

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE  
REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE  
ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

EUR/RC34/7 Rev.1  
8311L/8346L  
21. Dezember 1984  
ORIGINAL: ENGLISCH

EINZELZIELE ZUR UNTERSTÜTZUNG DER REGIONALSTRATEGIE FÜR "GESUNDHEIT 2000"

Auf seiner dreissigsten Tagung in Fez im Jahre 1980 ersuchte das Regionalkomitee um Formulierung spezifischer regionaler Einzelziele als unterstützende Massnahme zur Umsetzung der europäischen Regionalstrategie zur Erreichung des Ziels "Gesundheit 2000" (GFA). Es bestand Einmütigkeit darüber, dass derartige Einzelziele die Mitgliedstaaten motivieren würden, einen aktiven Beitrag zur Erreichung des Ziels "Gesundheit 2000" zu leisten. Das vorliegende Dokument formuliert diese regionalen Einzelziele, die Vorschläge zur erforderlichen Verbesserung des Gesundheitsniveaus in den einzelnen Ländern angeben sowie Möglichkeiten für eine Realisierung derselben.

Das vorliegende Dokument wurde von der vierunddreissigsten Tagung des Regionalkomitees im September 1984 gebilligt.

## INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Der generelle Rahmen . . . . .	1
Kapitel 1 Voraussetzungen für einen guten Gesundheitszustand . . . . .	8
1.1 Europa ohne Kriegsangst . . . . .	8
1.2 Chancengleichheit für alle . . . . .	9
1.3 Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse der Bevölkerung . . . . .	10
1.3.1 Ernährung . . . . .	10
1.3.2 Grundausbildung . . . . .	11
1.3.3 Wasserversorgung und -hygiene . . . . .	11
1.3.4 Zumutbare Wohnverhältnisse . . . . .	11
1.3.5 Arbeitsplatzsicherung und eine sinnvolle Rolle in der Gesellschaft . . . . .	12
1.4 Politisches Engagement und Unterstützung seitens der Öffentlichkeit . .	13
Kapitel 2 Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 in Europa . . . . .	14
2.1 Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit . . . . .	14
2.2 Das Leben lebenswerter machen - Förderung der gesundheitlichen Fähigkeiten . . . . .	16
2.2.1 Bessere Möglichkeiten für Behinderte . . . . .	18
2.3 Gesünder leben . . . . .	19
2.3.1 Verringerung von Krankheiten und Funktionsunfähigkeiten . . . . .	19
2.3.2 Vollständige Ausrottung bestimmter Krankheiten . . . . .	21
2.4 Verlängerung des Lebens durch Verminderung der Anzahl vorzeitiger Todesfälle . . . . .	22
2.4.1 Lebenserwartung bei der Geburt . . . . .	22
2.4.2 Säuglingssterblichkeit . . . . .	23
2.4.3 Müttersterblichkeit . . . . .	24
2.4.4 Krankheiten des Kreislaufsystems . . . . .	25
2.4.5 Krebskrankheiten . . . . .	27
2.4.6 Unfälle . . . . .	28
2.4.7 Suizid . . . . .	30
Kapitel 3 Gesundheitsfördernde Lebensweise . . . . .	32
3.1 Schaffung besserer Voraussetzungen für eine gesunde Lebensführung . . .	33
3.1.1 Eine Politik der Gesundheitsförderung . . . . .	33
3.1.2 Unterstützende Sozialbetreuungsformen . . . . .	34
3.1.3 Wissensvermittlung und Motivation für gesundes Verhalten . . . .	36
3.2 Förderung des gesundheitsdienlichen Verhaltens . . . . .	37
3.2.1 Positives Gesundheitsverhalten . . . . .	37
3.2.2 Gesundheitsschädigendes Verhalten . . . . .	40

Kapitel 4	Umwelthygiene . . . . .	43
	4.1 Gesundheitsbezogene Umweltpolitik . . . . .	44
	4.1.1 Überwachung, Abschätzung und Bekämpfung von Umweltgefahren . . . . .	45
	4.2 Bekämpfung von Umweltgefahren . . . . .	47
	4.2.1 Wasserverschmutzung . . . . .	47
	4.2.2 Luftverschmutzung . . . . .	48
	4.2.3 Lebensmittelsicherheit . . . . .	49
	4.2.4 Gefährliche Abfälle . . . . .	50
	4.3 Verbesserung der Umweltbedingungen . . . . .	51
	4.3.1 Wohn- und Siedlungswesen . . . . .	51
	4.3.2 Arbeitsumgebung . . . . .	52
Kapitel 5	Bedarfsgerechte Versorgung . . . . .	55
	5.1 Prioritäten eines Gesundheitsversorgungssystems . . . . .	56
	5.1.1 Gesundheitsversorgungssystem auf der Grundlage einer primären Gesundheitsversorgung . . . . .	56
	5.1.2 Rationelle und gezielte Ressourcenverteilung . . . . .	58
	5.2 Charakteristische Merkmale der primären Gesundheitsversorgung . . . . .	60
	5.2.1 Umfang der primären Gesundheitsversorgung . . . . .	60
	5.2.2 Leistungserbringer in der primären Gesundheitsversorgung . . . . .	62
	5.2.3 Koordinierung der Ressourcen auf Gemeindeebene . . . . .	64
	5.3 Qualität der Dienste und Leistungen . . . . .	65
Kapitel 6	Forschung: ein Prozess zur Ermittlung des Wissens, das zum Erreichen des Ziels "Gesundheit für alle" notwendig ist . . . . .	67
Kapitel 7	Förderungsmaßnahmen für die gesundheitliche Entwicklung . . . . .	73
	7.1 Formulierung der Gesundheitspolitik . . . . .	73
	7.2 Managementprozess . . . . .	75
	7.2.1 Planung und Mittelzuweisung . . . . .	75
	7.2.2 Gesundheitsinformationssysteme . . . . .	76
	7.3 Entwicklung der menschlichen Ressourcen . . . . .	78
	7.3.1 Planung, Ausbildung und Einsatz von Fachkräften auf dem Gesundheitssektor . . . . .	78
	7.3.2 Personalausbildung in gesundheitsrelevanten Sektoren . . . . .	79
	7.4 Bewertung der Technologie auf dem Gesundheitssektor . . . . .	80
Kapitel 8	Schlussfolgerung . . . . .	82
Anhang 1	Umsetzung der Regionalstrategie zur Erreichung des Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" (EUR/RC34/R5) . . . . .	85

## DER GENERELLE RAHMEN

Mit diesem Dokument wird bezweckt, die grundlegenden Gesundheitsbedürfnisse der Menschen aufzuzeigen, die bis zum Jahr 2000 für die Bevölkerung in der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation realisierbaren Verbesserungen im Gesundheitsbereich herauszustellen und Massnahmen zur nachhaltigen Sicherung derartiger Verbesserungen vorzuschlagen.

### 1. "Gesundheit 2000" - eine echte Wende in der Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten sowie in der internationalen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

Die dreissigste Weltgesundheitsversammlung im Mai 1977 nahm die Entschliessung an, dass "das soziale Hauptziel der Regierungen und der WGO in den kommenden Jahrzehnten darin bestehen sollte, dass alle Menschen der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen"<sup>a</sup>. Zwei grundsätzliche Tatsachen unterstreichen die Dringlichkeit dieses Anliegens für die Europäische Region:

- 1) Trotz der Investitionen auf dem Gesundheitssektor und der Entwicklung neuer Arzneimittel und Medizintechniken in den vergangenen 30 Jahren ist das Gesundheitsniveau der Bevölkerung sehr viel niedriger als es sein könnte.
- 2) Trotz des generell hohen Entwicklungsniveaus in der Region und des hohen Wissenschafts-, Wirtschafts- und Bildungsniveaus in den meisten Ländern muss noch immer eine Lösung zur Beseitigung des eklatanten gesundheitlichen Gefälles gefunden werden.

Vor diesem Hintergrund haben sich die Vertreter der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation anlässlich der dreissigsten Tagung des Regionalkomitees in Fez im Jahre 1980 auf ihr erstes gemeinsames gesundheitspolitisches Konzept, die europäische Strategie zur Erreichung des Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" geeinigt<sup>b</sup>.

Die Regionalstrategie "Gesundheit 2000" setzte eine völlig neue Weichenstellung im Gesundheitswesen der Länder voraus und stellte insbesondere vier Aspekte in den Vordergrund: Lebensweise und Gesundheit, Risikofaktoren für die Gesundheit und die Umwelt, Neuausrichtung des Gesundheitsversorgungssystems selbst und schliesslich die Frage, welche politischen, verwaltungsorganisatorischen, technischen, personellen, forschungsbezogenen und sonstigen Unterstützungsmassnahmen erforderlich sind, um die gewünschten Veränderungen in den erstgenannten drei Bereichen herbeizuführen. Neben dem Postulat einer grundlegenden Änderung der gesundheitspolitischen Konzepte der einzelnen Länder wird in der Strategie dringend gefordert, der Förderung der Gesundheit und Vorbeugung gegen Krankheiten eine sehr viel höhere Priorität beizumessen, wobei nicht nur das Gesundheitswesen, sondern alle für Gesundheitsfragen relevanten Sektoren konstruktive Massnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit ergreifen, den Akzent stärker auf die Rolle des einzelnen, der Familie und der Bevölkerung im Gesundheitsschutz legen und schliesslich in der primären Gesundheitsversorgung den Schlüssel zur Herbeiführung derartiger Veränderungen sehen sollten. Des weiteren wird die Aufstellung spezieller Regionalziele als unterstützende Massnahme zur Umsetzung der Strategie gefordert.

Diese Neuorientierung ist ein Meilenstein auf dem Weg zu einem besseren Gesundheitsniveau der Menschen in Europa. Bis dahin hatten sich die Länder der Region niemals auf ein einziges gesundheitspolitisches Konzept als gemeinsame Basis für die künftige Entwicklung in den einzelnen Mitgliedstaaten und in der Region als Ganzes einigen können. Die 32 Länder der Region gingen sogar noch einen Schritt weiter, indem sie die Mitgliedstaaten eindringlich um eine Bestandsaufnahme der Entwicklung in ihrem Gesundheitswesen und Abstimmung ihrer gesundheitspolitischen Konzepte und Programme auf die Strategie "Gesundheit 2000" ersuchten<sup>c</sup>.

Das Engagement der einzelnen Mitgliedstaaten war darüber hinaus noch stärker: Um zu gewährleisten, dass ihre Forderungen nicht nur reines Wunschdenken bleiben, sondern auch konkrete Massnahmen nach sich ziehen, sicherten sämtliche Mitgliedstaaten der Region den systematischen Ausbau der erzielten Erfolge durch regelmässige Überwachung sowie Vorlage - ab 1983 im Abstand von zwei Jahren - eines Berichts an das Regionalkomitee und die Weltgesundheitsversammlung zur Erörterung zu. Des weiteren erklärten sie sich bereit, ab 1985 alle sechs Jahre eine genaue Standortbestimmung der Fortschritte vorzunehmen und nach diesem Modus einen Sachstandsbericht vorzulegen.

<sup>a</sup> Resolution WHA30.43.

<sup>b</sup> EUR/RC30/8 Rev.2.

<sup>c</sup> EUR/RC29/R6, EUR/RC30/R8, EUR/RC33/R4.

Somit wurde eine neue Ära im Gesundheitsbereich eingeleitet, wobei sich alle Regierungen nicht nur einig waren, ihre Bemühungen um eine Verbesserung des Gesundheitsniveaus zu verstärken, sondern auch im Geiste einer internationalen Solidarität innerhalb des von der WGO vorgegebenen Rahmens andere Länder uneingeschränkt Anteil an ihren Erfahrungen und Errungenschaften haben zu lassen.

Die Formulierung spezieller Regionalziele für "Gesundheit 2000" in der Europäischen Region mag als ziemlich ehrgeiziges Vorhaben erscheinen, schliesslich sind die Mitgliedstaaten sehr verschieden in Bezug auf die sozioökonomische Entwicklung, das Gesundheitsniveau und die politische Orientierung. Doch, wenn auch die Mitgliedstaaten in vielerlei Hinsicht Unterschiede aufweisen, hat sich in der jahrelangen Zusammenarbeit im Regionalkomitee deutlich gezeigt, wieviel Gemeinsamkeit im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands und die Ansätze in gesundheitspolitischen Grundsatzfragen bestehen. Die Festlegung regionaler Ziele ist ein weiterer wichtiger Meilenstein auf dem Weg, der mit Annahme der Regionalstrategie für "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" eingeschlagen wurde.

Mit den Regionalzielen wird bezweckt, der Erörterung der Gesundheitspolitik der einzelnen Staaten und der Formulierung von "Gesundheit 2000"-Strategien in den Mitgliedstaaten neue Impulse zu verleihen. Zwar sind diese Regionalziele für die einzelnen Länder nicht rechtlich verbindlich, doch könnten sie ihnen als Hilfsmittel bei der Aufstellung ihrer eigenen, auf die jeweiligen speziellen Bedürfnisse, Prioritäten und Wertvorstellungen abgestimmten Ziele dienen.

Das vorliegende Dokument wurde in diesem Sinne konzipiert und will:

- Vorschläge zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung hinsichtlich der Realisierung des übergeordneten Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" unterbreiten
- aufzeigen, wo gehandelt werden muss, inwieweit gemeinsam abgestimmte Bemühungen notwendig sind und in welcher Art und Weise verfahren werden sollte
- den Ländern und der Region als Hilfsmittel zur Überwachung des Fortschritts auf dem Wege zu dem gesetzten Ziel und als Orientierungshilfe für eine ggf. vorzunehmende neue Weichenstellung dienen.

Bei der Zielfestlegung wurde den unterschiedlichen Problemstellungen, unserem aktuellen Wissensstand, dem Wirkungsspektrum der vorgeschlagenen Massnahmen sowie der voraussichtlichen Zeitspanne zwischen der Ergreifung der Massnahmen und der Erreichung der gewünschten Ergebnisse Rechnung getragen. Ein weiterer Faktor ist die Zielgruppe: Die Zielvorgaben in Kapitel 2 zur Verbesserung des Gesundheitsniveaus betreffen die Europäische Region insgesamt<sup>a</sup> und das gemeinsame Engagement der Mitgliedstaaten im Hinblick auf die Realisierung des Ziels "Gesundheit 2000", wohingegen bestimmte Zielaussagen in anderen Kapiteln sich in erster Linie auf spezielle Aktivitäten beziehen und somit auf die Bevölkerung und Regierung einzelner Länder ausgerichtet sind.

Mit den vorgeschlagenen Zielen wird bezweckt, aufzuzeigen, welche Verbesserungen möglich sind, wenn der vorhandene Wille, das aktuelle Wissen, die verfügbaren Mittel und die gegebenen technischen Möglichkeiten vereint zur Verfolgung eines gemeinsamen Ziels eingesetzt werden. Die quantifizierten Zielvorgaben sind nicht das Ergebnis ausgeklügelter mathematischer Berechnungen, sondern basieren auf den über einen längeren Zeitraum hinweg beobachteten Entwicklungstendenzen in den betreffenden Bereichen, der voraussichtlichen künftigen Entwicklung und den jetzigen Erkenntnissen über die wahrscheinlichen Auswirkungen von Interventionen. Mit einer derartigen Quantifizierung sollen die Mitgliedstaaten bei der Feststellung ihrer eigenen Prioritäten, Ziele und Fähigkeiten, also des Ausmasses, in welchem sie zur Erreichung der Regionalziele beitragen können, inspiriert und motiviert werden.

Als Basisjahr gilt jeweils das Jahr 1980. Die für die Erreichung der Ziele vorgesehenen Fristen sind jedoch unterschiedlich, um einen logischen Zeitrahmen für die Ereignisse, die eintreten müssen, wenn das Ziel "Gesundheit für alle" auch tatsächlich bis zum Jahr 2000 erreicht werden soll, vorzugeben. Als Termin für die Realisierung aller in Kapitel 2 zur Verbesserung des Gesundheitsniveaus vorgesehenen Ziele wurde das Jahr 2000 angesetzt. Die in den Kapiteln 3, 4 und 5 in Bezug auf Lebensweisen, Umweltschutz und Versorgungsleistungen festgelegten Ziele sollen bis 1990 bzw. 1995 verwirklicht werden, es sei denn, dass spezielle Probleme, wie z.B. der Bedarf an

---

<sup>a</sup> In Kapitel 2 wird anhand quantifizierter Informationen versucht, ein Bild von der Region insgesamt zu vermitteln. Es war allerdings nicht möglich, in allen Fällen Daten für sämtliche Länder zu erhalten. Die Analysen stützen sich in einigen wenigen Fällen auf 33 Länder, in vielen Fällen auf 28 Länder und in den übrigen Fällen lediglich auf 23 Länder.

Ressourcen, eine Verzögerung rechtfertigen. Demgegenüber sollten Ziele, die Massnahmen zur Herbeiführung der angestrebten Veränderungen vorsehen, wie etwa die Zielvorgaben in Kapitel 6 (Forschung) und Kapitel 7 (Unterstützungsmassnahmen) noch vor 1990 erreicht werden. Wie die einzelnen Ziele praktisch zu erreichen sind, ist ausschliesslich Sache der Länder. Sie müssen nach ihren jeweiligen rechtlichen, politischen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Gegebenheiten und von ihrem eigenen Gesundheitssystem bzw. ihrer eigenen organisatorischen Struktur ausgehend ihre Entscheidungen treffen.

Die Regionalziele für "Gesundheit 2000" zeigen deutlich auf, welche Fortschritte die europäischen Länder mindestens machen müssen, um bis zum Jahr 2000 die Gesundheitssituation verbessern und die Gesundheitsprobleme mindern zu können. Im Hinblick auf die systematische Überwachung und Beurteilung der Fortschritte in den einzelnen Mitgliedstaaten und in der Region insgesamt wurde ein Katalog regionaler Indikatoren für "Gesundheit 2000" ausgearbeitet<sup>a</sup>. Diese Indikatoren werden in jedem Land bei der alle zwei Jahre über die erzielten Fortschritte an die WGO erfolgenden Berichterstattung zugrunde gelegt. Des weiteren wurde ein regionaler Aktionsplan für "Gesundheit 2000" aufgestellt, in welchem die wichtigsten Massnahmen, die die Mitgliedstaaten und die WGO in den kommenden Jahren ergreifen müssen, um diese Veränderungen herbeizuführen, vorgesehen sind<sup>b</sup>.

## 2. Schwerpunkte des Dokuments

Sechs Schwerpunkthemen werden in dem Dokument immer wieder angesprochen:

- "Gesundheit 2000" setzt Chancengleichheit voraus. Das heisst, dass das gegenwärtig zwischen den Ländern und innerhalb der Länder bestehende Gesundheitsgefälle soweit wie möglich abgebaut werden sollte.
- Es wird darauf abgezielt, den Menschen einen positiven Gesundheitsbegriff zu vermitteln, so dass sie ihre physischen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten voll zum Einsatz bringen können. Deshalb sollte der Hauptakzent auf der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten liegen.
- "Gesundheit 2000" wird von den Menschen selbst erreicht. Eine gut informierte, echt motivierte und aktiv beteiligte Bevölkerung ist der Schlüssel zur Erreichung des gemeinsamen Ziels.
- "Gesundheit 2000" erfordert koordiniertes Handeln sämtlicher betroffener Sektoren. Die Gesundheitsbehörden können sich nur eines Teils des zu lösenden Problems annehmen und der einzige Weg zur effektiven Gewährleistung der Vorbedingung für Gesundheit: nämlich Förderung konstruktiver gesundheitsorientierter Konzepte und Eindämmung der Risiken infolge physikalischer Umweltfaktoren und im wirtschaftlichen bzw. sozialen Umfeld ist multisektorale Zusammenarbeit.
- Der Eckpfeiler des Gesundheitsversorgungssystems sollte die primäre Gesundheitsversorgung sein - in einer Art und Weise, dass den fundamentalen Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung durch Dienste entsprochen wird, die so nah wie möglich am Wohn- und Arbeitsplatz zur Verfügung stehen, ohne weiteres zugänglich sowie generell akzeptabel sind und die auf der generellen Einbeziehung der Bevölkerung basieren.
- Gesundheitsprobleme sind nicht an nationale Grenzen gebunden. Die Umweltverschmutzung und der Handel mit gesundheitsschädlichen Produkten sind deutliche Beispiele für Probleme, deren Lösung eine internationale Zusammenarbeit erfordert.

## 3. Aufbau und Inhaltsübersicht

In Kapitel 1 werden die Voraussetzungen für Gesundheit aufgezeigt: Als grundlegende Voraussetzungen sind Frieden, ein ausreichendes Nahrungsangebot, ein Mindesteinkommen, zumutbare Wohnverhältnisse, gesicherte Wasserversorgung, geregelte sanitäre Verhältnisse und eine sinnreiche Rolle in der Gesellschaft zu nennen. Darüber hinaus kann es ohne politische und öffentliche Unterstützung keine nachhaltige Gesundheitssicherung für die gesamte Bevölkerung geben.

In Kapitel 2 werden Vorschläge zu bis zum Jahr 2000 realisierbaren Verbesserungen im Gesundheitsbereich durch verstärkten Gesundheitsschutz einerseits und Reduzierung von Krankheit und Krankheitsfolgen andererseits unterbreitet. Mit derartigen Verbesserungen werden vier übergeordnete Ziele angestrebt:

---

<sup>a</sup> EUR/RC34/13.

<sup>b</sup> EUR/RC34/14.

Das erste Ziel ist: Sicherstellung einer "gesundheitsmässigen Chancengleichheit" der Länder und innerhalb der Länder, zunächst einmal durch einen Abbau des Gesundheitsgefälles zwischen den Ländern und zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder um mindestens 25 Prozent bis zum Jahr 2000. Bei Gegenüberstellung der einzelnen Länder der Region variiert die Lebenserwartung um rund 20 Jahre; in einem Land ist die Säuglingssterblichkeit mehr als 17mal so gross wie in einem anderen Land. Selbst in einem der Länder mit dem höchsten Entwicklungsstand in der Region ist, wenn man die unterste und die oberste soziale Schicht miteinander vergleicht, die Säuglingssterblichkeit in der erstgenannten Gruppe zwei- bis dreimal höher und die Lebenserwartung fast sieben Jahre geringer.

Das zweite Ziel lautet: "Älter werden - aktiv bleiben" durch Gewährleistung der vollen Entfaltung und Nutzung der physischen und geistigen Fähigkeiten zur Bewältigung der Lebensereignisse in gesunder Lebensweise.

Das dritte Ziel heisst: "Gesünder leben" durch Erhöhung der Anzahl an Lebensjahren ohne schwere Krankheit und Behinderungen. Dieses Ziel kann in der Region durch Eindämmung der übertragbaren Krankheiten, gegen die nach dem heutigen Stand der Technik bereits Abhilfsmassnahmen zur Verfügung stehen (Masern, Poliomyelitis, Tetanusneonatorum, kongenitale Röteln, Diphtherie, kongenitale Syphilis und einheimische Malaria), erreicht werden, des weiteren durch eine Reduzierung der Behinderungen infolge von Unfällen und bestimmten Krankheiten, sowie durch einen generellen Ausbau der Möglichkeiten zum umfassenden individuellen Gesundheitsschutz.

Das vierte Ziel lautet: "Länger leben" durch Reduzierung der frühzeitigen Todesfälle und somit Erhöhung der Lebenserwartung in der Region auf mindestens 75 Jahre. Insbesondere wird vorgeschlagen, durch entsprechende Massnahmen die Säuglingssterblichkeit auf unter 20 je 1000 Lebendgeburten, die Müttersterblichkeit auf unter 15 je 100 000 Lebendgeburten, die Unfallmortalität um mindestens 25 Prozent, die Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen um mindestens 15 Prozent und die Krebsmortalität um mindestens 15 Prozent zu reduzieren.

In den darauffolgenden drei Kapiteln werden die drei wichtigsten Kategorien von Veränderungen beschrieben, die zu der angestrebten Verbesserung des Gesundheitszustands der europäischen Bevölkerung führen können: Umdenken in bezug auf die Lebensweise (Kapitel 3), Umweltschutzmassnahmen (Kapitel 4) und Veränderungen im Versorgungssystem (Kapitel 5).

Ausgangspunkt für eine Änderung der Lebensweisen (Kapitel 3) ist die Erkenntnis, dass Gesundheit in beträchtlichem Ausmass von den politischen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Gegebenheiten sowie von den physikalischen Umweltfaktoren abhängt. Deshalb ist das erste Ziel, durch Entwicklung genereller Konzepte, die mit dem Postulat Gesundheitsförderung und -schutz in Einklang stehen, Möglichkeiten für eine gesundheitsbewusste Lebensführung zu bieten, so dass die Entscheidung zugunsten einer gesunden Lebensweise die einfachste, nächstliegende Alternative wird. Das zweite Ziel ist die Stärkung und Förderung persönlicher Fürsorge und familiärer Bindungen - Faktoren, die gleichfalls zum Gesundheitsschutz beitragen. Als drittes Ziel wird eine stärkere Anteilnahme des einzelnen sowie von Gruppen und Gemeinschaften an der aktiven Gesundheitsfürsorge und -vorsorge für sich selbst und am Wohlergehen der anderen angestrebt. In diesem Kapitel werden speziell Ziele vorgeschlagen, die auf die Förderung positiver Verhaltensweisen wie Nichtrauchen, eine vernünftige Ernährungsweise und körperliche Betätigung sowie auf die Abkehr von gesundheits-schädigenden Verhaltensweisen wie Alkoholismus, Drogen- und Arzneimittelmisbrauch sowie die Reduzierung der Gewalttätigkeit ausgerichtet sind.

In Kapitel 4 über Umweltschutz sind spezielle Ziele zur Verringerung der Wasser- und Luftverschmutzung, Bekämpfung von Lebensmittelverunreinigungen, Beseitigung gefährlicher Abfälle und Eindämmung der Risiken im menschlichen Wohnbereich und am Arbeitsplatz vorgesehen. Eine signifikante Verringerung derartiger Gefährdungen hängt einerseits vielfach vom Vorhandensein entsprechender Instrumentarien zur Überwachung, Einschätzung und Bekämpfung von Umweltgefahren, andererseits von einer Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit, dem Engagement der Bevölkerung und von durchsetzbaren Massnahmen auf internationaler Ebene ab.

In Kapitel 5, das dem Thema "Bedarfsgerechte Versorgung" gewidmet ist, wird der Akzent auf die primäre Gesundheitsversorgung gelegt, wobei die sekundäre und tertiäre Versorgungsebene die unerlässliche Ergänzung bilden. Primäre Gesundheitsversorgung ist der Schlüssel für eine gerechtere, ausgewogenere Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, des weiteren für die Bereitstellung bedarfsgerechter Therapie- und Rehabilitationsdienste, um den grundlegenden Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung zu entsprechen. In den Zielstellungen wird eine rationale, bedarfsorientierte Verteilung der Ressourcen zur Gesundheitsversorgung, die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen des Gesundheitsdienstes, dem einzelnen, Familien und Bevölkerungsgruppen sowie die Koordinierung aller gesundheitsbezogenen Tätigkeiten im Gemeinderahmen gefordert. Im übrigen wird die Notwendigkeit einer systematischen Bewertung der Qualität der Versorgung hervorgehoben.

In den letzten beiden Kapiteln werden Massnahmen, die zur Förderung des Gesundheitsschutzes unerlässlich sind, beschrieben. Kapitel 6 behandelt die Frage, wie die Forschungsstrategien dahingehend ausgerichtet werden können, dass eine wirksame Unterstützung im Hinblick auf die Erreichung der Zielvorgaben für "Gesundheit 2000" gegeben ist, ferner die Notwendigkeit, die Bemühungen bei der Planung und Umsetzung einer derartigen Neuorientierung der Forschung zu koordinieren. In Kapitel 7 werden die wesentlichen Voraussetzungen für die Gesundheitsförderung in den Ländern und auf regionaler Ebene hervorgehoben, nämlich: starkes politisches Engagement, effizientes Management verbunden mit einem guten Informationssystem, um zu gewährleisten, dass die gesundheitspolitischen Konzepte in tragfähige Gesundheitsprogramme umgesetzt werden, entsprechende Planung des Personalbedarfs, der einzelstaatlichen Bildungsmassnahmen und des Einsatzes der Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes, Information und Aufklärung über gesundheitspezifische Fragen für Mitarbeiter in gesundheitsrelevanten Sektoren sowie systematische Bewertung der Medizintechnik.

#### 4. Prioritäten

In dem Dokument wurden 38 Ziele festgesetzt, deren jeweilige Bedeutung von Land zu Land unterschiedlich sein wird. Somit müssen die einzelnen Länder entsprechend den dortigen Gegebenheiten entscheiden, welche Bedeutung sie bestimmten Massnahmen als Beitrag zu einer Verbesserung ihres Gesundheitsniveaus sowie auch den Bemühungen in der Region insgesamt beimessen. Es gibt Zielaussagen in bezug auf eine Verbesserung des Gesundheitsniveaus, in bezug auf die erforderlichen Massnahmen zur Realisierung derartiger Verbesserungen sowie Ziele, mit denen die Umsetzung der gesamten Strategie vorangetrieben werden soll.

Bei Angelegenheiten, die die gesamte Region betreffen, werden diejenigen der vordringlichen Gesundheitsprobleme als prioritär eingestuft, in bezug auf welche es genügend Erkenntnisse über Mittel und Wege für eine Verbesserung der Situation gibt und für die auch das erforderliche politische Engagement vorhanden ist, darunter sind z.B. Initiativen zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit oder der Arbeitsunfälle zu nennen. Andere wichtige Gesundheitsprobleme, über die bisher zu wenig bekannt ist, um irgendwelche wissenschaftlich begründeten Ansätze empfehlen zu können, werden als Prioritätsgebiete für die Forschung eingestuft: Hierfür gibt es typische Beispiele im Bereich positives Gesundheitsverhalten. Es ist ein besonderes Anliegen der Region, konzertierte Ansätze in Fragen, die nicht von einzelnen Ländern allein gelöst werden können, auszubauen und zu koordinieren: Beispiele hierfür sind die grenzüberschreitende Luftverschmutzung und die Bemühungen in bezug auf wichtige Aspekte der Lebensweise durch langfristige, von mehreren Ländern abgestimmte Aufklärungskampagnen für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie z.B. Nichtrauchen, in der breiten Öffentlichkeit einen Gesinnungswandel herbeizuführen.

Die in den einzelnen Ländern gesetzten Prioritäten hängen in starkem Masse von den politischen und kulturellen Gegebenheiten des betreffenden Landes ab. Deshalb können die nachfolgenden Abschnitte nur eine generelle Vorstellung von den Kriterien für die Prioritätenwahl in Ländergruppen oder in bestimmten Gebieten eines Landes vermitteln, da nur das Land selbst seine eigenen Prioritäten genau feststellen kann.

##### 4.1. Prioritäten für die Ergreifung von Massnahmen in den Mitgliedsländern

In denjenigen Ländern, wo das noch nicht der Fall ist, muss das Kernstück der Bestrebungen sein, die nationalen Gesundheitspolitiken verstärkt mit den Prinzipien des Anliegens "Gesundheit 2000" in Einklang zu bringen, und - sofern möglich und angemessen - Gesundheitsstrategien als Orientierungshilfe für die wichtigsten Änderungen und die entsprechende Verfahrensweise auszuarbeiten. Es ist unerlässlich, bereits in einem frühen Stadium festzustellen, welche Informationen über Schwachstellen vorliegen, damit Schritte zur Schliessung der jeweiligen Lücken eingeleitet werden können. Besondere Beachtung verdienen Informationen über Umweltrisiken und Lebensweisen, vor allen Dingen wenn somit dazu beigetragen werden kann, aufzuzeigen, welche Gruppen besonders gefährdet sind. Auch die Bereiche Ausbildung, Fortbildung und Schulung der Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes verdienen frühzeitig erhöhte Aufmerksamkeit.

##### 4.2. Prioritäten im Bereich Gesundheitsentwicklung

Ein zentrales Anliegen ist zweifellos die Verwirklichung von mehr Chancengleichheit in sozialer Hinsicht durch Verringerung der Armut im weitesten Sinne, durch Sicherstellung der Grundvoraussetzungen für Gesundheit - Nahrung, Wasser, Hygiene, Bildung und zumutbare Wohnverhältnisse für jeden einzelnen - sowie durch Gewährleistung des Zugangs zur primären Gesundheitsversorgung für jeden Bürger. Des weiteren könnte eine signifikante Verbesserung des Gesundheitsniveaus durch spezielle Programme, beispielsweise zur Immunisierung, erreicht werden. Es stellt eine grosse Herausforderung an die Politiker dar, die erforderliche Unterstützung seitens der breiten Öffentlichkeit und der vorwiegend betroffenen Gruppen zu mobilisieren, um derartige Programme auf allen relevanten Ebenen des gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses in den Mitgliedstaaten zu priorisieren und



die für ihre nachhaltige Umsetzung erforderlichen Ressourcen bereitzustellen. In den kommenden Jahren müssen die reicheren Länder der Region die Entwicklungsländer wirkungsvoller in deren Bemühungen um eine Verbesserung ihrer sozioökonomischen Situation im allgemeinen und um verstärkte Gesundheitssicherung im besonderen unterstützen.

Doch auch in Ländern mit einem hohen Pro-Kopf-Einkommen ist die Problematik: Armut, unzureichende Ernährung, schlechte Wohnverhältnisse, Bildungsnotstand, bzw. sogar Analphabetismus, mangelnde Hygiene und unzureichende gesundheitliche Grundversorgung nicht unbekannt. In diesen Ländern müssen u.U. unterschiedliche Prioritäten für bestimmte geographische Gebiete oder Bevölkerungsgruppen gesetzt werden.

Die Verbesserung der Möglichkeiten und Fähigkeiten der Bevölkerung, sich zugunsten einer gesunden Lebensweise zu entscheiden und den Tabak- und Alkoholverbrauch einzuschränken, muss in allen Ländern, vor allem jedoch in den hochindustrialisierten Ländern, als Zielsetzung von übergeordneter Priorität eingestuft werden. Gerade in diesen Bereichen können gezielte Massnahmen am ehesten eine nennenswerte Verbesserung des Gesundheitsniveaus bewirken. Nicht weniger wichtig sind spezielle Programme, die darauf abzielen, allen Bürgern, insbesondere aber Bevölkerungsgruppen wie älteren Menschen, Behinderten usw., uneingeschränkte Möglichkeiten für eine sinnreiche, befriedigende Lebensführung zu geben. Für die weniger entwickelten Gebiete der Region ist es von fundamentaler Bedeutung, bei ihrer Weiterentwicklung Wege zu beschreiten, die nicht zu den gleichen ernsthaften Gesundheitsrisiken führen, die in den reicheren Ländern zu beobachten sind. Zigarettenkonsum, Alkoholismus, Unfälle und der Verlust traditioneller Familienwerte sowie das Fehlen gesellschaftlicher Bindungen sind Gefahren, gegen die es vermutlich eher Vorbeugungsmassnahmen gibt als Abhilfsmassnahmen, wenn das Problem schon akut geworden ist. Versäumen es die Entwicklungsländer, sich bereits dann mit solchen Problemen auseinanderzusetzen, wenn sie sich abzuzeichnen beginnen, können alle ihre Bemühungen um eine Lösung anstehender Fragen letztlich u.U. nicht zu der erhofften generellen Verbesserung der Gesundheit führen.

Ein Grundsatz gilt für alle Länder: Der Schlüssel zur Lösung vieler Gesundheitsprobleme liegt ausserhalb des Gesundheitssektors bzw. bei den Betroffenen selbst. Deshalb sollte es insbesondere als prioritär eingestuft werden, dem Beitrag, den andere Sektoren und die breite Öffentlichkeit zur Gesundheitsförderung, vor allem im Gemeinderahmen, leisten können, neue Impulse zu verleihen. In dieser Hinsicht ist die Akzeptanz des Grundprinzips, dass die Einbeziehung der Bevölkerung in die Gesundheitsentwicklung nicht nur passiv sein sollte, von massgeblicher Bedeutung. Ein grundlegendes Element des Konzeptes "Gesundheit 2000" ist die dahingehende Vermittlung von Erkenntnissen an und Einflussnahme auf die Bevölkerung, dass Gesundheitssicherung nicht nur für, sondern auch mit und durch die Bevölkerung erfolgt. Primäre Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der Erklärung von Alma-Ata mit dem Akzent auf einer gezielten Einbeziehung der Bevölkerung und auf sektorübergreifender Kooperation ist das wichtigste Einzelelement bei der Neuorientierung des Gesundheitsversorgungssystems, das auf intensive Unterstützung angewiesen ist. Des weiteren ist es gleichfalls von Bedeutung, einen wirtschaftlicheren, effektiveren und humaneren Einsatz der vorhandenen Ressourcen zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

## 5. Zukunftsperspektiven

Die in diesem Dokument enthaltenen Zielaussagen sind als wohldurchdachter Versuch zu werten, eine Trendwende in der Entwicklung des Gesundheitsniveaus in Europa herbeizuführen. Letztlich stehen Gesundheit und Wohlbefinden der europäischen Kinder, der kommenden Generationen, auf dem Spiel. Eine erfolgreiche Umsetzung der Strategie "Gesundheit 2000" bedeutet, dass sich für alle Kinder der Region die Chancen verbessern würden:

- gesund auf die Welt zu kommen, als Wunschkind von Eltern, die die Zeit, die Mittel und die Fähigkeit haben, sie in angemessener Form aufzuziehen und gebührend für sie zu sorgen
- in eine Gesellschaft hineinzuwachsen, in der die Grundwerte gesunder Lebensweisen befürwortet werden, die individuelle Wahl ermutigt und eine freie Entfaltung ermöglicht wird,
- dass ihren fundamentalen Gesundheitsbedürfnissen entsprochen wird und dass sie nachhaltig gegen Krankheit und Unfälle geschützt werden

und dass allen Menschen gleiche Chancen eingeräumt würden:

- in einer Impulse vermittelnden Umwelt sozialer Zusammengehörigkeit zu leben, ohne Bedrohung durch Krieg, mit breit gefächerten Möglichkeiten für die zufriedenstellende Erfüllung einer wirtschaftlichen und sozialen Aufgabe,

- in einer Gesellschaft alt zu werden, die auf die Erhaltung ihrer Fähigkeiten bedacht ist, ihnen ein gesichertes, sinnvolles Leben im Ruhestand ermöglicht, ihnen die benötigte Fürsorge bietet und es ihnen schliesslich ermöglicht, in Würde zu sterben.

Diese Herausforderung trifft den Kern menschlichen Strebens. Es besteht die Notwendigkeit, in der Bevölkerung der Region einen weitreichenden Konsens darüber herbeizuführen, dass "Gesundheit für alle" ein Ziel ist, das bis zum Jahr 2000 erreicht werden sollte, kann und wird. Entsprechende gemeinsame Bemühungen der 32 Mitgliedstaaten führen nicht nur zu einem besseren Gesundheitsniveau und zu besseren Lebensbedingungen für die Menschen in der Region, sondern können gleichfalls dazu beitragen, die internationalen Spannungen durch Vermittlung eines Solidaritätsgefühls und gegenseitige Unterstützung im Gesundheitsbereich über politische, kulturelle und ethnische Schranken hinweg abzubauen. Somit kann hierin ein massgeblicher Faktor für ein besseres Verständnis und stärkeres Vertrauen unter den Völkern in der Region gesehen werden, der zur Gewährleistung der allerwichtigsten Voraussetzung: Frieden, beiträgt.

## 1. VORAUSSETZUNGEN FÜR EINEN GUTEN GESUNDHEITZUSTAND

### Einleitung

In den nachfolgenden Kapiteln des vorliegenden Dokuments werden Ziele zur Umsetzung der Strategie "Gesundheit für alle" in der Region vorgeschlagen. Wenn diese Ziele erreicht werden sollen, sind tiefgreifende Verbesserungen in speziell gesundheitsrelevanten Fragen wie Lebensweise und Umweltsituation sowie in der Gesundheitsversorgung eine unabdingbare Voraussetzung, allerdings werden derartige Verbesserungen nur von geringem Nutzen sein, wenn bestimmte grundlegende Voraussetzungen nicht erfüllt werden. Ohne Frieden und soziale Gerechtigkeit, ohne ein ausreichendes Nahrungsangebot und gesicherte Wasserversorgung, ohne Bildungsmöglichkeiten und zumutbare Wohnverhältnisse und ohne die Möglichkeit für jeden Bürger, eine sinnreiche Aufgabe in der Gesellschaft zu übernehmen und über ein angemessenes Einkommen zu verfügen, kann das Postulat Gesundheit als öffentliches Gut nicht erfüllt werden, kann es kein echtes Wachstum und keine gesellschaftliche Weiterentwicklung geben.

Die Hauptverantwortung für die Erreichung der diesbezüglichen Zielvorgaben liegt ausserhalb des Gesundheitssektors: Man muss sich dieser Verantwortlichkeit auf allen Ebenen des politischen Entscheidungsprozesses in den Ländern vollauf bewusst werden, so dass bei der Prioritätensetzung für die generelle Entwicklung eines Landes der Notwendigkeit einer Ausprägung derjenigen Lebensaspekte, die als unabdingbare Voraussetzung für Gesundheit anzusehen sind, Rechnung getragen wird. Auf internationaler Ebene sind Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten sowie gemeinsame Bemühungen aller Organisationen der Vereinten Nationen andererseits erforderlich, denen die Hauptverantwortung für die speziellen Zielsetzungen in den Schwerpunktbereichen und für die generelle Schaffung der entsprechenden Voraussetzungen obliegt. Diese Erfordernisse stehen in Einklang mit Resolution A/RES/34/58 der Generalversammlung der Vereinten Nationen, derzufolge die einschlägigen Gremien des Systems der Vereinten Nationen aufgerufen sind, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten die Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation hinsichtlich der Erreichung des Ziels "Gesundheit 2000" zu koordinieren und durch entsprechende Massnahmen zu unterstützen. Wenn diese Interdependenz nicht in den Ländern und auf internationaler Ebene anerkannt wird, werden die Bemühungen um eine Verbesserung des Gesundheitsniveaus zwangsläufig kostspieliger und weniger effektiv.

Vor allem bedarf es eines konsequenten Engagements sowohl seitens der Regierungen als auch seitens der Bevölkerung, um den in den einzelnen Mitgliedstaaten nötigen Massnahmen hinreichend Gewicht zu verleihen und die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten untereinander in ausreichendem Mass zu intensivieren, damit die Ziele in der Europäischen Region erreicht werden können.

### 1.1 Europa ohne Kriegsangst

Krieg stellt die massivste Bedrohung der Gesundheit dar. Ein Krieg hätte unvorstellbare Folgen, allein wenn man an die Zahl der getöteten, verwundeten und dauerhaft behinderten Personen denkt. Der Abwurf einer Atombombe mit einer Megatonne Sprengkraft über einer Grossstadt würde mehr als 1,5 Millionen Todesopfer fordern und genauso viele Menschen verwunden. In einem "begrenzten" Nuklearkrieg würde bei einem Einsatz kleinerer taktischer Kernwaffen mit insgesamt 20 Megatonnen Sprengwirkung zur Bekämpfung militärischer Ziele in einem verhältnismässig dichtbevölkerten Gebiet schätzungsweise mit 9 Millionen Toten und Verwundeten zu rechnen sein, wohingegen im Falle einer totalen Kriegführung - wenn atomare Vernichtungswaffen mit einer Sprengkraft von 10 000 Megatonnen zum Einsatz gelangen - 1,15 Milliarden Todesopfer und 1,1 Milliarden Verwundete zu beklagen sein würden, so dass mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung zu den unmittelbaren Opfern zählen würde.<sup>a</sup> Die weltweiten Folgen für die Umwelt wären katastrophal.

Indessen darf nicht übersehen werden, dass auch ein konventioneller Krieg eine massive Bedrohung der Menschheit darstellt: Allein wenn man an die schrecklichen Verwüstungen des Zweiten Weltkriegs denkt, kann man sich vorstellen, welche Folgen ein internationaler bewaffneter Konflikt grösseren Ausmasses angesichts der weitaus zerstörerischen Gewalt der jetzt verfügbaren "konventionellen" Waffensysteme heutzutage hätte.

Friede ist jedoch nicht nur der Zustand ohne Krieg: Friede ist gleichfalls ein konkretes Gefühl des Wohlbefindens und der Sicherheit für alle Bürger in den einzelnen Ländern, mit Möglichkeiten zur Gestaltung des eigenen Schicksals nach freiem Ermessen und zur vollen Entfaltung der menschlichen Fähigkeiten. Dabei wird von der Voraussetzung ausgegangen, dass jede Nation auf gleichberechtigter Basis und im Geiste echter Solidarität und Gegenseitigkeit an der Gestaltung einer besseren Welt für die Menschheit aktiv teilnehmen kann. Ein wichtiger Gesichtspunkt in

<sup>a</sup> Effects of nuclear war on health and health services. Dokument A/36/12.

dieser Hinsicht ist, dass im heutigen Europa nicht der Krieg selbst, sondern die Angst vor einem Krieg ein Problem für die Gesundheit darstellt. Die wachsenden internationalen Spannungen in den letzten Jahren haben diese Befürchtungen derart vergrößert, dass die Möglichkeiten für die Bewohner der Region, gemeinsam in Eintracht auf eine bessere Zukunft hinzuwirken, ernsthaft eingeschränkt werden.

Das alles hat die Generalversammlung der Vereinten Nationen zu der kürzlichen Entscheidung veranlasst, eine Resolution zu verabschieden, mit der nochmals die dringende Notwendigkeit für die Völker aller Länder unterstrichen wird, alle denkbaren Schritte zu unternehmen, um die wachsende Kriegsgefahr abzuwenden.<sup>a</sup>

Der Gesundheitssektor kann im Rahmen seiner eigentlichen Rolle einen Beitrag zum Abbau der internationalen Spannungen leisten. In jedem einzelnen Land sollte der Gesundheitssektor Initiativen zu einer verstärkten langfristigen engen Zusammenarbeit mit anderen Ländern in Gesundheitsfragen ergreifen. Durch bilaterale und internationale Forschung, Tagungen und Kontaktaufnahmen wird nicht nur die Gesundheitssicherung vorangetrieben, sondern gleichzeitig werden Verständnis und Beziehungen zwischen Einzelpersonen, Institutionen und Ländern verbessert, was zum Abbau internationaler Spannungen beiträgt und den Wert multilateraler Kooperation belegt.

Darüber hinaus sollte der Gesundheitssektor eines jeden Landes es sich zur Aufgabe machen, ein besseres Verständnis um die gesundheitlichen Folgen eines Krieges, insbesondere eines Atomkrieges, zu wecken und somit zur Stärkung der Friedensbemühungen beizutragen. Durch eine objektive Analyse des Ausmasses der Zerstörung, Leiden und Behinderungen für die Bevölkerung eines Landes infolge eines Krieges, durch eine realistische Darstellung der geringen Möglichkeiten, die dem jeweiligen Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, um die Opfer in der Zivilbevölkerung und unter den Kriegsteilnehmern zu versorgen sowie durch entsprechende Information der Politiker und Aufklärung der Öffentlichkeit könnte der Gesundheitssektor einen wichtigen Beitrag zu einer gezielteren Suche nach Mitteln und Wegen zur Verhinderung des Ausbruchs neuer Kriege leisten. Auf internationaler Ebene hat die Weltgesundheitsorganisation mit dem durch die Weltgesundheitsversammlung verabschiedeten und später veröffentlichten Bericht über "Effects of nuclear war on health and health services"<sup>b</sup> eine Initiative in diese Richtung ergriffen. Derartige Bemühungen sollten fortgesetzt werden.

## 1.2 Chancengleichheit für alle

Aus der Zielsetzung "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" leitet sich für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region ein grundlegendes sozialpolitisches Prinzip ab: Alle Menschen haben gleichermaßen Anspruch auf Gesundheit. Voraussetzung für die Verwirklichung dieses Anspruchs sind gleiche Chancen für jeden Bürger der Region zur vollen Entfaltung und Erhaltung seiner Gesundheit. Dieser Grundsatz gilt in zweierlei Hinsicht für die Europäische Region: gleiche Voraussetzungen im Verhältnis der Länder untereinander sowie im Verhältnis der Bevölkerungsgruppen eines jeden Landes.

Im gegenwärtigen Zeitpunkt ist das Gefälle zwischen den Ländern der Region enorm. Die Europäische Region umfasst Länder mit ganz unterschiedlichem Lebensstandard. Bei einem Vergleich des Bruttosozialprodukts 1980 in den einzelnen Mitgliedstaaten, gerechnet pro Kopf der Bevölkerung, reicht die Palette von knapp 700 US-Dollar bis mehr als 12 000 US-Dollar. Die Lebenserwartung bei der Geburt schwankt in den einzelnen Mitgliedstaaten zwischen 55 Jahren und 77 Jahren. In einigen reicheren Ländern gibt es Überkapazitäten an Krankenhausbetten und ausgebildetem Gesundheitspersonal, wohingegen in einigen der ärmsten Länder die grundlegende Infrastruktur des Gesundheitswesens noch immer lückenhaft ist. Diese eklatanten Diskrepanzen im Gesundheitszustand und Gesundheitsdienst finden ihre Entsprechung in dem unterschiedlichen Ausmass der Armut in den verschiedenen Ländern der Region und innerhalb der einzelnen Länder, wobei selbst in den reicheren Ländern das generelle Problem der sozialen Ungerechtigkeit keineswegs unbekannt ist. Ähnliche Unterschiede bestehen auch in anderer Hinsicht: z.B. was die Hygiene, Wasserversorgung, Wohnverhältnisse und Möglichkeiten zur Deckung der grundlegenden Bedürfnisse anbelangt. Wie in Kapitel 2 im einzelnen ausgeführt wird, gehen derartige Ungleichheiten in der sozioökonomischen Entwicklung mit einem besorgniserregenden Gesundheitsgefälle einher.

In den weniger privilegierten Ländern der Region ist das Kernproblem der Mangel an Finanzierungsmitteln für Investitionen auf dem Gesundheitssektor. Deshalb ist es eine vordringliche Aufgabe für die Europäische Region, konstruktive, tragfähige Solidaritätskonzepte vorzulegen, um für die reicheren Länder neue Wege für eine effektivere Zusammenarbeit mit den ärmeren Ländern zum

<sup>a</sup> Resolution A/RES/38/113 der Generalversammlung der Vereinten Nationen, verabschiedet am 16. Dezember 1983.

<sup>b</sup> Dokument A/36/12.

Ausbau des Gesundheitssektors zu eröffnen. Das steht in Einklang mit der von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedeten "Charta der wirtschaftlichen Rechte und Pflichten der Staaten"<sup>a</sup> sowie mit der "Internationalen Entwicklungsstrategie für die dritte Entwicklungsdekade der Vereinten Nationen"<sup>b</sup>, mit der die Industrieländer eindringlich aufgefordert werden, ihre staatliche Entwicklungshilfe an die Entwicklungsländer signifikant zu erhöhen. In dieser Hinsicht könnten neue Möglichkeiten zur Mobilisierung freiwilliger Hilfen zugunsten der Entwicklungsländer eröffnet werden. Ein Weg hierzu wäre, durch Schaffung eines europäischen Sonderfonds für Gesundheitsentwicklung die weniger entwickelten Länder in der Region beim Ausbau der Infrastruktur des Gesundheitswesens zu unterstützen. Ein derartiger Fonds sollte entsprechend den generellen Weisungen des Regionalkomitees verwaltet werden und auf Entwicklungsprojekte, die mit den konzeptionellen Grundlagen der Strategie "Gesundheit 2000" in Einklang stehen, beschränkt sein. Allerdings wäre vor einer Entscheidung über die Einrichtung eines derartigen Fonds eine spezielle Durchführbarkeitsstudie erforderlich.

Selbst in den höher entwickelten Ländern der Europäischen Region sind soziale Benachteiligungen nichts Ungewöhnliches; sogar in den Ländern mit dem höchsten Entwicklungsstand waren bei einem Vergleich zwischen der untersten und der obersten sozialen Schicht Unterschiede von sieben Jahren in der Lebenserwartung und eine zweieinhalbfache so hohe Säuglingssterblichkeit zu verzeichnen. Mitte der 70er Jahre lebten allein in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften etwa 30 Millionen Menschen in Armut. Auch in den übrigen Teilen der Region gibt es Menschen, die am Rande des Existenzminimums leben. Ihre Zahl hat sich noch durch das Hinzukommen einer "neuen Generation von Armen" vergrößert, dazu gehören viele Frauen, die für Kinder sorgen müssen und die entweder über ein sehr niedriges Einkommen verfügen oder auf staatliche Unterstützung angewiesen sind. Ähnliche Ungleichheiten können gleichfalls in anderen Bevölkerungsgruppen innerhalb der einzelnen Länder (beispielsweise ältere Menschen, ethnische Minderheiten und Einwohner bestimmter geographischer Gebiete) beobachtet werden. Daher muss es ein zentrales Anliegen aller einzelstaatlichen Orientierungsgrundlagen für "Gesundheit 2000" sein, konsequente langfristige Konzepte für einen nachhaltigen Abbau der sozialen Benachteiligungen im Einkommens-, Wohnbereich usw. vorzulegen.

### 1.3 Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse der Bevölkerung

Wenn in der Region eine spürbare Weichenstellung in Richtung auf echte Chancengleichheit im sozialen Bereich erfolgen soll, müssen Möglichkeiten gegeben sein, den grundlegenden Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden, d.h.: ausreichende Nahrung, elementare Bildungsmöglichkeiten, hygienisch einwandfreies Trinkwasser, zumutbare Wohnverhältnisse und sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten mit angemessenem Einkommen.

