheitsmanagement-Programme für chronische Erkrankungen sämtliche Versorgungsumgebungen und -dienstleister einbeziehen?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_gPB_9.pdf, eingesehen am 28. Juni 2009).

175. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1909–1914.
176. Rijken M et al. Supporting self-management. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_2, accessed 28 June 2009).
177. Economic Policy Committee and European Commission. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004–2050)*. Brussels, European Commission, 2006 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication6654_en.pdf, accessed 23 September 2009).
178. *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (Economics Department Working Papers No. 477).
179. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303:130–135.
180. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1982, 60:183–244.
181. Payne G et al. Counting backward to health care's future: using time-to-death modeling to identify changes in end-of-life morbidity and the impact of aging on health care expenditures. *Milbank Quarterly*, 2007, 85:213–257.
182. Evans RG. *Economic myths and political realities: the inequality agenda and the sustainability of Medicare*. Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2007.
183. Breyer F, Felder S. Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy*, 2006, 75:178–186.
184. Sorenson C et al. *Wie kann die Gesundheitstechnologiebewertung wirkungsvoller gestaltet werden?* Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_gPB_5.pdf, eingesehen am 28. Juni 2009).
185. Hartwig J. What drives health care expenditure? Baumol's model of "unbalanced growth" revisited. *Journal of Health Economics*, 2008, 27:603–623.
186. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, 2003, 327:1129.
187. Nolte E, McKee M, Evans D. Saving lives? The contribution of health care to population health. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf, accessed 28 June 2009).
188. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en>, accessed 28 June 2009).
189. Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364:900–906.
190. *Strengthened health systems save more lives: an insight into WHO's European health systems strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/financing>, accessed 28 June 2009).
191. Bots ML, Grobbee DE. Decline of coronary heart disease mortality in the Netherlands from 1978 to 1985: contribution of medical care and changes over time in presence of major cardiovascular risk factors. *Journal of Cardiovascular Risk*, 1996, 3:271–276.

192. McDaid D, Drummond M, Suhrcke M. *Wie können europäische Gesundheitssysteme Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung durch Investitionen und Umsetzungsmaßnahmen unterstützen?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_gPB_2.pdf, eingesehen am 28. Juni 2009).
193. Newey C et al. *Avoidable mortality in the enlarged European Union*. Paris, Institut des Sciences de la Santé, 2004.
194. *Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: die Rolle der Gesundheitssysteme*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (EUR/RC58/10; http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58_gdoc10.pdf, eingesehen am 28. Juni 2009).
195. *Europäische Anti-Tabak-Strategie*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826_3, eingesehen am 28. Juni 2009).
196. Chaloupka F, Warner W. The economics of smoking. In: Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier Science, 2000, Volume 18:1539–1627.
197. Chapman S. Reducing tobacco consumption. *NSW Public Health Bulletin*, 2003, 14:46–48.
198. Framework Convention Alliance [web site]. Geneva, Framework Convention Alliance, 2009 (<http://www.fctc.org>, accessed 28 June 2009).
199. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. *The challenge of obesity in the European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/obe/home>, accessed 28 June 2009).
200. Anandacoomarasamy A, Fransen M, March L. Obesity and the musculoskeletal system. *Current Opinion in Rheumatology*, 2009, 21:71–77.
201. *WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html>, accessed 28 June 2009).
202. *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention*. Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2004.
203. *Health and economic development in south-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Paris, Council of Europe Development Bank, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061009_1, accessed 28 June 2009).
204. European Directory of Good Practices to Reduce Health Inequalities [online database]. Cologne, DETERMINE (European Consortium for Action on the Socioeconomic Determinants for Health), Federal Centre for Health Education, 2008 (<http://www.health-inequalities.eu/?uid=651e4e7cbe2af9488f7809341e36d69a&id=main2>, accessed 28 June 2009).
205. Leon DA et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in the Russian Federation (the Izhevsk Family Study): a population based case-control study. *Lancet*, 2007, 369:2001–2009.
206. Alkohol [Website]. Brüssel, Europäische Kommission, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_de.htm, eingesehen am 28. Juni 2009).
207. Wismar M et al. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (http://www.euro.who.int/document/euro/observatory/observatory_070809.pdf, accessed 28 June 2009).

- www.euro.who.int/observatory/Publications/2007/20071016_1, accessed 28 June 2009).
208. WHO-CHOICE [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/choice/en>, accessed 28 June 2009).
 209. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en>, accessed 28 June 2009).
 210. Xu K. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical Briefs for Policy-Makers Number 2/2005; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_05_2-cata_sys/en, accessed 28 June 2009).
 211. National health accounts. Country information [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/nha/country/en>, accessed 28 June 2009).
 212. Võrk A. *Household catastrophic expenditures on health care and distribution of taxation burden to households in Estonia 2000–2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (unpublished).
 213. Xu K et al. *Access to health care and the financial burden of out-of-pocket health payments in Latvia*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Technical Brief for Policy-makers, Number 1/2009; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_09_01-oopslat/en/index.html, accessed 28 June 2009).
 214. *Out-of-pocket health payments in households of Latvia and their impact on the capacity to pay*. Riga, Central Statistical Bureau of Latvia, 2008.
 215. *Mid-term review report: Manas Taalimi Health Sector Strategy*. Bishkek, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, 2008.
 216. Falkingham J, Akkazieva B, Baschieri A. *Health, health seeking behavior and out of pocket expenditures in Kyrgyzstan, 2007*. Bishkek, Republican Center for Health System Development and Information Technologies, 2007 (Policy Research Paper 46, MANAS Health Policy Analysis Project; <http://chsd.studionew.com/images/prp46khhs.pdf>, accessed 28 June 2009).
 217. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems: final report of Knowledge Network on Health Systems*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdlh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 28 June 2009).
 218. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/socialdeterminants/publications/publications>, accessed 28 June 2009).
 219. Marek M. Poland: poverty and health. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
 220. House of Commons Health Committee. *Health inequities*. London, The Stationery Office, 2009 (Third Report of Session 2008–09. Volume I; <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/28602.htm>, accessed 28 June 2009).
 221. Diderichsen F, Varde E, Whitehead M. Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *British Medical Journal*, 1997, 315:875–878.
 222. Hayton P, Boyington J. Prison and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:1730–1733.

223. Pan-regional prisons programme: health, inclusion and citizenship [web site]. Lancashire, University of Central Lancashire, 2009 (http://www.uclan.ac.uk/health/schools/sphcs/hsdu_pan_regional_prisons_programme.php, accessed 28 June 2009).
224. Berger D et al. Romania: controlling TB among the Roma – A community approach. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
225. *National strategy to reduce social inequalities in health*. Oslo, Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007) to the Storting; http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/Norway_rdo1_en.pdf, accessed 28 June 2009).
226. Dahl E. Health inequalities and health policy: the Norwegian case. *Norsk Epidemiologi*, 2002, 12:69–75.
227. Popay J et al. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health by the Social Exclusion Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf, accessed 28 June 2009).
228. Food crisis in Kyrgyz Republic [web site]. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://go.worldbank.org/7VIFYUOKJO>, accessed 28 June 2009).
229. Equalities in Health [web site]. Glasgow, National Health Service Greater Glasgow and Clyde, 2009 (<http://www.equalitiesinhealth.org/>, accessed 20 November 2009).
230. Healthy Homes Programme [web site]. Liverpool, Liverpool City Council, 2009 (http://www.liverpool.gov.uk/Environment/Environmental_health/healthyhomes/index.asp, accessed 23 November 2009).
231. Priority public health conditions [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 http://www.who.int/social_determinants/themes/prioritypublichealthconditions/background/en/index.html, accessed 28 June 2009).
232. Blas E et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet*, 2008, 372:1684–1689.
233. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56:295–303.
234. Kivimaki M et al. Best-practice interventions to reduce socioeconomic inequities of coronary heart disease mortality in the United Kingdom: a prospective occupational cohort study. *Lancet*, 2008, 372:1648–1654.
235. Gilpin C. *Research proposal: to explore the TB related knowledge, attitude, practice and behaviour among migrant labour workers in Tajikistan*. Geneva, International Organization for Migration, 2009.
236. Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_2, accessed 28 June 2009).
237. McDaid D, Suhrcke M. The contribution of public health interventions: an economic perspective. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf, accessed 28 June 2009).
238. Mackenbach JP, Kunst AE. Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf, accessed 28 June 2009).

239. Mossialos E, Thomson S. *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20041014_3, accessed 28 June 2009).
240. Suhrcke M et al. Economic costs of ill health in the European Region. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf, accessed 28 June 2009).

Teil 3: Stärkung der Gesundheits- systeme



Investitionen zur Förderung der Gesundheitssysteme

Im vergangenen Jahrzehnt hat in allen Teilen der Europäischen Region ein Prozess weitreichender Reformen stattgefunden, dessen Zielsetzung darin bestand, in die Gesundheitssysteme zu investieren und eine Verbesserung ihrer Leistung zu erreichen. Der derzeitige Reformprozess im Gesundheitswesen in der Europäischen Region entspricht in etwa der Art von Reformen, wie sie auf der Konferenz der WHO zur Reform der Gesundheitsversorgung 1996 in Ljubljana (Slowenien) gefordert wurden (1). Die in jüngster Zeit durchgeführten Reformen betreffen alle vier Funktionen eines Gesundheitssystems: Leistungserbringung, Erschließung von Ressourcen, Finanzierung und Steuerung (stewardship). Diese Funktionen werden im Folgenden einzeln erläutert.

Erbringung integrierter und kosteneffektiver Leistungen

Die Erbringung von Gesundheitsleistungen ist vielleicht die Funktion, die am meisten wahrgenommen und diskutiert wird. Im vergangenen Jahrzehnt der Reformierung des Gesundheitswesens hat diese Funktion viel Aufmerksamkeit erhalten. In der Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung (2) wurde die Notwendigkeit einer Verbesserung von Qualität und Kosteneffektivität der Versorgung sowie einer Verlagerung hin zur primären Gesundheitsversorgung und zu umfassenden und kontinuierlichen Versorgungsleistungen hervorgehoben. Im Einklang mit dieser Zielrichtung haben viele Länder ihre Reformbemühungen auf die genannten Dimensionen der Leistungserbringung ausgerichtet. Aufgrund der gegenwärtigen demografischen und epidemiologischen Trends, die ein vermehrtes Auftreten chronischer und multipler Erkrankungen bei älteren Menschen beobachten lassen, besteht eine erhöhte Notwendigkeit, die Gesundheitsversorgungsmodelle zu überdenken.

Integration und Koordination von Leistungen

Eine europaweit verfolgte Reformstrategie besteht darin, klinische Leistungen im gesamten Spektrum der primären (oder ambulanten) und stationären Gesundheitsversorgung einzubeziehen (3). Die vorhandenen Erkenntnisse deuten darauf hin, dass eine leistungsfähige primäre Gesundheitsversorgung die Gesundheitssituation der Bevölkerung verbessert (4) und dass eine Priorisierung der primären Gesundheitsversorgung (5) dazu führen würde, dass Patienten kontinuierlicher betreut und die Kosten der Krankenhausversorgung reduziert werden. Deshalb haben verschiedene Länder der Europäischen Region bereits eine Vielzahl von Instrumenten eingeführt, durch die die Zuständigkeit für Haushaltsfragen bzw. sonstige Entscheidungsbefugnisse von der Krankenhausebene auf die primäre Gesundheitsversorgung verlagert wird. Der Abschnitt über die Neubelebung der primären Gesundheitsversorgung enthält eine ausführliche Erörterung der Themen, die die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung allgemein und die Erbringung bürgernaher Leistungen im Besonderen betreffen.

Einige Länder haben finanzielle Anreize für Anbieter wie auch Abnehmer von Leistungen eingeführt, um mehr Kosteneffektivität bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu erreichen. Die Leistungserbringer der primären Gesundheitsversorgung müssen sich sowohl mit medizinischen als auch mit kostenbezogenen Aspekten befassen, wenn der Etat für das Krankenhauswesen ganz oder teilweise an Träger der primären Gesundheitsversorgung wie die Primary Care Trusts in England, die kommunalen Gesundheits- und Sozialämter in Finnland oder die Bezirksgesundheitsämter in Schweden übertragen wird. In England bewirkt das unlängst eingeführte Modell des Practice-Based Commissioning (ein Praxisbudget für

Hausärzte, mit dem sowohl eigene Leistungen erbracht als auch fremde Gesundheitsleistungen eingekauft werden) eine weitere Verlagerung der Budgetverantwortung von den Krankenhäusern auf die Hausärzte (wie dies bereits in den 1990er Jahren im Rahmen des GP Fundholding der Fall war); gleichzeitig soll die Abstimmung verbessert werden, allerdings gibt es bisher nur wenige Anzeichen für Erfolg (6). Länder, in denen es keine Tradition einer ärztlichen „Lotsenfunktion“ (d. h. die primärversorgenden Ärzte fungieren als „Lotsen“ durch Überweisungen an spezialisierte Leistungserbringer der nächsthöheren Ebene) gibt (z. B. Frankreich, Deutschland, Niederlande, Schweden), haben versucht, ein solches System mit Hilfe finanzieller Anreize einzurichten.

Eine gängige Reformstrategie in der gesamten Europäischen Region ist die Umstrukturierung der Organisation der primären Gesundheitsversorgung. So haben einige Länder, u. a. Dänemark, Finnland, die Niederlande, Schweden und teilweise das Vereinigte Königreich, die Anbieter dazu ermutigt, sich zu größeren Primärversorgungseinrichtungen zusammenzuschließen. Deutschland hat größere Zentren bzw. Polikliniken eingeführt, in denen Leistungen der primären Gesundheitsversorgung zusammen mit Diagnoseleistungen und fachärztlichen Leistungen angeboten werden. Anders sieht die Situation in vielen Ländern Mittel- und Osteuropas (z. B. Estland und Ungarn) aus, wo seit Mitte der 1990er Jahre versucht wird, Fachärzte aus Polikliniken dazu zu bewegen, sich als selbständige Hausärzte niederzulassen.

Es gibt deutliche Anzeichen dafür, dass tendenziell eine Verlagerung von der stationären zur ambulanten Versorgung stattfindet; dies ist vielleicht teilweise auf eine Reformierung der Organisation und Erbringung von Gesundheitsleistungen, aber auch auf technologische und klinische Innovationen zurückzuführen. Insbesondere die stationäre Versorgung wird in andere Umgebungen verlagert: So werden kostenintensive stationäre Leistungen durch kostengünstigere ambulante Eingriffe ersetzt (7,8). Zwischen 1996 und 2005 nahm die Zahl der Krankenhausbetten pro Kopf in der gesamten Region deutlich ab. Dem liegen mindestens zwei politische Ziele zugrunde: Verlagerung von der stationären zur ambulanten Versorgung und Verlagerung der psychischen Gesundheitsversorgung von der institutionellen auf die gemeindenahere Ebene. Dieser rückläufige Trend war besonders in den GUS-Staaten bemerkbar (22%), wo es ein Überangebot an Krankenhäusern gab. Dort fiel die Zahl der Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner im Zeitraum 1996–2007 von 1077 auf 845. Dennoch verfügen die GUS-Staaten nach wie vor über mehr Krankenhausbetten als die EU-Staaten, wo in demselben Zeitraum die Zahl der Betten um 17% abnahm: von 689 auf 570 pro 100 000 Einwohner (9).

Eine weit verbreitete Reformmaßnahme hinsichtlich der Organisation der Leistungserbringung war aufgrund der wachsenden Prävalenz chronischer Erkrankungen die Entwicklung und Einführung so genannter Krankheitsmanagementprogramme, die inzwischen in den meisten Ländern in irgendeiner Form existieren (10). Das Krankheitsmanagement ist somit zu einem zentralen Instrument bei der Bewältigung der wachsenden Belastung durch chronische Krankheiten und bei der Schaffung neuer Versorgungsmodelle geworden. Die primäre Zielsetzung dieser Reformen besteht darin, eine ununterbrochene Behandlung chronisch Kranker in der medizinisch bestgeeigneten und kosteneffektivsten Umgebung zu gewährleisten. Vieles spricht dafür, dass eine Koordination der Versorgungsumgebungen und -anbieter wirksamer ist als herkömmliche, unabgestimmte Maßnahmen (11). Die meisten Länder haben allerdings ein Modell eingeführt, das individualistisch geprägt und auf die Ebene der Leistungserbringung ausgerichtet ist, und keine Maßnahmen ergriffen, die das gesamte System erfassen und nicht nur eine veränderte Leistungserbringung, sondern auch

Grundsatzmaßnahmen, Strukturen und gemeindenahe Ressourcen beinhalten. Maßnahmen, die sich auf das gesamte System auswirken, sind möglicherweise geeigneter, um nachhaltige Wirkungen in Bezug auf Qualität und gesundheitliche Ergebnisse zu erzielen (11).

Länder mit einer traditionell weniger stark ausgeprägten Ausrichtung auf die primäre Gesundheitsversorgung haben offizielle Krankheitsmanagementprogramme eingeführt, um der Fragmentierung der Versorgung entgegenzuwirken (10); dies war u. a. in Deutschland sowie später in Frankreich und in geringerem Maße in den Niederlanden der Fall. Auch die Länder mit einer traditionell starken Ausrichtung auf die primäre Gesundheitsversorgung verfolgen ähnliche Ziele in Bezug auf die Verbesserung der Versorgungskoordination, wenn auch mit unterschiedlichen politischen Instrumenten. Länder wie Dänemark, England, die Niederlande und Schweden haben Anstrengungen unternommen, die Rolle des Pflegepersonals bei der Erbringung und Steuerung von Versorgungsleistungen zu stärken und die traditionelle Grenze zwischen Gesundheits- und Sozialsektor zugunsten einer integrierten Versorgung zu überwinden. In Schweden spielen Kliniken, die von Pflegefachkräften geführt werden, eine bedeutende Rolle bei der Behandlung von Gesundheitsproblemen wie Diabetes und Bluthochdruck. Ähnliche Modelle bestehen auch in Dänemark, England und den Niederlanden.

Patientenfreundlichere Gesundheitssysteme

In der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand (12) wird die Bedeutung einer verstärkten Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse, Präferenzen und Erwartungen der Menschen anerkannt. Die Bedarfsgerechtigkeit ist ein relativ neues Konzept, das in engem Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit steht. Bei beiden Konzepten wird gemessen, inwiefern ein Gesundheitssystem den Erwartungen der Bürger und Patienten entspricht, wenn auch der Begriff „Bedarfsgerechtigkeit“ ausschließlich diejenigen Erwartungen beinhaltet, die als legitim angesehen werden und innerhalb des Gesundheitssystems angesiedelt sind (13). Um ihre Gesundheitssysteme bedarfsgerechter auszugestalten, verfolgen die Länder eine Vielzahl von Strategien (13):

- Definition von Ansprüchen und Leistungen, transparentere Gestaltung von Leistungspaketen und Einbeziehung eines größeren Angebotsspektrums innerhalb von Leistungspaketen, die der Würde der Patienten besser Rechnung tragen (z. B. durch Palliativmaßnahmen);
- Verkürzung von Wartezeiten und -listen;
- gesetzliche Regelung der Rechte von Patienten und Einführung von Patientencharten;
- Aufnahme des Konzepts der Patientenwürde in die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften;
- Erweiterung des Patientenwahlrechts in Bezug auf Anbieter bzw. Einkäufer.

Der World Health Survey (14) untersucht den Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit in allen Ländern, von denen einige, wie etwa England und Schweden, auch regelmäßige Umfragen unter Patienten durchführen, in denen neben der Bewertung der Versorgungsqualität auch bestimmte Aspekte der Bedarfsgerechtigkeit erfasst werden.

Im vergangenen Jahrzehnt ist es in Dänemark, England und Spanien gelungen, durch konkrete Grundsatzmaßnahmen, in denen nachfrage- und angebotsorientierte Konzepte miteinander verbunden wurden, Wartezeiten erheblich zu verkürzen (13,15). Diese Wartezeitverkürzungen und die dadurch bedingte höhere Bedarfsgerechtigkeit wurden durch einen erheblichen Kapazitätsausbau sowie durch Festlegung von Vorgaben für Wartezeiten bei gleichzeitiger Erweiterung des Patientenrechts auf freie Krankenhauswahl erreicht.

Viele Länder haben verschiedene Modelle eines Patientenwahlrechts eingeführt und dabei versucht, anhand der Patientenpräferenzen mehr Bedarfsgerechtigkeit und Zufriedenheit zu erreichen und durch marktorientierte Maßnahmen auf mehr fiskalische Effizienz hinzuwirken. In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen (z. B. Dänemark, Norwegen und Schweden) wurde meist die freie Wahl der Leistungserbringer auf der Angebotsseite des Systems eingeführt. England hat sowohl für private als auch für öffentliche, vom staatlichen Krankenversicherungssystem (NHS) betriebene Krankenhäuser ein Patientenwahlrecht begründet. Durch die Einführung von Ambulanzen, die von Pflegefachkräften geführt werden (walk-in clinics), sowie von telefonischen Triagediensten (NHS Direct) besteht nun auch an der Erstkontaktstelle zum System ein Wahlrecht des Patienten. In Ländern mit Gesundheitssystemen, die auf einem Sozialversicherungsmodell beruhen, wurde durch neue Regelungen mehr Wahlfreiheit bezüglich der Krankenkassen (Deutschland und Schweiz) bzw. der Versicherungsunternehmen (Niederlande und Tschechische Republik) geschaffen. Allerdings unterliegt die Wahl des Versicherers einem streng reglementierten Rahmen, der Mechanismen zum Risikoausgleich beinhaltet, die die Motivation der Versicherer, eine Risikoselektion vorzunehmen, zwar nicht vollständig beseitigen, jedoch reduzieren sollten. Die Erfahrungen mit diesen Reformen deuten darauf hin, dass eine staatliche Regulierung unter ausreichender Information der Patienten und entsprechender Unterstützung für anstehende Entscheidungen notwendig ist, um die Effizienz zu steigern, ohne dass dadurch die Solidarität beeinträchtigt würde.

Neben den verbesserten Wahlmöglichkeiten haben die Länder auch eine große Bandbreite von Maßnahmen zur Stärkung der Position der Patienten durchgeführt, u. a. durch gesetzliche Verankerung von Patientenrechten, obligatorische Vertretung von Einkäufern und Leistungserbringern in den einschlägigen Gremien, Einführung von Ombudsmann-Funktionen und Verbesserung der Beteiligung von Patienten an Entscheidungen, die ihre Versorgung betreffen. Dies ist insbesondere für die Behandlung chronisch Kranker von Bedeutung, wo die Beteiligung und Selbstbehandlung von Patienten nachgewiesenermaßen zu besseren Ergebnissen führt (10). Dafür ist ein System erforderlich, das die Gesundheitskompetenz von Patienten und ihre Beteiligung an Behandlungsentscheidungen fördert und mündige Patienten heranbildet, die an der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankungen aktiv mitwirken (16).

Verbesserung der Versorgungsqualität

Qualitätsverbesserung war in jüngster Zeit in der gesamten Region eines der Schlüsselmerkmale von Gesundheitsreformen. Die Strategien umfassen organisatorische, finanzielle und ordnungspolitische Instrumente, und die einzelnen Maßnahmen reichen von der übergeordneten Systemebene bis ins klinische Umfeld. Zu den zahlreichen Maßnahmen gehören:

- nationale Rechtsvorschriften und Konzepte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung;
- umfassende Strategien zur Verbesserung der Patientensicherheit;
- neue Systeme für die Registrierung und Genehmigung neuer Technologien und Arzneimittel;
- Einbeziehung von Qualitätssicherung in berufliche Aus- und Weiterbildungsprogramme;
- Einhaltung klinischer Leitlinien und Prüfverfahren;
- Einrichtung von Informationssystemen und Qualitätssicherungsverfahren auf der klinischen Ebene;

- Einbeziehung von Qualitätsindikatoren bei der Vergütung der Leistungserbringer (leistungsbasierte Bezahlung).

Darüber hinaus spielen die OECD, die EU-Kommission und die WHO eine wichtige Rolle bei der Beratung nationaler Regierungen in Bezug auf Strategien zur Verbesserung von Versorgungsqualität und Patientensicherheit (17).

Viele Länder bemühen sich mit umfassenden Strategien und gesetzlichen Maßnahmen systematisch um eine Verbesserung der Versorgungsqualität, doch ist das Ausmaß, in dem solche qualitativen Verbesserungen durch Gesetze angestrebt werden, von Land zu Land verschieden (17). So setzen einige Länder (z. B. Bulgarien, Estland, Griechenland, Lettland, Luxemburg, Malta, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakei, Ungarn, Zypern) statt nationaler Qualitäts- oder Sicherheitsvorschriften auf lokale Initiativen und freiwillige Qualitätssicherungsverfahren. Andere (z. B. Irland, Litauen, Slowenien und die Tschechische Republik) haben vor kurzem die Qualität der Versorgung gesetzlich geregelt. In vielen Ländern haben nationale Qualitätssicherungsmaßnahmen eine lange Tradition; manche von ihnen (Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien, Schweden und Spanien) führen kleinere Reformen durch, während andere (Belgien, Dänemark, England, die Niederlande und Österreich) organisatorische Reformen durchlaufen, bei denen Qualitätsaspekte eine Schlüsselrolle spielen. Spezielle institutionelle Einrichtungen zur Gewährleistung von Patientensicherheit scheint es jedoch nur in Dänemark, Deutschland, den Niederlanden, Spanien und dem Vereinigten Königreich zu geben (17). Obwohl in den letzten Jahren in der gesamten Europäischen Region eine Vielzahl von gesetzlichen und ordnungspolitischen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung durchgeführt wurde, liegt kaum eine systematische Evaluation ihrer Wirkung vor.

Neben den gesetzlichen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung sind in den Ländern der Europäischen Region auch zahlreiche organisatorische Instrumente eingeführt worden. Klinische Praxisleitlinien sind ein weit verbreitetes Instrument zur Qualitätsverbesserung, da sie dazu beitragen, Ungleichheiten in der klinischen Praxis abzubauen und die Patientensicherheit zu verbessern. Die meisten Länder haben solche Systeme bereits eingeführt, andere (z. B. Griechenland, Lettland, Österreich, Polen, Rumänien und Zypern) sind dabei, dies zu tun. Ob solche Leitlinien allerdings in der Lage sind, Qualitätsverbesserungen herbeizuführen, hängt davon ab, ob sie Verhaltensänderungen der Leistungserbringer bewirken. Neben den klinischen Leitlinien kann auch die Zusicherung von Mindestqualifikationen in die Registrierungs- und Genehmigungsverfahren für die Ausbildung, Zertifizierung oder Revalidierung von Gesundheitsfachkräften und Dienstleisterorganisationen aufgenommen werden. Solche Verfahren sind in den Ländern der Region sehr unterschiedlich geregelt: So verfügen manche über Selbstregulierungsverfahren, in anderen ist ein externes Regulierungsgremium zuständig; manche Verfahren sind auf freiwilliger, andere auf obligatorischer Basis. Dennoch herrscht allgemeine Einigkeit darüber, dass lebenslanges Lernen und eine regelmäßige Revalidierung zur Bewertung der fachlichen Eignung dazu beitragen, dass die Qualität verbessert wird und die Leistungen risikofrei erbracht werden (18).

Engagement für öffentliche Gesundheit, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Die Gesundheitspolitiker der Europäischen Region erkennen zunehmend an, dass Maßnahmen zugunsten der öffentlichen Gesundheit, einschließlich Krankheitsprävention, eine wichtige Rolle für die Gesundheit der Bevölkerung spielen. Dies hat zur Einrichtung einer Vielzahl

von Forschungs- und Beratungsgremien und zur Entwicklung nationaler und internationaler Strategien zur Förderung der öffentlichen Gesundheit geführt.

Der Schutz der öffentlichen Gesundheit beinhaltete traditionell eine Auseinandersetzung mit übergeordneten gesundheitsrelevanten materiellen und sozialen Bedingungen (z. B. sanitäre Verhältnisse und Lebensstandard), die eng mit der Bekämpfung von Infektionskrankheiten verbunden waren und die Grundlage für viele Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit bildeten. Angesichts der wachsenden Zahl chronischer Erkrankungen hat sich der Aktionsradius des öffentlichen Gesundheitsschutzes um eine Reihe von Gesundheitsförderungsmaßnahmen erweitert, die über die bisherigen Maßnahmen zur Reduzierung chronischer Erkrankungen durch Einwirken auf bekannte Risikofaktoren, Minimierung des Risikos von Komplikationen und Zusatzerkrankungen sowie Verlängerung der Lebenserwartung der Betroffenen hinausgehen. Die bisherigen Reformbemühungen waren darauf ausgerichtet, dem Schutz der öffentlichen Gesundheit eine zentralere Rolle innerhalb der Gesundheitssysteme einzuräumen. Zu diesem Zweck ergriff man vorgelagerte Maßnahmen wie die Linderung von Armut und die Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen in Verbindung mit nachgelagerten Maßnahmen wie Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die häufig an bekannten Risikofaktoren und Lebensgewohnheiten wie Rauchen und Bewegungsmangel ansetzten (19).

Die Integration und Abstimmung von Gesundheitsmaßnahmen in der Europäischen Region ist mit Bemühungen zur Stärkung der Rolle der primären Gesundheitsversorgung innerhalb des Gesundheitssystems verbunden, doch auch die Einbeziehung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung spielt eine bedeutende Rolle. Hausärzte verbringen einen beträchtlichen Teil ihrer Arbeitszeit mit primären Präventionsleistungen wie Gesundheitsberatung, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen (20). So spielt die primäre Gesundheitsversorgung heute eine zunehmende Rolle bei kosteneffektiven Maßnahmen zugunsten der öffentlichen Gesundheit, z. B. systematische Untersuchungen auf Bluthochdruck, Serumcholesterin und bestimmte Krebsarten sowie Beratungsangebote in Bezug auf durch bestimmte Ernährungsgewohnheiten oder Alkohol- und Tabakkonsum bedingte Gesundheitsrisiken. Auch andere Gesundheitsfachkräfte an der Erstkontaktstelle zwischen Patienten und Gesundheitssystem sind wichtig. So hat beispielsweise 2008 die schottische Regierung in einer Initiative zur Adipositas-Bekämpfung für Allgemeinärzte, Pflegekräfte, Gemeindeschwestern und Apotheker im NHS Leitlinien erstellt, anhand derer diese ihre Patienten dazu anregen können, mehr Bewegung in ihren Alltag zu integrieren.

Die Reform der sanitär-epidemiologischen Dienste in den östlichen Ländern der Europäischen Region war durch den Mangel an angemessenen öffentlichen Gesundheitsangeboten notwendig geworden. Diese Dienste hatten zwar mit ihren Impf- und Krankheitsmanagementprogrammen deutliche Erfolge erzielt, es dabei aber weitgehend versäumt, aktive Gesundheitsförderung zu betreiben und sich mit den Risikofaktoren für chronische Krankheiten auseinanderzusetzen (21,22). In einigen Ländern wurden die sanitär-epidemiologischen Dienste gänzlich abgeschafft und neue organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen. So hat z. B. Kasachstan 1997 ein Nationales Zentrum zur Förderung gesunder Lebensgewohnheiten gegründet. Es wacht über die Umsetzung der nationalen Gesundheitsförderungs politik, schafft einen ordnungspolitischen Rahmen für die Gesundheitsförderung und ist für die Zusammenarbeit mit den Medien und mit öffentlichen Organisationen zuständig. Bis 2006 war die Verlagerung dieser Strukturen von der nationalen auf die regionale Oblast-Ebene vollzogen. Parallel dazu wurde ein sektorübergreifender

Gesundheitsförderungsrat ins Leben gerufen (23). Das Nationale Zentrum zur Förderung gesunder Lebensgewohnheiten fand auch in den Nachbarländern Beachtung, und in der Folgezeit wurden in Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan ähnliche Einrichtungen ins Leben gerufen (23,24).

Investitionen in personelle und finanzielle Ressourcen

Die Politiker der Europäischen Region haben erhebliche Schwierigkeiten, geeignete Pläne zu entwickeln und ausreichende Investitionen in personelle und finanzielle Ressourcen zu ermöglichen. Die Länder müssen durch langfristige Planung sowie entsprechende Investitionen das Arbeitskräfteangebot im Gesundheitswesen sichern, bestehende Probleme für migrationswillige Gesundheitsfachkräfte bewältigen und in Forschungsmaßnahmen und Gesundheitstechnologiebewertung investieren. In der Charta von Tallinn (12) wurden solche Herausforderungen explizit thematisiert. In diesem Abschnitt werden aktuelle Reformen und Herausforderungen in diesen zentralen Bereichen der Ressourcengenerierung behandelt.

Investitionen zur Förderung von Gesundheitsfachkräften

Da sich die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung und die damit verbundenen Leistungserbringungsmodelle laufend verändern, müssen die Fachkräfte gut ausgebildet und flexibel sein. Zu den größten Herausforderungen für die Gesundheitsfachkräfte in der Europäischen Region gehören die zunehmende Geschwindigkeit, mit der sich die Bedingungen für die Bereitstellung und Organisation der Gesundheitsversorgung verändern, z. B. durch wechselnde Krankheitsmuster und demografische Faktoren, die Verbreitung neuer und hoch entwickelter Technologien, zunehmend mündige und anspruchsvolle Patienten, die wachsende Nachfrage nach evidenzbasierter Medizin und die allgemeinen ökonomischen Rahmenbedingungen (25). Auch die Zusammensetzung des Gesundheitspersonals verändert sich; so führt etwa der wachsende Frauenanteil unter den Ärzten dazu, dass die bisherigen Grenzen zwischen den Berufsgruppen zusehends verschwimmen. Angesichts ihrer unterschiedlichen Situationen versuchen die Politiker mit einer Vielzahl verschiedener Konzepte, die Erschließung und Nutzung von Ressourcen in ihren Gesundheitssystemen effizienter und effektiver zu gestalten.

Der Bereich der personellen Ressourcen stellt die Länder vor unterschiedliche Probleme und Herausforderungen. Das Angebot an Gesundheitsfachkräften ist in der Europäischen Region gegenwärtig sehr unterschiedlich ausgeprägt und verteilt. So steht einem Personalmangel (vor allem bei Hausärzten und besser ausgebildeten Pflegekräften) in vielen Teilen Westeuropas ein historisch bedingtes Überangebot an Ärzten und Krankenhausbetten in vielen Ländern Zentral- und Osteuropas und in den GUS-Staaten gegenüber. 2002 gab es in der Europäischen Region nach Schätzungen ca. 16,6 Mio. Gesundheitsfachkräfte (26).

