

GESUNDHEIT IN EUROPA

2000



Regionale Veröffentlichungen der WHO
Europäische Schriftenreihe Nr. 56

Die Weltgesundheitsorganisation ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befaßt. Über diese 1948 gegründete Organisation tauschen Vertreter der Gesundheitsberufe von über 180 Ländern ihr Wissen und ihre Erfahrungen aus, in dem Bestreben, allen Menschen der Welt ein Gesundheitsniveau zu ermöglichen, das sie ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros in allen Teilen der Welt, die eigene auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme haben. In der Europäischen Region leben rund 850 Mio. Menschen – in einem Gebiet, das von Grönland im Norden und dem Mittelmeer im Süden bis zu den Küstengebieten Rußlands am Pazifik reicht. Deshalb konzentriert sich das europäische Programm der WHO sowohl auf die Probleme der Industriegesellschaft als auch auf die Probleme der neuen Demokratien in Mittel- und Osteuropa sowie in der ehemaligen Sowjetunion. Die Tätigkeiten des Regionalbüros im Rahmen seiner Strategie „Gesundheit für alle“ erstrecken sich auf folgende drei Schwerpunktbereiche: gesunde Lebensweisen, gesunde Umwelt und bedarfsgerechte Dienste zur Prävention, Behandlung und Gesundheitsversorgung.

Charakteristisch für die Europäische Region ist ihre Sprachenvielfalt, die die Informationsverbreitung erschwert. Deshalb werden Anträge auf Genehmigung der Übersetzung von Büchern des Regionalbüros begrüßt.

Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 56

GESUNDHEIT IN EUROPA

„Gesundheit für alle“: Sachstandsbericht 1993/1994



Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa
Kopenhagen

Auf Anfrage ist beim Referat Epidemiologie, Statistik und Gesundheitsinformation bzw. beim Referat Distribution des WHO-Regionalbüros für Europa eine begrenzte Zahl von Disketten mit den graphischen Abbildungen der Veröffentlichung und den dafür benutzten Daten erhältlich.

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Gesundheit in Europa : „Gesundheit für alle“ :
Sachstandsbericht 1993/1994

(Regionale Veröffentlichungen der WHO,
Europäische Schriftenreihe, Nr. 56)

1. Gesundheitsstatusindikatoren 2. Gesundheitswesen,
Planausführung 3. "Gesundheit für alle" - Trends
4. Strategiekoordination zur "Gesundheit für alle"
5. Europa I.Serie

ISBN 92 890 7320 9 (NLM Klassifikation: WA 900)
ISSN 0258-2155

Die Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf aus-
zugsweise oder vollständige Vervielfältigung oder Überset-
zung von Veröffentlichungen der Organisation; entsprechen-
de Anträge und Anfragen sind zu richten an: WHO-Regional-
büro für Europa (Referat Publikationen), Scherfigsvej 8,
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark. Das Referat erteilt
außerdem Auskünfte über eventuelle Textänderungen,
geplante Neuauflagen, Neudrucke und Übersetzungen.

© Weltgesundheitsorganisation 1995

Die Veröffentlichungen der Weltgesundheitsorganisation sind
gemäß den Bestimmungen von Protokoll 2 der Allgemeinen
Urheberrechtskonvention urheberrechtlich geschützt. Alle
Rechte vorbehalten.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und
die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme
seitens des Sekretariats der Weltgesundheitsorganisation be-
züglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territori-
ums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-
instanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder
Gebietsgrenzen. Die Länder- oder Gebietsbezeichnungen
entsprechen dem Stand bei der Fertigstellung der Publika-
tion in der Originalsprache.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder der Erzeugnisse
bestimmter Hersteller besagt nicht, daß diese von der Welt-
gesundheitsorganisation gegenüber anderen, nicht erwähn-
ten ähnlicher Art bevorzugt oder empfohlen werden. Abge-
sehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind
Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Design : Grethe Lystrup
Desktop Layout : Wendy Enersen
Printed in Denmark

Kernpunkte

1 Die Grundvoraussetzungen für Gesundheit

- Die 50 Länder der Europäischen Region
- Altern in Europa: Konsequenzen für die Gesundheit
- Krieg in acht Ländern der Region
- Soziale Spannungen aufgrund wirtschaftlicher Rezession und Arbeitslosigkeit
- 1994 im Westen Zeichen des Aufschwungs
- Zunehmende soziale Ausgrenzung, Armut und Obdachlosigkeit
- Offensichtliche Zunahme der Gewalt
- Mehr Demokratie und bessere Aussichten für Sozialinvestitionen?
- Von den Grundvoraussetzungen zur gesundheitlichen Entwicklung

2 Die Gesundheit der Menschen in Europa

- Daten- und Methodenbegrenzungen
- Verstärkte Chancenungleichheit im Gesundheitsbereich:
Die Lebenserwartung in Ost und West klafft immer weiter auseinander
- Der Gesundheitszustand in den GUS-Republiken verschlechtert sich
- Mittel- und Osteuropa: Schnittstelle zwischen Ost und West
- Lebenserwartung in Westeuropa: Die Grenze für weitere Verbesserungen ist bald erreicht
- Rückläufige Säuglings- und Müttersterblichkeit:
Einige Ausnahmen geben Anlaß zur Besorgnis
- Herz-Kreislaufkrankheiten: Durch Prävention läßt sich viel gewinnen
- Krebs: einige Fortschritte im Westen
- Verletzungen und Vergiftungen: eine Epidemie in Osteuropa
- Übertragbare Krankheiten: Kein Grund zur Sorglosigkeit
- Investition in die Gesundheit von Frauen: Die hohe Müttersterblichkeit in einigen Gebieten bedeutet einen inakzeptablen Verlust für Familie und Gesellschaft
- Ältere Menschen: die schwächste Bevölkerungsgruppe
- Der erfolgreiche Einsatz von Qualitätsindikatoren verbessert die Resultate der Gesundheitsversorgung
- Fühlen sich die Europäer weniger gesund?
- Erreichung der quantitativen Zielvorgaben

3 „Gesundheit für alle“ in Europa: Prinzipien und Praxis

Gesundheitspolitik

- Die Politik „Gesundheit für alle“ gewinnt überall in der Region an Einfluß
- Chancengleichheit - auch eine ethische Frage

Die Grundlagen von Public-health-Maßnahmen

- Entstehung und Stärkung eines neuen Modells für Public-health-Maßnahmen
- Gesundheitswissenschaftliche Forschung: Eine Aufwertung steht noch aus
- Gesundheitsinformation: Wer wird gesünder und warum?
- Aufbau von Fakultäten für die neue öffentliche Gesundheit

4 Public-health-Maßnahmen

Gesunde Lebensweisen

- Der Ruf nach einer härteren Tabakpolitik
- Trinkgewohnheiten: Einige Fortschritte, aber wie lange noch?
- Psychotrope Substanzen: Die Flut schwillt an
- Die Ernährung zeigt, was Lebensweisen für die Gesundheit bedeuten
- Körperliche Betätigung attraktiver machen
- Sexualgesundheit: Weiterhin Anlaß zur Besorgnis

Gesunde Umwelt

- Einigkeit über die Politik: Zeit zum Handeln
- Über 100 Millionen Menschen haben noch immer kein sauberes Trinkwasser und keine ordentliche Abwasserbeseitigung
- Luftgüte: im Westen verbessert, im Osten oft inakzeptabel
- Nahrungsmittel: begrenzte Erfolge und eine deutliche Zunahme von mikrobiellen Erkrankungen
- Abfälle und Bodenbelastung: Produktionsverfahren und Konsumgewohnheiten müssen sich ändern
- In städtischen Gebieten verschlechtert sich die Wohnsituation
- Gesundheit am Arbeitsplatz: enormes Potential für Verbesserungen

Bedarfsgerechte Versorgung

- Die Prinzipien der „Gesundheit für alle“ beeinflussen die Reform der Gesundheitsversorgung
- Finanzierung der Gesundheitsversorgung: wachsender Druck auf die Versorgungsansprüche der Bevölkerung
- „Versicherungsreform“ in Mittel- und Osteuropa: politisches Instrument oder Selbstzweck?
- Privatisierung und Dezentralisierung: Welche Rolle hat der Markt für die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung?
- Die Stimme der Bürger ist noch immer zu leise, die Wahlmöglichkeiten nehmen zu
- Eine gut ausgewiesene Rolle für die primäre Gesundheitsversorgung
- Krankenhausversorgung im Wandel
- Gesundheitsversorgungsberufe im Umbruch: starke Bewegung in der Allgemeinmedizin, verstärkte Anerkennung der Pflege
- Ständiges Streben nach Versorgungsqualität in der gesamten Region

Inhalt

Danksagungen	vi
Vorwort	vii
Einleitung	ix
1 Die Grundvoraussetzungen für Gesundheit	1
2 Die Gesundheit der Menschen in Europa	9
3 „Gesundheit für alle“ in Europa: Prinzipien und Praxis	29
Gesundheitspolitik	29
Die Grundlagen von Public-health-Maßnahmen	30
4 Public-health-Maßnahmen	35
Gesunde Lebensweisen	35
Gesunde Umwelt	41
Bedarfsgerechte Versorgung	45
5 Schlußfolgerungen	57
Anhang 1	59
Europäische Public-health-Wissensbasis der WHO	
Anhang 2	65
Sozioökonomische Basisindikatoren: Länder der Europäischen Region der WHO	

| Danksagungen

Unser Dank gilt vielen Mitarbeitern des WHO-Regionalbüros für Europa und externen Experten, die ihr Urteil und ihren Rat zu diesem Bericht beigesteuert haben. Ein besonderer Dank geht an: Professor J. Ashton, Professor J. Catford, Professor V. Grabauskaus, Professor M. Marmot, Professor H. Van Oyen, Professor M. Rosén, Professor F.W. Schwartz, Dr. V. Shkolnikov, Dr. Anne Staehr-Johansen, Dr. J. Steensberg und Dr. W. Weiss.