#### 1.3.1 Ernährung

In verschiedenen Teilen der Region, das gilt sowohl für reichere Länder als auch für Entwicklungsländer, ist richtige Ernährung noch immer ein akutes Problem. Im Kindesalter schwächere Ernährung die Widerstandskraft gegenüber Krankheiten und hat Störungen der körperlichen und geistigen Entwicklung zur Folge. Die Kindersterblichkeitsziffern und Geburtsgewichtsangaben deuten in bestimmten Teilen der Region auf ernst zu nehmende Fälle von Unter- oder einseitiger Ernährung hin. Des Weiteren ist die falsche Ernährungsweise zahlreicher älterer Menschen, insbesondere alleinstehender Personen, in vielen Ländern ein vordringliches Problem.

Grundnahrungsmittel sollten für jeden erschwinglich sein. Gut geplante, integrierte lebensmittelrechtliche und ernährungswissenschaftliche Konzepte und Programme sind erforderlich, um die Herstellung und Vermarktung von Nahrungsmitteln zu erschwinglichen Preisen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen sowie in benachteiligten Gebieten zu verbessern.

Eines der übergeordneten Ziele im Rahmen der "Internationalen Entwicklungsstrategie für die dritte Entwicklungsdekade der Vereinten Nationen"<sup>c</sup> ist die Beseitigung von Hungersnot und Fehler-nährung; dieses Ziel könnte u.a. erreicht werden, wenn sichergestellt wäre, dass alle Menschen sich die benötigten Grundnahrungsmittel zu Preisen, die im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten liegen, verschaffen können.

<sup>a</sup> Resolution 3281(XXIX) der Generalversammlung der Vereinten Nationen, verabschiedet am 12. Dezember 1974.

<sup>b</sup> Resolution A/RES/35/56 der Generalversammlung der Vereinten Nationen, verabschiedet am 5. Dezember 1980.

<sup>c</sup> Resolution A/RES/35/56 der Generalversammlung der Vereinten Nationen.

### 1.3.2 Grundausbildung

Bildungsmöglichkeiten sind der Ausgangspunkt für die Ausprägung individueller Fähigkeiten und für die Erfüllung einer sinnvollen Funktion in der Gesellschaft. Sie bilden auch die Grundlage für ein Gesundheitsverständnis, für eine bewusste Wahl der Lebensweise und für die Pflege der eigenen Gesundheit bzw. der Gesundheit der Familie. Mit Annahme der Verfassung der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO)<sup>a</sup> haben die Mitgliedstaaten die Notwendigkeit uneingeschränkter, gleicher Bildungschancen für alle anerkannt.

Weltweit gesehen liegt die Europäische Region in bezug auf den Bildungsstand der Bevölkerung mit an der Spitze. Dennoch gibt es enorme Ungleichheiten. In einigen Ländern konnte 1980 schätzungsweise die Hälfte der Bevölkerung der Altersgruppe über 15 Jahre nicht lesen und schreiben, dort sind etwa 80 Prozent der weiblichen Bevölkerung als Analphabeten anzusehen. Selbst in Ländern mit hohem Entwicklungsstand ist der prozentuale Anteil der Analphabeten signifikant.

Kürzlich verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen eine Resolution<sup>b</sup> über das Recht auf Bildung unter Hervorhebung der Notwendigkeit, das Analphabetentum auszumerzen, und hielt alle Staaten an, geeignete Massnahmen zu ergreifen, um dieses Recht durch Einführung einer allgemeinen Schulpflicht zum freien Besuch einer allgemeinbildenden Schule, durch generellen, schrittweise kostenlosen Zugang zur weiterführenden Ausbildung und gleichen Zugang zu sämtlichen Bildungseinrichtungen durchzusetzen. Besonderes Augenmerk sollte auf Gruppen gerichtet werden, die nicht die gleichen Chancen des Zugangs zu einer angemessenen Grundausbildung hatten. Mit der Resolution wurde die UNESCO ersucht, an der Durchsetzung dieses Rechts mitzuwirken und alle Sonderorganisationen der Vereinten Nationen wurden zur diesbezüglichen Zusammenarbeit mit der UNESCO angehalten.

### 1.3.3 Wasserversorgung und -hygiene

Hygienisch einwandfreie Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung ist eine unabdingbare Voraussetzung für den Schutz der menschlichen Gesundheit. In einigen Ländern stehen jedoch einem Grossteil der Bevölkerung in ländlichen Gebieten und sogar etlichen Stadtbewohnern noch nicht einmal die elementarsten Einrichtungen zur Verfügung. Schätzungen zufolge werden weit über 100 Millionen Menschen in der Region nicht ausreichend mit einwandfreiem Wasser versorgt und für rund 250 Millionen Bewohner sind die sanitären Verhältnisse unzulänglich. Die Bedeutung dieses Problems zeigt sich in der Tatsache, dass in einigen Ländern noch immer viele Kleinkinder an entzündlichen Darmerkrankungen und Durchfallkrankheiten sterben.

Als Zielvorgabe im Rahmen der Internationalen Trinkwasserversorgungs- und Sanierungsdekade<sup>c</sup> wird postuliert, dass bis 1990 für alle Menschen eine kontinuierliche, hygienisch einwandfreie Trinkwasserversorgung sowie angemessene Sanitäreinrichtungen sichergestellt sein sollten. In Kapitel 4 sind in dieser Hinsicht bestimmte Einzelziele vorgesehen.

### 1.3.4 Zumutbare Wohnverhältnisse

Angemessene Wohnverhältnisse sind ein wichtiger Faktor für die Gestaltung des Familienlebens und Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Die hygienischen Bedingungen im menschlichen Wohnbereich sind ein äusserst bedeutungsvoller Umweltfaktor für Gesundheit, das gilt insbesondere für den Personenkreis, der sich überwiegend in Innenräumen aufhält, wie z.B. Säuglinge, Kleinkinder, ältere Menschen und Behinderte. Somit haben die Wohnverhältnisse in irgendeiner Form Einfluss auf das körperliche und seelische Wohlbefinden sowie die soziale Stellung eines jeden Menschen.

Millionen Europäer leben in äusserst primitiven Behausungen, insbesondere in den Entwicklungsländern; doch auch in den Ländern mit einem höheren Entwicklungsstand gibt es noch ernsthafte Wohnprobleme. So leben mehrere Millionen Menschen in immer mehr verwaorlosten Innenstädten oder in spartanischen Neubauten ohne ausreichenden Wohnkomfort. In vielen Ländern der Region stehen nicht genügend Wohnungen zu einem vernünftigen Mietpreis zur Verfügung. Insbesondere junge Paare müssen oftmals viele Jahre warten, bevor sie eine eigene Wohnung beziehen können, und Personen mit einem niedrigen Einkommen wie z.B. viele alte Menschen können sich u.U. nie eine eigene Wohnung leisten. Wegen des Wohnungsmangels oder überhöhter Mieten müssen sich vielfach mehrere Familien eine Wohnung teilen oder Familienangehörige sind gezwungen, getrennt zu leben.

---

<sup>a</sup> Verfassung der United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, angenommen in London am 16. November 1945.

<sup>b</sup> Resolution A/RES/37/178 der Generalversammlung der Vereinten Nationen.

<sup>c</sup> Resolution A/RES/35/10 der Generalversammlung der Vereinten Nationen.

Hier zeigt sich deutlich, dass dieser Sektor ein wesentliches Problem für die Europäische Region insgesamt darstellt, und in Kapitel 4 wird für diesen Bereich ein gesundheitsrelevantes Einzelziel gesetzt.

### 1.3.5 Arbeitsplatzsicherung und eine sinnvolle Rolle in der Gesellschaft

Es ist schon immer ein grundlegendes menschliches Bedürfnis gewesen, einen sicheren Arbeitsplatz zu haben und eine sinnreiche Aufgabe in der Gesellschaft wahrzunehmen. Dementsprechend wirken sich Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung aus menschlicher und sozialer Sicht nachteilig auf die betroffenen Personen, ihre Familien und die Öffentlichkeit aus, und es gibt immer mehr Anzeichen dafür, dass auch die Gesundheit beeinträchtigt werden kann.

Langfristige Wirtschaftsprognosen können nicht mit Bestimmtheit gemacht werden. Es wäre verfrüht, von der Annahme auszugehen, dass es erneut, und sei es auch erst in den 90er Jahren, so hohe Wachstumsraten wie in den 50er und 60er Jahren geben wird. Die traditionellen Industriezweige der Region sind einem mächtigen Konkurrenzdruck aus Ländern der Dritten Welt ausgesetzt und neue Technologien führen sowohl in der Industrie als auch in vielen Dienstleistungsbereichen dazu, dass mehr mit einem geringeren bzw. gleichbleibenden Arbeitskräfteeinsatz produziert werden kann. In der Region hat sich die Arbeitslosenquote nunmehr auf einem seit zwei Generationen unbekanntem Niveau eingependelt. Aus den vorgenannten Gründen muss bei einer realitätsbezogenen Gesundheitsplanung von der Annahme ausgegangen werden, dass die durchschnittlichen jährlichen Wirtschaftswachstumsraten in der Region bis zum Jahr 2000 nur gering sein werden.

Diese düstere generelle Wirtschaftsprognose bedeutet allerdings nicht zwangsläufig, dass kontinuierlich wachsende Armut und Erwerbslosigkeit passiv hingenommen werden müssen. Gesundheits- und Sozialwesen sind und bleiben arbeitskräfteintensive Sektoren, teilweise weil ihre Funktionsfähigkeit von persönlichen Kontakten mit und persönlichen Dienstleistungen für die betreffenden Leistungsempfänger abhängt. Ein Ausbau des Gesundheitssektors kann neue sinnreiche Beschäftigungsmöglichkeiten - gegen oder ohne Entgelt - eröffnen und wäre somit ein Weg zur Minderung der Arbeitslosigkeit, sofern genügend politische Bereitschaft für solche Massnahmen vorhanden ist.

Als Reaktion auf die wirtschaftlichen Schwierigkeiten wurden die Aus- und Fortbildungsmassnahmen für Jugendliche überwiegend auf den Wirtschaftssektor ausgerichtet, indessen wäre es vonnöten, junge Menschen auf Sozialberufe vorzubereiten. Dabei ist ein wichtiger zu erwähnender Umstand, dass in der Vergangenheit im Rahmen der Bildungsmassnahmen wenig getan wurde, um einen Gesinnungswandel in bezug auf das traditionelle Rollenverständnis von Mann und Frau herbeizuführen. Eine Konsequenz dieser Rollenverteilung ist, dass Frauen meist nur die Befähigung zur Ausübung schlechtbezahlter Tätigkeiten erhalten. Das wirkt sich besonders im Falle des Auseinanderbrechens familiärer Bindungen aus, was oftmals dazu führt, dass alleinerziehende Elternteile, d.h. geschiedene Frauen mit Kindern, nur über ein geringes Einkommen verfügen.

Durch beschäftigungspolitische Massnahmen, darunter auch eine Neuausrichtung der Ausbildung Jugendlicher angesichts der Wirtschaftskrise, sollten Möglichkeiten für die Wahl einer aus sozialer und wirtschaftlicher Sicht befriedigenden Tätigkeit, unter Wahrung des Lebensstandards und im Hinblick auf die Ausfüllung der gesellschaftlichen und familiären Rolle, geboten werden. Hinsichtlich der Schaffung sinnvoller Beschäftigungsmöglichkeiten für ältere Menschen und Behinderte, in denen sie ihre Fähigkeiten bestmöglich entfalten können, sollten ernsthafte Bemühungen unternommen werden. Angesichts des sich in Wirtschaft und Industrie vollziehenden Wandels sollten durch Forschung neue Möglichkeiten zur Umstrukturierung der Arbeit und Verteilung der Arbeitsplätze eröffnet werden. Die Aufzeigung neuer Wege zur Förderung dieses Prozesses stellt eine Herausforderung an die Politiker dar.

All das steht in Einklang mit den Zielen und Bestrebungen der Internationalen Arbeitsorganisation, im Rahmen von Länderprogrammen Vollbeschäftigung in Berufen, in denen die Menschen ihre Fähigkeiten und Interessen bestmöglich zum Einsatz bringen können, sicherzustellen, des weiteren Sicherung eines Mindesteinkommens für alle Personen, die eines speziellen Schutzes bedürfen, sowie Arbeitsbedingungen, die eine gerechte Verteilung der Früchte des Fortschritts an alle gewährleisten.<sup>a</sup>

---

<sup>a</sup> Verfassung der Internationalen Arbeitsorganisation.

#### 1.4 Politisches Engagement und Unterstützung seitens der Öffentlichkeit

Angesichts des hochgesteckten Ziels "Gesundheit für alle" sind starkes politisches Engagement und gezielte Einbeziehung der Bevölkerung wesentliche Voraussetzungen für die Einleitung der erforderlichen Massnahmen. Die jeweils für die Ausarbeitung und Umsetzung der gesundheitspolitischen Konzepte zuständigen Gesundheitsministerien oder sonstigen Behörden sollten tragfähige Ansätze ausbauen, um eine konsequente Konzentration der Bemühungen des betreffenden Landes insgesamt auf das übergeordnete Ziel "Gesundheit 2000" sicherzustellen. Dieses Postulat steht in Einklang mit den von der Generalversammlung der Vereinten Nationen und der Weltgesundheitsversammlung verabschiedeten Resolutionen, mit denen die Länder aufgefordert werden, auf nationaler Ebene Strategien für die Realisierung des Ziels "Gesundheit 2000" zu entwickeln und die erforderlichen Schritte für die Umsetzung dieser Strategien einzuleiten.<sup>a</sup> Dieser Prozess zur Mobilisierung einer Mitwirkung sollte vorzugsweise im Wege politischer Entscheidungen auf höchster Ebene in Gang gesetzt und landesweit auf allen Sektoren bekräftigt werden. Dabei sollte auf allen Sektoren ein verstärkter Akzent auf Gesundheit gelegt werden, unter Würdigung der Tatsache, dass in allen Bereichen der Schutz der menschlichen Gesundheit ein übergeordnetes Anliegen ist.

Die Art und Weise, in welcher die Bevölkerung für eine Mitarbeit gewonnen wird, hängt jeweils von den kulturellen Gegebenheiten, der sozialen Struktur und dem politischen System eines Landes ab. Des weiteren sollte ein starkes Engagement seitens der führenden Kräfte von Religionsgemeinschaften und Bürgerausschüssen bzw. sonstiger Personen des öffentlichen Lebens, Gewerkschaften sowie einflussreicher nichtstaatlicher Organisationen angestrebt werden. Eine solche Einbeziehung der Öffentlichkeit könnte durch Einsetzung spezieller Verbände in den Ländern zum Zweck der Förderung und Realisierung des Ziels "Gesundheit 2000" aktiviert werden. Es müssten Mittel mobilisiert werden, um in Fachkreisen des Gesundheitswesens, sonstigen sozialen Gruppierungen und insbesondere kommunalen Gremien eine konstruktive Mitarbeit im Rahmen einer landesweiten Bewegung für "Gesundheit 2000" herbeizuführen, ausserdem sollten grossangelegte, kontinuierliche Kampagnen für die Sicherstellung der aktiven Unterstützung durch die breite Öffentlichkeit eingeleitet werden.

In der Europäischen Region ist starkes gemeinschaftliches politisches Engagement der Mitgliedstaaten erforderlich, als Impuls für die notwendigen gemeinsamen Aktionen. Der erste Anstoss wurde 1977 mit Annahme der Zielsetzung "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" durch die Weltgesundheitsversammlung gegeben, der nächste Schritt war die Annahme der Regionalstrategie für "Gesundheit 2000" durch das Regionalkomitee im Jahre 1980; ein weiterer konstruktiver Ansatz war die Verabschiedung, durch das Regionalkomitee 1984, von speziellen, bis zum Jahr 2000 zu realisierenden Regionalzielen zur Unterstützung der Regionalstrategie sein.<sup>b</sup> Als Ausdruck der politischen Bereitschaft für einen echten Wandel kommt dem bereits erwähnten Beschluss der Mitgliedstaaten, permanente Instrumentarien zur Überwachung und Bewertung des Fortschritts in Richtung auf das Ziel "Gesundheit für alle" in jedem einzelnen Land zu schaffen, gleichermassen Bedeutung zu. Mit Annahme eines Katalogs von zunächst jedoch nur vorläufigen Indikatoren sowie eines ebenfalls zunächst nur vorläufigen Aktionsplans für "Gesundheit 2000" durch die vierunddreissigste Tagung des Regionalkomitees wurde das Engagement weiter verstärkt. Dieser Prozess könnte später sogar einen Gipfelpunkt mit der Verabschiedung einer regionalen Gesundheitscharta durch alle Mitgliedstaaten erreichen, um das Gefühl der Mitverantwortung in dem Versuch der Verwirklichung einiger grundlegender Aspirationen der Menschheit verstärkt unter Beweis zu stellen und somit die Bemühungen um eine friedliche Zusammenarbeit weiter zu intensivieren. Auf der Tagung des Regionalkomitees im Jahre 1980 war man jedoch übereingekommen, diese Bestrebungen vorläufig nicht weiterzuverfolgen.

---

<sup>a</sup> Resolution A/RES/34/58 der Generalversammlung der Vereinten Nationen; Resolution WHA30.43.

<sup>b</sup> EUR/RC34/R5 (Anhang 1).



## 2. GESUNDHEIT FÜR ALLE BIS ZUM JAHR 2000 IN EUROPA

Um das Ziel "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" in Europa zu erreichen, müssen zwei Grundprobleme in Angriff genommen werden: erstens die Verringerung der bestehenden Ungleichheiten hinsichtlich der Gesundheit zwischen den Ländern und zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb eines Landes. Es sollte sichergestellt werden, dass alle Einwohner der Region gleiche Möglichkeiten zur Förderung, Aufrechterhaltung und Benutzung ihrer Gesundheit haben. Daher sollten besondere Anstrengungen gemacht werden, denjenigen Ländern, Gruppen und Einzelpersonen diese Möglichkeit zu verschaffen, die ihrer am meisten bedürfen. Das zweite Problem besteht darin, die Gesundheit so weit zu verbessern, dass Krankheit und Krankheitsfolgen vermindert werden. Somit hat "Gesundheit für alle" in Europa vier verschiedene Dimensionen, was die gesundheitlichen Ergebnisse betrifft, die Massnahmen einschliessen, um:

- die Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit zu gewährleisten, indem die heute noch bestehenden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern und zwischen Gruppen innerhalb der Länder verringert werden
- das Leben lebenswerter zu machen, indem für die ungehinderte Entfaltung und Benutzung der vollen oder verbleibenden körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Menschen gesorgt wird, damit sie aus ihrer Lebenssituation auf gesunde Weise den grössten Nutzen ziehen und sie auch bewältigen können
- gesünder zu leben, indem Häufigkeit und Schweregrad von Krankheiten und funktionellen Behinderungen verringert werden
- das Leben zu verlängern, indem die Zahl vorzeitiger Todesfälle verringert und dadurch die Lebenserwartung erhöht wird.

"Gesundheit für alle" kann in Europa nur in dem Ausmass verwirklicht werden, wie es der Region gelingt, diese zwei grundlegenden Probleme in den Griff zu bekommen; diese müssen somit als Schlüssel zum Erreichen dieses Ziels aufgefasst werden.

Die in diesem Kapitel erwähnten Einzelziele befassen sich zunächst mit dem Anliegen, die Ungerechtigkeit auf dem Gebiet der Gesundheit zu verringern und die gesundheitlichen Fähigkeiten des einzelnen zu fördern. Sodann wird auf die uns offenstehenden Möglichkeiten zur Ausrottung bestimmter Krankheiten und zur Verminderung von Behinderungen aufmerksam gemacht, und schliesslich werden Anregungen für mögliche Wege zur Verringerung der Säuglings- und Müttersterblichkeit und vorzeitiger Todesfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems, Krebs, Unfällen oder Freitod gegeben. Bei der Formulierung der Einzelziele wurde darauf geachtet, die Verwirklichung dieser Ziele nur in einem Ausmass vorzuschlagen, von dem man sicher weiss, dass es realistisch ist, entweder weil diese Ziele mindestens in einigen Ländern der Region bereits erreicht worden sind oder weil die dafür nötige Technologie vorhanden ist.

### 2.1 Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit

Ziel 1 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTEN DIE DERZEIT BESTEHENDEN UNTERSCHIEDE IM GESUNDHEITZUSTAND ZWISCHEN DEN LÄNDERN SOWIE ZWISCHEN VERSCHIEDENEN GRUPPEN INNERHALB DER LÄNDER UM MINDESTENS 25 PROZENT VERRINGERT WERDEN, UND ZWAR DURCH VERBESSERUNG DES GESUNDHEITSNIVEAUS DER BENACHTEILIGTEN VÖLKER UND GRUPPEN

*Dieses Einzelziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: Wenn die Grundvoraussetzungen für eine gute Gesundheit für die gesamte Bevölkerung in den Ländern geschaffen werden, wenn die von der Lebensweise abhängigen Risiken verringert werden, wenn die gesundheitlichen Aspekte der Lebens- und Arbeitsbedingungen verbessert werden und wenn die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer guten primären Gesundheitsversorgung erhält.*

### Problemstellung

Der Gesundheitszustand lässt sich an zahlreichen Indikatoren messen, doch ist für Vergleiche zwischen den Ländern infolge der Unzulänglichkeiten der Gesundheitsstatistik in vielen Ländern nur die Mortalität verwendbar, wenn die Vergleiche ein vernünftiges Mindestmass an Zuverlässigkeit aufweisen sollen. (Unter Einzelziel 35 wird auf die Notwendigkeit verwiesen, diese Situation zu verbessern.) Um das Jahr 1980 lag die Lebenserwartung bei der Geburt in den Ländern der Region im Bereich von 73 bis 55 Jahren bei Männern und von 80 bis 57 Jahren bei Frauen, wogegen die entsprechenden Zahlen 1960 noch im Bereich von 71 bis 47 Jahren bei Männern und 76 bis 47 Jahren bei Frauen gelegen hatten. Die Säuglingssterblichkeit schwankte von weit über 100 bis weniger als 7 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten. In sämtlichen Altersgruppen waren ausgeprägte Mortalitätsunterschiede festzustellen, und zwar nicht nur hinsichtlich der Gesamtmortalität, sondern auch der Mortalität infolge bestimmter Krankheiten, insbesondere der am besten verhütbaren Krankheiten wie Pneumonie oder andere infektiöse und parasitäre Krankheiten. Obwohl keine hinlänglichen Daten für systematische Vergleiche zwischen den Ländern vorliegen, ist es sehr wahrscheinlich, dass ähnlich ausgeprägte Unterschiede auch hinsichtlich der Morbidität und funktioneller Behinderungen bestehen.

Ausgeprägte Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustands bestehen ferner zwischen den stärker und den weniger privilegierten Gruppen innerhalb der Länder. Unabhängig von der Art und Weise, wie die verschiedenen sozialökonomischen Gruppen definiert werden, hat sich stets gezeigt, dass es gemessen an den klassischen Mortalitätsindikatoren bezüglich des Gesundheitszustands schwer benachteiligte Gruppen gibt, wobei die grössten Unterschiede bei den verhütbaren Ursachen von Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen, wie etwa Infektionen oder verhaltensabhängige Krankheitszustände.

Die Unterschiede zwischen den sozialökonomischen Gruppen sind häufig sehr gross und können sich bezüglich der Lebenserwartung auf mehrere Jahre belaufen. In mehreren Untersuchungen wurde ein mehr als doppelt so grosser Unterschied hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit und der Sterblichkeit infolge von Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkung, Lungenkrebs und Herzinfarkt wie auch ein mehr als dreifacher Unterschied bezüglich der Mortalität durch Leberzirrhose nachgewiesen. Desgleichen wurde festgestellt, dass das durchschnittliche Alter des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben infolge von Krankheit oder Behinderungen zwischen Arbeitern und Angestellten um 2-5 Jahre abweicht. Ähnliche Abweichungen sind durch Untersuchungen über die Morbidität und Funktionsbehinderungen nachgewiesen worden.

Die Sterblichkeit der Männer ist in sämtlichen Altersgruppen höher als bei Frauen; am grössten sind die Unterschiede jedoch bei jungen Erwachsenen. In mehreren Ländern liegt die Sterblichkeitsquote der Männer in der Altersgruppe 15-34 Jahre dreimal höher als die der gleichaltrigen Frauen. Indessen bestehen auch in den älteren Altersgruppen ausgeprägte Unterschiede weiter fort, besonders hinsichtlich der von der Lebensweise abhängigen Mortalität, d.h. infolge von Unfällen, Vergiftungen oder anderen gewaltsamen Todesarten, mit dem Rauchen zusammenhängender Krebskrankheiten und bestimmter Krankheiten der Atmungsorgane, der ischämischen Herzkrankheit und der Leberzirrhose. Man kann daher mit Sicherheit sagen, dass ein grosser Teil der höheren Mortalität der Männer verhütet werden könnte.

### Lösungsvorschläge

Die Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheiten erfordert in erster Linie, dass die Grundvoraussetzungen für Gesundheit allgemein zugänglich sind und dass die von der Lebensweise abhängigen Gesundheitsrisiken verringert werden. Der grösste Teil der heutigen Unterschiede im Gesundheitszustand sind auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Die benachteiligten Völker und Gruppen sind nicht nur Umweltgefahren stärker ausgesetzt, sondern auch der Gefahr, sich gesundheitsschädliche Gewohnheiten anzueignen, während die Wohlhabenden nicht nur besser vor umweltbedingten Gesundheitsbedrohungen geschützt sind, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach auch grösseren Nutzen aus der Gesundheitsförderung ziehen. Aus diesem Grunde wird sich die bestehende Kluft noch erweitern, falls der heutige Trend anhält.

Das vorliegende Einzelziel über die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten stellt eine Herausforderung dar, nämlich den Trend, durch Verbesserung der gesundheitlichen Möglichkeiten benachteiligter Völker und Gruppen umzukehren und sie dadurch in die Lage zu versetzen, gegenüber ihren stärker privilegierten Partnern aufzuholen. Dies schliesst innerhalb der einzelnen Länder vor allem die nötige Bereitschaft ein, das Problem zu erkennen, und erfordert ferner die nötige Initiative für die aktive Suche nach Informationen über das wahre Ausmass dieser Erscheinung sowie den politischen Willen zur Ausarbeitung einer Sozialpolitik, die an den Wurzeln der Bildung sozialer Gruppen ansetzt, etwa im Sinne garantierter Mindesteinkommen, der Gewährleistung des Rechts auf Arbeit, aktiver bürgernaher Beistandsdienste für in Not geratene Gruppen usw. Das letztere Erfordernis hat wichtige Rückwirkungen auf das Gesundheitsversorgungssystem, insbesondere in der Hinsicht, dass sichergestellt werden muss, dass die Leistungen der Gesundheitsversorgung in einer für die hilfsbedürftigen Gruppen annehmbaren Form erbracht werden.

Das Ziel, die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten zu verringern, darf nicht nur als Aufgabe für die am wenigsten entwickelten Länder verstanden werden, sondern stellt auch eine echte Herausforderung für die stärker entwickelten Länder dar, den ersteren durch eine wirkungsvollere Zusammenarbeit bei den finanziellen und technischen Aspekten des Aufbaus des Gesundheitsversorgungssystems einschliesslich seiner Infrastruktur- und Arbeitskraftkomponenten zu helfen.

Die Verwirklichung der obengenannten Ziele wird in Anbetracht der bestehenden internationalen und nationalen Einschränkungen zweifellos keine leichte Aufgabe sein, wenn der politische Wille und die übernommenen Verpflichtungen nicht durch eine breitere internationale Zusammenarbeit und eine Neuverteilung der vorhandenen Mittel unterstützt werden.

## 2.2 Das Leben lebenswerter machen - Förderung der gesundheitlichen Fähigkeiten

Ziel 2 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTEN DIE MENSCHEN DIE GRUNDLEGENDE GELEGENHEIT ERHALTEN, IHR GESUNDHEITSPOTENTIAL ZU ENTWICKELN UND AUSZUNUTZEN, UM EIN GESELLSCHAFTLICH UND WIRTSCHAFTLICH ERFÜLLTES LEBEN ZU FÜHREN

*Dieses Einzelziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: falls die Gesundheitspolitik in den Ländern einen Rahmen für die Entwicklung, Durchführung und Überwachung von Programmen schafft, die die erforderlichen Umweltbedingungen herbeiführen bzw. die nötigen Dienste und soziale Unterstützung geben, dass jeder einzelne sein Gesundheitspotential entwickeln und davon Gebrauch machen kann.*

### Problemstellung:

Nach dem Gesundheitsverständnis der WGO, wonach Gesundheit als Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Fehlen von Krankheit oder Behinderung zu verstehen ist, wird Gesundheit als ein positiver Zustand betrachtet, der den ganzen Menschen und seine gesamte Lebenssituation einschliesst. Aus diesem positiven und relativen Gesundheitsbegriff folgt, dass jedermann, unabhängig von seinem gegenwärtigen Alter oder den gegenwärtigen Verhältnissen, Wohlbefinden erreichen kann, indem er seine vorhandenen funktionellen Fähigkeiten voll ausnützt.

Die meisten Gesundheitsprogramme waren bisher auf Krankheit als eine biologische Abweichung von der Norm statt auf den gesamten Bereich von Gesundheit und relativer Gesundheit als positiven Wert orientiert. "Gesundheit für alle" erfordert somit die Schaffung von Mechanismen, die die gesundheitlichen Fähigkeiten der gesamten Bevölkerung fördern, sowie die Beseitigung aller Schranken, die die Benutzung des zur Verfügung stehenden Gesundheitspotentials verhindern. Sie erfordert ferner, dass sich die breite Öffentlichkeit vermehrt bewusst wird, dass die Gesundheit ein wichtiges Hilfsmittel darstellt, um ein befriedigendes Leben zu führen und die Einstellungen und Fertigkeiten der einzelnen zu entwickeln, um ihnen zu ermöglichen, vollen Gebrauch von ihren gesundheitlichen Fähigkeiten zu machen, um ihre Lebenssituation zu bewältigen, und zwar auch dann, wenn sie nicht mehr im Vollbesitz dieser Fähigkeiten sind.

Es ist wichtig zu erkennen, dass bestimmten Bevölkerungsgruppen bisweilen keine praktisch durchführbare Möglichkeit gegeben wird, Gebrauch von ihren Fähigkeiten zu machen; dieser Mangel an Möglichkeiten kann tatsächlich Behinderungen oder funktionelle Einschränkungen zur Folge haben. In dieser Situation befinden sich häufig Betagte in zahlreichen Gemeinden. Obwohl die verringerte funktionelle Fähigkeit mit dem fortschreitenden Alter zusammenhängt, ist nicht bekannt, wie gross der prozentuale Anteil des Funktionsverlustes ist, der auf eine vermeidbare Einbusse der körperlichen Leistungsfähigkeit und/oder der sozialen Kontakte zurückzuführen ist. Die meisten alternden Menschen zeigen keine Symptome des geistigen und körperlichen Verfalls; im Gegenteil erfreuen sie sich in der Regel eines Gesundheitsniveaus, das ihnen erlaubt, weiterhin ein gesellschaftlich und wirtschaftlich aktives Leben zu führen. Die meisten alternden Menschen sind in der Tat in der Lage, weiterhin eine produktive Beschäftigung auszuüben, und würden dies auch lieber tun, doch wird in den meisten Ländern eine Ruhestandsalterspolitik betrieben, die dieses Reservoir von erfahrenen und gutausgebildeten Arbeitskräften aus dem Erwerbsleben verdrängt, obwohl keine Gesellschaft diese Reserve ungenutzt lassen sollte. Auch andere Entscheidungen über die Betagten werden getroffen, ohne sie zuvor zu konsultieren, obwohl die Betroffenen in der Regel selbst am besten wissen, welches ihre Bedürfnisse sind und wie diese gedeckt werden sollten. Ein weiteres, bisweilen sehr ernstes Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass ein zunehmender Teil der Betagten allein und isoliert lebt. Dieser Anteil liegt zur Zeit bei den Frauen besonders hoch, von denen in der Altersgruppe 60-64 Jahre in vielen Ländern rund 50 Prozent alleinstehend sind. In vielen Fällen ist es nötig, diesen Menschen sowohl Anreize als auch Gelegenheiten zum Gebrauch ihrer Fähigkeiten zu geben.

Indessen haben nicht nur viele Betagte grosse Hindernisse für die Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit zu überwinden. Auch alleinstehende Eltern mit Kleinkindern, insbesondere junge Mütter, haben häufig weder die Gelegenheit noch die Mittel für Entspannung, Geselligkeit und eine ausgleichende körperliche Betätigung. Auch für Berufstätige, die Nacht- oder Schichtarbeit leisten, kann es schwierig sein, ihre gesundheitlichen Fähigkeiten zu entwickeln. Ethnische Minderheiten, Gastarbeiter usw. fühlen sich in vielen Gemeinschaften häufig aus dem normalen gesellschaftlichen Zusammenleben ausgeschlossen. Da sich die Beweise dafür immer mehr verdichten, dass soziale Kontakte und soziale Unterstützung für die Gesundheit und das Wohlbefinden von grosser Bedeutung sind, sollte dieser Frage im Hinblick auf ein gesundes Altern besondere Beachtung geschenkt werden. Schliesslich ist daran zu erinnern, dass in manchen Fällen mangelnde Kenntnis der gesundheitserhaltenden und gesundheitsfördernden Faktoren oder das Fehlen der nötigen Einstellung und Fertigkeiten die entscheidenden Hindernisse dafür sind, dass die Menschen ihr volles Gesundheitspotential entwickeln können.

### Lösungsvorschläge

Eine bedeutende Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung der Europäischen Region liesse sich erzielen, wenn im Rahmen der regionalen Einzelziele für "Gesundheit für alle" Strategien und Programme verwirklicht würden, die den Menschen die grundlegenden Voraussetzungen für Gesundheit geben, gesunde Lebensweisen fördern und eine diesen zuträgliche soziale und physische Umwelt schaffen sowie ganz generell die Erhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit fördern würden.

Der Gesundheitsbegriff, der von den Lehrplänen der Schulen vermittelt und in den Massenmedien dargestellt wird, sollte die Notwendigkeit betonen, dass jeder seine eigenen körperlichen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten entwickelt und davon Gebrauch macht. Zu diesem Zweck müssen Hindernisse für ein gesundheitsförderndes Verhalten beseitigt und die Lebenssituation dem Erreichen dieses Ziels zuträglich gemacht werden. Jeder einzelne muss seinerseits die Verantwortung für die Entwicklung und Erhaltung seiner Fähigkeiten übernehmen.

Alle menschlichen Rechte und Privilegien müssen hinsichtlich der alternden Bevölkerung erneut bestätigt werden, da diese offensichtlich Anspruch auf einen gerechten Anteil an den Gütern und Leistungen hat, zu deren Erzeugung sie mit ihrer Arbeit beigetragen hat.

Die Sozialpolitik für die Betagten sollte darauf ausgerichtet werden, den Betagten die wirtschaftliche Unabhängigkeit, das Recht auf Selbstbestimmung in persönlichen Angelegenheiten und das Recht auf die Leistung eines aktiven Beitrags zu der Gesellschaft zu garantieren, in der sie leben. Solche Strategien müssen an die kulturellen Muster jeder Gesellschaft angepasst werden und sollten sich auf einen breiten Bereich erstrecken. Wohnungen sollten so geplant und konstruiert sein, dass sie die Unabhängigkeit bei der Bewältigung der Aufgaben des täglichen Lebens fördern, zugleich aber eine genügende Flexibilität für eine unabhängige Lebensführung erlauben und Gelegenheit für soziale Kontakte geben, darunter auch sexuelle Kontakte und sinnvolle persönliche Beziehungen. Die Sozialversicherungsprogramme sollten die wirtschaftliche Sicherheit und Unabhängigkeit gewährleisten. Bei der Festlegung des Ruhestandsalters sollte mehr Flexibilität gezeigt werden, desgleichen bei der Verteilung der Arbeit über die gesamte Lebensdauer; Einrichtungen für eine anregende Freizeitgestaltung oder Teilzeitarbeit sollten die älteren Menschen dazu anspornen, auch nach dem Übertritt in den Ruhestand ein sinnvolles Leben zu führen.

Die Gesellschaft sollte in allen Ländern die bestehenden Möglichkeiten voll ausschöpfen, die geistigen und kulturellen Ressourcen der Betagten zu mobilisieren und nutzbringend einzusetzen. Die Politik sollte sich daher auf die Förderung des Zusammenhalts zwischen den Generationen richten. Nicht nur sollte die jüngere Generation ermutigt werden, sich an der Betreuung der älteren Menschen zu beteiligen, sondern auch die alternden Menschen sollten ermutigt werden, sich am Leben der jüngeren zu beteiligen und ihnen zu helfen.

Die Bemühungen zur Ausarbeitung von Indikatoren über die positive Gesundheit zeigen, wie schwierig es ist, den wesentlichen Gehalt des Begriffs "Gesundheit" zu erfassen und genau zu messen. Jeder einzelne kann seine eigene Gesundheit im Rahmen seiner Lebenssituation selbst am besten abschätzen. Es hat sich gezeigt, dass Messungen des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands den späteren Gesundheitsverlauf einschliesslich der Mortalität genauer vorherzusagen vermögen als viele andere Indikatoren für den Gesundheitszustand. Aus diesem Grunde sollten die Mitgliedstaaten systematisch Daten über die individuelle Wahrnehmung der Gesundheit sammeln, um die Fortschritte auf dem Wege zu "Gesundheit für alle" bewerten zu können und ein besseres Verständnis für die Einschätzung dieser Fortschritte durch die Bevölkerung selbst zu gewinnen.

### 2.2.1 Bessere Möglichkeiten für Behinderte

Ziel 3 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTEN DIE BEHINDERTEN DIE PHYSISCHEN, SOZIALEN UND WIRTSCHAFTLICHEN MÖGLICHKEITEN ERHALTEN, DIE IHNEN ZUMINDEST ERLAUBEN, EIN SOZIAL UND WIRTSCHAFTLICH ERFÜLLTES UND GEISTIG KREATIVES LEBEN ZU FÜHREN

*Dieses Einzelziel ist erreichbar, wenn die Gesellschaft in den einzelnen Ländern eine positive Haltung gegenüber den Behinderten einnimmt und Programme ausarbeitet, die auf die Schaffung angemessener physischer, sozialer und wirtschaftlicher Möglichkeiten für Behinderte abzielen, die diesen erlauben, ihre Fähigkeiten zur Führung eines gesunden Lebens zu entwickeln.*

#### Problemstellung

Trotz aller denkbaren präventiven und rehabilitativen Bemühungen wird es immer Menschen mit bleibenden Funktionsbeeinträchtigungen und -unfähigkeiten geben. Dies braucht jedoch nicht zu einer sozialen Behinderung oder Benachteiligung zu führen. Die physische und soziale Umgebung ist in erster Linie ausschlaggebend dafür, wie sich eine Beeinträchtigung oder Funktionsunfähigkeit auf die Fähigkeit des Betroffenen zur Führung eines befriedigenden und produktiven Lebens auswirkt.

Behindert ist jemand nur dann, wenn ihm die allen anderen Angehörigen seines Gemeinwesens offenstehenden Möglichkeiten vorenthalten werden, etwa auf dem Gebiet der Führung eines normalen Familienlebens, der Ausbildung, der Beschäftigung, des Wohnens, des Zugangs zu öffentlichen Einrichtungen, der Bewegungsfreiheit und des allgemein anerkannten Lebensstandards.

Die Integration der Behinderten in ihre Wohngemeinde ist in den meisten Ländern alles andere als zufriedenstellend. Noch nirgends sind sämtliche Hindernisse beseitigt worden, wenn auch manche Länder wichtige Schritte getan haben, um die Hindernisse für die volle Beteiligung der Behinderten am Gemeinschaftsleben zu beseitigen oder doch zu verringern. In vielen Fällen sind behinderte Kinder und Erwachsene immer noch vom Schulbesuch ausgeschlossen, sei es wegen ihrer eingeschränkten Bewegungsfähigkeit oder weil die für sie verantwortlichen Personen ihre Fähigkeiten und ihr Entwicklungspotential nicht genügend gut kennen. Behinderte Kinder sind allzuoft auf ein Leben in Anstalten beschränkt, die mehr verwahren als erzieherischen Charakter haben. Behinderte erhalten häufig keine Anstellung oder nur untergeordnete und schlechtbezahlte Arbeit, obwohl nachweisbar ist, dass bei richtiger Beurteilung, Ausbildung und Wahl des Arbeitsplatzes die meisten Behinderten die herrschenden Arbeitsnormen einhalten können. Schliesslich wird den Behinderten häufig das Recht auf Selbstbestimmung über ihr Leben und ihre künftige Entwicklung vorenthalten, ebenso die Möglichkeit, sich am gesellschaftlichen Leben ihrer Gemeinde zu beteiligen. Diese Benachteiligung ist das Ergebnis physischer, gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Hindernisse, die oft auf Unwissenheit, Angst oder Gleichgültigkeit zurückzuführen sind, was bei der Einstellung gegenüber geistig Behinderten besonders deutlich festzustellen ist.

#### Lösungsvorschläge

Um die Grundhaltung der Gesellschaft gegenüber den Behinderten zu ändern, sind grosse Anstrengungen erforderlich. Dazu gehören intensive Kampagnen, die sich an sämtliche Altersgruppen richten und bezwecken, der breiten Bevölkerung bewusstmachen, dass auch in einem funktionsunfähigen oder beschädigten Körper ein menschliches Wesen lebt. Es sollten Sonderprogramme eingerichtet werden, um den Behinderten zu helfen, ihre Fertigkeiten im täglichen Leben, im Sport und im gesellschaftlichen Umgang zu verbessern. Strenge Regeln für die Planung von Gebäuden und Städten sollten einen guten Zugang gewährleisten und verschiedenen Arten von Behinderten funktionelle Möglichkeiten erschliessen. Hohe Priorität sollte der Konstruktion besserer technischer Hilfen für Behinderte gegeben werden. Die zusätzlichen Kosten, die Behinderten für besonders für sie gebaute Wohnungen, Transportmittel und Hilfsmittel für das tägliche Leben, die Arbeit und die Freizeit entstehen, sollten aus öffentlichen Mitteln bezahlt werden. Den Behinderten sollten ihren funktionellen Restfähigkeiten angemessene bezahlte Arbeitsplätze zugesichert werden. Allen Behinderten, gleichgültig ob sie in Anstalten oder in der eigenen Wohnung leben, sollten sämtliche Grund- und Menschenrechte garantiert werden, einschliesslich des Rechts auf Selbstbestimmung über ihr eigenes Leben, auf eine Privatsphäre in vernünftigem Ausmass, auf sexuelle Beziehungen und auf Beteiligung am gesellschaftlichen Leben. Am wichtigsten von allem wird jedoch die Notwendigkeit sein, zu gewährleisten, dass die Behinderten selbst einen entscheidenden Einfluss auf die Gestaltung solcher Strategien und Programme sowohl auf nationaler als auch ganz besonders auf örtlicher Ebene ausüben.

## 2.3 Gesünder leben

Ein gesünderes Leben zu erreichen, indem Häufigkeit und Schweregrad von Krankheiten und Funktionsunfähigkeiten verringert werden, lässt sich durch eine doppelte Strategie erreichen:

- a) Verringerung der Inzidenz und der Folgen von Unfällen und Krankheiten, für die teilweise affektive Verhütungs- und/oder Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen (Ziel 4);
- b) vollständige Ausrottung von Krankheiten aus der Region, für die zuverlässige Bekämpfungstechniken vorhanden sind, die mit einer vernünftigen Anstrengung angewendet werden können (Ziel 5).

### 2.3.1 Verringerung von Krankheiten und Funktionsunfähigkeiten

Ziel 4 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTE DIE DURCHSCHNITTLLICHE ZAHL DER LEBENSJAHRE, DIE FREI VON SCHWEREN KRANKHEITEN ODER GRÖßEREN FUNKTIONSBEHINDERUNGEN VERBRACHT WERDEN, UM MINDESTENS 10 PROZENT ERHÖHT WERDEN

*Dieses Einzelziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: wenn z.B. umfassende Programme entwickelt werden, die auf die Primärprävention von Unfällen und Gewaltausübung, Herz-Kreislauf-Krankheiten, von der Lebensweise abhängigen Krebskrankheiten, Berufskrankheiten, psychischen Störungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch abzielen, und wenn der ganzen Bevölkerung angemessene kurative und rehabilitative Dienste zur Verfügung gestellt werden, ferner wenn das gegenwärtig vorhandene Wissen über die Verhütung von Infektionskrankheiten systematisch angewandt wird, wenn genetische Beratungsdienste weiteren Kreisen zugänglich gemacht werden, wenn die Forschung über Behinderungen verursachende Störungen des Nerven- und des Muskel- und Skelettsystems verstärkt wird und wenn Vorbeugungsmaßnahmen auf dem Gebiet der oralen Gesundheit in wirksamer Weise durchgeführt werden.*

#### Problemstellung

Schätzungsweise rund 20 Prozent der Funktionsbehinderungen sind auf nichtübertragbare somatische Krankheiten zurückzuführen, 15 Prozent auf Unfälle (rund die Hälfte davon auf Strassenverkehrsunfälle), 15 Prozent auf psychische Störungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, 10 Prozent auf angeborene Anomalien einschliesslich von Erbschäden und 7 Prozent auf geistigen Entwicklungsrückstand.

Gemessen an seiner Prävalenz, zeigt der Umfang von Funktionsbehinderungen einen klaren Altersgradienten, indem nur rund 1-2 Prozent der jungen Leute körperlich behindert sind, während dieser Anteil in der Altersgruppe 75 Jahre und darüber auf über 30 Prozent ansteigt. Der Anteil derer, die Schwierigkeiten beim Bewältigen ihres täglichen Lebens haben, steigt von rund 50 Prozent in der Altersgruppe 60-64 Jahre auf über 70 Prozent in der Altersgruppe 85 Jahre und darüber. Somit übt das Älterwerden der Bevölkerung an sich einen Einfluss auf die Zahl der potentiell behinderten Personen aus.

Auch die Ursachen von Krankheit und Behinderung sind je nach Alter unterschiedlich. Unter den genetischen Faktoren, die vor der Geburt wirksam werden, sind Chromosomenaberrationen, einfache Gendefekte sowie kompliziertere und unterschiedliche genetische Veranlagungen für Krankheiten oder angeborene Anomalien zu nennen, die auf bekannte und unbekannte Teratogene zurückzuführen sind. Geburtstraumen und bestimmte perinatale Krankheiten sind ebenfalls von Bedeutung. Während der Kindheit und bei jungen Erwachsenen tragen hauptsächlich Unfälle im Verkehr, zu Hause und am Arbeitsplatz zu Funktionsbehinderungen bei. Im Erwachsenenalter und im höheren Lebensalter nehmen neue, Behinderungen verursachende Krankheitszustände überhand, wenn auch Traumata immer noch eine wichtige Rolle spielen: so etwa geistige Störungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, chronische Krankheiten der Atmungsorgane, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsapparats und des Bindegewebes sowie bestimmte Krebsformen.

Grosse Fortschritte sind in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten erzielt worden. Dennoch kommen viele dieser Krankheiten, obwohl sie durchaus wirksam bekämpft werden könnten, immer noch in der gesamten Region vor. In vielen Ländern sind die Immunisierungs- und Überwachungsprogramme immer noch äusserst unvollständig. Durchfallkrankheiten verursachen wegen der Kontaminierung von Nahrungsmitteln und Trinkwasser immer noch hohe Mortalitäts- und Morbiditätsquoten in den sich entwickelnden Teilen der Region, während die Salmonellose in den Industriestaaten auf dem Vormarsch

ist. Akute Infektionen der Atmungsorgane bilden eine bedeutende Belastung der Primärversorgungsdienste, sind ein wichtiger Faktor für die Mortalität und Morbidität von Kindern und auch der wichtigste medizinische Grund des Fernbleibens von der Arbeit. Problematisch sind ferner die anhaltende Prävalenz der Hepatitis A und der starke Anstieg der Hepatitis B wie auch einiger anderer Virus- und Krankenhausinfektionen und Geschlechtskrankheiten. Obwohl die Prävalenz der Tuberkulose in den meisten Mitgliedstaaten drastisch verringert werden konnte, sind weitere Massnahmen in verschiedenen Ländern immer noch nötig.

Die Zahnkaries und Wurzelhafterkrankungen zeigen weiterhin eine hohe Prävalenz. Obwohl die durchschnittliche Zahl der verlorenen, fehlenden oder mit Füllungen versehenen Zähne pro Person (der sogenannte DMFT-Index) bei 12jährigen in verschiedenen Ländern nach Fluoridierungskampagnen drastisch zurückgegangen ist, liegt dieser Index in der Europäischen Region immer noch im Bereich von zwei bis weit über sieben. Die Prävalenz und der Schweregrad von Wurzelhafterkrankungen sind in beinahe sämtlichen Ländern der Region hoch.

Die sozialen Auswirkungen von Krankheit und Funktionsbehinderung hängen vom Grad der Abhängigkeit ab, die sich daraus und aus ihrer Dauer ergibt. Schwere Behinderungen, die früh im Leben entstehen, sind von besonderer Bedeutung, doch beeinträchtigen auch spätere Behinderungen das Wohlbefinden des einzelnen und seine Integration in die Gesellschaft. Die Umkehrung ist ebenso richtig: Morbidität und Funktionsbehinderung gehen in der Regel mit sich verschlechterten sozialökonomischen Verhältnissen einher. Krankheitsepisoden sind bei sozialökonomisch benachteiligten Gruppen fast immer häufiger, die Krankheitsdauer ist länger, und das Auftreten von Funktionsunfähigkeiten kommt ebenfalls häufiger vor.

#### Lösungsvorschläge

Zur Verringerung von Krankheiten und Behinderungen werden in allen betroffenen Gebieten umfassende Programme erforderlich sein; viele der in diesem Dokument erwähnten Einzelziele können für diesen Zweck wichtig sein.

Die höchste Priorität sollte die Primärprävention der am weitesten verbreiteten Krankheitszustände erhalten, die zu Behinderungen führen, wie etwa Herz-Kreislauf-Krankheiten (Ziel 9), Unfälle (Ziel 11), Gewalteinwirkung (Ziel 17), ausgewählte Krebsformen (Ziel 10) sowie Berufskrankheiten (Ziel 25). Da diese Krankheitsbefunde von besonderen und detaillierten Einzelzielen erfasst werden, sollen hier nur einige Beispiele aus anderen wichtigen Gruppen erwähnt werden.

Hinsichtlich genetischer Krankheitsformen und angeborener Anomalien besteht die rationale Vorgehensweise darin, die Aufmerksamkeit und das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu wecken, die Diagnose zu stellen und Beratung zu geben und geeignete technische Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Indessen geht es hier auch um äusserst wichtige und schwierige ethische Probleme, weshalb technische Mittel nur dann eingesetzt werden sollten, wenn den betroffenen Personen zuvor eine umfassende Aufklärung und eine Wahl- bzw. Entscheidungsmöglichkeit in voller Kenntnis des Sachverhalts geboten wurden. Unter den möglichen Massnahmen sind genetische Beratung, Frühbehandlung oder vorbeugende Veränderung der Lebensweise bishin zum selektiven Abort eines schwerbeschädigten Fötus zu nennen.

Grosse Forschungsanstrengungen sind noch nötig, um wirksame Wege zur Verhütung rheumatischer Krankheiten zu finden. Solange auf diesem Gebiet keine Prävention möglich ist, muss das Schwergewicht bei derartigen Krankheiten auf eine zweckmässige, schmerzlindernde Behandlung und bessere Rehabilitationsdienste gelegt werden, wenn es unterdessen nicht zu einem Durchbruch in den Behandlungsmethoden kommt.

Über die Ursachen von Geisteskrankheiten ist bisher immer noch viel zuwenig bekannt. Obwohl eine intensivere Erforschung biologischer Faktoren (Genetik, Biochemie des Gehirns) und externer Faktoren (im Zusammenhang mit der sozialen oder der physischen Umgebung) erforderlich ist, sind in Anbetracht des bereits vorhandenen Wissens Versuche zur Verbesserung der Umweltbedingungen gerechtfertigt. Wenn es gelingt, die in Kapitel 3 über die Lebensweisen genannten Einzelziele zu erreichen, insbesondere diejeniger beträchtlichen Verbesserung zu führen, können sich vieles erreichen, insbesondere durch die Ausbildung von Personal, das sich mit den Problemen der geistig-psychischen Gesundheit auf Gemeindeebene befasst, dafür vollen Gebrauch vom Potential des Gemeinwesens selbst macht und das Selbstvertrauen der Patienten wiederherstellt.

Für eine Verringerung der Inzidenz und Prävalenz von Infektionskrankheiten sind Verbesserungen auf vielen Gebieten erforderlich, die an anderer Stelle in diesem Dokument erwähnt sind und von besonderen Einzelzielen abgedeckt werden. Manche dieser Verbesserungen sind allgemeiner Art, wie etwa eine hygienisch einwandfreie Wasserversorgung (Ziel 20), Sanierung und Wohnungswesen (Ziel 24) oder Ernährung (Ziel 16). Andere Infektionskrankheiten können durch Immunisierungs- und umfassende Ausrottungsprogramme beseitigt werden (Ziel 5). Bessere epidemiologische Überwachungs- und Kontrollsysteme sind erforderlich, um neue Fälle bestimmter Infektions- und Parasitenkrankheiten schnell zu entdecken und die Art des beteiligten Umwelt-"Überträgers" zu bestimmen. Besondere Massnahmen sind zum Schutz stark exponierter Gruppen und zur Neutralisierung potentieller Verschmutzungsquellen erforderlich. Schliesslich muss in den Gesundheitserziehungsprogrammen auch die Rolle des individuellen Verhaltens für die Verhütung von übertragbaren Krankheiten berücksichtigt werden.