Die Unterschiede hinsichtlich des Fachkräfteangebots sind möglicherweise nicht nur durch unterschiedliche Strukturen in der ambulanten Versorgung (z. B. in Bezug auf die Erstkontaktstelle zwischen Patient und Gesundheitssystem), sondern auch durch Unterschiede hinsichtlich der zugrunde liegenden demografischen und ökonomischen Trends bedingt. Georgien und Griechenland verfügen mit fast 5 Ärzten pro 1000 Einwohner über die höchste Arztdichte. Auch Belgien, die Russische Föderation und Weißrussland verfügen über eine hohe Arztdichte (über 4 Hausärzte pro 1000 Einwohner), während sie in Albanien, Bosnien-Herzegowina, Montenegro, Rumänien, Tadschikistan, der Türkei und dem Vereinigten Königreich am niedrigsten ist (unter 2 Hausärzten pro 1000 Einwohner). Das Angebot an Pflegekräften ist innerhalb der Region ebenfalls sehr uneinheitlich. In einer

Reihe von Ländern gibt es Engpässe: In Albanien, Griechenland, Rumänien und der Türkei stehen 1000 Einwohnern jeweils weniger als 4 Pflegekräfte zur Verfügung. Belgien, Irland, die Niederlande, Norwegen, Schweden, Usbekistan und Weißrussland sind wesentlich besser mit Pflegekräften versorgt (10–15 pro 1000 Einwohner) (9). In einigen Ländern wie Dänemark, Frankreich, Island, Norwegen und Schweden herrscht Besorgnis über die Alterung des Pflegepersonals, die für die Zukunft die Gefahr einer Personalknappheit im Pflegebereich mit sich bringt (26). Die langfristigen Folgen des in vielen Ländern zu verzeichnenden Rückgangs an Medizinstudenten sowie des bevorstehenden Ruhestands der nach 1945 geborenen Ärzte führen dazu, dass die betreffenden Länder in zunehmendem Maße auf im Ausland ausgebildete Gesundheitsfachkräfte angewiesen sind (siehe unten).

Eine besondere Herausforderung stellt die Planung des zahlenmäßigen Verhältnisses zwischen Hausärzten, Fachärzten und Pflegekräften dar. So scheint vor allem in einigen westeuropäischen Ländern der Anteil der Hausärzte zu sinken, was nicht nur durch die zunehmende Komplexität der ärztlichen Behandlung (27), sondern auch durch kulturelle und finanzielle Faktoren bedingt ist. Viele Länder haben deshalb in jüngster Zeit ihre Maßnahmen zur Ausbildung bzw. Umschulung zusätzlicher Ärzte für die primäre Gesundheitsversorgung verstärkt (Vereinigtes Königreich) oder vermehrt Anreize für die Absolventen medizinischer Fakultäten geschaffen, in der primären Gesundheitsversorgung tätig zu werden (Finnland und Schweden). Manche Länder (z. B. die Niederlande) bemühen sich auch verstärkt darum, mehr Pflegekräfte auszubilden, abwanderungswillige Fachkräfte zu halten bzw. Personen zurückzugewinnen, die dem Berufsstand bereits den Rücken gekehrt haben.

Darüber hinaus wird den Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitswesen mehr Aufmerksamkeit zuteil, da zunehmend Erkenntnisse über die sozialen Gesundheitsdeterminanten und die Effektivität und Kostengünstigkeit von Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit vorliegen. Mitgliedstaaten aus der gesamten Region versuchen mit einer Vielzahl von Konzepten, die Beschäftigten im Gesundheitswesen sowohl zahlenmäßig als auch in Bezug auf ihre Qualifikationen zu verstärken.

- Kasachstan und Ungarn haben neue Hochschulen für öffentliche Gesundheit gegründet.
- Deutschland hat zwischen 1989 und 1995 mehrere Postgraduierten-Studiengänge eingeführt.
- Frankreich hat 2004 im Rahmen seiner Reform des öffentlichen Gesundheitswesens auch seine Ausbildung im Bereich der öffentlichen Gesundheit umgestellt.
- Estland hat die Gesundheitsförderung in die Lehrpläne für die Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften aufgenommen und Beamte und Lehrer verstärkt für Belange der öffentlichen Gesundheit sensibilisiert (28).
- Kroatien hat mit Hilfe eines modular aufgebauten kommunalen Ausbildungsprogramms versucht, fehlende Kenntnisse im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu kompensieren, insbesondere in den Teilbereichen Gesundheitsmanagement und Strategieentwicklung, aber auch Surveillance und Krankheitsprävention (29).
- Auch Universitäten und Einrichtungen der öffentlichen Gesundheit aus anderen Ländern der Europäischen Region spielen offenbar bei der Stärkung der Zusammenarbeit mit Hochschulen für öffentliche Gesundheit auf dem Gebiet der Ausbildung im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle (30).

Die Migration von Gesundheitsfachkräften ist ein zentrales Thema bei der Analyse der personellen Ressourcen der Europäischen Region, das sowohl eine Herausforderung als auch eine Chance für die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme darstellt. Seit

Ende der 1990er Jahre hat sich die grenzüberschreitende Anwerbung und Migration von Gesundheitsfachkräften erheblich verstärkt. Die Politik bemüht sich darum, die Defizite durch Anwerbung von Ärzten und Pflegekräften aus anderen EU-Staaten und sonstigen Regionen auszugleichen. Darüber hinaus hat der Prozess der EU-Erweiterung die Mobilität erhöht, was im Hinblick auf die mögliche Abwanderung von Gesundheitsfachkräften insbesondere aus den EU-12-Staaten mit einiger Sorge gesehen wird (26).

Die grenzüberschreitende Migration von Gesundheitsfachkräften kann der Personalknappheit entgegenwirken, die Lebensbedingungen von Migranten verbessern und das Überangebot an Arbeitskräften in den Herkunftsländern beseitigen (26,31). Diese Migrationsbewegung ist jedoch auch mit Problemen verbunden, die sowohl die Länder betreffen, die Arbeitskräfte verlieren, als auch diejenigen, die auf Arbeitskräfte aus anderen Ländern angewiesen sind (zumindest im Hinblick auf sprachliche und sonstige Hindernisse für eine Eingliederung in das neue System). Das Vereinigte Königreich betreibt eine Politik der gezielten Personalplanung, bei der in hohem Maße auf abwanderungswillige Gesundheitsfachkräfte, meist aus Ländern außerhalb der EU (z. B. Indien und Südafrika) zurückgegriffen wird. Im Jahr 2002 kamen etwa ein Drittel der 71 000 NHS-Krankenhausärzte aus dem Ausland, und 2003 waren mehr als zwei Drittel der 15 000 neuen Vollmitglieder der britischen Ärzteschaft ausländische Staatsangehörige (31). Polen gehört zu den Ländern der Region, die am stärksten von Abwanderung betroffen sind, allerdings haben sich die Befürchtungen, die in diesem Zusammenhang zum Zeitpunkt des EU-Beitritts bestanden, weder in Polen noch in sonstigen Ländern im vollen Umfang bewahrheitet (26).

Bei der Überwachung und Messung der Migrationsbewegung hat es gewisse Fortschritte gegeben, doch die Informationsgrundlage muss noch ausgebaut werden, um die relative Abwanderung von Beschäftigten aus den Herkunftsländern (und die Abwanderung in andere Arten von Beschäftigung innerhalb des Landes) sowie die Zuwanderung (mengenmäßig und dem Ursprung nach) in die Zielländer erfassen und so den Planungsprozess verbessern zu können. Die Folgen der Abwanderung von Fachkräften und die verschiedenen Strategien zu ihrer Eindämmung bzw. zum Halten von Arbeitskräften müssen systematisch ausgewertet und die Ursachen der Personalknappheit näher untersucht werden. Zu den Grundsatzoptionen für die Bewältigung der durch Zu- und Abwanderung bedingten Herausforderungen gehören die Überwachung von Migrationsströmen und die Entwicklung leistungsfähiger Informationsgrundlagen, aber auch eine aktive Steuerung des Migrationsprozesses. Eine solche Steuerung der Migration wird angesichts der demografischen Veränderungen und der fortschreitenden EU-Erweiterung an Bedeutung gewinnen und kann in Form einer Unterstützung von Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, des Abschlusses bilateraler Vereinbarungen zwischen den Regierungen bzw. Arbeitgebern in den Mitgliedstaaten oder einer Prüfung der Möglichkeit einer Entschädigung der Herkunftsländer erfolgen.

Bewertung von Gesundheitstechnologien

Die Untersuchung der Gesundheitspolitik, der Gesundheitsleistungen und konkret der ethisch vertretbaren und wirksamen Nutzung von Gesundheitstechnologien ist eine wichtige Voraussetzung für die Erschließung von Ressourcen durch das Gesundheitssystem. Angesichts der beträchtlichen Fortschritte, die in den vergangenen Jahren auf dem Gebiet der Gesundheitstechnik erzielt wurden, bedienen sich Gesundheitspolitiker in der gesamten Europäischen Region zunehmend des Instruments der Gesundheitstechnologiebewertung, um eine wirksame Regulierung, Verbreitung und Nutzung dieser Technologien zu gewährleisten. Mit der Bewertung von Arzneimitteln und anderen Bereichen der Medizintechnik wird das Ziel verfolgt, bei der Leistungserbringung unwirksame oder iatrogene Maßnahmen zu vermeiden

und Kosteneffizienz zu gewährleisten. Da außerdem Arzneimittel mittlerweile bis zu 30% der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen (9), sind nun in der gesamten Europäischen Region verstärkte Bemühungen festzustellen, eine Kostensenkung durch Preisregulierung herbeizuführen (32) und Kostenerstattungsentscheidungen von Erkenntnissen zur Kosteneffektivität abhängig zu machen.

Bei der Gesundheitstechnologiebewertung werden als Kriterien meist Sicherheit, Wirksamkeit, Kosten und Kosteneffektivität sowie eine Reihe sozialer, organisatorischer, rechtlicher und ethischer Implikationen zugrunde gelegt. Zahlreiche Länder haben auch offizielle Behörden für Gesundheitstechnologiebewertung eingeführt; insbesondere in den kleineren Ländern wie auch außerhalb der EU wird ihre Einführung derzeit in Angriff genommen oder erwägt (33,34). Die meisten der für die Gesundheitstechnologiebewertung zuständigen Behörden nehmen innerhalb des Entscheidungsprozesses eine beratende oder regulierende Rolle ein (35), obwohl sie alle über das Potenzial verfügen, die Bemühungen um Qualität und Effizienz zusammenzuführen und die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems zu verbessern. Programme zur Gesundheitstechnologiebewertung tragen im Allgemeinen dazu bei, Entscheidungsprozesse transparenter zu gestalten, z. B. durch unabhängige systematische Übersichtsarbeiten, Einbeziehung maßgeblicher Akteure und Erstellung von Leitlinien. Dennoch verfügt bisher noch kein Land über ein konkret definiertes und kosteneffektives Leistungspaket (36).

Einem wirksameren Einsatz der Gesundheitstechnologiebewertung stehen u. a. Ressourcenknappheit und begrenzte Fachkompetenz, mangelnde Transparenz hinsichtlich der Kriterien für Aufnahme bzw. Ausschluss von Maßnahmen und mangelnder politischer Wille zur Durchsetzung von Entscheidungen auf der Grundlage von Bewertungen gegenüber (34). Grundsätzlich jedoch besteht eine Tendenz hin zu einer verstärkten Nutzung der Gesundheitstechnologiebewertung für die Prüfung bestehender und neuer Leistungen – und damit ein Potenzial für die Verbesserung von Kosteneffizienz und Transparenz im System.

Neubelebung der primären Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region in Form bürgernahe Dienstleistungen

Die Erneuerung der primären Gesundheitsversorgung ist eine Forderung, die sich in den letzten Jahren zunehmend Gehör verschafft hat. Im Rahmen der Forderung „Gesundheit für alle“ begründete die Erklärung von Alma-Ata (37) aus dem Jahr 1978 einen ganzheitlichen Gesundheitsansatz, der weit über das eng gefasste medizinische Modell hinausging. Am dreißigsten Jahrestag der Erklärung hat die WHO im Weltgesundheitsbericht 2008 (38) bestätigt, dass deren Aussagen weiterhin Gültigkeit besitzen. Im Weltgesundheitsbericht 2008 werden die Länder dringend aufgefordert, auf die erwiesene Tatsache zu reagieren, dass der Zugang zur primären Gesundheitsversorgung die Grundlage eines effizienten Gesundheitsversorgungssystems darstellt und eine bürgernahe Versorgung, die den Mensch in den Mittelpunkt stellt, grundlegende Änderungen an der Leistungserbringung voraussetzt (38). Eine moderne primäre Gesundheitsversorgung, die den Mensch in den Mittelpunkt stellt, ist durch ein koordiniertes, integriertes, umfassendes und kontinuierliches Versorgungssystem gekennzeichnet, das für alle Menschen zugänglich ist (4).

Der Mensch im Zentrum: Implikationen einer bürgernahen Versorgung

Mit einer allgemein zugänglichen primären Gesundheitsversorgung ist eine Versorgung gemeint, die unter geografischen und finanziellen Gesichtspunkten der gesamten Bevölkerung zugänglich ist. Dies beinhaltet auch den Begriff des strukturellen Zugangs, der sich z. B. auf patientenfreundliche Sprechzeiten, Fernberatungen, kurze Wartezeiten und die Möglichkeit von Hausbesuchen bezieht (39). Kontinuierliche Versorgung bedeutet eine Versorgung in Form von „Folgekonsultationen, die aneinander anknüpfen“ (40). Kontinuierliche Versorgung erfolgt als informationelle Kontinuität im Sinne einer routinemäßigen Archivierung der medizinischen Daten zu den einzelnen Patienten und Arztbesuchen sowie als längenmäßige Kontinuität im Sinne einer primären Gesundheitsversorgung, die über einen längeren Zeitraum am selben Ort erbracht wird. Die größte Bedeutung kommt der zwischenmenschlichen Kontinuität zu. Damit ist eine kontinuierliche persönliche Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer gemeint, welche durch persönliches Vertrauen und Respekt gekennzeichnet sein sollte (41). Die Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsleistungen insgesamt wird vor allem durch die Koordinierung der primären Gesundheitsversorgung gewährleistet. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die primäre Gesundheitsversorgung den ersten Kontakt zum Gesundheitssystem darstellt und oftmals eine Art Lotsenfunktion hin zu weiteren Stufen der Gesundheitsversorgung erfüllt. Potenzielle Probleme bei der Patientenbetreuung entstehen vor allem beim Übergang zwischen primärer und sekundärer Gesundheitsversorgung oder zwischen Heilbehandlung und sonstigen (öffentlichen Gesundheits-)Leistungen im Rahmen der Gesundheitsförderung (42). Auch die Zusammenarbeit innerhalb der Primärversorgungspraxis und zwischen den Anbietern der Primärversorgung (z. B. Hausärzte, Krankenschwestern und Physiotherapeuten) muss koordiniert werden.

Ein weiteres Merkmal bürgernaher Versorgung ist das breite Spektrum an Heil-, Rehabilitations- und Präventionsangeboten, die entweder direkt von einem primärversorgenden Arzt erbracht oder speziell bei Dritten in Auftrag gegeben werden. Auch im Hinblick auf Praxisbedingungen, Räumlichkeiten, Geräte und fachliche Kompetenz der Erbringer primärer Gesundheitsleistungen zeichnet sich das Angebot durch seine Vielfalt aus. Darüber hinaus ist es wichtig, dass sich die Fachkräfte der primären Gesundheitsversorgung an den Bedürfnissen der örtlichen Bevölkerung orientieren (43). Tabelle 3.1 stellt die zentralen Elemente einer bürgernahen Versorgung den Merkmalen konventioneller Modelle gegenüber.

Unterschiede in der primären Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Region der WHO

In den vergangenen Jahrzehnten haben viele Länder der Europäischen Region Gesundheitsreformen durchgeführt, die mit einem Ausbau der primären Gesundheitsversorgung verbunden waren. Zielsetzungen und Hintergründe dieser Reformen waren jedoch von Land zu Land unterschiedlich, so dass sich die primäre Gesundheitsversorgung in der Region in vielfältiger Form präsentiert.

In Westeuropa sollte die Verstärkung der primären Gesundheitsversorgung den steigenden Kosten und Anforderungen entgegenwirken, die mit der demografischen und epidemiologischen Entwicklung verbunden sind; dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Alterung der Bevölkerung und die durch ungesunde Lebensgewohnheiten bedingte Zunahme chronischer und multipler Erkrankungen. Allgemein konzentrieren sich die Reformen der primären Gesundheitsversorgung eher darauf, bestehende Strukturen anzupassen, ohne

Tabelle 3.1: Unterschiede zwischen konventioneller Gesundheitsversorgung und bürgernahe Primärversorgung

Konventionelle ambulante Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern oder Ambulanzstationen	Programme zur Bekämpfung von Krankheiten	Bürgernahe Primärversorgung
Schwerpunkt: Krankheiten und ihre Heilung	Schwerpunkt: prioritäre Krankheiten	Schwerpunkt: gesundheitliche Bedürfnisse
Beziehung auf jeweilige punktuelle Konsultation beschränkt	Beziehung auf Implementierung des Programms beschränkt	dauerhafte persönliche Beziehung
punktuelle Heilbehandlung	Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen am Programm ausgerichtet	umfassende, kontinuierliche und patientenorientierte Versorgung
Verantwortung beschränkt auf wirksame und sichere Beratung des Patienten zum Zeitpunkt der Konsultation	Verantwortung für Krankheitsbekämpfungsziele innerhalb der Zielpopulation	Verantwortung für die Gesundheit aller Mitglieder der Gemeinschaft während ihres gesamten Lebens; Verantwortung für die Steuerung der Krankheitsdeterminanten
Nutzer als Kunden für bestimmte Versorgungsleistungen	Bevölkerungsgruppen als Zielgruppen der Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen	Die Menschen setzen sich in partnerschaftlicher Zusammenarbeit für ihre eigene Gesundheit und den Gesundheitszustand ihrer Gemeinschaft ein.

Quelle: *The world health report 2008. Primary health care – Now more than ever (38).*

umfassenden Änderungen des Gesundheitssektors in Angriff zu nehmen. Dagegen haben sich die osteuropäischen Länder der Region aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Semaschko-Modell für eine tief greifendere Reformierung ihrer Gesundheitssysteme entschieden und die hoch spezialisierte Ausrichtung auf bestimmte Krankheiten und das System krankenhausbasierter Leistungen zunehmend aufgegeben. Die Reformen der primären Gesundheitsversorgung waren daher Bestandteil von Programmen zur Reformierung des gesamten Gesundheitssektors, deren Ziel es war, die Finanzierungsmodelle, die Ausbildungs- und Schulungsinhalte für Gesundheitsfachkräfte und die Organisation und Erbringung der primären Gesundheitsversorgung zu ändern. Fallbeispiel 3.1 berichtet aus Deutschland und Kirgisistan.

Bürgernahe Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region der WHO

Auch wenn bei der Verbesserung der Gesundheitssysteme eindeutige Erfolge erzielt werden konnten, kommt es immer wieder zu Engpässen bei der ärztlichen Primärversorgung (insbesondere in ländlichen Gebieten) und zu langen Wartezeiten. Außerdem werden die Patienten aufgefordert, steigende Beiträge für ein System zu leisten, das den Anforderungen nicht gewachsen zu sein scheint, da es einen großen Anteil seiner Ressourcen für spezielle Heilbehandlungen und nicht für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung verwendet, obwohl die zuletzt genannten Bereiche die globale Krankheitslast um schätzungsweise 70% reduzieren könnten (38). Die steigenden Kosten der Versorgung sind angesichts der derzeitigen Weltwirtschaftslage besonders problematisch, da die Gefahr besteht, dass immer mehr Menschen den Zugang zur Versorgung verlieren.

Auch die primärversorgenden Ärzte haben mit Schwierigkeiten zu kämpfen. Sie haben zu viele – häufig ältere – Patienten mit zunehmend komplexer chronischer Komorbidität und zu wenig Zeit, um sich ihnen angemessen widmen zu können. Zudem wächst der Verwaltungsaufwand und es ist ihnen nicht möglich, mit den neusten medizinischen Entwicklungen Schritt zu halten. Allgemein fehlt es den Ärzten an der notwendigen Zeit, um ihre Aufgaben zufrieden stellend zu erfüllen (46). Dies gilt für die gesamte Region. Beispielsweise hat eine Untersuchung in Kirgisistan kürzlich gezeigt, dass sich umfangreiche Berichtspflichten negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken, da auf diese Weise

Fallbeispiel 3.1.: Ziele der Reformierung der Primärversorgung in Deutschland und Kirgisistan

Deutschland

2006 wurde in Deutschland der Versuch unternommen, die Funktion des Hausarztes als primärer Ansprechpartner in gesundheitlichen Belangen zu stärken. Traditionell handelt es sich bei den Hausärzten um selbständige Ärzte, die überwiegend in Einzelpraxen arbeiten und mit Fachärzten um Patienten konkurrieren. Das Krankenkassensystem bietet den versicherten Bürgern an, freiwillig Hausarztverträge abzuschließen. Die versicherte Person meldet sich bei einem Hausarzt ihrer Wahl an und verpflichtet sich, stets zuerst diesen Hausarzt zu konsultieren, bevor sie sich an einen Facharzt wendet. Versicherte, die einen solchen Vertrag abschließen und sich an die Bedingungen halten, werden von der Praxisgebühr in Höhe von 10 € befreit, die andernfalls pro Quartal zu entrichten ist.

Bis Mai 2007 hatten sich 5,3 Mio. Versicherte für ein solches Hausarztmodell entschieden und einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen. Dabei handelte es sich überwiegend um ältere oder chronisch kranke Versicherte. Eine Evaluierung hat ergeben, dass 90% der bei einem Hausarzt registrierten Patienten der Auffassung waren, dass sich die Versorgung nach ihrem Beitritt zum Hausarztmodell nicht geändert habe (44).

Kirgisistan

Die primäre Gesundheitsversorgung war einer der Eckpunkte der 1996 eingeleiteten Reform des Gesundheitssektors. Deren Hauptmerkmale waren die organisatorische und finanzielle Trennung von primärer Gesundheitsversorgung und Krankenhausversorgung und die Einrichtung neuer gemeinschaftlich betriebener Familienpraxen, die den organisatorischen Mittelpunkt der primären Gesundheitsversorgung bilden. Neben Pflegekräften und Hebammen wurde diesen Familienpraxen jeweils mindestens ein Arzt (Hausarzt) zugeteilt. Dieser teamorientierte Ansatz wurde auf allen Dienstleistungsebenen eingeführt. Zuvor mussten sich die Patienten bei einem Hausarzt ihrer Wahl anmelden und die einzelnen Gemeinschaftspraxen hatten bis zu 2000 Personen zu betreuen. Die neuen Hausärzte sind somit die primären Ansprechpartner, die den Zugang zur sekundären und tertiären Versorgung eröffnen.

Im Rahmen der Reorganisation der Leistungserbringung wurden in einer zweiten Stufe herkömmliche Polikliniken zu übergreifenden Polikliniken für Männer und Frauen zusammengeschlossen, und ab 2002 wurden die Polikliniken erneut umstrukturiert und in Zentren für Familienmedizin umbenannt. Sie bieten nun eine Kombination aus primären und sekundären ambulanten Versorgungsleistungen an, die von der allgemeinen Gesundheitsversorgung bis hin zu fachärztlichen Versorgung und Diagnose ein breites Spektrum abdecken. Auf diese Weise soll die Zahl der Fachärzte in den genannten Zentren schrittweise abgebaut werden.

Evaluationen haben ergeben, dass inzwischen eine Verlagerung von der sekundären zur primären Gesundheitsversorgung erfolgt ist. Parallel zum erweiterten Angebot und der besseren Reichweite der primären Gesundheitsversorgung ist festzustellen, dass die Zahl der Überweisungen und der überflüssigen Krankenhauseinweisungen gesunken ist (45).

weniger Zeit für die Patienten verbleibt. An einem durchschnittlichen Arbeitstag verbringen Hausärzte nur 34% ihrer Zeit mit der unmittelbaren Versorgung der Patienten. Die übrige Zeit nehmen Aufzeichnungen und Berichte in Anspruch (47).

Die Organisation der ärztlichen Praxis bestimmt den strukturellen Zugang zum Gesundheitswesen und ist in den einzelnen Ländern höchst unterschiedlich ausgestaltet. Aus Tabelle 3.2 geht hervor, dass Hausärzte in Finnland und Schweden ihren Patienten mehr Zeit widmen können, als dies bei ihren Kollegen in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich der Fall ist. Dennoch müssen Patienten in Finnland und Schweden anscheinend länger als in anderen Ländern auf einen Arzttermin warten. Die Arbeitsbelastung der Hausärzte ist ein weiterer Faktor, der sich auf den strukturellen Zugang und die Zufriedenheit der Patienten auswirkt. In Tabelle 3.2 wird die Arbeitsbelastung anhand der durchschnittlichen Zahl von Praxispatienten, telefonischen Beratungen und Hausbesuchen gemessen. Auch hier sind zwischen den einzelnen Ländern erhebliche Unterschiede festzustellen. In Deutschland und Ungarn arbeiten Hausärzte mehr als 10 Stunden pro Tag.

Die hohe Arbeitsbelastung, die in einigen Ländern festzustellen ist, könnte auch darauf hindeuten, dass in der primären Gesundheitsversorgung personelle Engpässe bestehen bzw. ein Rückgang der verfügbaren Arbeitskräfte zu verzeichnen ist. Beispielsweise ist in Deutschland der Anteil, den Hausärzte innerhalb der gesamten Ärzteschaft einnehmen, zwischen 1990 und 2007 um über 10% gesunken, während die Zahl der primärversorgenden

Tabelle 3.2: Arbeitsbelastung und Organisation von Primärversorgungspraxen in ausgewählten Ländern

Land	Durchschnittliche Einwohnerzahl pro Hausarzt (Patientenliste) ^a	Anzahl behandelter Patienten			Durchschnittliche Dauer einer Konsultation (Minuten)	Hausärzte mit Wartezeit ≥ 2 Tage (%) ^b
		in der Praxis (pro Tag)	telefonisch (pro Tag)	Hausbesuche (pro Woche)		
Deutschland	2110	50	11	34	13	25
Finnland	1582	19	6	3	18	80
Frankreich	943	16	7	27	20	12
Kroatien	2010	44	6	6	12	11
Litauen	n. v.	17	3	15	17	0
Niederlande	2310	32	12	21	10	6
Schweden	2870	16	7	2	24	91
Slowenien	n. v.	42	8	7	13	18
Spanien	1970	39	4	9	10	23
Ungarn	1975	48	7	27	15	0
Vereinigtes Königreich	1892	34	6	19	8	31

^a Zugrunde gelegt wurden Daten aus dem Jahr 1993.

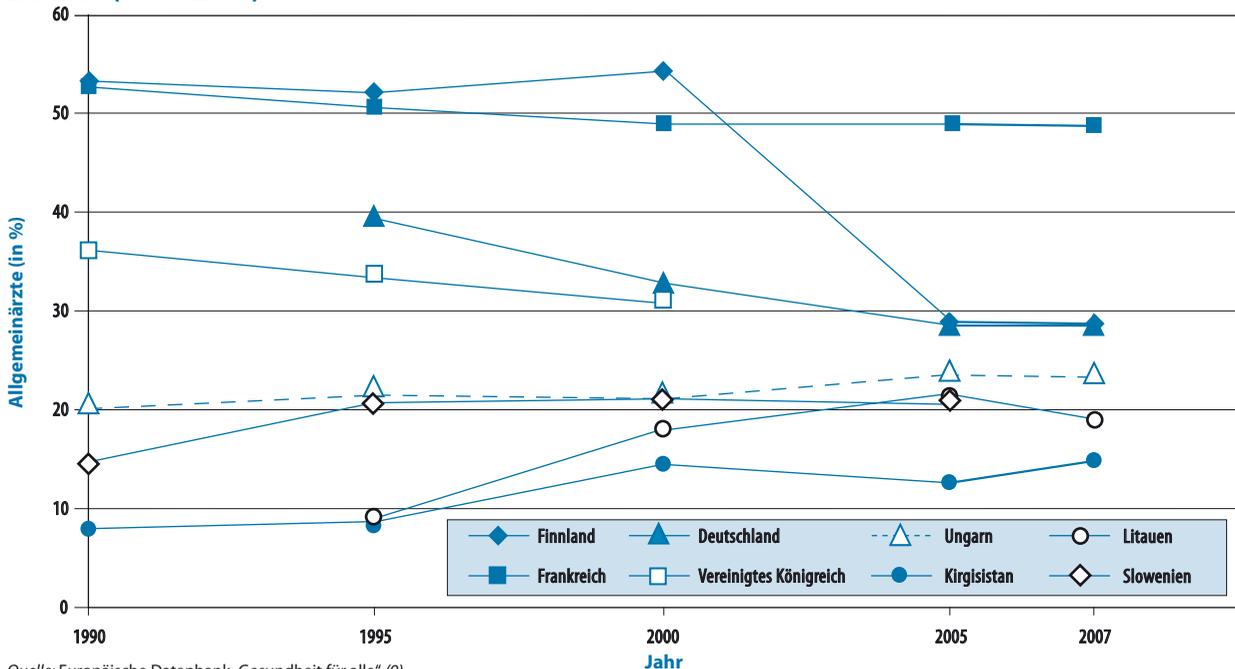
^b Vom Hausarzt gemeldete Tage zwischen Terminvereinbarung und Konsultation im Hinblick auf nicht akute Fälle.

n. v.: nicht verfügbar.

Quelle: nach Boerma (43).

Ärzte in Frankreich in etwa auf demselben hohem Niveau blieb (Abb. 3.1). In Finnland, das in Europa im Bereich der primären Gesundheitsversorgung eine Spitzenposition einnimmt, verringerte sich die Zahl der primärversorgenden Ärzte zwischen 2000 und 2005 um 25%. Hierfür wurden folgende Ursachen verantwortlich gemacht: weniger Möglichkeiten für Hausärzte, ihre eigene Arbeit zu steuern und zu gestalten; weniger fachliche Anreize in Form von Unterstützung durch Kollegen; Aufteilung von Bereitschaftsdiensten; begrenzte

Abb. 3.1: Prozentualer Anteil der Hausärzte an der Gesamtzahl der Ärzte in ausgewählten europäischen Ländern (1990–2007)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (9).

Möglichkeiten für Forschung und Weiterbildung verglichen mit den in den Krankenhäusern beschäftigten Fachärzten (48). Auch das Honorar, das im Vergleich zu den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich relativ niedrig ist, hat dazu geführt, dass finnische Hausärzte der primären Gesundheitsversorgung kritisch gegenüberstehen (49).

In Mittel- und Osteuropa sowie in Zentralasien ist die Personaldecke in der primären Gesundheitsversorgung völlig anders ausgestaltet als in Westeuropa und die Ressourcen sind deutlich begrenzter. Dennoch haben auch diese Länder bei der Einrichtung von Gesundheitssystemen, die den Menschen stärker in den Vordergrund stellen, grundsätzlich mit demselben Problem zu kämpfen: Die personellen Ressourcen in der primären Gesundheitsversorgung sind knapp. In Kirgisistan, Litauen und Slowenien ist die Zahl der primärversorgenden Ärzte seit 1990 gestiegen, doch verglichen mit der Zahl der Ärzte, die in anderen Sektoren arbeiten, ist ihr Prozentsatz mit 12–20% immer noch relativ gering (Abb. 3.1). In Ländern wie Kroatien und Slowenien besteht das zusätzliche Problem, dass viele Hausärzte in den Ruhestand getreten sind bzw. bald das Rentenalter erreichen werden und die nachrückende Generation noch nicht in der Lage ist, ihre Vorgänger zu ersetzen (50).

Während derartige Informationen zu personellen Engpässen in der primären Gesundheitsversorgung unproblematisch beschafft werden können, sind andere Faktoren, z. B. Koordination und Integration, schwieriger nachzuweisen. Es fehlt an festen Indikatoren und Daten bzw. werden diese von Land zu Land unterschiedlich verwendet. Primäre Gesundheitsversorgung findet in keinem geschlossenen und steuerbaren Umfeld statt, wie dies z. B. in einem Krankenhaus der Fall ist, und daher lassen sich Informationen über bestehende Versorgungslücken bisweilen nur mithilfe von Proxy-Indikatoren auf der Grundlage von Erhebungen gewinnen.

Die Türkei hat eine umfassende Reform der familienmedizinischen Primärversorgung eingeleitet. Eine später in zwei Provinzen durchgeführte Untersuchung ihrer Auswirkungen (Tabelle 3.3) ergab unter anderem, dass nicht alle Hausärzte jeden Patiententermin

Tabelle 3.3: Verfügbarkeit und Verwendung der als Grundvoraussetzung für Kontinuität und integrierte Versorgung geltenden klinischen Informationen anhand von durch Hausärzte aus zwei türkischen Provinzen gemeldeten Daten

Positionen	Bolu (N = 37)		Eskişehir (N = 41)	
	N	%	N	%
Aufzeichnung von Patientendaten				
Immer	13	35	20	49
mit Einschränkungen	24	65	21	51
Klassifikation der Patienten nach Diagnose oder Gesundheitsrisiko				
Unproblematisch	10	28	11	27
mit Schwierigkeiten verbunden	14	39	14	34
sehr schwierig oder unmöglich	12	33	16	39
Verwendung von Überweisungsformularen für alle oder die Mehrheit der Überweisungspatienten	20	56	5	12
Benachrichtigung durch Facharzt nach Behandlung				
Regelmäßig	1	3	1	2
weniger als 50% der Fälle	8	22	5	12
selten oder nie	28	75	35	86
Erhalt eines Entlassungsscheins nach Hospitalisierung				
innerhalb von 30 Tagen	3	8	4	10
selten oder nie	30	81	30	73

Quelle: Kringos et al. (51).

routinemäßig dokumentierten. Dies wäre jedoch eine Voraussetzung für informationelle Kontinuität. Seit 2005 jedoch werden alle Patientenbesuche routinemäßig ärztlich dokumentiert, und seit Mai 2009 werden sämtliche Aufzeichnungen elektronisch an das Gesundheitsministerium übermittelt. Dies wäre jedoch eine Voraussetzung für informationelle Kontinuität. Die meisten Hausärzte hatten auch Schwierigkeiten, ihre Patienten nach Diagnoseergebnissen oder Gesundheitsrisiken zu klassifizieren. Ohne eine solche Einordnung ist es allerdings nicht möglich, die Patientenstruktur der Praxen zu analysieren und sinnvolle Behandlungspläne für Einzelpersonen oder Bevölkerungsgruppen zu erstellen. Für eine koordinierte und integrierte Versorgung müssen entsprechende Daten verfügbar sein. Auch wenn es nicht ungewöhnlich ist, dass die Koordination sowie die Schnittstellen zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Gesundheitsversorgung in der Übergangsphase Schwachpunkte aufweisen (die Türkei ist hier nur eines von vielen Beispielen), scheinen die Patienten die Anstrengungen der Regierungen für eine bürgernahe Gesundheitsversorgung anzuerkennen. In der Studie erklärten ca. 95% der befragten Patienten aus den beiden türkischen Provinzen, sie seien mit der Behandlung durch ihren Hausarzt zufrieden. (51)

Erfolgreiche Strategien für eine bürgernahe Versorgung: Beispiele aus der Europäischen Region

Die Schaffung eines Gesundheitssystems, das den Mensch in den Mittelpunkt stellt, ist eine große Herausforderung, deren Bewältigung für die Länder der Europäischen Region keine leichte Aufgabe ist. Letztendlich ist ein Paradigmenwechsel nötig: Statt den gesamten Arbeitstag mit herkömmlichen 10- bis 15-minütigen Patiententerminen zu füllen, sollten primärversorgende Ärzte und Teams die gesundheitlichen Bedürfnisse der ihnen zugeordneten Personen analysieren und entsprechend betreuen, entweder durch fallbezogene Strategien oder in nach Gesundheitsrisiken erstellten Gruppen (46). Die Strategien und Optionen, die die Länder im Hinblick auf die genannten Ziele erarbeitet haben, lassen sich in zwei Hauptkategorien unterteilen:

- Erprobung neuer Qualifikationsprofile der Leistungserbringer und neuer Praxismodelle oder
- Einführung integrierter Versorgungspläne in Kombination mit Krankheitsmanagementprogrammen.