Vorwort

Die regelmäßige Bestandsaufnahme und Evaluierung der Fortschritte, die die Länder im Hinblick auf die „Gesundheit für alle“ gemacht haben, bilden einen wichtigen Teil der von der Europäischen WHO-Region 1984 verabschiedeten Politik. Das vorliegende Buch stellt die Ergebnisse aus der Standortbestimmung von 1993/1994 vor. Seit der großangelegten Evaluierung 1990/1991 hat sich die Region in vieler Hinsicht verändert. Der Bericht liefert ein präzises Bild der neuen Situation.

Die Mitgliedstaaten aus Mittel- und Osteuropa und der ehemaligen UdSSR mit Hunderten von Millionen Menschen durchlaufen noch immer eine schwindelerregende Reihe von politischen, wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen. Sie wirken sich tiefgreifend auf Alltag, Gesundheit und Stabilität dieser Gesellschaften aus. Einige Länder befinden sich mitten in bewaffneten Auseinandersetzungen, die ihrer Gesundheit, ihren Gesellschaften und ihrer Wirtschaft einen schrecklichen Tribut abfordern. Außerdem bereitet der Übergang zur Marktwirtschaft und zu liberaleren Sozialordnungen weiterhin enorme Schwierigkeiten für die gesundheitliche Entwicklung.

Eine wachsende Gesundheitskluft trennt die östliche von der westlichen Hälfte der Region. Zu den Gesundheitsproblemen der östlichen Länder zählen stagnierende Lebenserwartung, zahlreichere frühzeitige Todesfälle aufgrund chronischer Krankheiten, Ausbrüche von übertragbaren Krankheiten (insbesondere Diphtherie) sowie eine steigende Zahl von Unfällen. Für einen Großteil der Bevölkerung fällt der Lebensstandard, was vor allem für ältere Menschen in städtischen Gebieten gilt. Unter dem Standard liegende Wohnverhältnisse, schlechte Ernährung und jetzt auch die Kürzung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen schaffen Bedingungen, die die Gesundheit von vielen Millionen Menschen bedrohen.

In den westlichen Ländern der Region sieht die gesundheitliche Lage weitaus ermutigender aus. Die meisten konnten im Kampf gegen übertragbare und nicht-übertragbare Krankheiten weitere Fortschritte erzielen. Die Konsolidierung der Europäischen Union schafft für die gesundheitliche Entwicklung in vielen Ländern ein stabileres Umfeld.

Die den nationalen und internationalen Beziehungen in der Region zugrundeliegende Struktur hat sich also grundlegend gewandelt, was für die Gesundheit wichtige Konsequenzen hat. Alle Länder suchen nach neuen und wirksameren Formen der Integration, wenngleich sie dabei unterschiedliche Hindernisse zu überwinden haben, das unterschiedlich schnell tun und auch unterschiedliche Resultate anstreben.

Den Gesundheitsbehörden fällt dabei die offensichtliche Aufgabe zu, auf diesen wichtigen Wechsel eine sachgerechte Antwort zu finden. Eine Politik der „Gesundheit für alle“ liefert die übergeordnete Strategie für die künftige gesundheitliche

Entwicklung. Ihre Umsetzung setzt jedoch Public-health-Wissen und die Beherrschung von Techniken voraus, die es einem ermöglichen, mit dem gesellschaftlichen Wandel umzugehen. Das Ziel ist es, durch kontextsensitive Maßnahmen, die sich auf die Determinanten der Gesundheit richten und laufend die Interventionsresultate auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen hin messen, zu einem optimalen Zugewinn an Gesundheit zu gelangen. Diese Bedingung gilt für alle Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit, von den multisektoralen Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheit über die Prävention von Krankheiten und Unfällen bis zur täglichen Arbeit von Ärzten und anderen Erbringern von Gesundheitsversorgung auf klinischer Ebene.

Verschiedene Aspekte müssen jedoch in den kommenden Jahren stärker betont werden. Finanzierung und Infrastruktur der Gesundheitsversorgung sowie Public-health-Maßnahmen sollten ein wirtschaftliches Mindestwachstum abstützen und den durch soziale Spaltung verursachten Druck mindern. Deshalb müssen Effizienz, Effektivität und Qualität der Versorgung ständiger Schwerpunkt sein. Außerdem müssen Vernetzung und partnerschaftliche Zusammenarbeit auf der gesundheitlichen und der sozialpolitischen Agenda einen höheren Stellenwert erhalten. Gesundheitspolitik sollte für die Bürger greifbarer werden, wobei die Gesundheitsberufe nicht nur eine starke Führungsposition übernehmen, sondern auch dafür sorgen sollten, daß sich nicht nur im Gesundheitssektor, sondern auch in anderen Ressorts, bei nichtstaatlichen Organisationen, in Gemeinden und unter den Menschen selbst das Verständnis und die Unterstützung für gesundheitliche Ziele vertiefen und verstärken.

Da die Gesellschaften der Region Information und Wissen als Instrumenten der gesundheitlichen Entwicklung immer mehr Bedeutung beimessen, sollten auch mehr Ressourcen in Aus- und Fortbildung, Forschung und Gesundheitsinformationssysteme fließen, um dort ein hohes Niveau zu sichern. Eine Investition in diesen Bereichen ist für die künftige gesundheitliche Entwicklung unabdingbar, weshalb die Mitgliedstaaten und das Regionalbüro auf ihrem Weg zur „Gesundheit für alle“ gemeinsam in diese Richtung arbeiten werden.

J.E. Asvall
WHO-Regionaldirektor für Europa

Einleitung

In diesem Bericht geht es um die Gesundheit in Europa. Beschrieben wird der Gesundheitszustand der Menschen in der Europäischen Region der WHO, außerdem umreißt er die wichtigsten Determinanten ihrer Gesundheit und zeigt die Hauptschwerpunkte von Public-health-Maßnahmen auf, die einen Einfluß auf die Gesundheit haben. Der Bericht stellt deshalb die Fortschritte und die unterschiedlichen Erfahrungen in den Vordergrund, die die Länder der Region bei der Verfolgung ihrer Politik zur „Gesundheit für alle“ gemacht haben.

Auf der 30. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 1980 verabschiedeten die Mitgliedstaaten der Europäischen Region ihre erste gemeinsame Gesundheitspolitik: die europäische Strategie zur Verwirklichung der „Gesundheit für alle“. Das Regionalkomitee verabschiedete auf seiner 34. Tagung im September 1984 achtunddreißig spezifische Regionalziele zur Umsetzung dieser Strategie. Außerdem wurden 65 essentielle regionale Indikatoren oder Indikatorengruppen, die auch die zwölf globalen Indikatoren einschließen, vorgeschlagen, mit deren Hilfe die bei der Verwirklichung der Ziele gemachten Fortschritte beurteilt werden sollten.^a Auf seiner 41. Tagung im Jahre 1991 verabschiedete das Regionalkomitee eine aktualisierte Fassung der 38 Regionalziele und eine Liste von Indikatoren.^b

Die Mitgliedstaaten baten das Regionalbüro, alle sechs Jahre eine umfassende Evaluierung der erzielten Fortschritte durchzuführen und die Situation dazwischen laufend zu verfolgen, und verpflichteten sich damit auch, über das von ihnen Erreichte in einer die gesamte Region umfassenden Public-health-Zusammenarbeit zu berichten und es zu vergleichen. Mehrere Länder haben schrittweise ihre Möglichkeiten zur Verlaufsbeobachtung und Evaluierung ihrer gesundheitspolitischen Konzepte und Maßnahmen ausgebaut und äußerst umfassende und relevante Berichte herausgegeben. Länder wie Schweden, die Schweiz und das Vereinigte Königreich erleichtern und stärken diese Arbeit oft durch die Veröffentlichung von Gesundheitsberichten.

