



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Vierundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 6.–9. September 2004

Punkt 8 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC54/8

15. Juni 2004

40211

ORIGINAL: ENGLISCH

**Zu einer Strategie für die Bekämpfung von nichtübertragbaren
Krankheiten in der Europäischen Region der WHO**

Nichtübertragbare Krankheiten machen weltweit die drückendste Krankheitslast aus, und in der Europäischen Region mehr als in irgendeiner anderen WHO-Region. Diese Krankheiten tragen enorm zu den in der Region bestehenden gesundheitlichen Chancenungleichheiten bei. Ihre Ursachen sind bekannt, es gibt wirksame Gegenmaßnahmen, die in vielen Ländern der Europäischen Region auch eingesetzt werden. Hier verbirgt sich ein gewaltiges Potenzial für ein Mehr an Gesundheit, doch bisher verteilt sich der Nutzen solcher Maßnahmen innerhalb der Länder und im Ländervergleich sehr unterschiedlich. In den letzten Jahren wurde sowohl in der Europäischen Region wie weltweit eine Reihe wichtiger Initiativen ergriffen, um das Problembewusstsein zu wecken, die politischen Entscheidungsträger zu beeinflussen und die Mitgliedstaaten zum Handeln zu verpflichten. Die Bekämpfung der den nichtübertragbaren Krankheiten zugrunde liegenden Risikofaktoren hat in den letzten Jahren auf der politischen Tagesordnung zwar einen höheren Stellenwert erhalten, aber es fehlt immer noch an einem umfassenden Konzept für die Verhütung und Bekämpfung dieser Krankheiten.

Der vorliegende Bericht liefert einen Lageüberblick, verweist auf das bisher Erreichte, unterstreicht aber zugleich einen wichtigen Handlungsbedarf. Er legt dar, vor welchen Herausforderungen man hier steht, zeigt auf, welche Probleme zunehmend erkannt werden, und tritt für eine konkrete Strategie zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region ein, die dem Regionalkomitee im Jahr 2006 unterbreitet werden soll.

Dem Papier ist ein Resolutionsentwurf zur Behandlung durch das Regionalkomitee beigelegt.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Einleitung	1
Gewicht des Problems.....	1
Zweck des Papiers.....	1
Neuere Trends in der Europäischen Region der WHO	2
Das derzeitige Problem	2
Prognosen.....	3
Hauptstrategien und Handlungsschwerpunkte	5
Maßnahmen.....	5
Handlungsgrundsätze	6
Herausforderungen	7
Versorgungssysteme	7
Armut und Chancenungleichheit.....	7
Wissenslücken.....	8
Die politische Agenda	8
Marktkräfte.....	8
Das Gleichgewicht wahren	9
Handlungsgrundlagen	9
Eine europäische Strategie für nichtübertragbare Krankheiten.....	11
Literatur	12

Einleitung

Gewicht des Problems

1. Nichtübertragbare Krankheiten stellen weltweit jetzt und auch in absehbarer Zukunft noch ein erhebliches gesundheitliches Problem dar. Im Jahr 2002 waren sie schätzungsweise für 59% der Sterbefälle und für 47% der globalen Krankheitslast verantwortlich.¹ (1) Diese Krankheiten belasten die Gesundheit der Menschen, aber auch die Gesundheitssysteme immer stärker und gefährden die wirtschaftliche und soziale Entwicklung. Die Europäische Region ist dabei von allen WHO-Regionen am stärksten betroffen.

2. Man weiß inzwischen zwar viel über die Ursachen von nichtübertragbaren Krankheiten und über wirksame Gegenmaßnahmen, es bleibt jedoch noch viel zu tun, wenn man sicherstellen will, dass dieses Wissen auch in die Praxis umgesetzt wird, dass alle Teile der Gesellschaft davon profitieren und dieses Wissen der gesamten Region zugute kommt. Das ist nicht nur eine Frage von gesunden Lebensweisen und persönlicher Verantwortung. Die Lösung des Problems setzt politisches Engagement und auf allen Regierungsebenen eine klare, auf die Schaffung stützender Lebensumfelder ausgerichtete Politik voraus.

Zweck des Papiers

3. Im Anschluss an eine WHO-Expertenkonsultation vom Mai 2002 schlug der Regionaldirektor bei der darauf folgenden Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa vor, das Programm für nichtübertragbare Krankheiten des Regionalbüros für Europa (EURO) auszubauen, um dessen Kapazität der durch diese Krankheiten bewirkten Belastung anzupassen und in Rücksprache mit den Mitgliedstaaten eine Strategie für die Europäische Region aufzustellen. Diese Arbeit sollte im Rahmen der globalen Strategie für die Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten angesiedelt sein, und als Zeithorizont für die Berichterstattung wurde 2004 vorgeschlagen. Der mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) im November 2003 vereinbarte Zeitplan sah vor, dass das Regionalkomitee im Jahr 2004 ein Grundsatzpapier erörtern würde, dem sich im Jahr 2006 ein Strategieentwurf für die Europäische Region anschließen sollte. Dies würde im Zeitraum 2004–2006 eine ausgedehnte Konsultationsrunde mit den Mitgliedstaaten ermöglichen, was wichtig sei, um die Transparenz und Nachhaltigkeit der Strategie zu sichern. Außerdem würde man so in der Zwischenzeit die Ergebnisse der einschlägigen ministeriellen Konferenzen und der Aktionspläne der Region gebührend berücksichtigen können.

4. Das vorliegende Papier soll einen Lageüberblick bieten, die verbleibenden Herausforderungen hervorheben und die Begründung sowie das Konzept für eine Strategie zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region liefern. Es soll die Diskussion zu den wichtigsten Problemkomplexen anregen und die Mitgliedstaaten dazu bringen, die Ausrichtung der künftigen Arbeit in der Europäischen Region abzustecken. Das Papier ist das Ergebnis eines Prozesses, in dessen Verlauf drei Tagungen mit Mitarbeitern aus dem gesamten Regionalbüro stattfanden, die Manager von 15 einschlägigen WHO-Programmen interviewt wurden und eine externe Sachverständigentagung mit Mitgliedern des SCRC und Mitarbeitern der Europäischen Kommission und des WHO-Hauptbüros abgehalten wurde. Der Prozess sollte über die vorliegenden Forschungserkenntnisse hinaus gehen, weshalb bewusst Experten, Hochschulvertreter, Politikberater und für die Politikgestaltung Verantwortliche hinzugezogen wurden. Die Gruppe der mit dem Integrierten Länderprogramm zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) zusammenarbeitenden Experten hatte im November 2003 für den Regionaldirektor einen Vorschlag erarbeitet, der in dem Prozess als Hintergrundpapier diente, und bei Bedarf wurde anderes veröffentlichtes Material gesichtet.