Neuorganisation der ärztlichen Praxis und Neudefinition der Dienstleisterqualifikationen

Wie bereits dargelegt, sind personelle Ressourcen knapp und die Lösungsmöglichkeiten für eine bürgernahe Primärversorgung daher begrenzt. Eine Option besteht darin, Rahmenbedingungen und Organisation der ärztlichen Praxis zu verändern und neue Anforderungen an die Qualifikationen der Leistungserbringer festzulegen, bei denen Teamarbeit und Vernetzung im Vordergrund stehen. Einige Länder haben die Funktion der Pflegefachkräfte neu definiert. Das veränderte Qualifikationsprofil beinhaltet nun auch Aufgaben, die bislang von primärversorgenden Ärzten ausgeführt wurden. Beispielsweise wurde in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich das Berufsbild Nurse Practitioner (Pflegespezialist) eingeführt. Diese Berufsgruppe wird an den Universitäten ausgebildet und übernimmt neben den üblichen Aufgaben der Pflegekräfte auch Aufgaben, die traditionell von einem Arzt durchgeführt werden; so dürfen sie Medikamente verschreiben und unkomplizierte Behandlungen durchführen. In Deutschland wurde kürzlich das Berufsbild Gemeindepfleger/-schwester eingeführt; die betreffenden Personen nehmen ähnliche Funktionen wie die Pflegespezialisten wahr, sind jedoch vor allem auf Heimpflege für

chronisch Kranke in ländlichen Gebieten spezialisiert (52). Im Vereinigten Königreich setzen die Primary Care Trusts inzwischen sog. „Fallmanager“ ein; das sind persönliche Betreuer, die die Leistungserbringung für Personen mit Langzeiterkrankungen oder komplizierten sozialen und gesundheitlichen Bedürfnissen koordinieren. Sie analysieren die Gesamtheit der gemeldeten Personen in ihrem Zuständigkeitsbereich und stellen ihren jeweiligen Bedarf fest. Sie erarbeiten Versorgungspläne und richten die Leistungserbringung daran aus. Schließlich überwachen sie auch die Qualität der Versorgung. Darüber hinaus wurde in England auch die Rolle der Apotheker neu definiert. Sie können nun Folgerezepte ausstellen, medikamentöse Behandlungen überprüfen und Leistungen im Bereich der Raucherentwöhnung anbieten (53).

Im Jahr 2003 führte die spanische Region Castilla y León ein Programm ein, das auf mehr Effizienz bei der Gesundheitsversorgung von sozial wie gesundheitlich bedürftigen Menschen (z. B. chronisch Kranken) abzielte. Die Behörden erkannten schnell, dass die Übertragung ärztlicher Funktionen auf Pflegefachkräfte und andere neue soziale Dienstleister eine Neudefinition der Rolle des Hausarztes voraussetzt. Ärzte können spezielle Schulungen erhalten, die sie auf ihre Führungsrolle innerhalb des Teams vorbereiten, da sie künftig mehr Zeit damit verbringen, Gesundheits- und Sozialversorgungsteams zu koordinieren, und weniger Patiententermine wahrnehmen, wobei sie sich vor allem auf Patienten mit schweren Erkrankungen konzentrieren (54).

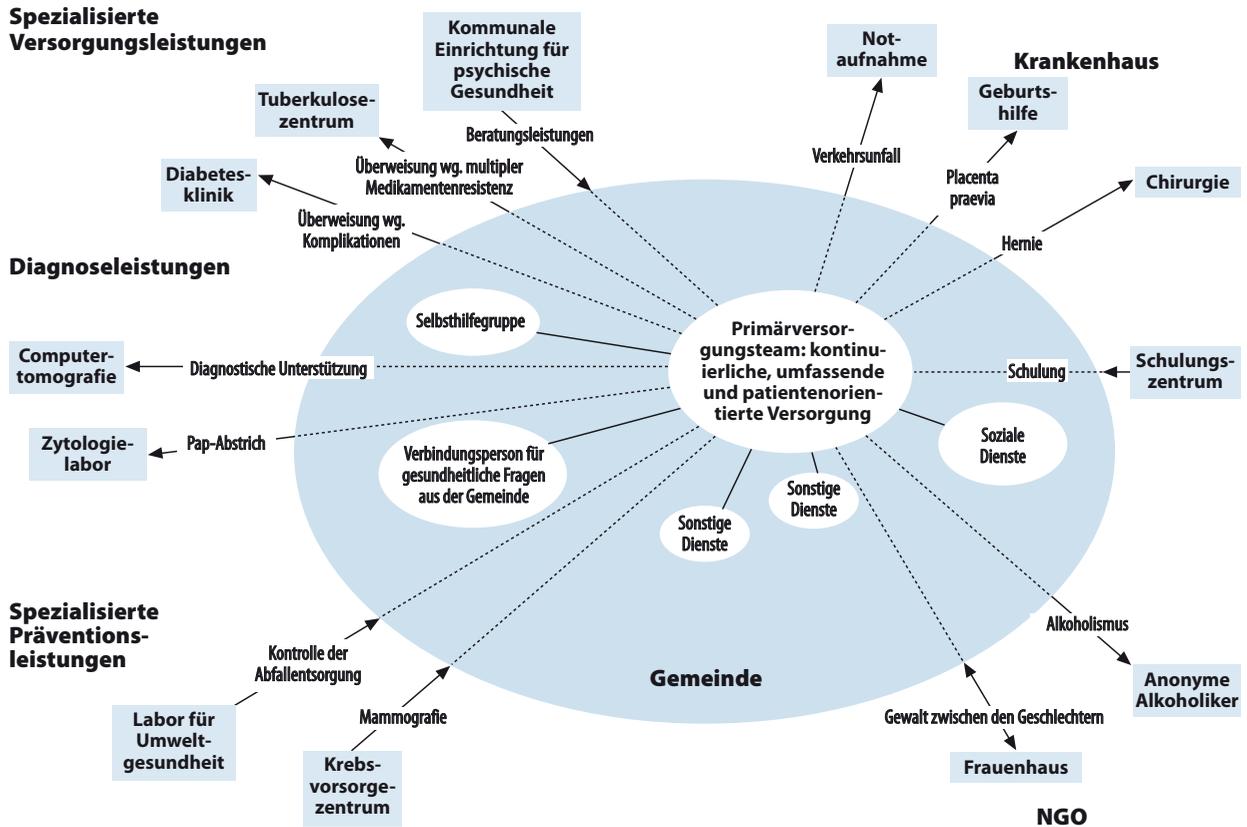
Management chronischer Krankheiten und integrierte Versorgung

Neue Dienstleisterprofile und flexible Praxismodelle machen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Versorgungsebenen erforderlich, wobei dem Primärversorgungsteam eine Koordinations- und Schnittstellenfunktion zukommt (Abb. 3.2).

Die organisatorischen Veränderungen orientieren sich an den epidemiologischen Entwicklungen. Aufgrund der Zunahme chronischer und multipler Erkrankungen haben mehrere Gesundheitssysteme, die bereits über eine gut ausgebaute primäre Gesundheitsversorgung verfügen, probeweise Versorgungsmodelle eingeführt, die auf spezielle Krankheiten ausgerichtet sind, z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Dies führt dazu, dass die primäre Gesundheitsversorgung die Rolle einer zentralen Koordinationsschnittstelle einnimmt. Eine solche Entwicklung ist u. a. in Dänemark, Frankreich, Irland, Italien und dem Vereinigten Königreich festzustellen (11). Häufig angeführtes Beispiel sind die Krankheitsmanagementprogramme, die 2002 in Deutschland für Diabetes Typ 1 und 2, Asthma, chronische obstruktive Lungenerkrankungen, ischämische Herzkrankheit und Brustkrebs eingeführt wurden. Bis 2008 hatten sich 4,7 Mio. Personen für die erwähnten Programme angemeldet, und in vielen Fällen hatten die betroffenen Hausärzte spezielle Schulungen für die fraglichen Krankheiten erhalten (55). Zwisler, Schou & Sørensen (56) berichteten 2000 über den Beginn einer klinischen Versuchsstudie, die in Dänemark an Personen mit ischämischer Herzkrankheit durchgeführt wurde und bei der den Patienten integrierte Rehabilitationsleistungen im Rahmen einer ambulanten Versorgung angeboten wurden. Es wurden interdisziplinäre und speziell geschulte Teams zusammengestellt, wobei das Kernteam jeweils aus einem Kardiologen, einer Pflegefachkraft, einem Physiotherapeuten, einem Ernährungsberater und einer Sekretärin bestand. Ergänzend wurden dem Team weitere Mitarbeiter zur Seite gestellt, u. a. ein Sozialarbeiter und ein Psychiater. Nach der Evaluierung der Versuchsstudie im Jahr 2003 wurde u. a. empfohlen, in der Anschlussphase des Projekts auch einen Psychologen und einen Seelsorger in das ergänzende Team aufzunehmen (56).

Andere Länder haben breiter angelegte integrierte Versorgungsmodelle und Dienstleistungsnetzwerke erprobt, die sich auf chronische Erkrankungen im weiteren Sinn

Abb. 3.2: Primäre Gesundheitsversorgung als Koordinationsschnittstelle



Quelle: The world health report 2008. Primary health care – Now more than ever (38).

spezialisieren. Beispielsweise hat die sektorübergreifende Transmural Care [dt.: mauernübergreifende Versorgung], die in den Niederlanden seit den frühen 1990er Jahren praktiziert wird, einen großen Einfluss auf die öffentliche Wahrnehmung und die Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung. Ziel der Transmural Care ist es, die Qualität der Versorgung von Patienten, die nicht mehr ganz ohne fremde Unterstützung leben können, durch eine erfolgreiche Steuerung der Schnittstelle zwischen akuter Krankenhausversorgung und primärer Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Sozialversorgung zu verbessern (57).

Auswirkungen für die Zukunft

Bevor die bürgernahe Primärversorgung in der Europäischen Region grundlegend reorganisiert werden kann, sind eine Reihe wichtiger Fragen zu klären. Erstens muss näher untersucht werden, welche Investitionen zur Deckung des Personalbedarfs in der primären Gesundheitsversorgung, einschließlich Ausbildung und Schulungen, getätigt werden müssten. Soweit die althergebrachten Funktionen der Akteure neu definiert und gegebenenfalls – z. B. für Pflegefachkräfte – erweitert werden, müssen die Vergütungsmodelle neu überdacht werden, wobei eventuell alternative teamorientierte Vergütungssysteme entwickelt werden müssen.

Zweitens müssen Strategien entwickelt werden, mit denen sich die Verlagerung auf neue interdisziplinäre Teams und Netzwerke unter Einbeziehung des sozialen Sektors bewältigen lässt.

Drittens ist zu prüfen, welche Lösungen praktikabel sind und welche Modelle sich nicht bewährt haben. Beispielsweise gibt es nur begrenzt Erkenntnisse zu der Frage, ob neue Qualifikationsprofile der Leistungserbringer und neue Praxisstrukturen zweckdienlich sind. Pilotstudien legen den Schluss nahe, dass erweiterte Zuständigkeiten der Pflegekräfte zu einer verbesserten Versorgung chronisch Kranker führen. Ebenso sind populationsbasierte Evaluierungen und Kosten-Nutzen-Analysen weiterhin dünn gesät oder nicht aussagekräftig, obgleich einige kleinere Untersuchungen zu Krankheitsmanagement und integrierten Versorgungsprogrammen vermuten lassen, dass die Patienten von den neuen Versorgungsverfahren profitieren (57). Soweit sich Länder im Übergang zu einem an der Primärversorgung orientierten Gesundheitsmodell befinden, müssen sie überwachen können, ob die Besonderheiten einer patientenzentrierten Versorgung in der Praxis ihres Primärversorgungssystems Fuß fassen. Auf dieser Grundlage können die Länder sodann die Verfahren und Ergebnisse der primären Gesundheitsversorgung verbessern. Ohne derartige Monitoring-Verfahren kann nicht analysiert werden, ob Reformen des Systems die Leistungserbringung tatsächlich verändern. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat ein Instrument entwickelt, das die Mitgliedstaaten bei der Überwachung und Evaluierung der in der primären Gesundheitsversorgung eingesetzten Organisationsmodelle unterstützen soll (51).

Die Erneuerung der bürgernahen Primärversorgung in der Europäischen Region muss durch intensivere Forschungsaktivitäten ergänzt werden. Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass in einer Cochrane-Untersuchung nur eine einzige gültige Studie ermittelt werden konnte, in der die Frage, wie sich in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen die primäre Gesundheitsversorgung integrieren lässt, aus Sicht der Patienten behandelt wurde (38,58).

Sicherung der Leistungsfähigkeit durch eine gezielte Gesundheitsfinanzierungspolitik

Innerhalb der Europäischen Region sind unterschiedliche Reformen der Gesundheitsfinanzierung unternommen worden. Dabei war ihre Ausgestaltung jeweils von den institutionellen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Gegebenheiten der Länder abhängig (59). Die meisten Länder fühlen sich weiterhin den grundlegenden Werten verpflichtet, die in der Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung (2) enthalten sind. Durch Reformen wurde in der jüngsten Zeit versucht, die Bedarfsgerechtigkeit zu verbessern, finanzielle Hürden zu senken und eine allgemeine Versorgung zu gewährleisten. Ein Schwerpunkt der Reformen war es, trotz steigender Kosten an den genannten Zielen festzuhalten. Hierzu wurden verschiedene Methoden eingesetzt, u. a. wurde dem Gesundheitssektor bei der Verteilung öffentlicher Mittel eine höhere Priorität eingeräumt, Ressourcen wurden diversifiziert oder zusammengelegt, der Geldfluss und die Zusammenführungsmechanismen wurden umstrukturiert und es wurden neue Wege zum Einkauf von Gesundheitsleistungen mit dem Ziel der Effizienzsteigerung erprobt. (In diesem Zusammenhang ist mit dem Einkauf von Leistungen die Übertragung der zusammengeführten Ressourcen von einer Institution – z. B. private oder öffentliche Versicherer, regionale oder nationale Behörden oder sonstige öffentliche Einrichtungen – auf Dienstleister gemeint.)

Vorstehend wurde bereits die Frage der allgemeinen Versorgung und des Zugangs zu finanzieller Absicherung untersucht. Der folgende Abschnitt befasst sich speziell mit

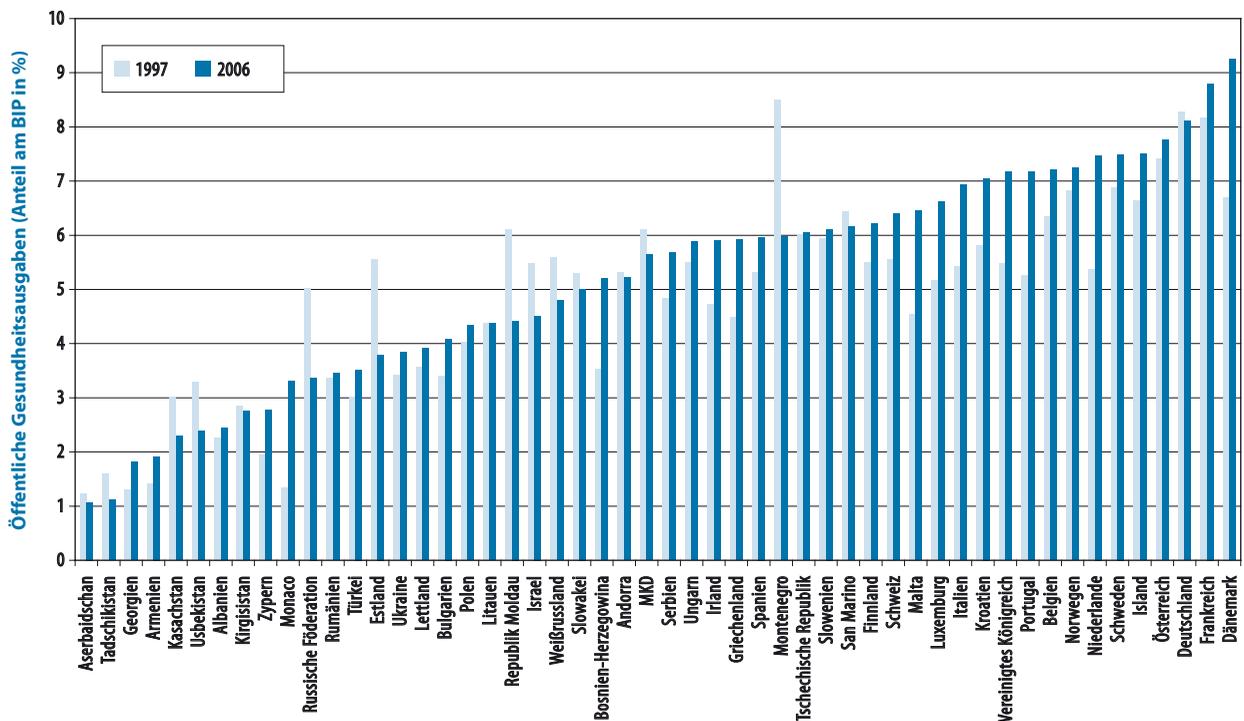
Verfahren zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung und schildert die Reformen, mit denen die Länder die Intensität ihrer Anstrengungen zur Verwirklichung der angestrebten Ziele aufrechterhalten wollen.

Neuzuweisung öffentlicher Mittel an den Gesundheitssektor trotz knapper Kassen

Obwohl die Haushaltsmittel in den vergangenen 10 Jahren immer knapper wurden, haben die meisten Regierungen der Region ihr Engagement im Bereich der Gesundheitsfinanzierung verstärkt. Die Situation ist jedoch von Land zu Land verschieden. Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP ist in den meisten Ländern gestiegen (Abb. 3.3). Da die meisten Länder der Europäischen Region den finanziellen Rahmen in diesem Zeitraum enger gesteckt haben (wodurch der Anteil der staatlichen Gesamtausgaben am BIP tendenziell gesunken ist), lässt dies darauf schließen, dass ein Großteil der Länder dem Gesundheitssektor eine höhere Priorität innerhalb der öffentlichen Ausgaben eingeräumt hat. Die Daten in Abb. 3.4 bestätigen diese Annahme. Somit ist eine der Lösungen, die die Länder zur Aufrechterhaltung ihrer Leistungsfähigkeit verfolgen, die relative Priorisierung des Gesundheitssektors bei der Zuweisung öffentlicher Mittel.

Aus den Schaubildern geht jedoch hervor, dass innerhalb der Region erhebliche Unterschiede bestehen. Besonders augenfällig ist der Umstand, dass sich zwar im maßgeblichen Zeitraum in

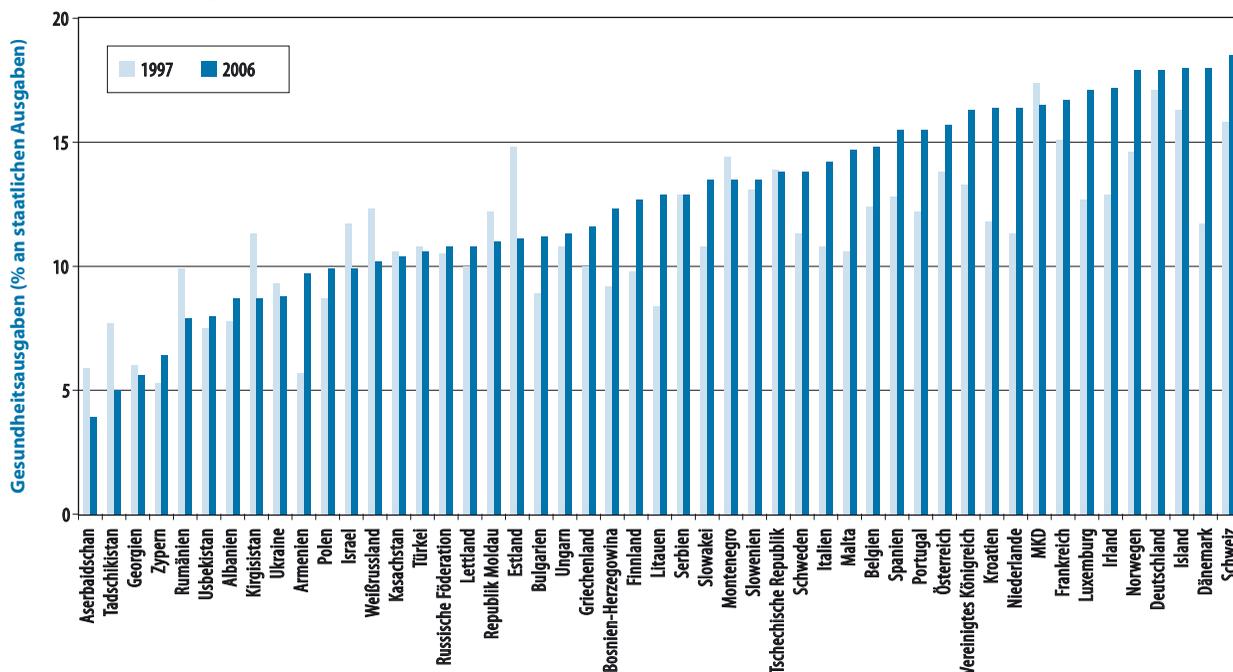
Abb. 3.3: Prozentualer Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP in der Europäischen Region der WHO (1997 und 2006)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird. Für Turkmenistan lagen keine Daten vor.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (9).

Abb. 3.4: Prozentualer Anteil der Gesundheitsausgaben an den staatlichen Gesamtausgaben in der Europäischen Region der WHO (1997 und 2006)



Hinweis: MKD ist die Abkürzung, die von der Internationalen Organisation für Normung (ISO) für die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verwendet wird. Für Andorra, Monaco, San Marino und Turkmenistan lagen keine Daten vor.
Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (9).

24 der 27 EU-Staaten der Anteil der Gesundheitsausgaben an den staatlichen Gesamtausgaben erhöht hat, jedoch in 8 der 11 GUS-Staaten (für Turkmenistan waren keine Daten verfügbar) ein Rückgang der Gesundheitsausgaben zu verzeichnen war. In den übrigen Ländern ist die Situation uneinheitlich. Zwar ist allgemein zu beobachten, dass sich die Staaten intensiv bemühen, durch höhere Mittelzuweisungen an den Gesundheitszielen festzuhalten. Diese Aussage gilt jedoch vor allem für die EU-Länder. Dagegen bietet das Vorgehen vieler GUS-Staaten Anlass zur Besorgnis. Es ist unklar, warum diese Länder dem Gesundheitsbereich nun eine geringere Priorität einräumen als zuvor. Dies ist umso bedenklicher, als der Gesundheitssektor in den meisten GUS-Staaten auch in der Vergangenheit nur einen relativ geringen Anteil an den Haushalten einnahm.

Unabhängig von der Frage der Ausgaben sind sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Region weitgehend einig darüber, dass sie die vorhandenen Finanzierungs- und Zusammenführungsmechanismen überwachen und anpassen müssen, damit die derzeitigen Bemühungen um Solidarität zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen und Generationen aufrechterhalten oder intensiviert werden können, auch wenn es in den kommenden Jahrzehnten schwierig sein wird, ein finanzielles Gleichgewicht und eine nachhaltige Finanzpolitik zu erreichen bzw. beizubehalten. Daher lassen sich aus den Erfahrungen mit den Reformen der Gesundheitsfinanzierung in den vergangenen Jahren wichtige Schlussfolgerungen ziehen. In einigen Ländern ist es zu einer Fragmentierung des Gesundheitsfinanzierungssystems gekommen, und häufig sind die Methoden, mit denen Leistungen eingekauft werden, nicht an Effizienz- und Qualitätskriterien ausgerichtet. Die Länder setzen zur Problemlösung unterschiedliche Strategien ein.

Diversifizierung der Ressourcen und neue Modelle zur Erzielung von Einnahmen in Kombination mit Poolingsystemen

Da die Länder einem steigenden Kostendruck ausgesetzt sind und die Steuersätze im Allgemeinen (und insbesondere die Lohnsteuer) nur begrenzt angehoben werden können, hat eine wachsende Zahl von Staaten entschieden, die öffentlichen Einnahmequellen zu diversifizieren und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass die Kohärenz ihrer Poolingsysteme aufrechterhalten oder verbessert wird. In Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und der Tschechischen Republik stand die Politik unter erheblichem Druck, ihre Einnahmegrundlage auszubauen und neue Steuerquellen zu erschließen.

Viele Länder im östlichen Teil der Region sind ähnlichen Schwierigkeiten ausgesetzt, da sie die erst in jüngster Zeit initiierte Umstellung von allgemeinen Steuereinnahmen und universellen bevölkerungsbezogenen Leistungsansprüchen auf zweckgebundene Steuerfinanzierung (meist aus der Lohnsteuer) und beitragsbezogene Leistungsansprüche zu bewältigen haben. Was die Motivation und die historischen Erfahrungen betrifft, so bestehen hier erhebliche Unterschiede zwischen den GUS-Staaten, den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien und den übrigen zentraleuropäischen und baltischen Staaten. Die Mehrheit der Länder der dritten Gruppe hat soziale Versicherungssysteme eingeführt, die – zumindest formal – eine Rückkehr zu den vorkommunistischen Systemen darstellen. Da in Ländern wie Estland, Rumänien und Ungarn die Versicherungsgesellschaften Probleme mit der Beitragserhebung hatten, sind dort nun die zentralen Steuerbehörden für die Beitragserhebung zuständig. Mit Ausnahme von Bosnien-Herzegowina haben die Länder des ehemaligen Jugoslawien zu Beginn der 1990er Jahre zentralisierte Versicherungssysteme eingeführt, die aus einem einzigen Versicherungsfonds bestanden. Allerdings haben nur 5 GUS-Staaten eine obligatorische Krankenversicherung eingeführt: Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, die Republik Moldau und die Russische Föderation, wobei Georgien und Kasachstan das Modell wieder aufgegeben haben (60).

In Deutschland will man mit den jüngsten Reformen den Problemen vieler Länder begegnen, in denen die Krankenpflichtversicherung vor allem aus der Lohnsteuer bestritten wird. Dabei geht es um die Frage, wie eine fast universelle Versorgung und ein hohes Maß an finanzieller Absicherung auch künftig aufrechterhalten werden können, ohne dass dies den Arbeitsmarkt beeinträchtigt. Bis 2009 finanzierten sich die deutschen Krankenkassen zu 90% über lohnabhängige Beiträge. Diese wurden in den vergangenen Jahren deutlich angehoben. Bei Zugrundelegung des derzeitigen Leistungsumfangs und des relativen Anteils der lohnabhängigen und der allgemeinen Einnahmen müssten die durchschnittlichen Beitragssätze bis 2025 auf 22–25% und bis 2030 auf 26–30% angehoben werden, damit das finanzielle Gleichgewicht des Systems aufrechterhalten werden kann (61). Daher hat die Regierung der Bundesrepublik 2009 damit begonnen, das Ansteigen der Beitragssätze dadurch abzufangen, dass dem System höhere allgemeine Einnahmen zugewiesen wurden (62). In der Tschechischen Republik werden im Jahr 2030 knapp 30% der Bevölkerung im Rentenalter sein. 2003 betrug der Anteil 20%. Bei einer Beibehaltung des derzeitigen Systems müsste sich der aktuelle Beitragssatz (13,5%) bis zum Jahr 2030 verdoppeln (63). Betrachtet man die Steigerungen, die bei einer lohnbasierten Finanzierungsgrundlage drohen, so ist zu befürchten, dass es dadurch zu einer Beeinträchtigung von Beschäftigung und Wirtschaftswachstum kommen könnte.

Völlig anders gestalten sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der Republik Moldau, die 2004 eine Reform im Bereich der Krankenpflichtversicherung durchführte. Die Pflichtversicherung wurde durch eine neue Lohnsteuer finanziert. Die Zielsetzung bestand

darin, die zersplitterten Strukturen aus den Zeiten der Sowjetunion neu zu organisieren, eine mit umfassenden Befugnissen ausgestattete Behörde einzurichten, die für den Einkauf von Leistungen zuständig ist und neue Anreize für das System schafft, und die öffentlichen Mittel für die Finanzierung des Gesundheitswesens zu erhöhen. Angesichts der Tatsache, dass ein großer Teil der Arbeitskräfte im informellen Sektor tätig ist, war jedoch offensichtlich, dass die Lohnsteuer allein nicht ausreichen würde, um der Bevölkerung den erwünschten Leistungsumfang zur Verfügung zu stellen. Daher sah die Reform auch vor, dem neuen Krankenversicherungsfonds auch allgemeine Haushaltseinnahmen zur Verfügung zu stellen, damit auch konkret definierte Bevölkerungsgruppen, die keine Beiträge zahlen, in den Genuss der Leistungen kommen. Somit wurde die Krankenpflichtversicherung durch eine ungewöhnliche Kombination von Mitteln finanziert: Etwa zwei Drittel der vom Fonds verwalteten Mittel entstammten Zuweisungen aus allgemeinen Einnahmen und nur ca. ein Drittel stammte aus der Lohnsteuer (64).

Ausgleich der Fragmentierung in Ländern mit mehreren konkurrierenden Versicherungsträgern: Schaffung eines Gleichgewichts zwischen dem Wettbewerb der Versicherungsträger und der Solidarität innerhalb der Gesellschaft

In einigen Ländern der Region finden sich Krankenpflichtversicherungssysteme, die von mehreren konkurrierenden Versicherungsträgern verwaltet werden. Dies ist in Belgien, Deutschland, Israel, den Niederlanden, der Russischen Föderation, der Schweiz, der Slowakei, der Tschechischen Republik und neuerdings Georgien der Fall. Da in einem solchen System die verfügbaren Beiträge, die im Voraus für die Krankenversicherung entrichtet wurden, bewusst aufgeteilt werden, gefährdet der Wettbewerb die Solidarität und den Grad der Absicherung gegen Risiken, die auf der Grundlage der vorhandenen Finanzmittel gewährt werden können. Fast alle Länder mit einem solchen System haben Maßnahmen eingeführt, mit denen die beschriebenen potenziellen Folgen abgemildert werden sollen. In der Tschechischen Republik wird der Wettbewerb zwischen den Versicherern so gesteuert, dass für diese weniger Anreize bestehen, unter den Versicherungsnehmern eine Auswahl zu treffen oder bestimmte Personen zu diskriminieren. 1994 wurde ein Risikoausgleichsmechanismus eingeführt, der durch ein Gesetz aus dem Jahr 2003 deutlich verbessert und in den folgenden drei Jahren umgesetzt wurde. Mit diesem Instrument konnten einige Erfolge erzielt werden. Faktisch wurde ein virtueller nationaler Pool eingeführt, da fortan alle eingezahlten Beiträge beim Risikoausgleich berücksichtigt wurden, während zuvor nur ein partieller Risikoausgleich stattgefunden hatte. Ein wichtiges Ziel der Reform bestand darin, die Effizienz des Gesundheitssystems dadurch zu verbessern, dass die Versicherer dazu veranlasst werden, nicht um Versicherungsnehmer zu konkurrieren (in dem Bemühen, diejenigen Kunden zu gewinnen, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit die erzielten Einnahmen die Kosten übersteigen), sondern beim Einkauf von Gesundheitsleistungen in Wettbewerb zu treten. Während es für die Versicherer bisher von Vorteil war, sich reiche, junge und gesunde Kunden auszusuchen, sind im neuen Modell mit einer solchen Selektion weniger Vorteile verbunden. Weil das reformierte System die Einnahmen der individuellen Versicherer und die Risikostruktur ihrer Versicherungsnehmer besser berücksichtigt, besteht seitens der Versicherer eine höhere Motivation, ihr Kostenmanagement und die allgemeine Qualität ihrer Leistungen zu verbessern und in diesen Bereichen in Wettbewerb zu treten. Zwar lässt sich bislang noch keine verbesserte Einkaufspraxis feststellen, doch muss, um die gezielte Kundenselektion der Versicherer zu minimieren, der Risikoausgleich ein hinreichendes Niveau erreicht haben (60).

Halbherzige Reformen der Gesundheitsfinanzierung können dazu führen, dass der Geldfluss noch stärker fragmentiert wird, was Interessenkollisionen hervorrufen kann und

die integrierte Erbringung der Gesundheitsleistungen beeinträchtigt. In der Russischen Föderation wurden im Rahmen der Einführung einer Krankenpflichtversicherung umfassende Risikogemeinschaften angelegt, die eine weitreichende Solidarität ermöglichen. In vielen Ländern erhalten die Gesundheitseinrichtungen jedoch weiterhin Gelder aus den kommunalen Haushalten, so dass die direkte Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen nicht ersetzt wird, sondern dem System nachträglich zusätzliche Gelder über die konkurrierenden Versicherer zugeführt werden. Eine solche Reform ist daher lückenhaft und kaum geeignet, der Fragmentierung wirksam zu begegnen (60).

Wenn im Rahmen eines wettbewerbsorientierten Versicherungssystems, wie es in der Russischen Föderation und der Tschechischen Republik existiert, die an der Solidarität orientierte Zielsetzung eines Gesundheitssystems, einen finanziellen Risikoausgleich zu schaffen, erreicht werden soll, muss die Reichweite der Risikogemeinschaften erweitert werden (was die Chancen für eine stärkere Solidarität innerhalb des Gesundheitssystems erhöht) und es muss zwischen den Versicherern ein Ausgleich für die unterschiedlichen Risikoprofile ihrer Versicherungsnehmer geschaffen werden (damit eine Risikoselektion nicht mehr mit Vorteilen verbunden ist). Ziel sollte es sein, den Wettbewerb der Versicherer umzuleiten und Anreize für eine effizientere Gestaltung der Verwaltungsabläufe und einen optimierten Einkauf von Gesundheitsleistungen zu schaffen. Dabei sollte besonders sorgfältig analysiert werden, in welchen Bereichen der Wettbewerb tatsächlich von Vorteil ist.