Zahnkaries und Wurzelhafterkrankungen sind primär von der Lebensweise abhängig, da diese Risiken mit der übermässigen Einnahme fermentierbarer Kohlenhydrate, einer mangelhaften Mundhygiene und einer ungenügenden Fluoreinnahme mit der Nahrung zusammenhängen. Die Verstärkung und Erweiterung des Erfassungsgrades der Bevölkerung durch Programme zur Verhütung von oralen Erkrankungen sind von überragender Bedeutung, wobei der Schwerpunkt solcher Programme auf der Notwendigkeit liegen muss, die Risikofaktoren zu verringern und eine regelmässige Einnahme der nötigen Menge von Fluoriden zu gewährleisten. Die Fluoridierung des Trinkwassers wird immer noch als sicherste, billigste und wirksamste Massnahme zur Verhütung der Karies betrachtet, doch haben sich dort, wo diese Methode nicht anwendbar oder unannehmbar ist, auch andere Techniken als sehr wirksam erwiesen. Auf diesem Wege könnte bis zum Jahr 2000 sehr wohl eine Situation erreicht werden, wo die 12jährigen Kinder in keinem Lande oder in keiner Gruppe innerhalb eines Landes mehr als vier zerfallene, fehlende oder mit Füllungen versehene Zähne haben.

Vorbeugungsmassnahmen in anderen Sektoren werden eine entscheidende Rolle für die Verringerung des gegenwärtigen Häufigkeitsniveaus von Krankheiten und Funktionsbehinderungen sein. Nicht weniger wichtig wird indessen der Beitrag sein, den das Gesundheitssystem selbst leisten kann. Durch Risikoverringern, Früherkennung überall dort, wo dafür geeignete Technologien zur Verfügung stehen, sowie eine wirksame Behandlung und Rehabilitation werden die Belastung des Gemeinwesens durch schlechte Gesundheit und Funktionsunfähigkeit beträchtlich vermindern. Allen Patienten einen leichten Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von guter Qualität zu gewährleisten ist deshalb eine unerlässliche Voraussetzung für das Erreichen dieses Einzelziels.

### 2.3.2 Vollständige Ausrottung bestimmter Krankheiten

Ziel 5 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTEN FOLGENDE KRANKHEITEN IN DER EUROPÄISCHEN REGION NICHT MEHR VORKOMMEN: DIE EINHEIMISCHE FORM DER MASERN, POLIOMYELITIS, TETANUS BEI NEUGEBORENE-NEN, ANGEBORENE RÖTELN, DIPHTHERIE, ANGEBORENE SYPHILIS ODER DIE EINHEIMISCHE FORM DER MALARIA

*Dieses Einzelziel ist erreichbar durch ein gutorganisiertes System der primären Gesundheitsversorgung, das eine wirksame epidemiologische Überwachung, den Impfschutz der Bevölkerung, Malariabekämpfungsmassnahmen, Aufklärung über die Risiken der Syphilis, Reihenuntersuchungen und wenn nötig die Behandlung werdender Mütter gewährleistet.*

### Problemstellung

Obwohl die Berichterstattung über diese Krankheiten unvollständig ist, geben die verfügbaren Daten doch ein Bild von den Problemen, die sich dadurch in der Region stellen. Insbesondere wurden im Zeitraum 1976-1980 jedes Jahr über 100 Fälle von Masern pro 100 000 Einwohner mit rund 800 Todesfällen gemeldet, ferner über 900 Fälle von Diphtherie und 700 Fälle von Poliomyelitis. In den letzten fünf Jahren wurden mehr als 4500 Fälle von Tetanus gemeldet, darunter etwa 15 Prozent im ersten Lebensjahr. Schliesslich nahm die Zahl der gemeldeten Malariafälle von über 115 000 im Jahre 1977 auf rund 35 000 im Jahre 1980 ab, stieg aber 1982 wieder auf über 50 000 an.

### Lösungsvorschläge

Heute stehen zufriedenstellende technische Verfahren zur Einrichtung systematischer und wirksamer Überwachungs- und Immunisierungsprogramme auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung zur Verfügung, die es ermöglichen würden, die Masern, die Poliomyelitis, Tetanus bei Neugeborenen, Diphtherie und angeborene Röteln vollständig auszurotten. Derartige Massnahmen könnten beispielsweise Schutzimpfungen gegen die Krankheiten umfassen, mit denen sich das erweiterte Immunisierungsprogramm befasst und für die zur Zeit noch keine genügend guten Impfstoffe zur Verfügung



stehen, dass eine vollständige Ausrottung möglich wäre (Tuberkulose, Keuchhusten). Darüber hinaus sollten diese Massnahmen als Teil eines umfassenderen Schutzimpfungsprogramms betrachtet werden, das sich auch mit Problemen wie dem Einsatz des Hepatitis-B-Impfstoffs für ausgewählte Gruppen befasst. Ein wichtiges Erfordernis in dieser Hinsicht wird die Einleitung energischer Forschungs-bemühungen unter Verwendung neuer Labortechniken wie etwa der Rekombination der DNS usw. sein, um neue Impfstoffe zu entwickeln, die besser, sicherer, billiger und einfacher zu handhaben sind.

Die einheimische Form der Malaria könnte durch ein energisch betriebenes Programm eliminiert werden, das einen breiten Bereich von Bekämpfungsmethoden umfasst, die im Rahmen eines gutorgani-sierten Primärversorgungssystems angewendet werden. Dieses Programm sollte eine zuverlässige epi-demiologische Überwachung mit umweltbezogenen Massnahmen kombinieren, um die Brutstätten von Larven einzuschränken, ferner mit dem Versprühen von Insektenvertilgungsmitteln gegen ausgewachsene Mücken und mit dem Einsatz von Arzneimitteln zur Verhütung und Heilung von Malariainfektionen. Die der-zeitige intensiv betriebene Forschung nach einem Malariaimpfstoff kann auch neue und einfachere Wege zur Bewältigung dieses Problems eröffnen. Die kongenitale Syphilis könnte durch systematische Aufklärung, Frühdiagnose und Frühbehandlung werdender Mütter eliminiert werden, die im Rahmen eines gutorganisierten Primärversorgungssystems durchgeführt würde.

#### 2.4 Verlängerung des Lebens durch Verminderung der Anzahl vorzeitiger Todesfälle

Dieses Kapitel befasst sich zuerst mit einem allgemeinen Thema, der Lebenserwartung, in der alle anderen Sterblichkeitsziffern zusammengefasst zum Ausdruck kommen. In der Folge werden die Einzelziele für die Verringerung der sechs wichtigsten Mortalitätsformen dargestellt: ein alters spezifisches (Säuglingssterblichkeit) und fünf ätiologische Einzelziele (Müttersterblichkeit und Todesfälle durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Krebs, Unfälle und Freitod).

##### 2.4.1 Lebenserwartung bei der Geburt

Ziel 6 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTE DIE MITTLERE LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT IN DER REGION MINDESTENS 75 JAHRE BETRAGEN

*Dieses Einzelziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: wenn bis zum Jahr 2000 die Lebenserwartung in keinem Lande oder in keiner Gruppe innerhalb eines Landes weniger als 65 Jahre beträgt, wenn die Lebenserwartung in den Ländern, die diesen Stand im Jahre 1980 erreicht hatten, bis zum Jahr 2000 mehr als 75 Jahre beträgt und wenn die Unterschiede zwi-schen der Lebenserwartung verschiedener geographischer Gebiete, sozialökonomischer Gruppen und der beiden Geschlechter in sämtlichen Ländern bis dahin um mindestens 25 Prozent verringert worden sind.*

##### Problemstellung

Im Vergleich mit der übrigen Welt ist die Lebenserwartung bei der Geburt in der Europäischen Region hoch. Das Mittel lag im Jahre 1980 bei über 70 Jahren, und zwar bei 67 Jahren für Männer und 74 Jahren für Frauen. Wie in Abschnitt 2.1 gezeigt, bestehen jedoch bedeutende Ungleichheiten zwischen den Ländern der Region, wobei die Schwankungsbreite 73-55 Jahre bei Männern und 80-57 Jahre bei Frauen beträgt.

Zwischen 1960 und 1980 stieg die Lebenserwartung bei der Geburt in der Europäischen Region um drei Jahre, allerdings mit grossen Unterschieden zwischen den Ländern bezüglich der Lebenserwartung in verschiedenen Altersgruppen und der beiden Geschlechter. Bei den Frauen war in allen Ländern und allen Altersgruppen eine Zunahme von unterschiedlicher Grösse festzustellen, während bei den Männern in acht Ländern ein Rückgang in der Altersgruppe 15 Jahre sowie in zehn Ländern in den Altersgruppen 45 und 65 Jahre eintrat, was durch die höhere Mortalität der Männer infolge von Unfällen und von der Lebensweise abhängigen Ursachen zu erklären ist.

Gemäss den Bevölkerungsprojektionen der Vereinten Nationen wird sich der gegenwärtige Trend einer höheren Lebenserwartung bei der Geburt in der Region fortsetzen und im Zeitraum 1995-2000 72 Jahre erreichen, im Zeitraum 2020-2025 sogar 75 Jahre. Somit stellt sich Einzelziel 6 offen-sichtlich die Aufgabe, die Situation über die gegenwärtigen Trends hinaus zu verbessern.

## Lösungsvorschläge

Die Lebenserwartung ist als indirekter Ausdruck der Mortalität einer bestimmten Bevölkerung zu betrachten. Aus diesem Grunde stellt die Verlängerung der Lebenserwartung, wie sie von diesem Einzelziel angestrebt wird, ein grobes Mass für die Verringerung der Mortalität dar. Unter diesem Blickwinkel sind sämtliche Einzelziele dieses Dokuments als potentiell mitwirkende Faktoren für das Erreichen des Einzelziels betreffend die Lebenserwartung zu betrachten. Dementsprechend werden sämtliche vorgeschlagenen Lösungen - von Massnahmen zur Herstellung der grundlegenden Voraussetzungen für Gesundheit, wie soziale Gleichstellung und Gerechtigkeit, Nahrung und Sanierung, bis zu Massnahmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise und einer gesunden Umwelt, einer ausreichenden Betreuung, Unterstützung und Forschung - ihren Teil zur Verlängerung der Lebenserwartung in der Europäischen Region beitragen.

Nichtsdestoweniger muss Massnahmen zur Verminderung der obengenannten sechs wichtigsten Mortalitätsformen (wie in den Einzelzielen 8-12 erläutert) besondere Beachtung geschenkt werden.

Die grösstmögliche Verbesserung bezüglich der von der Lebensweise abhängigen Mortalität könnte durch Verringerung der Zahl der Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Krankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane, Krebs und Unfälle erzielt werden, was von ganz besonderer Bedeutung für die Verlängerung der Lebenserwartung der Männer wäre. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind hinsichtlich dieser Gruppe von Todesursachen am grössten; genetische Faktoren können dieses Phänomen höchstens teilweise erklären. Nur schon die Eliminierung eines einzigen Verhaltensfaktors wie des Rauchens würde zu einem markanten Anstieg der Lebenserwartung in der Region führen.

### 2.4.2 Säuglingssterblichkeit

Ziel 7 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTE DIE SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IN DER REGION WENIGER ALS 20 PRO 1000 LEBENDGEBURTEN BETRAGEN

*Dieses Einzelziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: wenn bis zum Jahr 2000 kein Land oder keine Gruppe innerhalb eines Landes eine Säuglingssterblichkeitsquote von über 40 pro 1000 Lebendgeburten hat, ferner wenn diese Quote in den Ländern, die diesen Stand schon 1980 erreicht hatten, bis zum Jahr 2000 unter 15 pro 1000 liegt und wenn sämtliche Länder versuchen, die Unterschiede zwischen den geographischen Gebieten und den verschiedenen sozial-ökonomischen Gruppen wesentlich zu verringern.*

### Problemstellung

In der Europäischen Region starben um das Jahr 1980 über 500 000 Säuglinge während des ersten Lebensjahres, was eine regionale Gesamtquote von knapp unter 40 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten ergibt, wobei diese Quote in den einzelnen Ländern im Bereich von über 130 bis zu weniger als 7 pro 1000 schwankt.

Im Vergleich mit der Lage im Jahre 1960 hat die Säuglingssterblichkeit in der Region als ganzer um 20 Prozent abgenommen. Das Ausmass dieses Rückgangs der Säuglingssterblichkeit war jedoch in den einzelnen Ländern verschieden, und der Unterschied zwischen dem Land mit der höchsten und dem mit der niedrigsten Säuglingssterblichkeitsquote nahm vom 12fachen auf das 19fache zu.

Der Rückgang der Perinatalsterblichkeit war in allen Ländern beinahe parallel zum rückläufigen Trend der Gesamtsäuglingssterblichkeit im Zeitraum von 1950-54 bis 1975-79. Bei den Todesfällen infolge von Krankheiten der Atmungsorgane und des Verdauungssystems war ein ausgeprägter Rückgang zu beobachten, während sich das Ausmass der Sterblichkeit infolge von angeborenen Anomalien nicht wesentlich verändert hat. Die Sterblichkeit infolge von Infektions- und Parasitenkrankheiten ist nach einem anfänglichen Rückgang in den 60er Jahren in verschiedenen Ländern nunmehr wieder im Steigen begriffen. Obwohl keine genauen Informationen über die ursachenspezifische Säuglingssterblichkeit in den sich entwickelnden Ländern vorliegen, hat eine Erhebung in einem dieser Länder vor kurzem gezeigt, dass über 80 Prozent der Todesfälle bei Säuglingen im Alter von 1 bis 11 Monaten auf Infektionskrankheiten oder Erkrankungen der Atmungsorgane zurückzuführen waren und dass von dieser Zahl über 50 Prozent der Todesfälle allein auf Durchfallkrankheiten entfielen. Die Zahl der Todesfälle infolge äusserer Ursachen ist in manchen Ländern zurückgegangen, während sie in anderen Ländern weiter im Steigen begriffen ist.

Während die Postneonatalsterblichkeit in einigen Ländern immer noch einen grossen Teil der gesamten Säuglingssterblichkeit darstellt, konzentriert sich die Aufmerksamkeit in den meisten Ländern der Region auf die Perinatalsterblichkeit. Ein zutreffender Vergleich zwischen der Wirksamkeit einzelner Länderprogramme auf diesem Gebiet ist schwierig. Im Jahre 1970 wurde jedoch ein Programm mit dem Ziel in Angriff genommen, die Perinatalsterblichkeit bis 1980 auf 18 pro 1000 zu senken; dank diesem Programm konnte die Quote auf 13 pro 1000 gedrückt werden, während nach den früheren Trends ohne Intervention eine Quote von 23 pro 1000 zu erwarten gewesen wäre.

### Lösungsvorschläge

Die Verhütung von Sterbefällen bei Säuglingen infolge von Erkrankungen der Atmungsorgane, Durchfallkrankheiten und anderen Infektions- und Parasitenkrankheiten sollte Priorität erhalten. Zu diesem Zweck ist es unerlässlich, dass eine sichere Trinkwasserversorgung und hygienisch einwandfreie Nahrungsmittel zur Verfügung gestellt werden, Salzlösungen zur oralen Rehydratation eingesetzt und andere angemessene medizinische Betreuungsleistungen auf der Ebene der Primärversorgung erbracht werden. Schwangere Frauen sollten zum Stillen angehalten werden. Auf dem Gebiet der Familienplanung sollten Beratungs- und Planungsmöglichkeiten in grossem Umfang zur Verfügung gestellt werden, um unerwünschte Schwangerschaften insbesondere bei jungen Mädchen verhindern zu helfen. Durch bessere Aufklärung der Eltern und Kinder und durch Massnahmen zur Schaffung einer sichereren Umwelt könnte die Säuglingssterblichkeit verringert werden, insbesondere Todesfälle durch Unfälle. Schliesslich sollte mehr Gewicht auf die Verhütung eines niedrigen Geburtsgewichts durch bessere Ernährung und Alkohol- und Nikotinabstinenz während der Schwangerschaft gelegt werden.

Bei allen diesen Massnahmen muss den sozial benachteiligten Gruppen und den Gemeinschaften der Einwanderer besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Es sollten Programme entwickelt werden, die eine angemessene Vorbereitung auf die Elternschaft und eine zweckentsprechende pränatale Betreuung, Geburtshilfe und präventive Nachbetreuungsdienste gewährleisten. Diese Programme sollten auch Unterstützungsdienste und Aktivitäten umfassen, um allen Bevölkerungskreisen gleichwertige soziale, kulturelle und wirtschaftliche Chancen und Möglichkeiten zu sichern. Um den Grad des Erfolgs oder des Misserfolgs solcher Programme zu messen, ist eine systematische Überwachung und Auswertung erforderlich, die die Unterschiede zwischen der Säuglingssterblichkeit in den verschiedenen Ländern wie auch unter verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufzeigt, und zwar geordnet nach sozialen Klassen und anderen Merkmalen wie Beschäftigung, Einkommen, Ausbildung und geographischen Gebieten.

#### 2.4.3 Müttersterblichkeit

Ziel 8 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTE DIE MÜTTERSTERBLICHKEIT IN DER REGION WENIGER ALS 15 PRO 100 000 LEBENDGEBURTEN BETRAGEN

*Dieses Einzelziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: wenn bis zum Jahr 2000 die Müttersterblichkeit in keinem Lande oder in keiner Gruppe innerhalb eines Landes mehr als 25 pro 100 000 Lebendgeburten beträgt, wenn diese Sterblichkeitsquote in den Ländern, wo sie im Jahre 1980 bereits weniger als 25 betrug, bis zum Jahr 2000 auf weniger als 10 gesenkt werden kann und wenn die Unterschiede zwischen den geographischen Gebieten und den sozialökonomischen Gruppen in sämtlichen Ländern beträchtlich verringert werden können.*

### Problemstellung

Um das Jahr 1980 waren in den 28 Ländern der Region, für die Daten zur Verfügung stehen, 1500 Todesfälle von Müttern pro Jahr zu verzeichnen, was eine Quote von 22 pro 100 000 Lebendgeburten für die Region als Ganzes ergibt. Indessen lag diese Sterblichkeitsquote in 25 Ländern niedriger, und in sechs Ländern konnte sie bereits auf weniger als 10 gesenkt werden.

Im Laufe des vergangenen Jahrzehnts sind die Müttersterblichkeitsquoten zurückgegangen. Die Grössenordnung dieses Rückgangs war jedoch in den einzelnen Ländern sehr verschieden, und diese Quoten schwankten auch stark von einem Jahr zum anderen. In manchen Ländern gingen die Gesamtquoten um mehr als 90 Prozent zurück, und auch die Todesfälle infolge von Toxämie während der Schwangerschaft, Blutungen und Abort gingen im gleichen Ausmass zurück. Während weitere Verbesserungen in den Ländern, wo die Sterblichkeitsquoten bereits einen sehr niedrigen Stand erreicht haben, recht schwierig erscheinen, bleibt in anderen Ländern auf diesem Gebiet noch viel zu tun.

Trotz der im allgemeinen recht niedrigen Müttersterblichkeitsquoten ist eine grosse Zahl der Todesfälle von Müttern bei der Geburt nach den vorliegenden Angaben vermeidbar; viele der Faktoren, die dazu beitragen, sind bereits ermittelt worden. Vertrauliche Untersuchungen über die Müttersterblichkeit, die seit 1952 in einem Lande durchgeführt worden sind, haben sich als nützlich Instrument für die Analyse der Ursachen solcher Todesfälle erwiesen und haben wertvolle Informationen über die Prävention und die Mütterbetreuung erbracht. Der letzte Bericht aus dem Jahre 1982, der sich auf den Zeitraum 1976-78 bezieht, hat gezeigt, dass die 1973-75 verzeichneten beträchtlichen Verbesserungen gegenüber dem Zeitraum 1970-72 aufrechterhalten werden konnten. Der prozentuale Anteil der potentiell vermeidbaren Todesfälle blieb jedoch mehr oder weniger unverändert: Bei mehr als der Hälfte der tatsächlich auf Geburtskomplikationen zurückgehenden Todesfälle spielten ein oder mehrere vermeidbare Faktoren mit. Eine Studie in einem anderen Land hat ferner gezeigt, dass wahrscheinlich rund die Hälfte der Todesfälle von Müttern bei der Geburt vermeidbar wäre.

#### Lösungsvorschläge

Trotz der eindrucklichen Verringerung der Müttersterblichkeit in den letzten drei Jahrzehnten wird immer noch ein grosser Teil dieser Todesfälle durch Faktoren verursacht, die als vermeidbar betrachtet werden. Die Ursachen der Müttersterblichkeit sind natürlich von Land zu Land unterschiedlich, weshalb besondere Untersuchungen ganz entscheidende Aufschlüsse über die Umstände geben könnten, unter denen sich solche Todesfälle ereignen, wie auch über die Ursachen, die durch zweckentsprechende Verhütungsprogramme eliminiert werden können. Direkt oder indirekt mitwirkende Faktoren können während der Schwangerschaft, der Entbindung oder des Wochenbetts wirksam werden. Soweit solche Faktoren vermeidbar wären, sind für ihr Auftreten zum Teil der Patient, zum Teil auch die Gesundheitsdienste verantwortlich. Ein Präventionsprogramm sollte daher bei einer guten Familienplanung ansetzen, um unerwünschte Schwangerschaften zu vermeiden; es muss sich ferner auf die Vorbereitung auf die Mutterschaft erstrecken und durch eine zweckdienliche Betreuung während der Zeit vor der Geburt, der Entbindung und des Wochenbetts ergänzt werden.

#### 2.4.4 Krankheiten des Kreislaufsystems

Ziel 9 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTE DIE STERBLICHKEIT INFOLGE VON KREISLAUFKRANKHEITEN BEI PERSONEN UNTER 65 JAHREN IN DER GESAMTEN REGION UM MINDESTENS 15 PROZENT VERRINGERT WERDEN

*Dieses Einzelziel lässt sich durch eine Kombination von Präventions- und Behandlungsmethoden verwirklichen, die eine Trendumkehr in den Ländern herbeiführen würden, wo die Sterblichkeit infolge der ischämischen Herzkrankheit stabil oder im Steigen begriffen ist, oder die eine schnellere Abnahme der Sterblichkeit infolge von Kreislaufkrankheiten in den Ländern bewirken würden, wo diese bereits im Rückgang begriffen ist, was zur weiteren Abnahme der Mortalität durch zerebrovaskuläre Krankheiten in allen Ländern beitragen würde.*

#### Problemstellung

In Europa sind Krankheiten des Kreislaufsystems die wichtigste Todesursache in der gesamten Bevölkerung wie auch eine wichtige Ursache von Funktionsbehinderungen. Rund die Hälfte aller Todesfälle in der Region geht auf diese Krankheiten zurück, in der Altersgruppe über 65 Jahre sogar ein weit höherer Anteil. Die Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten ist zwischen den einzelnen Ländern ausserordentlich unterschiedlich. In der Altersgruppe 35-64 Jahre liegen die standardisierten Sterblichkeitsquoten bei Männern zwischen 572 und 207 und bei Frauen zwischen 246 und 68 pro 100 000 Einwohner.

Die ischämische Herzkrankheit ist die wichtigste einzelne Todesursache unter den Herz-Kreislauf-Krankheiten; 30-60 Prozent aller Todesfälle in dieser Gruppe gehen auf diese Krankheit zurück. Um das Jahr 1980 lagen die altersberichtigten Sterblichkeitsquoten in der Gruppe 35-64 Jahre bei Männern zwischen 455 und 96, bei Frauen zwischen 123 und 18 pro 100 000 Einwohner. Gemäss einer vom Regionalbüro koordinierten und in 19 verschiedenen Gemeinden durchgeführten internationalen Zusammenarbeitsstudie der WGO über dieses Thema betrug die jährliche Quote der akuten Herzinfarkte in allen Gemeinden in der Altersgruppe 20-64 Jahre bei Männern 3,4, bei Frauen 0,9 pro 1000 Einwohner. Die Unterschiede der Infarktquoten zwischen den untersuchten Gemeinden standen in einem engen Zusammenhang mit den Unterschieden der Mortalität durch ischämische Herzkrankheit in den einzelnen Ländern.

Während der letzten beiden Jahrzehnte war bei den Männern im Alter von 35-64 Jahren ein Anstieg der altersberechtigten Sterblichkeitsquoten infolge der ischämischen Herzkrankheit zu verzeichnen, bei den gleichaltrigen Frauen dagegen ein Rückgang. Die gegenwärtigen Entwicklungstendenzen der alters- und geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsquoten deuten dagegen in verschiedenen Ländern in letzter Zeit auf eine Abnahme der Sterblichkeit bei jüngeren Männern hin.

Um das Jahr 1980 lag die altersberechtigte Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten bei Männern im Alter von 35-64 Jahren im Bereich von 132 bis 20, bei gleichaltrigen Frauen zwischen 81 und 14. Eine in 17 Gemeinden (darunter sieben in der Europäischen Region) unter der Schirmherrschaft der WGO durchgeführte Morbiditätsstudie hat ergeben, dass die altersberechtigten jährlichen Schlaganfallquoten in dieser Region bei Männern aller Altersgruppen im Bereich von 8,3 bis 3,9 pro 1000 Einwohner lagen, bei Frauen aller Altersgruppen zwischen 6,5 und 2,2. In den letzten Jahrzehnten hat die Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in den meisten Ländern der Region abgenommen, doch war dieser Rückgang bei Frauen ausgeprägter als bei Männern.

### Lösungsvorschläge

In den vergangenen 30 Jahren wurden zahlreiche Studien durchgeführt, die zu einer beträchtlichen Erweiterung des Wissens über die möglichen Ursachen und Präventionsmöglichkeiten der ischämischen Herzkrankheit und der zerebrovaskulären Krankheiten beigetragen haben. Verschiedene Interventionsstudien, darunter einige Versuche auf Gemeindeebene, haben bestätigt, dass die Prävention der ischämischen Herzkrankheit möglich ist. Ein Expertenausschuss der WGO hat kürzlich eine Zusammenfassung der vorliegenden wissenschaftlichen Unterlagen zusammengestellt und Leitlinien für Präventionsstrategien ausgearbeitet.<sup>a</sup> Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass solche Präventionsstrategien auf eine Änderung der Merkmale der Lebensweise und der Umwelt abzielen sollte, die dem Auftreten dieser Krankheiten zugrunde liegen, ferner auf die Verhütung von Risiken, die Ermittlung und Unterstützung besonders schutzbedürftiger Personen und die Vermeidung von Rückfällen sowie des Fortschreitens dieser Krankheiten.

Der Risikograd der genannten Krankheiten wird in bedeutendem Ausmass von einer Reihe von persönlichen und bevölkerungsmässigen Merkmalen beeinflusst, die entweder einzeln oder kombiniert wirksam sind. Diese Merkmale werden ihrerseits weitgehend von soziokulturellen Faktoren bestimmt und können daher beeinflusst oder verändert werden. Dazu gehören erhöhter Blutdruck und ein erhöhter Blutholesterinspiegel, die damit zusammenhängenden Essgewohnheiten und Aktivitätsmuster sowie das Rauchen. Schon eine geringfügige Senkung des durchschnittlichen Blutdrucks der Bevölkerung könnte die Häufigkeit dieser Krankheiten stark vermindern.

Die Rolle der üblichen Diät und des Blutholesterin-Lipoproteinspiegels ist ausreichend gut dokumentiert und wird für kausal gehalten. In den Ländern mit einer hohen Inzidenz wird eine Senkung des Blutholesterinspiegels in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen durch progressive Veränderungen der Essgewohnheiten empfohlen.

Das Rauchen, ganz besonders das Zigarettenrauchen, trägt in bedeutendem Masse zum Auftreten der koronaren Herzkrankheit bei, und die Einnahme grosser Alkoholmengen ist mit einem erhöhten Risiko für diese Krankheit wie auch mit hohem Blutdruck verbunden.

Mangel an körperlicher Bewegung steht im Zusammenhang mit einer Zunahme der wichtigsten Risikofaktoren, vor allem wegen der erhöhten Prävalenz der Fettleibigkeit; regelmässige körperliche Ertüchtigung kann zur Senkung des hohen Blutdrucks und des Blutholesterinspiegels beitragen.

Der atherosklerotische Prozess, der dieser Krankheit zugrunde liegt, beginnt bereits in der Jugend und geht mit dem Auftreten der wichtigsten Risikomerkmale wie erhöhter Blutdruck und Blutholesterinspiegel und mit dem damit verbundenen Risikoverhalten wie z.B. dem Rauchen einher. Um diese Risiken bereits im Ansatz zu vermeiden, müssen die Präventionsmassnahmen schon in der Kindheit einsetzen.

Zur Verwirklichung des Einzelziels betreffend Herz-Kreislauf-Krankheiten sind landesweite, gemeindenahere Programme erforderlich, die die Förderung gesunder Lebensweisen zum Ziel haben und von einer zweckdienlichen Sozialpolitik unterstützt werden. Desgleichen sind dafür auf die Prävention ausgerichtete Gesundheitsdienste insbesondere auf der Stufe der Primärversorgung erforderlich.

<sup>a</sup> WHO Technical Report Series, No. 678, 1982 (Prevention of coronary heart disease: report of an Expert Committee).

Obwohl Präventionsmassnahmen die Häufigkeit des Auftretens dieser Krankheit verringern können, sind ergänzende Programme erforderlich, um Todesfälle wie auch das Fortschreiten und das Wiederauftreten akuter Herzinfarkte und Schlaganfälle zu verhüten und die davon betroffenen Personen zu rehabilitieren. Dies wird jedoch derart hohe Anforderungen an die Gesundheitsdienste der Entwicklungsländer der Region stellen, dass diese bis zum Jahr 2000 wahrscheinlich noch nicht zu verwirklichen sind, weshalb in diesen Ländern eine etwas längere Frist angesetzt werden muss.

#### 2.4.5 Krebskrankheiten

Ziel 10 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTE DIE STERBLICHKEIT INFOLGE VON KREBSKRANKHEITEN IN DER REGION BEI PERSONEN UNTER 65 JAHREN UM MINDESTENS 15 PROZENT VERRINGERT WERDEN

*Dieses Einzelziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: wenn durch Tabakgenuss verursachte Krebskrankheiten durch eine bedeutende Abnahme des Rauchens verringert werden können und wenn die Zahl der Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs durch Einführung von Reihenuntersuchungsprogrammen gesenkt werden kann; ferner wenn die heute gängigen Methoden zur Frühdiagnose, Frühbehandlung und Rehabilitation in angemessener Weise auf sämtliche Krebspatienten angewendet werden.*

#### Problemstellung

Bösartige Neubildungen sind die zweitwichtigste Gruppe von Todesursachen, auf die in der Altersgruppe 35-64 Jahre rund 30 Prozent aller Todesfälle bei Männern und rund 40 Prozent der Todesfälle bei Frauen entfallen. In dieser Gruppe lagen die altersberechtigten Sterblichkeitsquoten im letzten Jahr, für das statistische Daten zur Verfügung stehen, im Bereich von 308 bis 113 bei Männern und von 229 bis 114 bei Frauen. In den letzten beiden Jahrzehnten ist die Gesamtsterblichkeit infolge bösartiger Neubildungen bei Männern im Alter 35-64 Jahre in den meisten Ländern gestiegen. In einigen Ländern wurde dagegen eine mässige Abnahme verzeichnet. Bei den Frauen der gleichen Altersgruppe waren die Veränderungen weit geringer, und in der Hälfte der Länder war ein Rückgang festzustellen.

Bei Männern waren Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs die häufigsten Formen dieser Krankheit, die in der Altersgruppe 35-64 Jahre 33 Prozent aller Todesfälle durch Krebs ausmachten. Um das Jahr 1980 lagen die altersberechtigten Mortalitätsquoten für Lungenkrebs bei den Männern dieser Altersgruppe im Bereich von 114 bis 16 pro 100 000 Einwohner. Bei den gleichaltrigen Frauen lagen die entsprechenden Zahlen im Bereich von 41 bis 6.

Lungenkrebs ist die wichtigste einzelne Todesursache von allen Krebskrankheiten; die meisten Fälle sind auf das Rauchen, insbesondere auf das Zigarettenrauchen, zurückzuführen. Ferner besteht auch ein Zusammenhang zwischen dem Rauchen und der Entwicklung gewisser anderer Krebsformen. Schon heute sind mindestens ein Viertel aller Todesfälle durch Krebs auf Tabakgenuss zurückzuführen, und dieser Anteil nimmt hauptsächlich infolge der gesundheitlichen Spätwirkungen der starken Zunahme des Rauchens in den vergangenen Jahrzehnten weiterhin zu.

Hypothesen, wonach verschiedene Arten von Krebskrankheiten durch Viren verursacht werden, konnten noch nicht sicher bestätigt werden.

Bei den relativen Änderungen der Mortalität durch Lungenkrebs in den letzten beiden Jahrzehnten sind auffallende Unterschiede zwischen den Ländern festzustellen. In den meisten Ländern sind die altersberechtigten Mortalitätsquoten der Erwachsenen beider Geschlechter gestiegen; in einigen wenigen Ländern war dagegen eine Abnahme festzustellen.

Die wichtigsten Krebsarten neben dem Lungenkrebs sind Krebserkrankungen des Magens und der Verdauungsorgane. Obwohl in vielen Gebieten eine rasche Abnahme der Mortalität durch Magenkrebs und eine mässige Zunahme der Mortalität durch Darmkrebs zu verzeichnen war, sind die Gründe für diese Veränderungen noch nicht ausreichend erforscht.

Bei Frauen im Alter von 35 bis 64 Jahren ist Brustkrebs die häufigste Form dieser Krankheit, die für 24 Prozent aller Todesfälle durch Krebs verantwortlich ist. Der Trend zeigt insgesamt eine Zunahme wie auch eine Verlagerung zu den jüngeren Altersgruppen, ein deutlicher Hinweis auf die Notwendigkeit einer weiteren intensiven Erforschung der Möglichkeiten zur Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung. Um das Jahr 1980 lagen die altersberechtigten Sterblichkeitsquoten infolge von bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses bei Frauen der Altersgruppe 35-64 Jahre im Bereich von 21 bis 2 pro 100 000 Einwohner; wenn auch in den meisten Ländern eine Abnahme dieser Sterblichkeitsquoten festzustellen ist, war der bei weitem grösste Rückgang doch in den Ländern mit intensiven Reihenuntersuchungsprogrammen zu verzeichnen.

### Lösungsvorschläge

Die in Einzelziel 16 vorgeschlagene Verringerung des Rauchens ist der wichtigste einzelne Beitrag zur Verhütung der Morbidität und Mortalität infolge von Krebs. Obwohl es Hinweise dafür gibt, dass Veränderungen der Ernährungs-, Reproduktions- oder Infektionsfaktoren die Krebsrisiken ganz beträchtlich beeinflussen können, liegen noch keine gesicherten Beweise dafür vor, weshalb die multidisziplinäre Erforschung dieser Risikofaktoren gefördert werden sollte. Kleine, aber wichtige Fortschritte können schliesslich durch Begrenzung bestimmter Expositionen am Arbeitsplatz erzielt werden, insbesondere was Asbest oder die Luftverschmutzung durch Rauch oder andere Faktoren betrifft, ferner durch Begrenzung der iatrogenen Verwendung von Röntgenstrahlen und gewissen Arzneimitteln sowie durch Verringerung der individuellen Exposition gegenüber der Sonnenstrahlung. Zusammengenommen sind diese Faktoren jedoch von geringerer Bedeutung als das Rauchen.

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass die Mortalität infolge von Gebärmutterhalskrebs, der rund 2 Prozent aller Todesfälle durch Krebs in der Europäischen Region verursacht, durch regelmässige Reihenuntersuchungen wahrscheinlich um die Hälfte verringert werden könnte. Die Frauen sollten daher dazu angehalten werden, sich an gezielten Reihenuntersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs zu beteiligen, die im Rahmen des Konzepts der primären Gesundheitsversorgung durchgeführt werden.

Intensive Bemühungen sollten zur Entwicklung zweckdienlicher Methoden für die Früherkennung anderer Krebsarten unternommen werden, die auf der Ebene der Primärversorgung angewendet werden können; zur Zeit werden Methoden für Reihenuntersuchungen zur Erkennung von Brustkrebs sorgfältig geprüft.

Schliesslich ist zu hoffen, dass die Forschung auch künftig zur Vergrösserung der in den letzten Jahrzehnten erzielten Fortschritte bei der Behandlung bösartiger Tumoren beitragen wird.

Für die nächste Zukunft kommt es vor allem darauf an, dass die heute bekannten wirksamen Diagnose- und Behandlungstechniken möglichst rasch allen Personen zugänglich gemacht werden, die ihrer bedürfen, was heute in den meisten Ländern noch nicht der Fall ist. Es ist auch einzuräumen, dass es für die Entwicklungsländer der Region äusserst schwer sein wird, den hier vorgeschlagenen Stand der Reihenuntersuchung, Diagnose und Behandlung bis zum Jahr 2000 zu erreichen, weshalb sie sich voraussichtlich auf eine etwas längere Frist werden einstellen müssen.

#### 2.4.6 Unfälle

Ziel 11 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTE DIE ZAHL DER TODESFÄLLE INFOLGE VON UNFÄLLEN IN DER REGION DURCH VERSTÄRKTE BEMÜHUNGEN ZUR VERRINGERUNG DER UNFALLHÄUFIGKEIT IM STRASSENVERKEHR, ZU HAUSE UND AM ARBEITSPLATZ UM MINDESTENS 25 PROZENT VERMINDERT WERDEN

*Dieses Einzelziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: wenn die Sterblichkeitsquote infolge von Strassenverkehrsunfällen bis zum Jahr 2000 in keinem Lande höher als 20 pro 100 000 Einwohner liegt, wenn diese Quote in den Ländern, wo sie niedriger ist, auf unter 15 gesenkt werden kann, wenn die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen und den sozialökonomischen Gruppen in sämtlichen Ländern verringert werden, wenn die Sterblichkeit durch Unfälle am Arbeitsplatz in der Region um mindestens 50 Prozent gesenkt werden kann und wenn die Sterblichkeit durch häusliche Unfälle beträchtlich herabgesetzt wird.*

#### Problemstellung

Unfälle stellen mit einer Mortalitätsquote von 50 pro 100 000 Einwohner die dritt wichtigste Todesursache in der Region dar. Rund 50 Prozent der Todesfälle durch Unfall ereignen sich in der Altersgruppe 15-64 Jahre, und 50 Prozent aller Todesfälle bei Männern im Alter von 15 bis 24 Jahren sind auf Unfälle zurückzuführen.

Die Zahl der Unfalltoten ist zwischen den Ländern der Region sehr unterschiedlich. Die Mortalitätsraten liegen in den Ländern, für die Daten zur Verfügung stehen, im Bereich von 30 bis 65 pro 100 000 Einwohner. Auch innerhalb der Länder gibt es beträchtliche Unterschiede. In der Tat sind Unfälle eine der Todesursachen, bei der die Unterschiede zwischen den sozialökonomischen Gruppen am ausgeprägtesten sind.

In den entwickelten Ländern hat die Zahl der Unfalltoten und Unfallverletzungen in den letzten Jahren abgenommen. Die relative Bedeutung der Unfälle als Ursache von Todesfällen und Verletzungen nimmt dagegen bei Kindern, jungen Menschen und Betagten zu. In den Entwicklungsländern ist die Zahl der Unfälle, der Unfalltoten und der Unfallverletzungen infolge der zunehmenden Industrialisierung und der steigenden Zahl von Kraftfahrzeugen im Steigen begriffen.

Kraftfahrzeugunfälle machen rund 40 Prozent aller Unfalltodesfälle aus. Die durch Strassenverkehrsunfälle bedingten Sterblichkeitsziffern liegen in den Mitgliedstaaten im Bereich von 9 bis 30 pro 100 000 Einwohner; indessen war in 20 Ländern seit 1974 insgesamt ein Rückgang von 15 Prozent der Todesopfer von Strassenverkehrsunfällen zu verzeichnen. Auf jeden Unfalltoten im Strassenverkehr entfallen rund 15 schwerverletzte und 30 leichtverletzte Personen. Unfälle mit Kraftfahrzeugen sind somit eine wichtige Ursache der Hospitalisierung und ein wichtiger Faktor für bleibende Behinderungen. Die Folge solcher Unfälle ist einerseits die Inanspruchnahme komplexer und kostspieliger technischer Behandlungseinrichtungen, andererseits auch die Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Betreuungsdienste für Behinderte.

Unfälle durch Vergiftung, Stürze und Feuersbrünste haben zusammen eine Sterblichkeitsquote von knapp 25 pro 100 000 Einwohner zur Folge und machen rund 45 Prozent aller Unfalltodesfälle aus. Obwohl aus den vorliegenden Informationen nicht genau ersichtlich ist, wo sich diese Unfälle ereignet haben, scheinen die Unfälle in der eigenen Wohnung eine wichtige Todesursache in der Region zu sein.

Unfälle am Arbeitsplatz sind immer noch eine wichtige Ursache von Tod und Behinderungen. Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass die jährliche Quote der gemeldeten Arbeitsunfälle in den hochindustrialisierten Ländern rund 6 pro 100 Werktätige beträgt. Unfälle auf dem Weg zum Arbeitsplatz und auf dem Nachhauseweg sind rund zehnmal weniger häufig als Unfälle bei der Arbeit. Die gemeldete Sterblichkeitsquote liegt im Bereich von 2 bis über 10 pro 100 000 Einwohner. Nicht weniger als 10 Prozent dieser Unfälle führen zu bleibenden Funktionsbehinderungen, und Männer sind sechsmal häufiger von Arbeitsunfällen betroffen als Frauen.

In den letzten zehn Jahren konnte die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle in einigen Ländern beträchtlich verringert werden. Der allgemeine Trend in Europa zeigt bisher jedoch nur eine geringe oder gar keine Abnahme der Unfallhäufigkeit.

#### Lösungsvorschläge

Im Hinblick auf die Unfallverhütung sollten multidisziplinäre und intersektorale Strategien und Programme aufgestellt werden mit dem Ziel, die Gefahren besonders zu Hause, im Strassenverkehr und am Arbeitsplatz zu erkennen und später zu beseitigen und sicherere Produkte zu entwerfen. In Anbetracht des grossen und immer noch zunehmenden Handels mit Motorfahrzeugen sollte die Durchsetzung international vereinbarter Fahrzeugkonstruktionsänderungen ermutigt werden, die die Gesundheit und Sicherheit verbessern und den Insassen besseren Schutz gewähren. Eine wirksamere Verkehrsüberwachung und Erziehung der Verkehrsteilnehmer zur Verkehrssicherheit, bessere Strassen, Verbesserungen in der Konstruktion des Fahrzeug- und Maschinenparks, kindersichere Arzneimittelpackungen, bau- und feuerpolizeiliche Vorschriften und Regelungen, Schutzvorrichtungen und andere Formen der Bekämpfung von Gefahren am Arbeitsplatz sind einige der Sicherheitsvorkehrungen, die zur Verringerung der Unfallhäufigkeit beitragen können. Die Herstellung und Vermarktung sichererer Produkte sollte durch eine entsprechende Gesetzgebung und wirtschaftliche Anreize gefördert werden. Verbrauchserzeugnisse sollten unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit und Sicherheit systematisch getestet und die Testergebnisse möglichst vielen Verbrauchern zugänglich gemacht werden.

Der Gesundheitssektor sollte in den Bemühungen, das Risikobewusstsein der Politiker, Planer, Fachkräfte und Verbraucher zu verbessern, eine wichtige Rolle spielen. In allen Ländern sollten Systeme für die epidemiologische Überwachung, die vorsorgliche Bereitschaftsplanung und Hilfsmassnahmen bei Unfällen einschliesslich vom Menschen verursachter und Naturkatastrophen aufgebaut werden, die auch über ausreichende Strukturen zur Bewältigung grösserer Katastrophenfälle verfügen, von denen mehr als ein Mitgliedstaat betroffen wird.

Zu erwägen wäre ferner eine Verbesserung des Unfallmeldesystems in der Hinsicht, dass in jedem Falle auch der Unfallort angegeben wird. Dies würde eine bessere Ermittlung der Ursachen von häuslichen Unfällen wie auch der stärker gefährdeten Personen erlauben und damit wichtige Rückschlüsse für die Entwicklung von Interventionsprogrammen geben.



#### 2.4.7 Suizid

Ziel 12 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTE EINE UMKEHR DES GEGENWÄRTIG STEIGENDEN TRENDS ZUM SUIZID UND ZU SUIZIDVERSUCHEN IN DER REGION HERBEIGEFÜHRT WERDEN

*Dieses Einzelziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: wenn Verbesserungen bezüglich der gesellschaftlichen Faktoren wie Arbeitslosigkeit und soziale Isolierung erzielt werden, die den einzelnen einer Belastung aussetzen, ferner wenn die Fähigkeit des einzelnen zur Bewältigung schwieriger Lebensereignisse durch Erziehung und soziale Unterstützung verbessert wird und wenn das Personal der Gesundheits- und Sozialdienste für den Umgang mit besonders gefährdeten Personen besser ausgebildet wird.*

#### Problemstellung

Die gemeldeten Suizidquoten sind in den Ländern der Region, für die Daten vorliegen, äusserst verschieden: sie schwanken zwischen 3 und 45 Suizidfällen pro 100 000 Einwohner und liegen in acht Ländern unter 10, in weiteren sieben Ländern über 20, davon in zwei Fällen sogar über 26. Für die niedrigen Suizidquoten in bestimmten Ländern können religiöse und gesellschaftliche Überzeugungen Einflussfaktoren sein, doch können die gleichen Faktoren andererseits auch eine beträchtliche Dunkelziffer bei der Meldung von Suizidfällen zur Folge haben. In den vergangenen 20 Jahren war in den meisten europäischen Ländern ein steigender Suizidrend festzustellen, insbesondere in der jüngeren Altersgruppe von 15 bis 34 Jahren und bei Frauen. Die Suizidquoten der höheren Altersgruppen und der Männer sind höher.

Ein grosser Teil der Suizidfälle steht im Zusammenhang mit einer erkennbaren geistig-psychischen Erkrankung - die wahrscheinlich in mindestens 50 Prozent aller Fälle eine Depressionserkrankung ist, die behandelt werden könnte. Der zweithäufigste für Suizid prädisponierende Faktor ist Alkoholismus.

Ein weiterer Grund zu grosser Besorgnis ist die Zahl der Suizidversuche. In den letzten 20 Jahren hat sich die Quote der Suizidversuche verdoppelt, in einigen Ländern sogar verdreifacht. Die Durchschnittsquote wird heute auf rund 200 pro 100 000 Männer und 350 pro 100 000 Frauen geschätzt. Beinahe zwei Drittel aller Suizidversuche werden im Alter von unter 30 Jahren unternommen. Obwohl in der Mehrzahl der Fälle von Suizidversuchen kein tödlicher Ausgang beabsichtigt ist, wählen 10-20 Prozent der Personen, die bereits einen missglückten Suizidversuch unternommen haben, in einem späteren Lebensabschnitt den Freitod.

Besonders hoch ist die Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen bei Jugendlichen, die aus zerrütteten Familien kommen, bereits früher Suizidversuche unternommen haben, drogen- oder alkoholabhängig oder Schulversager sind, ferner bei arbeitslosen und depressiven Personen. Dass sowohl die Zahl der Suizidfälle als auch der Suizidversuche in den jüngeren Altersgruppen am stärksten zunimmt, kann auf die grössere Anfälligkeit und Gefährdung der jungen Menschen durch den Wandel der sozialen Verhältnisse im Gefolge der wirtschaftlichen und kulturellen Labilität zurückzuführen sein.

#### Lösungsvorschläge

Im Lichte der oben dargelegten Tatsachen bestehen offensichtlich auf mindestens drei Hauptgebieten beträchtliche Möglichkeiten zur Vorbeugung.

Erstens wären Verbesserungen hinsichtlich der zugrundeliegenden gesellschaftlichen Faktoren, die den einzelnen einer Belastung auszusetzen scheinen, wie Arbeitslosigkeit, soziale Isolierung von alleinstehenden Betagten oder Schulversagen, ein wichtiges Interventionsmittel. Obwohl unser heutiges Wissen über die komplizierten Verflechtungen zwischen den mitwirkenden Faktoren noch lückenhaft ist und eine vermehrte Forschung auf diesem Gebiet notwendig ist, rechtfertigt das vorhandene Wissen bereits heute konkrete Massnahmen.

Zweitens müssen Wege und Möglichkeiten zur Verbesserung der allgemeinen Fähigkeit jedes einzelnen zur Bewältigung schwieriger Lebensereignisse ein Hauptanliegen sein. In dieser Hinsicht sind besonders die Einzelziele wichtig, die im Zusammenhang mit der Entwicklung dieser Fähigkeit stehen (Ziel 15) und ein besseres Netz der sozialen Unterstützung schaffen sollen (Ziel 14).

Drittens besteht schliesslich eine Vorbeugungsmöglichkeit seitens der Allgemeinärzte und des übrigen Gesundheitspersonals, da die Mehrzahl der Personen, die Suizid begehen oder einen Suizidversuch machen, kurz vor der Tat noch in Kontakt mit diesen ärztlichen oder anderen Fachkräften des Gesundheitswesens gestanden hat. Es gibt jedoch Anhaltspunkte dafür, dass die Fachkräfte der Gesundheitsberufe infolge mangelhafter Ausbildung in Diagnose- und Behandlungsmethoden und mangelnder Fertigkeiten häufig ungenügend auf den Umgang mit Suizidpatienten vorbereitet sind. Das gleiche gilt für das Personal der Notfalldienste und der Intensivbetreuungsstationen von Allgemeinkrankenhäusern, in die die Fälle von missglücktem Suizidversuch eingewiesen werden. Schliesslich ist in der Öffentlichkeit noch relativ wenig über die Anzeichen und Umstände einer Suizidgefährdung bekannt.

Sowohl das Gesundheitspersonal als auch die örtliche Bevölkerung sollten an der Erkennung, Beurteilung und Betreuung der suizidgefährdeten Personen mitwirken. Die Ausbildung der Fachkräfte des Gesundheitswesens sollte Informationen über die sozialen und klinischen Merkmale und die Behandlung der am stärksten gefährdeten Personen umfassen, ferner über wirksame Wege und Methoden der Nachbetreuung und der Aufsicht auf Gemeindeebene. Erforderlich ist ferner die Aufklärung der Öffentlichkeit, insbesondere der Jugendlichen in den Schulen, über die Ursachen und Mittel zur Verhütung des Suizidverhaltens und über die ungenügende Bewältigung schwieriger Lebensereignisse, die oft zum Suizidverhalten führt. Da die Suizidquoten und die Zahl der Suizidversuche wichtige Indikatoren für den Gesundheitszustand eines Gemeinwesens sind, sollten Schritte zur Verbesserung der Registrierung von Suizidfällen unternommen werden.

### 3. GESUNDHEITSFÖRDERNDE LEBENSWEISE

#### Einführung

Die Lebensweise ist eng verbunden mit den Werten, Prioritäten und praktischen Möglichkeiten oder Zwängen des spezifischen kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Umfelds. Die spezifische Lebensweise eines jeden Menschen ist durch die Struktur der mitmenschlichen Beziehungen und des sozialen Lernens geformt, die sich aus dem sozialen Umfeld ergeben und von diesem abhängen. Die aus Erfahrung und Umweltfaktoren gebildete Lebensweise ist also nicht einfach eine Entscheidung des Individuums, gewisse Gesundheitsrisiken auf sich zu nehmen oder zu vermeiden. Die Entscheidungsfreiheit des einzelnen ist begrenzt durch das physische, soziale und kulturelle Umfeld sowie durch die Verfügbarkeit finanzieller Mittel.

Ein hohes Mass an Wissen ist erforderlich, will man die Beziehung zwischen der Gesundheit als solcher und den Komponenten des speziellen Lebensstils verstehen. Viele Lebensgewohnheiten stärken die Gesundheit, fördern das physische und geistige Wohlbefinden und schützen den Menschen vor Stressauswirkungen. Andere Lebensgewohnheiten weisen Verhaltensmuster auf, die der Gesundheit abträglich sein können. Schädliche Angewohnheiten, wie z.B. Rauchen und Alkoholmissbrauch, werden zunächst dem persönlichen Stress zugeschrieben, entwickeln sich aber schliesslich bei vielen Personen zur Routine, die dazu benützt wird, das Leben zu bewältigen und den gesellschaftlichen Umgang zu erleichtern. Oft gehen sie auch mit gewissen Entwicklungsstadien einher, z.B. des Heranwachsendens. Kulturell bedingte Muster des gesellschaftlichen Umgangs, symbolisches Verhalten und Abbau von Spannungen werden in der Kindheit gelernt und im Laufe des Lebens vertieft. Sie sind also charakteristisch für die Art und Weise, wie die Mitglieder einer bestimmten Gesellschaft oder Gruppe ihr tägliches Leben organisieren.

Die Lebensgewohnheiten werden in zunehmender Weise durch die Politik und den Einfluss der Unternehmen bestimmt, welche die Warenproduktion kontrollieren und Produkte fördern, die der Gesundheit abträglich sein können. Die Möglichkeiten und Anreize zur Wahl eines gesunden Lebensstils hängen also in starkem Masse von der staatlichen Politik ab, welche die wirtschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen der Bürger gestaltet. Erfolgreiche Gesundheitsprogramme müssen deshalb nicht nur bei bestimmten Lebensgewohnheiten des Einzelbürgers, sondern auch bei strukturellen Verhaltensursachen ansetzen. Bei der Planung von Massnahmen und Programmen für eine gesunde Lebensführung sind ethische Fragen zu berücksichtigen. Es geht also darum, zwischen der Achtung des individuellen Rechts auf freie Wahl und der Pflicht einer Gesellschaft, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, den richtigen Ausgleich zu finden.