5. Zu Beginn sollte angemerkt werden, dass die beiden Begriffe „nichtübertragbare Krankheiten“ und „chronische Krankheiten“ zwar häufig als austauschbar gelten, dass sie sich jedoch in ihrer Bestimmung, ihrer Reichweite und in ihren Implikationen unterscheiden. Chronische Krankheiten sind gesundheitliche

¹ Gemessen in behinderungsbereinigten Lebensjahren (DALYs)

Probleme, die eine jahre- oder jahrzehntelange Handhabung erfordern; sie können neben nichtübertragbaren Krankheiten auch Krankheiten mit infektiöser Ätiologie, doch mit anhaltendem, also chronischem Charakter umfassen. Einige nichtübertragbare Krankheiten können chronisch verlaufen und damit zu chronischen Leiden werden, das ist jedoch nicht bei allen der Fall. Das vorliegende Papier berücksichtigt die Unterschiede, konzentriert sich jedoch in erster Linie auf nichtübertragbare Krankheiten, weil dies dem Sekretariat ursprünglich so aufgetragen wurde. Entscheidungen zu terminologischen Fragen und zur Reichweite der Strategie müssen nach den Erörterungen des Regionalkomitees und anhand der vom Regionalkomitee vorgegebenen Ausrichtung getroffen werden. Das WHO-Hauptbüro hat allerdings inzwischen beschlossen, statt des Begriffs „nichtübertragbare Krankheiten“ eher „chronische Krankheiten“ zu benutzen.

Neuere Trends in der Europäischen Region der WHO

Das derzeitige Problem

6. Im Jahr 2002 ließen sich schätzungsweise 86% aller Sterbefälle und 77% der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO auf nichtübertragbare Krankheiten zurückführen, und diese Zahlen steigen. Bei der Sterblichkeit² führten 2002 in Europa die Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, Störungen des Atemwegs- und -verdauungssystems und neuropsychiatrische Störungen. Die Krankheitslast setzte sich Schätzungen zufolge hauptsächlich aus Herz-Kreislaufkrankheiten (23%) und neuropsychiatrischen Störungen (20%) zusammen, verschiedene Krebsformen trugen zur Morbidität mit 11% bei.

7. Herz-Kreislaufferkrankungen (Herzkrankheiten und Schlaganfälle) verursachten 2002 in der Europäischen Region über die Hälfte aller Sterbefälle. In den letzten dreißig Jahren ist die auf Herz-Kreislaufferkrankungen zurückzuführende Sterblichkeit (in allen Altersgruppen) in den industrialisierten Staaten Westeuropas und in einigen neuen Ländern der Europäischen Union (EU) ständig zurückgegangen. In den neuen unabhängigen Staaten (NUS) war dagegen ein allgemeiner Anstieg der Sterblichkeit zu beobachten, die um 1994 einen Höchststand erreichte. Im Jahr 2000 lag die durchschnittliche Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislaufferkrankungen bei allen Altersgruppen in den NUS dreimal über derjenigen in der EU. Krebs war im Jahr 2002 in der Europäischen Region für rund 20% aller Sterbefälle verantwortlich, wobei Luftröhren-, Bronchial- und Lungenkrebs die Hauptursache bildeten.

8. Die meisten Ressourcen des Gesundheitswesens fließen in die Behandlung von chronischen Leiden. In der Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses sind etwa 80% der behandelten Krankheiten chronischer Art. In den Niederlanden wurden nach Schätzungen in einem Jahr 23,2% aller Ausgaben des Gesundheitswesens für die Behandlung von psychischen Störungen aufgewendet. In Schweden entfielen im Jahr 1998 6% der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung auf die Behandlung des Diabetes vom Typ II und die Vorhersage für Tadschikistan lautet, dass die Diabetesbehandlung im Jahr 2025 zwischen 10,7% und 19,3% der staatlichen Gesamtausgaben für den Gesundheitsbereich verschlingen wird. Anfang der 90er Jahre veranschlagte das Bundesgesundheitsministerium in Deutschland die Gesamtkosten der ernährungsbedingten Krankheiten im Land auf etwa 83,5 Milliarden DM, was 30% der gesamten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung entsprach, wobei die Herz-Kreislaufferkrankungen der größte Einzelkostenfaktor waren (sie machten 12% der Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung in Deutschland aus).

9. Die wirtschaftlichen Auswirkungen von nichtübertragbaren Krankheiten reichen jedoch über die dem Gesundheitswesen dadurch entstehenden Kosten hinaus. Ein erheblicher Anteil der Gesamtkosten der Versorgung lastet auf den Patienten und deren Familien. Die in Produktivitätsverlusten gemessenen indirekten Kosten entsprechen in einigen Fällen den direkten oder liegen sogar noch darüber. In Schweden verteilten sich die durch Diabetes mellitus entstandenen Kosten nach Schätzungen mit 28% auf die Gesundheitsversorgung, 31% waren von den kommunalen Kassen und Familienangehörigen aufzubringen und 41% entstanden durch Produktivitätseinbußen. Im Vereinigten Königreich beliefen sich die

² Geordnet nach dem Anteil an allen krankheitsbedingten Sterbefällen

jährlichen Gesamtkosten von koronaren Herzkrankheiten 1999 schätzungsweise auf 7,06 Milliarden £, von denen nur 25% in der Gesundheitsversorgung anfielen. Der Rest kam durch die Ausgaben für Laienbetreuung und Produktivitätsverluste zustande, wobei etwa drei Viertel der Produktivitätseinbußen eher auf Morbidität als auf Sterblichkeit zurückgingen.

10. Nichtübertragbare Krankheiten werden häufig nicht ausreichend diagnostiziert und behandelt. In Schottland und andernorts wurde festgestellt, dass die Hälfte der Fälle von Bluthochdruck nicht erkannt wurde, von den erkannten Fällen wurde wiederum die Hälfte nicht behandelt und nur die Hälfte der tatsächlich behandelten Patienten wurde kontrolliert. Diese „Hälftenregel“ mag in den letzten Jahren in einigen Industrieländern im Hinblick auf die Erkennung und Behandlung von Bluthochdruck etwas von ihrer Gültigkeit eingebüßt haben, für andere chronische Erkrankungen gilt sie aber immer noch, was vermuten lässt, dass die tatsächliche wirtschaftliche Belastung sogar noch höher sein könnte, als die oben angeführten Zahlen erkennen lassen. Im Vereinigten Königreich könnte eine optimierte Praxis in den vier Krankheitsfeldern koronare Herzkrankheit, Nierenerkrankung, psychische Gesundheit und Diabetes die Behandlung dieser Krankheiten wahrscheinlich um schätzungsweise 5% bis 9% pro Jahr verteuern.

Prognosen

11. Schreibt man die derzeitigen Trends fort, dann erhöht sich die durch nichtübertragbare Krankheiten anfallende Belastung bis zum Jahr 2020 weltweit auf 73% aller Sterbefälle und 60% der Morbidität. Risikofaktoren können als Indikatoren des künftigen Gesundheitszustands dienen, wobei die Abschätzung der durch Risikofaktoren bewirkten gesundheitlichen Belastung das Präventionspotenzial verdeutlicht, während man mit Daten zu Krankheiten und deren Resultat das Schwergewicht tendenziell auf den Bedarf an kurativen und palliativen Diensten legt. Risikofaktoren akkumulieren sich im Laufe des Lebens von der vorgeburtlichen Phase bis ins Erwachsenenleben hinein, weshalb die künftige, durch chronische Krankheiten entstehende Belastung die Risikofaktorenansammlung eines ganzen Lebens widerspiegelt.