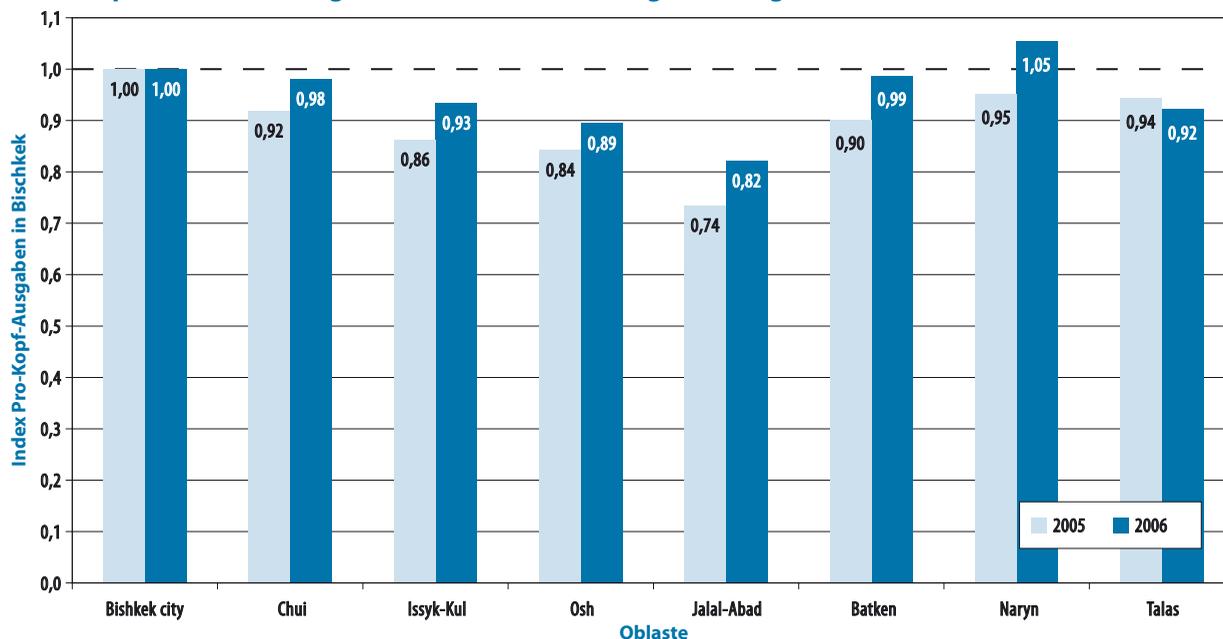
Mehr Solidarität durch zentrale Finanzierung

Zwar kann ein dezentrales Gesundheitssystem für bestimmte Aufgaben und Ziele sinnvoll sein, doch ein Modell, das Geldmittel dezentral zusammenführt und zuweist, begrenzt die Möglichkeiten für eine Neuverteilung der Ressourcen. Norwegen hat sein System in den letzten Jahren wieder stärker zentralisiert. Statt auf 19 Verwaltungsbezirke verteilen sich die Gelder nun auf 4 regionale Gesundheitsbehörden. Die mit der norwegischen Reform angestrebte Umverteilung stellt eine große politische Herausforderung dar. Daher wurde die Reform nicht vollständig umgesetzt, doch Effizienz und Produktivität konnten bis zu einem gewissen Grad gesteigert werden (65).

Kirgisistan (seit 2001) und die Republik Moldau (seit 2004) haben das dezentrale Haushaltssystem, das noch aus den Zeiten der Sowjetunion stammte, durch ein zentrales Poolingsystem ersetzt. In Kirgisistan wurde das neue System schrittweise im Laufe von fünf Jahren eingeführt, während die Republik Moldau ihr neues System innerhalb eines Jahres realisierte. In beiden Ländern waren die allgemeinen Haushaltseinnahmen die wichtigste Finanzierungsquelle. Diese Finanzierung wurde entweder mit Einnahmen aus der Lohnbesteuerung kombiniert oder ausdrücklich komplementär für den neuen nationalen Krankenversicherungsfonds verwendet. Neben dem zentralen Poolingverfahren fand eine Verlagerung hin zu ergebnis- und kopfpauschalenbasierter Zuweisung statt und den Leistungserbringern wurde mehr unternehmerische Autonomie eingeräumt. Zwar lassen sich die Fortschritte auf allen Gebieten noch deutlich ausbauen, doch in den erwähnten Ländern haben die Reformen dazu geführt, dass sich die staatlichen Gesundheitsausgaben regional ausgewogener verteilen, die Kostenbeteiligung der Patienten reduziert wurde und die Leistungserbringer effizienter arbeiten (66).

Nachdem Kirgisistan zwischen 2001 und 2005 seine Pools schrittweise von der Rayon(Kreis)- auf die Oblast(Provinz)-Ebene verlagert hatte, wurden sämtliche Pools 2006 auf nationaler Ebene zentralisiert. Wie sich Abb. 3.5 entnehmen lässt, zeigten diese Maßnahmen sofortige Wirkung. Das Schaubild zeigt die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf in den einzelnen

Abb. 3.5: Relative Pro-Kopf-Ausgaben im Rahmen des staatlichen Leistungskatalogs (Krankenpflichtversicherung) in den verschiedenen Regionen Kirgisistans (2005 und 2006)



Quelle: Financial management reports on execution of the state guaranteed benefit package and 2007 Ministry of Health performance indicator report (67).

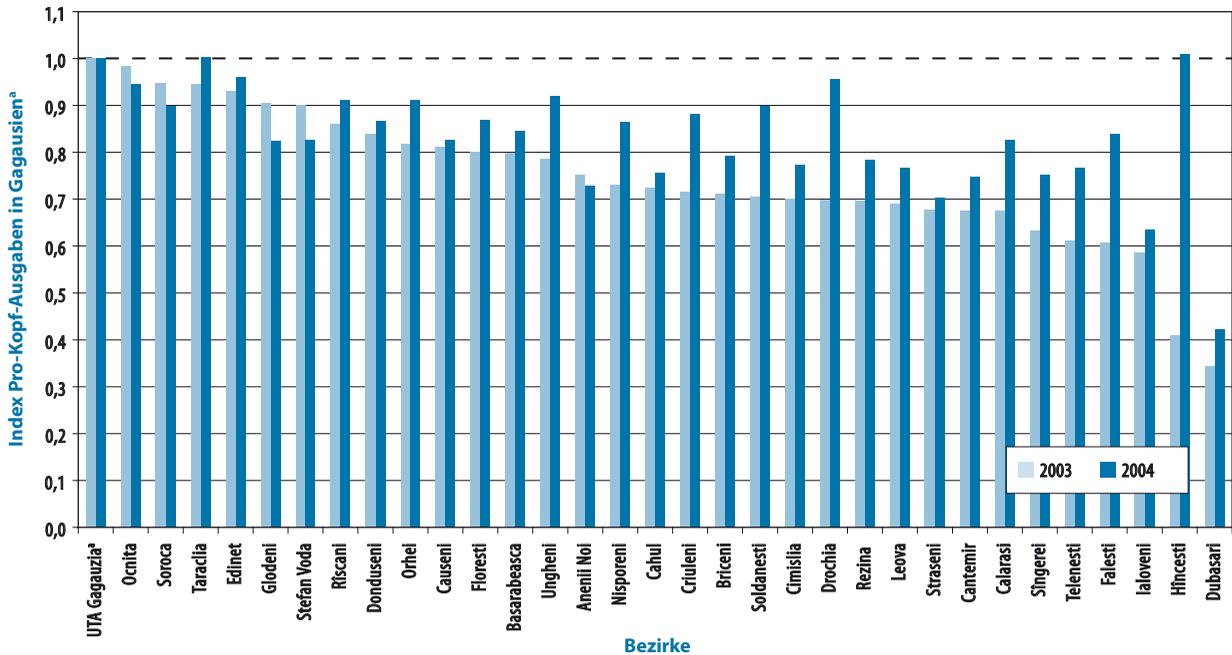
Oblasten in den Jahren 2005 und 2006 und stellt diese den öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Hauptstadt Bischkek gegenüber. Mit Ausnahme einer Oblast konnte in allen anderen Provinzen der Abstand zu den Gesundheitsausgaben der Hauptstadt verkleinert werden. In der Oblast Naryn, die aufgrund ihres gebirgigen Terrains zu den ärmsten und geografisch problematischsten Provinzen gehört, überstiegen die Pro-Kopf-Ausgaben diejenigen der Region Bischkek. Die Gelder wurden den Regionen auf der Grundlage einheitlicher Finanzierungskriterien zugewiesen, welche durch neue Koeffizienten angepasst wurden, um den unterschiedlichen geografischen und demografischen Merkmalen jeder Region Rechnung zu tragen. Auf diese Weise wurden die Unterschiede beim relativen Bedarf und den Kosten für die Leistungserbringung berücksichtigt.

Auch in der Republik Moldau hatte die Zentralisierung des Poolingverfahrens auf der Ebene der Rayons und auf nationaler Ebene in den Jahren 2003 bzw. 2004 eine ausgewogenere Verteilung der öffentlichen Gesundheitsausgaben zur Folge. Aus Abb. 3.6 geht hervor, dass sich die Höhe der Ausgaben der einzelnen Rayons zwischen 2003 und 2004 weitgehend angleich. Die Daten aus dem Jahr 2003 basieren auf den Pro-Kopf-Ausgaben, die die kommunalen Haushalte den einzelnen Rayons zuwiesen, während die Daten für 2004 die Pro-Kopf-Ausgaben wiedergeben, die die einzelnen Rayons aus dem Fonds der Krankenpflichtversicherung erhielten.

Strategischer Einkauf von Gesundheitsleistungen: Mittelzuweisung an Leistungserbringer auf der Grundlage von Leistungsdaten oder des vorhandenen Bedarfs der Bevölkerung

In den vergangenen zehn Jahren ist der Frage, wie sich durch Optimierung des Einkaufs von Gesundheitsleistungen eine Leistungssteigerung erzielen lässt, vermehrte Aufmerksamkeit

Abb. 3.6: Gesundheitsausgaben pro Kopf in den Rayons der Republik Moldau (2003 und 2004)



^a Autonome Region Gagausien.

Quelle: Shiskin, Kacevicius, Ciocanu (64).

gewidmet worden. In vielen Ländern wurde bereits zu Beginn der 1990er Jahre damit begonnen, strategische Einkaufsmodelle einzuführen. Ein strategisches Einkaufsmodell basiert auf Methoden, die die Zuweisung von Ressourcen von bestimmten Informationen abhängig machen, z. B. Leistungsfähigkeit der Leistungserbringer oder Bedarf der betroffenen Population. Ein passives Einkaufsmodell besteht dagegen typischerweise aus inputbasierter oder historischer, an vergangenen Haushalten orientierter Budgetierung oder nicht zielgerichteter Erstattung von Einzelleistungsgebühren.

Die Gesundheitssysteme, die auf einem vertikalen integrierten Modell aufbauen, bei dem die nationale oder regionale Regierung Leistungen finanziert und erbringt, haben zahlreiche Reformen durchgeführt, um Einkauf und Bereitstellung voneinander zu trennen und den Einkäufern Instrumente an die Hand zu geben, mit denen sich die Leistungen der Anbieter verbessern lassen. Nach der internen Marktreform im NHS des Vereinigten Königreichs, die 1991 begann und 2000 durch Gründung regional definierter Einkäufer in Form von Primary Care Trusts konsolidiert wurde, haben auch Italien, Portugal und einige Regionen in Schweden und Spanien den Einkaufs- und Leistungsbereich voneinander getrennt. Dabei kann auf unterschiedliche Mechanismen zurückgegriffen werden (z. B. Evaluierung des gesundheitlichen Bedarfs und Abschluss von Verträgen), die Qualitätsüberwachung und leistungsorientierte Zahlungssysteme beinhalten können. In diesem Zusammenhang werden Risikoanpassungsverfahren eingesetzt, um die Einkaufsbudgets an den gesundheitlichen Bedarf anzugleichen. So werden ein gerechter Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine effiziente Mittelzuweisung gewährleistet.

In einigen Ländern, in denen aus historischen Gründen die Einkaufs- und Leistungsfunktionen voneinander getrennt sind und Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern abgeschlossen werden, hat die Politik versucht, zwischen den Versicherern, die die

Einnahmen für die Krankenpflichtversicherung verwalten (sowohl gewinnorientierte als auch nicht gewinnorientierte Versicherer), Wettbewerb zu schaffen bzw. auszudehnen. Auf diese Weise sollten u. a. Anreize geschaffen werden, den Einkauf zu verbessern und so Effizienz und Qualität zu steigern. Der Entscheidung, den Patienten die Wahl des Versicherers zu überlassen bzw. dieses Wahlrecht auszuweiten, liegt außerdem die Überlegung zugrunde, auf diese Weise die Kundenorientierung der Anbieter zu verbessern und die Beitragssätze anzunähern. Wie bereits dargelegt, ist diese Strategie mit gewissen Problemen verbunden, insbesondere im Hinblick auf das Ausmaß der Risikoselektion und die Grenzen, denen der Wettbewerb zwischen den Versicherern unterliegt. Viele Maßnahmen, die die Folgen der Risikoselektion begrenzen sollen (z. B. landesweit festgelegte Leistungskataloge, Gebührentabellen und Beitragssätze), beschränken die Versicherer auch bei der Einführung neuer Einkaufsmethoden. In jüngster Zeit ist jedoch versucht worden, den Wettbewerb zu fördern, indem die Versicherer selektiv Verträge abschließen durften. Dies sollte die Leistungserbringer zu einer Steigerung von Effizienz und Qualität bewegen. Eine positive Entwicklung lässt sich in Deutschland beobachten. Hier wurden einige Aspekte des strategischen Einkaufs in die Risikoanpassungsformel integriert. Die Formel schafft u. a. finanzielle Anreize für Versicherer, behinderte Menschen in Krankheitsmanagementprogramme aufzunehmen (68).

Krankenhauskosten

Eine wachsende Zahl von Ländern hat Verfahren eingeführt, die die Effizienz und Transparenz der Leistungen von Krankenhäusern verbessern sollen. Die meisten Gesundheitssysteme in der Europäischen Region finanzieren Krankenhäuser aus globalen Etats. Zunehmend werden jedoch auch fallbezogene Zahlungen (oft als diagnosebezogene Fallgruppen bezeichnet) zur Definition der Budgets oder als Zahlungsform eingeführt. Zwar lassen sich durch enge Haushaltsvorgaben die Kosten begrenzen, doch fallbezogene Zahlungen bieten Anreize, engagiert und transparent zu arbeiten und die meist undurchsichtigen Abrechnungssysteme der Krankenhäuser klarer zu strukturieren. Bei der Einführung fallbasierter Krankenhausabrechnungen verfolgen die Länder unterschiedliche Ziele: Einige Länder streben Leistungssteigerungen und verkürzte Wartezeiten an, andere erhoffen sich Kostensenkungen und mehr Transparenz in der Finanzierung. Allen gemeinsam ist jedoch das übergeordnete Ziel, den Leistungserbringern mehr Anreize für Effizienzsteigerungen zu geben. Die fallbasierten Zahlungssysteme der Krankenhäuser können unterschiedlich ausgestaltet sein. Beispielsweise werden bei dem umfassenden niederländischen Kombinationsmodell aus Diagnose und Behandlung die Zahlungen an Fachärzte und Krankenhäuser in einem Paket zusammengefasst. Diese Lösung birgt die unvermeidbare Gefahr vorzeitiger Entlassungen und steigender Rehospitalisierungen. Daher ist sorgfältiges Monitoring geboten (69).

Insgesamt konnte nachgewiesen werden, dass fallbasierte Zahlungen die Aktivitäten der Krankenhäuser erhöhen, nützliche Informationen zu Krankenhauskosten und Fall-Mix liefern und eine diagnosebezogene Kostenkontrolle fördern. Allerdings sind fallbasierte Zahlungen auch mit Nachteilen behaftet, die die Vorteile, die sich durch die Anreize dieses Zahlungssystems erzielen lassen, aushebeln können: Es besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser sich innerhalb einer Kategorie die kostengünstigsten Fälle aussuchen („Rosinenpicken“, also Patientenselektion durch „Abschöpfen“ der profitabelsten Fälle) und die kostspieligen Fälle anderen Kliniken überlassen. Außerdem sind Krankenhäuser versucht, die Komplexität der Fälle bei deren Codierung überzubewerten („Upcoding“) und bei der Qualität (oder genau genommen der Quantität) der pro Fall aufgewendeten Versorgungsleistungen zu sparen (70).

Vergütung von Ärzten

In der Europäischen Region erfolgt die Bezahlung von Leistungserbringern in Form von Gehältern, Kopfpauschalen und Vergütung von Leistungen. Im öffentlichen Sektor werden die meisten Ärzte in der primären und ambulanten Versorgung auf der Grundlage von Gehältern oder Kopfpauschalen oder einer Kombination aus beiden Faktoren vergütet. Bei der primären Gesundheitsversorgung überwiegt in vielen Ländern die Vergütung durch Kopfpauschale, z. B. in England, Estland, Italien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Litauen, den Niederlanden, Polen, Rumänien, der Slowakei und Ungarn. In Belgien, Deutschland (unter Anwendung einer Budgetobergrenze), Frankreich, Luxemburg, Österreich und der Schweiz werden Einzelleistungen vergütet. Diese Zahlungsmethode wird auch bei privat erbrachten primären und ambulanten Versorgungsleistungen standardmäßig angewendet. Außer in Belgien und der Schweiz erhalten Krankenhausärzte jedoch meist ein festes Gehalt. Die Vergütung von Einzelleistungen erhöht den Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen. Demgegenüber kann eine gehalts- oder kopfpauschalenorientierte Zahlungsmethode zwar die Kostenkontrolle verbessern, birgt jedoch auch die Gefahr, dass weniger Leistung erbracht wird und Patientenkosten auf andere Leistungserbringer abgewälzt werden. Die Auswirkungen der Zahlungsmethode auf das Verhalten von Ärzten wurden in mehreren Studien untersucht (71,72). Zunehmend testen die Länder gemischte Zahlungssysteme, bei denen Elemente mehrerer Zahlungsmethoden miteinander kombiniert werden, um maximale Anreize zu schaffen und negative Anreize abzumildern (69).

Einige Länder, insbesondere in Mittel- und Osteuropa, haben eine gehaltsbasierte Vergütung der Erbringer primärer Gesundheitsleistungen abgeschafft und stattdessen einzelleistungsbasierte Vergütungen oder Kopfpauschalen eingeführt. Andere Länder, vor allem in Westeuropa, haben zusätzlich zu den Kopfpauschalen gezielte einzelleistungsbasierte Zahlungen ausgebaut, um die präventive Versorgung zu fördern und gute Leistungen zu belohnen. Soweit negative Anreize geschaffen werden, die zu schlechteren Leistungen führen, können diese durch Einkaufsmechanismen ausgeglichen werden, die die Finanzierung vom Vorliegen bestimmter Qualitätsindikatoren abhängig machen. Einige Länder nehmen Qualitätsindikatoren in die Dienstleisterverträge auf. Diese können Zulassungsanforderungen, Qualitätssicherungsverfahren und qualitäts- oder ergebnisbasierte Ziele beinhalten. Darüber hinaus streben einige Länder eine leistungsorientierte Bezahlung von Fachkräften an, bei der ausdrücklich finanzielle Anreize geschaffen werden, um bestimmte Vorgehensweisen und Ergebnisse zu belohnen. Im Vereinigten Königreich wurde kürzlich das Vertrags- und Vergütungssystem für Hausärzte reformiert, indem Belohnungen für das Erreichen von Qualitätszielen festgelegt wurden. Das System hat jedoch mit den üblichen Schwierigkeiten zu kämpfen, die allen leistungsorientierten Zahlungsmodellen gemeinsam sind. Die meisten Hausärzte erfüllten die Ziele bereits (73), was dazu führte, dass das Budget überschritten wurde und die Gebühren anschließend nicht mehr an die Inflation angepasst werden konnten. Dies minderte die Leistungsbereitschaft der Hausärzte.

Finanzielle Anreize sind zwar notwendig, doch reichen sie nicht aus, um die Qualität der Leistungen zu verbessern. Vielmehr müssen die Aktivitäten eng mit Initiativen im Bereich der Leistungserbringung und der Aufsicht (stewardship) abgestimmt werden.

Fazit

Auch wenn das Umfeld, in dem die Gesundheitssysteme der Europäischen Region entwickelt werden, von Land zu Land verschieden ist und die Unterschiede weiter zunehmen, müssen sich alle Länder der Herausforderung einer wachsenden Fragmentierung der

Finanzstrukturen stellen und Maßnahmen ergreifen, die Anreize für Leistungserbringer schaffen und diese mit den Zielen der strategischen Finanzierung im Gesundheitsbereich in Einklang bringen. Dies ist in Zeiten wirtschaftlicher Rezession umso wichtiger, da der finanzielle Rahmen wahrscheinlich äußerst eng abgesteckt sein wird und die Regierungen Schwierigkeiten haben werden, an die Entwicklungen der vergangenen zehn Jahre anzuknüpfen und die öffentlichen Gesundheitsausgaben weiter zu erhöhen. Die Reformen, die die Länder in den letzten Jahren durchgeführt haben, haben zu der Erkenntnis geführt, dass sich die Strategien zur Gesundheitsfinanzierung auf die politischen Ziele und nicht auf die Realisierung einzelner Mechanismen konzentrieren sollten. Dabei ist es wenig hilfreich, bei politischen Entscheidungen eine Abgrenzung zwischen übergeordneten Modellen für die Gesundheitsfinanzierung (z. B. Bismarck- oder Beveridge-Modell) vorzunehmen, da diesen Modellen heute keine Bedeutung mehr zukommt. Entscheidend sind vielmehr Einzelfragen: Welche finanziellen Ressourcen werden eingesetzt? Wie werden Finanzmittel beschafft? Wie werden Finanzmittel zusammengeführt? Wie werden Leistungen eingekauft? Wie sind die Rechte und Pflichten der Bürger geregelt? Ziel der Finanzpolitik sollte es sein, ein gutes und leistungsfähiges Gesundheitssystem zu fördern, dieses an den Grundwerten Chancengleichheit, Solidarität und Teilhabe auszurichten und gleichzeitig die vorhandenen Ressourcen auf finanziell vernünftige Art einzusetzen (74).

Verantwortung übernehmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik (stewardship)

Wie in Teil 2 bereits dargelegt, hat sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung der Europäischen Region in den vergangenen 15 Jahren insgesamt verbessert. Trotz dieser Verbesserung bieten einige Umstände Anlass zu ernsthafter Besorgnis: hohe Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten in den meisten Ländern, Ungleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen und im Hinblick auf die gesundheitlichen Ergebnisse sowohl innerhalb von Ländern als auch im Ländervergleich, Diskrepanz zwischen Gesundheitsstatus, personellen Ressourcen und Gesundheitsbedarf der Bevölkerung sowie steigende Gesundheitsausgaben. Einige Länder versuchen schon seit Jahrzehnten vergeblich, diese Probleme durch Gesundheitsreformen in den Griff zu bekommen. Aktuell droht die weltweite Wirtschaftskrise – die neben den bereits vorhandenen gravierenden Energie- und Umweltproblemen eine zusätzliche Belastung für die Regierungen darstellt – die bestehenden Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten im sozialen und gesundheitlichen Bereich noch zu verschärfen. Das derzeitige Klima sorgt für einschneidende Veränderungen der Normen und Lebensgewohnheiten sowie des Gesundheitsverhaltens in der Gesellschaft. Es ist davon auszugehen, dass dies die Gesundheitssysteme dauerhaft und in vielerlei Hinsicht beeinflussen wird.

In diesem Zusammenhang sind die Regierungen zunehmend gefordert, konkrete Maßnahmen zu ergreifen und speziell die Leistungsfähigkeit, Effizienz und Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme zu verbessern. Da sowohl die Medien als auch die Öffentlichkeit Wert auf eine Verbesserung von Transparenz und Rechenschaftsablage legen, ist die Steuerungsfunktion der Gesundheitsministerien und Regierungen zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt (siehe Abschnitt „Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme im Rahmen von Rechenschaftspflichten“). Insbesondere von den Gesundheitsministerien wird gefordert, Verantwortung zu übernehmen und sicherzustellen, dass die Regierungen eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik durchsetzen und bessere

gesundheitliche Ergebnisse erzielen. Hiervon werden auch positive Auswirkungen auf die Wirtschaft erhofft. Grundvoraussetzung für eine Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse ist im Ergebnis vor allem eine Analyse der relativen Bedeutung von Faktoren, die die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems beeinflussen, und die Bestimmung von möglichst geeigneten Methoden zur wirksamen Ausübung der Steuerungsfunktion.

Verantwortungsbewusste Steuerung der Gesundheitssysteme

Die verantwortungsbewusste Steuerung des Gesundheitssystems gehört zu den vier Funktionen, die im Weltgesundheitsbericht 2000 (75) als Instrument zur konzeptionellen Entwicklung und Analyse der Führung von Gesundheitssystemen beschrieben wurden. Die Aufgabe des Staates besteht nicht darin, das System direkt zu verwalten oder zu betreiben, sondern vielmehr in seiner Steuerung. Der Staat legt Ziele und Vorgaben fest und bestimmt die Regeln, nach denen die Ziele erreicht werden sollen. Zu diesem Zweck wird eine strategische Grundsatzrichtung festgelegt und werden geeignete Vorschriften erlassen und passende Umsetzungsinstrumente entwickelt; im Hinblick auf Rechenschaftspflichten und Transparenz werden Daten zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems erhoben (76). Eine verantwortungsbewusste Steuerung kann somit auch die übrigen drei Funktionen integrieren und so eine Verwirklichung des geplanten Gesundheitssystems und der erwünschten Gesamtleistung ermöglichen.

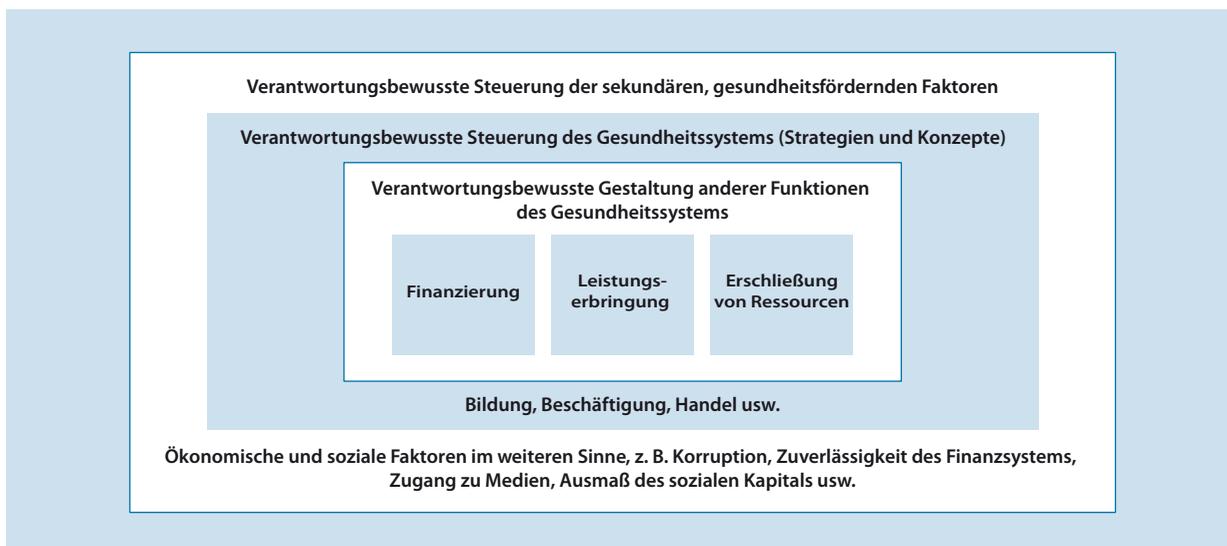
Wie die verantwortungsbewusste Steuerung des Gesundheitssystems im Einzelnen erfolgt, hängt von den wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie den kulturellen Grundwerten des jeweiligen Landes ab. Die Rolle des Privatsektors bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und das Ausmaß der Dezentralisierung im Rahmen von Zuständigkeitsübertragungen auf regionale Behörden sind von den Bedingungen, der Kultur und der Geschichte eines Landes abhängig. Dennoch haben die Mitgliedstaaten der Europäischen Region einige konkrete Funktionen einer verantwortungsbewussten Steuerung der Gesundheitssysteme identifiziert (77):

- Definition einer Vision für das Gesundheitswesen und einer geeigneten Strategie zu ihrer Verwirklichung;
- Anwendung einschlägiger Daten bei der Definition der Vision und der Evaluierung der Ergebnisse;
- Führung des Gesundheitssystems auf der Grundlage von Werten, ethischen Überzeugungen und definierten Zielen;
- Mobilisierung der gesetzlichen und regulatorischen Instrumente des Gesundheitssystems zur Verwirklichung der Ziele;
- Sicherung der Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems im Hinblick auf veränderliche Anforderungen;
- Einflussnahme auf Politikbereiche außerhalb des Gesundheitssektors und aktive Gesundheitsförderung.

An diesen Funktionen lässt sich ablesen, dass eine verantwortungsbewusste Steuerung der Gesundheitssysteme nicht auf die Kontrolle des Gesundheitssektors beschränkt ist. Zu einer verantwortungsbewussten Steuerung eines Gesundheitssystems gehört die Übernahme einer Führungsrolle und ein aktives Einwirken auf andere nationale und (in dezentralisierten Systemen) regionale oder kommunale Behörden (z. B. in den Bereichen Finanzen, Handel, Verkehr und Landwirtschaft), den Privatsektor und sonstige Interessengruppen sowie die Abstimmung gemeinsamer Maßnahmen mit den genannten

Akteuren. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass gesundheitliche Belange und ihre sozialen Determinanten in allen Bereichen des politischen Lebens gebührend berücksichtigt werden (78). Dies ist umso wichtiger, als selbst in Ländern mit hohem Einkommen die Ungleichheit im Gesundheitsbereich dramatische Ausmaße annimmt und für die Betroffenen mit entsprechender sozialer Benachteiligung verbunden ist. Eine Verbesserung von Qualität und Chancengleichheit im Gesundheitswesen erfordert koordinierte staatliche Maßnahmen, die sich an den Grundsätzen der Gerechtigkeit, Partizipation und Zusammenarbeit orientieren (79). Die Maßnahmen der übrigen staatlichen und gesellschaftlichen Akteure setzen häufig an den Risikofaktoren verbreiteter Krankheiten sowie an den Determinanten von Gesundheit an. Die Verteilung der Risikofaktoren auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen ist von übergeordneten gesellschaftlichen Gesundheitsdeterminanten (insbesondere Bildung, Beschäftigung und Umwelt) abhängig, was zu Ungleichheit im Gesundheitsbereich führt (Abb. 3.7). Insgesamt muss sich eine verantwortungsbewusste Steuerung eines Gesundheitssystems an einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ausrichten. Gemäß den Empfehlungen der Konferenz von Adelaide zum Thema Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik ist diese gekennzeichnet durch „die ausdrückliche Sorge um Gesundheit und Chancengleichheit in allen Politikbereichen und Rechenschaftspflichten im Hinblick auf die gesundheitlichen Auswirkungen der Politik“ (81).

Abb. 3.7: Steuerung gesundheitsrelevanter Faktoren



Quelle: nach Davies (80).

Die für die Steuerung des Gesundheitssystems Verantwortlichen müssen sich dafür einsetzen, dass auch in den übrigen Politikbereichen gesundheitliche Belange gebührend berücksichtigt werden. Zu diesem Zweck müssen sie in Abstimmung mit ihren Partnern in den folgenden Bereichen Einfluss nehmen:

- Zusammenarbeit und Partnerschaften innerhalb der verschiedenen Regierungsressorts sowie mit Akteuren außerhalb der Regierung zur Umsetzung der Ziele des Gesundheitssystems;
- Förderung von Initiativen zur Verbesserung des Gesundheitswesens und seiner sozialen Determinanten und

- Förderung der Einbeziehung gesundheitlicher Belange in allen Politikbereichen.

Bei ihrem Engagement für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik können die für die Steuerung Verantwortlichen somit unterschiedliche Funktionen einnehmen:

- Führungsrolle bei der Festlegung der Gesundheitsagenda für alle Ressorts;
- Unterstützung anderer Ministerien, z. B. beim Aufbau von Kapazitäten zur Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Politik;
- Zusammenarbeit mit anderen Ministerien bei der Entwicklung und Implementierung gesundheitsrelevanter Handlungskonzepte, etwa in den Bereichen Nahrungsmittelherstellung und Umweltpolitik; oder
- Warnung vor negativen Auswirkungen bestimmter Politiken im Rahmen von Gesundheitsfolgenabschätzungen und gegebenenfalls Eintreten für gesundheitliche Belange.

Praxisbeispiele für die verantwortungsbewusste Steuerung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik

In Schweden initiierte der Gesundheitssektor ein multidisziplinäres Forschungsprojekt zu den Determinanten von Gesundheit und ermöglichte eine aktive Einbindung aller politischen Parteien, der Öffentlichkeit und weiterer Interessengruppen an der Formulierung der Ziele für die öffentliche Gesundheit. Am Ende dieses Verfahrens wurde die öffentliche Gesundheitspolitik von 2003 (82) verabschiedet, eine der ersten offiziellen Gesundheitsstrategien des Landes, die auf Gesundheitsdeterminanten basiert. Die darin enthaltenen 11 Ziele und ihre konkreten messbaren Zielvorgaben werden von einem Lenkungsausschuss aus Ministern verschiedener Ressorts unter Vorsitz des Ministers für Altenpflege und Gesundheit beobachtet und ausgewertet.

Das nationale Handlungskonzept des Vereinigten Königreichs beschäftigt sich ausdrücklich mit Chancengleichheit und nennt sektorübergreifende Maßnahmen als zentrale Strategie. 1999 wurden sog. „Health action zones“ eingerichtet, um gebietsbezogene sektorübergreifende Maßnahmen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit zu organisieren. Außerdem wurden Audits zur Überprüfung der Chancengleichheit eingeführt, die gewährleisten sollen, dass die kommunalen Gesundheits- und Entwicklungspläne vorrangig den bedürftigsten Personengruppen zugute kommen.

In Slowenien führte das Gesundheitsministerium eine Gesundheitsfolgenabschätzung auf nationaler Ebene ein, die im Zuge des EU-Beitritts bei der Festlegung der Ernährungs- und Landwirtschaftspolitik eingesetzt wurde. Dieses Verfahren führte zu einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Politikbereichen Landwirtschaft und Gesundheit und zur Aufnahme der Komponente „Lebensmittelsicherheit“ in den nationalen Aktionsplan für Nahrung und Ernährung.