Viele Mitgliedstaaten im östlichen Teil der Region sind „neue Länder“. Für sie bedeutet die Berichterstattung eher eine Bestandsaufnahme der Ausgangssituation als die Verfolgung der im Hinblick auf die „Gesundheit für alle“ gemachten Fortschritte. Der vorliegende Bericht arbeitet bei der Analyse des Gesundheitszustands in der Region mit Ländergruppierungen wie den mittel- und osteuropäischen Ländern oder den Nachfolgestaaten der ehemaligen UdSSR, den

^a *Einzelziele für Gesundheit 2000*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1985 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 1).

^b *Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 4).

GUS-Republiken. Diese Begriffe sind auch weiterhin sehr brauchbar zur Beschreibung etablierter sozioökonomischer und gesundheitlicher Strukturen in der Region, insbesondere der äußerst signifikanten „Ost-West-Kluft“.

Inwieweit eine Verlaufsbeobachtung und Evaluierung durchführbar und die Beurteilungen genau und valide sind, das richtet sich sehr stark nach den unterschiedlichen Gegebenheiten der Länder, hängt davon ab, ob die betreffenden Probleme, Ziele und Indikatoren eher quantitativer oder qualitativer Art sind und ob es standardisierte Definitionen und Verfahrensregeln für die Informationserhebung gibt, aber auch davon, wie diese in den verschiedenen Ländern angewendet werden. Die im Laufe von 10 Jahren mit der laufenden Messung und Evaluierung auf regionaler Ebene gesammelten Erfahrungen zeigen, daß es im Sinne der „Gesundheit für alle“ für die Beurteilung des Gesundheitszustands und die Gesundheitsberichterstattung wesentlich ist, daß das Regionalbüro irgendeine Form von Gesundheitsinformationssystem besitzt. Dazu gehört, daß man sich weitgehend und systematisch auf den Rat von Experten stützt und sie zur Evaluierung, Analyse und Ergänzung der von den Ländern vorgelegten Berichte befragt. Im Verlauf dieses Prozesses entwickelte das Regionalbüro allmählich eine umfassende Informationsinfrastruktur, die eine immer klarere Public-health-Wissensgrundlage im Regionalbüro abstützt (Anhang I).

Der vorliegende Bericht faßt das zur Zeit vorliegende Public-health-Wissen über Europa zusammen. Er soll breiten Kreisen verfügbar und zugänglich sein, was auch für die Informationsinfrastruktur gilt, die ihn untermauert. Außerdem wird das Regionalbüro regelmäßige aktualisierte Fassungen herausbringen. Dadurch soll das Bewußtsein für Public-health-Maßnahmen in der Region geschärft werden, damit die „Gesundheit für alle“ für alle Menschen der Europäischen Region zu einem sinnvolleren Ziel werden kann.

1 DIE GRUNDVORAUSSETZUNGEN FÜR GESUNDHEIT

Gesundheit und Wohlergehen sind untrennbar mit den allgemeinen Lebensbedingungen verwoben. Zu den Grundvoraussetzungen für Gesundheit und ein gesundes Leben gehört, daß man nicht das Gefühl hat, den Bedrohungen des Lebens ausgesetzt zu sein, daß man sinnvolle gesellschaftliche Rollen und Funktionen erfüllen kann, eine anständige Ausbildung und ein angenehmes Zuhause hat und genug verdient, um seine Grundbedürfnisse decken zu können. Diese Faktoren haben sich seit den Anfängen der Strategie „Gesundheit für alle“ in stärkerem Maße als je zuvor auf die Gesundheit der Bevölkerung der Europäischen Region ausgewirkt.

Die 50 Länder der Europäischen Region

Als das WHO-Regionalkomitee für Europa im September 1994 in Kopenhagen zu seiner 44. Jahrestagung zusammentrat, umfaßte die Region 50 Mitgliedstaaten. Die 12 Länder Mittel- und Osteuropas (MOE) und die 15 Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (GUS) sind dabei, ihre Wirtschaft von der zentralen Plan- auf eine Marktwirtschaft umzustellen. Außerdem gehören zur Region auch noch 21 Länder in Nord-, Süd- und Westeuropa. Sie sind stark industrialisiert und außerordentlich dicht bevölkert und haben eine hochentwickelte Marktwirtschaft. Auch die Türkei und Israel, wenngleich in vieler Hinsicht mit anders gelagerter Situation, sind Mitgliedstaaten der Region.

Die Länder der Region befinden sich auf ganz unterschiedlichem wirtschaftlichen Entwicklungsstand (Anhang 2). Benutzt man als wichtigstes Kriterium das Bruttosozialprodukt pro Kopf der Bevölkerung, so liegen 24 Länder in der mittleren Einkommensgruppe (mit einem Bruttosozialprodukt von 635 - 7909 US-Dollar pro Kopf der Bevölkerung), 18 gehören zur hohen Einkommensgruppe. Diese für 1991 geltenden Unterschiede werden wahrscheinlich auch weiterhin die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen prägen.

Altern in Europa: Konsequenzen für die Gesundheit

Der demographische Hintergrund ist für das Verständnis der derzeitigen und künftigen Gesundheitssituation in der Europäischen Region wichtig. Langzeittrends des Bevölkerungswachstums tendieren zur Konvergenz. Gemäß früheren Prognosen der Vereinten Nationen ist der künftige Bevölkerungszuwachs in der Region hauptsächlich in einigen GUS-Republiken und in der Türkei zu erwarten.

Jüngste Angaben zeigen jedoch eine Trenddivergenz; die Zuwachsraten in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken sind rückläufig, andernorts in der Region steigen sie. Fallende Geburtenraten trugen zu den äußerst niedrigen oder negativen Zuwachsraten in den meisten mittel- und osteuropäischen Ländern und GUS-Republiken bei (Abb. 1.1). Auch die altersspezifischen Fertilitätsraten zeigen einen Trend zu Konvergenz und Rückläufigkeit (Abb. 1.2), außer in den zentralasiatischen Republiken der GUS, in Albanien und in der Türkei. Bleiben die zentralasiatischen Republiken unberücksichtigt, entsprechen die Fertilitätsmuster in den GUS-Republiken denen der mittel- und osteuropäischen Länder.

Ein sehr wichtiger Entwicklungstrend in der gesamten Region scheint das fortgesetzte Altern der Bevölkerung zu sein. Der Anteil von Menschen über 65 Jahre, insbesondere der sehr Alten, wird weiterhin steigen (Abb. 1.3). Der außerordentliche Geburtenrückgang in den meisten GUS-Republiken, der sich mit den Auswirkungen eines Krieges vergleichen läßt, hat das Ergrauen der Bevölkerung beschleunigt. Die kombinierten Auswirkungen der Überalterung und der rückläufigen Fruchtbarkeit beeinflussen die Bedingungen, unter denen Kinder aufwachsen, bewirken Fragen nach den Ansprüchen und der gesellschaftlichen Stellung älterer Menschen und stellen uns künftig vor große wirtschaftliche und gesundheitliche Herausforderungen.

Abb. 1.1. Geburtenraten in ausgewählten Ländern der Europäischen Region, 1980–1992

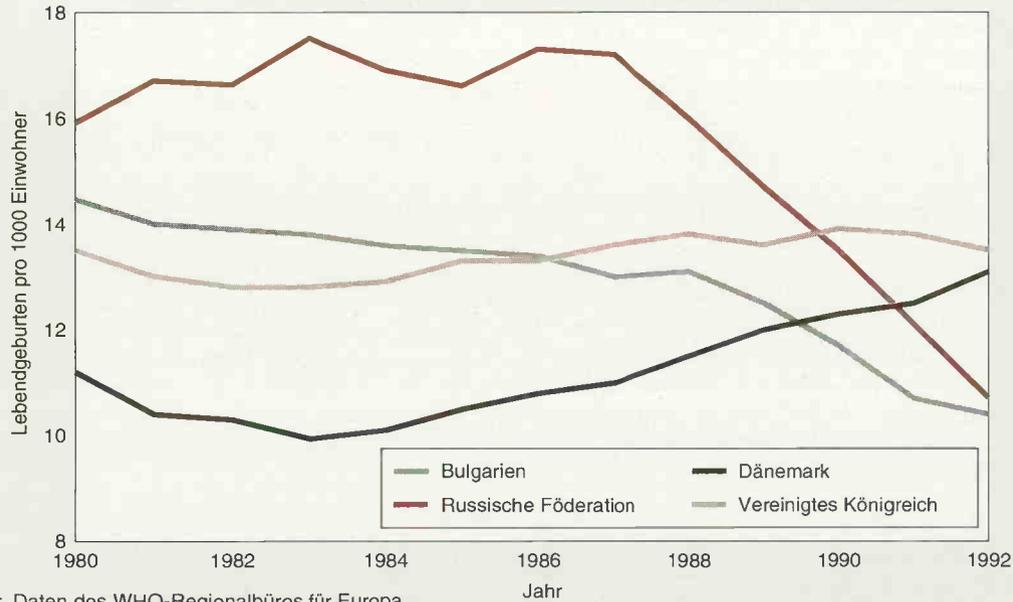
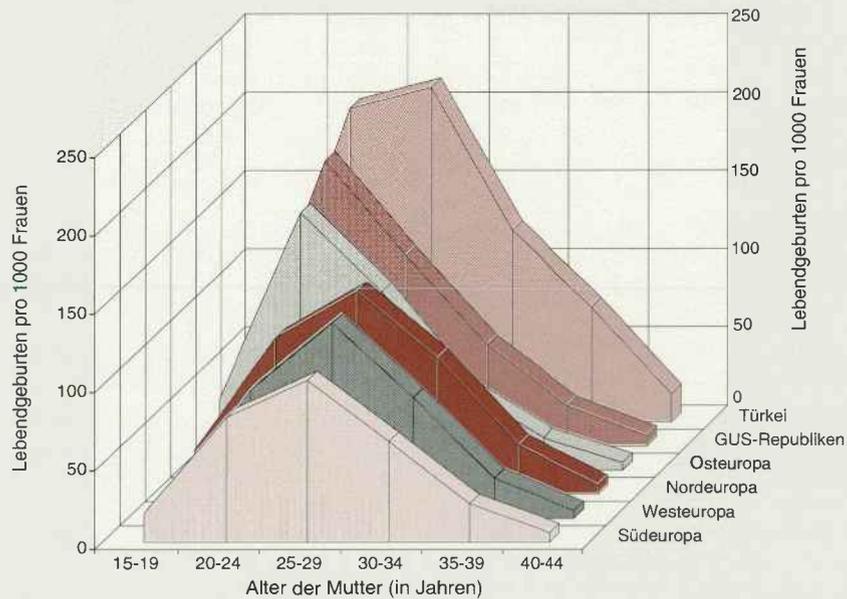