12. Für das Gros der auf nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführenden Krankheitslast sind nur einige, dafür jedoch verbreitete Risikofaktoren verantwortlich. In Industrieländern (einschließlich in ganz Europa) tragen vor allem sieben Risikofaktoren zu der durch nichtübertragbare Krankheiten bewirkten Belastung bei, und zwar Tabakgebrauch, Alkoholmissbrauch, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Übergewicht, geringe Nahrungszufuhr an Obst und Gemüse und Bewegungsarmut. In Industrieländern lässt sich über die Hälfte der durch die fünf wichtigsten Leiden (ischämische Herzkrankheit, Herzkreislaufkrankungen, durch Alkoholmissbrauch bedingte Störungen, chronische obstruktive Lungenerkrankung und Luftröhren-/Bronchial-/Lungenkrebs) bewirkten Belastung auf nur vier Risikofaktoren zurückführen, nämlich Tabakgebrauch, Alkoholmissbrauch, Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte. Die für die Entstehung von nichtübertragbaren Krankheiten wichtigen Risikofaktoren Tabakgebrauch, Fehlernährung und Bewegungsarmut (die sich in ungünstigen Fettwerten, einem hohen Körpermassenindex und Bluthochdruck äußern) erklären mindestens 75% bis 85% der neuen Fälle von koronarer Herzkrankheit.

13. Der Tabakkonsum ist in Industrieländern nach Schätzungen für 12,2% der gesamten Krankheitslast verantwortlich. Rund 30% der europäischen Erwachsenenbevölkerung sind Raucher, wobei die Prävalenz allerdings je nach Land, Geschlecht und sozioökonomischer Gruppierung schwankt. Die Raucherepidemie breitet sich in Ländern mit hohem Volkseinkommen unter den Frauen aus und nimmt auch unter Männern in Ländern mit niedrigem Volkseinkommen insgesamt leicht zu, wobei arme Männer wahrscheinlicher zu Rauchern werden als reiche. Die Raucherziffer unter Schulkindern steigt in einigen europäischen Ländern und fällt in anderen, wobei sich ein breites geografisches Spektrum geschlechtsspezifischer Unterschiede abzeichnet.⁽²⁾ In den baltischen Ländern und in der Tschechischen Republik hat die Rate der täglichen Raucher unter den 15-jährigen Jungen und/oder Mädchen in den letzten vier Jahren beispielsweise bis zu 12% zugenommen, während sich die Rate der täglichen Raucher unter den 15-Jährigen in den meisten westeuropäischen Ländern stabilisiert hat oder mit unter 5% leicht rückläufig war. Der Anteil der rauchenden Mädchen vergrößert sich, unter den 15-Jährigen rauchen in vielen nord- und westeuropäischen Ländern mittlerweile mehr Mädchen als Jungen.

14. Der Alkoholkonsum löst vor allem wegen seiner gesundheitsschädlichen Auswirkungen Besorgnis aus, obgleich einiges dafür spricht, dass ein maßvoller, nicht auf eine kurze Zeitspanne konzentrierter Alkoholkonsum das Risiko der koronaren Herzerkrankung bei Personen der mittleren und älteren Altersgruppen etwas herabsetzt. Alkoholerzeugnisse sind in Industrieländern schätzungsweise für 9,2% der gesamten Krankheitslast verantwortlich. Ein hoher Alkoholkonsum stellt auch eine soziale Belastung dar. In Mitteleuropa hat der Alkohol schätzungsweise Anteil an 50% bis 75% der Ertrinkungsunfälle, der nicht vorsätzlichen Verletzungen, Tötungsdelikte und Kraftfahrzeugunfälle. Insgesamt weist die Europäische Region den weltweit höchsten Alkoholkonsum auf, und die Zahl der Länder mit hohem Alkoholverbrauch (über 10 Liter pro Person und Jahr) nimmt zu. Ein erheblicher Anstieg des Alkoholkonsums wurde zwischen 1988 und 1998 aus der Russischen Föderation, aus Weißrussland, Irland, Lettland und der Tschechischen Republik gemeldet, wobei der Pro-Kopf-Verbrauch in einigen Ländern, wie z. B. in Frankreich, aber auch zurückgegangen ist. Die Rate der alkoholbedingten Morbidität und Mortalität ist in allen Ländern der Europäischen Region für Männer höher als für Frauen; selbst unter Schulkindern trinken Jungen eher regelmäßig Alkohol als Mädchen und betrinken sich auch häufiger.

15. Bewegungsarmut ist in den Industrieländern schätzungsweise für 3,3% der gesamten Krankheitslast verantwortlich. Unter Schulkindern verteilen sich die Aktivitätsmuster je nach Geografie, Geschlecht und Altersgruppe ganz unterschiedlich. In allen Ländern sind Jungen körperlich aktiver als Mädchen, wobei die Häufigkeit der körperlichen Aktivität mit zunehmendem Alter abnimmt, was wiederum bei Mädchen deutlicher zutage tritt als bei Jungen. In England, Irland, Litauen und Österreich bewegen sich die Kinder mehr, in Belgien (Flämische Gemeinschaft), Frankreich, Italien und Portugal weniger, wobei sich für die Erwachsenen ein ähnliches Bild ergibt. Über 30% der Erwachsenen der Europäischen Region sind in ihrem Alltag nicht ausreichend körperlich aktiv und das physische Aktivitätsniveau sinkt.

16. Die Ernährung trägt in unterschiedlichster Weise zur Entstehung von nichtübertragbaren Krankheiten bei, nämlich durch überhöhten Salz-, Zucker- und Fettkonsum sowie durch den geringen Verzehr von Obst und Gemüse. Letzterer ist nach Schätzungen in Industrieländern für 3,9% der gesamten Krankheitslast verantwortlich. Eine Folge des Wirtschaftswachstums, das mit steigendem Einkommen, fallenden Preisen und einer verbesserten Zugänglichkeit von Lebensmitteln einhergeht, war die Umstellung auf eine Ernährung mit höherem Anteil an gesättigten Fettsäuren, Zucker und Salz. Kein Mitgliedstaat der Region hat die von der WHO empfohlenen Ernährungsziele voll erreicht, Griechenland, Portugal und Spanien kommen dem für die Fettzufuhr aufgestellten Ziel jedoch nahe. Ein hoher Konsum an Süßigkeiten und Limonadetränken ist unter Jugendlichen üblich, etwa ein Drittel der Jungen und ein Viertel der Mädchen nehmen täglich zuckerhaltige Getränke zu sich. Nur 30% der Jungen und 37% der Mädchen geben an, täglich Obst zu essen, wobei der Verzehr in Israel am höchsten und in Estland am niedrigsten ist, und weniger als 50% der Jugendlichen essen täglich Gemüse. In fast allen Ländern geht der Anteil der Jugendlichen, die täglich Obst und Gemüse zu sich nehmen, mit zunehmendem Alter zurück, hier wiederum stärker bei Jungen.

17. Die Fettsucht ist in Europa auf dem Vormarsch und entwickelt sich bei Kindern zu einem erheblichen Problem. In den meisten europäischen Ländern ist über die Hälfte der Bevölkerung übergewichtig, 20% bis 30% der Erwachsenen sind klinisch als fettsüchtig einzustufen. In Deutschland, in Finnland und im Vereinigten Königreich ist jeder fünfte Erwachsene fettleibig, in den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOE) und in den GUS liegen die Ziffern sogar noch höher. Die Prävalenz der Fettleibigkeit hat unter Kindern in der Europäischen Region rapide zugenommen, in einigen Regionen sind bis zu 27% davon betroffen. Achtzig Prozent der Diabetesprävalenz lassen sich der Fettsucht zuschreiben.