Einer der komplexen Faktoren, welche die persönliche Lebensführung prägen, ist die mangelnde Chancengleichheit zwischen den Ländern und auch innerhalb der Staatsgrenzen. Sozial und wirtschaftlich besser gestellte Kreise haben mehr Möglichkeiten bei der Auswahl eines gesunden Lebensstils als Menschen, die noch mit den grundlegenden Problemen der Existenzsicherung zu kämpfen haben. Armut und schlechter Gesundheitszustand hängen eng zusammen und wirken sich auf die Lebensgewohnheiten aus. Bei gesundheitsfördernden Bemühungen durch Verbesserung der Lebensgewohnheiten muss nicht nur für mehr persönliche Wahl gesorgt, sondern auch seitens der Gesellschaft dafür eingetreten werden, die gesellschaftliche Stellung und den Lebensstandard der Armen zu verbessern. Auch andere Faktoren, wie die rasch fortschreitende städtische und industrielle Entwicklung, beeinflussen die Gesundheit oft in negativer Weise, indem sie grosse Bevölkerungsgruppen entwerzeln und kulturelle Muster und soziale Bindungen zerstören; die nachteilige Auswirkung der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit ist bereits erwähnt worden.

Der einzelne ist vielleicht nicht ausreichend informiert, um die richtige Lebensweise zu wählen, oder aber er wird durch traditionelle Gewohnheiten daran gehindert. Selbst das entsprechende Wissen und die richtige Einstellung reichen jedoch nicht immer aus, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen, wenn bestimmte Gewohnheiten Teil des täglichen Lebens geworden sind. Es gilt daher, jede Gelegenheit zu nutzen, um die Entscheidung zugunsten eines kontinuierlichen gesundheitsfördernden Verhaltens zu propagieren; dabei muss man sich bewusst sein, dass das Verhalten des Menschen in hohem Masse davon abhängt, was der Alltag von ihm fordert und was er als angenehm und lohnend empfindet.

Eine Strategie zur Förderung gesunder Lebensgewohnheiten müsste also folgendes umschliessen:

- Schaffung eines physischen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Umfelds, das die gesunde Lebensweise fördert
- Ausbau der Fähigkeit des einzelnen, Entscheidungen zu treffen und Stresssituationen zu bewältigen, ohne gesundheitsschädliche Lebensgewohnheiten zu entwickeln

- Aufklärung über gesundheitsdienliche Lebensgewohnheiten und Gesundheitsfragen
- Stärkung des sozialen Unterstützungssystems (Familie, Selbsthilfegruppen usw.), die Einzelbürgern und Risikogruppen bei der Bewältigung des Lebens zur Seite stehen
- Ausarbeitung besonderer Programme über bestimmte Aspekte der Lebensgewohnheiten, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Eine Reihe zusätzlicher Ziele könnte in dieses Kapitel eingeschlossen werden, z.B. solche, die sich mit spezifischen Lebensgewohnheiten wie Rauchen und Alkoholmissbrauch befassen. Da jedoch sowohl die mannigfaltigen Faktoren, die die Lebensweise bedingen, als auch die Krankheitsursachen beleuchtet werden sollen, befassen sich die Ziele eher mit den wesentlichen Komponenten einer Strategie zur Förderung gesunder Lebensgewohnheiten als mit individuellen Verhaltensweisen und geben Vorschläge für unterstützende Massnahmen, um ein gesundheitsförderndes Verhalten allen möglich zu machen. Mit diesem Ziel vor Augen wurden die folgenden Ziele in drei Hauptkategorien eingeteilt: Ziele, die auf die Schaffung allgemeiner Voraussetzungen und Stärkung der Kapazitäten für eine gesunde Lebensführung abzielen, andere, die gesundes Verhalten fördern, und wieder andere, die gesundheitsschädigendes Verhalten verhindern sollen.

### 3.1 Schaffung besserer Voraussetzungen für eine gesunde Lebensführung

Der einzelne und Gruppen bewegen sich innerhalb eines bestimmten physischen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Rahmens. Die Merkmale dieses Umfelds und die sie bestimmende Politik stellen deshalb grundlegende Faktoren für Lebensgewohnheiten und Gesundheit dar.

#### 3.1.1 Eine Politik der Gesundheitsförderung

Ziel 13 BIS ZUM JAHR 1990 SOLLTEN DIE POLITISCHEN RAHMENMASSNAHMEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN GEWÄHRLEISTEN, DASS LEGISLATIVE, ADMINISTRATIVE UND WIRTSCHAFTLICHE MECHANISMEN EINE BREITANGELEGTE INTERSEKTORALE HILFESTELLUNG UND RESSOURCEN FÜR DIE FÖRDERUNG GESUNDER LEBENSGEWOHNHEITEN BIETEN SOWIE DIE WIRKSAME BETEILIGUNG DES MENSCHEN AUF ALLEN EBENEN DER POLITISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG BEWIRKEN

*Die strategische Gesundheitsplanung auf Regierungsebene zur Erfassung breitangelegter intersektoraler Fragen im Zusammenhang mit den Lebensgewohnheiten und der Gesundheit, die periodische Überprüfung der Auswirkung bestehender politischer Grundsatzmassnahmen auf die Gesundheit und die Schaffung eines wirksamen Mechanismus zur Einbeziehung der Öffentlichkeit in Planung und Entwicklung von politischen Grundsatzmassnahmen könnten einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung dieses Ziels leisten.*

#### Problemstellung

Die staatliche Politik beeinflusst die Lebensführung in vielen Aspekten; es können hier nur einige wenige Beispiele gegeben werden.

In vielen Ländern erhalten bestimmte Industriezweige Staatszuschüsse, obwohl ihre Produkte gesundheitsschädlich sind; die Werbung für schädliche Produkte unterliegt keinerlei Einschränkungen. Oft werden gleichzeitig gesundheitsfördernde Programme finanziert und dringend benötigte Einnahmen aus der Besteuerung gesundheitsschädigender Erzeugnisse bezogen. Der Absatz gesundheitsschädigender Produkte in Entwicklungsländern wird gefördert, was zu einer weiteren Verschlimmerung ihrer bereits gravierenden Gesundheitsprobleme beiträgt. Grobe Ungerechtigkeiten in der Einkommensverteilung bewirken die Entstehung verarmter Bevölkerungsgruppen, die kaum die finanziellen Mittel aufbringen, um sich für eine gesunde Lebensweise entscheiden zu können. In manchen Ländern ist im Verlauf der letzten 10-20 Jahre der Alkohol im Vergleich zu den allgemeinen Lebenskosten immer billiger geworden, was zu grösserem Konsum anreizt. Gesundheitsfördernde Produkte haben manchmal den Preis von Luxusgütern, selbst wenn sie, wie im Fall der Diabetikernahrung, absolut unentbehrlich sind.

Sollen Gemeinden, Industriezweige und Regierungen sich des Einflusses von Umweltbedingungen auf die Aneignung und Beibehaltung bestimmter Lebensgewohnheiten bewusst werden und wirksame Schritte zur Schaffung von gesundheitsförderlichen Umweltbedingungen im weitesten Sinne setzen, so muss die Allgemeinheit unter Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten in den einzelnen Mitgliedstaaten an der Entwicklung von politischen Grundsatzmassnahmen und -programmen beteiligt werden. Hat die Bevölkerung keinen Einfluss auf sie selbst betreffende Entscheidungen im privaten und öffentlichen Sektor, wird sie weniger imstande und auch weniger gewillt sein, sich eine gesundheitsfördernde Lebensweise anzueignen.

Wie 1978 in Alma-Ata erklärt wurde, liegt der Schlüssel zur "Gesundheit für alle" in der primären Gesundheitsversorgung unter aktiver Beteiligung der Allgemeinheit. In den meisten Ländern der Region besteht jedoch nach wie vor ein grober Gegensatz zwischen dem Einfluss mächtiger Interessengruppen (wie der Tabak- und Nahrungsmittelindustrie und bestimmter Berufsverbände) auf die Gesundheitspolitik einerseits und der breiten Öffentlichkeit andererseits. Vielen Mitgliedstaaten ist es noch nicht gelungen, wirksame Massnahmen zur Einbindung der Öffentlichkeit in die politische Entscheidungsfindung zu setzen.

#### Lösungsvorschläge

In jedem Land sollte die Überprüfung politischer Massnahmen und Programme mit potentieller Auswirkung auf die Gesundheit ein obligatorischer Schritt im öffentlichen Planungsprozess sein; die Hauptbereiche der betriebenen Politik sollten systematisch überprüft werden, um:

- ihren Einfluss auf die Optionen am Gesundheitssektor festzustellen, z.B. die Auswirkungen der Steuerpolitik auf den Konsum schädlicher Substanzen
- bestehende Grundsatzmassnahmen neu zu formulieren, um Ungerechtigkeiten im Bereich der Gesundheit zu mindern
- Subventionen an Industrien, die schädliche Produkte herstellen, zu streichen und die Herstellung gesundheitsförderlicher Produkte zu unterstützen
- den Konsumentenschutz zu gewährleisten
- die Ausbreitung gefährlicher Produkte und Praktiken auf andere Länder zu vermeiden
- einen koordinierten Ansatz in der Gesundheitsgesetzgebung zu gewährleisten, insbesondere im Hinblick auf die Einschränkung der Werbung für gefährliche Produkte und Durchsetzung leichtverständlicher Beschriftungen
- städtische und ländliche Planung im Hinblick auf die Förderung der Gesundheit zu verbessern.

In einigen Mitgliedstaaten sind bereits intersektorale Ausschüsse oder Beratungsgremien geschaffen worden. In anderen werden regionale und lokale Pläne zur Förderung der Gesundheit durchgeführt, die auf eine breitangelegte intersektorale Zusammenarbeit abzielen. Zwei Arten von Vorgangsweisen sind auf Gemeindeebene von besonderer Bedeutung:

- die Verstärkung der kulturellen und erzieherischen Aktivitäten, um die Bevölkerung für eine sinnvolle Freizeitgestaltung zu gewinnen
- die Schaffung von Voraussetzungen, um gesunde Fortbewegungsarten wie Gehen und Radfahren leichter und sicherer zu gestalten.

Die breite Öffentlichkeit sollte systematisch über gesundheitsbezogene Probleme und Entwicklungen auf dem laufenden gehalten werden, und es ist darauf zu achten, dass diese Informationen leicht verständlich, ansprechend und interessant sind.

Die Beteiligung der Öffentlichkeit wird je nach nationalen und lokalen Gegebenheiten und politischen, administrativen und kulturellen Mustern unterschiedlich sein. Eine repräsentative Beteiligung der Gemeinschaft sollte jedoch in allen offiziellen Gremien (lokale, regionale und nationale Beratungsgremien, sozioökonomische Planungsgruppen etc.), die sich mit Entwicklungsfragen mit evtl. Auswirkungen auf die Lebensgewohnheiten und die Gesundheit befassen, die Regel sein. Es sollte darauf geachtet werden, dass Vertreter von Problemgruppen und von Kreisen, die besonderes Interesse und besondere Initiative bei der Verbesserung der öffentlichen Bevölkerung gezeigt haben, einbezogen werden.

#### 3.1.2 Unterstützende Sozialbetreuungsformen

Ziel 14 BIS ZUM JAHR 1990 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN PROGRAMME HABEN, WELCHE DIE WICHTIGE ROLLE DER FAMILIE UND ANDERER SOZIALER GRUPPEN BEI DER ENTWICKLUNG UND UNTERSTÜTZUNG GESUNDER LEBENSGEWOHNHEITEN UNTERSTREICHEN

*Die Schaffung enger intersektoraler Verknüpfungen zwischen Gesundheits- und Sozialbetreuungsprogrammen insbesondere in den örtlichen Gemeinden und die Bereitstellung von Mitteln für Projekte zur Stärkung von Bürgeraktionen könnten einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung dieses Ziels leisten.*

## Problemstellung

Die Fähigkeit zu einer gesunden Lebensführung setzt voraus, dass der Mensch Probleme ausdrücken, Lösungen finden, Entscheidungen treffen und durchführen, Konflikte lösen, kommunizieren, in Frage stellen und gegebenenfalls in seinem eigenen Interesse aktiv eingreifen kann. Diese Eigenschaften lassen sich am leichtesten in der Kindheit und Jugend erlernen.

Routinegewohnheiten des täglichen Lebens wie auch erworbene Bewältigungsmechanismen für bestimmte Probleme und Belastungen sind Teil eines lebenslangen Lernprozesses und daher nicht leicht zu ändern. Einmal eingeführt, dienen bestimmte Verhaltensmuster dazu, den ständig wiederkehrenden Stress des Alltags zu bewältigen. Einige rauchen unter Stress mehr, andere nehmen gewohnheitsmässig nach der Arbeit einen Drink. Verschiedene Verhaltensweisen haben oft einen gemeinsamen Ursprung, da die gewählten Verhaltensmuster sich aus den Problembewältigungsformen einer bestimmten Gruppe ergeben. In manchen Gesellschaften ist es mehr oder weniger selbstverständlich, dass ein Mann trinkt, um "seine Sorgen zu vergessen". Die Frauen greifen dagegen eher zu Beruhigungsmitteln, um mit bestimmten Situationen in ihrem Leben fertig zu werden.

Der schon früh einsetzende Sozialisierungs- und Lernprozess innerhalb der Familie bestimmt in hohem Masse die Fähigkeit, Entscheidungen zu fällen und Situationen zu bewältigen. Die Art der Problemlösung und Konfliktbereinigung ist für den Reifungsprozess des Kindes bestimmend, da sie sowohl die gesundheitlichen Verhaltensformen als auch die Bereitschaft und Fähigkeit zur Änderung des Verhaltens beeinflusst. Jüngste Forschungsergebnisse haben z.B. aufgezeigt, dass eine positive Förderung während des Entwicklungsprozesses ein Gefühl des Selbstwertes und der Selbstachtung vermittelt, das zu einer besseren Fähigkeit zur Problembewältigung und vorbeugenden Gesundheitspflege führt.

Ein weiterer Aspekt des sozialen Umfelds, der für die Wahrung der Gesundheit wichtig ist, liegt in der ausreichenden sozialen Unterstützung und den mitmenschlichen Beziehungen. Es hat sich gezeigt, dass ein Mangel an Kontakten zur erhöhten Inzidenz von Tuberkulose, Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Mehrfachunfällen, Komplikationen während der Schwangerschaft, verschiedenen Formen von Geistes- und anderen Krankheiten führt. Mitmenschliche Beziehungen, Integrationsgrad und/oder Unterstützung stehen in direktem Zusammenhang mit Tod durch Suizid oder Schlaganfall; einige Studien haben sogar gezeigt, dass Todesursachen aller Art mit diesen Faktoren zusammenhängen.

Nicht nur der Lernprozess, sondern auch die helfende Fürsorge innerhalb der Familie dient also zum Schutz der Gesundheit und zur Förderung gesundheitsdienlichen Verhaltens. Struktur und Funktion der Familien sind jedoch in einem raschen Wandel begriffen. Die Zusammensetzung der Familien in der Region reicht vom Zusammenleben mehrerer Generationen von Verwandten bis zu allein lebenden Menschen. Die Zahl der Alleinerzieher, normalerweise junge Frauen, die mit kleinen Kindern allein leben, ist rasch angestiegen. Auch die Zahl allein lebender älterer Frauen hat sich erhöht. Neue Familienformen entwickeln sich in der Region. Die Bemühungen um die Schaffung von entsprechenden Gelegenheiten und Stärkung der Fähigkeiten zur Auswahl gesunder Lebensgewohnheiten müssen die verschiedenen Umstände und Zusammensetzungsformen der sozialen Gruppen und des sozialen Umfelds und des dort vor sich gehenden Wandels berücksichtigen, wollen sie erfolgreich sein.

Der Einfluss von Gleichaltrigen und Freunden, der "Peers", nimmt im Entwicklungsprozess eines Kindes breiten Raum ein und wird bei Jugendlichen zu einem dominierenden Faktor. Die Erfahrungen, die ein Kind in Schule und Freundeskreis macht, gestalten die Verhaltensformen mit, die später einen positiven oder negativen Einfluss auf die Gesundheit haben können. Unter den gesundheitsgefährdenden Gewohnheiten, die man sich im Jugendalter angewöhnt, sind das Rauchen, die Einnahme von suchtbildenden Drogen, irreguläre Essgewohnheiten und übermässiges Trinken zu nennen. Die Stärkung des positiven Gesundheitsverhaltens unter Nutzung des "Peer"-Einflusses ist nicht genügend beachtet worden.

## Lösungsvorschläge

Politische Grundsatzmassnahmen und Programme, die die Problemlösung, die unterstützende und fürsorgliche Rolle der Familie und des ausgedehnten Sozialnetzes hervorheben, bieten wahrscheinlich das grösste Potential zur Förderung der Gesundheit und der richtigen Lebensgewohnheiten.

Die Gemeinschaft sollte unterstützende Betreuungsformen bieten, um Familien in schwierigen Situationen zu helfen, sei es bei der Konfliktbereinigung oder bei der Überbrückung des Generationsproblems, sei es in der Kinderversorgung oder bei der Unterstützung der Familie in der Betreuung eines kranken oder behinderten Menschen. Ältere Leute brauchen, besonders wenn sie allein leben, oft Hilfe, um gesellschaftlichen Anschluss und/oder Einbindung in die Gemeinschaft zu finden.

Die Programme der Kindergärten, Tagesheime, Spielgruppen, Schulen und Jugendgruppen sollten besondere Beachtung finden und vom Gesichtspunkt der aktiven Wahl und Entscheidungsfindung sorgfältig geplant sein. Die gesundheitliche Erziehung an den Schulen sollte die Kinder dazu anhalten, auf ihre Gesundheit zu achten, Symptome zu erkennen und zu entscheiden, ob sie allein zu bewältigen sind oder der professionellen Hilfe bedürfen. Programme für Arbeitsplatz, Ausbildungsstätten und gesundheitliche Einrichtungen sowie Fernseh- und Rundfunksendungen sollten Fragen der Problembewältigung unter schwierigen Umständen und der Entscheidungsfindung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung enthalten. Die Forschung sollte neue und wirksamere Ansätze bieten, z.B. für die Vorschul- und Schulerziehung, die bei Kindern und Jugendlichen die Fähigkeit herausbilden, Entscheidungen zu fällen und unabhängig zu denken.

Ein ungesundes Verhalten ergibt sich oft aus Problemen wie Einsamkeit, Arbeitsbelastung oder dem Verlust eines nahestehenden Menschen. Will man hier Abhilfe schaffen, so muss man nach den Ursachen forschen. Da der Einzelmensch selten in der Lage ist, solche Probleme selbständig zu lösen, sollten Familienmitglieder und umfassendere bürgernahe Betreuungssysteme sozialpolitisch zur gemeinsamen Lösung der Probleme angeregt werden; es ist auch die Einrichtung koordinierter und aufgeklärter Sozialbetreuungssysteme und Problemlösungsgruppen in den Gemeinden aktiv zu fördern, wobei den Bedürfnissen von Problemgruppen wie Wanderarbeitern, unverheirateten jungen Müttern etc. besonderes Augenmerk zukommen sollte.

Die dem einzelnen zur Verfügung stehenden sozialen Betreuungseinrichtungen sind oft ungenügend, um das Bedürfnis an sozialer Unterstützung und neuen gesellschaftlichen Kontakten zu befriedigen; dies trifft z.B. für Verwitwete oder Alleinerzieher zu. Hier müssen neue Formen der Kontakte gefunden werden. Gruppen von Leuten mit ähnlichen Problemen, die sich zur gegenseitigen Hilfeleistung zusammenfinden (Selbsthilfegruppen), bieten vielen eine zufriedenstellende Lösung.

### 3.1.3 Wissensvermittlung und Motivation für gesundes Verhalten

Ziel 15 BIS ZUM JAHR 1990 SOLLTEN DIE SCHUL- UND AUSBILDUNGSPROGRAMME IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN WISSEN, MOTIVATION UND FÄHIGKEIT DES MENSCHEN, GESUND ZU SEIN UND ZU BLEIBEN, STÄRKEN

*Eine bedarfsgerechte und wirksame Infrastruktur und Mittelzuwendung für gesundheitliche Erziehungsprogramme auf allen Ebenen würde wesentlich zur Erreichung dieses Ziels beitragen.*

#### Problemstellung

Der Mensch handelt oft in gesundheitsschädlicher Weise, weil er entweder das Risiko oder die gesünderen Alternativen nicht kennt, oder weil er aufgrund seiner Einstellung nicht genügend zum Aufgeben der Gewohnheiten motiviert ist.

Die Wissensvermittlung über die gesundheitlichen Implikationen spezieller Verhaltensformen genügt jedoch nicht. So wissen Raucher meist, dass das Rauchen schlecht für die Gesundheit ist; dies trifft auch für Kinder und Jugendliche zu, die trotzdem zu rauchen beginnen. Wie bereits gesagt wurde, sind es komplexe Faktoren, die potentiell gesundheitsschädliche Praktiken formen. Viele Leute brauchen Hilfe, um Gewohnheiten zu ändern, die zur Routine geworden sind.

Die tägliche Berieselung durch Werbung oder indirekte Verkaufsförderung, die potentiell schädliche Gewohnheiten wie Rauchen und Trinken als attraktiven und erstrebenswerten Lebensstil darstellen, stärkt das ungesunde Verhalten. In den Entwicklungsgebieten der Region lassen sich viele Menschen von Werbungskampagnen blenden, die das Rauchen und den Genuss von Alkohol als Symbol des modernen Lebens und der Wohlhabenheit darstellen. In Industrieländern zielt die Werbung mit den Schlagworten "reif und unabhängig" insbesondere auf junge Leute und Frauen ab. Eine besonders heimtückische Einflussnahme auf das Verhalten junger Leute ist das Sponsoring sportlicher Ereignisse durch Firmen, die gesundheitsschädliche Produkte erzeugen. Es ist also wichtig, durch eine breite Palette wirksamer Erziehungs- und Ausbildungsmethoden dieser negativen Information entgegenzuwirken.

Ein weiterer Bereich, in dem es dringend geboten ist, die Öffentlichkeit aufzuklären, ist die richtige Inanspruchnahme von professionellen Diensten und die Selbstbetreuung.

Nicht alle Mitgliedstaaten haben bedarfsgerechte Organisationsstrukturen für die gesundheitliche Erziehung auf allen Ebenen geschaffen. Bei der Erstellung von erzieherischen Programmen im Bereich der Gesundheit gibt es wenig oder keine Koordination zwischen Regierungsstellen und nicht-staatlichen Gruppen oder Organisationen. In einigen Ländern dringen verschiedene Industrien rasch in den Gesundheitssektor ein und entwickeln mit Hilfe von neuen Technologien Programme für ein breites Spektrum von Gesundheitsfragen.

## Lösungsvorschläge

Gute gesundheitliche Erziehungsprogramme müssen auf den bodenständigen sozialen und kulturellen Mustern aufbauen und mit der Formation des Wertsystems des einzelnen eng verbunden sein. Sie müssen also früh im Leben ansetzen (z.B. sollte die Verkehrssicherheitserziehung bei sehr kleinen Kindern beginnen) und dann verstärkt werden, wenn das Auftreten von Änderungen in den Wertsystemen am wahrscheinlichsten ist (z.B. zu Beginn des Kindergartens, der Schule, der Pubertät, der Elternschaft, des Pensionsalters).

Bemühungen im Bereich der Gesundheitserziehung müssen eine breite Palette von Aktivitäten umfassen: die Unterrichtung der Kinder in Kindergärten und Grundschulen über Rolle und Funktion ihrer Körper und den Einfluss ihres Verhaltens auf die Gesundheit, die Informierung über geistige Gesundheit in allen Erziehungsprogrammen, die Verbreitung der jüngsten Erkenntnisse auf dem Gesundheitssektor durch Heranziehung grösserer Institutionen wie Schulen, Gewerkschaften und Medien. Nichtstaatliche Organisationen spielen eine grosse Rolle bei der Erstellung von Erziehungsprogrammen. Die Aufklärung darüber, wann professionelle Dienste heranzuziehen sind und wann nicht und welche Art von Berufspraktiker für ein bestimmtes Problem anzusprechen ist, bildet einen wichtigen Aspekt der gesundheitlichen Erziehung. Die Gesundheitsinformation muss laufend auf den letzten Stand gebracht werden und sowohl die öffentliche Politik wie auch die professionelle Erziehung durchdringen, und sie muss auch Laienkreisen verfügbar gemacht werden.

Der grosse Einfluss der "Peers" und andere Arten der sozialen Druckausübung, die heutzutage so oft ungesundes Verhalten fördern, kann zur Stärkung gesunder Lebensgewohnheiten kanalisiert werden. Dies beginnt bereits in einigen Ländern, wo das Nichtrauchen zur anerkannten Norm wird. Bekannte Persönlichkeiten können gesundes Verhalten populär machen. In ähnlicher Weise bieten Selbsthilfegruppen Personen, die das Rauchen und Trinken aufgeben und ihr Gewicht verringern wollen, eine wirksame Möglichkeit, Menschen, die potentiell gefährliche Lebensgewohnheiten ändern möchten, zu informieren und zu unterstützen.

Letztlich ist für eine geplante und systematische Überwachung und Auswertung der Aufnahme und des Erfolges von gesundheitlichen Erziehungsprogrammen zu sorgen, um einen Informationsrückfluss und somit die Möglichkeit zur Verbesserung der Relevanz und Wirksamkeit solcher Programme zu haben. Hierzu ist auch erforderlich, die gesundheitliche Erziehung in entsprechender Weise in akademische Strukturen einzubauen.

### 3.2 Förderung des gesundheitsdienlichen Verhaltens

#### 3.2.1 Positives Gesundheitsverhalten

Ziel 16 BIS ZUM JAHR 1995 SOLLTE IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN DAS POSITIVE GESUNDHEITSVRHALTEN WESENTLICH GESTÄRKT WERDEN, WIE AUSGEWOGENE ESSGEWOHNHEITEN, NICHTRAUCHEN, GEEIGNETE KÖRPERLICHE BETÄTIGUNG UND POSITIVE STRESSBEWÄLTIGUNG

*Dies könnte erzielt werden, wenn in jedem Mitgliedstaat in diesen Bereichen klare Ziele festgelegt werden, z.B. die Zahl der Nichtraucher auf mindestens 80% der Bevölkerung zu erhöhen und den gesamten Tabakverbrauch einer Nation um 50% zu senken - und wenn die WGO und andere internationale Organisationen Schritte zur Förderung der Zusammenarbeit bei gesundheitsdienlichen Aktivitäten in der gesamten Region unternehmen, um auf diese Weise stärkeren Einfluss auf die grundlegenden gesundheitlichen Wertvorstellungen auszuüben.*

## Problemstellung

Ein positives Gesundheitsverhalten setzt eine bewusste Anstrengung des einzelnen voraus, seine Gesundheit und die Gesundheit anderer in aktiver Weise zu wahren. Die Forschung in diesem Bereich hat gezeigt, dass Gewohnheiten wie eine ausgewogene Ernährung, regelmässige körperliche Bewegung, Zeiten des Ausruhens und der Erholung und Ausübung eines befriedigenden gesellschaftlichen und sexuellen Lebens dazu beitragen, ein individuelles Gefühl des Wohlbefindens zu erzeugen und einen Abwehrmechanismus gegen Krankheit zu bilden.

Die Forschungstätigkeit hat sich bisher grossteils eher auf gesundheitsschädigende als auf gesundheitsfördernde Praktiken konzentriert, es wächst jedoch das Interesse an der Entwicklung positiver Gesundheitsindikatoren. In einer Reihe von Mitgliedstaaten legt man zunehmendes Augenmerk darauf, dass Erziehungsprogramme die Gesundheit als wichtigen kulturellen Wert fördern. In



einigen Ländern manifestiert sich ein neues Interesse der Öffentlichkeit an der Gesundheit. Themen wie körperliche Aktivität, Sport, gesunde Nahrung, Stressausgleich, Meditation und Nichtrauchen stossen nicht nur auf individuelles Interesse, sondern stellen auch einen beginnenden Wandel in den Wertbegriffen dar, der von Umweltschützern und Ökologen innerhalb der Region propagiert wird.

Das positive gesundheitliche Verhalten ist sicher die grösste Herausforderung für die staatliche Förderung der Gesundheitspolitik. Es tun sich hier bedeutende Forschungsgebiete auf, da mehr Wissen darüber benötigt wird, was positives gesundheitliches Verhalten ist und wie die Einzelmenschen angehalten werden können, grössere Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und für die Gesundheit anderer zu übernehmen.

Zu dem Thema ausgewogene Nahrung ist zu vermerken, dass die gesundheitsschädlichen Ernährungsprobleme in der unzureichenden Nahrungsmenge, fehlenden Ausgewogenheit, Überernährung und freiwilligen Unterernährung zu suchen sind. Das Problem der mangelnden Quantität der Nahrung hängt eng zusammen mit der sozialen Chancengleichheit und dem ausreichenden Angebot an grundlegenden Ressourcen, die Vorbedingung für die Gesundheit sind. Eine unausgewogene Ernährung kann auf mangelndes Wissen zurückzuführen sein, ist jedoch eng verbunden mit Nahrungsmittelwerbung, Verpackung etc., wie auch der Auswahl der Menus in Schnellimbisslokalen und Restaurants. Die Nahrungsmittelindustrie ist in einigen Ländern der grösste Produktionszweig - wesentlich grösser als die Alkohol- und Tabakindustrie. Die Entwicklung der Nahrungsmitteltechnologie hat die landwirtschaftliche Produktion sowie die Verfügbarkeit, Verteilung und den Verzehr von Nahrungsmitteln stärker beeinflusst als alle gezielten Erziehungskampagnen auf dem Gebiet der Ernährung. Die Ernährung vieler europäischer Länder weist im allgemeinen einen Mangel an Ballaststoffen auf, während Fette und Zucker im Übermass vertreten sind; auch wichtige Mikronährstoffe fehlen oft. Der Übergenuss von energiereicher Nahrung führt zur Fettleibigkeit - ein bedeutendes Problem in vielen Ländern - und diese hängt wiederum eng mit kardiovaskulären Krankheiten, Diabetes etc. zusammen.

Andere Probleme sind komplexer, da sie sich aus der Wechselbeziehung anezogener Essgewohnheiten, psychologischer Konflikte und kultureller Werte und Klischees ergeben. Mädchen im Teenageralter sind besonders anfällig für Ernährungsprobleme, die sich aus dem Zwist zwischen der klischeehaften Vorstellung eines erstrebenswerten Aussehens und der Freude am Essen ergeben, und dies in einer Zeit der erheblichen psychologischen Belastung und Entwicklung.

Das Rauchen ist jene Form des Risikoverhaltens, die am gründlichsten untersucht wurde. Es wurde geschätzt, dass von 1980 und 2000 bis zu 10 Millionen Menschen in der Europäischen Region den Tod durch dem Rauchen verbundene Krankheiten riskieren. Unter den sogenannten Raucherkrankheiten sind Lungenkrebs und einige andere Krebsarten, ischämische Herzerkrankungen, chronische Bronchitis, Emphysem und bestimmte chronische Arterienerkrankungen der Beine. Die Auswirkungen des Rauchens während der Schwangerschaft auf den Fötus bieten besonderen Grund zur Besorgnis.

Im Laufe der vergangenen 30 Jahre haben sich die Rauchgewohnheiten innerhalb der Region beträchtlich geändert. Es gibt Hinweise dafür, dass es in der ganzen Region zu einem Abflauen des Rauchens kommt; es bestehen jedoch noch beträchtliche Unterschiede zwischen den Ländern und zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb der Länder. In einigen Ländern haben viele Menschen, besonders Angehörige der höheren Schichten, das Rauchen aufgegeben. Im allgemeinen stellen Frauen und Kinder Risikogruppen dar. Der Schwerpunkt der Antirauchprogramme innerhalb der Region hat sich folglich auf das aktive Nichtrauchen als positiver Form des gesundheitlichen Verhaltens verlagert.

Obwohl die Gesellschaft auf Dauer einen hohen sozialen und finanziellen Preis bezahlen muss, ergibt sich durch die Besteuerung des Tabakverkaufs in vielen Fällen für den Staat ein kurzfristiger finanzieller Nutzen. Diese Tatsache und die einflussreichen geschäftlichen Interessen blocken oft direkt oder indirekt die Bemühungen des Gesundheitssektors zur Einschränkung des Rauchens ab. Selbst in Ländern, in denen ein staatliches Tabakmonopol besteht, hat man sich noch wenig mit Programmen beschäftigt, den Tabakanbau durch andere Produkte zu ersetzen oder sich mit der ethischen Frage der Herstellung einer erwiesenermassen pathogenen Substanz auseinandergesetzt. Diese Probleme werden noch verschärft durch die landesweite Werbung und Verbreitung von Tabak und anderen die Gesundheit beeinflussenden Produkten.

Zum Thema der guten Stressbewältigung ist zu sagen, dass die beiden eben behandelten Fragen Beispiele für Verhaltensformen sind, die Teil eines negativen Musters der Stressbewältigung sein können. Die Forschungsergebnisse weisen zunehmend auf die Folgen stresserzeugender Situationen auf die physische und psychische Gesundheit hin. Die Art der Stressbewältigung hat also sowohl direkte (die Frequenz der Stressreaktionen im Körper) und indirekte (Tendenz zu gesundheitsschädlichen Verhaltensformen, um die Befindlichkeit zu bessern) Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der Gesundheit. Die ausgewogene körperliche Betätigung, Entspannung und der gesellschaftliche Verkehr sind wichtige Komponenten der wirksamen Stressbewältigung und fördern die Gesundheit. Leider erlauben die Lebensbedingungen oft nicht jenen ausgewogenen Lebensstil, der der Gesundheit am förderlichsten wäre.

Die Teilnahme an gesunder körperlicher Aktivität kann eine erfreuliche Erfahrung sein und somit einen wichtigen Faktor bei der Verbesserung der Lebensqualität bilden. Die körperliche Fitness, die in der Jugend erworben und das ganze Leben hindurch aufrechterhalten wird, ist für die gesunden Körperfunktionen wesentlich. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die durch regelmässige körperliche Aktivität verbesserte Fitness zu Prävention und Rehabilitation beiträgt. Insbesondere für ältere Leute ist die regelmässige körperliche Betätigung wichtig, um die Körperfunktionen im Alter aufrechtzuerhalten.

Während der letzten Jahrzehnte ergab sich ein grundlegender Wandel in der Betrachtungsweise der körperlichen Betätigung. Ihr Beitrag nicht nur zur Gesundheit, sondern zum allgemeinen Wohlbefinden des Menschen, ist anerkannt worden.

#### Lösungsvorschläge

Da Werbung, Verkauf von Konsumgütern, Fernsehsendungen, Filme etc. in zunehmendem Masse die Grundwerte über die nationalen Grenzen hinaus beeinflussen, sollte man sich bemühen, herauszufinden, wie die Mitgliedstaaten in Zusammenarbeit mit der WGO und anderen Organisationen ihre individuellen Kampagnen koordinieren können, um auf diese Weise die Wirksamkeit ihrer politischen Grundsatzmassnahmen und Programme auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung zu verstärken. Bei der Programmerstellung muss darauf geachtet werden, dass die Programme zur Förderung der gesunden Lebensgewohnheiten die Bedeutung der Ausgewogenheit, Befriedigung und Unterstützung in den einzelnen Lebenssituationen anerkennen und den besonderen Bedürfnissen der Menschen gerecht werden, die bemüht sind, gesundheitsschädliche Gewohnheiten abzulegen.

Beim Problem des Rauchens bedarf es grosser nationaler und internationaler Koordinierungsbemühungen, um grundlegende soziale Haltungen und Praktiken zu ändern und das Nichtrauchen zur positiven sozialen Norm zu machen; besonderes Augenmerk sollte auf die Schaffung einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in dieser Frage in den kommenden Jahren gelegt werden. Legislative Massnahmen, wie das Verbot des Tabakverkaufs an Kinder, die Beschriftung aller Verpackungen mit einer Gesundheitswarnung, die Einschränkung der Tabakwerbung, Einschränkung des Rauchens in öffentlichen Einrichtungen, Schulen und Arbeitsplätzen spielen ebenfalls eine bedeutende Rolle; der zollfreie Verkauf von Alkohol und Tabakwaren sollte abgeschafft werden.

Da der Anbau von Tabak und die Herstellung von Zigaretten und anderen Tabakprodukten in manchen Ländern von kurzfristiger wirtschaftlicher Bedeutung sind, sollten in jedem Mitgliedstaat und auf internationaler Ebene Massnahmen eingeleitet werden, um Tabakanbau und -industrie schrittweise durch andere Produkte und Industriezweige zu ersetzen.

In der Frage der Ernährung wird es notwendig sein, Herstellung und Verkauf von gesunden Nahrungsmitteln sicherzustellen, so dass die meistgekauften Nahrungsmittel eine ausgewogene Kost bieten. Ein positives Image der gesunden Essgewohnheiten sollte in Zusammenarbeit mit Medien und bekannten Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens in der schulischen Gesundheitserziehung und mit Unterstützung der Industrie und nichtstaatlichen Organisationen geschaffen werden, wobei die kulturellen Werte und Zwänge im Bereich der Essgewohnheiten zu berücksichtigen sind. Mehr Information über Selbsthilfegruppen, wie z.B. jene, die bei der Bewältigung falscher Essgewohnheiten helfen wollen, sind erforderlich, und solche Gruppen müssen auch unterstützt werden.

Programme zur Förderung der Gesundheit sollten also nicht nur Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten bieten, sondern sollten auch dem einzelnen dabei helfen, aktive Unterstützung bei seinen Bemühungen um eine gesündere Lebensführung zu erhalten. Die professionelle Medizin muss sich für die Gesundheitsförderung interessieren und Bereitschaft zeigen, die Wirksamkeit neuer Ansätze zu prüfen, z.B. bei der Stressbewältigung. Es genügt nicht, den Menschen zu helfen, gesundheitsschädigende Arten der Stressbewältigung abzulegen. Aktive gesundheitsförderliche Methoden der Stressbewältigung müssen gefördert werden, darunter auch Methoden der Problembewältigung, Aufrechterhaltung eines gesunden Gleichgewichtes zwischen Arbeit und Freizeit und Abschalten in Stresssituationen.

Der Sport und die Programme für körperliche Betätigung sollten gefördert und allen sozialen und altersmässigen Gruppen zugänglich gemacht werden. Körperliche Betätigung und Erholung, die zur Stärkung der sozialen und familiären Bindungen führen, sollten angenehm und erschwinglich sein. Dies schafft eine Aufgabe für die Städteplaner, Naturgebiete und Parkanlagen für Spaziergänge,

Entspannung und Kontaktnahme zu erhalten und Gelegenheiten zum Schwimmen, Radfahren usw. zu bieten, wobei auch Behinderten der Zugang ermöglicht werden muss. Einfallsreiche Förderungskampagnen für die Gesundheit können Interesse und Bewusstsein für Aktivitäten wecken, die soziale Einbeziehung mit körperlicher Betätigung vereinen.

Aus dieser Diskussion geht klar hervor, dass dieses Ziel nur durch eine multisektorale Zusammenarbeit erreicht werden kann. Gesunde Verhaltensmuster, die in der Kindheit gelernt und durch die sozialen Bedingungen, Gelegenheiten und Ressourcen unterstützt werden, bieten im Idealfall die sicherste langfristige Strategie zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Es ist jedoch auch anzumerken, dass die Gruppenarbeit, z.B. in der Erwachsenenbildung, erfolgversprechende Ergebnisse gezeitigt und neue Horizonte eröffnet hat, das Erwachsenenverhalten in eine positive Richtung zu lenken.

### 3.2.2 Gesundheitsschädigendes Verhalten

Ziel 17 BIS ZUM JAHR 1995 SOLLTE IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN DAS GESUNDHEITSSCHÄDIGENDE VERHALTEN DRASTISCH VERRINGERT WERDEN, DARUNTER DER ÜBERMÄSSIGE GENUSS VON ALKOHOL UND PHARMAZEUTISCHEN PRODUKTEN, DIE VERWENDUNG VERBOTENER DROGEN UND GEFÄHRLICHER CHEMISCHER SUBSTANZEN, DAS GEFÄHRLICHE FAHRVERHALTEN UND DAS GEWALTTÄTIGE SEXUALVERHALTEN

*Die Entwicklung integrierter Programme zur Senkung des Konsums von Alkohol und anderen schädlichen Substanzen um mindestens 25 Prozent bis zum Jahr 2000 könnte wesentlich zur Erreichung dieses Ziels beitragen.*

#### Problemstellung

Es steht ausser Zweifel, dass die Lebensweise in industriellen Gesellschaften die Gesundheit gefährdet. Dies bedeutet nicht, dass die Menschen ihre Gesundheit willkürlich aufs Spiel setzen, da viele nicht die Möglichkeit haben, eine gesündere Lebensweise zu wählen. Gesundheitsschädigende Praktiken sollten nicht als abstrakte Verhaltensformen angesehen werden, sondern als Aspekte eines kulturellen Lebens, in dem verschiedene Problemstellungen zusammenwirken.

Riskantes Verhalten kann auch ein Versuch der Bewältigung von Konflikten des Einzelmenschen und der Gemeinschaft sein. In solchen Situationen wird das Risiko, wenn überhaupt, eher im Licht des unmittelbaren Vorteils und der sozialen Annehmbarkeit beurteilt, während die gesundheitlichen Folgen ausser acht gelassen werden. Leider ermöglicht das Risikoverhalten dem Menschen nicht nur, mit einem bestimmten Konflikt fertig zu werden, sondern vermittelt ihm das Gefühl der Stärke, sich denselben Konflikten erneut zu stellen, und pflanzt sich somit fort.

Das Gefühl der Hilflosigkeit trägt ebenfalls zu riskantem Verhalten bei. Viele Menschen empfinden Freude oder assoziieren ein gewisses Machtgefühl mit Verhaltensformen, die ihrer Gesundheit abträglich sein können. Diese Gefühle werden umso tiefer empfunden, wenn sie durch Druck von "Peers" verstärkt werden und Teil des täglichen Lebens sind. Derartige motivierende Kräfte sind besonders stark während der Phase des Heranwachsens, die gleichzeitig eine Phase grosser Ungewissheit und Unsicherheit ist.

Das über kurz oder lang gesundheitsschädliche Verhalten gilt in einigen Kulturkreisen als durchaus akzeptabel und wird durch Traditionen, Massenmedien und Werbung noch gefördert. Sätze wie "Gönn' dir ein Gläschen!", "Nimm eine Tablette zur Beruhigung!", und "Rauch' eine Zigarette!" sind Teil des Alltagslebens.

Zur Frage der alkoholbezogenen Probleme ist hinlänglich erwiesen, dass der Alkoholgenuss einer der Hauptfaktoren von sozialen und gesundheitlichen Problemen ist. Auf das Konto des Alkoholgenusses gehen Probleme wie Leberzirrhose, Verkehrs- und andere Unfälle, einige Krebsarten, psychische und soziale Probleme, wie z.B. finanzielle Schwierigkeiten in den Familien, Wegbleiben vom Arbeitsplatz, Handgreiflichkeiten gegenüber der Ehefrau, Kindermisbrauch und Scheidung.

Die Proportionen des Alkoholproblems sind statistisch eng mit dem jährlichen Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol verbunden; es ist daher höchst beunruhigend, dass der Pro-Kopf-Verbrauch in der Region in den letzten 30 Jahren einen drastischen und überaus bedenklichen Anstieg verzeichnet hat. Im Laufe dieser Zeit ist nur in einem von 21 Ländern, die Daten ausweisen, kein Anstieg im Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol verzeichnet worden. In 12 der 21 Länder ist der jährliche Verbrauch von reinem Alkohol bei den über 15jährigen um mehr als das Doppelte gestiegen, in vier Ländern hat er sich sogar verdreifacht. Es besteht auch eine Tendenz zum vermehrten Alkoholverbrauch unter Frauen und jungen Leuten.

Die Drogeneinnahme in europäischen Ländern ist eng mit sozialen Phänomenen verbunden, darunter die geänderten Lebensbedingungen, das Gefühl der Entfremdung und der mangelnden kulturellen Identität, insbesondere unter jungen Leuten. Die Unsicherheit und die Konflikte, die sich aus solchen sozialen Bedingungen ergeben, werden von skrupellosen Leuten genützt, die aus dem Drogenverkauf Profit ziehen, darunter dem Verkauf höchst gefährlicher abhängigkeits erzeugender Drogen wie Heroin und Kokain. Diese Situation wird verschärft durch die Unwirksamkeit der einzelstaatlichen Drogenbekämpfungspolitik, die ungenügende Koordination von Drogenbekämpfungsprogrammen auf nationaler und internationaler Ebene, die Unwirksamkeit der Programme der Prävention, Behandlung und Rehabilitation der Drogensüchtigen und das Scheitern des Versuchs, diese Programme in die allgemeinen Gesundheitsdienste einzugliedern.

Die Probleme der Verwendung psychoaktiver Substanzen ist nicht auf unerlaubte Drogen beschränkt, der Missbrauch von Pharmaka ist ebenfalls weit verbreitet. Leider ist es heute durchaus üblich, soziale und psychologische Probleme mit Hilfe von Drogen zu bewältigen. Die übertriebene ärztliche Verschreibung von psychoaktiven Drogen insbesondere an Frauen und alte Leute ist eine ernsthafte Komponente dieses Problems. Sie bildet einen Aspekt der bedarfsgerechten Versorgung, die in Kapitel 5 behandelt wird. Bei den Kindern ist die Verwendung chemischer Substanzen wie Klebstoff zum Erzielen sensorischer Effekte gefährlich.

Der Missbrauch von Alkohol und bewusstseinsändernden anderen Drogen hat nicht nur direkte gesundheitliche Auswirkungen, sondern ist auch indirekt verbunden mit Todesfällen und bleibender Invalidität als Ergebnis gefährlichen Fahrverhaltens und gewalttätigen sozialen Benehmens. Das Fahrverhalten führt insbesondere bei männlichen Jugendlichen zu Verkehrsunfällen mit einer hohen Todes- und Invaliditätsrate. In dieser Beziehung sollte auch bedacht werden, dass in einigen Gesellschaften eine Abhängigkeit vom Kraftfahrzeug geschaffen wurde, welche die Menschen einer unausweichlichen Gefahr aussetzt. In Europa ist die Zahl der Dienst- und Privatfahrzeuge in einem raschen Anstieg begriffen. Viele Faktoren spielen bei Strassenverkehrsunfällen mit, die Nichtverwendung von Sicherheitsgurten, das achtlose Fahrverhalten (insbesondere unter Alkoholeinfluss) und das Schnellfahren zählen jedoch zu den wichtigsten. Die Schutzwirkung von Sicherheitsgurten ist bei Kindern am höchsten und bietet eine 70-80 Prozent höhere Chance, bei einem Autounfall Verletzung oder Tod zu entgehen. Der Schutzeffekt von Helmen für Motorradfahrer ist ebenfalls hoch; schwere und kritische Verletzungen sind fünfmal höher, leichtere Kopfverletzungen zweimal höher, wenn kein Helm getragen wurde.

Gewalttätiges Sozialverhalten ist vielleicht der Bereich, der die Wechselwirkung zwischen gesundheitsschädigenden Verhaltensformen und ihrer komplexen Beziehung zur Lebenssituation am besten aufzeigt. Kindesmisshandlung, Gewalttätigkeit gegenüber der Ehefrau und Vergewaltigung sind Beispiele gewalttätigen sozialen Verhaltens, die in vielen Ländern Anlass zu steigender Besorgnis bieten. Die Gewalttätigkeit geht mit stressgeladenen Situationen und/oder der Unfähigkeit zur Konfliktlösung einher.

Zu den Faktoren, die zur Misshandlung von Kindern führen können, zählen die Überforderung durch die jeweilige Lebenssituation, die Unfähigkeit zur Stressbewältigung, zu hochgesteckte Erwartungen dem Kind gegenüber und eine niedrige Selbstachtung. Beim Kind kann die Misshandlung zu verzögerter Entwicklung, Schulproblemen, niedrigem Selbstbewusstsein, Kriminalität beim Jugendlichen und Kindesmissbrauch beim Erwachsenen führen.

Der sexuelle Missbrauch von Kindern ist eine Art der Gewalttätigkeit, die mit vielen gravierenden Problemen verbunden ist; jüngste Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass diese Art des Verhaltens öfter vorkommt als bisher angenommen. Sexuell missbrauchte Kinder sind häufiger Opfer von Drogenabhängigkeit, Essproblemen, Depressionen, Selbstverstümmelung und Selbstmord. Stresserzeugende Lebenssituationen, ihre Bewältigung und gesundheitsschädigendes Verhalten sind also komplexe, ineinandergreifende Probleme, die sich fortsetzen, wenn die assoziierten Verhaltensmuster nicht geändert werden.

#### Lösungsvorschläge

Eine Studie über die Wechselbeziehung zwischen Massnahmen zur Bekämpfung des Alkohols, addierten Verbrauchsmengen und chronischen Gesundheitsproblemen bei Trinkern hat vor kurzem aufgezeigt, dass die Bekämpfung nicht durch ein rigides System von gesetzlichen Vorschriften geschieht, die leicht zu ändern wären, sondern durch ein kompliziertes Netzwerk aus kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Strukturen, die das Alkoholproblem widerspiegeln und gleichzeitig seine Ausmasse bestimmen. Diese Strukturen beinhalten wirtschaftliche, kulturelle und geschichtliche Aspekte, vor allem jedoch die Politik und den Staatsapparat. Die erzielbaren Profite aus dem Alkoholverkauf auf dem privaten wie auf dem öffentlichen Sektor führen oft zu einem Konflikt der wirtschaftlichen Interessen auf der einen Seite und der Besorgnis der Gesundheitsbehörden über mögliche gesundheitliche und soziale Folgen auf der anderen.

Der Alkohol- und Drogenmissbrauch kann durch Vorschriften über die Produktion, Änderung der Werbepolitik bezüglich alkoholischer Getränke und Einschränkung ihrer Verfügbarkeit, durch Preiskontrollen und das Anbieten alternativer Getränke beeinflusst werden. Es bedarf sorgfältig geplanter erzieherischer Kampagnen, um diese Massnahmen bei der Bevölkerung populär zu machen. Die Trinkgewohnheiten sollten nicht nur durch eine knappere Verfügbarkeit des Alkohols bekämpft werden, sondern vor allem durch Versuche, die Lebenssituation von besonders anfälligen Personen zu ändern. Neue Ansätze zur Behandlung von Personen mit tiefverwurzeltem, gesundheitsschädigendem Verhalten sollten gefördert werden.

Besseres Informationsmaterial und bessere Programme über den Einfluss kultureller Überzeugungen, wie die Tendenz, Alkohol und Drogen als Problembewältigungsmittel heranzuziehen, sowie ihre Folgen sind für Schule, Arbeitsplatz und Medien erforderlich. Bessere Mechanismen zur sozialen Unterstützung von für den Drogenmissbrauch besonders anfälligen Gruppen sollten entwickelt werden, darunter eine breite Palette von Versuchen, die Menschen anzusprechen, Selbsthilfegruppen, Behandlungszentren, Übergangs- und Obdachlosenheimen etc., um die Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsdienste für die Probleme des Alkohol- und Drogenmissbrauchs und der sozialen Gewalttätigkeit zu verbessern. Es bedarf intensiverer Forschungsbemühungen, um neue Ansätze für die Prävention zu finden, wobei ein breites Spektrum möglicher Massnahmen in verschiedenen Sektoren in Betracht gezogen werden muss. Der Entwicklung besserer Methoden für die Bewertung von Behandlungsprogrammen und der systematischen Suche nach effektiveren Behandlungsmethoden muss hohe Priorität eingeräumt werden.

Zum Thema des gefährlichen Verhaltens im Strassenverkehr ist zu sagen, dass die Verantwortung der staatlichen Stellen zwar zunächst darin liegt, sichere Strassen zu bauen und darauf zu achten, dass die Kraftfahrzeuge mit Rücksicht auf den Schutz der Öffentlichkeit konstruiert werden, die Planung und Durchführung umfangreicher Erziehungskampagnen für alle Strassenbenutzer (Autofahrer, Radfahrer und Fussgänger) jedoch zumindest von ebenso grosser Bedeutung ist. Solche Kampagnen sollten bei Kleinkindern ansetzen - spätestens im Kindergartenalter - und sich durch Kindheit, Jugend, Erwachsensein und Alter fortsetzen. Für die Autofahrer sollte besondere Betonung auf die Gefahren des Alkohol- und Drogengenusses im Strassenverkehr und die Schaffung von Werten gelegt werden, die das sichere und rücksichtsvolle Fahren zur kulturell akzeptablen Norm aller Altersgruppen machen.

Gesundheitliche Förderungsprogramme, die darauf abzielen, den Fahrstil und andere Verhaltensformen bei jungen Leuten zu ändern, sollten die besondere Bedeutung des "Peer"-Einflusses beachten. Junge Leute sollten zur Entwicklung der Programme und Bestimmung einer positiven Einbeziehung des "Peer"-Phänomens herangezogen werden, um die Untersuchung der Gesundheitsprobleme anzuregen und sicheres und gesundheitsdienliches Verhalten zu fördern.

Besondere Anstrengungen sind geboten, um den Opfern sozialer Gewalttätigkeit, z.B. physischen, psychologischen und sexuellen Missbrauchs, zu helfen. Programme zur Einschränkung der sozialen Gewalttätigkeit sollten sich insbesondere mit der Problem- und Konfliktlösung in Familien und anderen sozialen Gruppen befassen. Informationen, die für anfällige Gruppen, wie Kinder und alte Leute, gedacht sind, sollten erklären, wie man Fälle von Missbrauch erkennt und aufdeckt und wo man Hilfe findet. Es müssen besondere Vorkehrungen getroffen werden, um anfälligen Personen gegebene falls sichere Lebensbedingungen zu bieten.

Es gibt also viele Ansätze, die bei Versuchen zur Änderung individueller Gewohnheiten herangezogen werden können, höchstes Gebot ist jedoch eindeutig, die Ursachen und die strukturellen Faktoren, die das Verhalten beeinflussen, zu untersuchen und die aktive und positive Beteiligung der Bevölkerung an Fragen, die ihre eigene Gesundheit betreffen, zu unterstützen.