Abb. 1.2. Geschätzte altersspezifische Fertilitätsraten in der Europäischen Region^a, 1990-1995



^a Demographische Länderklassifikation der Vereinten Nationen.
 Quelle: World population prospects 1950-2025

Neben der fortgesetzten demographischen Umgestaltung der Region war auch die anhaltende Migration von Süden nach Norden und von Osten nach Westen ein kritischer Faktor für die Grundvoraussetzungen der Gesundheit. Migration belastet die Kapazitäten der Sozialsysteme zur Integration verschiedener ethnischer Gruppen und kann dazu führen, daß in den Ländern, die Menschen hinzugewinnen, wie in denen, die sie verlieren, das Gleichgewicht in der Verfügbarkeit ausreichend qualifizierter menschlicher Ressourcen verrückt wird.

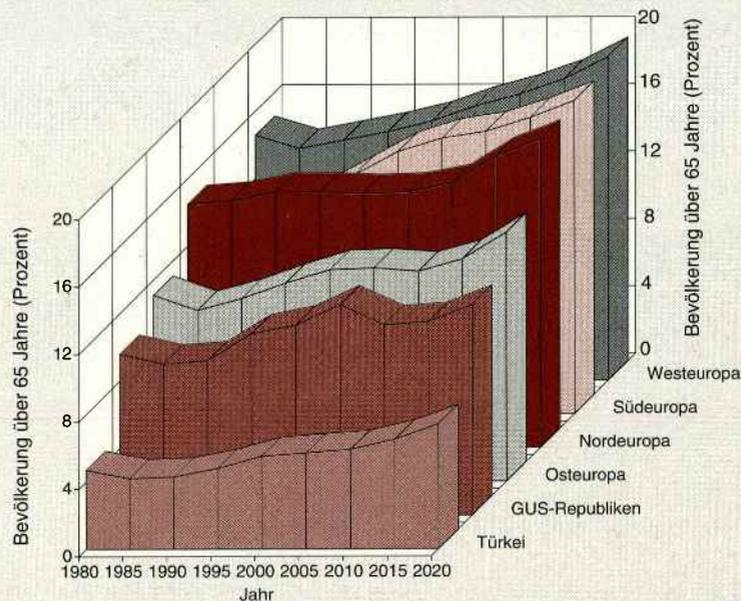
Positiv ist zu vermerken, daß die gefürchtete massive Emigration von Ost nach West laut Migrationssystem der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung nicht eingetreten ist. Die Trends scheinen eher auf eine organisierte zeitweilige Migration hinzuweisen, die nach

1989 – 1991 nur wenig anstieg oder sogar zurückging. Deutschland war das vorrangige Ziel der Wanderungsbewegung von Ost nach West. Außerdem könnte man als positiv betrachten, daß die Region nicht mit einem schnellen Bevölkerungswachstum fertig werden muß, was ihr die in anderen Regionen der Welt zu bewältigenden Belastungen erspart.

! Krieg in acht Ländern der Region

Allein 1992 waren mindestens acht Länder der Region von Kriegen betroffen, nämlich Armenien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Georgien, Kroatien, die Republik Moldau, Tadschikistan und die Föderale Republik Jugoslawien (Serbien und Montenegro). In jedem Konflikt waren eine oder mehrere Regierungen verwickelt, und jeder kostete pro Jahr 1000 oder mehr Menschenleben.

Abb. 1.3. Schätzungen und Prognosen über den Bevölkerungsanteil der 65jährigen und älteren in der Europäischen Region^a, 1980-2020



^aDemographische Länderklassifikation der Vereinten Nationen.

Quelle: World population prospects 1950-2025

Während der vergangenen Jahre kamen durch bewaffnete Auseinandersetzungen im ehemaligen Jugoslawien über 150 000 Menschen um, Hunderttausende wurden verwundet, fast vier Millionen vertrieben. Auch in anderen Ländern verursachten Kämpfe Leiden und Schäden. Kriege und Konflikte haben jedoch nicht nur diese offensichtlichen und unmittelbaren Auswirkungen, sondern führen auch dazu, daß sich das soziale Umfeld verschlechtert, was sich wiederum langanhaltend negativ auf Gesundheit und Wohlergehen der Menschen auswirkt.

In den meisten anderen Ländern der Region, darunter auch in Israel, hat sich die Bedrohung durch militärische Konfrontationen verringert, was eine erhebliche Friedensdividende einbringt. Wie in einem neueren Bericht des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP) festgestellt wurde, handelt es sich bei dieser Dividende um die Ressourcen, die durch eine Reduzierung der Militärausgaben gespart werden. Die europäischen Nationen konnten zwischen 1960 und 1990 durch eine Kürzung der Militärausgaben erhebliche Summen einsparen. Der prozentuale Anteil der Militärausgaben am Bruttonationalprodukt ging in den Ländern der Europäischen Union von 4,7% auf 2,9%, in den nordischen Ländern von 2,7% auf 2,3% und in der ehemaligen UdSSR von 11% auf 10% zurück. Es wurden jedoch nicht nur die direkten Militärausgaben gekürzt, sondern auch das Verhältnis zwischen diesen Ausgaben und den Gesamtkosten für Bildung und Gesundheit verbesserte sich im großen und ganzen, außer in der ehemaligen UdSSR.

Leider ließen sich diese Einsparungen nicht so leicht nachweisen. Deshalb sollte eine effektive Art und Weise gefunden werden, diese Mittel vollständig zusammenzufassen. Dieses Problem wird auf dem 1995 in Kopenhagen stattfindenden Weltgipfel für soziale Entwicklung ein wichtiger Tagesordnungspunkt sein.

Vor allem die Gesundheitsbehörden aller Länder sollten die Führung übernehmen und den Sozialsektor dazu anregen, in zweckgerechten Kontexten zusammenhängende und realistische Konzeptionen

dafür zu entwickeln und zu erörtern, wie man die Friedensdividende in die nationale menschliche und gesundheitliche Entwicklung und in den internationalen Beistand fließen lassen könnte. Seltsamerweise scheint die Arbeit für soziale Entwicklung und zur Lösung gesundheitlicher Probleme bei rückläufigen Militäretats schwieriger finanzierbar zu sein, als wenn die Militärausgaben steigen.

Soziale Spannungen aufgrund wirtschaftlicher Rezession und Arbeitslosigkeit

Die östlichen Länder erlebten im allgemeinen fünf Jahre fallender Aktivität. Der Gesamtleistungsrückgang seit 1989 lag Ende 1992 bei über 30%, 1993 möglicherweise um die 40% (Abb. 1.4).