18. Diesen verbreiteten Risikofaktoren liegen wirtschaftliche, soziale, geschlechtsspezifische, politische, verhaltens- und umweltbedingte Determinanten zugrunde. Risikofaktoren und andere Determinanten von Gesundheit sind in ihren Krankheitszusammenhängen komplex miteinander verwoben.⁽³⁾ Ein riskanter und gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum und der Tabakkonsum sind eng mit Markern für soziale und wirtschaftliche Benachteiligung assoziiert. Die Angehörigen der niedrigen Einkommenschichten sind am wenigsten imstande, gut zu essen und haben nur schlechten Zugang zu frischen Lebensmitteln. Soziale und psychologische Umstände können langfristig Stress verursachen, was die Menschen für Depressionen und Herz-Kreislaufkrankungen anfälliger macht. Soziale Isolierung und

Ausgrenzung stehen in Zusammenhang mit einer erhöhten Frühsterblichkeit und schlechteren Überlebenschancen nach einem Herzanfall. Eine nur in geringem Maße selbstbestimmte Arbeitssituation hängt eng mit dem erhöhten Risiko für Kreuzschmerzen, Krankenfehltag und Herz-Kreislaufkrankungen zusammen. Die unteren sozioökonomischen Gruppierungen laufen im Vergleich zu den Angehörigen der hohen sozioökonomischen Gruppen mindestens das doppelte Risiko, schwer zu erkranken und frühzeitig zu sterben. Aus vielen Ländern werden sozioökonomisch bedingte Unterschiede hinsichtlich der Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten und der ihnen zugrunde liegenden Risikofaktoren gemeldet. In Westeuropa zeichnet sich ein deutliches Nord-Südgefälle ab, wobei die relativen und absoluten Ungleichheiten im Norden größer sind als im Süden.(4) Ein Abbau des sozioökonomischen Gefälles eröffnet große Möglichkeiten, wenn es darum geht, die Mortalität aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen und anderen nichtübertragbaren Krankheiten zu verringern.

Hauptstrategien und Handlungsschwerpunkte

Maßnahmen

19. Es gibt bereits wirksame Maßnahmen, mit denen sich nichtübertragbare Krankheiten verhüten und behandeln und die Auswirkungen von Krankheiten und der durch sie bewirkten Behinderungen verringern lassen. Eine Umsetzung dieses Wissens in die Praxis würde bedeuten, dass man den Menschen das ganze Leben hindurch Verhütungs- und Behandlungsmöglichkeiten und ein langfristiges Konzept für die Handhabung von Krankheiten anbieten müsste.

20. Man weiß bereits viel darüber, wie sich Risiken wirksam mindern lassen, und die Vertreter des Gesundheitswesens sind sich mit der internationalen Wissenschaftlergemeinschaft über die dafür bestehenden Möglichkeiten auch grundlegend einig. Beispielsweise ist klar, dass die wirksamste Einzelmaßnahme zur Steuerung des Tabakkonsums darin besteht, die Besteuerung aller Tabakerzeugnisse anzuheben. Mit einem Preisanstieg von 10% für eine Packung Zigaretten würde der Konsum in Ländern mit hohem Volkseinkommen voraussichtlich um etwa 4% zurückgehen, in Ländern mit mittlerem und niedrigem Volkseinkommen wären es rund 8%. Europa besitzt bereits einen reichen Erfahrungsschatz hinsichtlich der Maßnahmen zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, wobei einige Länder eine Vorreiterrolle übernommen haben. In Finnland gelang es mit dem Nordkarelienprojekt, die Mortalität aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten im Laufe von 25 Jahren durch bevölkerungsbezogene, eine gesündere Ernährung propagierende Maßnahmen, die von einer nationalen Politik zur Bekämpfung der Risikofaktoren flankiert wurden, um 73% zu senken. In Polen führte eine veränderte Fettzusammensetzung der Ernährung dazu, dass die Sterblichkeit aufgrund von Herzkrankheiten um 20% zurückging.

21. Prävention ist ein langfristiges Unternehmen, auf kurze Sicht lassen sich jedoch schon bei der Behandlung von Risikopatienten echte Erfolge erzielen, z. B. von Patienten mit erkannter koronarer Herzkrankheit oder von symptomfreien, krankheitsgefährdeten Personen. Medikamente wie Betablocker, Aspirin und lipidsenkende Substanzen können das Risiko der kardiovaskulären Morbidität und Sterblichkeit höchst wirksam senken.(5) Sofortfolge lassen sich mit Präventionsmaßnahmen erzielen, wenn man die durch neue oder aufeinander folgende Anfälle gefährdeten Personen ermittelt und gezielt behandelt.

22. Man hat auch wirksame Ansätze für das Management von chronischen Krankheiten ermittelt.(6) Mit der Einführung evidenzbasierter Instrumente lässt sich die Qualität der Handhabung einer ganzen Reihe von chronischen Herzproblemen verbessern. Mit Krankheitsmanagementprogrammen kann man die Qualität der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten verbessern, was sich anhand von Leistungsindikatoren messen lässt. Wirksame Strategien gibt es auch für die Verringerung des Ausmaßes der mit einer bestehenden Störung oder Krankheit verbundenen Behinderung. Bei Krebspatienten tragen einfache Maßnahmen wie beispielsweise Schmerzlinderung, sensible Kommunikation und eine gut koordinierte Betreuung effektiv dazu bei, Symptome abzuschwächen und Leiden zu mindern.(7)

23. Interventionen sind das gesamte Leben hindurch sinnvoll. Die Grundlagen der Gesundheit des Erwachsenen werden bereits in der frühen Kindheit und sogar noch vor der Geburt gelegt. Belastende

Lebensumstände einer Schwangeren können die Entwicklung des Feten beeinträchtigen, was im Leben des Kindes später ein gesundheitliches Risiko darstellt (z. B. ist zu niedriges Geburtsgewicht mit einem erhöhten Diabetesrisiko verbunden). Gute gesundheitsförderliche Gewohnheiten werden bereits in der Kindheit eingeschliffen. Die Übernahme gesunder Lebensweisen im späteren Alter kann Krankheiten und funktionalen Verfall verhindern, die Lebensdauer verlängern und die Lebensqualität verbessern. Untersuchungen in den Niederlanden haben gezeigt, dass die Sterblichkeitsziffer älterer Männer sinkt, je mehr sie körperlich aktiv sind, bei dem aktivsten Drittel der Älteren ist die Sterblichkeit halbiert.

24. Eine Maßnahmenbündelung kann sich sowohl gegenüber individuellen wie allgemein verbreiteten Risikofaktoren als wirksamer erweisen. Nachweislich lässt sich sowohl der Tabak- wie der Alkoholkonsum am ehesten steuern, wenn man individuelle Risikofaktoren systematisch von mehreren Seiten angeht. Die Erkenntnis, dass bei allen wichtigen nichtübertragbaren Krankheiten eine geringe Zahl von immer gleichen Risikofaktoren eine Rolle spielt, führt zu einem integrierten Präventionskonzept. Wenn man bevölkerungsbezogene Strategien zur Senkung des Cholesterinspiegels mit Maßnahmen kombiniert, die den Salzverbrauch der Bevölkerung verringern, kann man Bluthochdruck und hohe Cholesterinwerte sehr kostenwirksam senken. Ebenfalls kostenwirksam sind Maßnahmen, die sich gleichzeitig an die gesamte Bevölkerung und an den krankheitsgefährdeten Einzelnen richten. Es gibt beispielsweise positive Auswertungen von bevölkerungsbezogenen Maßnahmen, die darauf abzielen, die Salzzufuhr und den Cholesterinspiegel zu senken und den Körpermassenindex zu verringern und die beim Management von Herz-Kreislaufkrankheiten zugleich mit einem am absoluten Risiko orientierten Vorgehen verbunden werden. In den Ländern der gesamten Europäischen Region finden sich bereits zahlreiche Beispiele für die erfolgreiche Umsetzung eines integrierten Konzepts.