Norwegen wiederum entschied sich für einen Stufenplan zur Reduzierung gesellschaftlicher Ungleichheiten im Gesundheitssektor. In der ersten Phase wurde eine Abteilung innerhalb der Direktion für Gesundheit geschaffen, die Informationen zur Gesundheitsfolgenabschätzung bereitstellen und die Aktivitäten in diesem Bereich unterstützen soll. Anschließend legte die Regierung dem Storting (Parlament) einen Bericht vor, der einen 10-Jahres-Plan zum Abbau gesellschaftlicher Ungleichheiten im Gesundheitssektor enthielt, einschließlich Leitlinien für die nationale und regionale Politik (83,84).

Auch die Gesundheitsfolgenabschätzungen in Finnland und Slowenien, mit denen die erwarteten gesundheitlichen Auswirkungen von Strategien außerhalb des Gesundheitssektors evaluiert wurden, sind vielversprechende Beispiele für Koordination, sektorübergreifende Maßnahmen und aktive Gesundheitsförderung im Sinne der 2007 verabschiedeten Ministererklärung der Europäischen Union über Gesundheit in allen Politikbereichen. In dieser Erklärung verpflichteten sich die Minister der 27 EU-Mitgliedstaaten zur Stärkung der sektorübergreifenden Ansätze und Prozesse auf europäischer, nationaler, regionaler und lokaler Ebene, durch die die Auswirkungen der Politik auf die öffentliche Gesundheit in allen Bereichen wirksam berücksichtigt werden können (85).

Die genannten Beispiele verdeutlichen die beiden zentralen Ansätze, die die Regierungen bei der verantwortungsbewussten Steuerung ihrer Gesundheitssysteme verfolgen können: Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in allen Politikbereichen (Gesundheit in allen Politikbereichen) und Überwachung und Messung der Leistungen des Gesundheitssystems (siehe Abschnitt „Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme im Rahmen von Rechenschaftspflichten“). In der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand (12) haben die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sich ausdrücklich zu beiden Lösungsansätzen bekannt.

Gesundheit in allen Politikbereichen: Instrumente und Herausforderungen

Durch die Strategie „Gesundheit in allen Politikbereichen“ soll der Gesundheitssektor besser mit anderen Politikbereichen verknüpft werden. Dies ist ein entscheidender Faktor bei dem Bemühen, der öffentlichen Gesundheitspolitik mehr Verantwortung und Gestaltungsspielraum zu übertragen und auf diese Weise die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu verbessern. In den vergangenen Jahren hat diese Strategie in der Politik breite Zustimmung gefunden. Sie untersucht alle Politikbereiche – z. B. Landwirtschaft, Bildung, Umwelt, öffentliche Ausgaben, Wohnungswesen und Verkehr – auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen (86). Kernelemente der Strategie sind die Gesundheitsfolgenabschätzung (siehe unten), sektorübergreifende Mechanismen und sektorübergreifende Gesundheitsziele. So wirkt sich die Strategie „Gesundheit in allen Politikbereichen“ positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung aus, da sie Gesundheitsdeterminanten berücksichtigt, die zwar überwiegend außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des Gesundheitsministeriums liegen, auf die jedoch zur Verbesserung des Gesundheitszustands Einfluss genommen werden kann (87). Für eine verantwortungsbewusste Steuerung des Gesundheitssystems ist es daher von entscheidender Bedeutung, dass Dialog und Zusammenarbeit mit anderen Ministerien und Ressorts angestrebt werden.

Die Europäische Region, insbesondere die EU, verfügt über eine solide gesetzliche Grundlage, um das Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“ umzusetzen. Die Strategie ist Teil des *Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO* (76). Während der finnischen Präsidentschaft im Jahr 2006 verabschiedeten die EU-Mitgliedstaaten eine Schlussfolgerung des Europäischen Rates zu Gesundheit in allen Politikbereichen (88), und 2007 nahm die EU eine Gesundheitsstrategie an, die den Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ beinhaltet (89). Darüber hinaus verabschiedeten die Mitgliedstaaten der Europäischen Union gemeinsam mit der WHO und der EU-Kommission die Ministererklärung der Europäischen Union zu Gesundheit in allen Politikbereichen (85). Im Vertrag zur Gründung der Europäischen Union (1992) werden die EU-Institutionen beauftragt, sich in allen Politikbereichen aktiv für gesundheitliche Belange einzusetzen (90). Nach dem Vertrag von Lissabon (91), der noch nicht von allen EU-Mitgliedstaaten ratifiziert wurde, ist der

„Schutz der menschlichen Gesundheit“ ein Element, das bei der Festlegung und Umsetzung von Handlungskonzepten in anderen Politikbereichen zu berücksichtigen ist.

Bei dem Versuch, gesundheitliche Belange in alle Politikbereiche zu integrieren, wurden verschiedene Instrumente eingesetzt (87). Beispielsweise sind gesetzliche Bestimmungen, die einen Auftrag zur Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen der Politiken enthalten, und gesetzliche Verpflichtungen, die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung und der hierfür relevanten Handlungskonzepte zu beobachten und darüber zu berichten, wichtige Instrumente, mit denen die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in anderen Politikbereichen institutionalisiert werden kann. Darüber hinaus können auch folgende Instrumente eingesetzt werden:

- parlamentarische Berichte über öffentliche Gesundheit und öffentliche Gesundheitspolitik auf nationaler und regionaler Ebene;
- Entwicklung ständiger sektorübergreifender Ausschüsse zur Vorbereitung, Umsetzung und Weiterverfolgung des Konzepts „Gesundheit in allen Politikbereichen“;
- sonstige sektorübergreifende Mechanismen, die formelle Konsultationen, z. B. durch Anforderung offizieller Stellungnahmen zu politischen Vorschlägen, und informelle Mechanismen und Kontakte beinhalten.

Anhand von Gesundheitsfolgenabschätzungen kann sich die Politik über die gesundheitlichen Auswirkungen anstehender Entscheidungen informieren und mögliche Alternativen prüfen (92). Dabei dient eine Folgenabschätzung nicht nur der Evaluierung von Auswirkungen im Gesundheitsbereich, sondern auch ihrer Sichtbarmachung sowie der Gewährleistung ihrer gebührenden Berücksichtigung im Entscheidungsprozess. Gesundheitsfolgenabschätzungen können unterschiedlich ausgerichtet sein: Denkbar sind sowohl eng eingegrenzte, rein analytische Bewertungen der mit Wahrscheinlichkeit angenommenen gesundheitlichen Auswirkungen politischer Optionen als auch groß angelegte Bewertungen, die sich eine genaue Prognose der Auswirkungen zum Ziel setzen. Investitionen in die Gesundheitsfolgenabschätzung sollten sich nach der Bedeutung der anstehenden politischen Entscheidung richten. Gesundheitsfolgenabschätzungen werden in zahlreichen Ländern auf unterschiedlichen Ebenen der politischen Verwaltung durchgeführt und können im Rahmen politischer Strategien, Programme und Projekte eingesetzt werden. Abgesehen von den beschriebenen Beispielen sind sie auch in Finnland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich häufig genutzt worden (93). Litauen ist eines der ersten Länder, die die Gesundheitsfolgenabschätzung gesetzlich vorgeschrieben haben (94).

Inwieweit Gesundheitsfolgenabschätzungen Entscheidungen beeinflussen, ist nicht genau geklärt. Zahlreiche Erkenntnisse deuten jedoch darauf hin, dass ihr Einfluss erheblich ist (95). In England und Wales wurde durch wirtschaftliche Evaluierungen nachgewiesen, dass die Vorteile von Gesundheitsfolgenabschätzungen die Kosten wettmachen (96). Die Herausforderung besteht jedoch darin, die Akteure in den übrigen Politikbereichen von den Vorteilen systematischer Gesundheitsfolgenabschätzungen zu überzeugen und Implementierungsstrategien zu identifizieren, die für den jeweiligen Kontext geeignet sind.

Auch andere Mechanismen dienen der übergreifenden Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen. Auch sie sind jedoch vom jeweiligen Kontext abhängig und sind noch keiner systematischen oder vergleichenden Untersuchung unterzogen worden. Hierzu zählen intersektorale Ausschüsse, dienststellenübergreifende Arbeitsgruppen, Sachverständigenausschüsse zur öffentlichen Gesundheit, konsensbildende Tagungen,

offizielle Konsultationen zu Gesetzesentwürfen und Volksabstimmungen (97). Das finnische Ministerium für Soziales und Gesundheit hat bilaterale politische Dialoge zwischen den Ministerien sowie eine entsprechende Berichterstattung über gesundheitspolitische Belange eingeführt, um die sektorübergreifende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsdeterminanten zu verbessern (83).

Zur Stärkung der Steuerung des Gesundheitssystems können darüber hinaus sektorübergreifende Gesundheitsziele eingeführt werden. Zielvorgaben fördern den Dialog und haben Einfluss auf die Zuweisung von Ressourcen sowie auf die Leitung und das Verhalten von Organisationen und Einzelpersonen. Sie sind auch für die Bestimmung der Referenzgrößen wichtig, die bei der Leistungsbewertung zugrunde gelegt werden. In der gesamten Region sind Gesundheitsziele ein beliebtes Steuerungsinstrument, mit dem Einfluss auf die Formulierung der Gesundheitspolitik genommen werden kann (98–104). Eine aktuelle und umfassende Untersuchung hat gezeigt, dass die meisten Länder bei der Formulierung umfassender gesundheitspolitischer Konzepte auf Gesundheitsziele zurückgreifen (75).

Die Einführung von Gesundheitszielen ist jedoch mit gewissen Herausforderungen verbunden, da für die Festlegung und Überwachung der Gesundheitsziele ein umfassendes Fachwissen, politischer Wille und eine geeignete Infrastruktur erforderlich sind. In vielen Ländern, z. B. Deutschland, England und Ungarn, werden solche Zielvorgaben eingesetzt. Allgemein zeigen derartige Gesundheitsziele wenig Wirkung, wenn sie nicht mit geeigneten Rechenschaftspflichten verbunden und auf einschlägige Gesundheitsinformationen gestützt sind (103,104).

Fazit

In den letzten Jahren haben die Regierungen neue Instrumente eingesetzt, die sie bei der Steuerung der Leistungserbringung und der De- oder Rezentralisierung der politischen, administrativen und fiskalischen Funktionen (105) unterstützen und somit zur Realisierung übergreifender Gesundheitsziele beitragen. Der Anspruch, Gesundheitsbelange in allen Politikbereichen einzubringen, ist jedoch auch mit gewissen Schwierigkeiten verbunden (87):

1. Eine erfolgreiche Implementierung hängt davon ab, in welchem Umfang Gesundheitspolitiken oder sektorübergreifende Maßnahmen ausgewählter Politikbereiche für sich genommen eine Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten bewirken können.
2. Der mit den Strategien verbundene Kostenfaktor hat erheblichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung; so lassen sich gesundheitspolitische Maßnahmen, die die Kostenstruktur eines anderen Politikbereichs negativ beeinflussen, nur schwer durchsetzen.
3. Die Förderung lokaler Gesundheitspläne und -maßnahmen kann nur begrenzte Wirkung entfalten, wenn die Determinanten der übrigen Politiken auf nationaler, regionaler und weltweiter Ebene bestimmt werden.
4. Die gesundheitlichen Auswirkungen konkreter Änderungen in der Politik sind nicht unbedingt sofort und unmittelbar spürbar, sondern treten möglicherweise erst viel später zu Tage.

Um diese Herausforderungen zu meistern, müssen die Kapazitäten für sektorübergreifende Maßnahmen aufgestockt werden, und Entscheidungen sollten sich auf eine kontinuierlich auszubauende Erkenntnisgrundlage und auf zuverlässige Informationen und Daten stützen.

Eine der sechs globalen Prioritäten der WHO im Hinblick auf eine verantwortungsbewusste Steuerung (106) besteht darin, die Mitgliedstaaten bei der Förderung der ressortübergreifenden Kooperation und der Zusammenarbeit mit dem privaten Sektor und der Bevölkerung zu unterstützen, um eine Verbesserung der zentralen Gesundheitsdeterminanten anzustreben und sicherstellen, dass den Gesundheitsbedürfnissen der am stärksten gefährdeten Personengruppen angemessen Rechnung getragen wird. Um dieses Ziel zu erreichen, darf nicht nur punktuell und sporadisch eingegriffen werden, sondern es bedarf solider sozialer Strukturen, die die Gesellschaft kontinuierlich beeinflussen. Eine verantwortungsbewusste Steuerung des Gesundheitssystems setzt daher ein Gleichgewicht zwischen den mittelfristigen Ergebnissen, die im politischen Tagesgeschäft notwendig sind, und den langfristigen Maßnahmen, die der Verbesserung der Gesundheit im Rahmen einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik dienen, voraus.

Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme im Rahmen von Rechenschaftspflichten

Eines der wichtigsten Anliegen der Europäischen Region besteht darin, die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme der Länder zu verbessern. Dies ist angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Lage umso dringlicher, da nun die vorhandenen Ressourcen so effizient wie möglich genutzt werden müssen. Deshalb sind sich die Länder der Europäischen Region allgemein über die Notwendigkeit einig, die Leistung der Gesundheitssysteme zu bewerten (107). Die Charta von Tallinn (12) hat diesem Instrument zu neuer Geltung verholfen, da sich die Mitgliedstaaten darin verpflichtet haben, für mehr Transparenz zu sorgen und Rechenschaft über die Leistungen ihrer Gesundheitssysteme in Form messbarer Ergebnisse abzulegen.

Bessere gesundheitliche Ergebnisse durch Rechenschaftspflichten und verantwortungsbewusste Steuerung

Bei der Bewertung der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems wird gemessen und analysiert, ob das System die übergeordneten Ziele erreicht hat – z. B. Verbesserung des Gesundheitszustands und der finanziellen Absicherung der Bevölkerung, mehr Bedarfsgerechtigkeit oder Effizienz im Gesundheitssystem (75,106) – und inwiefern die den übergeordneten Zielen vorgelagerten Zwischenziele, z. B. Zugang, Reichweite, Qualität und Sicherheit von Gesundheitsleistungen (106), zu deren Verwirklichung beigetragen haben.

Ein ausgereiftes System zur Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssektors verfügt über die folgenden Merkmale:

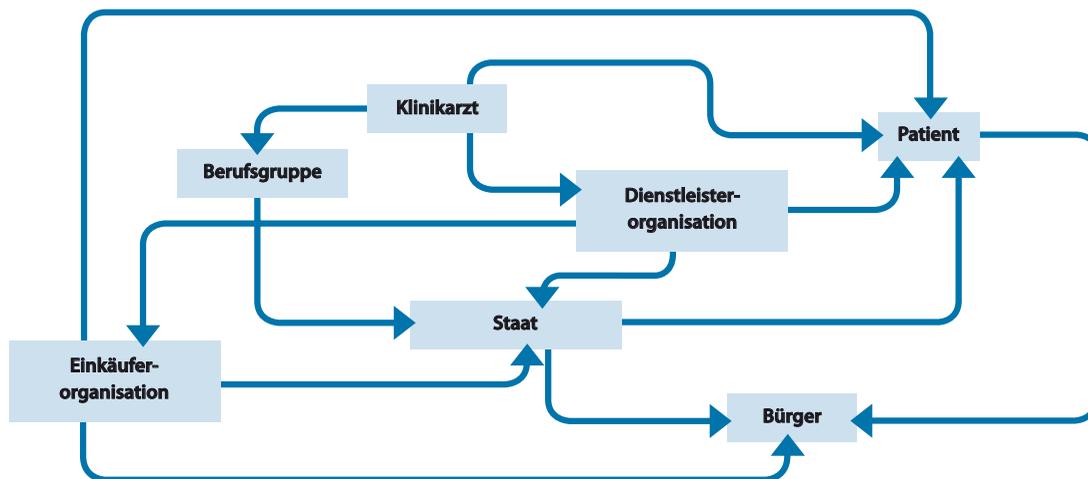
- Die Bewertung erfolgt kontinuierlich, systematisch und transparent. Die Berichtsverfahren werden im Voraus definiert und erfassen die gesamte Bewertung. Das System ist nicht an Fristen einer Reformagenda oder eines nationalen Gesundheitsplans gebunden. Es kann jedoch in regelmäßigen Abständen überarbeitet werden, um im Falle veränderter Rahmenbedingungen die Prioritäten neu definieren und die Ziele realistischer gestalten zu können.
- Das System ist umfassend, in seinem Aktionsradius ausgewogen und deckt das gesamte Gesundheitssystem ab. Es ist nicht auf bestimmte Programme, Ziele oder

Versorgungsebenen beschränkt. Die Leistung des Gesamtsystems übersteigt die Summe der Leistungen seiner einzelnen Bestandteile.

- Das System ist analytisch, und die Leistungsbewertung erfolgt anhand komplementärer Informationsquellen. Die Interpretation der Leistungsindikatoren stützt sich auf strategische Analysen, Komplementärinformationen (qualitative Bewertungen) und Bezugspunkte: zeitliche Trends, ein lokaler, regionaler und internationaler Abgleich und ein Vergleich mit Standards, Zielen und Benchmarks.
- Für die Einhaltung dieser Kriterien ist es notwendig, dass die Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems transparent ist und dass den für die Steuerung des Systems Verantwortlichen Rechenschaftspflichten auferlegt werden. Die beiden Faktoren bauen aufeinander auf, und im vorliegenden Abschnitt wird untersucht, wie die Länder durch Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems eine Leistungssteigerung erzielen und Rechenschaftspflichten einhalten können.

Die Rechenschaftslegung vereint zwei wichtige Aspekte: Erstens wird Rechenschaft abgelegt (Übermittlung von Informationen) und zweitens wird zur Rechenschaft gezogen (Sanktionen oder Belohnungen) (108). Die Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems ist eine Lösung, die auf der leistungsbezogenen Rechenschaftslegung beruht und in der Betriebswirtschaftslehre verankert ist. Ziel ist der Nachweis der erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Übernahme von Rechenschaftspflichten auf der Grundlage von Zielvereinbarungen (109); insofern unterscheidet sich dieses Modell von Lösungen, die eine Rechenschaftslegung bezogen auf die Einhaltung von Verfahren und Vorschriften vorsehen (auch als „hierarchische Kontrolle“ bezeichnet). Die maßgeblichen Akteure müssen für die Leistung ihrer nationalen, regionalen und kommunalen Gesundheitssysteme und für die Maßnahmen, die sie zur Leistungssteigerung ergreifen, Rechenschaft ablegen. Abb. 3.8 veranschaulicht die gegenseitige Rechenschaftslegung innerhalb des Gesundheitssystems.

Abb. 3.8: Schaubild zur Rechenschaftslegung innerhalb des Gesundheitssystems



Quelle: Smith, Mossialos, Papanicolas (108).

Die Festlegung von Rechenschaftspflichten erfolgt nicht nur im Hinblick auf externe Zielgruppen, sondern dient auch der Organisationsentwicklung, der Verbesserung von Managementverfahren, der Selbstevaluierung und der strategischen Planung (110). Im Rahmen der Leistungsmessung werden strategische Planung, Leistungssteuerung und

Rechenschaftslegung aufeinander abgestimmt; dies kann zu einer Leistungsverbesserung und zu erhöhter Wertschöpfung innerhalb der Gesundheitssysteme führen (111–114).

Indem die Öffentlichkeit Zugang zu den Bewertungen erhält, die die relative Leistung des nationalen Gesundheitssystems – oft im Rahmen internationaler Rankings – dokumentieren, übernehmen die maßgeblichen Akteure gegenüber der Allgemeinheit Verantwortung für die Leistung des Gesundheitssystems (5). Die Veröffentlichung solcher Bewertungen führt auf allen Ebenen zu einer Sensibilisierung und erhöhten Aufmerksamkeit für die Leistungen des Gesundheitssystems. Außerdem sind internationale Vergleiche ein wichtiges Instrument, anhand dessen die nationalen Entscheidungsträger Defizite erkennen und geeignete Abhilfemaßnahmen identifizieren können. Derartige Vergleichsstudien bilden eine konkrete Plattform, die die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und der Medien auf die Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen lenkt. Solche Vergleiche können die für die Steuerung des Gesundheitssystems Verantwortlichen dazu veranlassen, der Öffentlichkeit die Gründe für Abweichungen und ggf. für ein schlechteres Abschneiden des eigenen Systems in bestimmten Bereichen zu erklären. Auch wenn die Vergleichbarkeit der Daten und die Zusammenführung von Indikatoren in Rankinglisten weiterhin mit methodischen Schwierigkeiten verbunden ist (108,115), haben die Reaktionen auf Berichte wie den Weltgesundheitsbericht 2000 (75) oder die OECD-Publikation *Gesundheit auf einen Blick 2007* (116) gezeigt, dass derartige Vergleichsuntersuchungen äußerst wirkungsvoll sind. Zwar hat sich die Medien und Verbraucherverbände bislang vor allem mit der Qualität der Gesundheitsdienstleister befasst, doch seitdem diese Bewertungen veröffentlicht werden, hat die Berichterstattung ihren Aktionsradius erweitert, indem internationale Vergleichsstudien über die Gesundheitssysteme, z. B. auf der Grundlage des Europa-Gesundheitskonsumenten-Index, einbezogen werden (117).

Darüber hinaus kann die Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems auch auf direktem Weg zu einer Leistungssteigerung führen. Indem gezielte leistungsbezogene Informationen in Entscheidungsprozesse eingebunden werden, erhalten die maßgeblichen Entscheidungsträger eine Grundlage, die sie bei der Bewertung und Anpassung von Strategien, Programmen, Politiken und Zwischenzielen unterstützt und auf diese Weise zur Realisierung ihrer Vision eines besseren Gesundheitssystems beiträgt. Die Leistungsbewertung des Gesundheitssystems – verbunden mit Rechenschaftslegung und strategischer Planung – dient somit dem Ziel einer verantwortungsbewussten Steuerung, da sie gewährleistet, dass das Gesundheitssystem an dem strategischen Ziel einer Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse der Bevölkerung ausgerichtet wird, dass politische Entscheidungen auf der Grundlage relevanter Daten zu gesundheitlichen Problemen und Gesundheitsdeterminanten getroffen werden, dass alle Politikbereiche sich für eine Verbesserung der Gesundheit einsetzen und dass eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik in allen staatlichen Bereichen vorangetrieben wird. Dies entspricht den Kernaufgaben der Verantwortlichen für die Steuerung des Gesundheitssystems: Formulierung der strategischen politischen Ausrichtung; Bereitstellung geeigneter Vorschriften und Instrumente zur Umsetzung der Politik; Förderung der Datenerhebung zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems im Hinblick auf Rechenschaftslegung und Transparenz (107).

Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme in den Ländern der Europäischen Region

Die meisten Länder der Europäischen Region der WHO haben Aspekte der Leistungsbewertung für die Gesundheitssysteme in ihre Kontrollmechanismen integriert. Allerdings haben nur

wenige Länder Systeme entwickelt, die alle Merkmale formal aufgenommen und integriert haben und somit über das Potenzial verfügen, die Leistungsfähigkeit substantziell zu verbessern.

Tabelle 3.4 enthält eine Übersicht über die Implementierung der Leistungsbewertung für die Gesundheitssysteme in ausgewählten Ländern der Region. In Übereinstimmung mit dem bereits erläuterten Lösungsansatz werden die Merkmale der Leistungsbewertung geprüft und Stärken und Schwächen im Umsetzungsprozess identifiziert. So bedeutet beispielsweise die Bewertung „-“ unter „regelmäßig, systematisch und transparent“, dass die Bewertung nicht regelmäßig veröffentlicht wird oder dass die Ergebnisse den maßgeblichen Akteuren im Gesundheitssystem und der Öffentlichkeit nicht problemlos und transparent zur Verfügung gestellt werden. Dagegen bedeutet die Bewertung „+“ in der Spalte „Verknüpfung mit Leistungssteuerung im Gesundheitssystem“, dass die leistungsbezogenen Informationen eindeutig mit strategischen Entscheidungen verknüpft werden und dass Verfahren existieren, die die systematische Einbeziehung dieser Informationen auf verschiedenen Entscheidungsebenen bei der strategischen Entwicklung, der Ressourcenzuweisung und der Festlegung von Rechenschaftspflichten gewährleisten. Bei einer Bewertung mit „-/+“ ist die Situation noch unklar.

Tabelle 3.4: Übersicht über Leistungsbewertungsmerkmale für die Gesundheitssysteme in ausgewählten Ländern der Europäischen Region der WHO

Land	Leistungsbewertung			Rechenschaftslegung und Leistungssteuerung	
	regelmäßig, systematisch und transparent	umfassend und im Aktionsradius ausgewogen	Gründlichkeit der Analyse	Verknüpfung mit Rechenschaftslegung	Verknüpfung mit Leistungssteuerung im Gesundheitssystem
Armenien	-/+	-	+	-	-
England (Vereinigtes Königreich)	+	+	+	+	+
Estland	+	+	+	+	-
Georgien	-	+	+	-	-
Kirgisistan	+	+	+	+	+
Niederlande	+	+	+	+	+
Portugal	+	+	-/+	+	-
Schweden	+	-	+	+	+

Auf der Grundlage dieser Tabelle werden im Folgenden fünf Länder und ihre praktischen Erfahrungen bei der Einführung konkreter Bewertungsmerkmale für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems vorgestellt.

Die Niederlande: regelmäßige, systematische und transparente Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

Das niederländische Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport beauftragte das Nationale Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM), die Leistung des niederländischen Gesundheitssystems in den Jahren 2007 und 2008 in einem Bericht zu bewerten und diesen zu veröffentlichen. Die Berichte werden jährlich auf der Website des RIVM veröffentlicht (118).

Die Leistungsbewertung des Gesundheitssystems ist in einen Rahmen eingebettet, der sich auf die technische Qualität der Gesundheitsversorgung konzentriert und gleichzeitig Gesundheit

und ihre sonstigen Determinanten auf breiter Ebene untersucht. Die Leistungsfähigkeit wird anhand von 110 Indikatoren gemessen. Die ausgewählten Ziele und Indikatoren des Systems sind mit der Politik des Ministeriums für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport abgestimmt.

England: umfassende Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems

Seit 1999 wurden in England drei verschiedene Systeme der Leistungsbewertung für den NHS entwickelt. Im Leistungsbewertungsrahmen des NHS (119) wird zwischen sechs Leistungsbereichen unterschieden: Verbesserung der Gesundheit; gerechter Zugang; wirksame Erbringung geeigneter Gesundheitsleistungen; Effizienz; Erfahrungen bei der Versorgung von Patienten; gesundheitliche Ergebnisse der Versorgung durch den NHS. Bei dem von 2001 bis 2005 praktizierten System wurden verschiedene Arten von Organisation jährlich auf einer Skala von null (ungenügend) bis drei Sternen (Höchstwertung) anhand einer Reihe von Schlüsselzielen und mittels eines ausgewogenen Punktesystems in drei Bereichen (je nach Art der Organisation verschieden) bewertet. Bei Verfehlen von Schlüsselzielen lief eine Organisation Gefahr, eine Nullwertung zu erhalten, während für eine Drei-Sterne-Wertung ein gutes Abschneiden bei Schlüsselzielen wie auch Punktesystem erforderlich war. Seit 2006 durchlaufen die Organisationen einen jährlichen Gesundheitscheck, der aus zwei Elementen besteht: Finanzmanagement und hochwertige Versorgung.

Das Rahmengerüst wird für folgende Zwecke verwendet: Bewertung der Leistung des NHS, einschließlich Qualität und Effizienz; Förderung von Benchmarking zwischen vergleichbaren NHS-Einrichtungen; Unterstützung der nationalen und regionalen Leistungsfähigkeit und der Rechenschaftslegung.

Kirgisistan: Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems in Verbindung mit umfassender Analyse der leistungsfördernden Faktoren

Im kirgisischen Gesundheitsministerium führt die Abteilung für strategische Planung und Reformumsetzung regelmäßig Bewertungen der zentralen Leistungsbereiche des Gesundheitssystems durch. Unterstützung erhält das Ministerium vom Zentrum für Gesundheitssystementwicklung und Informationstechnologien. Dabei handelt es sich um eine selbständige öffentliche Einrichtung, die die Entwicklung und Implementierung politischer Strategien unterstützt und zu diesem Zweck Wissen aufbaut, umfassende Leistungsanalysen erstellt und Schulungen anbietet.

Seit 2004 werden die Leistungen des Gesundheitssystems und die Auswirkungen von Reformen regelmäßig überwacht und veröffentlicht (120). Der Bericht aus dem Jahr 2008 enthielt eine Bestandsaufnahme der Auswirkungen der Gesundheitsreform, die zu diesem Zeitpunkt etwa zur Hälfte vollzogen war, und ergab für die zentralen Leistungsindikatoren signifikante und nachhaltige Fortschritte bei der Verwirklichung der Ziele für finanzielle Absicherung, Zugang, Effizienz und Transparenz, während die Ergebnisse bei den Indikatoren für Gesundheit und Versorgungsqualität uneinheitlich waren (121).

Portugal Verknüpfung der Leistungsbewertung im Gesundheitssystem mit Rechenschaftslegungsstrukturen und -verfahren

In Portugal definiert der Nationale Gesundheitsplan 2004–2010 (122) Ziele für die Leistungssteigerung des Gesundheitssystems und überwacht die Realisierung der Ziele anhand eines Zeitplans. Die maßgeblichen Leistungsindikatoren sind im Internet abrufbar und werden regelmäßig überwacht und veröffentlicht (123).

Aufgrund seines Umfangs und der Verfahren zur laufenden Berichterstattung weist der Nationale Gesundheitsplan viele Merkmale auf, die ein Rahmen zur Leistungsbewertung im Gesundheitssystem benötigt. Um die Umsetzung des Plans zu gewährleisten, wurden Strukturen (z. B. Amt des Hohen Kommissars für Gesundheit) und Verfahren (Koordinationsmechanismen im Rahmen eines interministeriellen Ausschusses) geschaffen, die die verschiedenen Funktionen und Zuständigkeiten festlegen, die Umsetzung koordinieren und dafür sorgen, dass Regierung und Gesundheitssystem Rechenschaft darüber ablegen, inwieweit die Ziele des Gesundheitssystems erreicht wurden.

Schweden: Verknüpfung von Leistungsbewertung und Leistungssteuerung im Gesundheitssystem

In Schweden werden die Gesundheitsleistungen vom Staatlichen Amt für Gesundheit und Soziales (124) überwacht und bewertet. Auf diese Weise wird geprüft, ob die erbrachten Leistungen im Einklang mit den Zielen der nationalen Regierung stehen. Soweit die Bewertung die Gesundheitsleistungen erfasst, ist es aus Sicht des Gesundheitssystems wichtig, dass eine Verbindung zu den nationalen Zielen besteht.

Gemeinsam mit dem Schwedischen Verband der Kommunen und Regionen veröffentlichte das Amt einen Bericht über Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung in 21 schwedischen Landkreisen und regionalen Gesundheitsverwaltungen (125). Der Bericht hatte zwei Aufgaben: Erstens sollte er die Öffentlichkeit informieren und eine allgemeine Debatte über Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung anregen und zweitens wurde er zur Unterstützung der Bemühungen von Kommunen und Regionen um Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Bezug auf klinische Qualität, gesundheitliche Ergebnisse, Patientenzufriedenheit und effiziente Ressourcennutzung verwendet.

Internationale Entwicklungen, zentrale Herausforderungen und zukunftsweisende Lösungen

Wie sich den obigen Ausführungen und der Tabelle 3.4 entnehmen lässt, wird die Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen innerhalb der Europäischen Region der WHO auf sehr unterschiedliche Art und Weise implementiert. In allen Ländern werden Daten erhoben und quantitative Indikatoren verwendet und in gewissem Umfang veröffentlicht, doch häufig erfolgt die Analyse nur punktuell und nicht im Rahmen regelmäßiger und systematischer Verfahren der Rechenschaftslegung und Leistungssteuerung. Anstelle von Parallelsystemen sollten umfassende Rahmenwerke entwickelt werden, die die Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme für mehrere Länder regeln. Auf diese Weise ließen sich isolierte Verfahren verbinden und ergänzen, und die verfügbaren Daten könnten sinnvoll im Rahmen einer Leistungsbewertung aus der Perspektive des Gesundheitssystems eingesetzt und in den strategischen Prioritäten berücksichtigt werden.

In der Charta von Tallinn (12) wurde die entscheidende Rolle der Leistungsbewertung bei der erfolgreichen Steuerung des Gesundheitssystems deutlich hervorgehoben. Während des ersten Folgetreffens zur Charta von Tallinn im Februar 2009 wurde die Bedeutung der Leistungsbewertung vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Rezession noch stärker hervorgehoben, als die Mitgliedstaaten der Region Vereinbarungen im Hinblick auf die Weiterführung der Charta von Tallinn trafen (126). Außerdem baten sie um internationale Unterstützung bei der Entwicklung eines gemeinsamen Rahmens für die Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen, bei der Auswahl eines Mindestbestands grundlegender wie auch maßgeschneiderter Leistungsindikatoren sowie bei der Entwicklung von Verfahren, die einen

Erfahrungsaustausch und einschlägige Vergleiche mit anderen Ländern ermöglichen (126). Im Folgenden werden einige Schwierigkeiten und Lösungsansätze für die Durchführung umfassender Leistungsbewertungen in der gesamten Region erläutert.

Derzeit wird das Potenzial der Leistungsbewertung im Gesundheitswesen noch nicht voll ausgeschöpft. Dies wird auf Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Informationssystemen, Datenqualität und der Auswahl von Indikatoren zurückgeführt. Weil die Methoden und Daten nicht standardisiert werden, sind die Ergebnisse oft inkonsistent. Daher ist es bisweilen nicht möglich, leistungsbezogene Informationen zu vergleichen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten, von unterschiedlichen Organisationen, unter unterschiedlichen gesundheitlichen Rahmenbedingungen oder in unterschiedlichen Regionen erhoben wurden. Trotz dieser Einschränkungen konnten in den vergangenen Jahren dank der Unterstützung internationaler Organisationen – z. B. WHO, OECD und EU-Kommission – bedeutende Fortschritte erzielt werden. Die Standardisierung von Daten schreitet kontinuierlich voran, und die Länder konzentrieren sich auf eine beschränkte Anzahl gesundheitsbezogener Leistungsindikatoren (108,127). Von Fortschritten auf internationaler Ebene profitiert auch die nationale Leistungsbewertung, da eine Anpassung an internationale Berichtsansforderungen und erfolgreiche Praktiken die Kohärenz der Informationssysteme fördert.