In den meisten westeuropäischen Ländern ist die wirtschaftliche Lage durch eine langanhaltende Rezession gekennzeichnet. Die zu Beginn des Jahrzehnts genährten Hoffnungen auf einen schnellen Aufschwung erwiesen sich weitgehend als Wunschdenken. Die Arbeitslosenquote stieg von etwa 8% im Jahre 1991 auf über 11% Anfang 1994, in einigen Ländern sogar sehr viel steiler. Beispielsweise nahm die Arbeitslosigkeit in Finnland von 7,5% auf 17,5% und in Spanien von 16% auf 22,4% zu. 1993 hatten Frankreich (11,6%), Irland (15,8%), Italien (10,2%) und das Vereinigte Königreich (10,3%) standardisierte Arbeitslosenraten von über 10%. In Dänemark betrug die registrierte Arbeitslosigkeit 12,3%. Unter den nahezu 35 Millionen Arbeitslosen im westlichen Teil der Europäischen Region ist vor allem die wachsende Zahl der Langzeitarbeitslosen, die nicht nur den Verlust ihrer Qualifikationen, sondern auch die Ausgrenzung fürchten müssen, besonders beunruhigend: sie riskieren, nicht nur auf dem Arbeitsmarkt, sondern in der Gesellschaft insgesamt zu einer als minderwertig betrachteten Randgruppe zu werden. Die Langzeitarbeitslosigkeit stellt für die Region ein besonderes Problem dar. Viele Menschen im arbeitsfähigen Alter sind durch die vergebliche Suche nach Arbeit oder aufgrund unfreiwilliger Kurzarbeit entmutigt; das trifft vor allem oft auf Frauen zu. Am wichtigsten ist jedoch, daß die Arbeitslosenzahlen für gewöhnlich unter jungen Menschen am

höchsten sind; die Jugendarbeitslosigkeit in Frankreich, Italien und Spanien liegt bei etwa 30%. Das könnte für das Wohlergehen der Region schwerwiegende Konsequenzen haben.

1994 im Westen Zeichen des Aufschwungs

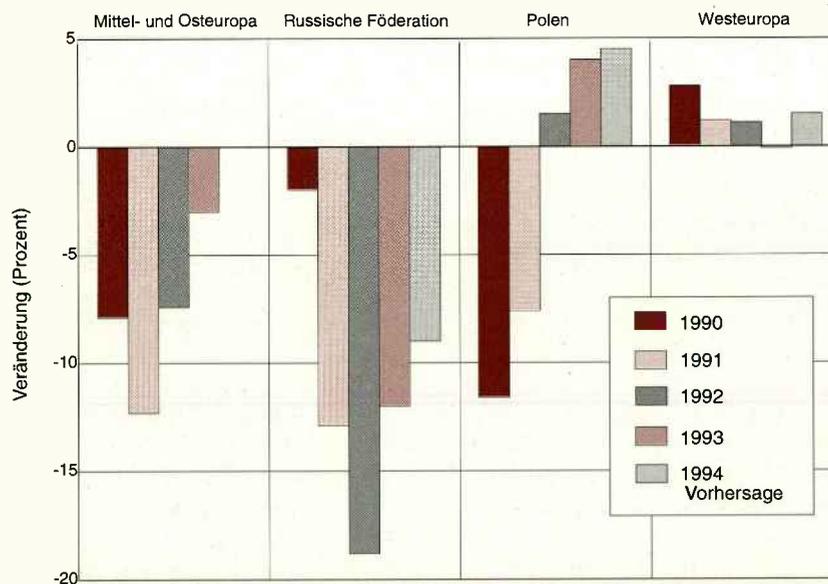
Daten lassen indes erkennen, daß die schwierigste Phase der Wirtschaftsflaute im Westen und des Übergangs zur Marktwirtschaft im Osten wahrscheinlich vorbei ist.

Für die westlichen Länder wurde 1994 ein Wirtschaftswachstum von etwa 1,5% vorhergesagt. Die neuesten Bruttosozialproduktprognosen für Deutschland lagen höher als erwartet, was in einer für die mittel- und osteuropäischen Länder äußerst wichtigen Wirtschaft eine deutliche Verbesserung

darstellt. In Osteuropa zeigte Polen als erstes Land 1992 einen Anstieg des Bruttosozialprodukts um 1,5%, 1993 von 4%. Zeichen des Aufschwungs sind auch in Estland, Rumänien, Slowenien, in der Tschechischen Republik, in Turkmenistan, Ungarn und Usbekistan spürbar. In den vom Krieg betroffenen Ländern und in verschiedenen GUS-Republiken bleibt die Situation jedoch weiterhin kritisch.

Die Lage hat sich hinsichtlich der Grundvoraussetzungen für die Gesundheit seit Ende der 80er Jahre in vieler Hinsicht verschlechtert. Im allgemeinen deuten sich jedoch Zeichen des Aufschwungs und der Beginn günstigerer Bedingungen für Investitionen in Gesundheit ab. Nimmt man als Ausgangspunkt das Bruttosozialprodukt von 1985 als 100%, sagen einige Analytiker vorher, daß es im Jahr 2005 in Westeuropa bei etwa 160%,

Abb. 1.4. Prozentuale Veränderung des Bruttoinlandsprodukts im vorausgegangenen Jahr, 1990–1994



Quelle: Nach *Economic survey of Europe*.

in den mittel- und osteuropäischen Ländern bei ungefähr 135% und in den GUS-Republiken bei ca. 115% liegen wird.

Zunehmende soziale Ausgrenzung, Armut und Obdachlosigkeit

Die politischen und wirtschaftlichen Probleme haben zwangsläufig in der gesamten Region immer schwerwiegendere Konsequenzen. Migranten und Flüchtlinge konzentrieren sich nach wie vor in städtischen Ballungsräumen, wo sie sich häufig zu anderen gesellschaftlichen Randgruppen gesellen. Diese Situation hat zu alarmierenden Hygiene- und Lebensbedingungen geführt, insbesondere zu unzumutbaren Wohnverhältnissen und zu Obdachlosigkeit. Der Anteil der unterhalb der Armutsgrenze lebenden Bevölkerung erhöht sich ständig. In verschiedenen osteuropäischen Ländern reichte er von 11% bis zu nahezu 40% der Bevölkerung; in der Europäischen Union lag der Durchschnitt bei fast 15%.

Außerdem hat sich das Einkommensgefälle in beinahe allen Ländern der Region verstärkt. Damit einher geht eine wachsende Ungewißheit der sozialen und wirtschaftlichen Aussichten. Diese Trends beeinträchtigen Gesundheit und Wohlergehen durch äußerst komplexe und nur schwer zu entwirrende Mechanismen, außer Zweifel steht jedoch, daß sie etwas mit verschiedenen gesundheitlichen Risiken und Schäden zu tun haben: Zu nennen sind rasch zerfallende soziale Stützstrukturen, rückläufige Geburtenraten (vor allem im Osten) sowie eine hohe Inzidenz psychosozialer und psychischer Gesundheitsprobleme.

Offensichtliche Zunahme der Gewalt

Mit dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck und den wachsenden sozialen Spannungen erschien in der gesamten Region auch die persönliche Sicherheit immer stärker gefährdet. Abgesehen von den obenerwähnten offenen Kämpfen sind die Trends bei Gewalttätigkeiten auf der Straße sowie gegen Frauen, Kinder und ältere Menschen besorgniserregend.

In fast allen Ländern sind die Lebensbedrohungen größer als je zuvor. Insbesondere trifft das zwar für die mittel- und osteuropäischen Länder und die GUS-Republiken zu, doch auch in der Bundesrepublik Deutschland, in Italien und Portugal nahmen die Tötungsdelikte Ende der 80er Jahre zu. Allgemein geht man davon aus, daß zwischen dem Drogenhandel und dem Anstieg der Kriminalität ein Zusammenhang besteht. Nach UNDP-Berichten hat sich beispielsweise in Dänemark und Norwegen in der zweiten Hälfte der 80er Jahre die Drogenkriminalität ungefähr verdoppelt.

In allen Ländern haben Gewalttätigkeiten gegen Frauen ein alarmierendes Ausmaß erreicht, und das, obwohl hier mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen ist. Mißhandlungen in der Familie und Vergewaltigungen sind eine wichtige Morbiditäts- und Mortalitätsursache bei Frauen. Meldungen aus den Industrieländern sprechen dafür, daß Gewalttaten in der Familie unter den Frauen mehr Verletzungen verursachen als Verkehrsunfälle, Vergewaltigungen und Straßenüberfälle zusammen.

Außerdem stellen Verkehrs- und Arbeitsunfälle vor allem in den GUS-Republiken weiterhin große Risiken für Leben und Gesundheit dar.

Mehr Demokratie und bessere Aussichten für Sozialinvestitionen?

Zu ausgewogenen Schlußfolgerungen gelangt man nur, wenn man eine grundlegende Verbesserung des sozialen und politischen Gesamtklimas ins Auge faßt. Will man die Lebensbedingungen der besonders Benachteiligten verbessern, muß man zunächst vier einigermaßen ermutigende allgemeine Bedingungen besser begreifen und in Handlung umsetzen.

Die Ost-West-Konfrontation ist beendet, in vielen mittel- und osteuropäischen Ländern und GUS-Republiken wird eine Demokratie aufgebaut, der politische Dialog wird gestärkt. Eine verstärkte Zusammenarbeit innerhalb der Europäischen Union kann dazu beitragen, daß die Gesundheit bessere Voraussetzungen erhält.