Handlungsgrundsätze

25. Zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit muss stärkeres Gewicht auf die Verhütung der tatsächlichen Ursachen wichtiger Krankheiten sowie auf die Behandlung der eigentlichen Krankheit gelegt werden. Das Ziel ist ein hochkarätiges Gesundheitswesen, kombiniert mit erfolgreichen, auf die Gesundheit der Bevölkerung ausgerichteten Maßnahmen. Der Staat muss mehr in die Risikoprävention investieren, um wesentlich zur Vermeidung künftiger Sterbefälle beizutragen. Vorrang sollte dabei die Bekämpfung von bekannten, häufig vorkommenden, erheblichen und weit verbreiteten Risiken haben, für die wirksame und akzeptable Strategien zur Risikominderung vorliegen.

26. Entscheidungsträger sollten den Einsatz der evidenzbasierten Maßnahmen in Erwägung ziehen, die mit den verfügbaren Ressourcen den wahrscheinlich größten Zugewinn an Gesundheit abwerfen, wobei sie beurteilen müssen, welche Interventionen unter ihren konkreten Bedingungen durchführbar sind. Erhebliche gesundheitliche Zugewinne lassen sich bereits mit relativ mäßigen Ausgaben für Interventionen erzielen, wobei einige Schritte (z. B. höhere Tabaksteuern und Maßnahmen zur Verringerung des Salzgehalts und des Anteils anderer ungesunder Elemente in Lebensmitteln) selbst für die ärmeren Länder machbar sein sollten. Wenn man heute nachhaltig und entschlossen gegen die relativ wenigen großen gesundheitlichen Risikofaktoren vorgeht, wird dies innerhalb von zehn Jahren wahrscheinlich zu einem großen Zugewinn an Gesundheit führen, wobei arme und reiche Länder davon potenziell gleichermaßen profitieren.

27. Für alle Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten gilt, dass dem Handlungskonzept bestimmte Prinzipien zugrunde liegen: Im Zentrum steht die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten, die Aufmerksamkeit muss den gesellschaftlich Schwächsten gelten, die Maßnahmen müssen unter einer Gesamtlebensperspektive getroffen werden, der Bürger ist in die Entscheidungsfindung einzubeziehen, der Patient steht im Mittelpunkt der Betreuung, die Gesundheitsdienste auf Primärebene und in der Gemeinde sind optimal zu nutzen, alle gesellschaftlichen Bereiche müssen mobilisiert und alle Regierungsebenen in die Arbeit eingebunden werden, das Potenzial des Umfelds, in dem die Menschen lernen, leben, arbeiten und spielen, muss ausgeschöpft werden und Konzepte für die Bekämpfung spezifischer nichtübertragbarer Krankheiten sind in breitere, umfassende Public-Health-Maßnahmen zu integrieren.

Herausforderungen

Versorgungssysteme

28. Viele nichtübertragbare Krankheiten entwickeln sich chronisch und über das ganze Leben hinweg und die Patienten (und ihre Familien) brauchen Hilfe, um über längere Zeiträume hinweg mit komplexen, multiplen Leiden zurechtzukommen. Damit ergeben sich u. U. bestimmte Anforderungen an das Gesundheitsversorgungssystem, das eigentlich für die episodische Akutversorgung gedacht war, weshalb schwerwiegende Mängel bestehen können. Viele chronische Krankheiten werden nicht ausreichend erkannt und behandelt und die Patienten, die von Früherkennungsmaßnahmen oder einer medikamentösen Behandlung profitieren könnten, erhalten häufig nicht die von ihnen benötigte Unterstützung. In Industrieländern halten Patienten mit chronischen Leiden Langzeittherapien und eine medikamentöse Behandlung im Schnitt nur zu 50% durch.⁽⁸⁾ In einigen Ländern erreichen unter 25% der wegen Bluthochdruck behandelten Patienten optimale Blutdruckwerte und nur 28% der in Behandlung befindlichen Diabetespatienten bekommen ihren Zuckerspiegel in den Griff.

29. Für die verschiedenen chronischen Leiden braucht man gemeinsame Strategien. Patienten mit chronischen Leiden kommen besser zurecht, wenn sie wirksam in einem integrierten System mit multidisziplinären Teams behandelt werden, das ihnen auch Unterstützung für die Selbstbetreuung und regelmäßige Nachuntersuchungen bietet. Dafür ist ein Paradigmenwechsel vom medizinischen, kurativen Modell der Gesundheitsversorgung zu einem koordinierten, umfassenden Versorgungssystem erforderlich. Das Management der chronischen Krankheit sollte in erster Linie beim Patienten liegen, der dabei von der Gesundheitsfachkraft angeleitet wird. Die Teams der Gesundheitsversorgung müssen so strukturiert sein, dass die Maßnahmen zwischen den Leistungserbringern und den unterschiedlichen Settings koordiniert werden. Ärzte, Pflegende und andere Gesundheitsfachkräfte müssen den Anforderungen entsprechend geschult werden und für ihre Tätigkeit die erforderlichen praktischen Fähigkeiten mitbringen, was Konsequenzen für die Grundausbildung, die Weiter- und Fortbildung hat.

Armut und Chancenungleichheit

30. Die Last der nichtübertragbaren Krankheiten verteilt sich gesellschaftlich ungleichmäßig. Die Armen sind davon überdurchschnittlich stärker betroffen: Sie sind anfälliger für nichtübertragbare Krankheiten, die sie noch tiefer in die Armutsfalle tappen lassen. Unter Umständen sind ihnen die Gesundheitsdienste auch schwerer zugänglich.⁽⁹⁾ Die Last der nichtübertragbaren Krankheiten verteilt sich aber auch in der Europäischen Region ganz unterschiedlich. In den mittel- und osteuropäischen Ländern ergibt sich bei der Sterblichkeit aufgrund aller chronischen Krankheiten ein drastisch jüngeres Altersprofil als in den fünfzehn, vor dem 1. Mai 2004 der EU angehörenden Ländern. Der vorzeitige Tod des Hauptverdieners einer Familie oder eines Facharbeiters wirkt sich möglicherweise nicht nur auf das Einkommen des einzelnen Haushalts, sondern auch auf die wirtschaftliche Lage eines ganzen Landes aus.

31. Die in Ländern mit niedrigem Volkseinkommen für die Gesundheitsversorgung aufgebrauchten Mittel reichen nicht aus, um sich den gesundheitlichen Herausforderungen stellen zu können, denen sich diese Länder gegenüber sehen. In der Europäischen Region der WHO haben acht Länder ein Bruttoinlandsprodukt (BIP) von unter 750 US-\$ pro Kopf der Bevölkerung. In diesen Ländern bewegen sich die Pro-Kopf-Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung zwischen 11 US-\$ und 54 US-\$ und einen wesentlichen und höchst wahrscheinlich wachsenden Anteil davon müssen die Patienten aus eigener Tasche bezahlen. Das Gesundheitswesen dieser Länder ist für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten nicht gerüstet. Außerdem liegt auf einigen Teilen der Europäischen Region eine „doppelte Krankheitslast“, dort gesellt sich die zunehmende, durch nichtübertragbare Krankheiten verursachte Belastung zu der anhaltenden Gefahr übertragbarer Krankheiten. Gesundheitssysteme müssen umfassend gegen alle verbreiteten Krankheiten vorgehen können, ungeachtet ihres Ursprungs. Deshalb müssen die Investitionen aufgestockt werden, damit das Gesundheitswesen imstande ist, die Herausforderungen zu bewältigen.