Die Fragmentierung der Leistungsbewertungs- und -überwachungssysteme führt häufig zu Engpässen, da die verschiedenen Ebenen der Regierung und des Gesundheitssystems nicht ausreichend miteinander zusammenarbeiten und kommunizieren, zumal wenn jeder Akteur die Verfahren und Ergebnisse konkreter Programme individuell überwacht. Die Herausforderung besteht darin, Leistungsbewertung und Rechenschaftslegung auf der Grundlage strategischer Entscheidungen abzustimmen, indem gestufte Leistungsindikatoren für die Makro-, Meso- und Mikroebene festgelegt werden, die den verschiedenen Zuständigkeitsebenen gerecht werden. Ziel ist es, die Aufgaben und Zuständigkeiten der maßgeblichen Akteure im Gesundheitssystem bei der Erreichung bestimmter gesundheitlicher Ergebnisse deutlicher voneinander abzugrenzen, damit die Leistungserwartungen klarer formuliert und die vielversprechenden Konzepte zur Leistungssteuerung optimiert werden können. Es ist davon auszugehen, dass von einer besseren (nationalen und internationalen) Abstimmung der Informationssysteme, der gewählten Indikatoren und der Rechnungslegungsstrukturen und -verfahren viele Länder der Europäischen Region profitieren würden.

Mit Hilfe effektiver Kommunikation und einer weitreichenden Informationsverbreitung können Plattformen eingerichtet werden, auf denen bedeutende Veränderungen an den Gesundheitssystemen initiiert werden. Leistungsbezogene Informationen sollten daher so interpretiert werden, dass sie von den Entscheidungsträgern problemlos verstanden (128) und der Öffentlichkeit wirksam vermittelt werden können. Darüber hinaus muss die Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme zu einem festen Bestandteil integrierter Leistungssteuerungssysteme werden, die wichtige Indikatoren systematisch in die Entscheidungsprozesse der verschiedenen Politikbereiche einbeziehen. Im Rahmen dieser Prozesse werden Strategien und Grundsatzkonzepte entwickelt, Ziele definiert, Leistungen gemessen, Ressourcen zugewiesen und Rechenschaftslegung und Leistungsfähigkeit verbessert.

Die Mitgliedstaaten der Region weisen in Bezug auf Verfügbarkeit und Qualität von Daten, Rechenschaftslegungsstrukturen und -verfahren, Bürgerbeteiligung, Transparenz und Ausgereiftheit ihrer Systeme zur Leistungsmessung und laufenden Qualitätsverbesserung erhebliche Unterschiede auf. Ein funktionierendes System gegenseitiger Rechen-

schaftspflichten setzt voraus, dass leistungsbezogene Informationen nicht aus dem größeren Zusammenhang, in dem die Messung stattfindet, herausgelöst und isoliert betrachtet werden (108). Um die Leistungen ihrer Gesundheitssysteme auf der Grundlage von Forschungserkenntnissen und leistungsbezogenen Informationen zu steigern, müssen sich die Länder ein Modell zu Eigen machen und ausbauen, das auf Leistungsmessung, Transparenz und laufender Ergebnisoptimierung beruht. In diesem Rahmen werden Daten genutzt, Informationssysteme verbessert und die verantwortlichen Entscheidungsträger in die Lage versetzt, leistungsbezogene Informationen für die erkenntnisbasierte Entscheidungsfindung zu nutzen.

Das WHO-Regionalbüro für Europa unterstützt Gesundheitsministerien und Regierungen dabei, im Hinblick auf die Durchführung komplexer Reformen in einem Umfeld zunehmender finanzieller Beschränkungen und wachsender Erwartungen leistungsbezogene Informationen nutzbringender anzuwenden. Nach Auskunft der Mitgliedstaaten haben die folgenden Handlungsbereiche Priorität:

- Entwicklung eines gemeinsamen Rahmens für die Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen;
- Auswahl eines Kernbestands allgemeiner Leistungsindikatoren sowie eines zusätzlichen Katalogs maßgeschneiderter Leistungsindikatoren unter Zugrundelegung der Erfahrungen anderer internationaler Organisationen, um sowohl internationale Vergleiche als auch umfassende Bewertungen der Leistung der Gesundheitssysteme auf nationaler Ebene zu ermöglichen;
- Entwicklung von Verfahren, die einen Erfahrungsaustausch und einschlägige Vergleiche mit anderen Ländern ermöglichen (126).

Literatur

1. Saltman RB, Figueras J. Analysing the evidence on European health reforms. *Health Affairs*, 1998, 17:85–108.
2. *Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung*, Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5?language=German, eingesehen am 27. Mai 2009).
3. Dowling B, Glendinning C, eds. *The new primary care: modern, dependable, successful?* Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2003.
4. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
5. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. *Primary care in the drivers seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060117_1, accessed 27 May 2009).
6. *Putting commissioning into practice*. London, Audit Commission, 2007.
7. McKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2002.
8. Castoro C et al. *Day surgery: making it happen*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (Policy Brief No. 12; http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16, accessed 27 May 2009).

9. Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=German>, eingesehen am 27. Mai 2009).
10. Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
11. Singh D. *Wie können Krankheitsmanagement-Programme für chronische Erkrankungen sämtliche Versorgungsumgebungen und -dienstleister einbeziehen?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_gPB_9.pdf, eingesehen am 27. Mai 2009).
12. *Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438g.pdf>, eingesehen am 27. Mai 2009).
13. Busse R et al. Being responsive to citizens' expectations? The role of health services in responsiveness and satisfaction. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf, accessed 28 June 2009).
14. World Health Survey [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html>, accessed 27 May 2009).
15. Hurst J, Siciliani L. *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003 (OECD Health Working Papers, No. 6).
16. Coulter A, Parsons S, Askham J. *Welche Stellung haben Patienten im Entscheidungsprozess in eigener Sache?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_gPB_6.pdf, eingesehen am 27. Mai 2009).
17. Legido-Quigley H et al. *Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080606_1, accessed 27 May 2009).
18. Merkur S et al. *Sind lebenslanges Lernen und Revalidierung Garantien für die Praxistauglichkeit von Ärzten?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/9_hsc08_gPB_12.pdf, eingesehen am 27. Mai 2009).
19. McDaid D et al. *Wie können europäische Gesundheitssysteme Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung durch Investitionen und Umsetzungsmaßnahmen unterstützen?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_gPB_2.pdf, eingesehen am 27. Mai 2009).
20. Pelletier-Fleury N et al. Preventive service delivery: a new insight into French general practice. *Health Policy*, 2007, 83:268–276.
21. MacArthur I, Shevkun E. Restructuring public health services. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2002.
22. Bobak M et al. Modernizing public health. In: Figueras J et al., eds. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20040720_2, accessed 27 May 2009).

23. Kulzhanov M, Rechel B. *Kazakhstan: health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>, accessed 27 May 2009).
24. Ahmedov M et al. *Uzbekistan: health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>, accessed 27 May 2009).
25. Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060112_1, accessed 27 May 2009).
26. Buchan J. *Wie kann die Migration von Gesundheitsfachkräften gesteuert werden, um negative Auswirkungen auf das Angebot zu verhindern?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_ePB_10.pdf, eingesehen am 27. Mai 2009).
27. Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.
28. Polluste K et al. Public health reforms in Estonia: impact on the health of the population. *British Medical Journal*, 2005, 331:210–213.
29. Sogoric S et al. Countries selecting public health priorities – A “bottom-up” approach (Croatian experience). *Collegium Antropologicum*, 2005, 29:111–119.
30. Gulis G et al. Transition and public health in the Slovak Republic. *British Medical Journal*, 2005, 331: 213–215.
31. Buchan J. Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522_2, accessed 27 May 2009).
32. Mrazek M, Mossialos E. Regulating pharmaceutical prices in the European Union. In: Mossialos E, Mrazek M, Walley T, eds. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522_2, accessed 27 May 2009).
33. Velasco-Garrido M, Busse R. *Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005 (Policy Brief No. 8; http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16, accessed 27 May 2009).
34. Sorenson C et al. *Wie kann die Gesundheitstechnologiebewertung wirkungsvoller gestaltet werden?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_ePB_5.pdf, eingesehen am 27. Mai 2009).
35. Zentner A et al. Methods for the comparative evaluation of pharmaceuticals. *GMS Health Technology Assessment*, 2005, 1:Doc09.
36. Sorenson C et al. *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522_2, accessed 27 May 2009).
37. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 6–12, 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978.

38. *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>, accessed 27 May 2009).
39. Kelley E, Hurst J. *Health care quality indicators project. Conceptual framework paper.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (OECD Health Working Papers, No. 23; <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>, accessed 27 May 2009).
40. Starfield B et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Medical Care*, 1976, 14:625–636.
41. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:134–143 (<http://www.annfammed.org/cgi/content/full/1/3/134>, accessed 27 May 2009).
42. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. *Primary care in the drivers seat? Organizational reform in European primary care.* Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf, accessed 27 May 2009).
43. Boerma WGW. *Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners.* Utrecht, NIVEL, 2003 (<http://www.nivel.nl/pdf/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>, accessed 27 May 2009).
44. Boecken J. *Gesundheitsmonitor Deutschland 2006.* Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2006.
45. Atun R. *Evaluating reforms undertaken in PHC services in the framework of the Manas Program (1996–2005).* Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2006.
46. Lee TH et al. The future of primary care. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:2085–2086.
47. Ibraimova C, Isaeva T, Smith B. *Report of a time utilization study of family group practice physicians in Kyrgyzstan.* Bishkek, USAID ZdravPlus Project, 2009.
48. Leppo K. The rise, stagnation and revitalization of PHC in Finland, 1970–2010. *International Conference Dedicated to the 30th Anniversary of the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care, Almaty, Kazakhstan, 15–16 October 2008.*
49. Fujisawa R, Lafortune G. *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (OECD Health Working Papers, no. 41).
50. Boerma WGW et al. *Primary care quality management in Slovenia.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Slovenia/Publications/20080307_1, accessed 27 May 2009).
51. Kringos DS et al. *Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e92219.pdf>, accessed 27 May 2009).
52. Busse R, Schlette S. *Focus on prevention, health and aging, new health profession.* Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments, 7/8).
53. Dubois CA, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective.* Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
54. Casado D. *Integrating health and social care.* Gütersloh, Health Policy Monitor, 2003 (<http://www.hpm.org/survey/es/b2/4>, accessed 3 July 2009).

55. Van Lente EJ et al. Auswirkungen der Disease-Management-Programme auf die Versorgung chronisch kranker Patienten in Deutschland – eine Zwischenbilanz. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 2008, 62(3):10–18.
56. Zwisler A-DO, Schou L, Sørensen LV, eds. *Cardiac rehabilitation: rationale, methods and experience from Bispebjerg Hospital*. Copenhagen, Cardiac Rehabilitation Unit, Department of Cardiology, Bispebjerg Hospital, 2004 (http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab_uk, accessed 27 May 2009).
57. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
58. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD003318.
59. Mossialos E et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2002 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_21, accessed 27 May 2009).
60. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin, J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons for and from countries in transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Policies and Systems (in press).
61. Sauerland D. Financing health care in Germany. *6th European Conference on Health Economics, Budapest, Hungary, 6–9 July 2006*.
62. Cheng T-M, Reinhardt UE. Shepherding major health system reforms: a conversation with German Health Minister Ulla Schmidt. *Health Affairs*, 2008, 27:w204–w213.
63. Hroboň P. The Czech health system: its presence and future. *Hungarian Parliament Conference on Health Insurance Reform 2007–2009, Budapest, Hungary, 25–26 January 2007*.
64. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/financing/policy/20061103_1, accessed 27 May 2009).
65. Magnussen J. The recentralization of health care in Norway – Expectations and effects. *WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, Health and Wealth, Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008*.
66. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics* (in press).
67. *Financial management reports on execution of the state guaranteed benefit package and 2007 Ministry of Health performance indicator report*. Bishkek, Ministry of Health, Kyrgyzstan, 2007.
68. Busse R. Risk structure compensation in Germany's statutory health insurance. *European Journal of Public Health*, 2001, 11:174–177.
69. Saltman RB et al. Assessing health reform trends. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf, accessed 28 June 2009).
70. Busse R et al. Hospital case payment systems in Europe. Editorial. *Health Care Management Science*, 2006, 9:211–213.
71. Chaix-Couturier C et al. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:133–142.

72. Gosden T et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed system of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (3):CD002215.
73. White C. GP contract settlement under threat. *British Medical Journal*, 2006, 332:10.
74. Kutzin J. *Gesundheitsfinanzierungspolitik: Orientierungshilfe für politische Entscheidungsträger*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91422g.pdf>, eingesehen am 27. Mai 2009).
75. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en>, accessed 27 May 2009).
76. *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201_1?language=German, eingesehen am 27. Mai 2009).
77. *Steuerung und Führung von Gesundheitssystemen in der Europäischen Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (EUR/RC58/9 + EUR/RC58/Conf. Doc./4; http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58_gdoc09.pdf, eingesehen am 27. Mai 2009).
78. Figueras J et al. Health systems, health, wealth and societal well-being: an introduction. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf, accessed 28 June 2009).
79. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 27 May 2009).
80. Davies P. Stewardship: what is it and how can we measure it? *Meeting on Health Economics in Developing and Transitional Countries: the Changing Role of the State*, York, United Kingdom, 26 July 2001.
81. *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5–9 April 1998*. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf, accessed 27 May 2009).
82. Public health objectives [web site]. Stockholm, Government of Sweden, 2009 (<http://www.regeringen.se/sb/d/2942>, accessed 27 May 2009).
83. Stahl R et al., eds. *Health in all policies*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
84. *National strategy to reduce social inequalities in health*. Oslo, Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007) to the Storting; http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rdo1_en.pdf, accessed 27 May 2009).
85. *Ministererklärung der Europäischen Union zu Gesundheit in allen Politikbereichen*. Rom, Gesundheitsministerium, 2007.
86. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 ([http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 27 May 2009).
87. Wismar M et al. Introduction. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

88. Council of the European Union. *Council conclusions on health in all policies (HiAP) (EPSCO)*. Brussels, European Commission, 2006.
89. *Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013*. Brüssel, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2007 (Weißbuch KOM(2007) 630 endgültig; http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf, eingesehen am 27. Mai 2009).
90. *Vertrag über die Europäische Union*. Brüssel, Europäische Kommission, 1992 (http://europa.eu/abc/treaties/index_de.htm, eingesehen am 27. Mai 2009).
91. *Treaty of Lisbon*. Brussels, European Commission, 2007 (http://europa.eu/abc/treaties/index_en.htm, accessed 27 May 2009).
92. Kemm J. What is HIA and why might it be useful? In: Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015_1, accessed 27 May 2009).
93. Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
94. Strižka M et al. A local-level HIA in the transport sector: following legal requirements in Lithuania. In: Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015_1, accessed 27 May 2009).
95. Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015_1, accessed 27 May 2009).
96. O'Reilly J et al. *Cost benefit analysis of health impact assessment*. London, Department of Health, 2006.
97. Ritsatakis A, Järvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
98. van de Water HPA, van Herten LM. *Health policies on target? Review of health target and priority setting in 18 European countries*. Leiden, TNO, 1998.
99. Welteke R et al. Das NRW-Gesundheitszielkonzept im europäischen und internationalen Vergleich. In: Geene R, Lubert E, eds. *Gesundheitsziele: Planung in der Gesundheitspolitik*. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2000.
100. Busse R, Wismar M. Health target programmes and health care services – any link? A conceptual and comparative study. Part 1. *Health Policy*, 2002, 59:209–221.
101. Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets – political strategies for better health outcomes – a conceptual and comparative study. Part 2. *Health Policy*, 2002, 59:223–241.
102. Claveranne J-P, Teil A. *Les modalités de définition des objectifs et stratégies de santé. Description et analyse de dispositifs des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord. Tome I, analyses transversales*. Lyon, GRAPHOS-CNRS, 2003.
103. Wismar M et al. Health targets and (good) governance. *Euro Observer*, 2006, Volume 8, No. 1:1–8.

104. Wismar M et al. *Health targets in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/2007/20081105_1, accessed 27 May 2009).
105. Saltman RB et al., eds. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2007.
106. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/index.html>, accessed 27 May 2009).
107. *Strengthened health systems save more lives: an insight into WHO's European health systems strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/financing>, accessed 27 May 2009).
108. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I. *Leistungsmessung zur Verbesserung der Gesundheitssysteme. Erfahrungen, Herausforderungen und Aussichten*. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, für das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_gbd2.pdf, eingesehen am 27. Mai 2009).
109. Brinkerhoff D. *Accountability and health systems: overview, framework, and strategies*. Bethesda, MD, Partners for Health Reform Plus Project, Abt Associates Inc., 2003 (Technical Report No. 018).
110. Panel on Accountability and Governance in the Voluntary Sector. *Building on strength: improving governance and accountability in Canada's voluntary sector: final report*. Ottawa, Voluntary Sector Roundtable, 1999.
111. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 2003, 41(Suppl. 1):I30–I38.
112. Bevan G, Hood C. What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, 2006, 84:517–538.
113. Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*, 2006, 332:419–422.
114. Porter M, Teisberg E. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Cambridge, MA, Harvard Business School Press, 2006.
115. McKee M. *The world health report 2000. Advancing the debate*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.who.int/health-systems-performance/regional_consultations/euro_mckee_background.pdf, accessed 27 May 2009).
116. *Health at a glance 2007*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (<http://www.oecd.org/health/healthataglance>, accessed 27 May 2009).
117. *The Euro health consumer index 2008*. Brussels, Health Consumer Powerhouse, 2008 (http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=54, accessed 27 May 2009).
118. *Dutch health care performance report 2008*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2007 (<http://www.rivm.nl/vtv/root/033.html>, accessed 27 May 2009).
119. *The NHS performance assessment framework*. London, Department of Health, 1999 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009190, accessed 27 May 2009).
120. Republic Center for Health System Development and Information Technologies [web site]. Bishkek, Kyrgyz Republic Center for Health System Development and Information Technologies, 2009 (<http://eng.chsd.med.kg/News/ViewNews.aspx?SectionID=28>, accessed 27 May 2009).

121. *Kyrgyzstan's Manas Taalimi mid-term review reveals effective donor collaboration, program integration and significant achievements in the health sector*. Bishkek, donors.kg, 2008 (<http://www.donors.kg/en/news/?news=323>, accessed 27 May 2009).
122. *Portuguese National Health Plan 2004–2010*. Lisbon, Ministry of Health of Portugal, 2004 (<http://www.acs.min-saude.pt/en/national-health-plan>, accessed 27 May 2009).
123. *Portuguese National Health Plan: indicators and targets*. Lisbon, Ministry of Health of Portugal, 2004 (<http://www.acs.min-saude.pt/pns/en>, accessed 27 May 2009).
124. National Board of Health and Welfare [web site]. Stockholm, National Board of Health and Welfare, 2009 (<http://www.socialstyrelsen.se/en>, accessed 27 May 2009).
125. *Quality and efficiency in Swedish health care: regional comparisons 2007*. Stockholm, Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare, 2009 (<http://www.socialstyrelsen.se/en/showpub.htm?GUID={1482B3AF-ED64-4B31-983F-7788AC43D020}>, accessed 27 May 2009).
126. *First Regional Follow-up Meeting on the Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Copenhagen, Denmark, 5–6 February 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/healthsystems/20090128_1, accessed 27 May 2009).
127. *Strategy on European Community health indicators (ECHI)*. Brussels, European Commission, 2004 (http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm, accessed 27 May 2009).
128. Lavis J. Research, public policy-making, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006, 26:37–45.

Teil 4: **Anhang**



Tabelle 1: Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr und Prognose für 2020)

Mitgliedstaat	Gesamtbevölkerung [in Mio.]		Durchschnittliche Bevölkerungsdichte pro km ² (2007)	Summe Fruchtbarkeitsrate		Bevölkerung unter 15 Jahren [in % der Gesamtbevölkerung]		Bevölkerung über 65 Jahren [in % der Gesamtbevölkerung]	
	2007	2020		2007	2020–2025	2007	2020	2007	2020
Albanien	3,2	3,3	109,5	1,3	1,8	26,9	20,9	8,2	12,0
Andorra	0,1	–	177,5	1,2	–	–	–	–	–
Armenien	3,2	3,2	108,4	1,4	1,8	19,0	21,1	10,8	12,5
Aserbaidschan	8,6	9,8	98,0	2,3	2,0	23,5	24,1	7,0	7,5
Belgien	10,5	11,0	341,9	1,7	1,8	17,6	16,7	16,7	20,3
Bosnien-Herzegowina	3,9	3,7	76,5	1,2	1,3	24,3	13,4	6,3	17,3
Bulgarien	7,7	7,0	69,1	1,4	1,6	14,0	14,6	17,1	20,5
Dänemark	5,5	5,6	125,0	1,9	1,8	18,8	16,6	14,9	20,1
Deutschland	82,7	80,4	230,9	1,4	1,4	14,1	12,3	19,3	23,0
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	2,0	2,0	79,4	1,5	1,6	20,7	16,0	10,7	14,8
Estland	1,3	1,3	29,8	1,6	1,8	15,3	18,3	16,6	18,6
Finnland	5,3	5,5	15,6	1,8	1,8	17,0	16,6	16,5	22,3
Frankreich	60,9	64,9	111,3	1,9	1,8	18,4	17,4	16,4	20,9
Georgien	4,4	4,0	63,1	1,5	1,7	20,4	17,5	14,2	16,1
Griechenland	11,2	11,3	84,5	1,4	1,5	14,3	13,8	18,6	20,7
Irland	4,3	5,1	60,3	2,0	1,8	20,4	20,3	11,0	13,8
Island	0,3	0,4	3,0	2,1	1,9	21,0	19,4	11,5	14,6
Israel	7,2	8,3	334,9	2,9	2,3	28,3	24,9	9,9	12,8
Italien	59,4	60,4	195,6	1,4	1,5	14,1	13,4	19,8	23,0
Kasachstan	15,5	16,7	5,6	2,5	2,0	24,0	25,4	7,8	8,2
Kirgisistan	5,2	6,2	25,8	2,7	2,0	30,7	27,4	5,5	6,0
Kroatien	4,6	4,3	78,5	1,4	1,6	15,7	14,6	17,0	20,4
Lettland	2,3	2,1	35,4	1,4	1,6	13,9	16,1	17,2	18,3
Litauen	3,4	3,1	52,1	1,4	1,5	15,6	14,9	15,7	17,9
Luxemburg	0,5	0,5	181,7	1,6	1,8	18,7	16,7	14,3	15,2
Malta	0,4	0,4	1 270,2	1,4	1,4	16,5	13,7	13,8	20,1
Monaco	0,04	–	16 842,1	1,8	–	–	–	–	–
Montenegro	0,6	0,6	45,2	–	1,8	20,3	17,8	12,6	15,2
Niederlande	16,4	17,1	393,6	1,7	1,8	18,0	16,1	14,6	19,7
Norwegen	4,8	5,2	14,4	1,9	1,8	19,5	17,6	14,7	18,0
Österreich	8,3	8,5	98,8	1,4	1,5	15,5	13,9	17,0	19,9
Polen	38,5	37,5	122,0	1,3	1,4	16,0	14,5	13,4	18,3
Portugal	10,6	10,8	115,1	1,3	1,5	15,7	13,9	16,9	20,6
Republik Moldau	3,6	3,4	105,9	1,3	1,6	17,9	18,2	10,3	13,9
Rumänien	21,5	20,4	90,5	1,3	1,4	15,3	14,6	14,9	17,4
Russische Föderation	141,9	135,4	8,3	1,3	1,6	14,8	16,7	14,0	15,4
San Marino	0,03	–	518,3	1,2	–	15,9	–	15,6	–
Schweden	9,1	9,7	20,2	1,9	1,8	17,1	17,3	7,3	21,0
Schweiz	7,3	7,9	181,3	1,4	1,6	15,9	14,6	16,1	20,2
Serbien	7,4	9,8	83,9	1,4	1,7	15,5	17,0	17,2	16,6
Slowakei	5,4	5,4	110,2	1,3	1,4	16,6	15,1	11,7	16,1
Slowenien	2,0	2,0	99,2	1,4	1,6	13,9	14,5	16,0	20,3
Spanien	43,6	48,6	85,7	1,4	1,7	14,5	15,6	16,8	18,7
Tadschikistan	6,7	8,4	46,1	3,5	2,5	35,9	32,8	4,4	3,9
Tschechische Republik	10,3	10,6	130,2	1,4	1,6	14,3	15,7	14,5	19,5
Türkei	70,6	83,9	93,7	2,2	1,9	26,4	23,1	7,1	7,5
Türkmenistan	5,0	5,8	10,0	2,6	2,0	39,2	26,4	3,8	5,1
Ukraine	45,5	42,9	77,2	1,3	1,6	14,3	16,0	16,3	16,9
Ungarn	10,1	9,8	108,3	1,3	1,5	15,5	14,9	15,7	19,3
Usbekistan	26,9	31,2	59,2	2,6	2,0	33,0	25,8	4,5	5,4
Vereinigtes Königreich	61,0	65,1	248,8	1,8	1,8	17,6	17,4	16,0	18,5
Weißrussland	9,7	9,1	46,9	1,4	1,4	14,8	15,0	14,6	14,9
Zypern	0,9	1,0	83,3	1,4	1,6	18,0	16,8	12,3	15,8

Quellen: Die Daten für 2007 (bzw. das letzte verfügbare Jahr) stammen aus der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ (Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009)). Die Daten für 2020 sind mittelfristige Projektion aus *World population prospects: the 2008 revision population database* (New York, United Nations, 2009 (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>, accessed 27 Mai 2009)).

Tabelle 2: Grundlegende sozioökonomische Indikatoren in der Europäischen Region der WHO (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)

Mitgliedstaat	Index der menschlichen Entwicklung	BIP (in US-\$ pro Kopf)	Reales BIP pro Kopf (internationale Dollar, KKP)	Staatliche Gesamtausgaben (in % des BIP)	Bevölkerung über 25 Jahren [in % der Gesamtbevölkerung] mit:			Erwerbsbevölkerung (in % der Gesamtbevölkerung)	Arbeitslosenrate [in %]
					Grundschulbildung	Weiterführender Schulbildung	postsekundärer Ausbildung		
Albanien	0,801	2 439	5 316	30,4	–	–	–	43,5	13,8
Andorra	0,921	–	–	19,2	–	–	–	–	–
Armenien	0,775	1 017	4 945	21,8	–	–	–	43,0	6,7
Aserbaidschan	0,746	1 026	5 016	25,3	8,60	70,10	14,00	51,0	1,2
Belgien	0,946	37 522	32 119	51,8	60,60	28,70	5,20	43,1	11,5
Bosnien-Herzegowina	0,803	2 183	7 032	37,0	27,20	65,50	7,30	52,9	31,1
Bulgarien	0,824	3 109	9 032	38,9	49,10	35,70	15,00	39,7	9,0
Dänemark	0,949	50 765	33 973	53,3	–	41,60	19,60	52,1	3,4
Deutschland	0,935	35 241	29 461	46,9	–	18,00	4,30	50,0	10,3
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	0,801	2 637	7 200	35,0	56,20	30,60	6,70	42,8	34,9
Estland	0,860	8 331	15 478	33,4	41,20	45,10	13,70	49,8	4,7
Finnland	0,952	39 643	32 153	50,5	45,06	37,86	17,07	50,5	6,9
Frankreich	0,952	35 445	30 386	53,6	51,70	36,90	11,40	44,2	9,8
Georgien	0,754	1 151	3 365	28,2	–	–	–	50,6	13,8
Griechenland	0,926	23 991	23 381	37,5	62,60	28,70	8,70	47,2	8,8
Irland	0,959	51 567	38 505	33,8	41,75	46,30	13,10	51,1	4,5
Island	0,968	54 657	36 510	42,4	–	–	–	60,0	2,9
Israel	0,932	17 194	25 864	46,3	24,90	40,00	35,10	39,6	7,3
Italien	0,941	31 659	28 529	48,2	31,46	22,90	7,54	41,8	6,1
Kasachstan	0,794	2 717	7 857	27,0	36,90	50,70	12,40	55,0	7,3
Kirgisistan	0,696	433	1 927	28,5	–	51,30	12,50	45,0	8,1
Kroatien	0,850	7 724	13 042	43,4	53,80	39,50	6,40	43,8	11,1
Lettland	0,855	5 868	13 646	35,6	40,30	46,30	13,40	48,2	4,9
Litauen	0,862	6 480	14 494	33,5	30,40	57,00	12,60	48,0	4,3
Luxemburg	0,944	67 795	60 228	42,3	39,70	40,30	10,80	43,0	4,2
Malta	0,878	13 256	19 189	44,9	47,60	40,10	4,47	43,1	6,5
Monaco	0,925	–	–	21,3	21,80	41,10	23,58	–	2,5
Montenegro	–	–	–	29,9	–	–	–	–	30,3
Niederlande	0,953	40 860	32 684	45,2	14,00	64,00	22,00	53,0	4,2
Norwegen	0,968	72 016	41 420	42,1	0,20	81,30	18,70	54,9	2,5
Österreich	0,948	38 924	33 700	49,7	49,30	94,00	6,10	48,6	6,8
Polen	0,870	8 969	13 847	43,3	44,30	47,80	7,90	45,4	13,8
Portugal	0,897	18 335	20 410	47,6	77,60	14,80	7,70	53,1	8,0
Republik Moldau	0,708	615	2 100	37,0	29,80	58,90	11,30	52,4	1,9
Rumänien	0,813	3 374	9 060	31,2	29,80	63,20	6,90	47,0	7,3
Russische Föderation	0,802	4 042	10 845	31,9	–	49,00	14,10	51,7	7,2
San Marino	0,916	–	–	44,6	68,90	28,70	2,40	66,2	1,6
Schweden	0,956	43 267	32 525	55,3	32,40	43,00	23,00	51,9	5,4
Schweiz	0,955	51 970	35 633	36,4	24,00	57,00	19,00	56,4	3,8
Serbien	–	–	–	38,0	–	–	–	–	18,1
Slowakei	0,863	10 219	15 871	38,4	38,60	50,90	9,50	50,0	11,0
Slowenien	0,917	16 115	22 273	46,0	48,30	42,90	8,80	52,1	7,7
Spanien	0,949	27 825	27 169	38,5	65,30	25,50	8,40	48,5	8,5
Tadschikistan	0,673	322	1 356	22,7	22,80	65,50	11,70	33,7	2,7
Tschechische Republik	0,891	13 949	20 538	44,9	31,70	58,60	8,50	50,9	5,3
Türkei	0,806	9 305	13 669	24,2	77,80	21,90	10,80	46,2	10,3
Turkmenistan	0,713	1 294	3 838	21,6	–	–	–	46,7	–
Ukraine	0,788	1 366	6 848	43,6	–	40,50	6,50	47,7	6,8
Ungarn	0,874	11 212	17 887	49,8	59,20	30,70	10,10	41,8	7,4
Usbekistan	0,702	456	2 063	32,1	–	–	–	44,6	0,4
Vereinigtes Königreich	0,946	39 793	33 238	44,9	89,00	–	11,00	51,0	5,0
Weißrussland	0,804	2 330	7 918	47,9	32,50	45,80	12,50	49,3	1,0
Zypern	0,903	18 668	22 699	44,0	–	–	–	50,1	4,5

Tabelle 3: Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse in der Europäischen Region der WHO

Mitgliedstaat	Lebenserwartung bei Geburt [in Jahren], 2007 ^a		Gesunde Lebenserwartung bei Geburt [in Jahren], 2007		Sterbewahrscheinlichkeit im Alter von unter fünf Jahren [pro 1000 Lebendgeburten]		Müttersterblichkeitsrate [pro 100 000 Lebendgeburten]		Perinatale Sterbefälle [pro 1000 Geburten], 2007 ^a
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Nationale Datenmeldungen (2007 ^a)	WHO-Schätzungen (2004)	Nationale Datenmeldungen (2007 ^a)	Schätzungen von WHO, UNICEF, UNFPA und Weltbank (2005)	
Albanien	73,7	78,9	64	64	12,4	18,5	15,1	92	11,5
Andorra	–	–	72	76	–	6,5	0,0	–	0,0
Armenien	70,0	75,9	59	63	13,4	32,0	15,0	76	15,3
Aserbaidschan	71,3	76,3	59	60	14,5	89,5	34,9	82	8,9
Belgien	74,6	81,1	70	74	5,9	4,5	5,3	8	7,4
Bosnien-Herzegowina	69,5	76,0	65	68	16,1	15,5	21,6	3	–
Bulgarien	69,1	76,3	63	69	14,5	15,0	10,0	11	11,0
Dänemark	75,7	80,5	70	73	4,0	5,0	14,0	3	3,1
Deutschland	77,2	82,4	71	75	4,6	5,0	6,1	4	5,6
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	71,1	76,1	65	66	13,0	14,0	0,0	10	15,3
Estland	67,3	78,2	61	71	7,3	8,0	0,0	25	4,3
Finnland	76,1	83,2	70	75	3,5	4,0	1,7	7	3,3
Frankreich	77,5	84,6	71	76	4,4	4,5	7,4	8	6,9
Georgien	69,3	76,7	62	67	19,4	44,5	20,2	66	16,3
Griechenland	77,2	82,0	71	74	4,3	5,0	1,8	3	5,3
Irland	77,5	82,2	71	74	4,3	6,0	1,4	1	5,1
Island	79,7	83,5	73	75	3,4	2,5	0,0	4	1,9
Israel	78,2	82,1	72	74	5,5	6,0	7,3	4	4,8
Italien	78,6	84,3	73	76	4,3	4,5	2,0	3	4,6
Kasachstan	60,8	72,3	53	60	18,6	72,5	47,5	140	14,1
Kirgisistan	63,5	71,7	55	59	35,5	67,5	60,9	150	21,8
Kroatien	72,6	79,4	66	70	6,1	7,5	9,7	7	4,9
Lettland	65,8	76,5	59	68	10,3	11,0	25,8	10	6,5
Litauen	64,9	77,3	58	68	7,2	9,5	6,2	11	5,2
Luxemburg	77,0	82,2	71	75	3,2	5,5	18,6	12	3,6
Malta	77,7	82,3	71	74	6,7	6,0	0,0	8	4,1
Monaco	–	–	71	76	–	4,0	0,0	–	12,2
Montenegro	71,4	76,9	65	66	11,0	–	–	–	6,8
Niederlande	78,2	82,7	72	74	4,8	5,5	5,0	6	5,7
Norwegen	78,3	83,0	72	74	3,9	4,0	8,5	7	3,6
Österreich	77,6	83,2	70	74	4,4	5,0	3,9	4	3,1
Polen	71,0	79,8	64	70	7,1	7,5	2,9	8	5,0
Portugal	74,9	81,6	69	73	5,2	5,5	8,2	11	4,2
Republik Moldau	65,2	72,7	58	63	14,0	28,0	18,4	22	10,3
Rumänien	69,7	76,9	63	68	14,2	20,0	15,4	24	10,0
Russische Föderation	60,5	73,3	55	65	13,0	16,0	23,8	28	9,0
San Marino	78,9	83,2	74	76	0,5	3,5	0,0	–	0,0
Schweden	78,9	83,2	72	75	3,5	3,5	4,7	3	4,3
Schweiz	79,4	84,4	73	76	5,1	5,0	8,2	5	7,6
Serbien	70,9	76,5	64	66	8,1	–	12,7	–	6,9
Slowakei	70,3	78,2	64	70	8,6	8,5	5,6	6	5,3
Slowenien	74,8	82,1	69	74	3,8	4,5	15,1	6	3,9
Spanien	77,1	83,8	71	76	4,7	4,5	3,9	4	4,7
Tadschikistan	71,2	76,3	58	57	16,6	117,5	43,4	170	15,1
Tschechische Republik	73,8	80,3	68	72	4,0	4,5	2,6	4	3,6
Türkei	71,1	75,6	64	67	26,6	32,0	21,2	44	8,1
Turkmenistan	62,5	69,8	53	57	53,2	102,5	15,6	130	9,5
Ukraine	62,3	73,8	55	64	12,3	18,0	15,2	18	9,0
Ungarn	68,8	77,2	62	69	7,5	8,0	8,2	6	4,9
Usbekistan	68,2	73,0	58	60	20,8	68,5	25,0	24	7,5
Vereinigtes Königreich	77,7	81,9	71	73	5,8	5,5	7,3	8	8,2
Weißrussland	64,6	76,3	58	66	6,9	10,0	6,8	18	4,0
Zypern	78,8	82,6	69	71	4,0	5,0	11,5	10	–

^a Daten stammen von 2007 bzw. aus dem letzten verfügbaren Jahr.