#### 4. UMWELTHYGIENE

##### Einleitung

In der Europäischen Region vollzieht sich im Umweltbereich ein rascher Wandel in bezug auf die demographische Struktur, die Lebensweise der Menschen, Konsumgüter, Energiequellen, industrielle und landwirtschaftliche Produktionsverfahren, sowie in den Bereichen Transport- und Verkehrswesen, Tourismus und Migration. Sämtliche der genannten Faktoren können sich direkt oder indirekt beträchtlich auf die Gesundheit auswirken.

Ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsvorsorge ist die Gewährleistung, dass die sozioökonomische Entwicklung in einer Art und Weise erfolgt, dass Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen gewahrt und wo immer möglich verbessert werden. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit für eine bessere Gestaltung der Umwelt des Menschen, einschliesslich einer Verbesserung der Wohnverhältnisse, Eindämmung der Langzeitverschmutzung und besserer Arbeitsbedingungen.

Solche Massnahmen umfassen viele Aspekte einer Regelung auf zentraler, regionaler und lokaler Ebene und setzen eine konsequent integrierte, sektorübergreifende Planung und Verwaltungsorganisation voraus. Da viele der Probleme wie beispielsweise grenzüberschreitende Luft- und Wasserverschmutzungen und der weiträumige Transport potentieller Schadstoffe mehr als ein Land betreffen können, besteht die Notwendigkeit für enges internationales Zusammenwirken im Hinblick auf Überwachungs- und Schutzmassnahmen.

Bei der Entwicklung neuer Technologien, z.B. auf dem Energiesektor oder in der chemischen Industrie muss darauf geachtet werden, dass potentiell schädliche Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand des Menschen so gering wie möglich gehalten werden, was den Ausbau systematischer Mechanismen zur Risikoabschätzung und die Untersuchung von Alternativen erfordert.

Einerseits hat die rasche sozioökonomische Entwicklung in der Europäischen Region die Umwelt stark verändert; andererseits haben einige Länder noch immer erhebliche Probleme der Wasserversorgung und -entsorgung, deren Lösung zu einer nennenswerten Verringerung der Inzidenz von Darmkrankheiten, insbesondere von Darmkrankheiten des Kindes, führen könnte.

Umweltmanagement sollte nicht nur darauf abzielen, die menschliche Gesundheit gegen potentielle Schädwirkungen durch biologische, chemische und physikalische Faktoren zu schützen, sondern gleichfalls auf die Verbesserung der Lebensqualität, u.a. durch gesicherte, hygienische Wasserversorgung und Luftreinhaltung, zumutbare Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie ein reichhaltiges Angebot an sinnvollen Freizeitbeschäftigungen. All das sind Faktoren, die sich eindeutig positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken können.

In allen Ländern der Europäischen Region ist ein tiefgreifender Bewusstseinswandel in bezug auf Umweltqualität und gesundheitsrelevante Umwelteinflüsse zu beobachten. Die Erreichung der in diesem Kapitel enthaltenen Ziele wird nicht nur durch ausführliche Information über die jeweilige Problematik, sondern gleichfalls durch verstärkte aktive Einbeziehung der breiten Öffentlichkeit und individuelles Engagement erleichtert.

Das Kapitel ist in drei Teile untergliedert: Der erste Teil erläutert die generelle Konzeption; im zweiten Teil werden Fragen der Überwachung, Abschätzung und Eindämmung der Risiken im Zusammenhang mit Wasser, Luft, Nahrung und Boden angesprochen; im dritten Teil werden die Bereiche häusliche Umgebung, soziales Umfeld und Arbeitswelt behandelt.

#### 4.1 Gesundheitsbezogene Umweltpolitik

Ziel 18 BIS 1990 SOLLTEN DIE MITGLIEDSTAATEN ÜBER SEKTORÜBERGREIFENDE KONZEPTE FÜR EINEN NACHHALTIGEN SCHUTZ DER UMWELT DES MENSCHEN GEGEN GESUNDHEITSSCHÄDIGENDE EINFLÜSSE VERFÜGEN, DIE AUSBILDUNG EINES UMWELTBEWUSSTSEINS MIT ENTSPRECHENDEM ENGAGEMENT IN DER BREITEN ÖFFENTLICHKEIT SICHERSTELLEN UND DIE INTERNATIONALEN BEMÜHUNGEN UM EINE EINDÄMMUNG GRENZÜBERSCHREITENDER UMWELTGEFAHREN UNTERSTÜTZEN

*Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels ist: die Akzeptanz durch alle Regierungen, dass gut koordinierte sektorübergreifende Bemühungen auf zentraler, regionaler und lokaler Ebene erforderlich sind; die Berücksichtigung der Gesundheitsbedürfnisse des Menschen als wesentliche Vorbedingung für industriellen Fortschritt und sozioökonomische Entwicklung jeglicher Art, einschliesslich der Einführung neuer Technologien; Initiativen zur verstärkten Bewusstseinsbildung mit entsprechendem Engagement der Öffentlichkeit in bezug auf Umweltfaktoren, die ein Gefährdungspotential für die Gesundheit des Menschen darstellen können; sowie Vereinbarungen auf internationaler Ebene zur wirksamen Kontrolle grenzüberschreitender, gesundheitsrelevanter Umweltgefahren.*

#### Problemstellung

Gesundheitsvorsorge umfasst viele in das Aufgabenfeld der Regierungen fallende Bereiche, wie etwa Raumplanung, Wohnungswesen, Industrie, Landwirtschaft, Transport und Verkehr, Energieerzeugung und Umweltschutz. Im gegenwärtigen Zeitpunkt mangelt es gelegentlich an sektorübergreifenden Ansätzen in der gesundheitsorientierten Umweltplanung und an wirkungsvoller Koordinierung, um sicherzustellen, dass die sozioökonomische Entwicklung nicht mit schädlichen Einflüssen auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Bevölkerung einhergeht. Hinzu kommt, dass es in einigen Ländern organisatorische Überschneidungen gibt, wenn zwei oder mehr Ministerien bzw. Regierungsstellen mit eng verwandten Aufgaben betraut sind, die, um wirkungsvolle Resultate zu erzielen, sinnvollerweise einer einzigen Instanz überantwortet werden sollten.

Inbesondere seit der Konferenz zum Thema: Mensch und Umwelt (Stockholm, 1972) zeigt sich in allen Ländern der Region wachsende Besorgnis über gesundheitsschädliche Umwelteinflüsse; allerdings wird die Bevölkerung oftmals in bezug auf die Natur derartiger Umweltgefahren, das gilt sowohl für die Arbeitsumwelt als auch für allgemeine Umweltbelastungen, verunsichert und in Unruhe gesetzt. In einigen Ländern ist nicht genug getan worden, um diesbezüglich in der breiten Öffentlichkeit eine Bewusstseinsbildung herbeizuführen oder ein Engagement zu wecken.

In zunehmendem Masse werden potentiell gefährliche Stoffe und Sondermüll über Staatsgrenzen hinweg transportiert, und infolge weiträumiger Transporte von Luft- und Wasserverschmutzungen können nicht nur in dem Land, von welchem die Emissionen ausgehen, Umweltbelastungen auftreten. Ein besonderes Problem können grenznahe Industrieanlagen darstellen. Darüber hinaus können anhaltende arbeitsbedingte Migrationstrends sowie Ferntourismus die Wahrscheinlichkeit der Einschleppung von Infektionskrankheiten erhöhen.

#### Lösungsvorschläge

Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die Regierungen Umwelthygiene als unerlässliches Element zur sozioökonomischen Entwicklung ansehen. Wirkungsvolle gesetzgeberische Regelungen und permanente Instrumentarien sind erforderlich, um sicherzustellen, dass alle Sektoren nationaler, subnationaler und lokaler Regierungsgewalt, einschliesslich der für Raumplanung, Wohnungsbau, Industrie, Landwirtschaft, Energieerzeugung und Umweltschutz zuständigen Stellen, in der Planungsphase neuer Projekte auch Gesundheitsfragen gebührend berücksichtigen. Intensive Bemühungen sind vonnöten, wenn gewährleistet werden soll, dass sich die Entwicklung in einer derartigen Weise vollzieht, dass Umweltrisiken auf ein Minimum reduziert und Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung gefördert werden.

Eine signifikante Eindämmung der auf Umweltfaktoren zurückzuführenden Gesundheitsgefahren setzt in der Gruppe der Exponierten, der Verursacher, in der gesamten Fachwelt sowie in der breiten Öffentlichkeit ein erhöhtes Bewusstsein um Art und Ausmass der Risiken und wirkungsvolle Schutzvorkehrungen voraus.

Gezielte Bewusstseinsbildung um Gefahren aus der Umwelt erhöht den Wunsch nach Sicherheit und fördert die aktive Einbeziehung der besser aufgeklärten Öffentlichkeit in Umweltfragen. Das wiederum sollte die Entscheidungsträger veranlassen, stärker darauf zu achten, dass bei der Planung neuer Projekte und Beurteilung von Neuentwicklungen gewährleistet wird, dass die gesundheitlichen Belange des Umweltschutzes konsequent berücksichtigt werden.

Deshalb sollte das Augenmerk zunehmend darauf gerichtet werden, der Öffentlichkeit, besonders im Gemeinderahmen, Informationsmaterialien über Gesundheitskriterien und bestehende Risikofaktoren zugänglich zu machen. Des weiteren sollte der Bevölkerung ein Mitspracherecht bei Entscheidungen, die die Umwelt betreffen, eingeräumt werden, beispielsweise durch Vertreter in örtlichen Gesundheitsgremien mit entsprechendem Mandat.

Massgeblich ist, dass alle Länder Übereinkommen zur Überwachung weiträumiger Luft- und Wasserverschmutzungen sowie grenzüberschreitender Transporte von gefährlichen Stoffen und Sonderabfällen unterstützen. Beispiele für eine bereits bestehende Zusammenarbeit sind das Abkommen über weiträumige grenzüberschreitende Luftverunreinigung und die Konvention zum Schutz des Mittelmeers gegen Verschmutzung zu nennen, an deren Umsetzung das WGO-Regionalbüro für Europa im engen Zusammenwirken mit den betroffenen Mitgliedstaaten und mit anderen einschlägigen internationalen Organisationen bemüht ist.

#### 4.1.1 Überwachung, Abschätzung und Bekämpfung von Umweltgefahren

Ziel 19 BIS 1990 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN ÜBER EIN ANGEMESSENES INSTRUMENTARIUM ZUR ÜBERWACHUNG, ABSCHÄTZUNG UND BEKÄMPFUNG DER UMWELTGEFAHREN - EINSCHLIESSLICH POTENTIELL TOXISCHER CHEMIKALIEN, STRALUNG, SCHÄDLICHER KONSUMGÜTER UND BIOLOGISCHER WIRKSUBSTANZEN -, DIE DIE MENSCHLICHE GESUNDHEIT BEDROHEN, VERFÜGEN

*Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels ist: die Aufstellung gut koordinierter Überwachungsprogramme mit klar definierten Zielvorgaben, die Entwicklung von Methodologien und Gesundheitskriterien zur Auswertung der vorliegenden Daten in bezug auf Vorsorgemassnahmen, die Einleitung und Umsetzung von Vorsorgemassnahmen nach Bereitstellung entsprechender Finanzierungsmittel, des weiteren Ausbildung und Einsatz einer genügenden Zahl von fachkundigen Mitarbeitern in allen denkbaren Umwelthygienebereichen.*

#### Problemstellung

Das Gefährdungspotential durch chemische, physikalische und biologische Umweltfaktoren gibt in allen Ländern der Europäischen Region Anlass zu Besorgnis. Insgesamt werden rund 60 000 Chemikalien für kommerzielle Zwecke hergestellt, und jedes Jahr kommen zwischen 200 und 1000 neue Stoffe hinzu. Bei einem grossen Teil konnten keine Schadwirkungen festgestellt werden. Doch wenn auch für viele dieser Produkte bereits toxikologische Daten vorliegen, ist der aktuelle Kenntnisstand bezüglich der Abschätzung der Risiken für die menschliche Gesundheit erst ganz gering. So z.B. hat das Internationale Krebsforschungszentrum IARC fast 600 Chemikalien und industrielle Prozesse untersucht und für etwa 30 dieser Chemikalien und industriellen Prozesse eine Kausalitätsbeziehung zu Krebserkrankungen beim Menschen nachgewiesen. Dabei ist Kanzerogenität nur eine Variante der potentiellen Giftwirkung von Chemikalien, die darüber hinaus akute toxische Effekte, Missbildungen, Hautschäden, neurologische Störungen, Verhaltensstörungen, Immundefekte und mutagene Effekte auslösen können.

Zu den physikalischen Umweltfaktoren zählen (sowohl ionisierende als auch nichtionisierende) Strahlung und Lärm. Die durch ionisierende Strahlung im menschlichen Organismus entfalteten Schadwirkungen, insbesondere ihre Kanzerogenität, sind eindeutig nachgewiesen worden. Störfälle haben sich bisher nur ereignet, wenn bei der Planung und beim Betrieb der Anlagen und Geräte die technischen Erkenntnisse nicht genügend beachtet wurden. Der Tatbestand, dass der Hauptteil der zivilisatorischen Strahlenbelastung durch medizinische Strahlenanwendung entsteht, wird vielfach noch nicht genügend gewürdigt, deshalb ist in vielen Ländern Zurückhaltung beim Einsatz der Röntgendiagnostik ein wichtiges Anliegen. In Stadt- und Industriegebieten nimmt die Lärmbelästigung zu: schätzungsweise 10-20 Prozent der Menschen in Europa sind Geräuschemissionen ausgesetzt, die weit über die Toleranzgrenze hinausgehen. Wenn keine strengeren Lärmschutzregelungen getroffen werden, werden die auf die Bevölkerung der Region einwirkenden Lärmbelästigungen sich bis zum Jahr 2000 um 30 Prozent erhöhen.

Insbesondere in den Mittelmeerländern der Region ist ein Grossteil der gesundheitlichen Schädigungen auf biologische Umweltfaktoren zurückzuführen. Unzureichende Hygiene hat nicht nur Durchfallerkrankungen, die in diesem Gebiet die Hauptursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter sind, sondern auch endemische Typhus- und Choleraerkrankungen zur Folge. Unter den Tropenkrankheiten waren in einem Land 1977 116 000 Malariafälle zu verzeichnen, Bilharziose stellt noch immer ein Problem dar, ausserdem ist ein Wiederaufflackern der Leishmaniose zu beobachten. In einigen europäischen Ländern mit einem zuverlässigen Meldesystem wurde in den letzten 10 Jahren ein beträchtlicher Anstieg an Lebensmittelintoxikationen vermerkt, oftmals parallel mit neuen Produktions-, Lagerungs- und Zubereitungsmethoden. Im übrigen muss auf den gewaltigen Schaden, den Insekten und anderes Ungeziefer wie etwa Nagetiere - nicht nur als Krankheitsüberträger, sondern auch durch Kontamination und Vernichtung von Lebensmitteln - anrichten, hingewiesen werden.



Das Angebot an Konsumgütern wird immer grösser. Einige dieser Produkte sind nicht sicher, entweder weil sie fehlerhaft konstruiert worden sind bzw. sonstige Mängel aufzeigen, oder weil sie potentiell schädliche Materialien enthalten, oder auch weil eine falsche Anwendung möglich ist.

In bezug auf das Ausmass und die Wahrscheinlichkeit der unterschiedlichen Kategorien von Schadwirkungen gibt es weitgehend unklare und falsche Vorstellungen; vermutete Gesundheitsgefahren durch Exposition gegenüber Chemikalien und Strahlung sowie durch mit Sicherheitsmängeln behaftete Konsumgüter sind ein von den Massenmedien regelmässig aufgegriffenes Thema geworden. Das Interesse der Öffentlichkeit ist stark differenziert, je nachdem ob es sich um individuelle Risiken wie etwa Rauchen handelt, oder um Gefährdungen, denen die gesamte Bevölkerung ausgesetzt ist, wie z.B. Belastungsfaktoren in der Arbeitsumwelt oder Luft- und Wasserverschmutzung. Im Zusammenhang mit den letztgenannten generellen Umweltkriterien führen die vorgebrachten Befürchtungen häufig zu Misstrauen oder Widerstand gegenüber bestimmten technischen Fortschritten, wobei in der Vergangenheit der Mangel an effektiven Massnahmen zur Gesundheitssicherung gelegentlich auch eine solche negative Reaktion gerechtfertigt hat. Oftmals wurden Entscheidungen in einer Art und Weise gefällt, die eine Bürgerbeteiligung ausschloss.

Die von Wasser-, Luft-, Boden- und Nahrungsmittelverunreinigungen ausgehenden Gesundheitsrisiken sind vielfach nur schwer abzuschätzen. Spezifische Episoden hoher Konzentrationen von Schadstoffen mit weiträumigen Umweltfolgen haben starke Beachtung gefunden; demgegenüber ist der aktuelle Kenntnisstand bezüglich additiver Risiken, die von einem zwar niedrigen, doch langfristigen Schadstoffeintrag ausgehen, einschliesslich der Kombinationswirkungen von gleichzeitigen Expositionen gegenüber mehreren Schadstoffen verschiedener Art noch ungenügend.

Obleich es in allen Ländern der Region konstruktive Bemühungen um eine Überwachung und Eindämmung der auf Umweltfaktoren zurückzuführenden gesundheitsschädigenden Wirkungen gab, waren solche Massnahmen häufig unzulänglich und unkoordiniert, und es mangelte an gezielten vorbeugenden Massnahmen, die das Auftreten derartiger Umweltgefahren von vornherein hätten verhindern können.

#### Lösungsvorschläge

Voraussetzung für ein Verständnis um die möglichen Wirkungen von Umweltrisiken auf die Gesundheit des Menschen sind konsequente Überwachungsstrategien, in denen je nach den Gegebenheiten folgende Gesichtspunkte Berücksichtigung finden: Emissionsmessung, Feststellung der Emissionsquellen bzw. Schadstoffeintragswege, Abschätzung der individuellen Exposition und Konzentration bzw. Persistenz im Organismus sowie die Durchführung epidemiologischer Studien. Die Beurteilung potentiell schädlicher Wirkungen auf die Gesundheit erfordert eine Auswertung der Untersuchungsergebnisse und relevanten Daten über Toxizität, die oftmals auf tierexperimentellen Studien basieren. Des weiteren sollte bei der Festlegung der Toleranzgrenzen auf international erarbeitete Gesundheitskriteriendokumente zurückgegriffen werden.

Umweltschutzstrategien können neben Aufklärungs- und Bildungsmassnahmen gesetzgeberische, ökonomische und technische Massnahmen vorsehen und häufig mehr als einen staatlichen Sektor betreffen. Die Bemühungen sollten insbesondere auf die Entwicklung von Verfahren ausgerichtet sein, mit denen bereits im Planungsstadium und in der Entwicklungsphase von neuen Projekten gegen potentiell Gesundheitsrisiken vorgebeugt werden kann. Derartige Massnahmen sollten als Teil der Entwicklungskosten gewertet werden, denn Vorbeugen ist fast immer erheblich billiger als Heilen. Wenn Schutzvorkehrungen getroffen werden, beispielsweise um Schadstoffemissionen zu reduzieren, muss sichergestellt werden, dass derartige Instrumentarien wirkungsvoll eingesetzt und entsprechend ausgebildetem Personal überantwortet werden.

Nach Möglichkeit sollten Techniken mit nur geringen Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und die Umwelt zur Anwendung gelangen. Abfallprodukte sollten weitestgehend wiederverwertet und wiederverwendet werden.

Eine wichtige Voraussetzung für eine wirkungsvolle Bekämpfung der von Umweltfaktoren ausgehenden Gesundheitsgefahren ist der Einsatz von gut ausgebildetem Überwachungspersonal, das über fundierte Rechtskenntnisse und praktische Erfahrungen verfügt und somit nicht nur schädliche Umweltfaktoren überwachen und bekämpfen, sondern auch fachkundige Ratschläge in bezug auf Vorbeugungs- und Abhilfsmassnahmen erteilen kann.

Angesichts der Tragweite und Komplexität vieler Umweltfaktoren, die die Gesundheit des Menschen über Staatsgrenzen hinweg beeinflussen können, ist eine Zusammenarbeit zwischen den Ländern zur Überwachung und Bekämpfung derartiger Umweltgefahren dringend geboten. Ausserdem kann aufgrund personeller und finanzieller Zwänge eine Beurteilung der von Umweltfaktoren, z.B. neuen Chemikalien, ausgehenden Risiken oftmals am besten im Wege internationaler Bemühungen erfolgen.

## 4.2 Bekämpfung von Umweltgefahren

### 4.2.1 Wasserverschmutzung

Ziel 20 BIS 1990 SOLLTE ALLEN MENSCHEN IN DER REGION HYGIENISCH UNBEDENKLICHES TRINKWASSER IN AUSREICHENDER MENGE ZUR VERFÜGUNG STEHEN, UND BIS ZUM JAHR 1995 SOLLTE DIE VERSCHMUTZUNG DER FLÜSSE, SEEN UND MEERE FÜR DIE MENSCHLICHE GESUNDHEIT KEINE GEFAHR MEHR DARSTELLEN

*Voraussetzung für die Erreichung dieser Ziele ist, dass in den weniger entwickelten Ländern der Region grössere Investitionen zum Bau und Betrieb von Trinkwasserversorgungsanlagen getätigt werden, durch Bereitstellung angemessener internationaler und bilateraler Hilfe zur Unterstützung der Bemühungen auf nationaler Ebene und mit entsprechenden Massnahmen zur Ausbildung und zum Einsatz einer genügenden Anzahl von fachkundigen Arbeitskräften, und dass in allen Ländern der Region wirkungsvolle gesetzgeberische, administrative und technische Massnahmen zur Überwachung und Bekämpfung der Verschmutzung von Oberflächengewässern und Grundwasser ergriffen werden, um den Kriterien für den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zu entsprechen.*

#### Problemstellung

Die Erkenntnis, dass reines Wasser und Wasserhygiene eine unerlässliche Voraussetzung für den Schutz der Gesundheit der Menschen sind, hat zum Beschluss der Internationalen Trinkwasserversorgungs- und Sanierungsdekade geführt.<sup>a</sup> Durch Gewässerverunreinigungen auftretende Krankheiten stellen ein beträchtliches öffentliches Gesundheitsproblem dar und sind in Entwicklungsländern eine der wichtigsten Todesursachen bei Kleinkindern. In der Region ist für schätzungsweise mehr als 100 Millionen Einwohner die Wasserversorgung unzulänglich und für rund 250 Millionen Einwohner ist die Wasserhygiene mangelhaft. Selbst in den Mittelmeerländern mit dem höchsten Entwicklungsstand sind etwa 10 Prozent der Einweisungen von Kindern in Krankenhäuser durch Durchfallerkrankungen bedingt. Auf im Wasser lebende Überträger zurückzuführende Krankheiten (Malaria, Bilharziose) sind in einigen Gebieten der Region auf dem Vormarsch. Das Bevölkerungswachstum und der plötzliche Massentourismus in die wärmeren Länder haben ihrerseits zu einem höheren Bedarf an einwandfreiem Wasser geführt.

Selbst in den besser entwickelten Teilen der Region gibt es noch immer kritische Schwachstellen der Wasserversorgung und -entsorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, und man schätzt, dass für etwa 35 Millionen Menschen Wasser nicht in ausreichender Menge und Güte zur Verfügung steht und dass es für 100 Millionen Menschen keine bedarfsgerechte Abwasserbeseitigung gibt. Jegliche Versorgungsengpässe, sei es dass der Wassermangel auf den Bruch von Leitungen oder den Ausfall einzelner Wasserwerke bzw. Bedienungs- und Wartungsfehler zurückzuführen ist, bedeuten eine potentielle Gesundheitsgefahr. Deshalb sollten alle Bemühungen darauf gerichtet werden, sicherzustellen, dass sämtliche Versorgungssysteme stets funktions- und leistungsfähig sind; in dieser Hinsicht fällt der Desinfektion eine Schlüsselrolle zu.

Um trotz der begrenzten Wasservorräte mit dem steigenden Bedarf Schritt halten zu können, wird zur öffentlichen Wasserversorgung immer stärker auf Wasser aus Flussabschnitten im Flachland sowie auf Grundwasser zurückgegriffen, das durch eine wachsende Anzahl von potentiell toxischen Substanzen aus Haushalten, Gewerbe und Industrie sowie aus der Landwirtschaft belastet wird. Bereits verseuchtes Grundwasser ist besonders schwer zu reinigen. In der Natur vorkommende Substanzen wie Arsen und übermässige Fluoridkonzentrationen können ein öffentliches Gesundheitsproblem darstellen; sogar die Wasserhärte wird als ein zu beachtender Faktor im Zusammenhang mit kardiovaskulären Krankheiten angesehen. In älteren Ansiedlungen mit Bleirohrsystemen können signifikante Bleikonzentrationen im Wasser auftreten. Bei einigen Wasseraufbereitungsverfahren kann es zum Auftreten potentiell schädlicher Substanzen kommen.

Die Bekämpfung der Verschmutzung wichtiger Wasserressourcen ist häufig nicht allein Sache eines einzigen Staates. Im Fall von grenzüberschreitenden Flüssen und von mehreren Ländern gemeinsam genutzten wasserführenden Schichten ist internationale Zusammenarbeit unabdinglich.

---

<sup>a</sup> Resolution A/RES/35/18 der Generalversammlung der Vereinten Nationen.

Die Belastung von Flüssen, Seen und Küstengewässern kann eine Gefahr darstellen, wenn derartige Gewässer für die Trinkwasserversorgung, als Bademöglichkeit oder zur Aquakultur genutzt werden. Darmerkrankungen und Hepatitis sind mit der Aufnahme von Schadstoffen beim Baden im stark verschmutzten Mittelmeer in Zusammenhang gebracht worden, und der Verzehr von Meerestieren aus belasteten Gebieten hat vielfach zu Infektionen geführt. Demgegenüber können hygienisch einwandfreie Gewässer einen hohen, gesundheitsfördernden Freizeitwert haben.

#### Lösungsvorschläge

Dieses Ziel kann erreicht werden, wenn alle Länder sicherstellen, dass die Wasserversorgung der gesamten Bevölkerung entsprechend den WGO-Leitlinien für Trinkwassergüte erfolgt und dass wirkungsvolle Massnahmen zum Süß- und Meerwasserschutz gegen Verunreinigungen ergriffen werden.

Spezielle Massnahmen zur Erreichung dieses Ziels umfassen: die Bereitstellung ausreichender Finanzierungsmittel, um für die Trinkwasserversorgung der Bevölkerung Wasser in ausreichender Menge und Güte zur Verfügung stellen zu können, sowie wirkungsvolle verwaltungsorganisatorische bzw. betriebliche Massnahmen zur systematischen Wassergewinnung, -behandlung und -versorgung. Es besteht die Notwendigkeit, landesdeckende Strategien zum Schutz der Wasservorräte im Rahmen der globalen Wasserbewirtschaftung auszuarbeiten und ihre Umsetzung handlungsfähigen Umweltschutzbehörden zu überantworten. Besonderes Gewicht sollte auf die Verhütung von Grundwasserverschmutzungen sowie unkontrolliertes Versickern potentiell toxischer Substanzen aus diffusen Quellen und Sonderabfalldeponien gelegt werden. Raumplanung und Landnutzung können ebenfalls die Wasserqualität stark beeinflussen. Ausserdem ist eine effektivere Überwachung landwirtschaftlicher Praktiken, die die Wassergüte gefährden können, unerlässlich.

Um die Erreichung des Ziels zu erleichtern, sollten international verbindliche Übereinkommen hinsichtlich der Ergreifung und Durchführung von Massnahmen zum Schutz der Meerwasserqualität in allen Küstenländern, insbesondere in Gebieten mit Badestränden oder Zuchtplätzen für essbare Meerestiere getroffen werden. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die Ausarbeitung tragfähiger Programme und international verbindlicher Übereinkommen zum Gewässerschutz durch Länder, die Wasservorkommen gemeinsam nutzen.

#### 4.2.2 Luftverschmutzung

Ziel 21 BIS 1995 SOLLTEN ALLE MENSCHEN IN DER REGION NACHHALTIG GEGEN BELASTUNGEN DURCH ERKANNTES GESUNDHEITSGEFÄHRDENDE LUFTSCHADSTOFFE GESCHÜTZT WERDEN

*Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels ist: die Ergreifung wirkungsvoller gesetzgeberischer, administrativer und technischer Massnahmen zur Überwachung und Bekämpfung der Aussenluftverschmutzung und Luftverunreinigungen in Innenräumen, um den Kriterien zum Schutz der menschlichen Gesundheit zu entsprechen.*

#### Problemstellung

In Extremfällen ist es in Phasen akuter vermehrter Luftverschmutzung bereits zu ernsthaften Erkrankungen und Todesfällen gekommen. Über die Folgen von Langzeitexpositionen gegenüber niedrigen Schadstoffkonzentrationen liegen erst relativ wenig Erkenntnisse vor, obgleich die gesundheitsschädigenden Wirkungen von z.B. Schwefeloxiden zusammen mit Schwebstaub, Stickoxiden, Oxidantien und Kohlenwasserstoffen erkannt ist. Die zunehmende Verwendung von fossilen Brennstoffen, insbesondere Kohle und Öl zur Energieerzeugung und im Transportwesen, haben zu einem beträchtlich vermehrten Ausstoss von Schwefel- und Stickoxiden in die Atmosphäre geführt. In den europäischen Ländern hat der Strassenverkehr in den letzten 10 Jahren um mindestens 30 Prozent zugenommen, und die entsprechenden Schadstoffemissionen wirken sich mittelbar und unmittelbar auf die Gesundheit des Menschen aus. Die grenzüberschreitenden Transporte von Schwefel- und Stickoxiden sowie sonstige weiträumige Luftverschmutzungen und saurer Regen geben in Nord- und Mitteleuropa Grund zu wachsender Besorgnis.

Nachhaltige klimatische Veränderungen infolge von Luftverunreinigungen können letztlich Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen beeinflussen: Insbesondere kann ein Anstieg der Kohlendioxid-Konzentrationen langfristig zu einer Erwärmung der Erdoberfläche führen, und die Beeinflussung der stratosphärischen Ozonschicht durch Aerosole kann möglicherweise ein Ansteigen von Hautkrebskrankungen bewirken.

Luftverunreinigungen im Inneren von Gebäuden durch Schadstoffe, die von aussen einwirken, von Baustoffen ausgehen oder vom Menschen selbst und seinen Tätigkeiten in den Räumen verursacht werden, werden ein immer akuterer Problem, da neue Materialien zum Einsatz gelangen und im Zuge der Energiesparmassnahmen weniger gelüftet, also der Luftaustausch behindert wird.

#### Lösungsvorschläge

Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels wäre eine Intensivierung der Massnahmen in den Mitgliedstaaten zur Eindämmung der Emissionen aus Industrieanlagen, Haushalten und durch Kraftfahrzeuge sowie zur drastischen Verringerung der Luftverunreinigungen in Innenräumen. Dazu sind gesetzgeberische, ökonomische und technische Massnahmen auf der Basis international anerkannter Kriterien erforderlich. In einigen Fällen könnte die Luftverschmutzung durch den Einsatz von Ersatzstoffen und Minderungstechnologien bzw. eine Änderung der Produktionsverfahren merklich verringert werden. Wirkungsvollere internationale Übereinkommen werden schrittweise den weiträumigen Transport von Luftverschmutzungen, beispielsweise durch Schwefel- und Stickoxide, unter Kontrolle bringen. Im Rahmen von auf internationaler Ebene erarbeiteten Programmen zur Feststellung der Langzeitwirkungen von Luftschadstoffen auf die Gesundheit sollten systematischere Untersuchungen, u.a. in Form von epidemiologischer Überwachung, durchgeführt werden.

#### 4.2.3 Lebensmittelsicherheit

Ziel 22 BIS 1990 SOLLTEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN DIE GESUNDHEITSGEFÄHRDUNGEN DURCH KONTAMINIERTES LEBENSMITTEL SIGNIFIKANT VERRINGERT WERDEN UND MASSNAHMEN ZUM SCHUTZ DER VERBRAUCHER GEGEN SCHÄDLICHE LEBENSMITTELZUSÄTZE ERGRIFFEN WORDEN SEIN

*Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels ist: die Ergreifung wirksamer gesetzgeberischer, administrativer und technischer Massnahmen zur Überwachung und Bekämpfung von Lebensmittelkontaminationen auf allen Stufen der Herstellung, des Handels, der Lagerung, Vermarktung und Verwendung, des weiteren die Durchführung von effektiven Massnahmen zur Einschränkung des Gebrauchs schädlicher Lebensmittelzusatzstoffe.*

#### Problemstellung

Die Berichterstattung über Lebensmittelinfektionen ist unzulänglich: Schätzungsweise werden in den meisten Ländern höchstens fünf Prozent der akuten Vergiftungsfälle gemeldet. Die Zusammenhänge zwischen lebensmittelbedingten Erkrankungen und Wasserhygiene sind nachgewiesen.

Chemikalien natürlichen und synthetischen Ursprungs, die z.Z. in Industrie oder Landwirtschaft verwendet werden, können die Lebensmittelsicherheit beeinträchtigen. Als Folgen sind akute Vergiftungsfälle oder Langzeiteffekte wie Karzinogenität oder Reproduktionsstörungen zu nennen. Wenn auch über gesundheitliche Beeinträchtigungen infolge der Aufnahme geringer Mengen potentiell schädlicher Chemikalien mit der Nahrung erst wenig bekannt ist, so muss doch einer Tatsache Beachtung geschenkt werden: Im Zuge der Entwicklung der Technik wird die Bevölkerung in immer stärkerem Ausmass gegenüber einer ständig wachsenden Zahl chemischer Stoffe exponiert. So wurde z.B. im Rahmen kürzlich durchgeführter Programme zur Überwachung von Cadmium-Rückständen in Lebensmitteln aufgezeigt, dass in Europa der Toleranzwert - und zwar die Höchstmenge, die pro Woche aufgenommen werden kann - nahezu erreicht ist. Des weiteren werden einige hundert Chemikalien als Lebensmittelzusatzstoffe verwendet, um Qualität und Aussehen der zubereiteten Lebensmittel zu verbessern; somit ist die Bewertung der Toxizität und eine systematische Überwachung ein prioritäres Anliegen.

Im Zuge der Änderung der Gewohnheiten, der Zunahme des Tourismus und der Berufstätigkeit eines grossen Teils der weiblichen Bevölkerung hat sich auch ein tiefgreifender Wandel in den Essgewohnheiten vollzogen. In einigen Ländern werden die Hauptmahlzeiten nunmehr ausserhalb der Haushalte vorbereitet, somit ist Massen- bzw. Gemeinschaftsverpflegung an Stelle der Zubereitung von Speisen im eigenen Haushalt getreten, wodurch sich neue Problemstellungen in bezug auf neue Methoden der Herstellung, Lagerung und Zubereitung von Lebensmitteln ergeben.

### Lösungsvorschläge

Die Erreichung dieses Ziels setzt die Konzipierung und konsequente Durchführung systematischer, hinreichend koordinierter Überwachungsmaßnahmen in bezug auf Lebensmittelherstellung, -handel, -lagerung, -vermarktung und -zubereitung sowie den Einsatz gut ausgebildeter, kompetenter Lebensmittelhygieneinspektoren und Teams zur Überwachung der Lebensmittelsicherheit voraus. Fernerhin ist es unerlässlich, eine Änderung der Verhaltensmuster der Bevölkerung durch Information und Aufklärung, u.a. auch durch die Aufnahme des Fachs Lebensmittelhygiene in alle Lehrpläne für Grundschulen, herbeizuführen. In Anbetracht des sich rasch ausweitenden internationalen Handels mit Ernährungsprodukten sollte die Lebensmittelgesetzgebung in den Ländern auf der Grundlage entsprechender international vereinbarter Regelungen erfolgen.

#### 4.2.4 Gefährliche Abfälle

Ziel 23 BIS 1995 SOLLTEN IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN DIE GRÖSSTEN, IM ZUSAMMENHANG MIT DER BESEITIGUNG GEFÄHRLICHER ABFÄLLE BEKANNTEN GESUNDHEITSGEFAHREN GEBANNT WORDEN SEIN

*Voraussetzungen für die Erreichung dieses Ziels sind: wirksame gesetzgeberische, administrative und technische Massnahmen zur Überwachung und umweltschonenden Behandlung von Sonderabfällen sowie effektive Vorkehrungen zur Eindämmung der durch bereits abgelagerte Abfälle bedingten Gesundheitsrisiken.*

### Problemstellung

In der Europäischen Region fallen enorme Abfallmengen an. So ist z.B. in den Ländern der Europäischen Gemeinschaften das Müll-Volumen auf 2 Milliarden Tonnen pro Jahr angewachsen, wovon rund 30 Millionen Tonnen als gefährliche Abfälle anzusehen sind. Seit über einem Jahrhundert hat die chemische Industrie ständig expandiert, und die Produktion einiger besonders wichtiger Stoffe hat innerhalb der letzten 10 Jahre um 30 Prozent zugenommen: Eine zwangsläufige Begleiterscheinung war der drastische Anstieg des Abfallaufkommens, darunter gibt es auch bestimmte Abfälle, die ein Gefahrenpotential für die Gesundheit darstellen, wenn ihre ordnungsgemässe Beseitigung nicht konsequent geregelt wird.

In den letzten Jahren gab es etliche Fälle schwerwiegender Boden- und Grundwasserverunreinigungen. Ausserdem gab es einige weniger dramatische Fälle, in denen aufgrund unzulänglicher Abfall-Behandlungsmethoden nachhaltige Umweltverschmutzungen, in einigen Fällen auch Gesundheitsgefährdungen, auftraten. Unzulässige Abfalleinbringungen in Flüsse und das öffentliche Kanalisationssystem werden gelegentlich festgestellt, und in 90 Prozent der Fälle wilder Ablagerung von Sonderabfällen waren die Zusammensetzung und z.T. sogar der Standort der Deponien den Behörden unbekannt.

In einigen Ländern werden Pestizide häufig ohne entsprechende Vorsichtsmaßnahmen eingesetzt und noch nicht vollständig entleerte Behälter verrotten im Freien. Es stehen nicht immer Sammelbehälter und Möglichkeiten zur geordneten Ablagerung von gefährlichen Konsumgütern wie Altöl und Chemikalien aus Haushaltungen zur Verfügung. Potentiell giftige Materialien werden oftmals ohne klare Kennzeichnung und ohne entsprechende Sicherheitsvorkehrungen, um ein Verschütten oder Versickern zu vermeiden, transportiert und abgelagert. In einigen Ländern werden die Verbraucher nicht über mögliche Gefahren durch die Verwendung schadstoffhaltiger Materialien aufgeklärt.

### Lösungsvorschläge

Dieses Ziel könnte erreicht werden, wenn alle Länder umfassende gesetzgeberische, administrative, technische und Bildungsmaßnahmen zur sicheren Behandlung, Beförderung und Beseitigung von Sonderabfällen ergreifen, dazu gehören auch wirkungsvolle internationale Übereinkommen betreffend grenzüberschreitende Abfalltransporte.

In einigen Fällen umfassen die technischen Massnahmen die Rückführung der Abfälle in den Produktionsprozess (Recycling), die Herstellung nützlicher Nebenprodukte, den Einsatz alternativer Produktionsmethoden oder Entscheidungen für alternative Rohstoffe.

In einigen Fällen werden Massnahmen zur Verhütung von durch (teilweise einige Jahre) früher erfolgte Ablagerung von Abfällen bedingte Gesundheitsrisiken ergriffen werden müssen.

### 4.3 Verbesserung der Umweltbedingungen

Unangemessene Lebens- und Arbeitsbedingungen bewirken, dass die Menschen nicht nur schädlichen physikalischen, chemischen und biologischen Umweltfaktoren ausgesetzt sind, sondern gleichfalls einer Vielfalt von nachteiligen psychologischen und sozialen Faktoren, das gilt wahrscheinlich in verstärktem Masse für Ballungsgebiete. Trotz grossangelegter Bauprojekte in nahezu allen Ländern der Europäischen Region während der letzten Jahre leben immer noch viele Menschen in Behausungen, die nicht einmal die fundamentalen Voraussetzungen für eine gesunde Lebensweise bieten, in viel zu engen, feuchten Unterkünften ohne angemessene Heizmöglichkeit und bedarfsgerechte sanitäre Anlagen. In den meisten Ländern der Europäischen Region ist Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz ein vordringliches Problem, und es gibt noch immer bestimmte Gruppen von Arbeitnehmern, für die nicht die gleichen Arbeitssicherheitsregelungen gelten wie für Beschäftigte in grossen Industriebetrieben. Es ist Aufgabe des Gesundheitssektors, im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen im Wohnbereich und am Arbeitsplatz sektorübergreifende Ansätze zu initiieren und aktiv zu unterstützen.

#### 4.3.1 Wohn- und Siedlungswesen

Ziel 24 BIS ZUM JAHR 2000 SOLLTEN ALLE MENSCHEN IN DER REGION EINE GRÖSSERE CHANCE HABEN, IN HÄUSERN UND SIEDLUNGEN ZU LEBEN, DIE EIN GESUNDES UND SICHERES UMFELD BIETEN

*Voraussetzungen für die Erreichung dieses Ziels sind: die Vorantreibung von Wohnungsbauprogrammen und Sanierungsmassnahmen, um Ersatz für unzulängliche Unterkünfte zu schaffen und das Problem der Überbelegung zu mindern; die Ausarbeitung von internationalen Gesundheitskriterien, sofern derartige Kriterien noch nicht bereits vorliegen, für die im öffentlichen Interesse liegenden Aspekte des Wohnbereichs, z.B. Raumangebot, Heizung, Lichtverhältnisse, Abfallbeseitigung, Lärmschutz und Sicherheit unter besonderer Berücksichtigung der speziellen Erfordernisse bestimmter Gruppen wie junge Familien, alte Menschen und Behinderte; die Ergreifung wirksamer gesetzgeberischer, administrativer und technischer Massnahmen zur Erfüllung derartiger Kriterien; gezieltere Planungsmassnahmen im Gemeinschaftsbereich zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Massnahmen wie etwa Erhöhung der Strassenverkehrssicherheit, Vorsehung von bebauungsfreien Flächen und Erholungsgebieten und Förderung von zwischenmenschlichen Kontakten und Initiativen; die Ausstattung aller Wohnunterkünfte mit hygienisch einwandfreien sanitären Anlagen und Kanalisationssystemen sowie entsprechende öffentliche Einrichtungen zur Stadt- bzw. Strassenreinigung, Müllabfuhr und Abfallbeseitigung in allen Wohngebieten in hinreichendem Umfang.*

#### Problemstellung

Die Umgebung des menschlichen Wohnbereichs ist ein elementarer Faktor für physisches und geistiges Wohlbefinden, soziale Zufriedenheit und generell für Lebensqualität der dort lebenden Menschen. Trotz etlicher Verbesserungen in den letzten Jahrzehnten ist die Umwelthygienesituation in vielen Stadtzentren, Städten und Dörfern in der Europäischen Region, das gilt insbesondere für die Wohnverhältnisse, oftmals katastrophal. Einige grössere Ansiedlungen haben noch immer kein ausreichendes Kanalisationsnetz bzw. keine bedarfsgerechten Einrichtungen für die Reinhaltung der Ortschaften oder für die Sammlung und Beseitigung flüssiger und/oder fester Abfälle.

Hygiene im Wohnbereich des Menschen ist ein äusserst wichtiger gesundheitsrelevanter Umweltfaktor, vor allem für denjenigen Personenkreis, der sich überwiegend in Innenräumen aufhält, wie etwa Säuglinge, Kleinkinder, alte Menschen und Behinderte. Generell beeinflussen die Wohnverhältnisse den physischen und psychischen Gesundheitszustand und das Wohlbefinden eines jeden Menschen. Im gegenwärtigen Zeitpunkt leben allerdings noch Millionen Europäer in völlig unzulänglichen Unterkünften: schätzungsweise 34 Prozent der Bevölkerung haben weniger als acht Quadratmeter Wohnfläche zu ihrer Verfügung; 42 Prozent der Wohnunterkünfte können nicht genügend beheizt werden, in 27 Prozent fehlen elementare sanitäre Anlagen. In einigen Ländern hat die Bevölkerung keine Toiletten mit Spülung, und in einigen Teilen der Region leben Millionen Menschen in notdürftigen Barackensiedlungen.

Bis zum Jahr 2000 wird in der Region insgesamt gesehen mit einem Bevölkerungswachstum von 0,5-0,7 Prozent gerechnet. Jedoch ist die Wachstumsrate in gewissen Gebieten, vor allem im Mittelmeerraum, beträchtlich höher. Ausserdem gibt es eine ständige Abwanderung aus ländlichen Gebieten in städtische Ballungsgebiete, wodurch die Wohnungsnot in den Städten, vor allem in den Stadtzentren, vergrössert wird. Zwischen dem Auftreten von Atemwegserkrankungen und Wohnkriterien wie Luftgüte und Belegungsdichte werden Zusammenhänge vermutet. In Mittelmeerländern besteht eine eindeutige Korrelation zwischen schlechten Wohnverhältnissen und der Inzidenz von Tuberkulose- und Darmerkrankungen.

In einigen Fällen haben gesellschaftliche Entwicklungstendenzen zu einem Verfall der Innenstädte geführt; als Folge davon sind Probleme wie Überbevölkerung, ungenügende Hygiene, Lärmbelästigung, gefährliches Verkehrsaufkommen und völliges Fehlen von gesundheitsförderlichen Anlagen. In einigen Fällen hat das Migrationsverhalten das Wohnungsproblem zusätzlich erhöht. Die benachbarten Gebiete ärmlicher Behausungen sind oftmals verwildert und bieten Lebensraum für herumstreuende Tiere, sowie Ungeziefer wie Nager und Insekten.

Die psychisch belastenden Effekte eines Lebens in einer schmutzigen, düsteren und eintönigen Umwelt sind schwer zu quantifizieren, spielen jedoch ohne Zweifel eine wichtige Rolle in bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen.

In den industrialisierten Ländern sind mit Einführung der Klimaanlage und Ergreifung von Energiesparmassnahmen wachsende Probleme in bezug auf die Luftgüte in Innenräumen aufgetreten. Im Wohnbereich gibt es potentiell schädliche Konzentrationen von Stickoxiden, Tabakrauch, Formaldehyd und Radon. Einige Schadstoffe werden aus Isolierungsmaterialien, andere aus Kerosin-Heizanlagen, wieder andere aus neuzeitlichen Baustoffen freigesetzt. Da viele Europäer bis zu 90 Prozent ihres Lebens innerhalb von Gebäuden verbringen, sind die gesundheitlichen Wirkungen des Innenraumklimas ein signifikanter Faktor.

In allen Teilen der Region ist die Zahl der Unfälle im Haus erschreckend hoch und vielfach Ursache für Mortalität und Behinderungen.

#### Lösungsvorschläge

Die Situation liesse sich erheblich verbessern, wenn alle Länder wirkungsvolle Massnahmen ergreifen würden, um dem Problem der Überbelegung in den Wohnunterkünften entgegenzuwirken, um bedarfsgerechte Heizmöglichkeiten, Lichtverhältnisse, Kochgelegenheiten und eine den Hygieneerfordernissen entsprechende Abfallbeseitigung sicherzustellen, sowie um die Lärmbelästigungen, die auf Menschen einwirken, auf ein vertretbares Mass zu reduzieren.

Gezielte Planung und Aufklärung im Gemeinschaftsbereich könnte wesentlich zu einer gesundheitsbewussten Gestaltung der Umwelt beitragen, beispielsweise durch Massnahmen zur Verkehrssicherheit, umweltschonenden Sammlung und Beseitigung fester und flüssiger Abfallstoffe, Einplanung von Erholungsgebieten und Erleichterung von zwischenmenschlichen Kontakten und Gemeinschaftsinitiativen. In vielen Ländern sollte der Gesundheitssektor direkter in Wohnungsbaufragen und Siedlungsplanung einbezogen werden. In bezug auf die gesundheitsrelevanten Aspekte des Wohnwesens sollten Mindest-Standards festgelegt werden, dazu gehören Bestimmungen über Hygiene, Sicherheit, Wohnraum, Lichtverhältnisse, Lärmschutz und Wärmeschutz. Des weiteren sollten Kriterien für die Luftqualität in Innenräumen festgelegt werden. In Übereinstimmung mit den Zielvorgaben der Internationalen Trinkwasserversorgungs- und Sanierungsdekade sollten alle Wohnunterkünfte nicht nur mit hygienisch unbedenklichem Wasser versorgt werden, sondern gleichfalls über entsprechende Einrichtungen zur umweltschonenden Abfall-Behandlung verfügen.

Besondere Bemühungen sind erforderlich, um sicherzustellen, dass beim Wohnungsbau den Bedürfnissen behinderter und alter Menschen sowie den Voraussetzungen für ein harmonisches Familienleben Rechnung getragen wird. Im Hinblick auf eine drastische Senkung der Unfälle im Haus sollten weitreichende Massnahmen ergriffen werden, u.a. Regelungen zur sicheren Planung und Konstruktion von Gebäuden, Möbeln, Installationen und Haushaltsgegenständen sowie Fortbildungs- bzw. Aufklärungsprogramme.

#### 4.3.2 Arbeitsumgebung

**Ziel 25 BIS 1995 SOLLTE DIE BEVÖLKERUNG IN DER REGION NACHHALTIG GEGEN BERUFSBEDINGTE GESUNDHEITSGEFAHREN GESCHÜTZT SEIN**

*Die Erreichung dieses Ziels setzt folgendes voraus: entsprechende Arbeitsschutzeinrichtungen, um den Bedürfnissen aller Arbeitnehmer gerecht zu werden; die Ausarbeitung von Gesundheitskriterien zum Schutz der Beschäftigten gegen biologische, chemische und physikalische Gefährdungsfaktoren; die Durchführung technischer und bildungsbezogener Massnahmen zur Verringerung berufsbedingter Risikofaktoren; Schutz besonders gefährdeter Gruppen von Arbeitnehmern.*

### Problemstellung

Eine befriedigende Tätigkeit in einer sicheren, angenehmen Umgebung ist zur Wahrung von Gesundheit und Wohlbefinden massgeblich. Allerdings sind die physikalischen und psychischen Gegebenheiten am Arbeitsplatz noch allzu häufig Ursache für Krankheit und Verletzungen.

Viele Arbeitnehmer sind gegenüber toxischen Chemikalien, schädlichen Stäuben und Fasern exponiert bzw. Lärmbelastungen und tödlichen oder Behinderungen verursachenden Unfallgefahren ausgesetzt. In den letzten 10 Jahren konnte in einigen europäischen Ländern die Zahl der Unfälle am Arbeitsplatz geringfügig gesenkt werden. In bestimmten Industriezweigen, wie etwa im Bergbau, in Steinbrüchen oder im Bauwesen, gibt es beträchtliche Abweichungen zwischen den einzelnen Ländern der Region in bezug auf die Unfallhäufigkeit je geleistete Arbeitsstunde, was offensichtlich zum grössten Teil auf unterschiedlich effektive Arbeitsschutzregelungen und Sicherheitsaufklärung für die Beschäftigten zurückzuführen ist. Häufig sind Selbständige und Arbeitnehmer in der Landwirtschaft, Bauarbeiter und Arbeitnehmer in kleinen Betrieben der herstellenden Industrie am meisten gefährdet.

Die Gesamtinzidenz von Berufskrankheiten in der Region ist nicht bekannt, obwohl Informationen über die Wirkungen bestimmter Substanzen, z.B. Blei, Arsen, Asbest und Vinylchlorid, oder industrielle Prozesse, z.B. Kohleabbau, Steinbrucharbeiten und Möbelherstellung vorliegen. Todesfälle infolge von Berufskrankheiten wie etwa Asbestose, Silikose, Staublungenerkrankung und Byssinose wurden in einigen Ländern verzeichnet. Individuelle Verhaltensweisen wie Rauchen können das Risiko von Gesundheitsschäden durch Expositionen am Arbeitsplatz beträchtlich erhöhen.

Angesichts der zunehmenden Beschäftigung von Frauen, die gegenwärtig 30-40 Prozent der Arbeitnehmerschaft in Europa darstellen, wächst das Interesse an einer Erkennung und Eindämmung der potentiellen Wirkungen von Chemikalien auf den Reproduktionsprozess, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Psychische Störungen, Hypertonie und Myokard-Infarkt wurden gelegentlich mit psychischen und sozialen Stressfaktoren als Folge von bestimmten Gegebenheiten am Arbeitsplatz, Veränderungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit in Verbindung gebracht. Lärm-Emissionen können schädliche Wirkungen auf die Arbeitnehmer entfalten und zu schweren körperlichen Störungen führen.

In den meisten Ländern der Region ist die Datenerfassung über berufsbedingte Erkrankungen unzulänglich, und es ist nicht möglich, eindeutige Querverbindungen zu den allgemeinen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken herzustellen. Oftmals ist die Koordinierung zwischen den arbeitsmedizinischen Einrichtungen und dem übrigen Gesundheitsdienst unzureichend.

### Lösungsvorschläge

Dieses Ziel könnte erreicht werden, indem sichergestellt wird, dass die arbeitsmedizinischen Dienste den Bedürfnissen aller Arbeitnehmer Rechnung tragen, dazu gehören gleichfalls Meldesysteme zur Erleichterung der Erkennung von Gefahren, Risikoabschätzung und Beurteilung der Wirksamkeit von Vorsorgemassnahmen.

Arbeitsmedizinische Vorsorge sollte alle Arbeitsstätten - auch den Arbeitsplatz Haushalt - betreffen. In einigen Ländern wird es erforderlich sein, Bildungsprogramme für die verschiedenen Berufssparten vorzulegen oder voranzutreiben. Es ist wichtig, Arbeitnehmer, Arbeitgeber und die breite Öffentlichkeit dabei einzubeziehen und diesem Personenkreis Orientierungshilfen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Verhütung von Risiken am Arbeitsplatz zu geben; das beinhaltet gleichermaßen Aufklärung über die Kombinationswirkungen von berufsbedingten Risiken und individuellen Verhaltensweisen wie z.B. Rauchen.