Wissenslücken

32. Über die nichtübertragbaren Krankheiten herrschen einige allgemein verbreitete irrige Annahmen: Sie seien „Wohlstandskrankheiten“, schwer zu behandeln, eine natürliche Folge des Alterns und anderer degenerativer Prozesse, Vorbeugemaßnahmen würden erst nach langer Zeit greifen, es sei unmöglich, Lebens- und Verhaltensweisen zu ändern. Missverständnisse wie diese herrschen nicht nur in der Bevölkerung, sondern stecken zuweilen auch in den Köpfen von Entscheidungsträgern. Deshalb braucht man klare Kommunikation, zugängliche Informationen, Gesundheitserziehung und Transparenz, damit die Bevölkerung gut informiert ist.

33. Wir wissen zwar viel über Krankheitsursachen und wirksame Bekämpfungsmaßnahmen, mit der Anwendung dieses Wissens hapert es jedoch noch. In die Politikberatung darf nicht nur das beste Faktenwissen einfließen, sondern zu berücksichtigen ist auch, inwieweit sich dieses Wissen verallgemeinern und auf andere Gegebenheiten übertragen lässt, was man in einigen Fällen nicht weiß. Es ist wichtig, dass die Lücken ermittelt werden, die Forschung sich auf die Schließung dieser Lücken konzentriert und nach Möglichkeit sichergestellt wird, dass sich die Politik auf eine solide Faktengrundlage stützt. Gebraucht werden wirksame, die gesamte Region umfassende Surveillancesysteme, insbesondere für die Überwachung von Risikofaktoren, damit sich das volle Ausmaß des Problems für die Region insgesamt abschätzen lässt, man die Lage in den Ländern und im Ländervergleich analysieren kann, imstande ist, Trends zu verfolgen, Interventionen zu bewerten und Zukunftsszenarien aufzustellen.

Die politische Agenda

34. Im Jahr 2001 wurde im Rahmen einer WHO-Erhebung festgestellt, dass zwar viele Gesundheitsministerien die Verhütung von nichtübertragbaren Krankheiten als eine wesentliche und vorrangige Aufgabe des Gesundheitswesens betrachten, dass aber weit weniger diese Erkenntnis in eine umfassende Politikgestaltung umgesetzt hatten.⁽¹⁰⁾ Ein gesundheitspolitisches Konzept für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten gab es in 59% der 41 Länder der Region, die den Fragebogen beantwortet hatten. Konkrete Pläne für die Bekämpfung von Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes und Krebs existierten in 50%, 54% bzw. 62% der Mitgliedstaaten. Unter 46% gaben an, dass man für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten im Etat gesonderte Mittel vorgesehen habe. Man schien für die Entwicklung von gesundheitspolitischen Konzepten und das Management von nichtübertragbaren Krankheiten keine zusammenhängende Vorstellung zu haben, in vielen Fällen wurde das Vorgehen nicht koordiniert und die Infrastruktur des Gesundheitswesens schien der Aufgabe nicht gewachsen zu sein. Es zeichnete sich somit ein dringender Bedarf an Sachkenntnis und Hilfe für die nationale Politikgestaltung, für qualitative bessere Surveillancesysteme und für die fachliche Qualifizierung von Gesundheitsfachkräften und Managern ab.

35. Die nichtübertragbaren Krankheiten müssen in den Mitgliedstaaten jedoch nicht nur im Gesundheitssektor, sondern auch auf der Agenda anderer Ressorts einen hohen Stellenwert erhalten. Probleme, die durch Ernährung und Bewegungsarmut entstehen, müssen multisektoral angegangen werden. Wenn man wirklich etwas bewirken und ein Veränderungen aufgeschlossenes politisches Umfeld schaffen will, dürfen die nichtübertragbaren Krankheiten nicht nur eine Angelegenheit des Gesundheitswesens bleiben, sondern müssen auch zu einem Anliegen der Regierungen werden.

Marktkräfte

36. Viele Gesellschaften und Gesundheitssysteme sind nicht darauf vorbereitet, den Gefahren zu begegnen, die offene Grenzen, Marktkräfte und Globalisierung mit sich bringen. Transnationale Unternehmen suchen nach neuen Absatzmärkten und sprechen mit ihren Marketingkampagnen ein weltweites Publikum an. In der globalen Wirtschaft fließen Images, Produkte und damit wiederum auch Risikofaktoren wie Tabak und Alkohol ungehindert. Beim Tabak ist dies immer negativ, der ungehinderte Fluss von Lebensmittelerzeugnissen kann dagegen sowohl positive als auch negative Folgen haben.

37. Sinnvolle Verschreibungsstrategien können durch kommerzielle Interessen konterkariert werden. Pharmaunternehmen können die Verschreibungspraxis durch Werbung beeinflussen. Eine Arzneimitteltherapie erhält Vorrang vor nicht medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten. In den Medien können medizinische „Lösungen“ besonders hervorgehoben werden, beispielsweise werden die lipidsenkenden Statine angepriesen, statt dass man Veränderungen der Lebensweise propagiert. Öffentliche Gelder fließen u. U. in teure Medikamente, obwohl gleich wirksame und billigere Alternativen vorhanden sind.

Das Gleichgewicht wahren

38. Die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten macht es erforderlich, in einer Reihe von Bereichen, die zusammen ein komplexes Ganzes bilden, das Gleichgewicht zu wahren. Zunächst ist da das Gleichgewicht zwischen persönlicher und staatlicher Verantwortung. Viele Strategien der Risikominderung beinhalten gesundheitliche Verhaltensänderungen, einige Formen von Verhaltensänderungen können aber nur erfolgreich sein, wenn der Staat aktiv eingreift.

39. Zweitens ist das Gleichgewicht zu wahren zwischen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung, wobei die Übergänge hier fließend sind. Man muss hier mit verschiedenen Ansätzen zugleich arbeiten, die Bevölkerung insgesamt und den Einzelnen ansprechen, Prävention und Behandlung kombinieren. Einige Bereiche sind bisher noch relativ vernachlässigt, und die im Gesundheitswesen bereits vorhandenen Ressourcen werden nicht voll ausgenutzt. Unter Umständen fehlen Früh-erkennungsmöglichkeiten. Der Stellenwert der Krankheitsprävention muss ebenso überdacht werden wie die Rolle der Gesundheitsfachkräfte bei Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.

40. Drittens aber gilt es auch das Gleichgewicht zwischen der Rolle des Gesundheitswesens und der Funktion anderer Sektoren und Settings zu finden. Es gibt Bereiche, die unmittelbar nichts mit Gesundheit zu tun haben und dennoch die Determinanten von Gesundheit stärker beeinflussen als der Gesundheitssektor und zudem besser imstande sind, stützende Lebensumfelder zu schaffen. Beispielsweise nützt es, Stadt- und Verkehrsplaner einzubeziehen, wenn man Bewegung als festen Bestandteil des Alltags propagieren will.

Handlungsgrundlagen

41. Einige Handlungsgrundlagen gibt es bereits. Die Mitgliedstaaten haben sich auf globaler und europäischer Ebene verpflichtet, nichtübertragbare Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, wobei das Schwergewicht in den letzten Jahren allerdings auf der Primärprävention der Hauptrisikofaktoren lag.