Tabelle 4: Faktoren, die die Gesundheit in der Europäischen Region der WHO beeinflussen (Umwelt, Lebensweise und Verhalten) (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)

Mitgliedstaat	Bevölkerung [in % der Gesamtbevölkerung] mit:		Todesfälle infolge von Arbeitsunfällen (pro 100 000 EW)	Regelmäßige tägliche Raucher in der Bevölkerung ab 15 Jahren (in % der Gesamtbevölkerung)	Konsum an reinem Alkohol (Liter pro Kopf)	Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle (pro 100 000 EW)	Tote oder Verletzte bei Straßenverkehrsunfällen (pro 100 000 EW)	Ersteinweisungen in Suchthilfeeinrichtungen (pro 100 000 EW)
	Anschluss an Wasserversorgung in der Wohnung	Zugang zu einer hygienischen Abwasserentsorgung						
Albanien	68	89	–	39,0	1,7	0,5	35,5	–
Andorra	–	100	1,5	36,0	–	7,5	205,3	–
Armenien	85	84	0,5	27,0	1,1	2,3	54,5	3,0
Aserbaidschan	47	55	1,5	17,7	3,1	1,0	43,1	6,2
Belgien	100	100	1,0	22,0	8,9	41,0	616,5	–
Bosnien-Herzegowina	82	93	0,6	37,6	8,3	–	176,9	–
Bulgarien	99	100	1,7	32,7	5,0	5,4	143,3	–
Dänemark	100	100	0,9	24,0	9,8	20,1	146,5	24,7
Deutschland	100	93	1,1	33,9	10,7	29,4	531,9	–
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	–	–	0,2	36,0	1,9	10,0	212,3	3,5
Estland	87	82	1,6	29,9	13,4	42,2	237,5	89,7
Finnland	97	100	0,9	20,6	8,2	19,3	178,5	–
Frankreich	99	96	1,0	25,4	10,0	–	185,9	51,3
Georgien	58	83	1,5	27,8	1,3	2,8	107,7	6,3
Griechenland	84	96	1,0	37,6	7,7	13,1	197,5	17,3
Irland	97	96	1,5	24,0	10,6	–	203,8	57,1
Island	100	100	2,0	19,5	5,5	7,9	348,8	76,6
Israel	100	100	1,1	23,2	1,7	4,8	542,2	25,2
Italien	99	100	1,4	22,4	7,6	5,1	553,9	59,3
Kasachstan	61	72	2,2	23,1	2,2	8,2	146,1	206,9
Kirgisistan	48	60	0,4	20,0	2,4	6,1	96,0	8,2
Kroatien	94	93	1,7	27,4	10,3	88,0	503,6	39,0
Lettland	–	–	2,6	30,4	8,4	32,3	262,6	14,7
Litauen	–	–	2,9	26,5	8,6	28,8	270,8	9,4
Luxemburg	100	100	2,1	25,0	14,6	31,3	248,8	–
Malta	100	100	1,7	23,4	5,4	0,3	297,6	96,6
Monaco	100	100	10,7	–	–	53,3	833,3	–
Montenegro	–	–	0,2	–	–	–	–	–
Niederlande	98	100	0,4	29,1	7,8	12,8	209,5	30,1
Norwegen	100	100	0,8	22,0	4,8	–	247,4	–
Österreich	100	100	2,4	23,2	10,5	34,7	655,9	30,6
Polen	95	80	1,3	29,0	6,7	15,1	174,6	–
Portugal	82	100	2,9	20,9	9,4	21,5	506,0	44,8
Republik Moldau	41	68	1,5	27,1	10,2	7,8	100,8	10,3
Rumänien	49	51	1,9	21,4	7,4	1,4	39,4	–
Russische Föderation	81	87	2,0	35,8	8,9	21,6	198,8	11,9
San Marino	100	100	–	22,7	–	–	–	–
Schweden	100	100	0,8	15,9	5,6	11,7	300,9	–
Schweiz	100	100	0,6	22,0	9,4	34,4	365,1	–
Serbien	–	–	–	26,2	–	–	–	–
Slowakei	83	100	1,6	28,0	9,5	20,9	205,8	16,4
Slowenien	98	98	2,1	18,9	8,8	88,3	728,2	13,7
Spanien	99	97	1,6	26,4	10,0	10,6	316,3	51,5
Tadschikistan	40	53	0,4	–	0,3	0,3	36,4	8,6
Tschechische Republik	87	75	1,8	25,4	13,7	27,3	327,3	37,4
Türkei	93	88	2,3	27,4	1,2	26,8	273,9	2,2
Turkmenistan	52	62	3,5	14,0	0,7	1,8	46,9	64,6
Ukraine	78	99	2,1	36,0	5,2	6,3	128,2	26,2
Ungarn	91	56	1,2	30,4	11,6	28,8	347,1	40,3
Usbekistan	53	57	–	12,5	1,0	–	57,6	10,7
Vereinigtes Königreich	100	96	0,3	25,0	9,3	18,8	449,9	16,8
Weißrussland	61	–	2,2	27,5	4,8	7,7	93,7	13,1
Zypern	100	100	1,8	23,9	9,0	2,4	316,4	–

Tabelle 5: Gesundheitssystemfinanzierung, Immunisierung und die Strategie „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO

Mitgliedstaat	Gesamtausgaben für Gesundheit nach WHO-Schätzungen (2005)		Allgemeine staatliche Gesundheitsausgaben (2005)		Immunisierung von Kindern (in %), 2007 ^a		Personen, die Sozial- oder Behindertenhilfe beziehen (pro 100 000 EW), 2007 ^a	Tb unter DOTS (in %)	
	Anteil am BIP [in %]	Pro Kopf [internationale Dollar, KKP]	Anteil an Gesamtausgaben für Gesundheit [in %]	Anteil an staatlichen Gesamtausgaben [in %]	Mit DTP3	Gegen Masern		Entdeckte Fälle, 2006 ^a	Behandlungserfolg, 2005 ^a
Albanien	6,5	353	40,3	8,6	98	97	–	37	77
Andorra	6,3	2 697	70,5	23,1	96	94	1 596	125	80
Armenien	5,4	270	32,9	8,2	88	92	4 920	59	72
Aserbaidschan	3,9	193	24,8	3,8	95	97	3 392	50	59
Belgien	9,6	3 071	71,4	13,2	99	92	2 561	55	66
Bosnien-Herzegowina	8,8	779	58,7	14,0	91	96	0	62	97
Bulgarien	7,7	734	60,6	12,1	95	96	–	94	86
Dänemark	9,4	3 169	83,6	14,8	75	89	3 518	62	83
Deutschland	10,7	3 250	76,9	17,5	90	95	8 363	54	71
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	7,8	569	70,4	15,8	95	96	15 882	66	84
Estland	5,0	846	76,9	11,5	95	96	8 390	66	72
Finnland	7,5	2 299	77,8	11,6	99	98	5 353	0	–
Frankreich	11,2	3 406	79,9	16,6	96	93	458	0	–
Georgien	8,6	318	19,5	5,9	98	97	945	109	73
Griechenland	10,1	2 949	42,8	11,5	88	88	1 238	0	–
Irland	8,2	3 125	79,5	19,2	92	87	295	0	–
Island	9,4	3 354	82,5	18,3	97	95	4 347	71	100
Israel	7,8	2 143	66,5	11,2	96	97	3 593	31	78
Italien	8,9	2 494	76,6	14,1	96	87	2 681	71	74
Kasachstan	3,9	306	64,2	9,3	93	100	2 635	69	71
Kirgisistan	6,0	113	39,5	8,4	94	99	2 149	63	85
Kroatien	7,4	1 001	81,3	13,9	96	96	8 642	0	–
Lettland	6,4	860	60,5	10,8	98	97	6 466	85	74
Litauen	5,9	862	67,3	11,9	95	97	6 223	109	70
Luxemburg	7,7	5 521	90,7	16,5	99	96	–	4	–
Malta	8,4	1 733	77,4	14,6	74	79	2 751	36	100
Monaco	4,6	5 447	74,9	16,3	99	99	–	–	–
Montenegro	8,0	106	75,5	20,3	92	90	1 682	–	–
Niederlande	9,2	3 187	64,9	13,2	96	96	5 829	36	84
Norwegen	9,1	4 331	83,5	18,0	93	92	6 205	39	91
Österreich	10,2	3 485	75,7	15,6	85	77	–	46	75
Polen	6,2	844	69,3	9,9	99	98	8 114	67	77
Portugal	10,2	2 034	72,3	15,5	97	95	3 443	88	89
Republik Moldau	7,5	170	55,5	11,3	97	96	3 646	69	62
Rumänien	5,5	507	70,3	12,4	97	97	94	79	82
Russische Föderation	5,2	561	62,0	10,1	98	99	3 978	44	58
San Marino	7,3	3 191	85,7	14,0	92	92	–	0	0
Schweden	9,2	3 012	81,7	13,6	99	96	6 031	58	64
Schweiz	11,4	4 088	59,3	18,6	95	86	3 425	0	–
Serbien	8,0	395	71,9	15,1	94	95	–	–	–
Slowakei	7,1	1 130	74,4	13,8	99	99	3 644	43	92
Slowenien	8,5	1 959	72,4	13,4	97	96	–	71	84
Spanien	8,2	2 242	71,4	15,3	96	97	–	0	–
Tadschikistan	5,0	67	22,8	5,0	86	85	2 032	33	86
Tschechische Republik	7,1	1 447	88,6	14,1	98	97	5 593	57	72
Türkei	5,7	618	71,4	13,9	96	96	447	80	91
Türkmenistan	4,8	308	66,7	14,9	98	99	–	58	81
Ukraine	7,0	488	52,8	8,4	98	98	5 318	65	–
Ungarn	7,8	1 329	70,8	11,1	100	100	7 023	49	45
Usbekistan	5,0	171	47,7	7,4	97	100	921	48	81
Vereinigtes Königreich	8,2	2 598	87,1	16,0	92	86	–	0	–
Weißrussland	6,6	515	75,8	10,5	95	99	5 263	40	73
Zypern	6,1	1 550	43,2	6,0	97	87	–	42	63

Hinweis: Die WHO hat diese Zahlen zum Zweck der Vergleichbarkeit berechnet. Sie entsprechen nicht unbedingt den amtlichen Statistiken der Mitgliedstaaten, die u. U. andere, weniger flexible Verfahren verwenden.

^a bzw. letztes verfügbares Jahr.

Tabelle 6: Gesundheitspersonal in der Europäischen Region der WHO (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)

Mitgliedstaat	Anzahl pro 100 000 EW					Anzahl der Absolventen pro 100 000 EW			
	Ärzte	Allgemein- ärzte	Pflegekräfte	Zahnärzte	Apotheker	Ärzte	Pflegekräfte	Zahnärzte	Apotheker
Albanien	115,0	50,9	404,3	32,9	39,2	6,2	9,2	2,3	1,2
Andorra	303,0	47,5	326,1	57,2	88,8	2,4	18,3	1,2	1,2
Armenien	343,7	58,1	413,0	36,1	5,1	8,9	34,7	2,2	1,0
Aserbaidschan	377,4	17,6	725,4	29,4	18,8	14,3	8,8	1,8	4,1
Belgien	422,8	177,3	1 341,3	83,5	116,0	8,4	55,3	1,1	3,7
Bosnien-Herzegowina	141,8	20,4	437,2	16,1	7,9	2,9	66,3	2,6	2,1
Bulgarien	364,4	65,0	421,0	84,0	12,5	14,6	15,9	2,0	1,2
Dänemark	319,8	77,5	961,3	79,2	69,1	21,7	41,2	4,2	2,3
Deutschland	348,4	99,0	781,2	76,3	59,9	8,5	–	1,9	2,1
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	254,2	96,2	369,8	57,6	44,5	8,4	9,3	5,7	5,1
Estland	328,5	63,5	655,2	87,5	64,7	7,9	44,1	2,9	4,7
Finnland	331,0	95,0	855,3	85,3	155,1	7,0	49,8	1,0	7,0
Frankreich	341,6	166,6	793,2	68,0	115,7	6,0	35,5	1,3	3,9
Georgien	454,6	23,3	363,4	27,8	5,7	37,9	37,7	1,7	2,8
Griechenland	534,6	125,5	326,8	127,2	69,2	13,3	7,4	2,7	1,3
Irland	302,9	71,7	1 549,8	58,5	96,9	16,7	41,6	1,5	3,3
Island	368,0	77,9	943,3	94,0	102,5	13,1	39,1	1,3	3,9
Israel	352,6	70,5	579,0	108,8	74,0	4,3	22,4	0,9	2,5
Italien	365,4	91,6	700,7	62,8	74,7	11,5	17,7	2,7	4,1
Kasachstan	370,6	24,2	692,3	36,9	81,7	28,4	45,1	1,4	3,4
Kirgisistan	238,0	35,4	543,2	19,6	1,7	17,3	64,4	2,2	0,9
Kroatien	259,0	65,0	523,6	71,7	57,2	9,6	–	3,5	3,2
Lettland	304,9	54,9	548,0	68,2	–	4,9	24,3	1,5	4,0
Litauen	406,7	77,5	734,8	71,0	81,3	7,8	30,1	3,4	2,9
Luxemburg	290,0	92,5	1 023,1	78,5	85,0	–	12,8	0,0	–
Malta	331,7	82,7	583,5	42,8	154,0	14,7	7,8	2,0	8,3
Monaco	664,3	32,1	1 621,4	121,4	217,9	–	85,7	0,0	–
Montenegro	196,9	32,1	507,8	39,6	16,8	–	–	–	–
Niederlande	393,2	52,9	1 505,0	49,5	17,5	12,3	36,1	1,7	0,8
Norwegen	380,4	74,9	1 546,8	86,1	67,9	10,4	77,5	2,2	1,9
Österreich	374,9	153,0	634,9	54,0	59,5	19,4	34,4	1,2	2,4
Polen	203,2	–	468,8	32,0	58,9	6,1	39,1	2,1	2,2
Portugal	342,6	56,1	481,4	58,3	97,8	7,0	23,9	3,1	4,9
Republik Moldau	312,2	56,7	754,9	43,8	83,7	9,0	11,6	2,1	0,4
Rumänien	192,1	68,7	397,4	20,2	4,2	11,9	15,9	3,7	2,8
Russische Föderation	431,0	27,3	806,2	32,0	8,1	10,7	27,2	1,8	1,9
San Marino	251,7	–	507,7	36,4	52,1	–	–	0,0	–
Schweden	357,9	60,4	1 083,4	83,1	72,7	10,0	49,8	2,3	5,1
Schweiz	385,0	52,4	832,8	51,4	57,0	7,9	49,9	1,6	1,6
Serbien	271,1	68,9	557,4	33,3	25,9	15,9	–	5,2	5,0
Slowakei	313,3	43,3	631,6	45,3	49,0	9,9	85,6	0,9	3,1
Slowenien	237,3	48,8	764,8	59,9	47,0	6,4	21,5	2,1	6,1
Spanien	375,7	76,8	743,7	56,2	92,0	8,7	20,2	2,5	5,2
Tadschikistan	201,3	20,8	446,6	15,2	10,3	8,0	20,5	0,7	0,6
Tschechische Republik	356,6	71,4	842,7	67,3	56,0	7,7	47,2	1,3	2,6
Türkei	151,0	47,4	200,9	24,8	34,7	6,9	8,6	1,4	1,4
Türkmenistan	243,8	63,6	431,4	14,1	19,5	5,6	6,2	0,2	0,3
Ukraine	308,4	32,0	783,4	41,1	47,8	14,6	23,9	3,7	5,7
Ungarn	278,0	64,9	903,9	42,2	54,5	10,0	36,6	1,9	2,4
Usbekistan	266,6	20,1	1 012,0	17,7	3,4	12,9	160,3	1,0	12,3
Vereinigtes Königreich	212,6	67,3	498,6	43,9	58,6	6,4	48,8	1,3	1,3
Weißrussland	484,1	40,2	1 197,6	49,3	30,9	13,2	20,7	2,2	1,7
Zypern	252,9	–	436,0	92,8	20,8	0,0	–	–	–

Tabelle 7: Erbringung von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Region der WHO (2007 bzw. letztes verfügbares Jahr)

Mitgliedstaat	Krankenhäuser pro 100 000 EW	Ambulante Gesundheits- einrichtungen pro 100 000 EW	Betten pro 100 000 EW				Betten in privaten stationären Krankenhäusern (in % aller Betten)	Einweisungen pro 100 EW	
			Kranken- haus	Akut- kranken- haus	Psychiatri- sches Kranken- haus	Alten- und Pflegerheime		Stationäre Versorgung	Akut- krankenhaus
Albanien	1,5	73,8	291,5	255,6	23,1	7,8	–	8,7	–
Andorra	2,4	113,2	261,6	194,7	14,6	170,4	25,6	–	9,3
Armenien	4,2	32,8	406,8	349,7	45,4	31,3	–	8,9	8,5
Aserbaidschan	8,7	41,2	793,3	725,9	48,3	18,8	0,7	6,2	6,0
Belgien	2,0	–	525,1	470,2	148,8	1 199,7	62,3	16,4	16,2
Bosnien-Herzegowina	1,0	30,3	303,6	327,5	37,2	–	–	8,2	7,2
Bulgarien	4,4	21,9	636,4	755,4	58,2	–	6,4	22,8	14,8
Dänemark	1,1	–	349,5	310,7	60,4	230,6	2,0	15,2	17,8
Deutschland	4,1	–	829,1	572,9	108,4	917,8	27,1	22,6	19,8
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	2,7	81,4	462,7	326,4	58,5	29,4	1,0	9,4	9,2
Estland	4,3	62,2	557,0	380,2	56,2	549,9	9,8	18,9	16,8
Finnland	6,5	4,3	682,5	233,6	84,1	–	3,6	24,6	18,9
Frankreich	4,7	–	716,8	361,8	92,6	110,7	35,2	18,8	16,3
Georgien	6,0	14,4	331,9	291,5	28,1	6,8	–	6,5	6,3
Griechenland	2,8	15,3	481,7	394,4	87,3	30,7	28,1	18,4	14,5
Irland	4,1	–	533,9	274,2	85,1	511,3	–	14,2	14,0
Island	6,8	40,6	750,8	368,2	117,9	812,7	8,9	17,2	16,5
Israel	5,3	–	583,2	203,1	48,1	321,6	32,9	18,2	17,2
Italien	2,2	30,8	393,9	336,3	13,0	332,8	23,4	14,6	14,0
Kasachstan	6,8	52,8	772,1	527,7	62,8	129,2	6,0	17,4	16,4
Kirgisistan	2,8	15,2	506,0	387,4	43,3	54,0	1,6	15,1	14,5
Kroatien	1,7	70,7	534,6	352,4	93,9	–	0,4	16,5	14,6
Lettland	4,1	116,8	757,1	523,3	137,0	–	6,3	23,4	20,4
Litauen	4,9	28,8	814,0	509,3	102,3	437,3	0,3	23,8	21,2
Luxemburg	8,4	–	633,4	508,9	63,3	951,4	–	19,4	18,4
Malta	2,2	–	780,3	269,4	169,4	537,8	5,1	–	10,8
Monaco	7,1	0,0	1 957,1	1 553,6	210,7	1 217,9	–	53,9	–
Montenegro	1,8	31,3	397,8	308,4	49,7	–	–	10,9	9,9
Niederlande	1,2	–	480,8	340,2	137,1	1 040,5	–	10,6	10,5
Norwegen	1,5	–	391,2	284,2	57,0	865,1	1,3	18,8	16,9
Österreich	3,3	–	776,3	638,9	62,9	–	27,7	27,9	26,6
Polen	2,1	26,3	516,2	410,8	64,8	–	4,7	17,8	–
Portugal	1,9	21,9	345,4	298,5	61,8	–	24,0	11,4	11,2
Republik Moldau	2,3	19,7	612,0	493,2	54,9	79,7	0,7	17,2	16,3
Rumänien	1,9	54,5	654,3	505,2	77,3	–	0,6	24,3	–
Russische Föderation	4,5	9,0	965,9	931,3	112,3	15,2	–	23,7	22,9
San Marino	–	–	716,0	–	–	–	–	–	–
Schweden	0,9	11,2	522,0	282,3	48,8	27,0	19,0	15,6	15,2
Schweiz	4,5	–	553,9	364,8	105,8	1 167,1	–	17,0	16,4
Serbien	1,4	2,3	540,3	–	–	–	–	14,2	9,4
Slowakei	2,7	163,3	678,8	601,6	82,4	–	5,1	18,9	18,4
Slowenien	1,4	3,2	466,2	376,7	67,8	–	1,1	17,9	17,2
Spanien	1,7	–	337,0	271,0	46,6	32,7	34,3	11,9	11,7
Tadschikistan	6,8	49,8	612,0	546,9	24,7	14,6	0,2	11,2	11,1
Tschechische Republik	3,3	233,9	810,5	595,5	107,0	70,0	28,7	21,5	20,2
Türkei	1,9	22,8	263,8	253,5	9,6	26,5	9,3	12,4	12,2
Turkmenistan	2,3	35,7	406,5	303,9	32,9	8,1	0,2	13,9	12,8
Ukraine	5,6	14,6	873,0	711,9	93,9	100,7	–	21,9	20,8
Ungarn	1,8	4,1	712,6	413,4	30,4	85,5	3,0	20,9	18,5
Usbekistan	3,3	20,7	483,2	399,8	28,9	34,8	3,3	16,3	15,6
Vereinigtes Königreich	2,7	–	389,7	241,6	82,9	429,3	4,3	15,3	21,4
Weißrussland	7,2	69,0	1 122,9	–	69,9	178,6	0,1	28,5	–
Zypern	12,3	–	371,5	350,8	26,7	–	50,1	7,9	7,8

Definitionen der in den Tabellen enthaltenen Indikatoren

Einleitender Hinweis

Bei den meisten Definitionen handelt es sich um diejenigen in der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB), welche die wichtigste Quelle für die Statistikdaten in den Tabellen bildet. Bei anderen Quellen von Definitionen werden diese ggf. angegeben. Die Indikatoren sind in der Reihenfolge aufgeführt, in der sie in der jeweiligen Tabelle erscheinen.

Tabelle 1

Bevölkerungszahl zur Jahresmitte

Schätzung der (De-jure-)Einwohnerzahl am 1. Juli eines bestimmten Kalenderjahres, üblicherweise berechnet als Durchschnitt von zu Jahresende vorgenommenen Schätzungen. In den meisten Ländern ist die Quelle das nationale Statistikamt. Dieses Datenelement wird bei der Berechnung der meisten anderen Indikatoren als Nenner verwendet. Wenngleich die De-facto-Bevölkerung vorzuziehen wäre, wird die De-jure-Einwohnerzahl verwendet, weil sie in den meisten Fällen besser verfügbar ist, insbesondere aufgeschlüsselt nach Alter. In manchen Ländern und insbesondere solchen, die in den 1990er Jahren von bewaffneten Konflikten betroffen waren, könnte allerdings die Differenz zwischen offiziellen Bevölkerungsschätzungen und der tatsächlichen Wohnbevölkerung (De-facto-Bevölkerung) zu groß sein. In solchen Fällen sollten besondere Anstrengungen unternommen werden, Schätzwerte für die De-Facto-Bevölkerung bereitzustellen, die als Nenner verwendet werden können.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Durchschnittliche Bevölkerungsdichte pro km²

Einfacher Quotient zwischen der Bevölkerungszahl zur Jahresmitte und der Landesfläche.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Gesamtfruchtbarkeitsrate

Mittlere Zahl der Kinder, die pro Frau geboren würden, wenn alle Frauen bis zum Ende ihrer Gebärfähigkeit leben und entsprechend den altersspezifischen Fruchtbarkeitsziffern der betreffenden Jahre Kinder gebären würden. Sie wird durch Addition der altersspezifischen Fruchtbarkeitsziffern für alle Altersgruppen und Multiplikation mit dem für die Kohortenbildung verwendeten Intervall berechnet. Die Daten werden üblicherweise von den Statistikämtern der Länder bereitgestellt. Berichte der Weltbank, des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP) und statistische Jahrbücher der Länder werden als Datenquellen für die GFA-DB verwendet.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Bevölkerung unter 15 Jahre (in % der Gesamtbevölkerung)

Schätzung der Zahl der ansässigen (De-jure-)Einwohner im Alter zwischen 0 und 14 Jahren am 1. Juli eines bestimmten Kalenderjahres. Die Berechnung erfolgt üblicherweise als Durchschnitt von zu Jahresende vorgenommenen Schätzungen. In den meisten Ländern ist die Quelle das nationale Statistikamt.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Bevölkerung ab 65 Jahren (in % der Gesamtbevölkerung)

Schätzung der Zahl der (De-jure-)Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter am 1. Juli eines bestimmten Kalenderjahres, üblicherweise berechnet als Durchschnitt von zu Jahresende vorgenommenen Schätzungen. In den meisten Ländern ist die Quelle das nationale Statistikamt.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Tabelle 2

Index der menschlichen Entwicklung

Zusammengefasster Index zur Messung der durchschnittlichen Errungenschaften in Bezug auf drei grundlegende Dimensionen menschlicher Entwicklung: ein langes und gesundes Leben, Wissen und ein menschenwürdiger Lebensstandard. Berichte des UNDP werden als eine Datenquelle für die GFA-DB genutzt. Details zur Berechnung des Index finden Sie im neuesten Bericht des UNDP über die menschliche Entwicklung.

Quellen: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009) und UNDP.

Pro-Kopf-BIP [Bruttoinlandsprodukt] in US-Dollar

Gesamtwert aller Waren und Dienstleistungen für den Endverbrauch durch eine Volkswirtschaft von sowohl Ansässigen als auch Nichtansässigen ohne Berücksichtigung inländischer oder ausländischer Forderungen. Das WHO-Regionalbüro für Europa nutzt Berichte der als eine einheitliche Datenquelle und die Gesundheitsdatenbank der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) als die Hauptdatenquelle für OECD-Mitgliedstaaten.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Reales Pro-Kopf-BIP in internationalen Dollar (KKP)

Statt den offiziellen Wechselkurs zu verwenden, wird das in Kaufkraftparitäten (KKP) ausgedrückte BIP in die relative einheimische Kaufkraft der nationalen Währung im Vergleich zum US-Dollar umgerechnet. Die Multiplikatoren (KKP) werden periodisch anhand der Kosten für den Standardwarenkorb geschätzt. Das WHO-Regionalbüro für Europa nutzt die OECD und das UNDP als einheitliche Datenquellen.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Staatliche Gesamtausgaben (in % des BIP)

Die staatlichen Gesamtausgaben umfassen die konsolidierten Aufwendungen aller staatlichen Ebenen (Zentral-/Bundes-, Provinz-/Regional-/Landes- und Bezirksregierungen sowie Kommunalverwaltungen) und der Träger der sozialen Sicherheit sowie außerbudgetärer Fonds einschließlich Kapitalkosten.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Bevölkerung mit Grundschulbildung (in % der Gesamtbevölkerung)

Anteil der Bevölkerung ab 25 Jahren, deren höchster Bildungsabschluss der abgeschlossenen oder nicht abgeschlossenen Grund- oder Primarschule entspricht oder die über keinerlei formelle Schulbildung verfügen. Die wichtigste Datenquelle ist das Institut für Statistik der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO). Einige Länder haben dem WHO-Regionalbüro für Europa auf direktem Weg Daten zur Verfügung gestellt.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Bevölkerung mit Sekundarbildung (in % der Gesamtbevölkerung)

Anteil der Bevölkerung ab 25 Jahren, deren höchster Bildungsabschluss der Sekundarbildung (Unter- oder Oberstufe) entspricht. Die wichtigste Datenquelle ist das Institut für Statistik der UNESCO. Einige Länder haben dem WHO-Regionalbüro für Europa auf direktem Weg Daten zur Verfügung gestellt.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Bevölkerung mit postsekundärer Bildung (in % der Gesamtbevölkerung)

Anteil der Bevölkerung ab 25 Jahren, deren höchster Bildungsabschluss der postsekundären Bildung entspricht. Die wichtigste Datenquelle ist das Institut für Statistik der UNESCO. Einige Länder haben dem WHO-Regionalbüro für Europa auf direktem Weg Daten zur Verfügung gestellt.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Erwerbsbevölkerung (in % der Gesamtbevölkerung)

Erwerbstätige Bevölkerung als prozentualer Anteil an der Gesamtbevölkerung. Die Datenquelle für die GFA-DB ist das Jahrbuch für Arbeitsstatistik der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO).

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Erwerbslosenquote (in %)

Verhältnis der Zahl der erwerbslosen Personen zur Gesamterwerbsbevölkerung. Verwendet wird die Definition der IAO, nach der zu den Erwerbslosen alle Personen ab einem bestimmten

Alter zählen, die im Bezugszeitraum keine Arbeit hatten, für Arbeit zur Verfügung standen oder arbeitsuchend waren. Das WHO-Regionalbüro für Europa nutzt als einheitliche Datenquelle das Jahrbuch für Arbeitsstatistik der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO).

Quellen: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009) und *Yearbook of labour statistics 2008* (Geneva, International Labour Organization, 2008).

Tabelle 3

Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)

Die mittlere Anzahl der Jahre, die ein Neugeborenes voraussichtlich leben wird, wenn die zum aktuellen Zeitpunkt geltenden Sterblichkeitsraten bestehen bleiben, vom WHO-Regionalbüro für Europa unter Verwendung der Wiesler-Methode für alle Länder berechnet, die detaillierte Sterblichkeitsdaten an die WHO melden. Sterblichkeitsdaten sind nach Alter aufgeschlüsselt: 0, 1–4, 10–14 usw., 80–84, ≥ 85 Jahre. Leider sind manche Länder nicht in der Lage, eine vollständige Registrierung aller Todesfälle und Geburten sicherzustellen. Weil die Lebenserwartung infolgedessen mit unvollständigen Sterblichkeitsdaten berechnet werden muss, fällt sie höher aus, als sie in Wirklichkeit ist, so dass bei länderübergreifenden Vergleichen Vorsicht geboten ist. In einigen Fällen kann die Unterregistrierung von Todesfällen 20% erreichen. Eine besonders hohe Unterregistrierung der Sterblichkeit wird in Ländern beobachtet, die während der 1990er Jahre von bewaffneten Konflikten betroffen waren. In einem dieser Länder (Georgien) wird dieses Problem durch den Mangel an ausreichend genauen Bevölkerungsschätzungen zur Verwendung als Nenner verschärft.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Gesunde Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)

Die entsprechende Anzahl der Jahre bei voller Gesundheit, die ein Neugeborenes auf der Grundlage der zum aktuellen Zeitpunkt geltenden Sterblichkeitsraten und der Prävalenzverteilung der Gesundheitszustände voraussichtlich leben wird. Die gesunde Lebenserwartung bei Geburt basiert auf der Lebenserwartung, beinhaltet jedoch einen Korrekturfaktor für die bei schlechter Gesundheit verbrachte Zeit. Die Daten stammen aus dem Entwurf der *World health statistics 2009* vom Januar 2009.

Quelle: *World health statistics 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>, accessed 4 June 2009).

Sterbewahrscheinlichkeit vor Vollendung des 5. Lebensjahrs (pro 1000 Lebendgeburten), nationale Datenmeldungen

Zahl der Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten bis zur Vollendung des 5. Lebensjahrs. Die Zahlen sind den entsprechenden Zellen der maßgeblichen Sterbetafeln entnommen und somit Nebenprodukte der Berechnungen der Lebenserwartung, das heißt $(1 - L_5$ [5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit]) multipliziert mit 1000. Leider sind manche Länder nicht in der Lage, eine vollständige Registrierung aller Todesfälle und Geburten sicherzustellen. Weil die Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren infolgedessen mit unvollständigen Sterblichkeitsdaten berechnet werden muss, fällt sie niedriger aus, als sie in Wirklichkeit ist, weshalb bei länderübergreifenden Vergleichen Vorsicht geboten ist. Eine besonders hohe Unterregistrierung der Sterblichkeit wird in den Ländern Zentralasiens und des Kaukasus, in einigen Ländern des ehemaligen Jugoslawien und in Albanien beobachtet.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Sterbewahrscheinlichkeit vor Vollendung des 5. Lebensjahrs (pro 1000 Lebendgeburten) nach WHO-Schätzungen

Diese Schätzungen werden von der WHO-Zentrale unter Verwendung spezieller Techniken erstellt und in den jährlichen Weltgesundheitsberichten veröffentlicht. Wenn routinemäßige Personenstandsstatistiken nicht verfügbar oder unvollständig waren, wurden Daten aus verschiedenen Quellen, einschließlich Erhebungen, verwendet. Die Schätzungen wurden zum Teil auch mit auf Erhebungen basierenden Schätzungen abgeglichen, die vom Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und anderen Organisationen verwendet werden. Diese Schätzungen können beträchtlich von den offiziellen nationalen Zahlen mancher Länder mit unvollständiger Registrierung von Todesfällen und Geburten abweichen.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Müttersterblichkeitsrate (pro 100 000 Lebendgeburten) nach national gemeldeten Daten

Müttersterbefälle betreffen den Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung dieser Schwangerschaft unabhängig von ihrer Dauer und dem Sitz durch jegliche Ursache, die in Beziehung zur Schwangerschaft oder deren Versorgung steht oder durch diese verschlechtert wird, nicht aber durch Unfall und zufällige Ereignisse (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), Code:O00–O99). Zur Berechnung dieses Indikators werden zwei Informationsquellen zur Müttersterblichkeit verwendet:

- regelmäßig an die WHO gemeldete Sterblichkeitsdaten nach Ursache (in den meisten Fällen von den nationalen Statistikämtern) und
- an die Gesundheitsministerien gemeldete Krankenhausdaten.