Der Umbruch in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken hat zwar neue Probleme mit sich gebracht, bietet aber auch Möglichkeiten, im Rahmen der neuen rechtlichen, politischen und administrativen Regelungen konsequenter und entschlossener auf die gesundheitlichen Bedürfnisse einzugehen.

Die Kürzung der Militärausgaben führte zu erheblichen Einsparungen. Den Gesundheitsbehörden kommt eine wichtige Rolle zu, wenn es darum geht, über die Verwendung der „Friedensdividende“ zu befinden.

Durch Investitionen in Gesundheit, die den Akutbedarf decken, können neue Arbeitsplätze geschaffen werden, auch wenn das unter Umständen nicht zu einer herkömmlichen Beschäftigung für die Angehörigen der Gesundheitsberufe führt. Hier können die Gesundheitsbehörden innovatives Denken anregen und aktiv fördern.

Von den Grundvoraussetzungen zur gesundheitlichen Entwicklung

Die Zusammenhänge zwischen den wichtigsten Voraussetzungen der Gesundheit und der Entwicklung in Lebensweisen und im Gesundheitszustand sind komplex und lassen sich nicht immer ohne weiteres nachzeichnen. Dennoch ist praktisch und wissenschaftlich mehr als ausreichend nachgewiesen, welche entscheidende Rolle ihnen für die Gestaltung der gesundheitlichen Erfahrungen verschiedener Bevölkerungen, sozialer Schichten und einzelner Menschen zukommt. Dieses Verständnis und diese Perspektive bilden die Grundlage der weiteren Beschäftigung mit den Gesundheitstrends in der Region.

Wichtigste Quellen

Economic survey of Europe. New York, Vereinte Nationen, 1993.

Economic survey of Europe. New York, Vereinte Nationen, 1994.

Health for all statistical database.
Referat Epidemiologie, Statistik und Gesundheitsinformation,
WHO-Regionalbüro für Europa, 1994.

Quarterly labour force statistics. Paris,
Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung, 1993 - 1994.

Recent demographic developments in Europe.
Straßburg, Council of Europe Press, 1994.

Trends in international migration. Continuous reporting system on migration. Annual report 1993.
Paris, Organisation für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung, 1993.

Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen.
Human development report 1993. New York,
Oxford University Press, 1993.

Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen.
Human development report 1994. New York,
Oxford University Press, 1994.

Weltbank. *World development report 1993.*
Oxford, Oxford University Press, 1993.

World population prospects 1950 - 2025.
New York, Vereinte Nationen, 1992.

2 DIE GESUNDHEIT DER MENSCHEN IN EUROPA

Daten- und Methodenbegrenzungen

Die Gesundheit von Menschen und ganzen Bevölkerungen muß nach vielfältigen Maßstäben beurteilt werden, wobei die Palette von „harten“ Mortalitätsdaten über Daten zu Behinderungen und Morbidität bis zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands und verschiedenen Aspekten der Lebensqualität reicht.

Die Möglichkeiten einer ausreichend genauen Messung sind zwar äußerst unterschiedlich, doch die Mortalitätsdaten und die Inzidenz von Infektionskrankheiten sowie bis zu einem gewissen Grad Krankenhausstatistiken stellen noch immer die am besten verfügbaren Datenquellen dar. Für internationale Analysen brauchbare Sterblichkeitsdaten liegen z. Z. für fast alle Länder der Region außer für Monaco, San Marino, die Türkei sowie einige Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien vor. Daten über nichtübertragbare Krankheiten oder Behinderungen, ganz zu schweigen von Messungen der Lebensqualität, sind dagegen nicht ausreichend verfügbar und vergleichbar, was eine vollständige Beurteilung des Gesundheitszustands wesentlich erschwert. Deshalb konnten zusammengesetzte Indikatoren wie „behinderungsbereinigte Lebensjahre“ (DALYs = Disability-adjusted life years), die behinderungsfreie Lebenserwartung oder die Gesundheitserwartungen für Vergleiche in der Region nicht herangezogen werden, da die nicht auf die Mortalität bezogenen Elemente dieser Indikatoren fehlen.

Somit bleibt die Lebenserwartung bei der Geburt der wichtigste globale Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage, da er die Mortalitätsstrukturen in der Bevölkerung zusammenfaßt. Die für Morbidität, Behinderungen und Lebensqualität vorliegenden Daten werden jedoch herangezogen, um andere Aspekte der Gesundheit in der Europäischen Region etwas zu erhellen.

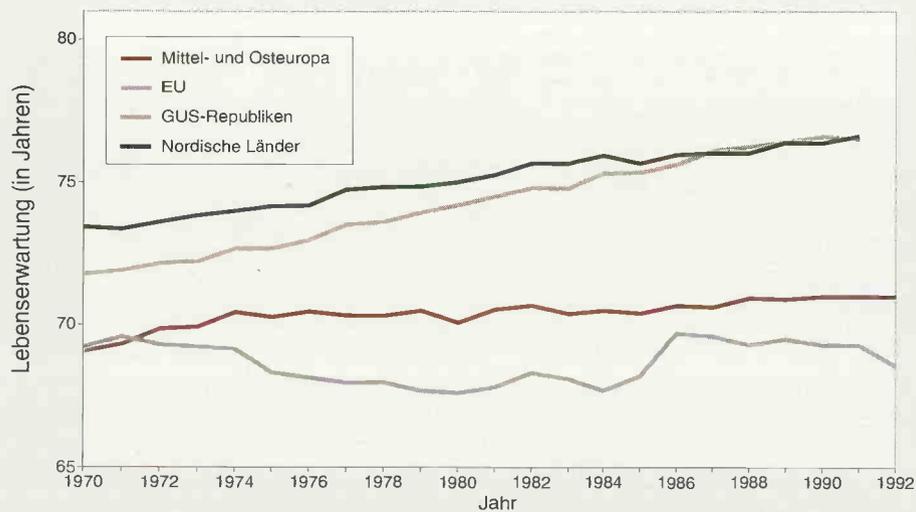
Seit der letzten, 1990/1991 durchgeführten Evaluierung zur „Gesundheit für alle“ ist die Europäische Region heterogener geworden; sie umfaßt einmal Länder, die zu den weltweit führenden Marktwirtschaften mit entsprechend hohem Gesundheitsniveau zählen, andererseits aber auch Länder, deren Gesundheitsindikatoren sie in die Nähe von Entwicklungsländern rücken. In dieser Situation ist es nicht immer sinnvoll, die gesundheitliche Lage der Region insgesamt beurteilen zu wollen. Deshalb wurden weitgehend Ländergruppierungen mit ähnlich gelagerten Mustern oder Trends im Gesundheitszustand verglichen. Die Gruppeneinteilung erfolgte nach rein technischen Kriterien, die mit der Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit historischer Datenreihen zu tun haben.

Im allgemeinen wurden folgende Gruppierungen benutzt: Die 15 GUS-Republiken, die 6 Länder (Bulgarien, das ehemalige Jugoslawien, Polen, Rumänien, die ehemalige Tschechoslowakei und Ungarn) umfassenden mittel- und osteuropäischen Länder, die 12 EU-Länder und die 5 nordischen Länder (Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden). Bestimmte Länder werden deshalb durch diese Gruppenvergleiche nicht erfaßt. Der Schwerpunkt der Analyse liegt auf dem Ost-West-Gesundheitsgefälle und den Auswirkungen, die die derzeitigen sozioökonomischen Schwierigkeiten in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken haben.

Verstärkte Chancenungleichheit im Gesundheitsbereich: Die Lebenserwartung in Ost und West klafft immer weiter auseinander

Bereits in den 60er und 70er Jahren gingen die Trends bei Lebenserwartung und Mortalität in Ost und West immer stärker auseinander. In den letzten Jahren hat sich die Kluft noch vertieft, vor allem aufgrund der ziemlich raschen Verschlechterung

Abb. 2.1. Trends der Lebenserwartung bei der Geburt in der Europäischen Region, 1970–1992



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

des Gesundheitszustands in den meisten GUS-Republiken und in einigen mittel- und osteuropäischen Ländern (Abb. 2.1). In allen Ländern von Süd-, Nord- und Westeuropa steigt die Lebenserwartung ständig weiter, wenn auch mit einigen Unterschieden in der Wachstumsrate. In den mittel- und osteuropäischen Ländern verlief der durchschnittliche Anstieg sehr langsam und stagniert seit 1990, obwohl auch innerhalb dieser Gruppe die Entwicklung unterschiedlich verläuft.

Weiter östlich wird die Situation komplizierter und dramatischer. Nach den vorläufigen für 1993 vorliegenden Daten aus verschiedenen GUS-Republiken sank die Lebenserwartung auf den seit Jahrzehnten niedrigsten Stand.