Durch gesetzgeberische Massnahmen, wirtschaftliche Anreize und eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern sollten Gesundheitsschutz und Risikovermeidung effektiver werden. Vor allem sollten Vorsorgemassnahmen durch die Registrierung von exponierten Arbeitnehmern und Erfassung von berufsbedingten Expositionen gegenüber potentiell schädlichen Verfahrenstechniken und Arbeitsstoffen erleichtert werden. Besonders stark gefährdete Gruppen verdienen erhöhte Aufmerksamkeit. Massnahmen zur Minderung der Risiken sollten die Einführung sicherer Produktionsverfahren und in einigen Fällen die ersatzweise Anwendung weniger gefährlicher Arbeitsstoffe bzw. strikte Kontrolle von Chemikalien, deren Schadwirkungen bekannt sind, insbesondere krebserzeugende, embryo-toxische oder mutagene Substanzen, beinhalten.



Die Methoden und Verfahren zur Überwachung von Chemikalien, Stäuben, Fasern und Strahlung am Arbeitsplatz müssen verbessert werden. International erarbeitete Gesundheitskriteriendokumente über alle nachgewiesenen Schadstoffe sollten als Grundlage für Risikoabschätzung und Vorsorgestrategien dienen. Epidemiologische Studien und Gesundheitskontrollen für Arbeitnehmer müssen in vielen Ländern der Region in verstärktem Mass durchgeführt werden.

Hinsichtlich einer Intensivierung der Querverbindungen zwischen arbeitsmedizinischen Diensten und den übrigen Einrichtungen des allgemeinen Gesundheitswesens müssen auf allen Ebenen, d.h. von den höchsten Regierungsstellen bis hin zu den Primärversorgungseinrichtungen, Anstrengungen unternommen werden.

## 5. BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG

### Einleitung

In den früheren Kapiteln wurde bereits der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Umwelt sowie sozialem, wirtschaftlichem, und politischem Umfeld behandelt. Bessere Ernährung, Wohnverhältnisse, Ausbildung und ein höherer Lebensstandard in der gesamten Region haben zu einer höheren Lebenserwartung und Einschränkung der Gesundheitsrisiken geführt; andererseits sind durch die Verstädterung und Industrialisierung neue Risiken und Krankheitsbilder entstanden. Unter anderem haben die Behinderungen durch chronische Leiden zugenommen, das Arbeits- und Freizeitverhalten ändert sich, auch die Familien- und Gesellschaftsstruktur hat sich in zwei Generationen erheblich gewandelt.

In den letzten 20 Jahren ist der Ressourcenaufwand für die Gesundheitsdienste in der Europäischen Region in ihrer Gesamtheit stark angestiegen, die technologische Entwicklung im medizinischen Bereich hat noch nie solche Fortschritte erzielt. Neue Geräte und Therapien haben die Möglichkeiten einer genauen Diagnose und wirkungsvollen Behandlung verbessert, in die offiziellen Verzeichnisse sind eine Vielzahl neuer Arzneimittel aufgenommen worden. Für zahlreiche Patienten mit spezifischen körperlichen oder geistig-psychischen Leiden ist die Lebensqualität erheblich verbessert worden.

Trotz dieser echten Fortschritte hat sich der Gesundheitszustand in Europa nicht so stark verbessert, wie zu erwarten gewesen wäre. Zwei wichtige Faktoren scheinen hier eine Rolle zu spielen: einmal die unterschiedlich schnelle Entwicklung in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitssysteme und zum anderen die Unausgewogenheit der verschiedenen vorhandenen Versorgungsarten. Die wichtigste Erscheinung in den letzten Jahrzehnten war die beträchtliche Ausweitung des Krankenhaussektors sowohl in bezug auf die Gesamtkapazität als auch auf den Spezialisierungsgrad. In den meisten Ländern der Region werden z.Z. 6-10 Prozent des Bruttosozialprodukts für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. In vielen dieser Länder verschlingt die Krankenhausbetreuung bereits drei Viertel des Gesundheitsbudgets, und dabei ist dieser Anteil noch im Wachsen begriffen.

Durch gesundheitstechnologische Fortschritte können bereits bestimmte Leiden risikolos und wirksam ambulant, zu Hause oder in Krankenhäusern, behandelt werden. Diese Entwicklungstendenzen haben aber auch bewirkt, dass Patienten immer mehr Krankheiten überleben, andererseits aber nun mit ersten und anhaltenden Folgen zu kämpfen haben. Man benötigt deshalb Unterstützungsvorkehrungen, damit die nur beschränkt funktionstüchtigen Patienten so normal wie möglich leben können; sowohl im Heim des Patienten als auch im Gemeinwesen besteht ein grosser Bedarf an Rehabilitations- und Dauerpflegemassnahmen. Auch ein Ausbau der Sterbebetreuung wird gefordert - man sollte sich in zunehmendem Masse um die Lebensqualität der Schwerkranken und um eine würdige Gestaltung des Ablebens kümmern.

Offensichtlich befinden wir uns in einem Dilemma; die Situation wird erschwert durch das Auftauchen neuer "Gesundheitsprobleme" und Herausforderungen, andere Erwartungen, neue Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb und ausserhalb des Gesundheitssektors und durch die Knappheit der Ressourcen. Zwischen allen Ebenen der Gesundheitsversorgung müssen engere Verbindungen hergestellt werden. In diesem Kontext ist deshalb die primäre Gesundheitsversorgung zunehmend wichtig. Gerade angesichts der Entwicklung unserer Gesundheitsversorgungssysteme in den letzten Jahrzehnten sollte das Konzept der primären Gesundheitsversorgung immer wieder in den Vordergrund gestellt werden.

Daraus ergibt sich, dass der Öffentlichkeit eine immer grössere Verantwortung zukommt: Sie soll sich zusammen mit den Politikern, Gesundheitsplanern und Leistungserbringern an den Entscheidungsprozessen im Rahmen der jeweiligen verfassungsrechtlichen Möglichkeiten bei der Finanzierung, Organisierung, Führung, Leitung und Beurteilung aller Aspekte der Gesundheitsversorgung beteiligen. Die 1983 in Bordeaux (Frankreich) durchgeführte Konferenz über die primäre Gesundheitsversorgung in den Industrieländern diente der Fortschrittskontrolle im Hinblick auf die Verwirklichung der in Alma-Ata propagierten Konzepte in den Industrieländern. Obwohl seit 1978 viel erreicht worden ist, bleibt sogar in den hochentwickelten Ländern der Europäischen Region der WGO viel zu tun übrig.

Das Konzept der primären Gesundheitsversorgung ist bisher nicht ohne Vorbehalt in den Industrieländern akzeptiert worden. In Europa wird die "primäre Gesundheitsversorgung" oft in einem etwas zu engen Sinn aufgefasst, nämlich nur als die Arztleistung, die der Bürger bei seinem Erstkontakt wünscht und erhält. Obwohl es sich hierbei um eine äusserst wichtige Komponente der primären Gesundheitsversorgung handelt, vernachlässigt man doch andere Personalkategorien des Gesundheitswesens, z.B. Krankenschwestern, Hebammen, Zahnärzte, Apotheker u.m., die schon seit eh und je

ihren Beitrag zur Gesundheitsversorgung und Selbstbetreuung geleistet haben. Die Gesundheitsgesetzgebung und die generelle Ausrichtung bzw. organisatorische Struktur des Gesundheitsversorgungswesens haben oft bewirkt, dass die häusliche Pflege, das Pflegeheimwesen und sonstige ergänzende Programme zu wenig Unterstützung und Mittel erhielten und sich deshalb nur langsam entwickelten.

Ausserdem sind auch die Massnahmen der nichtgesundheitlichen Bereiche, z.B. Ausbildung und Unterricht, Transport und Industrie, im Hinblick auf eine positive oder negative Beeinflussung der Bevölkerungsgruppen ein wichtiger Aspekt der primären Gesundheitsversorgung.

Es wird jetzt allgemein eingesehen, dass bei der Betrachtung des ganzen Krankheitsspektrums - akute und chronische Erkrankungen, leichte und schwere Leiden - nur ein Teil der personenbezogenen Gesundheitsversorgung tatsächlich von Gesundheitsfachkräften wahrgenommen wird. Grössenteils wird die Versorgung durch Selbstbetreuung oder durch Familienmitglieder und gute Bekannte durchgeführt. Leider wird diese Tatsache von den Gesundheitsfachkräften, Planern und Politikern nur in unzureichendem Masse offiziell anerkannt. Dies hat zur Folge, dass der einzelne und die Familie oft nicht ausreichend aufgeklärt werden, um sachlich begründete Alternativen zu ergreifen oder auf gleichberechtigter Basis zusammen mit den Gesundheitsfachkräften Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit zu treffen. Im grossen und ganzen führt dies deshalb zu einer schwächer werdenden Beteiligung der Bürger und Bevölkerungsgruppen an einem äusserst wichtigen Aspekt der Gesamtversorgung.

Dementsprechend gibt es in zahlreichen Ländern Gesundheitssysteme, die nicht in dem Masse auf die Bedürfnisse der Einzelbürger und Familien eingehen, wie dies der Fall sein sollte. Da diese Einzelbürger und Familien verschiedenen arbeitsbedingten, sozialen, freizeitgeprägten und sonstigen Gruppen angehören, sollte man also vermeiden, dass ein Gefühl der Hilflosigkeit, Gereiztheit, Abhängigkeit und Isolierung auftritt, was oft darauf zurückzuführen ist, dass die Patienten weder am Entscheidungsprozess beteiligt, noch ausreichend informiert werden, um effektiv teilnehmen zu können. Das Konzept der "Gesundheit für alle" setzt eine tiefgreifende Neuorientierung des Gesundheitssystems voraus: mehr Gewicht muss gelegt werden auf die Integrierung und Koordinierung aller Ebenen des Gesundheitsversorgungssystems; Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Versorgung sollten multisektoral angegangen werden; man sollte offiziell anerkennen, dass die Einzelbürger, Familien und Gruppen in Gesundheitsangelegenheiten eine stärkere Rolle spielen können, wollen und dazu die Möglichkeit haben sollten. Hierbei sind die spezifischen Gegebenheiten des jeweiligen Landes zu berücksichtigen.

Diese weitreichende Thematik wird durch Einzelziele in drei grösseren Bereichen ausgedrückt:

- a) zwei Einzelziele, durch die die Gesamtstruktur des Gesundheitsversorgungssystems, die Verteilung der Gesundheitsversorgungsressourcen gemäss den Bedürfnissen der Bevölkerung und sonstige Aspekte eines rationellen Ressourceneinsatzes klargestellt werden
- b) drei Einzelziele, in denen die Hauptelemente der primären Gesundheitsversorgung umrissen werden: Umfang und Koordinierung der menschlichen Ressourcen sowie intersektorale Aspekte
- c) ein Einzelziel, in dem die Gewährleistung der Versorgungsqualität gefordert wird.

## 5.1 Prioritäten eines Gesundheitsversorgungssystems

### 5.1.1 Gesundheitsversorgungssystem auf der Grundlage einer primären Gesundheitsversorgung

Ziel 26 BIS ZUM JAHR 1990 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN UNTER BETEILIGUNG DER BEVÖLKERUNG EIN GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEM ENTWICKELT HABEN, DAS AUF DER PRIMÄREN GESUNDHEITSVERSORGUNG BASIERT UND DURCH EINE SEKUNDÄRE UND TERTIÄRE VERSORGUNG GEMÄSS DER ERKLÄRUNG VON ALMA-ATA ERGÄNZT WIRD

*Dieses Ziel könnte erreicht werden durch: eindeutige Erklärungen der höchsten einzelstaatlichen Behörden und politischen Führungspersonen auf allen Entscheidungsebenen im Gesundheitsbereich und entsprechende effektive Gesetzesvorschriften, Verordnungen und Pläne, durch die die primäre Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt des Gesundheitsversorgungssystems gestellt wird; die sekundäre und tertiäre Versorgungsebenen spielen eine nur unterstützende Rolle; hier werden die diagnostischen und therapeutischen Funktionen wahrgenommen, die so stark spezialisiert sind, dass sie für die primäre Ebene nicht in Frage kommen; die Einführung effektiver Mechanismen, um zu gewährleisten, dass die Verbraucherbedürfnisse und -interessen bei der Planung und Leistungserbringung in der primären Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden; den freien Dialog mit allen Kategorien des Gesundheitspersonals und entsprechende Änderungen der Grundsatzrichtlinien und Programme, damit sich diese Berufsgruppen in ihrer täglichen Arbeit voll für diese Politik einsetzen. Hierbei sind die jeweiligen verfassungsrechtlichen Gegebenheiten der Mitgliedstaaten entsprechend zu berücksichtigen.*

## Problemstellung

Obwohl zwischen den Ländern der Region und auch innerhalb der einzelnen Länder erhebliche Unterschiede bestehen, herrscht seit 40-50 Jahren in fast allen Ländern die Auffassung vor, dass das Krankenhaus im Gesundheitsversorgungssystem eine zentrale Stellung einnimmt, Träger der Versorgung ist, eine Führungsrolle spielt, einen beherrschenden Einfluss auf die anderen Versorgungsebenen ausübt und allgemein die Hauptverantwortung für das gesamte Betreuungsspektrum trägt.

In zahlreichen Ländern ist dem Konzept der primären Gesundheitsversorgung bisher noch nicht viel Aufmerksamkeit geschenkt worden; es wird nur in geringem Masse eine Forschung betrieben, um die Bedürfnisse bzw. Ressourcen festzustellen. In anderen Ländern wiederum hat man sich intensiv mit der Festlegung der Funktionen und Verantwortungsbereiche des Gesundheitsversorgungssektors befasst, doch sich weniger auf die Durchführung der angezeigten Änderungen und die Integrierung der primären, sekundären und tertiären Tätigkeiten zur Schaffung einer Gesamtheit konzentriert. Dieses Ziel wird nach Ansicht mancher Länder am besten durch eine Dezentralisierung der Gesundheitsbelange erreicht und damit die in Alma-Ata aufgestellten Kriterien für die primäre Gesundheitsversorgung erfüllt. Am leichtesten liesse sich das wahrscheinlich durchführen, indem alle Sektoren des überregionalen Verwaltungsapparates generell dezentralisiert werden. Doch gilt ungeachtet des jeweiligen organisatorischen Aufbaus, dass konkrete Ziele nur verwirklicht werden, wenn man Kriterien aufstellt.

Der organisatorische Aufbau der primären Gesundheitsversorgung schwankt in der Region beachtlich. In einigen Ländern stellen gut koordinierte Teams, die Ärzte, Krankenschwestern bzw. Hebammen umfassen, den ersten offiziellen Kontakt zwischen dem Patienten und dem amtlichen Gesundheitssystem dar. In anderen Ländern erfolgt der Kontakt über Allgemeinärzte, Gebietsärzte oder Krankenschwestern, die jeweils allein praktizieren. Für viele Länder gilt, dass die Angehörigen besonderer sozialer Gruppen oder die Einwohner bestimmter geographischer Bereiche immer noch nicht die Möglichkeit haben, sich der primären Gesundheitsversorgungsdienste ausreichend zu bedienen; in anderen Gegenden sind nur kurative Einrichtungen vorhanden, während die präventiven, gesundheitsfördernden, rehabilitativen und pflegerischen Dienste fehlen.

Die Struktur der sekundären und tertiären Versorgung ist ebenfalls uneinheitlich. Vielerorts sind Kreis- und städtische Krankenhäuser der sekundären Versorgungsebene in die Gebietsstruktur eingegliedert und arbeiten mit den Einrichtungen der primären und tertiären Versorgungsebenen zusammen. In anderen Ländern gibt es weniger gründlich organisierte Systeme, wobei der für sich allein in der Gemeinde praktizierende Facharzt das Rückgrat darstellt und die Aufgabenbereiche der einzelnen Krankenhäuser nur unzureichend definiert sind. Einige Mitgliedstaaten können aufgrund ihrer geringen Grösse ihren tertiären Versorgungsbedarf nur über andere Länder decken. In den meisten Ländern besteht jedoch eine tertiäre Versorgung auf Landesebene und darunter.

Ein Grundprinzip der "Gesundheit für alle" ist die Beteiligung der Bürger an der Planung und am Entscheidungsprozess; durch diese wichtigen Tätigkeiten können die Einzelbürger und Familien zu ihrer eigenen Weiterentwicklung und der von Personengruppen im praktischen, arbeitsmässigen, gesellschaftlichen und sonstigen Umfeld beitragen. Die Form, in der sich die Bevölkerung an den genannten Prozessen beteiligen soll, hängt vom politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen System des betreffenden Landes ab. Gegenwärtig drückt sich diese Beteiligung mancherorts vielleicht nur in Klagen und Beschwerden aus; in vielen anderen Fällen beteiligt sich jedoch die Bevölkerung aktiv an der Herbeiführung von Änderungen, statt nur passiv die Entscheidungen und Vorstellungen anderer Personen zu akzeptieren.

## Lösungsvorschläge

Seit der Konzipierung des Ziels "Gesundheit für alle" ist eine Neuorientierung erfolgt. Alle Länder, die 1978 an der Internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung in Alma-Ata teilnahmen, billigten offiziell den Grundsatz, dass die primäre Gesundheitsversorgung den Einzelbürgern, Familien und Bevölkerungsgruppen eine integrierte Versorgung bieten und die Grundlage der Gesundheitsversorgungssysteme der Länder bilden sollte. Die sekundäre und tertiäre Versorgung sollten als ergänzende Einrichtungen angesehen werden, die nur jene diagnostischen und therapeutischen Funktionen wahrnehmen, die für die Primärversorgung zu stark spezialisiert oder zu kostenintensiv sind. Ausserdem wurde unterstrichen, dass die aktive Beteiligung der Einzelbürger und der gesamten Bevölkerung an der Planung der primären Gesundheitsversorgung und Erbringung der Versorgungsleistungen von entscheidender Bedeutung ist.

Wohl die wichtigste Aufgabe, die auch eine langfristige konsequente Politik erfordert, besteht darin, bei der breiten Öffentlichkeit das Vertrauen zur primären Gesundheitsversorgung und bei den Gesundheitsfachkräften die Anerkennung für dieses Konzept zu wecken. Wenn man die Gesundheitsversorgung neu ausrichten will, muss sich auch die Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte, besonders der Ärzte und Krankenschwestern, ändern. Die politischen Führungspersonen sollten unzweideutig bekunden, dass die primäre Gesundheitsversorgung die eigentliche Basis eines Gesundheitsversorgungssystems ist; daran sollten sich wirksame Massnahmen anschliessen, um der primären Gesundheitsversorgung und dem darin tätigen Personal zu mehr Geltung zu verhelfen. Man sollte sich auch der Bedeutung der Weiter- und Fortbildung bewusst sein - durch sie lassen sich die Auffassungen der praktizierenden Gesundheitsfachkräfte beeinflussen und die in der Ausbildung erlernten Grundregeln der primären Gesundheitsversorgung vertiefen. Um eine grundlegende Wandlung der öffentlichen und professionellen Meinung herbeizuführen, sollten mit Entschlossenheit und Konsequenz u.a. folgende Massnahmen durchgeführt werden: Gebietsarztstatus für den Allgemeinarzt, die Einrichtung von Professuren und Forschungsinstituten für primäre Gesundheitsversorgung, die Herausgabe medizinischer Fachzeitschriften ausschliesslich zur Behandlung von Fragen der primären Gesundheitsversorgung, die Einrichtung von Modellgebieten für die primäre Gesundheitsversorgung, in denen neue Konzepte vorgeführt und auf breiter Basis publik gemacht werden können, präferentielle Zuweisung von finanziellen Mitteln zugunsten der Forschung im Bereich der primären Gesundheitsversorgung unter der Aufsicht von Forschungsgremien und letztlich die Aussendung sorgfältig vorbereiteter Medienprogramme über primäre Gesundheitsversorgung. Insbesondere hat ein intensiver Meinungsaustausch zwischen den Berufsverbänden der Medizin, Krankenpflege, Soziologie usw. stattzufinden, um zu sichern, dass diese Berufsgruppen eine Änderung aktiv unterstützen.

Nicht weniger wichtig sind klare Vorstellungen über: den Inhalt der primären Gesundheitsversorgung, die wichtigsten zu erbringenden Dienstleistungen, die Art des einzusetzenden Personals und seine jeweilige Rolle sowie die Zusammenarbeit zwischen Personal und Einzelbürgern, Gruppen, Gemeinwesen usw. Diese Punkte werden im Zusammenhang mit Ziel 28 und 29 näher behandelt.

Unter Zugrundelegung dieser Hauptkonzepte und Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten in einem Mitgliedstaat sollte ein systematisches, alle Gemeinden eines Landes umfassendes Planungsprojekt unter Einbeziehung der Ortsgemeinden und Gesundheitsberufsgruppen durchgeführt werden, um konkret zu ermitteln, wie diese theoretischen Prinzipien in jeder Kommune in die Praxis umgesetzt werden können. Es versteht sich von selbst, dass solche Planungsvorhaben unter Berücksichtigung der politischen und administrativen Unterschiede von Land zu Land verschieden gestaltet werden müssen. Anschliessend sollten bei der Ressourcenzuweisung an den Sektor der primären Gesundheitsversorgung systematische Änderungen vorgenommen werden, d.h. dieser Sektor sollte in bezug auf Neuinvestitionen und Betriebskosten bevorzugt bedacht werden.

Schliesslich sei erwähnt, dass in den meisten Ländern die gegenwärtige Ausbildung des Gesundheitspersonals weitgehend geändert werden sollte, vgl. Kapitel 7.

#### 5.1.2 Rationelle und gezielte Ressourcenverteilung

Ziel 27 BIS 1990 SOLLTE IN ALLEN LÄNDERN DIE INFRASTRUKTUR DER VERSORGUNGSDIENSTE ORGANISATIONSMÄSSIG GEWÄHRLEISTEN, DASS DIE RESSOURCEN BEDARFSGERECHT VERTEILT WERDEN, DIE DIENSTE AUS PRAKTISCHER UND WIRTSCHAFTLICHER SICHT ZUGÄNGLICH SIND UND VON DER BEVÖLKERUNG AUCH IM KULTURELLEN ZUSAMMENHANG AKZEPTIERT WERDEN KÖNNEN

*Dieses Ziel könnte erreicht werden: durch eine planmässige Entwicklung und eine Reihe von stimulierenden Massnahmen mit dem Ziel, die erforderlichen Versorgungsressourcen den primären Gesundheitsversorgungsdiensten zuzuleiten, um sicherzustellen, dass die Streuung der Versorgungsdienste und ihrer Leistungen den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht; dadurch, dass man in ähnlicher Weise ggf. die Krankenhausressourcen schrittweise umverteilt, um dadurch ein System zu schaffen, in dem die sekundären und tertiären Versorgungsressourcen entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung nach einem "regionalisierten" System verteilt sind.*

#### Problemstellung

Aufgrund der stark voneinander abweichenden sozioökonomischen Entwicklungsrichtungen, politischen Systeme und Verwaltungstraditionen der Mitgliedstaaten der Region sind bei den Einrichtungen und Personalgruppen der Gesundheitsversorgung sehr unterschiedliche Streuungsmerkmale und Organisationsformen anzutreffen. In einem Teil der Länder gibt es ein gut ausgebautes Netz von Gesundheitszentren, das eine Einführung der primären Gesundheitsversorgung stark erleichtert; in anderen Ländern sind die Dienstbereiche ganz anders strukturiert. In manchen Ländern ist der Krankenhausbereich "regionalisiert", d.h. die Krankenanstalten der verschiedenen Spezialisierungskategorien sind innerhalb eines landesdeckenden Netzes den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechend räumlich

verteilt; in anderen Ländern besteht dahingegen kaum eine Koordinierung. In manchen Ländern gibt es zu wenige Ärzte, in anderen, in städtischen Bereichen zu viele und in entlegenen Gegenden zu wenige. Desgleichen besteht mancherorts ein Mangel an Krankenschwestern bzw. ein ungleicher Deckungsgrad der bestehenden Dienste. In einer Reihe von Ländern fehlt es an Ernährungsfachleuten, Zahnärzten und anderen Gesundheits- bzw. Sozialkräften wie Physiotherapeuten, Sozialarbeitern oder Hauspflegerinnen, die für den primären Sektor ausgebildet sind.

Dieses Problem wird oft verstärkt durch eine unzweckmässige Streuung des verfügbaren Personals und anderer Ressourcen. Städtische Gebiete werden allgemein besser versorgt als ländliche. Auch innerhalb der Städte gibt es einen ungleichen Versorgungsgrad, die sozioökonomisch schlechter gestellten Gebiete haben hier am meisten unter der Ressourcenknappheit zu leiden.

Die Erreichbarkeit der Gesundheitszentren, Arztpraxen, Impfkliniken und Krankenhäuser kann erschwert werden durch grosse Entfernungen, schlechte bzw. teure Verkehrsmöglichkeiten oder ungünstige Arbeitszeiten der Versorgungseinrichtung. Daneben können ökonomische, kulturelle und organisatorische Faktoren vorliegen, die die Möglichkeit einer Benutzung der Gesundheitsdienste und die positive Einstellung der Bevölkerung ihnen gegenüber einschränken. Beispielsweise sind in der ganzen Region zwar die Sozialleistungen ständig gestiegen, doch ist nicht in allen Ländern die gesamte Bevölkerung ausreichend versichert.

Durch eine zunehmende Bevorzugung der privaten Finanzierung von Versorgungsleistungen auf Kosten der öffentlichen erhebt sich die wichtige Frage der Gleichbehandlung. Sprachliche und kulturelle Faktoren können sich ebenfalls auf den Nutzungsgrad der Einrichtungen und Dienste auswirken, insbesondere wenn das Gesundheitspersonal sich nicht aktiv um eine Verständigung mit dem Patienten bemüht. Religiöse oder kulturelle Überzeugungen und Traditionen können dazu führen, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen manche Dienstleistungen ablehnen oder als überflüssig ansehen; es kann auch die umgekehrte Situation vorliegen, dass als zweckmässig angesehene Dienstleistungen einfach nicht verfügbar sind oder nicht voll genutzt werden können, da sie nicht optimal strukturiert sind oder zu ungünstigen Zeitpunkten angeboten werden.

#### Lösungsvorschläge

Die bedarfsgerechte Verteilung der Versorgungsressourcen stellt z.Z. in vielen Ländern ein grösseres Problem dar; entsprechende Abhilfemassnahmen werden zu manchen unangenehmen Entscheidungen zwingen. Man sollte deshalb nicht nur den Änderungen als solchen, sondern auch der Art und Weise ihrer Durchführung grosse Aufmerksamkeit widmen.

Es geht hier hauptsächlich um drei Punkte: a) die Ausgewogenheit der Ressourcenzuweisung, b) die organisatorische Handhabung der vorhandenen Ressourcen und c) die Akzeptanz der angebotenen Dienstleistungen.

a) In fast ausnahmslos allen Ländern der Region fällt der grösste, und ständig wachsende, Teil der Versorgungsressourcen im Gesundheitsbereich auf den Krankenhaussektor. Infolgedessen fehlt es in vielen Ländern ernstlich an Ressourcen für wichtige Funktionen der Primärversorgung wie z.B. Pflegeheime, häusliche Pflegedienste, zweckmässige Betreuung der geistig Behinderten, Alkoholiker, Rauschgiftabhängigen usw. Viele Patienten, die auf der Primärebene hätten betreut werden sollen, belegen Krankenhausbetten.

In den meisten Ländern sollte deshalb die grundsätzliche Entscheidung getroffen werden, bei der Ressourcenverteilung die Primärversorgung auf Kosten des Krankenhaussektors zu begünstigen. Allerdings müssen solche Änderungen sorgfältig untersucht werden, damit sie harmonisch ablaufen und praktische Probleme auf lokaler Ebene, z.B. die Beschäftigungslage des Gesundheitspersonals am Ort, gemildert werden.

b) Oft bestehen Schwierigkeiten hinsichtlich der rationellen Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Zur Zeit ist die Verteilung der Krankenhausressourcen in vielen Ländern schlecht koordiniert, was zu Doppelgleisigkeit, niedrigem Versorgungsgrad in bestimmten Gebieten und Bevölkerungsgruppen bzw. zu einer Verschwendung kostspieliger Ressourcen führt. In vielen Ländern kann viel dagegen unternommen werden, indem man eine rationellere Struktur des Krankenhaussystems ausarbeitet, wobei die einzelnen Versorgungseinheiten klar umrissene Aufgaben haben und eindeutig festgelegte Bevölkerungskreise versorgen. Die Erfahrung in vielen Ländern hat gezeigt, dass eine systematische Analyse der Situation nach diesen Gesichtspunkten zur Freierwerbung beträchtlicher Ressourcen führen kann. Solche institutionelle Ressourcen können oft der primären Gesundheitsversorgung zugewiesen werden, wodurch die Gesamtkosten des Gesundheitsversorgungssystems relativ reduziert werden können. Die jeweils zur Herbeiführung irgendwelcher Änderungen anzuwendenden Mittel hängen von dem politischen und verwaltungsmässigen System des einzelnen Landes ab. In manchen Ländern wird die zentrale Planung angewandt, in anderen wirtschaftliche Anreize.

c) Obwohl in vielen Ländern die vorhandenen Ressourcen der Primärversorgung (besonders die Ärzte und Krankenschwestern der Primärversorgung) in der Bevölkerung sehr ungleich verteilt sind, hat die Erfahrung gezeigt, dass man durchaus Mittel und Wege zur bedarfsgerechten Aufteilung des Gesundheitspersonals finden kann, die sowohl von den Behörden als auch der Ärzteschaft akzeptiert werden können.

Angesichts der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung in den europäischen Ländern scheint es angebracht, bei der gegenwärtigen Verteilung der Gesundheitsversorgungsleistungen einige grundlegende Änderungen durchzuführen, soweit dies nicht bereits geschehen ist. Das Hauptziel sollte darin bestehen, die Qualität der Dienstleistungen und Dienste zu verbessern, ohne dass dadurch im Gesundheitswesen insgesamt wesentlich mehr Ressourcen aufgebracht werden müssen. Die Länder, die noch nicht über eine umfassende Krankenversicherung verfügen, sollten den Erfassungsgrad erhöhen, und zwar nicht nur für Diagnose und Behandlung, sondern auch für die Gesundheitsförderung und Rehabilitationsdienste. Bedeutend mehr Aufmerksamkeit muss der Chancengleichheit in bezug auf die Nutzung der Gesundheitsversorgung und entsprechenden Ressourcen gewidmet werden; dies wirft in vielen Fällen die Problematik der öffentlichen Finanzierung im Vergleich zur privaten und die Frage einer umfassenden Kontrolle der Gesamtressourcen auf landesdeckendem Plan auf.

## 5.2 Charakteristische Merkmale der primären Gesundheitsversorgung

### 5.2.1 Umfang der primären Gesundheitsversorgung

Ziel 28 BIS 1990 SOLLTE DAS PRIMÄRE GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEM JEDES MITGLIEDSTAATS EINE VIELFÄLTIGE PALETTE AN GESUNDHEITSFÖRDERNDEN, KURATIVEN, REHABILITATIVEN UND ERGÄNZENDEN VERSORGUNGSDIENSTEN ANBIETEN, DAMIT DIE BASALEN GESUNDHEITSBEDÜRFNISSE DER BEVÖLKERUNG BEFRIEDIGT UND GEFÄHRDETE, BENACHTEILIGTE UND UNTERVERSORGTE EINZELBÜRGER SOWIE GRUPPEN BESONDERS BERÜCKSICHTIGT WERDEN KÖNNEN

*Dieses Ziel könnte erreicht werden durch die Aufstellung klarer Richtlinien in allen Mitgliedstaaten, mit einer Beschreibung aller Dienstleistungen, die die Primärversorgung unter Zugrundelegung des Prinzips erbringen kann, dass die meisten präventiven, diagnostischen, therapeutischen und versorgungsmässigen Leistungen und Tätigkeiten ausserhalb des Krankenhauses und der anderen institutionellen Einrichtungen erbracht bzw. ausgeführt werden können; Änderung der Aus- und Weiterbildungsprogramme des Gesundheitspersonals, um zu gewährleisten, dass es sich aktiv für diese Entwicklung einsetzt; Überprüfung der Planungs- und Überweisungsverfahren sowie der Schaffung von Anreizen, um zu gewährleisten, dass sie diesen Grundsatzzielen gerecht werden.*

### Problemstellung

Um die Einzelbürger, Familien, Gruppen und das Gemeinwesen gesundheitlich umfassend zu versorgen, wird eine Vielfalt an Diensten und Personalkategorien benötigt. In den Entwicklungsländern der Region variieren die dem Personal der Primärversorgung zur Verfügung stehenden Geräte, Vorräte und Grundmedikamente sehr stark, was dazu führt, dass der Bevölkerung ein sehr unterschiedliches diagnostisches, behandlungsmässiges und rehabilitatives Dienstleistungsniveau angeboten wird. In den höher entwickelten Ländern der Region ist zwar die Situation besser, doch liegen oft in bezug auf eine bedarfsgerechte Verteilung und Zugänglichkeit der Dienste Probleme vor.

Sowohl unter den Ländern als auch innerhalb jedes betreffenden Landes gibt es grosse Unterschiede in bezug auf das Angebot an bestimmten Versorgungseinrichtungen wie Hauspflege, Nachbetreuungsstätten, Tageszentren und Behindertenwohnungen. Oft fehlt es an Krankenpflegepersonal und durchorganisierten Krankenpflegediensten auf der Primärebene; dadurch sind die Möglichkeiten des Personals stark eingeschränkt, sich dem einzelnen zu widmen und seine Probleme im grösseren Kontext der Familie, des sozialen Umfelds und der Lebenssituationen zu erfassen. Durch den Mangel an Krankenpflegediensten wird auch das Angebot andersweitiger Leistungen beim Patienten zu Hause eingeschränkt.

Oft könnten Personen, die sich nicht mehr selbst betreuen können, trotzdem noch zu Hause bleiben, falls man ihnen eine häusliche Pflege anbieten könnte; oder sie könnten in Wohnungen bzw. Pflegeheimen wohnen, die ihren Bedürfnissen angepasst sind. Solche neuen Einrichtungen sollten in das Lebensumfeld des Versorgungsbedürftigen eingliedert sein und ein ganzes Bündel an Dienstleistungen umfassen; je nach dem Funktionsvermögen des Versorgungsbedürftigen sollte ihm dadurch das höchstmögliche Mass an Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit gesichert werden.

In manchen Ländern sind die Rehabilitationsdienste nicht genügend ausgebaut; das führt dazu, dass die Funktionsbeeinträchtigung im Anschluss an eine Krankheit, besonders bei älteren und bereits behinderten Personen, länger dauert. Ausserdem werden die Betroffenen daran gehindert, so schnell wie möglich in ihren gewohnten Lebensrahmen zurückzukehren.

In einer Reihe von Ländern fehlt es noch an einer ausreichenden genetischen Beratung. Es gibt zwar überall pränatale und perinatale Betreuungsdienste, doch ist ihre Qualität unterschiedlich; in vielen Ländern ist man sich auch nicht darüber einig, welche Technologie für die Frauenfürsorge vor, während und nach der Geburt zweckmässig ist. In zahlreichen Ländern haben nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Masse Zugang zu Familienplanungsstellen, Informationen und bestimmten Verhütungsmethoden - dies gilt besonders für junge Personen, Wanderarbeitnehmer und Immigranten. Die durch Gesetzesvorschriften über Schwangerschaftsabbruch entstehenden Probleme sollten nicht unterschätzt werden. Es fehlt u.U. sowohl bei Frauen als auch bei Männern an einer Aufklärung über die Empfängnisverhütung und an praktischen Nutzungsmöglichkeiten. Kinderlose Ehepaare haben u.U. keinen Zugang zu Fertilisationskliniken und Personen mit anderen sexuellen Problemen ist evtl. der Zugang zu entsprechenden Beratungs- und Behandlungseinrichtungen verwehrt. Wenn ein Schwangerschaftsabbruch erforderlich oder angezeigt erscheint, sind vielleicht die erforderlichen Einrichtungen bzw. Fachkräfte nicht vorhanden. Gegebenenfalls sollten den Gesundheitsfachkräften und dem Laienpublikum mehr Möglichkeiten geboten werden, die sozialen, ethischen und religiösen Aspekte dieser Fragen zu diskutieren.

Es sollte mehr aufsuchende Betreuungsarbeit geleistet werden, um die Senioren, Alleinerziehenden, Körperlich oder geistig Behinderten, Drogenabhängigen und Alkoholiker in ihren verschiedenen Lebenslagen zu unterstützen. Es sollten auch Anstrengungen unternommen werden, um die geographisch, gesellschaftlich oder sprachlich isolierten, die verwahrlosten und misshandelten sowie die geistig und körperlich kranken Personen festzustellen, die nicht in ausreichendem Masse Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu anderen sozialen Ressourcen haben.

In bezug auf den Impfschutz existieren in vielen Ländern der Region immer noch Versorgungslücken. In manchen Gebieten gibt es beispielsweise noch keine regelmässigen Impfungen gegen Masern und Röteln; es gibt immer noch Kinder, die an Kinderlähmung erkranken und an Tetanus neonatorum sterben.

Der Arbeitsschutz ist in verschiedenem Grad ausgebaut; sogar in den Ländern mit fortschrittlicheren Programmen besteht die Tendenz, die kleineren Belegschaften, Selbständigen und die in der Landwirtschaft Tätigen zu vernachlässigen.

#### Lösungsvorschläge

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass klare Grundsatzlinien aufgestellt werden, die die angestrebte Situation in bezug auf die zu erbringenden Leistungen der Primärversorgung umreissen. Dies gilt in gleichem Masse auch für Länder, die weniger planungsorientiert sind; hier könnte man auf eine indirektere Weise, z.B. durch die Schaffung von Anreizen, vorgehen, um die Entwicklung zu beeinflussen.

Wenn man eine Trendwende zugunsten der primären Gesundheitsversorgung herbeiführen will, müssen derzeitige Auffassungen revidiert werden; so muss z.B. neu festgestellt werden, welche Situationen potentielle Gesundheitsprobleme schaffen und welche Leistungen jeweils auf der primären, sekundären und tertiären Ebene zu erbringen sind. Man ist sich zwar weitgehend darin einig, dass z.B. Impfungen zum primären Sektor und Herzoperationen als hochspezialisierte Eingriffe in den Krankenhausbereich gehören - doch liegt bei einem Teil der heutigen Krankenhauspatienten der Fall nicht so klar; sie könnten im Rahmen einer durchorganisierten Primärversorgung ebenso gut, wenn nicht besser, betreut werden. In den meisten Ländern könnten diesbezügliche Entscheidungen anhand einer gründlichen Auswertung der Bedürfnisse jedes Patienten getroffen werden. Man sollte hierbei realistisch die wesentlichen diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und betreuerischen Bedürfnisse des Patienten untersuchen, wobei man den Patienten im Gesamtzusammenhang sehen und seinen Zustand auch im häuslichen und beruflichen Zusammenhang beurteilen sollte.

Die meisten präventiven und viele diagnostische, therapeutische und ergänzende Leistungen können ausserhalb des Krankenhauses angeboten werden. So kann man unter verschiedenen Rahmenbedingungen, z.B. beim Patienten zu Hause oder in Gesundheitszentren, kleinere operative Eingriffe, Physiotherapie, Früherkennungs- und Laboruntersuchungen sowie Beratungsdienste in den Bereichen Gesundheitsförderung, psychische Probleme, Alkoholismus, Drogensucht, Sexualprobleme, genetische Probleme, Familienplanung usw. durchführen.

Die Länder sollten mehr Gewicht auf eine Forschung zur Evaluierung dieser Aspekte der Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung legen; bei dieser Forschung sollten auch effektive Verfahren zur Feststellung der Verbrauchermeinung angewandt werden.



Die Länder werden zwar ihren eigenen Bedarf und ihre Ressourcen ermitteln und ihre eigenen Prioritäten festsetzen müssen; der springende Punkt dabei ist aber, dass die Dienste integriert sein müssen. Es liegt im Verantwortungsbereich der Länder, entsprechend ihren jeweiligen Gegebenheiten die Struktur und Funktionen der primären Versorgungseinheiten festzulegen und ihre Entwicklung durch wirksame Massnahmen zu fördern, wobei es keine Rolle spielt, ob die Planung und konkrete Durchführung der Gesundheitsversorgung zentralistisch oder dezentralisiert erfolgt.

Programme der primären Gesundheitsversorgung, die eine Palette umfassender, kontinuierlicher und gut integrierter gesundheitsfördernder, diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Dienste für Einzelbürger, Familien, Gruppen und Kommunen enthalten, sollten unterstützt werden. Besonders zu berücksichtigen sind die Senioren, Behinderten und chronisch Kranken, die Alkoholiker und Drogenabhängigen, ethnische Minoritätsgruppen, Wanderarbeitnehmer, Nomaden und Touristen. In manchen Fällen müssen in den Gesundheitsdiensten gewisse Anpassungen an die Belange von Religionsgemeinschaften und Minoritätsgruppen gemacht werden.

Im Rahmen der Programme sollten auch die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der diese Dienste benutzenden Einzelbürger, Familien und Selbsthilfegruppen gefördert werden. Durch gesetzliche und finanzielle Unterstützung könnte man z.B. eine Politik der gesundheitlichen und sozialen Integration fördern, was den Einrichtungen zur Langzeitpflege und Rehabilitation sowie der bevölkerungsnahen Betreuung in der Gemeinde (beschützte Wohnungen, Hauspflege usw.) zugute käme, wobei die Alternative darin bestünde, für diese Fälle Betten in Akutkrankenhäusern zu belegen. Es ist auch erforderlich, die Planungs-, Überweisungs- und Belohnungssysteme (Anreize) sorgfältig zu überprüfen, damit sie die gewünschte Entwicklung unterstützen und nicht, wie dies z.Z. oft der Fall ist, behindern.

Doch die wichtigste Massnahme besteht in der Ausarbeitung neuer Ausbildungs- und Weiterbildungsprogramme für alle Kategorien des Gesundheitspersonals, damit dieses die erforderliche Einsicht, Motivation und das berufliche Können erwirbt, um im Rahmen der Primärversorgung die genannten Dienstleistungen erbringen zu können.

#### 5.2.2 Leistungserbringer in der primären Gesundheitsversorgung

Ziel 29 BIS 1990 SOLLTE DAS PRIMÄRE GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEM IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN AUF DEM KONZEPT DER ZUSAMMENARBEIT UND DER TEAMARBEIT VON VERSORGUNGSPERSONAL, EINZELBÜRGERN, FAMILIEN, GRUPPEN UND KOMMUNEN AUFGEBAUT SEIN

*Dieses Ziel könnte erreicht werden durch: Richtlinien in den Ländern, in denen eindeutig festgelegt wird, welche Funktionen die verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufe in der Gesundheitsversorgung ausüben sollen; Programme zur Ausbildung, Weiterbildung und Sonderausbildung des Gesundheitspersonals, um es im Hinblick auf die fachübergreifende Teamarbeit und Zusammenarbeit mit Einzelbürgern, Familien, Gruppen und Gemeinden zu motivieren und ihm den erforderlichen Einblick und die entsprechenden Befähigungen zu vermitteln; Gesundheitserziehungsprogramme, die ein realistisches Bild der von den Gesundheitsfachkräften zu erwartenden Dienstleistungen zeichnen und die Laienbetreuung ausbildungsmässig unterstützen.*

#### Problemstellung

In den meisten Ländern wird seit Jahrzehnten die Gesundheitsversorgung als das Privileg der Fachberufe angesehen; man hat sich deshalb kaum mit der Frage befasst, was der einzelne, die Familien, Gruppen und Gemeinden selbst beitragen oder beitragen könnten. Die Bevölkerung ist tatsächlich in der Lage, im Alltagsleben mit einer ganzen Reihe von Gesundheitsproblemen fertig zu werden. Die meisten leichteren Gesundheitsstörungen und auch viele ernstere Situationen einschliesslich der Pflege von Behinderten und Senioren werden oft im Rahmen der Familie bewältigt. Obwohl dies die betreuenden Familienmitglieder stark belasten kann, sollte man eine solche Aufgabe nicht immer nur als eine Bürde oder ein notwendiges Übel auffassen. Der Bürger sieht in der Selbstbetreuung auch positive Faktoren: Er kann persönliche Entscheidungen treffen, über seinen eigenen Körper bestimmen und direkt an bestimmten Aspekten der Entscheidungsfindung beteiligt sein. Da Gesundheitsversorgungssysteme normalerweise durchorganisiert sind, kann die Beteiligung des Bürgers an wichtigen Entscheidungsprozessen undurchführbar oder nur schwer zu verwirklichen sein, die Versorgung wird deshalb nur zu oft als menschenunwürdig empfunden. Weil der Laie oft nicht genügend informiert ist, um bestimmte Entscheidungen zu treffen, entscheiden die Fachleute und Politiker an seiner Statt, ohne immer zu wissen, was gebraucht und gewünscht, oder was akzeptabel und zweckmässig ist. Eine bessere Verständigung zwischen allen Beteiligten würde teilweise zur Lösung der Probleme beitragen. Die Politiker, Planer und Gesundheitsfachkräfte sollten sich bewusst werden, wieviele Leistungen der Bürger selbst erbringt, und dies oft in effektiver Weise. Auch wenn nicht

jeder die Ausbildung der Gesundheitsfachkraft hat, bedeutet dies doch nicht, dass der Laie seine eigenen Probleme nicht versteht und nicht weiss, wie er sich zu verhalten hat. Viele Gesundheitsfachkräfte sollten dazu erzogen werden, den eigenen Beitrag des Patienten mehr zu schätzen und deshalb sein Mitspracherecht zu fördern.

Bedeutende Probleme gibt es auch in vielen Ländern in bezug auf die Zusammenarbeit, oder besser Nicht-Zusammenarbeit, innerhalb des Gesundheitspersonals und auch in bezug auf nahestehende Berufsgruppen, z.B. Soziologen, Psychologen, Erzieher usw. In einer Reihe von Ländern gibt es immer noch einzelne Ärzte, die keinen regelmässigen Meinungs-austausch mit Kollegen der Primärversorgung betreiben, die keinen persönlichen Kontakt mit den Ärzten der Krankenhäuser in ihrem Einzugsgebiet haben, denen sie ihre Patienten schicken, und die nicht systematisch mit den Krankenschwestern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten usw. in ihrer Gemeinde zusammenarbeiten. In ähnlicher Weise gibt es Hauspflagedienste, Physiotherapeuten usw., die isoliert arbeiten und kaum Beziehungen zu anderen Gesundheitspersonalgruppen unterhalten.

Andererseits gibt es auch viele Beispiele dafür, dass Gesundheitspersonal harmonisch in Teams arbeitet; sie ergänzen gegenseitig ihr Wissen und Fachkönnen und sind dadurch imstande, mehr zur Lösung komplexer Problemfälle bei den einzelnen, Familien, Gruppen und Gemeinden beizutragen. In diesem Bereich bestehen von Land zu Land vielleicht die grössten Unterschiede.

Obwohl die Situation in den Mitgliedstaaten nicht einheitlich ist, besteht allgemein ein vielfältiges Angebot an Versorgungsleistungen ausserhalb des amtlichen Gesundheitswesens. Während einige Länder diese Art der Versorgung positiv beurteilen, halten andere sie für überflüssig und verweigern ihr die Anerkennung. Doch beweist die Verbreitung und Billigung der bis vor kurzem noch ignorierten Akupunktur, dass viele Länder bereit sind, neue Vorgehensweisen zu akzeptieren. Die unter den Gesundheitsfachkräften weitverbreitete Skepsis gegenüber derartigen Betreuungsformen hängt mit dem Umstand zusammen, dass sie noch kaum einer gründlichen Evaluierung unterzogen worden sind. Die Verfahren sollten grundsätzlich systematisch bewertet und nur im Falle bewiesener Effektivität anerkannt werden, wie dies bei den Betreuungsformen der herkömmlichen Gesundheitsversorgung üblich ist.

Von besonderem Interesse ist die Zunahme der Selbsthilfegruppen mit spezifischer Gesundheitsthematik: Brustkrebs, Diabetes, Hämophilie usw. Weitere Gruppen entstanden auf anderer Grundlage, z.B. aus Frauengruppen (die sich auf Gesundheitsprobleme der Frau konzentrieren) und Umweltschutzgruppen (die die Umweltverschmutzung bekämpfen). Manche schon seit langem bestehenden Gruppen, die sich mit besonders schwierigen Gesundheitsproblemen befassen wie Alkoholismus (Anonyme Alkoholiker), Drogenabhängigkeit, Übergewicht usw. haben erfolgreiche Behandlungsmethoden im Gruppenrahmen entwickelt.

### Lösungsvorschläge

Es geht hauptsächlich um zwei Fragen: Wie kann eine gute Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitspersonals und mit dem Personal des sozialen Bereichs herbeigeführt werden, und wie kann man die Kommunikation mit dem einzelnen, den Familien, Gruppen und Kommunen verbessern.

In zahlreichen Ländern sollte sich die Haltung der Ärzte und die Art der Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften ändern. In einem grossen Teil der Länder sollten die Medizinstudenten intensiver in einem Rahmen ausgebildet werden, der ihnen ein tieferes Verständnis dafür vermittelt, in welchem Umfang der Patient krankenflegerische, physiotherapeutische, fürsorgerische und ähnliche Leistungen braucht. Dem Mediziner in der Ausbildung muss ein breiteres Konzept der Gesundheit und Gesundheitsbedürfnisse des Patienten und ein besserer Überblick über die Leistungen vermittelt werden, die andere Angehörige der Gesundheitsberufe in dieser Hinsicht erbringen können. Als Voraussetzung für ein besseres Verständnis sollten erfahrene Personen in Berufen wie Krankenpflege, Soziologie usw. einen direkten Einfluss auf die Ausbildung der Medizinstudenten haben; diese sollten während ihres Ausbildungsganges ausserdem praktisch im Konzept der Teamarbeit unterwiesen werden.

Auch bei der Ausbildung in anderen Gesundheitsberufen sollten diese Grundsätze vermittelt werden.

In bezug auf eine engere Zusammenarbeit zwischen Gesundheitspersonal und Bevölkerung sollte man bei der Ausbildung unbedingt darauf eingehen, wie sich das Personal mit der Laienbevölkerung verständigen kann, wie man die in der Gemeinschaft bereits vorhandenen Ressourcen erkennt und effektiv nutzen kann. Vielerorts ist dem Gesundheitspersonal Ausmass und Art der in der Familie und den Bürgergruppen betriebenen Betreuung nicht genügend bekannt. Es sollte untersucht werden, in welchem Umfang Einzelbürger, Familien und Gruppen bei der Ausführung besonderer Funktionen zu unterstützen sind.

Eine Reihe von Aspekten müssen genauer untersucht werden, z.B. wie eine Symbiose zwischen den Fähigkeiten und Selbsthilfeleistungen der Einzelbürger, Familien und Gruppen einerseits und den Tätigkeiten des Gesundheitspersonals andererseits erreicht werden kann. In den meisten Ländern besteht eine gewisse Tendenz, Probleme zu "medikalisieren", d.h. die spezifischen Symptome zu behandeln, ohne den Versuch zu unternehmen, die im sozialen Umfeld liegenden Ursachen ausfindig zu machen und zu bekämpfen.

Da nicht nur bei den Gesundheitsfachkräften diese Tendenz besteht, müssen sich auch Politiker, Fachkräfte anderer Sektoren und Laienbevölkerung mit der Tatsache vertraut machen, dass manche Situationen nicht schnell und einfach zu bewältigen sind. Dies erfordert eine Haltungsänderung, einen neuen Ansatz in der Ausbildung bzw. der gesundheitlichen Aufklärung und ein Umdenken in bezug auf die Leistungen, die die gesundheitlichen und medizinischen Dienste erbringen können und sollten. Aufklärungsthemen für die Laienbevölkerung könnten sein: Verhalten bei allgemeinen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, Präventivmassnahmen, Früherkennung von Gefahrensymptomen, die das Hinzuziehen von Gesundheitsfachkräften erforderlich machen, Verhalten bei einfachen Gesundheitsstörungen und Aufklärung über die Funktionsweise sowie Möglichkeiten der praktischen Inanspruchnahme des bestehenden Gesundheitssystems.

### 5.2.3 Koordinierung der Ressourcen auf Gemeindeebene

Ziel 30 BIS 1990 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN IM RAHMEN EINES PRIMÄREN GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEMS ÜBER VERFAHREN ZUR KOORDINIERUNG DER DIENSTLEISTUNGEN ALLER GESUNDHEITSRELEVANTEN SEKTOREN AUF GEMEINDEEBENE VERFÜGEN

*Dieses Ziel könnte erreicht werden durch: Anerkennung der Zuständigkeit der Primärversorgung in bezug auf die Feststellung, welche Angelegenheiten besonderer Beachtung, Änderungen und einer Neuorientierung bedürfen, und hinsichtlich der Koordinierung diesbezüglicher Massnahmen; Einrichtung eines permanenten Gesundheitsausschusses in jeder Gemeinde, in dem die Vertreter dieser Gemeinde, des Gesundheitssektors und anderer Bereiche die Lokalpläne gemeinsam analysieren und festlegen können, welche Massnahmen jeder Sektor ergreifen sollte, um die Gesundheitssituation in der Gemeinde zu verbessern. Hierbei sollten die jeweiligen verfassungsrechtlichen Gegebenheiten der Mitgliedstaaten berücksichtigt werden.*

#### Problemstellung

Wenn man die Faktoren betrachtet, die bei der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit eine Rolle spielen, stellt sich heraus, dass der Gesundheitssektor als solcher nur einen begrenzten Einfluss ausübt. Diese Erkenntnis bildet die Grundlage des in der Erklärung von Alma-Ata proklamierten Konzepts der primären Gesundheitsversorgung.