Normalerweise sollten die Zahlen der Müttersterbefälle aus beiden Quellen identisch sein. Dies ist in den meisten Ländern im westlichen Teil der Europäischen Region auch der Fall. In einigen Ländern, vorwiegend im östlichen Teil, können jedoch aufgrund der nationalen Praxis der Todesbescheinigung und der dabei verwendeten Kodierung der Todesursachen Schwierigkeiten auftreten. In solchen Fällen sind Krankenhausdaten wahrscheinlich korrekt. Seit der Version der GFA-DB von Januar 2001 wurde die Müttersterblichkeit unter Verwendung beider Datenquellen (wenn beide Zahlen gemeldet werden) berechnet, wobei die GFA-DB die höhere Zahl verwendet. Unabhängig davon behaupten Experten, dass selbst in Ländern mit gut funktionierenden Systemen zur Personenstandsregistrierung die Müttersterblichkeit in Wirklichkeit 50% über den offiziellen Zahlen liegt. Die WHO, UNICEF und der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) haben deshalb für ausgewählte Jahre fehlerbereinigte Schätzungen entwickelt.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Müttersterblichkeitsrate (pro 100 000 Lebendgeburten) aufgrund von Schätzungen von WHO, UNICEF, UNFPA und Weltbank

Die WHO und UNICEF haben unter Mitwirkung des UNFPA und der Weltbank ein Konzept zur Schätzung der Müttersterblichkeit entwickelt, das der Erstellung von Schätzungen für Länder ohne Daten und der Bereinigung verfügbarer Daten in Bezug auf Meldelücken und Falscheinstufung dient. Diese Schätzungen können beträchtlich von den nationalen Statistiken abweichen, welche die Länder an die WHO melden. Die Quelle der Schätzungen ist die Veröffentlichung zur Müttersterblichkeit von WHO, UNICEF, UNFPA und Weltbank.

Quelle: Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9789241596213/en, accessed 27 May 2009).

Perinatale Sterbefälle (pro 1000 Geburten)

Zahl der gewichtsspezifischen ($\geq 1\ 000\ g$) Fälle von Fruchttod und der frühen Neonatalsterbefällen pro 1000 Geburten (Lebendgeburten und Totgeburten). Wenn keine gewichtsspezifischen Daten verfügbar sind, werden stattdessen jegliche verfügbaren Daten, die auf der Grundlage nationaler Kriterien bereitgestellt werden, verwendet.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Tabelle 4

Bevölkerung mit Anschluss an die Wasserversorgung in der Wohnung (in % der Gesamtbevölkerung)

Prozentwert auf der Grundlage von Daten aus verschiedenen Quellen. Es können zwischen Ländern und Zeitperioden beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der verwendeten Definitionen und Schätzmethode bestehen. Nähere Informationen finden sich in der GFA-DB.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Bevölkerung mit Zugang zu einer hygienischen Abwasserentsorgung (in % der Gesamtbevölkerung)

Prozentualer Anteil der Bevölkerung mit Anschluss an die Kanalisation, eine Klärgrube oder eine andere hygienische Form der Abwasserentsorgung anhand von Daten aus verschiedenen Quellen. Es können zwischen Ländern und Zeitperioden beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der verwendeten Definitionen und Schätzmethode bestehen. Nähere Informationen finden sich in der GFA-DB.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Todesfälle infolge von Arbeitsunfällen (pro 100 000 EW)

Zahl der Todesfälle pro 100 000 Einwohner infolge von Arbeitsunfällen, d. h. Unfällen am Arbeitsplatz oder bei der Arbeit, die zu Tod, Personenschäden oder Krankheit führen können. Die Datenquelle ist das Jahrbuch für Arbeitsstatistik der IAO. Alle Branchen sind inbegriffen; nicht berücksichtigt werden dagegen Wegeunfälle (auf dem Weg zur bzw. Rückweg von der Arbeit). Definitionen und Registrierungspraxis sind von Land zu Land stark verschieden.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Regelmäßige tägliche Raucher in der Bevölkerung ab 15 Jahren (in % der Gesamtbevölkerung)

Prozentualer Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren, der jeden Tag regelmäßig raucht, erfasst mit Hilfe eines Standardfragebogens im Verlauf einer Gesundheitsbefragung einer repräsentativen Stichprobe der fraglichen Bevölkerung. Viele Länder führen regelmäßig Erhebungen in Form von Gesundheitsbefragungen durch. Das WHO-Regionalbüro für Europa sammelt die meisten Daten in der GFA-DB aus mehreren Quellen. Wo nur nach Männern und Frauen aufgeschlüsselte Werte verfügbar sind, wird der Gesamtwert als der Durchschnitt der Anteile von Männern und Frauen berechnet. Nähere Informationen zu den Quellen finden sich teilweise beim WHO-Regionalbüro für Europa (<http://data.euro.who.int/tobacco>).

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Konsum an reinem Alkohol (Liter pro Kopf)

Geschätzte Menge des in einem Land während eines Kalenderjahres pro Kopf konsumierten reinen Äthanol in Spirituosen, Wein, Bier und anderen alkoholischen Getränken. Grundlage für die Berechnung bilden offizielle Statistiken zu inländischer Produktion, Verkauf, Importen und Exporten unter Berücksichtigung vorhandener Bestände und häuslicher Produktion, sofern möglich. Der Gehalt an reinem Alkohol wird bei Bier auf 4,5% und bei Wein auf 14% geschätzt. Das WHO-Regionalbüro für Europa berechnet Schätzungen auf der Grundlage von Daten, die weitgehend aus drei Quellen stammen:

- Veröffentlichungen über weltweite Trends in Bezug auf den Alkoholkonsum, die früher von der Produktschap voor gedistilleerde dranken (Schiedam, Niederlande) herausgegeben wurden;
- der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO); und
- nationalen Ansprechpersonen der WHO.

Zusätzliche Daten sind in der vom Regionalbüro geführten spezialisierten Datenbank zum Alkoholkonsum (<http://data.euro.who.int/alcohol/>) und im vom WHO-Hauptbüro geführten Globalen Informationssystem über Alkohol und Gesundheit (<http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>) verfügbar.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle (pro 100 000 EW)

Zahl der Straßenverkehrsunfälle unter Beteiligung von einer oder mehr Personen unter Alkoholeinfluss pro 100 000 Einwohner. Berücksichtigt werden Unfälle mit Personenschäden, jedoch nicht solche mit ausschließlich Sachschäden. Die Definition des Begriffs „Straßenverkehrsunfall“ entspricht der vom Binnenverkehrsausschuss der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE) verwendeten Definition. Seit 2002 werden als Datenquelle die Statistiken der UNECE über Straßenverkehrsunfälle in Europa verwendet.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Tote oder Verletzte bei Straßenverkehrsunfällen (pro 100 000 EW)

Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen getöteten oder verletzten Personen pro 100 000 Einwohner. Siehe auch die vorhergehende Definition. Seit 2002 werden als Datenquelle die Statistiken der UNECE über Straßenverkehrsunfälle in Europa verwendet.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Ersteinweisungen in Suchthilfeeinrichtungen (pro 100 000 EW)

Zahl der Personen pro 100 000 Einwohner, die während des Kalenderjahres erstmalig in eine Einrichtung zur Behandlung von Gesundheitsproblemen in Verbindung mit Drogenmissbrauch eingewiesen wurden.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Tabelle 5

Gesamtausgaben für Gesundheit (in % des BIP) nach WHO-Schätzungen

Summe aller öffentlichen und privaten Ausgaben für Gesundheit. Die WHO erstellte die Schätzungen für diesen Indikator unter weitestmöglichem Rückgriff auf die Klassifikation der nationalen Gesundheitskonten; nähere Informationen enthält der Weltgesundheitsbericht 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en>). Die Quellen umfassen sowohl von Ländern gemeldete Daten als auch Schätzungen internationaler Organisationen wie des Internationalen Währungsfonds (IWF), der Weltbank, der Vereinten Nationen und der OECD, so dass sie von den offiziellen nationalen Statistiken der Länder abweichen können.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Pro-Kopf-Gesamtausgaben für Gesundheit (in internationalen Dollar (KKP)) nach WHO-Schätzungen

Summe aller öffentlichen und privaten Ausgaben für Gesundheit, ausgedrückt in internationalen Dollar (US-Dollar (KKP) – siehe Definition bei der Erörterung des BIP). Die WHO erstellte die Schätzungen für diesen Indikator unter weitestmöglichem Rückgriff auf die Klassifikation der nationalen Gesundheitskonten; nähere Informationen enthält der Weltgesundheitsbericht 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en>). Die Quellen umfassen sowohl von Ländern gemeldete Daten als auch Schätzungen internationaler Organisationen wie des IWF, der Weltbank, der Vereinten Nationen und der OECD, so dass sie von den offiziellen nationalen Statistiken der Länder abweichen können.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben für Gesundheit (in %)

Die staatlichen Ausgaben für Gesundheit sind die Summe der Aufwendungen für die Erhaltung und Wiederherstellung bzw. Verbesserung von Gesundheit, die von staatlichen Stellen wie dem Gesundheitsministerium, anderen Ministerien, halbstaatlichen Organisationen oder Trägern der sozialen Sicherheit als Barleistung ausgezahlt oder als Sachleistung bereitgestellt werden (wobei Transfers von der öffentlichen Hand an Fonds der sozialen Sicherheit und außerbudgetäre Fonds nicht doppelt gerechnet werden). Sie schließen Zahlungen an Haushalte zum Ausgleich von medizinischen Kosten sowie an außerbudgetäre Fonds zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen und -gütern ein. Die Einnahmen dieser Stellen können aus mehreren Quellen stammen, und es kann sich dabei auch um externe Mittel handeln. Die Gesamtausgaben für Gesundheit sind die Summe aller staatlichen und privaten Ausgaben für Gesundheit und schließen vom System selbst beschaffte Mittel ein.

Die WHO erstellte die Schätzungen für diesen Indikator unter weitestmöglichem Rückgriff auf die Klassifikation der nationalen Gesundheitskonten; nähere Informationen enthält der Weltgesundheitsbericht 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en>). Die Quellen umfassen sowohl von Ländern gemeldete Daten als auch Schätzungen internationaler Organisationen wie des IWF, der Weltbank, der Vereinten Nationen und der OECD, so dass sie von den offiziellen nationalen Statistiken der Länder abweichen können.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben an den staatlichen Gesamtausgaben (in %)

Die allgemeinen Staatsausgaben umfassen die konsolidierten Aufwendungen aller staatlichen Ebenen (Zentral-/Bundes-, Provinz-/Regional-/Landes- und Bezirksregierungen sowie Kommunalverwaltungen) und der Träger der sozialen Sicherheit sowie außerbudgetärer Fonds einschließlich Kapitalkosten. Sie werden von der Zentralbank bzw. dem Finanzministerium an den IWF oder von der Statistikabteilung der Vereinten Nationen gemeldet. Die staatlichen Ausgaben für Gesundheit sind die Summe der Aufwendungen für die Erhaltung und Wiederherstellung bzw. Verbesserung von Gesundheit, die von staatlichen Stellen wie dem Gesundheitsministerium, anderen Ministerien, halbstaatlichen Organisationen oder Trägern der sozialen Sicherheit als Barleistung ausgezahlt oder als Sachleistung bereitgestellt werden (wobei Transfers von der öffentlichen Hand an Fonds der sozialen Sicherheit und außerbudgetäre Fonds nicht doppelt gerechnet werden). Sie schließen Zahlungen an Haushalte zum Ausgleich von medizinischen Kosten sowie an außerbudgetäre Fonds zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen und -gütern ein. Die Einnahmen dieser Stellen können aus mehreren Quellen stammen, und es kann sich dabei auch um externe Mittel handeln.

Die WHO erstellte die Schätzungen für diesen Indikator unter weitestmöglichem Rückgriff auf die Klassifikation der nationalen Gesundheitskonten; nähere Informationen enthält der Weltgesundheitsbericht 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en>). Die Quellen umfassen sowohl von Ländern gemeldete Daten als auch Schätzungen internationaler Organisationen wie des IWF, der Weltbank, der Vereinten Nationen und der OECD, so dass sie von den offiziellen nationalen Statistiken der Länder abweichen können.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Immunsierung von Kindern mit DPT₃ (in %)

Prozentualer Anteil der Kleinkinder, die in einem bestimmten Kalenderjahr ein Jahr alt werden und mit drei Dosen des DPT-Impfstoffs gegen Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus bzw. des DT-Impfstoffs gegen Diphtherie und Tetanus vollständigen Impfschutz gegen Diphtherie erhalten haben. Die Daten werden jährlich an das WHO-Regionalbüro für Europa gemeldet und sind dort erhältlich.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Immunsierung von Kindern gegen Masern (in %)

Prozentualer Anteil der Kinder, die zwei Jahre alt werden und vollständigen Impfschutz gegen Masern (eine Dosis) erhalten haben. Die Daten werden jährlich an das WHO-Regionalbüro für Europa gemeldet und sind dort erhältlich.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Personen, die Sozial- oder Behindertenhilfe beziehen (pro 100 000 EW)

Dieser Indikator ist unmittelbar verständlich.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Tuberkulosebehandlung nach der DOTS-Strategie: Fallerkennung (in %)

Tuberkulose-Fallerkennung bedeutet, dass bei einem Patienten Tuberkulose diagnostiziert und an das nationale Überwachungssystem sowie anschließend an die WHO gemeldet wird. Der Anteil der erkannten Fälle nach der so genannten DOTS-Strategie zur Tuberkulosebekämpfung (DOTS = direkt beobachtete ambulante Kurzzeittherapie) wird berechnet als die Zahl der gemeldeten Fälle in Gebieten, in denen ein DOTS-Programm durchgeführt wird, dividiert durch die geschätzte Zahl der Tuberkulosefälle im gesamten Land, ausgedrückt als prozentualer Anteil.

Die Schätzungen der WHO zur Inzidenz und Prävalenz der Tuberkulose sowie zu den tuberkulosebedingten Todesfällen basieren auf einem Konsultations- und Analyseprozess. Sie werden zwecks Berücksichtigung neuer Informationen, die aus Surveillance-Maßnahmen und speziellen Untersuchungen wie Erhebungen zur Prävalenz von Infektionen und Krankheiten stammen, jährlich überarbeitet. Nähere Informationen zu den Schätzmethode finden sich auf der Website des WHO-Hauptbüros (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/methods/en/index.html).

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Tuberkulosebehandlung nach der DOTS-Strategie: Behandlungserfolg (in %)

Der Behandlungserfolg in DOTS-Programmen bezeichnet den prozentualen Anteil neuer abstrichpositiver Patienten, die geheilt werden (negatives Ergebnis einer mikroskopischen Sputumuntersuchung) zuzüglich des prozentualen Anteils der Patienten ohne bakteriologischen Nachweis der Heilung, die eine ambulante Kurzzeittherapie vollständig abschließen.

Die Schätzungen der WHO zur Inzidenz und Prävalenz der Tuberkulose sowie zu den tuberkulosebedingten Todesfällen basieren auf einem Konsultations- und Analyseprozess. Sie werden zwecks Berücksichtigung neuer Informationen, die aus Surveillance-Maßnahmen und speziellen Untersuchungen wie Erhebungen zur Prävalenz von Infektionen und Krankheiten stammen, jährlich überarbeitet. Nähere Informationen zu den Schätzmethode finden sich auf der Website des WHO-Hauptbüros (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/methods/en/index.html).

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Tabelle 6

Ärzte je 100 000 EW

Zahl der Ärzte je 100 000 Einwohner.

2006 wurde mit dem Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaften (EUROSTAT) und der OECD die folgende Definition abgestimmt: Ärzte (Mediziner) – gemäß der Definition in der Internationalen Standardklassifikation der Berufe (ISCO) 88 (Code 2221) – wenden präventive und heilende Verfahren an, verbessern oder entwickeln Konzepte, Theorien und Methoden und forschen im Bereich Medizin und Gesundheitswesen. Praktizierende Ärzte erbringen ihre Leistungen direkt für Patienten. Zu ihren Aufgaben zählen: Durchführung ärztlicher Untersuchungen und Diagnosen, Verschreibung von Arzneimitteln und Behandlung diagnostizierter Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Verletzungen, spezielle medizinische oder chirurgische Behandlung besonderer Arten von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Verletzungen, Beratung und Anwendung vorbeugender ärztlicher Methoden und Behandlungen. Die Zahl der Ärzte am Ende des Kalenderjahres umfasst:

- Personen, die ein Medizinstudium auf der Hochschulstufe (mit einem entsprechenden Diplom) abgeschlossen haben und für die Tätigkeit als praktizierender Arzt zugelassen sind;
- Assistenzärzte mit einem entsprechenden Diplom, die während ihrer Facharztausbildung in einer Gesundheitseinrichtung unter der Aufsicht anderer Ärzte Leistungen erbringen;
- angestellte und selbständige Ärzte, die unabhängig vom Ort der Leistungserbringung Gesundheitsleistungen erbringen; und
- ausländische Ärzte mit einer Zulassung für die Tätigkeit als praktizierender Arzt, die diese im Land aktiv ausüben.

Nicht in diese Kategorie fallen Medizinstudenten, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben, Zahnärzte und Stomatologen/Zahnchirurgen, in Verwaltung und Forschung sowie auf anderen Stellen tätige Ärzte, die keinen unmittelbaren Patientenkontakt haben, arbeitslose Ärzte und Ärzte im Ruhestand sowie außerhalb des Landes arbeitende Ärzte.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Ärzte für Allgemeinmedizin je 100 000 EW

Zahl der Allgemeinmediziner je 100 000 Einwohner.

Ärzte für Allgemeinmedizin einschließlich Assistenzärzten für Allgemeinmedizin umfassen ausschließlich Ärzte (vorzugsweise als physische Personen), die in der ambulanten Versorgung als praktischer Arzt oder in Bereichen wie der Familien- oder Allgemeinmedizin sowie der inneren Medizin tätig sind. Ärzte für Allgemeinmedizin beschränken ihre Tätigkeit nicht auf bestimmte Krankheitskategorien und sind für die kontinuierliche und umfassende medizinische Versorgung bzw. die Überweisung an entsprechende Ärzte zuständig. In den meisten Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region entspricht der Allgemeinmediziner dem „Distriktarzt“.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Pflegekräfte je 100 000 EW

Zahl der Pflegekräfte je 100 000 Einwohner.

Pflegekräfte haben eine Pflegebasisausbildung abgeschlossen und sind qualifiziert sowie im jeweiligen Land berechtigt, in allen Arten von Einrichtungen Pflegetätigkeiten zum Zwecke der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Betreuung und Versorgung von Kranken sowie Rehabilitation auszuüben. Eine Pflegebasisausbildung ist ein offiziell anerkanntes Ausbildungsprogramm (normalerweise von mindestens zweijähriger Dauer, auch auf der Hochschulstufe), das eine breite und solide Grundlage für die Ausübung der Pflegetätigkeit sowie für Fort- und Weiterbildung zum Erwerb besonderer Fachkompetenzen vermittelt.

Weil es für manche Länder schwierig ist, statistische Informationen zu Hebammen von den Statistiken über Pflegekräfte zu trennen, wird empfohlen, Hebammen in die übergeordnete Kategorie des Pflegepersonals einzuschließen, aber, sofern möglich, auch separate Statistiken über Hebammen bereitzustellen. Ferner wird vorgeschlagen, Feldscher (medizinische Hilfskräfte – eine Kategorie von Gesundheitskraft in manchen Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region) in die allgemeine Kategorie Pflegekräfte aufzunehmen.

Die Zahl der Pflegekräfte am Ende des Kalenderjahres umfasst nur erwerbstätige Pflegekräfte, also solche, die in Krankenhäusern, in der primären Gesundheitsversorgung, in Pflegeheimen usw. arbeiten. Die Zahl der Pflegekräfte schließt qualifizierte Pflegekräfte, Pflegekräfte mit einem Hochschulabschluss erster oder zweiter Stufe, Feldscher, Hebammen und spezialisierte Pflegefachkräfte ein. Nicht darunter fallen Pflegehilfskräfte und anderes Personal ohne eine formelle Pflegeausbildung.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Zahnärzte je 100 000 EW

Zahl der Zahnärzte je 100 000 Einwohner.

2006 wurde mit EUROSTAT und der OECD die folgende Definition abgestimmt: Zahnärzte – gemäß der Definition in der ISCO 88 (Code 2222) – wenden medizinisches Wissen im Bereich der Zahnheilkunde an, verbessern oder entwickeln Konzepte, Theorien und Methoden und forschen. Zahnheilkunde ist die Bereitstellung von umfassender Pflege für Zähne und Mundhöhle, einschließlich Prävention, Diagnose und Behandlung von Anomalien und Krankheiten. Praktizierende Zahnärzte erbringen ihre Leistungen direkt für Patienten. Zu ihren Aufgaben zählen die Durchführung von Diagnosen, Beratung in Bezug auf notwendige zahnärztliche Behandlung und deren Durchführung sowie chirurgische, medizinische und andere Formen von Behandlung besonderer Arten dentaler und oraler Erkrankungen und Störungen. Die Zahl der Zahnärzte am Ende des Kalenderjahres umfasst:

- Personen, die ein Studium der Zahnheilkunde/Stomatologie auf der Hochschulstufe abgeschlossen (und ein entsprechendes Diplom erworben haben) haben und für die Tätigkeit als praktizierender Zahnarzt zugelassen sind;
- Assistenzärzte mit einem entsprechenden Diplom, die während ihrer Facharztausbildung in einer Gesundheitseinrichtung unter der Aufsicht anderer Zahnärzte oder Experten in Zahnmedizin Leistungen erbringen;
- angestellte und selbständige Zahnärzte, die unabhängig vom Ort der Leistungserbringung Gesundheitsleistungen erbringen; und
- ausländische Zahnärzte mit einer Zulassung für die Tätigkeit als praktizierender Zahnarzt, die diese im Land aktiv ausüben.

Nicht in diese Kategorie fallen Studenten der Zahnmedizin, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben, in Verwaltung und Forschung sowie auf anderen Stellen tätige Zahnärzte, die keinen unmittelbaren Patientenkontakt haben, arbeitslose Zahnärzte und Zahnärzte im Ruhestand sowie außerhalb des Landes arbeitende Zahnärzte.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Apotheker je 100 000 EW

Zahl der Apotheker je 100 000 Einwohner.

2006 wurde mit EUROSTAT und der OECD die folgende Definition abgestimmt: Apotheker gemäß der Definition in der ISCO 88 (Code 2224) wenden pharmazeutische Konzepte und Theorien an, indem sie Medikamente und Arzneimittel zubereiten und ausgeben oder verkaufen. Praktizierende Apotheker bereiten Medikamente und Arzneimittel zu, geben sie unmittelbar an Patienten (Kunden) aus oder verkaufen sie an diese und leisten Beratung. Zu ihren Aufgaben zählen:

- die Zubereitung bzw. Leitung der Zubereitung von Arzneimitteln gemäß den Verschreibungen praktizierender Ärzte und Zahnärzte oder die Entwicklung eigener Formeln;
- die Überprüfung von Verschreibungen, um sicherzustellen, dass empfohlene Dosierungen nicht überschritten werden und dass Patienten oder andere Personen, die Arzneimittel verabreichen, Anweisungen verstehen, sowie die Beratung zu möglichen Unverträglichkeiten von Medikamenten; und
- die Ausgabe von Medikamenten und Arzneimitteln in Krankenhäusern oder ihr Verkauf in Apotheken.

Die Zahl der Apotheker am Ende des Kalenderjahres umfasst: Personen, die ein Studium der Pharmazie auf der Hochschulstufe abgeschlossenen (und ein entsprechendes Diplom erworben haben) haben und für die Tätigkeit als praktizierender Apotheker zugelassen sind; angestellte und selbständige Apotheker, die unabhängig vom Ort der Leistungserbringung Leistungen erbringen; und ausländische Apotheker mit einer Zulassung für die Tätigkeit als praktizierender Apotheker, die diese im Land aktiv ausüben. Nicht in diese Kategorie fallen Studenten der Pharmazie, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben, in Verwaltung und Forschung sowie auf anderen Stellen tätige Apotheker, die keinen unmittelbaren Kontakt mit Patienten (Kunden) haben, arbeitslose Apotheker und Apotheker im Ruhestand sowie außerhalb des Landes arbeitende Apotheker.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>), eingesehen am 27. Mai 2009

Absolventen in Medizin je 100 000 EW

Zahl der Studenten je 100 000 Einwohner, die in einem bestimmten Jahr ihr Studium an einer medizinischen Fakultät oder an ähnlichen medizinischen Einrichtungen abschließen. Berücksichtigt werden nur Personen, die die Berechtigung zur Ausübung der Tätigkeit als praktizierender Arzt erwerben. Zahnärzte, Apotheker und Absolventen von Fakultäten für Gesundheitswissenschaften werden nicht berücksichtigt.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Absolventen in Pflegewissenschaften je 100 000 EW

Siehe die vorstehenden Definitionen.

Absolventen in Zahnmedizin je 100 000 EW

Siehe die vorstehenden Definitionen.

Absolventen in Pharmazie je 100 000 EW

Siehe die vorstehenden Definitionen.

Tabelle 7

Krankenhäuser je 100 000 EW

Zahl der Krankenhäuser je 100 000 Einwohner. Ein Krankenhaus ist eine bauliche Anlage, die mit stationären Einrichtungen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung rund um die Uhr sowie zur Diagnose, Behandlung und Rehabilitation von Kranken und Verletzten, gewöhnlich sowohl durch ärztliche Leistungen als auch durch chirurgische Eingriffe, ausgestattet und mit ordnungsgemäß geschultem medizinischem Fachpersonal, darunter mindestens einem Arzt, besetzt ist. Das Krankenhaus kann auch ambulante Leistungen anbieten, muss es jedoch nicht. Der Begriff Krankenhäuser schließt allgemeine Krankenhäuser, Spezialkliniken, Krankenhäuser zur Akutversorgung und solche für Langzeitaufenthalte ein, nicht jedoch Heilbäder, Kureinrichtungen, Sanatorien, Pflegeheime für körperbehinderte und geistig behinderte Personen, Altenheime (d. h. Einrichtungen, die primär Versorgungspflege leisten), Tageszentren und Tageskliniken.

Uneinheitliche Interpretationen der Bedeutung des Begriffs „Pflegeheim“ sind eine Hauptquelle für Unterschiede zwischen den Ländern in Bezug auf den Inhalt von Daten

zu Krankenhäusern. Es wird empfohlen, nach Möglichkeit zwischen Einrichtungen, die primär pflegerische Versorgung leisten (Pflegekrankenhäuser), und solchen, die primär Versorgungspflege leisten (Pflegeheime), zu unterscheiden. Erstere sollten zu den Krankenhäusern gezählt werden, letztere nicht.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Ambulante Gesundheitseinrichtungen je 100 000 EW

Zahl der ambulanten Gesundheitseinrichtungen je 100 000 Einwohner einschließlich aller Gesundheitseinrichtungen, die ambulante Versorgung anbieten, wie ambulanter Krankenhausabteilungen, Polikliniken, Ambulanzen, medizinischer Zentren, Sanitätswachen usw., die mit mindestens einer Gesundheitsfachkraft (Arzt oder Pflegekraft) besetzt sind. Einrichtungen, die ausschließlich zahnärztliche Versorgung anbieten, sollten hier nicht berücksichtigt werden.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Krankenhausbetten je 100 000 EW

Zahl der Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner. 2006 wurde mit EUROSTAT und der OECD die folgende Definition abgestimmt: Die Gesamtzahl der Krankenhausbetten umfasst alle Krankenhausbetten, die regulär unterhalten werden und mit Personal ausgestattet sind und die unmittelbar für die Versorgung von eingewiesenen Patienten zur Verfügung stehen. Dies schließt ein: Betten in allen Krankenhäusern (einschließlich Allgemeinkrankenhäusern (HP.1.1 in der Klassifikation des Systems der Gesundheitskonten (System of Health Accounts – SHA), psychiatrischer Krankenhäuser und Suchtkliniken (HP.1.2) sowie anderer Spezialkrankenhäuser (HP.1.3)) und sowohl belegte als auch unbelegte Betten. Nicht einbezogen werden Operationstische, Rollliegen für die postoperative Betreuung, Krankentragen, Tagespflegebetten, Kinderbetten für gesunde Säuglinge, Betten in Stationen, die aus irgendeinem Grund geschlossen wurden, provisorische Betten und Kurzzeitpflegebetten sowie Betten in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für betreutes Wohnen.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Krankenhausbetten für medizinische Behandlung je 100 000 EW

Zahl der Krankenhausbetten für medizinische Behandlung je 100 000 Einwohner. 2006 wurde mit EUROSTAT und der OECD die folgende Definition abgestimmt: Betten in Krankenhäusern (HP.1) für die medizinische Behandlung (Akutversorgung) sind Krankenhausbetten, die für die kurative Versorgung (HC.1 in der SHA-Klassifikation, ohne Psychiatrie) zur Verfügung stehen. Diese Gruppe umfasst Betten für Patienten, wo sich die primäre klinische Intention auf mindestens eine der folgenden Aufgaben richtet: Geburtshilfe, Behandlung nicht psychischer Erkrankungen oder definitive Versorgung von Verletzungen, chirurgische Eingriffe, Behandlung von Symptomen von nicht psychiatrischen Erkrankungen oder Verletzungen (ohne Palliativbehandlung), Minderung der Schwere von nicht psychiatrischen Erkrankungen und Verletzungen, Schutz vor der Verschlimmerung bzw. Komplikation bei nicht psychiatrischen Erkrankungen oder Verletzungen, die lebensbedrohend sein oder die

normalen Körperfunktionen bedrohen könnten, sowie die Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Verfahren. Nicht berücksichtigt werden Betten, die für andere Aufgaben (wie psychiatrische Pflege, Rehabilitation, Langzeitversorgung und Palliativbehandlung) vorgesehen sind sowie Betten in psychiatrischen Krankenhäusern und Suchtkliniken (HP.1.2), für die Rehabilitation (HC.2) sowie für die Palliativbehandlung.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Krankenhausbetten für psychiatrische Pflege je 100 000 EW

Zahl der Krankenhausbetten für psychiatrische Pflege je 100 000 Einwohner. 2006 wurde mit EUROSTAT und der OECD die folgende Definition abgestimmt: Betten für psychiatrische Pflege in Krankenhäusern (HP.1) sind Krankenhausbetten für Patienten mit seelischen Problemen (Teil von HC.1 in der SHA-Klassifikation). Diese Gruppe umfasst alle Betten in psychiatrischen Kliniken und Suchtkliniken (HP.1.2) sowie in den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (HP.1.1) und Fachkliniken (die keine psychiatrischen Kliniken und Suchtkliniken sind) (HP.1.3). Nicht berücksichtigt werden Betten, die der nicht psychiatrischen medizinischen Behandlung (Teil von HC.1) oder der Langzeitpflege in Krankenhäusern (HC.3) zugeteilt sind, sowie Betten für die Rehabilitation (HC.2) und die Palliativbehandlung.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Betten in Pflege- und Altenheimen je 100 000 EW

Zahl der Betten je 100 000 Einwohner in Pflegeheimen für körperbehinderte oder geistig behinderte Personen, die für alltägliche Tätigkeiten kontinuierlich Unterstützung benötigen, und in Heimen für Ältere; d. h. in Einrichtungen, die primär Versorgungspflege leisten. Wenngleich Pflege- und Altenheime in vielen Ländern als unterschiedliche Arten von Einrichtungen eingestuft werden, erbringen sie weitgehend ähnliche Leistungen.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Betten in privaten stationären Krankenhäusern (in % aller Betten)

Prozentualer Anteil der stationären Betten, die sich nicht im Eigentum der Zentralregierung oder einer Gebietskörperschaft oder eines Sozialversicherungsträgers befinden, einschließlich kommerzieller und nicht kommerzieller privater Betten.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>), eingesehen am 27. Mai 2009).

Einweisungen in stationäre Behandlung je 100 EW

Zahl der Einweisungen je 100 Einwohner. Einweisung ist die Unterbringung eines Patienten in einer stationären Einrichtung für eine Verweildauer von gewöhnlich mindestens 24 Stunden. Im Sterbefall oder bei Verlegung in eine andere Gesundheitseinrichtung kann die Verweildauer weniger als 24 Stunden betragen. Diese Fälle werden als Stundenfälle registriert. Entlassung ist die Beendigung eines stationären Aufenthalts im Fall der Rückkehr des Patienten nach Hause, bei Verlegung in eine andere stationäre Einrichtung oder im Sterbefall.

Die Zahl der Einweisungen/Entlassungen schließt nicht ein: eine Verlegung in eine andere Abteilung desselben Krankenhauses, Stundenfälle innerhalb eines Tages, Wochenendurlaube (Patienten verlassen die Einrichtung vorübergehend; das Bett bleibt jedoch belegt) und Fälle, bei denen Krankenhauspersonal häusliche Behandlung leistet. Neugeborene werden nicht berücksichtigt.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Einweisungen in Akutkrankenhäuser je 100 EW

Wie oben, mit dem Unterschied, dass nur Krankenhäuser für Kurzlieger berücksichtigt werden.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 27. Mai 2009).

Investitionen in Gesundheit und Gesundheitssysteme sind zu Zeiten von Krisen wie der schweren Wirtschaftskrise und der Influenza-Pandemie H1N1/2009 besonders wichtig. Um diese Probleme angehen zu können, benötigen die Regierungen und politischen Entscheidungsträger aktuelle, akkurate, vergleichbare und leicht verständliche Informationen.

Welche Trends lassen sich hinsichtlich der Indikatoren für öffentliche Gesundheit in den letzten vier Jahren feststellen? Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit, und welche Herausforderungen stellen sich in Zukunft? Welchen Beitrag können die Gesundheitssysteme zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO leisten? Bei der Auseinandersetzung mit diesen Fragen schildert der vorliegende Bericht die weitreichenden Reformen der verschiedenen Länder zur Stärkung der vier zentralen Funktionen der Gesundheitssysteme: Leistungserbringung, Erschließung von Ressourcen, Finanzierung und Steuerung.

Mit seinen wesentlichen Informationen über den Schutz der öffentlichen Gesundheit trägt der Bericht zur Unterstützung der Länder bei der Wahl sinnvoller Instrumente bei. Er sollte eine erfolgreiche Umsetzung effektiver Reformen und Konzepte in den Gesundheitssystemen fördern und den Ländern bei der Verbesserung der Leistung ihrer Gesundheitssysteme im Sinne einer effizienten, patientenorientierten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung helfen. Im Anhang finden sich einige Daten, die für die Analyse herangezogen wurden.

Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

Mitgliedstaaten

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



Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa
 Scherfigsvej 8
 DK-2100 Kopenhagen Ø
 Dänemark
 Tel.: +45 39 17 17 17
 Fax: +45 39 17 18 18
 E-Mail: postmaster@euro.who.int
 Website: www.euro.who.int