42. Eine globale Strategie für die Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten wurde von der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2000 verabschiedet. Sie konzentriert sich integrativ auf die Risikofaktoren, die die vorherrschenden nichtübertragbaren Krankheiten gemeinsam haben, und umfasst drei Elemente, nämlich Überwachung, Prävention und Management des Gesundheitswesens. Die Mitgliedstaaten wurden eindringlich gebeten, nationale gesundheitspolitische Konzepte und Programme für die Prävention und Bekämpfung der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten aufzustellen.

43. Im gleichen Rahmen wurde im Mai 2004 auch eine globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit verabschiedet. Darin werden die Mitgliedstaaten eindringlich gebeten, im Rahmen ihrer Gesamtpolitik und ihrer Programme gesunde Ernährung und Bewegung zu fördern, alle berührten gesellschaftlichen und ökonomischen Gruppierungen wachzurütteln, die relevanten Sektoren in die Arbeit einzubinden und ein stützendes Umfeld für Verhaltensänderungen zu fördern.

44. Diesen Strategien gingen die ebenfalls das übergeordnete Thema gesunde Ernährung unterstützende globale Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (2002), die konkreten Maßnahmen zur Verringerung der mit Fettsucht verbundenen Risiken vorsieht, und der Erste Europäische Aktionsplan für Nahrung und Ernährung (2000–2005) voraus. Im Rahmen einer für 2006 geplanten

ministeriellen Konferenz zum Thema Nahrung und Ernährung wird voraussichtlich ein neuer regionaler Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2006–2010) lanciert.

45. In der Europäischen Region wurden der Stellenwert von Bewegung und der Einfluss der natürlichen Umwelt auf die Gesundheit des Menschen im Rahmen des vom Regionalbüro verfolgten Prozesses Umwelt und Gesundheit und der damit verbundenen Konferenzen in London (1999) und Budapest (2004) hervorgehoben wie auch im Paneuropäischen Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt (THE PEP) betont, in dem Radfahren und Gehen ausdrücklich propagiert werden.

46. Die Strategien für gesunde Ernährung und Bewegung bauen auf der wesentlichen Arbeit auf, die zur Thematik Tabak und Alkohol bereits geleistet wurde. Auf globaler Ebene ist das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen als erstes internationales Rechtsinstrument darauf angelegt, die durch Tabakerzeugnisse verursachten Gesundheitsschäden zu begrenzen. Die Europäische Strategie für Anti-Tabak-Maßnahmen (2002) bietet einen evidenzbasierten Rahmen und Leitlinien für wirksame nationale Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit. Die vom Regionalkomitee 2001 gebilligte Stockholmer Erklärung Jugend und Alkohol und die zweite Phase des Europäischen Alkoholaktionsplans (2000–2005) liefern den Mitgliedstaaten die Grundlage für die Weiterentwicklung und Umsetzung einer Alkoholpolitik und von Alkoholprogrammen.

47. Psychische Erkrankungen gehören selbst zum Krankheitsspektrum, tragen aber auch zu anderen nichtübertragbaren Krankheiten bei. Mit dem von der 55. Weltgesundheitsversammlung bekräftigten *Weltgesundheitsbericht 2001* wurde allgemein das Bewusstsein dafür geweckt, welche Belastung psychische Störungen wirklich darstellen, und die Mitgliedstaaten erhielten damit nützliche Leitlinien für die im Gegenzug zu ergreifenden evidenzbasierten Maßnahmen. Auf die Förderung der psychischen Gesundheit abzielende gesundheitspolitische Maßnahmen in Europa werden unterstützt durch die Athener Erklärung zum Thema psychische Gesundheit und durch Menschen verursachte Katastrophen, Stigma und Versorgung im Gemeinderahmen sowie durch die Vorbereitungen auf die für 2005 angesetzte ministerielle Konferenz, die unter dem Motto „Den Herausforderungen begegnen – Lösungen schaffen“ steht. Ansonsten konzentrierte man sich im Management von chronischen Krankheiten in den letzten Jahren eher auf die Versorgungssysteme als auf einzelne Krankheiten. Beispielsweise widmete man dem Diabetes mellitus zum letzten Mal 1989 mit der Saint-Vincent-Erklärung weltweite Aufmerksamkeit.

48. In der aus dem Jahr 1986 stammenden, aber auch heute noch relevanten Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung wurde der Gesundheitssektor aufgefordert, sich stärker in Richtung Gesundheitsförderung zu bewegen und seine über die Erbringung klinischer und kurativer Dienste hinausgehende Verantwortung anzuerkennen. Zehn Jahre später wurden in der Europäischen Region mit der Charta von Ljubljana Grundsätze für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung aufgestellt, in denen unter anderem betont wurde, dass der Mensch im Mittelpunkt des Gesundheitssystems stehen und das Gesundheitswesen auf die Primärversorgung ausgerichtet werden müsse. In der Charta wurde dazu aufgefordert, die Grundausbildung sowie die Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachkräfte über den herkömmlichen kurativen Ansatz hinaus auszuweiten und Qualität der Versorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als festen Bestandteil von Aus- und Fortbildung zu betrachten. Bei der Globalen Tagung zur Primären Gesundheitsversorgung (Madrid, 2003) und in einer Reihe von Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung stand immer wieder die primäre Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt, wenn es um die Stärkung von Gesundheitssystemen ging, so wie auch betont wurde, dass im Kontinuum von Prävention und Versorgung eine koordinierte, patientenorientierte Versorgung ermöglicht werden müsse. Die WHO-Arzneimittelstrategie von 2000 diene als Orientierungshilfe für die Bemühungen, den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln zu sichern und auszuweiten und einen rationalen Arzneimittelgebrauch zu fördern.

49. Es gibt auch für bestimmte Alters- und Bevölkerungsgruppen gedachte Strategien, mit denen die Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten als eine das gesamte Leben des Menschen umfassende Aufgabe angesehen wird. Die von den Mitgliedstaaten im Mai 2004 verabschiedete globale Strategie für reproduktive Gesundheit betont die Krebsprävention sowie die Bedeutung einer guten Schwangerschafts-, Mütter- und Neugeborenenfürsorge. Die globale Strategie für die Verbesserung

der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (2003) wiederum liefert den Rahmen für eine für 2006 geplante europäische Strategie. Unter anderem werden damit eine gute Ernährung und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen propagiert, so wie auch betont wird, dass die Unterstützung, die einem Kind in den ersten Lebensjahren zuteil wird, einen wesentlichen Einfluss auf sein späteres Leben hat. Außerdem unterstützte die Weltgesundheitsversammlung 1999 das Konzept des aktiven und gesunden Alterns, was im Jahr 2002 seinen Widerhall in der Verabschiedung des Internationalen Aktionsplans zum Thema Altern fand.

Eine europäische Strategie für nichtübertragbare Krankheiten

50. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die nichtübertragbaren Krankheiten die Europäische Region erheblich belasten; wenn sie nicht eingedämmt werden, wird sich die Lage vor allem im östlichen Teil der Region unweigerlich noch verschlechtern. Man kennt die verbreiteten Risikofaktoren, es gibt wirksame und funktionierende Gegenmaßnahmen. Einige Länder weisen den Weg und alle Länder können von diesen Maßnahmen profitieren. Klare Grundsätze liefern eine Handlungsgrundlage, große Möglichkeiten für einen Zugewinn an Gesundheit eröffnen sich, wenn das zwischen den oberen und den unteren sozioökonomischen Gruppierungen bestehende Gefälle ausgeglichen wird. Die Länder stehen vor besonderen Herausforderungen, die Unterstützung und internationale Maßnahmen erforderlich machen. Es gibt bereits tragfähige Grundlagen, auf denen sich aufbauen lässt, doch die Europäische Region ist ganz unterschiedlich, „eine Einheitsgröße passt nicht allen“.