Gesundheitsprogramme für Schulkinder und Kinder im Vorschulalter sowie gesundheitserzieherische Tätigkeiten, die es in den meisten Industrieländern schon seit vielen Jahren gibt, sind bekannte Beispiele für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen zwei Sektoren. In bezug auf Arbeitsschutz und Umweltschutzprogramme haben Gesetzgebung und gesetzliche Vorschriften entscheidend dazu beigetragen, dass andere Sektoren miteinbezogen wurden. Hinsichtlich der Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitswerbung in den Massenmedien schwankt die Bereitschaft oder Fähigkeit zur Koordinierung der Tätigkeiten.

Ebenso wichtig ist aber auch der Beitrag anderer Sektoren zur Gesundheit, so z.B. das Bau- und Wohnungswesen, das Transportwesen und die Sozialdienste. Die Probleme ergeben sich nicht immer durch einen Mangel an Institutionen, Rettungsdiensten, Einrichtungen oder Personal, sondern durch einen Mangel an Alternativen. Ältere Bürger können durch schlechte Ernährung krank werden, weil ihnen in ihrer Wohnung das Treppensteigen schwerfällt und sie nicht in die Geschäfte gehen können oder sie nicht das nötige Geld für gesunde Lebensmittel haben; sie können sich eine Lungenentzündung zuziehen, weil sie an den Heizkosten sparen müssen. Körperlich oder psychisch anfällige bzw. behinderte Personen könnten in ihrem Ort, in der Nähe ihrer Verwandtschaft verbleiben, wenn es Betreuungsdienste für sie gäbe oder man sie finanziell unterstützen würde.

Durch eine zweckmässige Siedlungsplanung hätte man in vielen Fällen vermeiden können, dass die Bevölkerung der industriellen Verschmutzung, örtlichen Verkehrsgefahren, der Lärmbelästigung usw. ausgesetzt wird; man hätte die Wohngegenden so gestalten können, dass der soziale Kontakt, die körperliche Betätigung und der gemeinschaftliche Zusammenhang erleichtert wird.

### Lösungsvorschläge

Um das genannte Ziel zu erreichen, muss zuerst eingesehen werden, dass gesundheitliche Anliegen nicht das ausschliessliche Privileg des Gesundheitssektors sind. Die anzustrebenden Änderungen sind von Land zu Land verschieden, je nach der gegenwärtigen Lage, dem politischen System und der Verwaltungsstruktur, doch sollten sich die gesundheitlichen Belange in den Entwicklungsplänen aller Sektoren, z.B. Wasserversorgung, Bau- und Wohnungswesen, Sozialdienste, widerspiegeln, und zwar nicht nur auf der überregionalen Ebene, sondern insbesondere auf dem örtlichen Plan. Die grundsätzliche Strategie sollte darin bestehen, stark integrierte Kommunalprogramme auszuarbeiten, die alle Aspekte der primären Gesundheitsversorgung verbinden; diese Tätigkeiten sollten durch geeignete Beratungsorgane unterstützt werden, z.B. durch kommunale Gesundheitsausschüsse, in denen Vertreter der Gemeinde, des Gesundheitssektors und anderer Sektoren zusammenarbeiten können. Hierbei sind die jeweiligen spezifischen Gegebenheiten der Länder zu berücksichtigen.

Der Gesundheitssektor spielt eine wichtige Rolle bei der Koordinierung dieser Tätigkeiten, er kann: dazu beitragen, Hauptprobleme zu isolieren, Präventivstrategien und -lösungen vorschlagen, eine Änderung der Prioritäten und Ressourcenzuweisung anregen, andere Sektoren, einschliesslich der Regierung, zu tatkräftigem Handeln bewegen, Verfahren zur Bewertung der gesundheitlichen Konsequenzen von Ressourcenverschiebungen und Neuentwicklungen in anderen Sektoren ausarbeiten und schliesslich an Beratungsausschüssen teilnehmen, die für die durchzuführenden Bewertungen verantwortlich sind.

### 5.3 Qualität der Dienste und Leistungen

Ziel 31 BIS 1990 SOLLTE ES IM GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEM JEDES MITGLIEDSTAATS EFFEKTIVE VERFAHREN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PATIENTENVERSORGUNG GEBEN

*Dieses Ziel könnte erreicht werden durch: die Einführung von Methoden und Verfahren zur systematischen Überwachung der Qualität der Patientenversorgung und dadurch, dass man die Komponentenbewertung und regulative Standardisierung zu festen Bestandteilen der regelmässigen Tätigkeiten von Gesundheitsfachkräften macht; Unterweisung des gesamten Gesundheitspersonals in Fragen der Qualitätssicherung.*

### Problemstellung

Die Vorstellungen über die qualitative Beurteilung der Gesundheitsversorgungsleistungen sind von Land zu Land und sogar innerhalb der betreffenden Länder verschieden. Oft wird der Stand der technischen Entwicklung als Qualitätsindikator benutzt, da die technische Komponente der Versorgung relativ leicht zu bemessen ist; bei einer solchen Betrachtungsweise werden aber Aspekte wie zu intensive Behandlung, iatrogene Krankheiten, gegenseitige Entfremdung von Patienten und Familien, unerwünschte Lebensverlängerung, emotionelle Opfer und finanzielle Kosten ausser acht gelassen. Man weicht den ethischen Fragen aus und fördert die Überzeugung, dass nur teure und komplizierte Behandlungen und Unterstützungsmassnahmen effektiv sind.

Die Bewertung der Versorgungsqualität erfordert eindeutig mehr als die Bemessung des technischen Entwicklungsgrads oder des Fachkönnens. Man muss auch die Effektivität, Sicherheit, Effizienz und Zweckmässigkeit der Versorgungsmethoden in Relation zu den Bedürfnissen der Bevölkerung bewerten. Ebenfalls sehr wichtige Komponenten bei der Bemessung der Qualität sind die Akzeptanz der Dienstleistungen durch die zu Versorgenden und eine gewisse Beteiligung der Verbraucher an Entscheidungsprozessen, die Zufriedenheit des Patienten und der Beitrag, den die primäre Gesundheitsversorgung zur sozioökonomischen Gesamtentwicklung leistet. Man sollte also nach Verfahren suchen, anhand derer sich nicht nur die technologischen Aspekte der Gesundheitsdienste bewerten lassen, sondern die auch die Feststellung ermöglichen, in welchem Umfang die Dienstleistungen eines Landes, einer Gemeinde, einer bestimmten Gesundheitseinrichtung oder des einzelnen Allgemeinarztes in integrierter Form eine Skala von Bedürfnissen befriedigen.

In den letzten Jahren hat sich das medizinische Wissen rapide erweitert, ebenso stehen der Gesundheitsversorgung bedeutend mehr technische Ressourcen, wie Geräte und Arzneimittel, zur Verfügung.<sup>a</sup> Die Ärzte sehen sich heute nicht nur mit dem schwierigen Problem konfrontiert, in einer bestimmten klinischen Situation unter verschiedenen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten wählen zu müssen, sondern sie fühlen sich seitens der Patienten, Industrie, Massenmedien, und sogar der Ärzteschaft selber, gezwungen, in jedem Fall eine Untersuchung durchzuführen, eine Behandlung einzuleiten oder ein Arzneimittel zu verschreiben. Es sollte hier dringend ein Umdenken einsetzen; es gibt auch eine qualitativ hochstehende Versorgung, ohne unbedingt komplizierte und teure Geräte oder Arzneimittel einsetzen zu müssen.

<sup>a</sup> Ziel 38 behandelt die Bewertung der neuen Gesundheitstechnologie.

In allen Ländern wird gegenwärtig eine umfangreiche Forschung zur Evaluierung neuer Methoden in der klinischen Medizin betrieben. Die Tätigkeiten werden teilweise international oder national koordiniert, doch sind die Daten dann oft nicht komparabel, so dass der Informationsaustausch erschwert ist und die Studien wiederholt werden müssen. In den allermeisten Fällen werden Untersuchungen ad hoc und auf die persönliche Initiative einer engagierten Gesundheitsfachkraft oder eines Forschers hin durchgeführt.

Als einer der Wege zur Anhebung der Versorgungsqualität werden in einer Reihe von Ländern für die Behandlung häufig vorkommender Krankheiten und Gesundheitsstörungen wie Bluthochdruck und Harnwegsinfektionen "Gesundheitsversorgungsmodelle" entworfen. Es werden dabei Behandlungskriterien aufgestellt, die die verschiedenartigen für die Leistungserbringung wichtigen Faktoren berücksichtigen sollen: das Vorhandensein von Geräten, Personal, Einrichtungen und Medikamenten; die Kosten der Personalausbildung und Fremdleistungen; die langfristigen emotionellen und körperlichen Opfer und Leiden (Kosten) und Besserungen (Nutzen) der Patienten, Gesundheitsfachkräfte, Familien und der Gesellschaft, sowie ethische Aspekte, zukünftige Entwicklung, Einbeziehung, Zufriedenstellung und Wünsche des Patienten. In einigen Ländern wird diese Betrachtungsweise z.T. bereits in das Studium, die Weiter- und Fortbildung eingebaut, wodurch bewirkt wird, dass man sich in den Fachkreisen des Gesundheitswesens der Bedeutung dieser Faktoren bewusst wird.

### Lösungsvorschläge

Im Rahmen ihrer Gegebenheiten sollten die Länder, falls dies noch nicht geschehen ist, eindeutige Richtlinien für die Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung aufstellen. Darin sollte festgelegt sein: welche Verfahren zu bewerten sind, wie die Bewertung strukturiert sein soll, wie die Erbringer von Gesundheitsleistungen, die Politiker und die Verbraucher ihre diesbezüglichen Tätigkeiten koordinieren sollten und welche Erwartungen und praktischen Konsequenzen sich aus der Qualitätsbewertung ergeben werden. Diese Richtlinien sollten im Sinne einer Förderung der Zusammenarbeit und aktiven Beteiligung der Leistungserbringergruppen, Forscher, Gesundheitsbehörden und Verbraucher sehr sorgfältig formuliert werden. Es sollte allen Beteiligten deutlich gemacht werden, dass die Qualitätsbewertung nicht nur der Beurteilung der technischen-fachlichen Aspekte der Leistungserbringung dient, sondern auch gewährleisten soll, dass alle einen Teil der Verantwortung übernehmen. Ebenso wichtig ist die Feststellung, dass die Qualitätsbewertung und Qualitätssicherung ein kontinuierlicher Prozess sein muss und dass dabei die technischen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und ethischen Faktoren aus der Sicht der Leistungserbringer und Verbraucher beurteilt werden müssen. Einzelbürger, Familien, Gruppen und Gemeinden sollten die bestmögliche und zweckmässigste präventive, gesundheitsfördernde, diagnostische, therapeutische, rehabilitative und unterstützende Versorgung erhalten, und zwar in einer Form, wie sie von ihnen akzeptiert werden kann.

Die zur systematischen Beurteilung der Versorgungsqualität anzuwendenden Verfahren sollten hauptsächlich auf eine Informierung der einzelnen Leistungserbringer und Einrichtungen über ihre eigene Leistung abzielen, damit sie diese laufend selbst verbessern können.

Eine weitere wichtige Überlegung sollte sein, dass nicht nur jeder Patient in dem erforderlichen Umfang versorgt wird, sondern dass man ihn auch verschonen soll vor teuren, unangenehmen, invasiven und potentiell gefährlichen Verfahren bzw. Arzneimitteln, falls deren Anwendung nicht nötig ist. Es sollte auch verfahrensmässig möglich sein, den Patienten über die geplanten Massnahmen, einschliesslich der damit verbundenen Wirkungen und Risiken und Alternativen, aufzuklären, damit er eine fundierte Entscheidung treffen kann. Eine allgemein bessere Informierung der Öffentlichkeit und besonders eine bessere Beratung des einzelnen Patienten sowie eine Haltungsänderung bei den Gesundheitsfachkräften wird vonnöten sein, um dieses Prinzip zu verwirklichen.

In der Ausbildung des Gesundheitspersonals muss die Qualität der Dienstleistungen, einschliesslich ihrer Akzeptanz seitens der Patienten und ihrer Angehörigen stärker betont werden. Auch der Humanisierung ist mehr Aufmerksamkeit zu widmen, besonders wenn es sich um die beiden wichtigsten Lebensereignisse handelt, um Geburt und Tod. Der Schwangeren sollten bei der Geburt annehmbare Bedingungen ohne zuviel "Technisierung" geboten werden, der Sterbende sollte die Möglichkeit haben, sein Leben mit Würde abzuschliessen. In diesem Zusammenhang ist der kulturelle und religiöse Hintergrund besonders zu beachten.

Durch einen grösseren Einsatz im Hinblick auf eine systematische Evaluierung der verschiedenen Versorgungsarten und durch eine breite Publizierung dieser Evaluierungen würden die Länder einen grossen Fortschritt erzielen im Hinblick auf mehr Chancengleichheit in der Patientenversorgung.

6. FORSCHUNG: EIN PROZESS ZUR ERMITTLUNG DES WISSENS, DAS ZUM ERREICHEN DES ZIELS "GESUNDHEIT FÜR ALLE" NOTWENDIG IST.

Einleitung

In den vorhergehenden Kapiteln dieses Dokuments wurden die schwerwiegenden Wissenslücken aufgezeigt, die noch geschlossen werden müssen, um viele der gesetzten Einzelziele zu erreichen. Aus diesem Grunde wird so grosses Gewicht auf die entscheidende Bedeutung der Forschung als Mittel zur Unterstützung der Entwicklung der "Gesundheit für alle" gelegt.

In diesem Kapitel wird die Forschung in bezug auf "Gesundheit für alle" erörtert, d.h. als Prozess zur Ermittlung des Wissens, das zum Erreichen der in diesem Dokument dargelegten Einzelziele und zum Verständnis der Art und Weise notwendig ist, wie dieses Wissen umgesetzt werden kann. Dieses Konzept hat verschiedene Auswirkungen auf die Ausrichtung der Gesundheitsforschung.

Erstens muss in jeder Strategie, die dazu bestimmt ist, die Herausforderung der Verwirklichung des Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" erfolgreich zu bewältigen, die Anwendung des bereits vorhandenen Wissens ein Hauptelement sein. Man kann mit grosser Sicherheit davon ausgehen, dass die Verwirklichung des Ziels "Gesundheit für alle" gar nicht so fern läge, wenn in der gesamten Region vom derzeit verfügbaren Wissen der beste Gebrauch gemacht würde. Folglich muss eine erste vorrangige Aufgabe einer Forschungsstrategie zur Unterstützung von "Gesundheit für alle" darin bestehen, die Gründe zu erforschen, warum dieses Wissen nicht angewendet wird, und Wege zur Überwindung der bestehenden Hindernisse zu suchen. Indessen ist auch der Erwerb von neuem Wissen auf allen für die Gesundheit relevanten Gebieten von entscheidender Bedeutung und muss daher weitergehen. Dies wird dazu beitragen, uns unserem Ziel näherzubringen und eine Grundlage für weitere Verbesserungen der Gesundheit der Bevölkerung auch nach dem Jahr 2000 zu schaffen.

Zweitens ist die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie die Verhütung von Krankheiten eines der wichtigsten Ziele, die in diesem Dokument erörtert werden. Obwohl die Erweiterung des Wissens über bessere Interventionsmöglichkeiten bei bereits bestehenden Krankheitsprozessen von entscheidender Bedeutung ist, sind für die allernächste Zukunft Forschungsarbeiten nötig, die ein besseres Verständnis der Faktoren ermöglichen, die zur Gesundheit beitragen, so dass der Beginn einer Krankheit bereits im Keim verhindert wird und jeder einzelne besseren Gebrauch von seinen eigenen Fähigkeiten zur Erhaltung der Gesundheit machen kann. Ein weiteres entscheidendes Problem, das in diesem Dokument behandelt wird, ist die Verminderung der bestehenden Ungleichheiten auf dem Gebiet der Gesundheit; eine der wichtigsten Forschungsaufgaben besteht daher darin, Wege zur Verbesserung der Gesundheit der gegenwärtig am stärksten benachteiligten Personen zu finden.

Drittens müssen angesichts des grossen Ausmasses des benötigten Wissens grosse Anstrengungen unternommen werden, um aus der grossen Quantität, Qualität und Vielfalt des innerhalb und ausserhalb des Gesundheitssektors zur Verfügung stehenden Fachwissens und der Facherfahrung grösstmöglichen Nutzen zu ziehen. Eine Forschungsstrategie zur Unterstützung von "Gesundheit für alle" sollte sich daher auch mit Wegen und Möglichkeiten befassen, das durch wissenschaftliche Forschung, berufliche Praxis und die Erfahrungen der Mitarbeiter auf allen mit der Gesundheit zusammenhängenden Gebieten erworbene Wissen möglichst vollständig zu nutzen.

Ziel 32 NOCH VOR DEM JAHRE 1990 SOLLTEN SÄMTLICHE MITGLIEDSTAATEN FORSCHUNGSSTRATEGIEN ZUR FÖRDERUNG VON FORSCHUNGSARBEITEN AUFGESTELLT HABEN, DIE EINE BESSERE ANWENDUNG UND EINE ERWEITERUNG DES NÖTIGEN WISSENS ZUR UNTERSTÜTZUNG IHRER ENTWICKLUNGEN AUF DEM WEGE ZU "GESUNDHEIT FÜR ALLE" ERMÖGLICHEN

*Dieses Ziel ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: wenn die Mitgliedstaaten die nötigen Strukturen und Mechanismen schaffen, um eine wirksame Anwendung des neuen Wissens auf die Entwicklung der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsprogramme zu gewährleisten und um Wissenslücken zu ermitteln, die zur Unterstützung der Strategie "Gesundheit für alle" geschlossen werden müssen, und ihre Forschungsprioritäten dementsprechend festzusetzen, ferner um eine ausgewogene Vertretung aller gesundheitsrelevanten wissenschaftlichen Fachbereiche, der Leistungsträger und Benutzer der Gesundheitsdienste wie auch der Gesundheitspolitiker in der Planung und Koordinierung der Forschung für "Gesundheit für alle" sowie einen aktiven Beitrag der Gemeinschaft der Forscher zur Entwicklung von "Gesundheit für alle" zu gewährleisten, schliesslich um die einschlägige multidisziplinäre Forschung zu fördern und um ausreichende Ressourcen für die Durchführung der nötigen Forschungen zuzuweisen, vorzugsweise auf den Gebieten, die bisher noch nicht die verdiente Unterstützung erhalten haben.*

### Problemstellung

Das nötige Wissen zur Verwirklichung der Strategien für "Gesundheit für alle" soll durch Forschungsarbeiten auf folgenden sechs weitgefassten Forschungsgebieten erworben werden:

- Beschreibung der Gesundheit der Bevölkerung unter sämtlichen Aspekten
- genaue Ermittlung der biologischen Faktoren, die die Gesundheit bestimmen
- Bestimmung der Rolle der Lebensweisen für die Erhaltung der Gesundheit
- Bestimmung der Art und Weise der Beeinflussung der Gesundheit des einzelnen und der ganzen Bevölkerung durch ihre physische, psychologische und soziale Umwelt, einschliesslich der Vorbedingungen für die Gesundheit
- Ausarbeitung von wirksamen und effizienten Wegen und Möglichkeiten für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung
- Verbesserung der Verfahren zur Entwicklung einer Politik für "Gesundheit für alle" sowie der Planung und des Managements dieser Politik.

Forschung ist ferner erforderlich, um ein umfassenderes Bild von den Gesundheitsproblemen der Länder und einzelner Gruppen innerhalb der Länder wie auch von den Gesundheitsrisiken zu gewinnen, denen diese ausgesetzt sind. Bisher sind zur Beschreibung des Gesundheitszustands der Bevölkerung in grossem Ausmass Mortalitätsdaten verwendet worden, doch sind für diesen Zweck Kenntnisse über den Verlauf von Krankheiten und Behinderungen erforderlich, insbesondere bezüglich derjenigen Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheit sich schneller verschlechtert als die anderer Gruppen. Für die Erprobung der bestehenden Methoden, gültige und zuverlässige Informationen über sämtliche Aspekte der Gesundheit zu gewinnen, und für die Erarbeitung neuer solcher Methoden sind grosse Forschungsanstrengungen nötig. Dadurch würden die Mitgliedstaaten besser in die Lage versetzt, Prioritäten zu setzen, Aktivitäten zu planen, die Fortschritte zu überwachen und die Ergebnisse auszuwerten.

Auch die Verbrauchsgewohnheiten bezüglich von Gütern und Dienstleistungen, die Praxis der gewählten Lebensweise und die Exposition gegenüber Umweltgefahren müssen besser erforscht werden. Um dieses Wissen zu erwerben, sind Systeme zum Sammeln von Daten nötig, die zu einem besseren Verständnis der Zusammenhänge zwischen diesen verschiedenen Erscheinungen und ihren einzelnen und kombinierten Wirkungen auf die Gesundheit beitragen.

Ferner weiss man noch zu wenig über die biologischen Merkmale des menschlichen Körpers. Es wäre eine wichtige und vorrangige Aufgabe, zu ermitteln, wie der menschliche Organismus auf äussere Faktoren reagiert, und dadurch herauszufinden, warum verschiedene Personen auf verschiedene pathogene, toxische und andere Stoffe unterschiedlich reagieren (etwa durch Gewebeneubildungen, Arteriosklerose, Schwächung der Immunabwehr usw.).

Ein besseres Verständnis der Prozesse der Fortpflanzung, des Wachstums sowie körpereigener Abwehr- und Wiederherstellungsprozesse wäre eine wichtige Voraussetzung für neue Massnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und der Prävention wie auch für bessere Diagnose-, Behandlungs- und Rehabilitationsmethoden, nicht zuletzt was die Wege und Möglichkeiten zur Verringerung von Behinderungen betrifft. Die jüngsten Entwicklungen im Bereich der Molekularbiologie und der Immunologie haben neue Instrumente und Hypothesen ergeben, die vielleicht zu einem besseren Verständnis verschiedener Krankheiten des Immunsystems wie auch von Störungen der Immunabwehr führen können, die sich bisweilen in den späteren Lebensphasen entwickeln. Die jüngste biomedizinische Forschung hat neue Aussichten auf die Entdeckung von Wegen und Möglichkeiten zur Behandlung bestimmter Erkrankungen des Nervensystems eröffnet, die Behinderungen verursachen können. Auch die Erforschung entzündlicher Prozesse hat bedeutende Fortschritte gemacht, was zu wichtigen Ergebnissen insbesondere hinsichtlich degenerativer Gelenkerkrankungen führen kann, die eine der Hauptursachen von Funktionsbehinderungen bei Betagten sind. Fortschritte auf anderen wissenschaftlichen Fachgebieten wie der Genetik, der Chemie, der Zellbiologie, der Informatik, der Faseroptik usw. kommen immer mehr auch der biomedizinischen Forschung zugute, was bedeutende Beiträge der Forschung zur Entwicklung auf dem Wege von "Gesundheit für alle" in den kommenden Jahren immer wahrscheinlicher erscheinen lässt. Die weitere Entwicklung der Gentechnologie kann sowohl die Herstellung von kostengünstigen Impfstoffen gegen Malaria, Virushepatitis und Grippe in grossen Mengen wie auch die Verbesserung verschiedener bereits vorhandener Vakzinen gegen andere Infektionskrankheiten ermöglichen.

Besser erforscht werden muss auch der Einfluss der Lebensweisen auf die Gesundheit. Es sollten Untersuchungen durchgeführt werden, um die einzelnen und kombinierten Wirkungen bestimmter Verhaltensweisen auf die Gesundheit zu ermitteln und die Bestimmungsgründe jeder Verhaltensweise kennenzulernen. So sind beispielsweise Untersuchungen zur Erforschung der Auswirkungen frühzeitigen Lernens, des Anpassungsdrucks durch Gleichaltrige, der Formen der Bewältigung von Lebensproblemen, der sozialen Unterstützung und der Umweltbedingungen auf die Lebensweisen und auf die Fähigkeit zur Veränderung des Verhaltens erforderlich. Ein wichtiges Forschungsthema ist auch die Frage, warum sich viele Menschen in einer gesundheitsgefährdenden Weise verhalten, obwohl ihnen die Folgen bewusst sind, z.B. durch übermässigen Alkohol- und Tabakgenuss oder durch gefährliches Verkehrsverhalten. Im Zusammenhang damit sollten auch wirksame Methoden zur Information der Öffentlichkeit erforscht werden. Desgleichen sollte die Frage untersucht werden, wie sowohl der Inhalt als auch die Darstellung der Informationen verbessert werden kann, um in der Öffentlichkeit mehr Verständnis und Interesse für die Belange der Gesundheitsförderung und des Umweltschutzes zu wecken.

Auch die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen den psychologischen, sozialökonomischen, kulturellen und physischen Merkmalen der menschlichen Umwelt einerseits und Gesundheit und Krankheit andererseits sollten dringend erforscht werden. Wissenschaftliche Studien, in denen die Variablen der sozialen Umwelt untersucht wurden, haben zur Erkenntnis der grossen Bedeutung von situationsbedingten Belastungen geführt, insbesondere von Stress im Familienleben und am Arbeitsplatz. Für ein besseres Verständnis der Auswirkungen unbefriedigender und stressbetonter Verhältnisse und Situationen sind verstärkte Forschungsanstrengungen nötig. Fortschritte auf diesem Gebiet können zur Klärung bestimmter Aspekte von Geisteskrankheiten, der Gewaltanwendung in der Gesellschaft und des Suizidverhaltens beitragen, zumal die gegenwärtigen Methoden der Informationserhebung auf diesen Gebieten noch alles andere als zufriedenstellend sind.

Besondere Aufmerksamkeit muss den Auswirkungen einer zu grossen oder zu geringen Arbeitsbelastung oder der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit geschenkt werden. Forschungsanstrengungen sind auch zur Entflechtung und zur klaren Darstellung der komplexen Beziehungen zwischen der Siedlungs- und Wohnungsplanung einerseits und dem gesellschaftlichen und Familienleben andererseits erforderlich. Was die physische Umwelt betrifft, müssen die kumulativen Risiken einer langfristigen Exposition gegenüber gefährlichen Stoffen in geringer Dosis besser erforscht werden, darunter die kombinierten Effekte der Exposition gegenüber verschiedenen physikalischen, chemischen und biologischen Wirkstoffen, sei es am Arbeitsplatz, zu Hause oder im Freien. Ferner sind Untersuchungen zur Entwicklung besserer Methoden für die Analyse, Überwachung und Bewertung der verschiedenen Risikofaktoren für die Umwelthygiene erforderlich.

Die organisatorischen Aspekte der Gesundheitsdienste müssen besser erforscht werden, um die Wirksamkeit und Effizienz dieser Dienste wie auch die Zufriedenheit der Benutzer zu verbessern. Weitere Forschungsprojekte sind auch erforderlich, um zu ermitteln, wie der Schwerpunkt des Gesundheitssystems auf die Gesundheitsförderung und die primäre Gesundheitsversorgung verlagert werden kann und welche organisatorischen Vorkehrungen die beste Kombination von Dienstleistungen ergeben, um die Bedürfnisse der Bevölkerung auf wirksame Weise zu decken.

Des Weiteren sind Forschungsstudien zur Bewertung der Wirksamkeit und Effizienz der Gesundheitsdienste sowie der Verfahren und Produkte nötig. In diesem Zusammenhang sollten vorrangig die gegenwärtigen Betrachtungsweisen der Gesundheit und die gegenwärtigen Methoden zur Gesundheitsförderung sowie zur Verhütung und Behandlung von Krankheiten untersucht werden. Besondere Bedeutung sollte wirksamen Methoden zur Überprüfung des behaupteten Nutzens neuer Arten von Gesundheitsinterventionen beigemessen werden. Dazu gehört die Bewertung der Kostenwirksamkeit der Gesundheitstechnologie auf allen Ebenen. Besondere Aufmerksamkeit muss der Bewertung neuer Technologien vom Gesichtspunkt des Patienten aus geschenkt werden, um die Stichhaltigkeit oder Ungültigkeit der immer häufiger vorgebrachten Einwendungen zu überprüfen, dass viele moderne Gesundheitstechniken den menschlichen Faktor ausser acht lassen. Weitere Forschungsarbeiten sollten unternommen werden, um das komplexe Gewirr der Faktoren zu entflechten, die für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen verantwortlich sind, und um Wege für einen besseren Einsatz der vorhandenen Ressourcen zu finden. Ferner sollten kontrollierte Versuche zur Entwicklung alternativer Wege der Befriedigung der Gesundheitsversorgungsbedürfnisse gefördert werden, die weniger kostspielig, aber gleich wirksam oder ebenso annehmbar sind.

Schliesslich sollten wirksamere Methoden zur Planung der in diesem Dokument vorgeschlagenen Veränderungen erforscht werden; derartige Methoden müssen den unterschiedlichen sozialpolitischen Verhältnissen in den verschiedenen Ländern der Region sorgfältig angepasst werden. Bessere Kenntnisse sind nötig, um die Ausbildung des Gesundheitspersonals besser mit den Funktionen der primären Gesundheitsversorgung und mit einer wirkungsvollen Arbeit in multidisziplinären Teams in Einklang zu bringen. Erforscht werden müssen ferner die besten Wege und Möglichkeiten, um eine wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit und eine multisektorale Zusammenarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitssystems zu gewährleisten.



Auf jedem dieser Hauptgebiete harrt viel theoretisches Wissen noch der praktischen Anwendung. Wie bereits erwähnt, weiss man nicht genau, warum das verfügbare Wissen häufig nicht in konkrete Massnahmen umgesetzt wird. Dies mag bisweilen daran liegen, dass dieses Wissen nicht oder nicht ausreichend an die Anwender weitergegeben wird, kann jedoch auch damit zusammenhängen, dass man sich des potentiellen Nutzens der Anwendung dieses Wissens nicht bewusst ist oder noch keine ausreichende praktische Erfahrung gesammelt hat, um den hypothetischen Nutzen der Umsetzung dieses Wissens sicher nachzuweisen. Sogar dort, wo das Bewusstsein und die nötigen Beweise vorhanden sind, wirken sich häufig wichtige politische, soziale, wirtschaftliche und organisatorische Faktoren hinderlich auf die Anwendung des verfügbaren Wissens aus. Die bestehende Gesetzgebung und andere Regelungen können die praktische Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse erschweren oder verhindern. Die Vertreter rechtmässiger Interessen versprechen sich oft soziale, politische und wirtschaftliche Vorteile von der Aufrechterhaltung des Status quo und widersetzen sich daher häufig der praktischen Anwendung neuen Wissens. Um Mittel und Wege für die wirksame Überwindung aller dieser Hindernisse zu finden, müssen sie noch gründlicher untersucht und verstanden werden. Hier liegen wichtige Aufgaben für die Forschung.

Wie oben dargelegt, gibt es noch Wissenslücken darüber, wie Gesundheit aufgebaut wird und welche verschiedenen Faktoren für die Herstellung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit zusammenwirken. Auch die derzeit verwendeten Methoden zur Behandlung der einzelnen Patienten und zur Lösung der Gesundheitsprobleme auf Gemeindeebene bedürfen ebenfalls einer weiteren Erforschung im Hinblick auf ihre Verbesserung.

Die derzeitigen Forschungsbemühungen konzentrieren sich indessen auf die grundlegenden biomedizinischen Wissenschaften, wogegen andere vordringliche Forschungsgebiete wie Lebensweisen und Gesundheit, Überwachung und Eindämmung von Umweltrisikofaktoren sowie Gesundheitssystemforschung weit weniger gründlich erforscht werden. In vielen Ländern werden noch nicht deutlich genug Prioritäten für die Erforschung der wichtigsten Gesundheits- und gesundheitsbezogenen Probleme gesetzt, die im Laufe des nationalen Gesundheitsplanungs- und -auswertungsprozesses zutage treten. In vielen Ländern fehlt es immer noch weitgehend an einer systematischen Sichtung und Überprüfung des durch Forschungsstudien gewonnenen neuen Wissens durch die politischen Entscheidungsträger, obwohl dieses Wissen die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsprogramme beeinflussen könnte. Diese mangelnde Koordinierung ist oft die Folge der schwachen organisatorischen Verbindungen zwischen der Gemeinschaft der Forscher und den Gesundheitspolitikern sowohl innerhalb als auch zwischen den Ländern. In der Tat ist für wichtige Entscheidungen über die Gesundheitspolitik, Gesundheitsprogramme und die hierfür zu setzenden Prioritäten eine ausreichende wissenschaftliche Grundlage erforderlich, die durch eine zweckdienliche Forschung erbracht werden sollte, an der es indessen häufig fehlt.

Zur Durchführung der erforderlichen Forschungsarbeit sind wissenschaftliche Untersuchungen in einem weitgespannten Themenbereich nötig. Das Forschungspotential der verschiedenen Forschungszweige und von Projekten, zu denen verschiedene dieser Forschungsrichtungen einen Beitrag leisten, wird häufig zu wenig genutzt. Überdies wurde bisher noch kein systematischer Versuch unternommen, auf wirksame Weise Gebrauch von dem Beitrag zu machen, den sowohl die Leistungsträger als auch die breite Öffentlichkeit zur Definition von Fragestellungen in der Forschung und zur Analyse der Implikationen der Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse leisten könnten.

Die Forschungsthemen werden häufig zu eng gefasst. In vielen Fällen ist es unerlässlich, über einfache Modelle hinauszugehen, die auf Korrelationen zwischen individuellen Risikofaktoren und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit beruhen, und statt dessen Modelle zu benutzen, die die komplexe Realität der vielfältigen Ursachen repräsentieren. Vielleicht noch wichtiger ist in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit der Forscher in interdisziplinären Projekten. Da die Forscher der verschiedenen Fachgebiete im Bereich der Gesundheitsforschung oft schlecht oder gar nicht zusammenarbeiten, bestehen nur wenig Möglichkeiten zum Austausch und zur Entwicklung neuer Ideen, Forschungskonzepte und Methoden, die zu einem vertieften und umfassenderen Wissen über die Gesundheit und ihre Bestimmungsgründe führen würden.

In manchen Fällen wurde den ethischen, sozialen, umweltmässigen und wirtschaftlichen Folgewirkungen von Forschungsfortschritten nicht genügend Beachtung geschenkt.

Schliesslich kann man feststellen, dass die meisten Länder der Region über ein recht umfassendes Programm zur Erforschung der Gesundheit und verwandter Gebiete verfügen und die Forschung in den letzten beiden Jahrzehnten bedeutend stärker unterstützt haben als zuvor. Eine Aufstockung der Mittel für die Forschung würde das Erreichen der gesetzten Einzelziele bedeutend erleichtern. Viele Gebiete, auf denen zur Unterstützung der Entwicklungen für "Gesundheit für alle" neues Wissen erforderlich ist, sind entweder generell vernachlässigt oder als relativ weniger wichtig eingestuft und deshalb ungenügend finanziert worden. In den meisten Ländern wird es nötig sein, die Mittel

für die Forschung so umzuverteilen, dass den neuen Prioritäten grösseres Gewicht beigemessen wird. In welchem Ausmass dies zu einem geringeren, gleichbleibenden oder grösseren Mitteleinsatz für die derzeitigen Forschungsgebiete führen wird, hängt davon ab, wie eng oder weit die Grenzen für die Forschungsfinanzierung im Gesundheitssektor insgesamt gesetzt werden.

#### Lösungsvorschläge

Eine Grundvoraussetzung für den wichtigen ersten Schritt zur Aufstellung von Forschungsstrategien zur Unterstützung von "Gesundheit für alle" ist das Bestehen klar umrissener Strategien für "Gesundheit für alle" in jedem Lande. Die Ausarbeitung sowohl der allgemeinen als auch der Forschungsstrategien für "Gesundheit für alle" ist Sache der zuständigen staatlichen Behörden. In den Forschungsstrategien sollte definiert werden, auf welchen Hauptgebieten neues Wissen erforderlich ist, wie die Forschung zum Erwerb dieses Wissens angelegt werden muss und welche Institutionen daran zu beteiligen sind, ferner wie das erworbene Wissen in die Praxis umgesetzt werden kann, welche Ressourcen dazu benutzt werden sollten und welche Vorkehrungen für die Auswertung und die Qualitätsüberwachung zu treffen sind. Wie dies praktisch durchgeführt wird, kann von Land zu Land je nach den besonderen Voraussetzungen und Gegebenheiten jedes Landes verschieden sein. Grundsätzlich sollten jedoch Systeme angestrebt werden (z.B. in der Form eines Beratungsgremiums mit Arbeitsgruppen), die es allen Forschern, Leistungsträgern des Gesundheitswesens, Benutzergruppen und den leitenden Vertretern des Gesundheitswesens erlauben, einen Beitrag zur Entwicklung von Forschungsstrategien für "Gesundheit für alle" zu leisten.

Es ist äusserst wichtig, dass die Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker regelmässig die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse sichten und überprüfen, die sich aus neuen Forschungsarbeiten ergeben und die für die Formulierung der Gesundheitspolitik und die Durchführung von Gesundheitsversorgungsprogrammen von Nutzen sein könnten. Solche gemeinsame Auswertungen liessen sich leichter durchführen, wenn ein dafür geeignetes Gremium gebildet wird; in erster Linie ist es jedoch erforderlich, dass die Gesundheitspolitiker und die Forscher ihre jeweilige Rolle und ihre Bedürfnisse gegenseitig besser kennenlernen. Die Entscheidungsträger brauchen Zeit und die Hilfe entsprechender ausgebildeter Berater, um die praktischen Implikationen des durch die Forschung gewonnenen neuen Wissens ganz zu verstehen und abzusehen, während die Forscher ihrerseits zur Einsicht kommen müssen, dass der praktische Nutzen ihrer Forschungsergebnisse nachgewiesen werden muss und dass sie sich die Fähigkeit aneignen müssen, dies auf wirksame Art zu tun. Dann würde die Gemeinschaft der Forscher nicht nur auf dem Gebiet der Forschungsplanung, sondern auch durch Leistung eines eigenen Beitrags zu Gesundheitsförderungsstrategien ein aktiver Partner der Gesundheitsbeamten werden.

Es muss nach Wegen gesucht werden, um die Forscher zu ermutigen, sich uneingeschränkt für die Bewegung "Gesundheit für alle" einzusetzen und sich den Fragen im Zusammenhang mit den Prioritäten der Länder für "Gesundheit für alle" zuzuwenden. Wenn die vorhandenen, umfangreichen Forschungskapazitäten optimal genutzt werden sollen, müssen die Forschungseinrichtungen aktiv an den Diskussionen über "Gesundheit für alle", einschliesslich der Regionalstrategie, ihrer Einzelziele und der zur Erreichung dieser Ziele nötigen Forschung, beteiligt werden. Zu diesem Zweck müssen sämtliche Kommunikationsmedien bis zum äussersten genutzt werden. Nur durch unablässige Bemühungen kann sichergestellt werden, dass die Gemeinschaft der Wissenschaftler sich darüber klar wird, wie wichtig die Erweiterung des Wissens auf allen Gebieten ist, die für "Gesundheit für alle" von Belang sind.

Es müssen Mittel und Wege gefunden werden, um Forschungsanreize für den Problembereich "Gesundheit für alle" unter Einbezug verschiedener Fachbereiche und Berufsgruppen innerhalb und ausserhalb des Gesundheitssektors zu geben. Es wäre wünschenswert, wenn die Hochschulen und andere Forschungseinrichtungen ihre derzeitigen Forschungsförderungsvorkehrungen überprüfen würden, um Forschungsaktivitäten zu ermöglichen und zu fördern, an denen mehrere Fakultäten und verschiedene Institutionen beteiligt sind. Wenn diese Forschungsstellen in wirksamer Weise Einfluss auf die Gesellschaft nehmen wollen, in der sie leben, müssen sie nach Wegen suchen, wie sie ihre verschiedenen Kapazitäten und Ressourcen für die Bewältigung der gesellschaftlich relevanten Probleme gemeinsam nutzbar machen können. Gesundheitsforschungsräte oder ähnliche Gremien sollten multidisziplinär zusammengesetzt sein, damit sie über ein genügend breites Spektrum von Fachwissen verfügen, das zur Qualitätsbewertung in der Gesundheitsforschung nötig ist, und damit sie die Vorzüge und Grenzen der Konzepte und Methoden erkennen können, die in den verschiedenartigen Gesundheits- und gesundheitsbezogenen Forschungsprogrammen verwendet werden.

Durch Entwicklung geeigneter Methoden sollte sichergestellt werden, dass die durchgeführten Forschungsarbeiten eine hohe Qualität aufweisen. Von entscheidender Bedeutung sind die Grundausbildung, Fortbildung und Laufbahnstruktur, die den Forschern zur Verfügung stehen. Auch hier spielen wiederum die Hochschulen und andere Lehranstalten eine entscheidende Rolle.

Nicht zuletzt müssen schliesslich Mittel und Wege zur Überwachung der Forschung und der Entwicklung auf dem Gebiet der Gesundheit unter dem Gesichtspunkt der ethischen Normen und der sozialen, wirtschaftlichen und umweltmässigen Auswirkungen der Forschung gefunden werden. Die Aufstellung von Normen darüber, "was sein soll" und "was nicht sein soll", erfordert eine konstruktive Koordinierung zwischen den verschiedenen Sektoren des Gemeinwesens und sollte verschiedene Fachbereiche und unterschiedliche Wertmassstäbe umfassen. Es ist primär nicht die Aufgabe der Gemeinschaft der Wissenschaftler als solcher, ethische Normen für die Durchführung und Anwendung der Forschung auf dem Gebiet der Gesundheit aufzustellen; vielmehr ist sie dafür verantwortlich, die möglichen ethischen und sozialen Auswirkungen aufzuzeigen und Regeln und Mechanismen zu erörtern und vorzuschlagen, die sicherstellen, dass die durchgeführten Forschungsarbeiten und die erzielten Forschungsergebnisse, gleich welcher Art sie sein mögen, niemals die international anerkannten ethischen Normen verletzen.

Offensichtlich muss der öffentliche Sektor einen wesentlichen Beitrag zur Finanzierung dieser Forschung leisten. In den meisten Ländern ist die Entwicklung der Verhaltensforschung und der Gesundheitspolitikforschung stärker auf die Finanzierung durch die öffentliche Hand angewiesen, weshalb die Länder diesen Forschungszweigen bei der Zuteilung öffentlicher Forschungsmittel die ihnen gebührende Priorität einräumen sollten. Den auf diesen Gebieten tätigen Forschern sollten finanzielle Anreize und Forschungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, die ihnen die Durchführung ihrer Arbeit ermöglichen. Eine grosse Anstrengung muss auf dem Gebiet der Information der Forschungsfinanzierungsstellen über die Strategien für "Gesundheit für alle" in den Ländern und die sich daraus ergebenden Forschungsbedürfnisse unternommen werden, um die finanzielle Unterstützung dieser Stellen zu erhalten.

Auf regionaler Ebene sollten Schritte unternommen werden, um engere Verbindungen zwischen dem Europäischen Beratungsausschuss für medizinische Forschung (EACMR) und den Gesundheitsforschungsgremien der Länder herzustellen. Es ist geplant, dass der EACMR noch vor Ende 1985 eine weitgefassste Analyse der Forschungsprioritäten bezüglich der regionalen Einzelziele für "Gesundheit für alle" ausarbeitet und dem Regionalkomitee vorlegt. Dieser regionale Forschungsplan über "Gesundheit für alle" wird weiten Kreisen der europäischen Forschergemeinschaft zugänglich gemacht werden und die Grundlage für Diskussionen zwischen dem EACMR und Akademien der Wissenschaften oder der Gesundheitsforschungsräte über ihre Forschungspläne bilden, wie auch die Grundlage für die Ausarbeitung regionaler Forschungsprogramme und Forschungsprojekte zur Unterstützung der Regionalstrategie für "Gesundheit für alle".

Es sollten Anstrengungen zur Erschliessung zusätzlicher Ressourcen für die Förderung vorrangiger Forschungsvorhaben zur Unterstützung von "Gesundheit für alle" in der Region unternommen werden. Zur Zeit wird eine Projektstudie durchgeführt, um abzuschätzen, ob für diesen Zweck ein europäischer Fonds für Gesundheitsforschung eingerichtet werden soll oder ob eine bessere Finanzierung auf anderen Wegen angestrebt werden soll.

Die Europäische Region kann auf eine grosse Tradition der Erschliessung neuen Wissens auf dem Wege der Forschung zurückblicken. Die geplante Konzentration der Ressourcen in der Region auf Probleme im Zusammenhang mit "Gesundheit für alle" wird einen wesentlichen Beitrag zum Erreichen der ehrgeizigen Ziele leisten, die in den vorhergehenden Kapiteln dieses Dokuments dargelegt worden sind.

## 7. FÖRDERUNGSMASSNAHMEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE ENTWICKLUNG

### Einleitung

Die Erreichung der in den vorangehenden Abschnitten festgelegten Ziele erfordert eine grundlegende Änderung der Einstellungen und Arbeitsmethoden bei Politikern, Gesundheitsbehörden, Gesundheitspersonal, Angehörigen anderer Berufssektoren und vor allem bei der Bevölkerung.

Dieser grundlegende Wandel wird jedoch nicht von selbst vor sich gehen. Dazu ist starkes politisches Engagement und legislative Unterstützung notwendig, die Durchführungsart der notwendigen Veränderungen muss sich den Merkmalen eines Landes anpassen, ferner bedarf es einer guten Informationsbasis, entsprechend ausgebildeter Fachkräfte, des Kooperationswillens der auf anderen Sektoren Tätigen und einer Vielfalt von Werkzeugen wie guten gesundheitlichen Versorgungstechniken und -methoden. Dieses Kapitel behandelt die einzelnen Zielsetzungen für jeden dieser Bereiche.

Wie das wichtigste Ziel - eine aufgeklärte und kooperative Öffentlichkeit - erreicht werden kann, wurde bereits in Kapitel 3, insbesondere unter Ziel 15, besprochen.

Alle in diesem Abschnitt enthaltenen Ziele müssen sehr viel früher als jene erreicht werden, die in den vorangegangenen Kapiteln behandelt wurden, da die hier besprochenen unterstützenden Massnahmen Vorbedingungen für den Erfolg des Prozesses "Gesundheit 2000" sind. Das Ausmass der in diesem Bereich durchzuführenden Veränderungen hängt vom jeweiligen Entwicklungsstand sowie von den verfassungsrechtlichen Gegebenheiten in den einzelnen Ländern ab. Kein Mitgliedstaat wird jedoch guten Gewissens behaupten können, dass sein System nicht wesentlicher Verbesserungen bedürfe.

### 7.1 Formulierung der Gesundheitspolitik

Ziel 33            NOCH VOR DEM JAHR 1990 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN GEWÄHRLEISTEN, DASS IHRE GESUNDHEITSPOLITIK UND -STRATEGIEN DEN GRUNDSÄTZEN VON "GESUNDHEIT 2000" ENTSPRECHEN UND DURCH GESETZGEBERISCHE MASSNAHMEN IHRE DURCHFÜHRUNG IN ALLEN BE-  
REICHEN DER GESELLSCHAFT BEWIRKT WIRD

*Um dies zu erreichen, sollten alle Länder unter Berücksichtigung der jeweiligen rechtlichen, politischen und strukturellen spezifischen Gegebenheiten eine systematische Überprüfung ihrer Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung im Vergleich mit der Regionalstrategie "Gesundheit 2000" und ihren Zielsetzungen vornehmen; gleichzeitig sollten sie eigene Strategien und Zielsetzungen für "Gesundheit 2000" entwickeln und ihre Gesetzgebung auf dem Gesundheitssektor entsprechend abändern oder ausweiten.*

### Problemstellung

Angesichts der Grössenordnung des erforderlichen Wandels ist es unbedingt erforderlich, das politische Engagement in all seinen Facetten für die Unterstützung der Zielsetzung "Gesundheit 2000" in allen Gruppen und Organisationen zu mobilisieren.

Der Bericht der Mitgliedstaaten der Europäischen Region aus dem Jahr 1983 über die Überwachung des nationalen Fortschrittes in Richtung auf die "Gesundheit 2000" zeigte auf, dass zwar bis jetzt in keinem Land spezifische landesumfassende Strategien der "Gesundheit 2000" zur Deckung aller Punkte der Regionalstrategie, die vom Regionalkomitee auf seiner dreissigsten Tagung im Jahr 1980 verabschiedet wurde, bestehen, einige Regierungen jedoch vor kurzem den erforderlichen systematischen Planungsprozess eingeleitet haben, um solche Strategien zu erstellen. Es steht aber ausser Zweifel, dass selbst in diesen Ländern der erforderliche grundlegende Wandel nur durch die Initiierung einer breitgesteckten Kampagne erzielt werden kann, die auf jedes einzelne Land zugeschnitten ist, auf der politischen Willensbildung der gesamten Regierung beruht und sich auf alle Sektoren und alle Ebenen bezieht, seien es nationale, regionale oder lokale. In erster Linie muss die Unterstützung von führenden Personen der Politik, des Gesellschaftslebens und der Gemeinschaft, der Gesundheitsorganisationen, der Berufswelt und der Massenmedien gewonnen werden.

Ein in diesem Zusammenhang bereits erwähntes Problem besteht darin, dass die Gesundheit zu oft in den Verantwortungsbereich der professionellen Medizin statt zunächst in jenen des Menschen selbst, seiner Familie und seiner Gemeinde verwiesen wird. Auch die Bedeutung der Vorbedingungen für die Gesundheit, der individuellen und kollektiven Lebensführung und der spezifischen Umweltbedingungen wird häufig stark unterschätzt.

Viele Regierungen haben keine ausreichenden legislativen Befugnisse, um alle erwähnten Zielsetzungen zu erfüllen; es gibt sogar Fälle, in denen die bestehenden Gesetze dem Fortschritt eher im Wege stehen, da sie aus einem Gefüge unkoordinierter Ad-hoc-Entscheidungen beruhen. Einige Gesetze sind schwer durchzusetzen, weil sie zu komplex sind, weil sie von der Fachwelt nicht unterstützt werden oder weil die entsprechende logistische Basis fehlt, andere wieder sind so spezifisch, dass sie die so wichtige Koordination zwischen den für die Gesundheit verantwortlichen Abteilungen der Ministerien und gesundheitsbezogenen Dispositionen behindern.

#### Lösungsvorschläge

Das Gesundheitsministerium oder andere für die Förderung und Stärkung der Gesundheitspolitik verantwortlichen Behörden sollten die nötigen Anfänge setzen, um die Regierung gegebenenfalls zu einem unzweideutigen Engagement für die Zielsetzungen der "Gesundheit 2000" zu bewegen und so die Gesundheit zu einem Hauptanliegen aller Sektoren der Gesellschaft zu machen. Dieses Engagement könnte in Form einer Erklärung des Staats- oder Regierungsoberhauptes, gegebenenfalls sogar einer Verfassungsänderung oder anderer legislativer Massnahmen geschehen, gefolgt von der Verabschiedung von Strategien der "Gesundheit 2000". In Ländern mit einer schwächer zentralisierten oder föderativen Regierungsform ist die volle Mobilisierung und Beteiligung der subnationalen und lokalen Behörden für die Entwicklung und Durchführung der Strategie wesentlich.

In allen Ländern sollte man sich bemühen, die Unterstützung der politischen Parteien, wichtigen Persönlichkeiten des religiösen und gemeinschaftlichen Lebens und anderer bekannter Persönlichkeiten, Gewerkschaften sowie einflussreicher nichtstaatlicher Organisationen zu gewinnen. Diese Unterstützung durch das Volk könnte durch die Gründung besonderer Verbände mobilisiert werden, deren einziger Zweck darin besteht, das Ziel der "Gesundheit 2000" und seine Durchführung zu fördern. Die professionelle Medizin, andere soziale Gruppen und insbesondere Gemeindeorganisationen sollten ebenfalls zur Unterstützungsleistung ermuntert werden; umfangreiche Massenkampagnen sollten in die Wege geleitet werden, um eine breite und aktive Unterstützung seitens der Bevölkerung zu gewährleisten.

Um ihre bedeutsame Funktion der Mobilisierung von professioneller und öffentlicher Unterstützung und Teilnahme an der Entwicklung und Kontrolle der neuen Gesundheitspolitik wahrzunehmen, könnten die Regierungen nationale, regionale und lokale gesundheitliche Beratungsgremien schaffen oder fördern. Solche Beratungsgremien könnten insbesondere darauf achten, dass die Entwicklung der Gesundheitssysteme einen integralen Teil der gesamten sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung bildet. Sie könnten aus Persönlichkeiten bestehen, die ein breites Spektrum von Interessen in den Bereichen Gesundheit, Politik, Wirtschaft und Sozialwesen vertreten, wie auch aus Mitgliedern der Öffentlichkeit. In diesem Rahmen könnte das gesamte Spektrum der politischen Fragen bezüglich der Gesundheit und der sozioökonomischen Entwicklung gemeinsam untersucht werden; auf diese Weise würden die Verantwortlichen des Gesundheitssektors die sozialen und wirtschaftlichen Realitäten besser begreifen, während soziale und wirtschaftliche Interessengruppen die gesundheitlichen Realitäten besser verstehen würden. So würde eine bessere Einsicht in die Schwierigkeiten und Möglichkeiten für Individuen, Familien und Gemeinden erzielt.

In den meisten Mitgliedstaaten geht es darum, die gesundheitliche Gesetzgebung zu verstärken und entschlossene Schritte zu ergreifen, um die bestehenden Gesetze mit den neuen Massnahmen der "Gesundheit 2000" zu harmonisieren, die von allen Mitgliedstaaten befürwortet und angenommen wurden. Auf diese Weise würde die Gesetzgebung zum Ausdruck ihrer Gesundheitspolitik.

Um die Durchsetzung der Gesetze zu sichern, ist politischer Wille und die Akzeptanz der Gemeinschaft unerlässlich; die Gesetzgebung kann jedoch auch zur Stärkung dieses Willens und dieser Akzeptanz genutzt werden. Dies sollte man bei der Erstellung der gesundheitlichen Gesetze im Auge behalten.