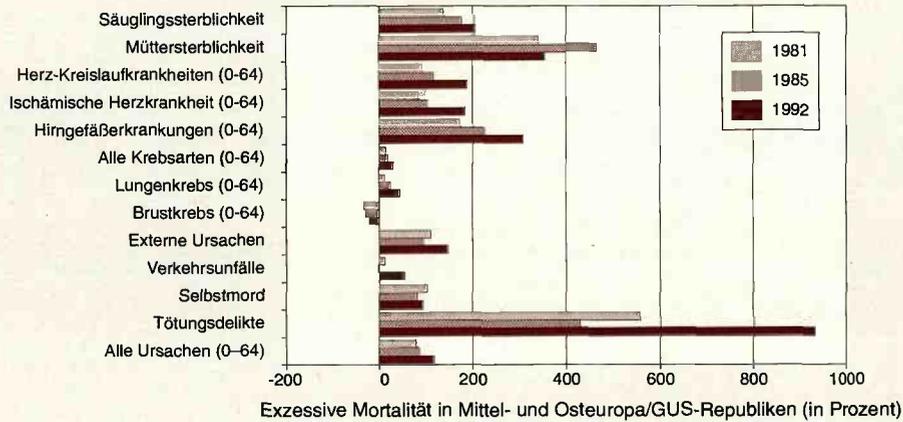
In Anbetracht der Tatsache, daß sich die Ost-West-Kluft in der Lebenserwartung langfristig vertieft, stellt sich die Frage: Welche Krankheiten tragen dazu am meisten bei? Die Antwort könnte auf mögliche Strategien zur Schließung der Kluft verweisen. 1992 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung

in den mittel- und osteuropäischen Ländern und in den GUS-Republiken bei Männern etwa 7,3 Jahre weniger, bei Frauen waren es 4,9 Jahre und für beide Geschlechter zusammen ungefähr 6 Jahre weniger; die Lebenserwartung für beide Geschlechter lag im Westen bei 75,6 Jahren, im Osten bei 69,6.

Etwa die Hälfte dieses Unterschieds geht auf Sterblichkeitsunterschiede bei Herz-Kreislaufkrankheiten der Altersgruppe über 35 Jahre zurück (Tabelle 2.1). Externe Todesursachen sind vor allem in der mittleren Altersgruppe die zweithäufigste Todesursache. Atemwegserkrankungen sind in Mittel- und Osteuropa eine häufigere Ursache für Säuglingstodesfälle. Insgesamt sind Herz-Kreislaufkrankheiten für über 50% der z. Z. bestehenden Kluft und äußere Ursachen sowie Atemwegserkrankungen für 23% bzw. 16% verantwortlich. Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen tragen dazu mit etwa 7% bei.

Auf Altersgruppen bezogen ist die Kluft in der Altersgruppe 35 - 64 Jahre am ausgeprägtesten

Abb. 2.2. Das zunehmende Gesundheitsgefälle zwischen Mittel- und Osteuropa und GUS-Republiken und der übrigen Region anhand der exzessiven Mortalität aufgrund der wichtigsten Todesursachen



Anmerkung: Null repräsentiert die bevölkerungsgewichtete standardisierte Durchschnittsmortalitätsziffer für alle Länder der Europäischen Region, außer für die mittel- und osteuropäischen Länder, die GUS-Republiken und die Länder, für die keine Daten vorlagen.

Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

(nämlich 43%), danach folgen ältere Menschen (23%) und Säuglinge (15%).

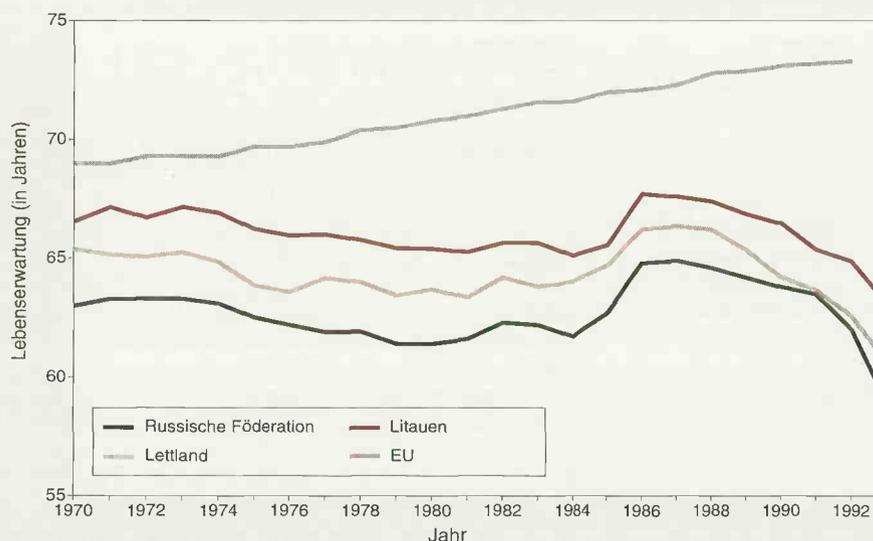
Eine relative Messung des Ost-West-Gesundheitsgefälles zeigt, daß praktisch alle Todesursachen, die

als Indikatoren der „Gesundheit für alle“ benutzt werden, eine dramatische Verschlechterung anzeigen (Abb. 2.2). Selbst die „positive“ Mortalitätsbilanz für Brustkrebs bei Frauen unter 65 Jahren wird zunehmend ungünstiger.

Tabelle 2.1 Beitrag zum Lebenserwartungsgefälle zwischen den mittel- und osteuropäischen Ländern und GUS-Republiken und der übrigen Europäischen Region, nach Alter und Todesursache

Todesursache	Zusätzliche Lebenserwartung (Jahre nach Altersgruppe)				
	1 Jahr	1-34 Jahre	35-64 Jahre	65 Jahre	Alle Altersgruppen
Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	0,3	0,1	0,08	-0,01	0,47
Krebs	0	0,05	0,25	-0,35	-0,05
Herz-Kreislaufkrankheiten	0	0,07	1,36	1,85	3,28
Atemwegserkrankungen	0,68	0,2	0,15	-0,5	0,97
Verdauungskrankheiten	0,02	0,03	0,08	-0,04	0,09
Externe Ursachen	0,04	0,64	0,71	0,03	1,41
Schlecht definierte Leiden	-0,1	0,01	0,04	0,18	0,12
Andere Krankheiten	0	0	-0,02	-0,2	-0,22
Alle Ursachen	0,93	1,09	2,63	1,4	6,06

Abb. 2.3. Trends der Lebenserwartung bei der Geburt für Männer in ausgewählten GUS-Republiken und in der EU, 1970–1993



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

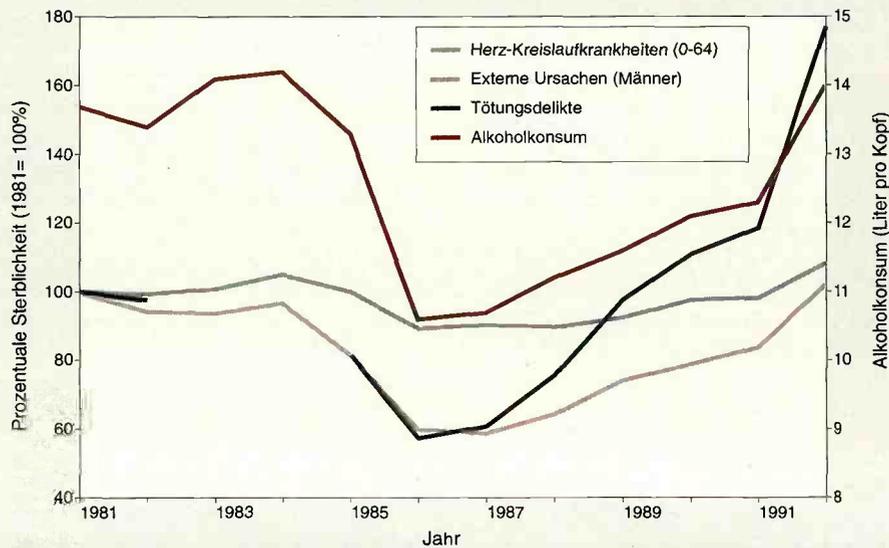
Daß sich das Ost-West-Verhältnis bei der Müttersterblichkeit zwischen 1985 und 1992 verbesserte, war hauptsächlich auf die erheblichen Fortschritte in Rumänien zurückzuführen. Die Mortalität aufgrund von Tötungsdelikten erreichte im Osten ein zehnfach höheres Niveau als in der übrigen Region. Säuglingssterblichkeit und durch Herz-Kreislaufkrankheiten verursachte Frühsterblichkeit liegen im Osten etwa dreimal höher, insgesamt ist die Frühsterblichkeit etwa doppelt so hoch.