51. Bestimmte Dinge sind klar. Der Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten ist aus politischer und bevölkerungsgesundheitlicher Sicht eine komplexe Angelegenheit. Umfassende sektorübergreifende Maßnahmen sind notwendig, die Länder sollten sich von der Aufgabe jedoch nicht so überwältigt fühlen, dass sie entweder überhaupt nichts tun oder den leichtesten Ausweg wählen. Entscheidungsträger müssen, wenn sie die zu ergreifenden Maßnahmen beschließen, sorgfältig eine ganze Bandbreite von Faktoren abwägen, sie müssen sich überlegen, gegen welche Hauptrisiken vorgegangen werden soll, und sie müssen das Gleichgewicht zwischen Primärprävention, Früherkennung und tertiärer Prävention bei bereits manifester Erkrankung und dem Management unsicherer Risiken sowie der Machbarkeit von Maßnahmen unter ihren eigenen Gegebenheiten wahren.

52. Eine europäische Strategie für nichtübertragbare Krankheiten sollte anregen und unterstützen, aber nicht verwirren. Die Mitgliedstaaten brauchen keine zusätzliche Belastung. Stattdessen sollte die Strategie ihnen helfen, bereits bekannte Handlungsmöglichkeiten, auf die sich schon verpflichtet haben, in die Praxis umzusetzen. Sie sollte aufzeigen, wo noch Wissenslücken bestehen und wo noch mehr getan werden muss. Sie sollte die Bereiche stärken, in denen bisher noch nicht viel getan wurde, und sie sollte darauf abzielen, alle Mitgliedstaaten so weit zu bringen, dass sie in Schlüsselbereichen zumindest gewissen Mindestanforderungen gerecht werden können und die Möglichkeit haben, weitere Maßnahmen zu ergreifen, wenn ihre Gegebenheiten dies zulassen.

53. Es gibt sehr gute Gründe für eine europäische Strategie zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten. Sie würde verdeutlichen, welche Bedeutung diesem Problem in der Europäischen Region zukommt und wie wichtig es ist, dass man sich von politischer Seite zur Durchführung vorrangiger Maßnahmen verpflichtet. Die Strategie würde die Vielfalt der Region berücksichtigen und den Ländern je nach dem Stand ihres Wissens und ihrer Erfahrungen helfen. Sie würde eine stützende Infrastruktur vorsehen, von der die Mitgliedstaaten profitieren könnten. Sie würde die Länder bei der Bewältigung dieses angesichts der Herausforderungen wesentlichen Problems unterstützen. Sie würde bereits Vorhandenes noch brauchbarer machen und den Ländern helfen, ihren bestehenden Verpflichtungen gerecht zu werden. Sie würde es der Region als ganzer ermöglichen, Nutzen aus den Maßnahmen zu ziehen, was angesichts eines Europas, in dem immer mehr Grenzen fallen, eine wichtige Überlegung ist. Sie würde es möglich machen, die bereits vorhandenen Grundlagen in einem kohärenten, auf Synergiewirkungen angelegten Handlungskonzept zu vereinen. Sie wäre ein Instrument für den Ausbau der Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission, mit dem WHO-Hauptbüro und anderen internationalen Organen im Hinblick auf

die Erreichung gemeinsamer Ziele, wobei sich zugleich eine Verknüpfung mit globalen und anderen regionalen Strategien ergeben würde.

54. Das zentrale Konzept wäre eine Rahmenstrategie, die die Vielfalt der Europäischen Region berücksichtigt. Deshalb müsste sie kostenwirksame Maßnahmen aufzeigen, die alle Länder (selbst mit schwacher Ressourcengrundlage) schon jetzt ergreifen können. Danach könnten die Länder je nach Ressourcenlage und zeitlichen Möglichkeiten dann schrittweise zu komplexeren Maßnahmen übergehen. Das Schwergewicht würde darauf liegen, einen kostenwirksamen „Korb“ integrierter Handlungskonzepte zusammenzustellen und den Mitgliedstaaten dabei zu helfen, die für ihre Gegebenheiten richtige Maßnahmenkombination zu finden. Wesentlich ist zwar, dass die Primärprävention intensiviert wird, doch in der gesamten Region muss das vorhandene Wissen auch besser umgesetzt werden, so wie auch Wert auf die Aspekte zu legen ist, die in den letzten Jahren nicht ausreichend berücksichtigt worden sind, nämlich auf Früherkennung und Tertiärprävention sowie auf Krankheitsmanagement und Management der Ressourcen des Gesundheitswesens. Die Strategie sollte handlungsorientiert und auf die Umsetzung ausgerichtet sein, wobei sich die Rolle der Länder und der WHO das Gleichgewicht halten sollten.

55. Der zu einer Strategie hinführende Prozess ist wichtig. Der eingeschlagene Weg kann dabei ebenso wichtig sein wie das Papier, das letztlich dabei herauskommt. Geplant ist ein partizipatorischer, konsultativer Prozess, in den die (die Vielfalt der Region repräsentierenden) Mitgliedstaaten sowie andere für die Umsetzung der Strategie entscheidend wichtige Partner eingebunden werden: nichtstaatliche Organisationen, Patientenorganisationen, Berufsverbände, andere relevante Sektoren und für die Region wichtige internationale Organe wie die Europäische Kommission. Zur Unterstützung des Prozesses der Strategieentwicklung und -umsetzung müssen möglicherweise bestimmte Instrumente vorhanden sein (beispielsweise muss unter Umständen insbesondere die Surveillance verbessert werden).

56. Es ist also an der Zeit für eine europäische Strategie zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten und es gibt dafür auch sehr gute Gründe. Als Zeithorizont wird vorgeschlagen, die Strategie bis zur Regionalkomiteetagung im Jahr 2006 auszuarbeiten, was genügend Zeit für eine umfassende Beratung und Debatte mit den Mitgliedstaaten, für die Sammlung von Erfahrungen, für die Bewusstseinsbildung und die verstärkte Zusammenarbeit mit Partnern lässt. Die Mitgliedstaaten werden gebeten, den in Dokument EUR/RC54/Conf.Doc./3 enthaltenen Resolutionsentwurf zu behandeln, den aufgestellten Zeitplan anzunehmen und den von ihnen für die Europäische Region bevorzugten Kurs sowie die für die Region wichtigen Botschaften und Arbeitsschwerpunkte darzulegen.

Literatur

1. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (Tabelle, Seite 162 und Tabelle 16 im Anhang, Seite 232)
2. Currie, C. et al (eds.) *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents series, no.4).
3. Wilkinson, R, Marmot, M., Redaktion. *Soziale Determinanten von Gesundheit – die Fakten*, Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003.
4. Mackenbach, J.P. et al, Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: an international study. *European Heart Journal*, 21(14): 1141–51, (2000).
5. European guidelines on CVD prevention. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. (10), Supplement 1 (2003).
6. *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action*. Geneva, World Health Organization 2002.
7. Davies, E., Higginson, I.J., eds. *Palliative care – the solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.

-
8. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action.* Geneva, World Health Organization, 2003.
 9. *Gesundheitssysteme stellen sich der Armut.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003.
 10. *Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control. The report of a global survey.* Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/MNC/01.2).