In der Europäischen Region der WGO ist ein starkes, kollektives und politisches Engagement der Mitgliedstaaten wesentlich, will man die erforderliche kollektive Aktion fördern. Das Regionalkomitee spielt bei der Anführung der Bewegung "Gesundheit 2000" eine wesentliche Rolle. Die Verabschiedung der weltweiten Zielsetzung "Gesundheit 2000" durch die Weltgesundheitsversammlung von 1977 stellte den ersten Stimulus dar, der im Jahr 1980 durch die Formulierung der ersten regionalen Gesundheitspolitik - der regionalen Strategie "Gesundheit 2000" - auf der dreissigsten Tagung des Regionalkomitees verstärkt wurde. Diese regionale Gesundheitspolitik wurde weiterhin dadurch untermauert, dass das Regionalkomitee auf seiner vierunddreissigsten Tagung 1984 die regionalen Zielsetzungen der "Gesundheit 2000" verabschiedete.

## 7.2 Managementprozess

### 7.2.1 Planung und Mittelzuweisung

Ziel 34 NOCH VOR DEM JAHR 1990 SOLLTEN DIE MITGLIEDSTAATEN MANAGEMENTPROZESSE ZUR ENTWICKLUNG DES GESUNDHEITSWESENS SCHAFFEN, DIE AUF DIE ERREICHUNG DER "GESUNDHEIT 2000" ZUGESCHNITTEN SIND; DIE AKTIVE EINBINDUNG DER GEMEINDEN UND ALLER GESUNDHEITSRELEVANTEN SEKTOREN UND DIE PRÄFERENZIELLE MITTELZUWEISUNG FÜR PRIORITÄTEN DER GESUNDHEITLICHEN ENTWICKLUNG SIND ZU GEWÄHRLEISTEN

*Dieser Prozess sollte unter Berücksichtigung der rechtlichen, politischen und strukturellen Gegebenheiten eines Landes die systematische Planung, Überwachung und Auswertung der Aktivitäten zur "Gesundheit 2000" umfassen.*

### Problemstellung

Die verwaltungsorganisatorischen Bemühungen zielen in vielen Ländern hauptsächlich auf die Funktionsweise des Gesundheitsversorgungssystems ab, statt zukunftsorientierte Richtlinien zu erstellen und den Entwicklungsgang zu beobachten. Solche Fragen werden oft nur dann gestellt, wenn es um die nötigen Mittel für die Gesundheitsdienste, insbesondere die Krankenhausversorgung, geht. Nur in Ausnahmefällen werden ein gesundheitliches Plansoll erstellt und die zu lösenden grundlegenden Gesundheitsprobleme erörtert. Die verwaltungsorganisatorischen Bemühungen um die Entwicklung des Gesundheitswesens auf den verschiedenen Verwaltungsebenen konzentrieren sich eher auf die kurzfristige Aufgabe der Lösung von Problemen, die bereits bestehen, als auf langfristige Überlegungen. In vielen Ländern mangelt es auch an der entsprechenden Koordination mit anderen Sektoren oder lokalen Gemeinden und an Bemühungen, diese in den Prozess einzubinden.

Die bestehenden Verwaltungssysteme bringen häufig die Mittelzuweisung nicht in Einklang mit vernünftigen Planungsprinzipien. Auch sollte das Budgetierungssystem in einigen Ländern gegebenenfalls dahingehend angepasst werden, dass die Haushaltsplanung unter Berücksichtigung der prioritären Programme und Dienstleistungen und nicht allein der Interessen der Gesundheitsinstitutionen erfolgt.

Im Jahre 1983 begannen die Länder mit der systematischen Fortschrittskontrolle im Hinblick auf "Gesundheit 2000", zu diesem Zweck sind regionale und globale Indikatoren entwickelt worden. In der Resolution WHA37.17 bat die Weltgesundheitsversammlung die Mitgliedstaaten eindringlich "um höchste Prioritierung und Übernahme der vollen Verantwortung für die kontinuierliche Überwachung und Evaluierung ihrer Strategien". Die Evaluierungsergebnisse werden ab 1985 alle sechs Jahre der WGO vorgelegt.

### Lösungsvorschläge

Als Beitrag zur Formulierung, Umsetzung und Evaluierung der Strategien "Gesundheit 2000" werden die Länder die jetzigen Managementprozesse im Bereich ihres Gesundheitswesens weiterentwickeln und ausbauen müssen. Entsprechende spezifische Empfehlungen an die Mitgliedstaaten sind auf der Europakonferenz über Planung und Management im Gesundheitswesen (Den Haag, August 1984) formuliert worden. Die Managementprozesse in Verbindung mit der Entwicklung des Gesundheitswesens sollten alle Ansätze zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung von Chancengleichheit, Effektivität, Effizienz und Qualität der Gesundheitssysteme umfassen, wobei es keine Rolle spielt, ob solche Ansätze in einem ausführlichen, systematischen Gesundheitsplan zusammengefasst oder in weniger formellen Vorschriften, Bestimmungen und Motivierungsmassnahmen enthalten sind. Die Managementprozesse sollten hinsichtlich der Einschränkung der Gesundheitsgefahren und einer Anhebung des Gesundheitsniveaus resultatorientiert sein. Sie sollten langfristige Lösungen zugunsten der Gesundheitsförderung und Vorbeugung gegen Gesundheitsprobleme ermöglichen und sich auch zur Kosteneffektivitätsanalyse eignen. In einem zweckmäßigen Managementprozess sind strategisches, langfristiges Resultatdenken mit kurzfristiger Zielplanung und alltäglicher Problemlösung vereint. Ein multi-sektorales Vorgehen bei der Planung und organisatorischen Leitung im Gesundheitsbereich wird als erforderlich angesehen, desgleichen sollte es effektive Mechanismen geben, die gewährleisten, dass Leistungsempfänger und -anbieter an den Entwicklungsprozessen im Gesundheitsbereich beteiligt werden.

In Anerkennung der Tatsache, dass die Gesundheitssysteme der Länder in bezug auf die Entscheidungsprozesse in unterschiedlichem Grad zentralisiert bzw. dezentralisiert sind, wurde auf der Konferenz die Notwendigkeit der Flexibilität unterstrichen, um den Ländern innerhalb ihres rechtlichen, politischen und strukturellen Systems die Möglichkeit zu geben, eine optimale Ausgewogenheit

anzustreben. Wie diese Ausgewogenheit auch strukturiert sein mag, sollten die Länder doch dafür sorgen, dass auf jeder Ebene die Funktionen, Aufgabenbereiche und entsprechenden Kompetenzen genau festgelegt und zweckmässige Informationsdienste unterhalten werden.

Jedes Land sollte also ungeachtet seines gesundheitlichen Entwicklungsstandes und der zuständigen Verwaltungsebene Gesamt- und Einzelziele zur Erreichung der "Gesundheit 2000" definieren. Jedes Land sollte die Hauptaktivitäten auf dem Gesundheitssektor und anderen die Gesundheit betreffenden Bereichen sowie die damit befassten Behörden nennen. Die nötigen Massnahmen zur Entwicklung und Stärkung eines auf der Primärversorgung fussenden Gesundheitssystems und zur Verknüpfung der verschiedenen Verwaltungsebenen sollten klar formuliert werden. Prioritäten in der Mittelzuweisung für die Strategien und die Art der Überprüfung und Bewertung der Durchführung und Ergebnisse sollten klar angezeigt werden, um die Wirksamkeit der notwendigen Veränderungen zu verbessern und die Effizienz der eingesetzten Methoden zu steigern.

Um bessere Führungsstrukturen zu gewährleisten, könnten sich Gesundheitsministerien oder Abteilungen auf ein Netz von Experten und Institutionen stützen, die dabei helfen können, zweckmässige Managementprozesse zum Ausbau des Gesundheitswesens zu entwickeln und durchzusetzen und die Beteiligten auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene entsprechend zu schulen. Um sicherzustellen, dass die staatliche Politik und/oder die Politik auf niedrigerer Ebene den lokalen Gemeindebedürfnissen entspricht, könnten die Gesundheitsbehörden erneut in Erwägung ziehen, innerhalb der politischen und administrativen Möglichkeiten ihres Landes gewisse Verantwortungsbereiche an kommunale und zwischengeschaltete Verwaltungsstufen zu delegieren. Durch derartige Massnahmen könnte die intersektorale Zusammenarbeit erleichtert werden, zudem würden die lokalen Behörden dazu angeregt, eigene Initiativen zu entwickeln. Die Managementprozesse sollten kein verknöchertes bürokratisches System darstellen, sondern die formellen und informellen Kanäle zur Gänze nützen und die breite Beteiligung und Mitarbeit der Träger und Konsumenten von Gesundheitsdiensten sicherstellen. Diese Art von Managementprozessen muss sich in das bestehende administrative Gefüge eines jeden Landes einfügen. Die Gemeinde sollte bei der Entscheidungsfindung eine aktive Rolle spielen und bei Verwirklichung und Bewertung eine grössere Verantwortung übernehmen.

Ungeachtet des jeweiligen Ansatzes eines Landes sollte der kontinuierlichen und gründlichen Auswertung Aufmerksamkeit gewidmet werden; gegebenenfalls sollten die Programme im Licht der unter den Mitgliedstaaten erzielten Einigung umformuliert werden.

Die Ressourcen für die sozioökonomische Entwicklung sollten die Gesundheit und gesundheitsbezogene Massnahmen aktiv unterstützen. Dies bedeutet nicht unbedingt einen Anstieg in den Ausgaben: Es sollten den gesundheitsbezogenen Aktivitäten eines jeden Sektors mehr Mittel zugewiesen und gleichzeitig die Effizienz gebessert werden. Innerhalb des Gesundheitssektors sollten die Ressourcen in erster Linie den lokalen Gemeinden zur Entwicklung und Stärkung der primären Gesundheitsversorgung zugewiesen werden, insbesondere der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, und eventuell zur Unterstützung von Familien und Selbsthilfegruppen. Durch die Erfüllung dieser Zielsetzungen werden die Kosten für die Gesundheitsversorgung gesenkt, die Länder hätten also mehr Möglichkeiten, sie im Rahmen des allgemeinen Anstiegs der nationalen Ressourcen zu halten.

Die Entwicklungsländer der Region bilden jedoch eine Ausnahme; sie werden zweifellos ein beträchtliches Mass an zusätzlichen Ressourcen benötigen.

Zur Unterstützung der Bemühungen der Länder zur Stärkung ihres Managementprozesses sollte die WGO ihre Bemühungen fortsetzen, ihnen auf Ersuchen zur Seite zu stehen und den internationalen Austausch von Information und Fachwissen zu fördern. Die Forschungstätigkeit sollte regional koordiniert sein, um eine effektivere Managementtechnik zur Lösung der Konflikte zwischen Institutionen, Organisationen und Sektoren zu entwickeln und bessere Wege zur Einbindung der Gemeinschaft aufzuzeigen. Ein regionales Netz von nationalen Institutionen wird von der WGO für entwicklungstechnische und erzieherische Aktivitäten zur Unterstützung des Managementprozesses herangezogen werden.

#### 7.2.2 Gesundheitsinformationssysteme

Ziel 35 SPÄTESTENS BIS ZUM JAHR 1990 SOLLTEN DIE MITGLIEDSTAATEN ÜBER GESUNDHEITSINFORMATIONSSYSTEME VERFÜGEN, DIE ZUR UNTERSTÜTZUNG DER EINZELSTAATLICHEN STRATEGIEN ZUR "GESUNDHEIT 2000" GEEIGNET SIND

*Solche Informationssysteme sollten die Planung, Überwachung und Auswertung der gesundheitlichen Entwicklungen und Dienstleistungen, die Bewertung des nationalen, regionalen und globalen Fortschritts in Richtung auf "Gesundheit 2000" und die Verbreitung von entsprechenden wissenschaftlichen Informationen unterstützen; die Gesundheitsinformation sollte der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.*

## Problemstellung

Die Gesundheitsinformationssysteme reichen von der Buchführung des niedergelassenen Arztes bis hin zu hochentwickelten computerunterstützten Datensystemen in Krankenhäusern. Die nationalen Gesundheitsinformationssysteme der Länder basieren allerdings häufig auf der Sammlung, Auswertung und Veröffentlichung von Statistiken, in denen die Bedürfnisse der Verwaltungsorganisation nicht hinreichend berücksichtigt werden. Selbst im Fall der epidemiologischen Überwachung von Krankheiten ist die Verantwortung oft zwischen mehreren Institutionen aufgeteilt und die Koordinierung unzulänglich. Die Informationssysteme für Krankenhäuser und den primären Versorgungssektor sind - sofern sie überhaupt bestehen - oft nicht aufeinander abgestimmt.

Überdies erfordern die wesentlichen Prämissen der Strategie für "Gesundheit 2000" eine neue Art von Information, z.B. über Lebensgewohnheiten, verhütbare Risiken, Dienstleistungen ausserhalb des offiziellen Gesundheitsversorgungssystems, Anleitungen für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen, Kosteneffektivität, Funktionsfähigkeit der Patienten etc., die nicht routinemässig verfügbar ist. Dasselbe trifft auf Veröffentlichungen über Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Belange anderer Sektoren zu.

Die Kommunikation mit der Öffentlichkeit ist unbedingt erforderlich, wenn die Problematik stärker ins allgemeine Bewusstsein getragen und stärkere politische Unterstützung gewonnen werden soll. Die Öffentlichkeit braucht nicht nur einen besseren Zugang zur Gesundheitsinformation, sie braucht auch Informationen, die einen praktischen Bezug haben.

Der Gesundheitssektor muss sich auf die rasch voranschreitende Automation der Informationstechnik und die Durchsetzung des Mikrocomputers umstellen. Noch lange vor dem Jahr 2000 wird der Heimcomputer in vielen Ländern der Region fast so gängig sein wie das Telefon und Individuen wie Gemeinden die Möglichkeit bieten, Informationen über den Sektor Gesundheit direkt von Datenbasen abzufragen.

## Lösungsvorschläge

Alle Länder sollten ihre Gesundheitsinformationssysteme einer gründlichen Prüfung unterziehen und sie den Erfordernissen ihrer Strategien für "Gesundheit 2000" anpassen. Derartige Systeme sollten - in integrierter oder zumindest koordinierter Form - den Bedürfnissen in bezug auf Planung, Verwaltungsorganisation und Bewertung Rechnung tragen, die epidemiologische Überwachung von Krankheiten und Risikofaktoren unterstützen und eine Informationsquelle für die Wissenschaft, Berufswelt und die breite Masse der Bevölkerung darstellen. Nur durch dieses Teilhaben am gemeinsamen Wissen können die verschiedenen Gruppen aktiv und aufgeklärt in der gemeinsamen Partnerschaft für die Gesundheitsbewegung wirken.

Das bestehende Informationspotential sollte durch die Entwicklung von Methoden zur Sammlung, Analyse und Präsentation sowie durch die Förderung der Forschung zu gesundheitlichen Indikatoren präziser und nutzbarer gemacht werden. Die Weltgesundheitsorganisation sollte in diesen Bereichen gemeinsame Forschungsprojekte einleiten.

Wie bereits in Kapitel 6 betont wurde, ist mehr Wissen über die Auswirkungen vieler Faktoren der natürlichen und sozialen Umwelt, sowohl einzeln als auch in kombinierter Form, auf die Gesundheit erforderlich. Es muss auch die Messung des Gesundheitsniveaus und der Gesundheitsressourcen sowie ihrer Nutzung näher untersucht werden, um bessere Indikatoren für Morbidität, Behinderungen, positive Gesundheitsaspekte, den subjektiv empfundenen Gesundheitsstand sowie Qualität, Zugänglichkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Dienstleistungen zu entwerfen. In allen Fällen, in denen die routinemässige Datensammlung den Informationsbedürfnissen nicht gerecht wird, sind Volkszählungen und Umfragen zu fördern. Um unnötige Ausgaben zu vermeiden, sollten die benötigten Daten soweit wie möglich aus vorhandenen Bevölkerungsübersichten im Gesundheitswesen und anderen Bereichen entnommen werden. In manchen Fällen wäre es angezeigt, mit Hilfe der WGO vergleichende Zwischenländerübersichten zu erstellen, wobei alle Länder dieselben Methoden verwenden würden. Zur Überwachung und Auswertung des erzielten Fortschritts in den nationalen, regionalen und globalen Strategien werden die Mitgliedstaaten der Sammlung und Analyse von Informationen über die gesetzten Zielsetzungen und Indikatoren Priorität einräumen müssen. Dabei müssen sie gewärtigen, dass diese Bemühungen auf technische, wirtschaftliche und in manchen Fällen auch politische Schwierigkeiten stossen werden. Es ist jedoch unerlässlich, dass alle Mitgliedstaaten ihre Bemühungen vereinen und ihre Erfahrungen austauschen, um sich auf ein gemeinsames Mindestmass an Indikatoren zur Überwachung und Auswertung der Regionalstrategie zu einigen. Der Austausch und die Verbreitung von Informationen auf regionaler Ebene sollte durch bestehende nationale Institutionen gestärkt werden, die sich auf die Sammlung und Analyse von Informationen in den entsprechenden Bereichen spezialisieren.



Die Methoden zur Information der Öffentlichkeit sollten überprüft und verbessert werden; moderne Kommunikationsarten sollten durch die Förderung des direkten Zugangs zu Informationsbanken und durch eine effektivere Einbindung der Medien vermehrt angewendet werden.

### 7.3 Entwicklung der menschlichen Ressourcen

Menschliche Ressourcen werden bei der Erreichung der "Gesundheit 2000" eine Schlüsselrolle spielen; die Regierungen werden also einerseits eine Überproduktion vermeiden müssen, andererseits jedoch gezielt und sorgfältig darauf zu achten haben, dass zur Verwirklichung ihrer Strategien genügend entsprechend geschultes Fachpersonal zur Verfügung steht. Ebenso muss darauf geachtet werden, dass die Verantwortlichen in Schlüsselpositionen ausserhalb des gesundheitlichen Bereichs dazu angehalten werden, die Grundsätze der "Gesundheit 2000" in ihren eigenen Sektoren zu berücksichtigen.

#### 7.3.1 Planung, Ausbildung und Einsatz von Fachkräften auf dem Gesundheitssektor

Ziel 36 SPÄTESTENS BIS ZUM JAHR 1990 SOLLTEN PLANUNG, AUSBILDUNG UND EINSATZ VON FACHKRÄFTEN AUF DEM GESUNDHEITSSSEKTOR IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN DEN GRUNDSÄTZEN DER "GESUNDHEIT 2000" ENTSPRECHEN, WOBEI DEM PRIMÄRVERSORGUNGSKONZEPT BESONDERES AUGENMERK ZU WIDMEN IST

*Dies ist möglich, wenn alle Länder ihre Bedürfnisse an verschiedenen Personalkategorien auf dem Gesundheitssektor zur Durchführung der "Gesundheit 2000" analysieren, geeignete Politiken zur Heranbildung und Bereitstellung von Fachkräften formulieren und zahlenmässigen Umfang sowie berufliche Qualifikation aller Fachkategorien bestimmen.*

#### Problemstellung

Das Hauptproblem bei der Schaffung eines Systems zur Arbeitskräfteentwicklung ist in vielen Ländern der Region darin begründet, dass die Planung nicht immer den Bedürfnissen entspricht. Oft besteht eine grosse Divergenz zwischen theoretischen Ausbildungszielen einerseits und der praktischen Dienstleistungserwartung und allgemeinen sozioökonomischen Lage andererseits.

Die meisten Länder der Region haben gegenwärtig mehr als 200 Ärzte und 400 Krankenschwestern und -pfleger und Hebammen pro 100 000 Einwohner. Zwischen 1965 und 1978 war eine hohe Zuwachsrate zu verzeichnen; in manchen Ländern lag sie über 70 Prozent. Bei den Zahnärzten war der Anstieg zwar gering, aber trotzdem bemerkenswert. In vielen Mitgliedstaaten nimmt die Zahl der Ärzte derart zu, dass einige Länder bereits Massnahmen zur Einschränkung der "Ärztenschwemme" eingeführt haben. Zumindest in acht westeuropäischen Ländern haben Ärzte bereits Schwierigkeiten, eine Anstellung zu finden, die Situation der Zahnärzte ist ähnlich (dies ist auf die Effektivität der Programme zur Vorbeugung gegen Zahnkaries zurückzuführen). Die Zahl der Fachkräfte auf dem Gesundheitssektor wird oft in erster Linie durch die verfügbaren Personen mit der erforderlichen Vorbildung bestimmt, die eine besondere Fachausbildung zu absolvieren wünschen.

Ganz allgemein besteht ein eklatantes Missverhältnis in der Verteilung der Ärzte und Zahnärzte, die sich hauptsächlich in den Städten niederlassen. Selbst innerhalb der Städte ist die Verteilung bei weitem nicht ausgewogen, die ärmsten Wohnviertel sind nahezu überall unterversorgt. Grosse Unterschiede bestehen auch bei Apothekern, Krankenschwestern und -pflegern und Hebammen in bezug auf die Bevölkerungsdichte; wegen der Unvollständigkeit der Statistiken und der unterschiedlichen Aufgabenzuweisung in den einzelnen Kategorien ist es jedoch schwierig, einen Vergleich anzustellen.

#### Lösungsvorschläge

Zur Planung der Arbeitskräfteerfordernisse sollten in jedem Land im Rahmen der jeweiligen Gegebenheiten klare politische Grundsatzlinien formuliert werden, um die koordinierte Ausbildung von Fachkräften auf dem Gesundheitssektor in der erforderlichen Quantität und Qualität zur Deckung der in unseren Strategien zur "Gesundheit 2000" dargelegten Erfordernisse zu gewährleisten. Bei der Bewertung von gesundheitlichen Notwendigkeiten sollten die Erkenntnisse der Forschung im Bereich der Epidemiologie und der Gesundheitsdienste berücksichtigt werden. Die Art der Koordination wird von der nationalen politischen Struktur und dem Ausbildungssystem abhängen, muss jedoch alle gesundheitlichen Ausbildungsstätten einschliessen.

Die durchdachte Zusammenarbeit und Koordination bei der Entwicklung von Gesundheitsdiensten und Ausbildung von gesundheitlichen Fachkräften zwischen den verschiedenen Gremien würde dem Überangebot, der Überspezialisierung und dem falschen Einsatz von Personal ein Ende setzen. Alle Mitgliedstaaten sollten die im Rahmen ihrer Pläne zur Ausbildung von Gesundheitsfachpersonal notwendigen Schulungsprogramme erstellen, insbesondere durch eine Anpassung der Ausbildung an die primäre Gesundheitsversorgung. Das Ausbildungssystem sollte flexibler gestaltet werden, um den wechselnden Bedürfnissen an spezialisierten Fachkräften Rechnung zu tragen. Dadurch wird die bedarfsgerechte Postenbesetzung in der primären Gesundheitsversorgung gesichert, es ist jedoch die Mitarbeit der Entscheidungsträger auf dem Gesundheits- und Erziehungssektor wie auch in anderen Bereichen, die mit der Gesundheitsentwicklung in direktem oder indirektem Zusammenhang stehen, auf allen Ebenen erforderlich. In Ländern mit staatlichen Gesundheitsdiensten wird dies leichter zu bewerkstelligen sein als in anderen Gesellschaftssystemen, obwohl ein entsprechendes Gleichgewicht zwischen Förderung und regulierendem Eingreifen in allen Systemen Ergebnisse zeitigen wird.

Um die "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" zu verwirklichen, sollten die Ausbildungsprogramme darauf abgestimmt werden, die gesundheitlichen Bedürfnisse und Erfordernisse von Individuen und Gemeinden zu befriedigen, statt in erster Linie professionellen Interessen zu dienen. Daher sollte sowohl der Gesundheits- wie auch der Ausbildungssektor bei der Erstellung der Lehrpläne eine verantwortliche Rolle spielen. Das Gesundheitssystem sollte Studenten während ihrer Ausbildung Gelegenheit bieten, die Realitäten des primären Gesundheitsversorgungssektors kennenzulernen und sich die nötigen Fähigkeiten und technischen Kenntnisse anzueignen, um die grundlegenden Gesundheitsprobleme des einzelnen und der Gemeinschaft behandeln zu können.

Folglich sollte eine systematische Überprüfung der Lehrpläne der Universitäten und der Weiterbildung nach Studienabschluss für die verschiedenen Kategorien von gesundheitlichen Fachkräften vorgenommen werden, damit eventuell erforderliche Veränderungen in den Lehrplänen, Ausbildungsmethoden und Anpassung der Ausbildungszahlen an den erwarteten Bedarf erörtert werden können. Der Unterricht in medizinischen und verwandten Gebieten sollte gemeinschaftsorientiert sein und den lokalen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention, Heilung und Rehabilitation grosses Augenmerk schenken. Die Forschungserkenntnisse über die gesundheitlichen Bedürfnisse der Gemeinschaft sollten in der medizinischen Erziehung ebenfalls berücksichtigt werden.

Um die Grundausbildung für die Gesundheitsberufe den Bedürfnissen der primären Gesundheitsversorgung und der Gemeinschaft besser anzupassen, sollten die Lehrkräfte dazu angehalten werden, die Studenten schon früh mit den Aktivitäten der primären Gesundheitsversorgung vertraut zu machen und Lehrpläne zu erstellen, die an die neuen Aufgaben angepasst sind.

Ausbildungsinstitutionen und -programme werden unterstützt werden, insbesondere bei der Ausbildung von Fachkräften an vorderster Front und ihrer Vorgesetzten; in diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung der Lehrerausbildung unterstrichen werden.

Es sollten Systeme der Weiterbildung entwickelt werden, die es den bereits im Beruf stehenden Fachkräften ermöglichen, ihre Arbeit den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung besser anzupassen und ihre Qualifikationen zu erhöhen. Fortlaufende Ausbildungsprogramme sollten darauf abzielen, dass sich das Gesundheitspersonal an die wechselnden Erfordernisse der Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Gesundheitsverwaltung anpassen und der Gemeinschaft so besser dienen kann. Da die meisten der gesundheitlichen Fachkräfte, die im Jahr 2000 ihren Beruf ausüben werden, jetzt im Studium stehen oder ihre Studien bereits abgeschlossen haben, bedarf es fortlaufender Ausbildungsprogramme, welche die veränderten nationalen Gesundheitsbedürfnisse und Massnahmen zur "Gesundheit 2000" berücksichtigen und die primäre Gesundheitsversorgung unterstreichen. Dazu müssen neue Methoden wie das Selbststudium entwickelt werden; den Mitgliedern eines Teams von Gesundheitsfachkräften muss Gelegenheit gegeben werden, Probleme des Teams zu lösen und sich so ihrer Rolle besser bewusst zu werden.

### 7.3.2 Personalausbildung in gesundheitsrelevanten Sektoren

Ziel 37 SPÄTESTENS BIS ZUM JAHR 1990 SOLLTE DIE AUSBILDUNG IN ALLEN MITGLIEDSTAATEN DEN FACHKRÄFTEN IN GESUNDHEITSRELEVANTEN SEKTOREN GEEIGNETE INFORMATIONEN ÜBER STRATEGIEN UND PROGRAMME DER LÄNDER ZUR "GESUNDHEIT 2000" UND DEREN PRAKTISCHE ANWENDUNG IN IHREN EIGENEN SEKTOREN BIETEN

*Von offizieller Seite müsste unterstrichen werden, dass der Schutz der Gesundheit auch ein Hauptanliegen der Bereiche ausserhalb des Gesundheitssektors ist; Ausbildungsprogramme für das Personal solcher Bereiche müssten Gründe für die aktive Unterstützung der Aktivitäten für die "Gesundheit 2000" anführen.*

### Problemstellung

Die Strategien der "Gesundheit 2000" sind in starkem Masse von Aktionen in Bereichen ausserhalb des Gesundheitssektors abhängig: Gewährleistung ausreichender und sicherer Wasser- und Nahrungsmittelmengen, Planung sicherer Heime und Wohnzentren, Erziehung der Kinder zur Unterscheidungsfähigkeit bezüglich gesunder Lebensgewohnheiten, Senkung des Alkoholkonsums und des Rauchens, grössere soziale Gerechtigkeit in der Verteilung der Ressourcen etc. All dies sind Bereiche, in denen andere Sektoren die Hauptrolle spielen müssen.

Ob die Reaktion auf diese Herausforderung zufriedenstellend ist oder nicht, hängt von mehreren Faktoren ab. Die eindeutige Erklärung durch die höchsten Stellen eines Landes (vgl. Ziel 33), dass die Gesundheit für alle Sektoren ein wichtiger Belang ist, und die Bereitschaft des Gesundheitssektors, diese Frage mit anderen Sektoren zu erörtern, sind von vorrangiger Bedeutung. Ferner müssen die Öffentlichkeit und die Medien die positiven Auswirkungen einer intersektoralen Zusammenarbeit auf die Gesundheit, insbesondere auf Gemeindeebene, verstehen lernen.

### Lösungsvorschläge

Die Ausbildungsprogramme sollten im Licht der Grundsätze und Programme des Ziels "Gesundheit 2000" in den einzelnen Ländern sorgfältig überprüft werden.

Programme zur Grundausbildung und Weiterbildung von Personal ausserhalb des Gesundheitssektors sollten auf einer sorgfältigen Analyse der möglichen Auswirkung ihrer Aktivitäten auf die Kampagne "Gesundheit 2000" aufbauen. Man sollte vor Neuerungen nicht zurückscheuen und die Auszubildenden zum Handeln anregen. Dies erfordert eine wesentlich engere Zusammenarbeit zwischen den für die politische Entscheidungsfindung und Ausbildung verantwortlichen Sektoren des Gesundheitswesens und den entsprechenden Stellen anderer Sektoren.

Die vorangegangenen Kapitel, insbesondere jene über Lebensweisen und Umwelt, haben gezeigt, dass die Politik der "Gesundheit 2000" die Angehörigen des Gesundheitswesens und anderer Sektoren vor grosse Aufgaben stellt.

Bei der Planung von Häusern und Wohnzentren sollten Architekten nicht nur das allgemeine Wohlbefinden im Auge behalten, sondern auch die Aspekte der Unfallverhütung, der sozialen Kontakte und gesundheitsfördernden Aktivitäten stärker berücksichtigen. Die Lehrer sollten den Kindern beibringen, wie man vernünftige Entscheidungen trifft und gesunde Lebensgewohnheiten entwickelt; ferner sollten sie sich über den massgeblichen Einfluss ihres eigenen Verhaltens auf die von ihnen unterrichteten Kinder, insbesondere bei der Wahl des Lebensstils, bewusst werden. Die Wirtschaftsfachleute sollen die Kosten untersuchen, die der Gesellschaft durch schlechten Gesundheitszustand, Invalidität und frühzeitigen Tod entstehen, und die Techniken und Probleme der Anwendung von Kosten-Nutzen- und Kosteneffektivitätsanalysen im Gesundheitswesen studieren. Ingenieure sollten nicht nur die Sicherheitsaspekte im Verbrauchsgütersektor, beim Strassenbau etc. berücksichtigen, sondern auch die in der Gesundheitsversorgung verwendeten technischen Geräte und die weniger augenscheinlichen Auswirkungen der Technologie auf die Lebensgewohnheiten und die Gesundheit beurteilen lernen. Journalisten sollten mit den Grundsätzen der "Gesundheit 2000" bekanntgemacht werden und die aktive Rolle der Massenmedien bei der Verwirklichung von Strategien zur "Gesundheit 2000" erkennen. Schauspieler und andere Personen im Rampenlicht der Öffentlichkeit sollten aufgefordert werden, durch ihr gesundheitliches Verhalten ein positives Beispiel zu setzen, indem sie Werbungs- und andere Aufträge ablehnen, die ungesunde Gewohnheiten, wie Rauchen oder exzessiven Alkoholkonsum, verherrlichen. Polizisten und anderen Rechtshütern sollten die psychosozialen Faktoren des Drogenmissbrauchs nahegebracht werden, um ihnen zu ermöglichen, mit Selbsthilfegruppen, der Gemeinde und dem Gesundheits- und Sozialwesen in solchen Fragen in aufgeschlossener Weise zusammenzuarbeiten.

### 7.4 Bewertung der Technologie auf dem Gesundheitssektor

Ziel 38 SPÄTESTENS BIS ZUM JAHR 1990 SOLLTEN ALLE MITGLIEDSTAATEN EINEN FORMELLEN MECHANISMUS ZUR SYSTEMATISCHEN BEWERTUNG DES GEEIGNETEN EINSATZES VON GESUNDHEITSTECHNOLOGIEN UND IHRER EFFEKTIVITÄT, EFFIZIENZ, SICHERHEIT UND AKZEPTANZ EINGESETZT HABEN, DER GLEICHZEITIG DIE NATIONALEN GESUNDHEITSPOLITIKEN UND DIE WIRTSCHAFTLICHEN ZWÄNGE WIDERSPIEGELT

*Dazu müssten die Regierungen eine klare Politik der systematischen und umfassenden Bewertung aller neuen technischen Geräte auf dem Gesundheitssektor formulieren, die den Wesensmerkmalen ihrer Länder angepasst ist; ein internationales System für den Informationsaustausch zu diesem Thema müsste geschaffen werden.*

### Problemstellung

Der immer raschere Fortschritt in Wissenschaft und Technologie und ihrer praktischen Anwendungen bringt weitgreifende gesundheitliche und wirtschaftliche Implikationen mit sich. Die Industrieländer tragen eine besondere Verantwortung für die Entwicklung weiterer Anwendungen fortschrittlicher Technologie auf die Gesundheit in allen ihren Aspekten, insbesondere jene, die in der Primärversorgung und bei der Lösung von Problemen des Primärversorgungssystems nutzbringend angewandt werden können. Jeder technische Fortschritt bedarf jedoch der gründlichen Bewertung aus dem Blickwinkel der Sicherheit, Effektivität, Kosteneffektivität und Akzeptanz. Dies trifft nicht nur für gesundheitsrelevante Produkte zu, die zum allgemeinen Verbrauch dienen, sondern insbesondere auch für Techniken, Ausrüstungen und chemische Substanzen, die ausdrücklich für die Verwendung auf dem Gesundheitssektor bestimmt sind. Die Bewertung sollte nach verhaltensmässigen, physischen, wirtschaftlichen und klinischen Kriterien erfolgen.

### Lösungsvorschläge

Soweit mit den politischen Gegebenheiten eines Mitgliedstaates vereinbar, sollten die Regierungen Politiken zur praktischen und systematischen Bewertung aller neuen technischen Erkenntnisse formulieren, die eine mögliche Anwendung im Gesundheitswesen haben, wie auch aller bestehenden Produkte, die noch nicht bewertet wurden, um schädliche, unnötige oder nicht kosteneffiziente Geräte oder Verfahren auszuschliessen. Dazu bedarf es der koordinierten Aktion zwischen den verantwortlichen Regierungsstellen, der Industrie, den Trägern und Konsumenten der Gesundheitsversorgung und den Forschungsinstitutionen. Die Regierungen sollten auch die technische Entwicklung anregen, unter besonderer Betonung ihrer praktischen Anwendung und Bewertung früher vernachlässigter Bereiche, wie der primären Gesundheitsversorgung, der Laienbetreuung und der Behindertenhilfe.

Die technologische Bewertung ist für viele Länder zu umfangreich, um sie allein zu bewältigen, daher bietet sich hier eine Gelegenheit zur internationalen technischen Zusammenarbeit, zu der die WGO durch Planung geeigneter Methoden und Schaffung eines Informationsnetzes zur Berichterstattung über die Ergebnisse bereits erfolgter Bewertungen beitragen könnte.

Berufsverbände und Industrien müssen ihre schon bestehenden Aktivitäten in diesem Bereich intensivieren und in die Bewertungskriterien Themen wie Patientenakzeptanz und soziale Kosten aufnehmen. Dazu gehört auch die Einführung eigener Kapitel über Bewertung und Einsatz technischer Fortschritte in die Ausbildungsprogramme für Gesundheitspersonal und jene Personalkategorien in anderen Sektoren, die mit der technologischen Entwicklung auf dem Gesundheitssektor zu tun haben.

## 8. SCHLUSSFOLGERUNG

"Gesundheit für alle" ist nicht nur für jedes einzelne Land in der Region, sondern für Europa insgesamt, ein hochgestecktes Ziel. In den Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Regionalkomitees haben alle Mitgliedstaaten die Pflicht und Verantwortung übernommen, sowohl einzeln als auch gemeinsam die notwendigen Massnahmen zu ergreifen, um diese Zielsetzung bis zum Jahr 2000 zu erreichen.

Das vorliegende Dokument bildet den Rahmen für die Einleitung derartiger Massnahmen. Es unterstreicht die gesundheitlichen Verbesserungen, die erforderlich sind, um der Bevölkerung ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu ermöglichen. Es ist für die nötigen Massnahmen richtungsweisend und zeigt das Ausmass der in die Wege zu leitenden gemeinsamen Bemühungen. Die in diesem Dokument genannten Regionalziele umreissen eine europäische Gesundheitspolitik, welche die Mitgliedstaaten - staatliche Stellen, Berufsgruppen und die Bevölkerung generell - bei der Ausarbeitung von Strategien und Programmen für "Gesundheit 2000" inspirieren sollte, wenngleich sie für die einzelnen Mitgliedstaaten in keiner Form rechtlich bindend ist. Die Voraussetzung zur Erreichung dieser Ziele liegt vor allem in der Fähigkeit der einzelnen Mitgliedstaaten und der Region insgesamt, die notwendige Unterstützung zu gewinnen und alle Bevölkerungsgruppen zu motivieren, ihren Teil an der Verantwortung für die Bewegung "Gesundheit für alle" zu übernehmen. Die Träger der aktiven Teilnahme können in fünf Hauptgruppen unterteilt werden, deren Verantwortung im folgenden kurz skizziert wird.

### 1. Die Menschen

Die Bewegung "Gesundheit für alle" ist für den Menschen gedacht. Auf diesem Grundsatz aufbauend betont das Dokument die Rechte und Privilegien des Menschen: das Recht auf Chancengleichheit in der Gesundheit, das Recht auf Gesundheitsversorgung, das Recht auf Information und das Recht auf Beteiligung.

Die "Gesundheit für alle" ist auch eine Kampagne mit dem Menschen. Die Partner in dieser Kampagne sind Menschen, sie teilen die Verantwortung. Folglich müssen sie sich der Bedeutung ihres aktiven Beitrags zur Erreichung der "Gesundheit für alle" auf individueller und familiärer Ebene sowie in Gruppe und Gemeinschaft voll bewusst sein. Sie sollten eine aktive Rolle bei der Ergriffung der vorhandenen Gelegenheiten zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit spielen. Letztendlich sind es die Menschen selbst, die über die gesundheitlichen Werte in ihrem Leben entscheiden, obwohl ihre tatsächlichen Optionen durch wirtschaftliche, soziale, kulturelle und physische Umweltbedingungen drastisch eingeschränkt sein können. Die Menschen müssen die Fähigkeit entwickeln, ihre Bedürfnisse zu definieren, zu erkennen und auszudrücken, und sie sollten bewusst die Gesundheitsversorgung zur Befriedigung dieser Bedürfnisse einzusetzen lernen. Die Menschen haben das Recht auf Information; sie sollten die vorhandenen Gelegenheiten aktiv nutzen, um diese Information zu erhalten, zu analysieren und Schlussfolgerungen daraus zu ziehen.

Die Menschen haben das Recht der Mitbeteiligung. Sie müssen in aktiver Weise sicherstellen, dass dieses Recht praktischen Ausdruck findet: es müssen zufriedenstellende Vorbedingungen für die Gesundheit aller gegeben sein, die Umwelt muss gesund sein und Bedingungen bieten, welche die Wahl eines gesunden Lebensstils erleichtern, und die gesundheitlichen Versorgungssysteme müssen den Bedürfnissen der Menschen entsprechen. Folglich ist die "Gesundheit für alle" vor allem eine Kampagne, die durch die Menschen ins Leben gerufen wurde.

### 2. Gesundheitsbehörden

Sowohl in der "Gesundheit für alle"-Resolution der Weltgesundheitsversammlung als auch in den globalen und regionalen Strategien und in diesem Dokument wurde wiederholt unterstrichen, dass der Hauptanteil zur Erreichung der "Gesundheit für alle" erforderlichen Aktionen in die Verantwortung der Mitgliedstaaten fällt, wobei sowohl individuell wie auch kollektiv Schritte zu setzen sind.

Vorrangige Aufgabe der Regierung ist es, die Bewegung "Gesundheit für alle" innerhalb ihrer eigenen Staatsgrenzen in Gang zu setzen. Die Gesundheitsministerien und Gesundheitsbehörden teilen auf allen Ebenen hierfür eine besondere Verantwortung. Die Aufgabe, die notwendigen Schritte zu setzen, um die volle Beteiligung der Regierungen an dieser Zielsetzung zu gewährleisten, wird naturgemäss auf die Gesundheitsministerien zurückfallen. Sie sollten aktiv das Prinzip unterstützen, dass die Gesundheit ein Hauptanliegen aller Sektoren der Öffentlichkeitsarbeit ist, und sie sollten Massnahmen ergreifen, um eine breitangelegte Diskussion über die Zielsetzung der "Gesundheit für alle" zu stimulieren und so die Unterstützung der Öffentlichkeit, der Fachwelt und der gemeindenahen Gruppen zu mobilisieren.

Die Gesundheitsbehörden werden auch dafür verantwortlich sein, dass Strategien für die "Gesundheit für alle" überall dort eingeführt werden, wo sie noch nicht bestehen. Zu diesem Zweck werden die Länder evtl. ihre Managementprozesse für die Entwicklung des Gesundheitswesens ausbauen müssen. Eine der obersten Prioritäten in dieser Hinsicht mag die weitere Entwicklung oder Verstärkung der Gesundheitsinformationssysteme sein, um die Bestimmung von für das ganze Land wichtigen Gesundheitsprioritäten zu erleichtern. Besondere Betonung sollte auf die Entwicklung geeigneter Mittel und Wege gelegt werden, die es gestatten, bedarfsgerechte Informationen über umwelt- und verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken ebenso wie über sozioökonomische und geographische Risikogruppen zu erhalten. Eine weitere Priorität sind die für die Verwirklichung der Strategien zur "Gesundheit 2000" in den Ländern erforderlichen legislativen Massnahmen und die Mittelzuweisung. Letztlich haben die Gesundheitsbehörden auch die Pflicht, eine bessere Informierung der Öffentlichkeit über gesundheitliche Fragen bezüglich der Lebensweise, Umwelt und Gesundheitsversorgung zu fördern, um Einzelpersonen, Gruppen und Gemeinden eine aktive Rolle in der Bewegung "Gesundheit für alle" zukommen zu lassen.

### 3. Die professionelle Medizin

Die professionelle Medizin spielt eine besonders wichtige Rolle in der gesundheitlichen Entwicklung aller Länder der Region. Ihr Fachwissen und ihr Einfluss auf den Gesundheitssektor gegenüber den Politikern und der allgemeinen Öffentlichkeit verleiht ihr besonderes Gewicht bei der Mobilisierung von Unterstützung und Einleitung von Veränderungen zugunsten der Bewegung "Gesundheit für alle". Zur Bewältigung dieser Aufgaben muss sie gewisse Verantwortungen übernehmen.

Sie teilt die kollektive Verantwortung, die bisher für Definition und Analyse von gesundheitlichen Problemen benützte Begriffswelt zu erweitern, indem sie die psychologischen, sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Stimmungsfaktoren der Gesundheit näher untersucht, eine engere Zusammenarbeit mit Fachkräften in den jeweiligen Sektoren pflegt und aufzeigt, dass man auf diese Bestimmungsfaktoren einwirken muss, wenn man die Gesundheit verbessern will. Die Angehörigen der professionellen Medizin sollten die diesbezüglich vorhandenen Fakten der Öffentlichkeit, den Politikern und Gesundheitsbehörden besser verständlich machen. Individuell sollten sie der gesundheitlichen Förderung, Prävention von Krankheiten, Versorgung und Rehabilitation höhere Priorität als bisher einräumen. Sie sollten sich eine holistische Betrachtungsweise gesundheitlicher Probleme zu eigen machen, indem sie auf der Suche nach den potentiellen Ursachen vieler individueller Gesundheitsprobleme auch die Familie und die Gemeinschaft, in der die Menschen leben, untersuchen; dabei werden sie oft auch auf die Lösung dieser Probleme stossen.

Die Qualität der gesundheitlichen Versorgungsdienste hängt auch von den Menschen ab, die sie erbringen.

Letztlich stellt die Planung und Ausführung der erforderlichen Forschungstätigkeit zur Erzielung eines besseren Verständnisses der vielen Probleme und Aufzeigung wirksamerer Lösungswege die professionelle Medizin vor eine grosse Herausforderung.

### 4. Ausserhalb des Gesundheitssektors gelegene Sektoren

Die Bedeutung der ausserhalb des Gesundheitssektors gelegenen Sektoren wurde in diesem Dokument immer wieder betont. Die Kampagne "Gesundheit für alle" überträgt diesen Sektoren neue und bedeutende Verantwortung, z.B. den Einfluss ihrer Tätigkeit auf die Gesundheit zu berücksichtigen und ihre jeweiligen Zielsetzungen auf eine Weise zu erreichen, die der Gesundheit nicht abträglich, sondern zuträglich ist. Dies gibt den Angehörigen vieler Berufsgruppen ausserhalb des Gesundheitssektors eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung der "Gesundheit für alle".

Arbeitgeber und Gewerkschaften können viel dazu beitragen, Sicherheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Die Industrie ist dafür verantwortlich, dass ihre Produkte die Gesundheit nicht gefährden. Aufgabe der Massenmedien ist es, den gesundheitsbezogenen Fragen den ihnen zukommenden Raum zu geben, die Öffentlichkeit so objektiv wie möglich zu informieren und gesundheitsschädigendes Verhalten von einem gesellschaftlich anregenden und bereichernden Leben zu dissonanzieren. Aufgabe der Universitäten ist es, die Ausbildung in den Gesundheitsberufen zu überprüfen, um eine bessere Vorbereitung für die Kampagne "Gesundheit für alle" zu schaffen und auch die Ausbildung der Fachkräfte ausserhalb des Gesundheitssektors neu zu überdenken, um sie mehr auf die gesundheitlichen Implikationen ihrer zukünftigen Arbeit aufmerksam zu machen. Die Universitäten und Forschungsinstitute sollten in erster Linie das nötige Wissen sammeln, damit in den Ländern die Strategien der "Gesundheit für alle" verwirklicht werden können.

## 5. Internationale Organisationen

Viele der hauptsächlichen Gesundheitsprobleme der Mitgliedstaaten haben ihre Wurzel und auch ihre Lösungsmöglichkeiten ausserhalb der nationalen Grenzen und bedürfen somit der internationalen Zusammenarbeit. Die Stellen der Vereinten Nationen und andere zwischenstaatliche Organisationen spielen eine bedeutende Rolle in der Zusammenarbeit zwischen den Ländern zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Fragen; die Weltgesundheitsorganisation trägt naturgemäss eine besondere Verantwortung.

Es liegt in der kollektiven Verantwortung der Mitgliedstaaten, sicherzustellen, dass das WGO-Regionalkomitee für Europa seine Schlüsselrolle bei der Stimulierung der Länder, sich der Herausforderung der "Gesundheit für alle" zu stellen, spielen kann; Aufgabe des Regionalkomitees ist es, die Politik der "Gesundheit für alle" auf regionaler Ebene zu entwickeln, ihre Verwirklichung regelmässig zu überwachen und ihre Wirksamkeit im Erreichen der gesteckten Ziele zu bewerten. Es ist ferner die Pflicht des Regionalkomitees, darauf zu achten, dass die Arbeit des WGO-Regionalbüros für Europa und die dafür aufgewandten Ressourcen sowohl in den jeweiligen Ländern als auch der Region dazu benutzt werden, die Entwicklung und Umsetzung der Strategien zur "Gesundheit 2000" voll zu unterstützen.

Die Europäische Region verfügt über die Menschen, Kenntnisse und Ressourcen, die zum Erreichen der "Gesundheit für alle" nötig sind. Es geht vor allem darum, den Willen aufzubringen, diese Kräfte in wirksamerer Weise an die vorhandenen Probleme anzusetzen. Jeder gemeinsam unternommene Schritt wird uns näher an die regionalen Ziele der "Gesundheit für alle" heranbringen, auch wenn einige dieser Ziele noch in weiter Ferne zu sein scheinen. Durch die gemeinsame Verpflichtung zu einer regionalen Politik der "Gesundheit für alle" und die Formulierung klarer Ziele zur Durchsetzung dieser Politik können die Mitgliedstaaten der Region eine breite Bewegung ins Leben rufen, die ein besseres Verständnis unter den Nationen bewirken und ein wertvolles Pfand für die Zukunft schaffen würde.

Anhang 1

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE  
REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE  
ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

# RESOLUTION

# РЕЗОЛЮЦИЯ

Vierunddreissigste Tagung  
Kopenhagen, 24.-29. September 1984

EUR/RC34/R5  
7053L  
28. September 1984

## UMSETZUNG DER REGIONALSTRATEGIE ZUR ERREICHUNG DES ZIELS "GESUNDHEIT FÜR ALLE BIS ZUM JAHR 2000"

### REGIONALE EINZELZIELE FÜR EUROPA

Das Regionalkomitee -

eingedenk der Resolution WHA30.43, mit welcher alle Länder zur Zusammenarbeit im Hinblick auf die Erreichung des Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" ("Gesundheit 2000") durch Ausarbeitung entsprechender gesundheitspolitischer Konzepte und Programme auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene aufgefordert werden,

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC30/R8, mit der die Regionalstrategie für "Gesundheit 2000" befürwortet und die Tatsache anerkannt wird, dass dadurch die Entwicklung und Umsetzung einzelstaatlicher gesundheitspolitischer Konzepte, Strategien und Aktionspläne gefördert werden sollte,

ferner unter Hinweis auf Resolution EUR/RC33/R4, mit der der Regionaldirektor ersucht wird, der vierunddreissigsten Tagung des Regionalkomitees eine endgültige Fassung des Dokuments über die regionalen Einzelziele zusammen mit einem Aktionsplan und einer Aufstellung der Indikatoren zur Überwachung der Fortschritte im Hinblick auf die Erreichung der Ziele in der Region zu unterbreiten,



nach Prüfung:

- a) der vorgeschlagenen Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie "Gesundheit 2000" (EUR/RC34/7),
- b) des Verzeichnisses der vorgeschlagenen Indikatoren zur Überwachung des Fortschritts in der Europäischen Region im Hinblick auf das Ziel "Gesundheit 2000" (EUR/RC34/13),
- c) des vorgeschlagenen Aktionsplans zur Umsetzung der Regionalstrategie für "Gesundheit 2000" (EUR/RC34/14),
- d) des Berichts der Beratungsgruppe für Programmentwicklung (EUR/RC34/8 und EUR/RC34/8 Add.1), des Berichts des Regionalen Beirats für Gesundheitsförderung (EUR/RC34/5) sowie des Berichts des Europäischen Beratungsausschusses für medizinische Forschung (EUR/RC34/6) -

1. DANKT dem Regionaldirektor, den Beratungsgruppen und den übrigen an der Vorbereitung der genannten Dokumente beteiligten Sachverständigen für ihren wertvollen Beitrag;

2. BILLIGT, zwecks Anwendung soweit angemessen und unter Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten in den einzelnen Mitgliedstaaten:

- a) die Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für "Gesundheit 2000" (EUR/RC34/7),
- b) den vorgeschlagenen Katalog von Indikatoren zur Messung des Fortschritts in der Europäischen Region im Hinblick auf das Ziel "Gesundheit 2000" (EUR/RC34/13) als lediglich vorläufige Indikatorenliste, die erstmals bei der Evaluierung 1985 Anwendung finden und nach Erörterung der Resultate während der nächsten Tagung des Regionalkomitees gegebenenfalls geändert werden soll,
- c) gleichermassen, lediglich als vorläufig, den Aktionsplan zur Umsetzung der Regionalstrategie für "Gesundheit 2000" (EUR/RC34/14);

3. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH:

- a) ihre Bemühungen um Erarbeitung nationaler gesundheitspolitischer Konzepte und Programme, die mit der Regionalstrategie für "Gesundheit 2000" in Einklang stehen, zu verstärken und nationale Ziele dergestalt zu setzen, dass sie gleichfalls zur Erreichung der Regionalziele beitragen,
- b) dabei speziellen Akzent auf die zur Unterstützung der Massnahmen in den Ländern in bezug auf "Gesundheit 2000" erforderlichen Managementprozesse und -strukturen und Informationssysteme zu legen um sicherzustellen, dass der Katalog der globalen und substantiellen regionalen Indikatoren soweit wie möglich abgedeckt wird,
- c) im Rahmen der Berichterstattung an den Regionaldirektor soweit wie möglich alle notwendigen Informationen über die Fortschritte und Erfolge bei der Umsetzung ihrer jeweiligen Strategien für "Gesundheit 2000" zu übermitteln, insbesondere Daten in bezug auf die globalen und substantiellen regionalen Indikatoren, wie im Aktionsplan und in Resolution WHA35.23 dargelegt,
- d) eine Zusammenarbeit anzustreben, sofern und soweit das hierfür erforderlich ist;

4. ERSUCHT den Regionaldirektor:

- a) die genannten, gegebenenfalls unter Berücksichtigung konstitutioneller Aspekte in bestimmten Mitgliedstaaten abgeänderten Dokumente, zusammen mit den Niederschriften über das Regionalkomitee, an den Generaldirektor als Beitrag der Europäischen Region zur Erreichung des globalen Ziels "Gesundheit 2000" weiterzuleiten,

b) im Rahmen des Arbeitsprogramms und bei der Mittelzuweisung für das WGO-Regionalbüro für Europa die Tätigkeiten, die auf eine adäquate Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung von nationalen Strategien für "Gesundheit 2000" abzielen, sowie die Entwicklungen in der Region insgesamt, die die Erreichung der Regionalziele erleichtern können, als prioritär einzustufen,

c) dem Regionalkomitee in Übereinstimmung mit dem Aktionsplan Bericht zu erstatten.