Der Gesundheitszustand in den GUS-Republiken verschlechtert sich

Detaillierte Mortalitätsdaten aus der ehemaligen UdSSR und ihren Republiken stehen der internationalen Analyse erst seit Ende der 80er Jahre zur Verfügung. Die historischen Trends bei Sterblichkeit und Lebenserwartung sind in den GUS-Republiken kompliziert und müssen besonders gründlich analysiert werden. Die derzeitigen Trends der Lebenserwartung setzen sich aus drei Elementen

zusammen: einem langfristigen sekulären Trend, der Wirkung der Antialkoholkampagne, die Mitte der 80er Jahre in der ehemaligen UdSSR durchgeführt wurde, und den gegenwärtigen Umstellungsschwierigkeiten. Seit den 60er Jahren stagniert die Lebenserwartung in den meisten GUS-Republiken. In den 70er Jahren war sie konstant leicht rückläufig, wobei in der ersten Hälfte der 80er Jahre einige zeitweilige Verbesserungen zu verzeichnen waren. Zwischen 1985 und 1987 stieg die Lebenserwartung steil an, höchstwahrscheinlich aufgrund der Antialkoholkampagne. Auf die Mortalität bezogen betrug der durchschnittliche jährliche Zugewinn an Gesundheit in der ehemaligen UdSSR etwa 100 gerettete Leben pro 100 000 Einwohner. In der Russischen Föderation stieg die Lebenserwartung zwischen 1984 und 1987 bei Männern beispielsweise um 3,2 Jahre, bei Frauen um 1,3 Jahre; sie gipfelte 1986/1987, worauf die anschließende allmähliche Verschlechterung 1992/1993 mit einem starken Absinken einsetzte, das höchstwahrscheinlich auf die sozioökonomische Krise zurückzuführen ist (Abb. 2.3).

Abb. 2.4. Alkoholkonsum und Mortalität in der Russischen Föderation, 1981–1992



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

Die Beurteilung der konkreten Auswirkungen der derzeitigen Wirtschaftskrise auf die Sterblichkeit in den GUS-Republiken wird vor allem dadurch erschwert, daß die sekulären Trends der Lebenserwartung durch die Antialkoholkampagne verzerrt wurden. Die einfachste Annahme geht davon aus, daß alle gegenüber dem Stand von 1984 oder 1985 erreichten Verbesserungen (die Kampagne lief ab 1. Juni 1985) auf diese Kampagne zurückzuführen sind und das Absinken unter dieses Niveau auf die derzeitigen wirtschaftlichen Schwierigkeiten zurückgeht. Betrachtet man 1985 als Ausgangsjahr, lag die Lebenserwartung in der Russischen Föderation 1992 (für beide Geschlechter) um 0,4 Jahre unter diesem Wert, in der Ukraine waren es 0,9 Jahre, in Litauen 0,1 Jahre. Die vorläufigen Daten für 1993 lassen jedoch eine weitere besonders drastische Verschlechterung erkennen, wodurch die Lebenserwartung auf in den 60er oder sogar in den 50er Jahren beobachtete Werte herabgedrückt wird.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Rückkehr zu den früheren, auf den Alkoholkonsum zurückzuführenden Sterblichkeitsmustern wahrscheinlich bis etwa 1991/1992 für den Rückgang der Lebenserwartung verantwortlich ist. Ab 1992 sind höchstwahrscheinlich die Wirtschaftskrise und andere mit dem Übergang zur Marktwirtschaft verbundene Probleme Ursache der weiteren Verschlechterung. Die Trends beim Alkoholkonsum (einschließlich von nicht registriertem Alkohol) erhärten diese Annahme; 1992 erreichte der Konsum in der Russischen Föderation beispielsweise den Stand von 1984 (Abb. 2.4).

Die Komponentenanalyse für die 1984 - 1987 erzielten Verbesserungen der Lebenserwartung und die entsprechenden Verluste im Zeitraum 1987 - 1992 sprechen dafür, daß beide weitgehend auf die gleichen Ursachen zurückgehen und die gleiche Bevölkerungsgruppe betreffen: Es handelt sich nämlich um äußere Ursachen (Unfälle, Tötungsdelikte, Selbstmord), gefolgt von Herz-Kreislaufkrankheiten,

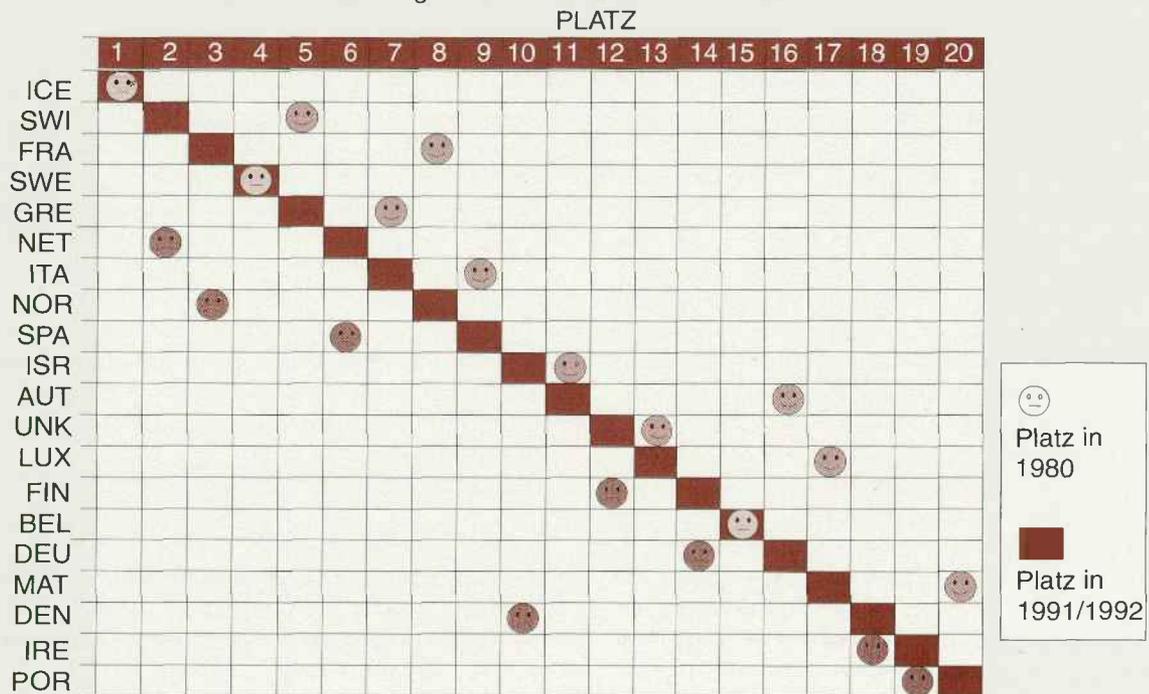
vor allem bei Männern mittleren Alters. Die Mechanismen solcher Auswirkungen sind nicht klar und müssen weiter untersucht werden.

Die für Estland, Kasachstan, Lettland, Litauen und die Russische Föderation vorliegenden vorläufigen Mortalitätsdaten für 1993 zeigen unzweideutige ungünstige Trends, die die Lebenserwartung auf den Stand vor Jahrzehnten zurückdrückt. Dieser Rückgang betraf vor allem Männer. Die Lebenserwartung für Männer betrug in der Russischen Föderation z. B. schätzungsweise 59 Jahre, d. h. sie liegt unter dem Rentenalter. Die Komponentenanalyse bestätigte, daß hier weiterhin die gleichen Todesursachen anführen. 1993 gingen von dem Gesamtverlust von drei Jahren Lebenserwartung bei russischen Männern 1,14 Jahre (38%) auf den Anstieg der Unfälle, Tötungsdelikte und

Selbstmordfälle zurück, 0,97 Jahre (32%) gingen durch Herz-Kreislaufkrankheiten verloren, 0,9 Jahre durch alle anderen Krankheiten.

Nur ein relativ kleiner Teil des Mortalitätsanstiegs in den GUS-Republiken läßt sich den Problemen des Gesundheitswesens zuschreiben (z. B. die Zunahme von Todesfällen durch Infektionskrankheiten und parasitäre oder Atemwegserkrankungen), obwohl die Mängel der Gesundheitsdienste die Versorgungsleistungen und ihre Qualität erheblich beeinträchtigt haben. Der größte Teil der erhöhten Sterblichkeit geht auf die sozioökonomischen Verhältnisse und die Lebensbedingungen zurück, hinzu kommen durch die Lebensweise bedingte Verhaltensfaktoren wie Unfälle, Gewalttätigkeit und Tötungsdelikte, Selbstmord, Streß und alkoholbedingte kardiovaskuläre Todesfälle.

Abb. 2.5. Die 20 Länder mit der höchsten Lebenserwartung in der Europäischen Region: Einstufung zwischen 1980 und 1991/1992



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

Angesichts der Tatsache, daß die Lebenserwartung in den GUS-Republiken z. Z. ausgesprochen niedrig liegt, ist eine gewisse Verbesserung in unmittelbarer Zukunft wahrscheinlicher als eine weitere Verschlechterung. Die Hauptschwierigkeiten der ersten Jahre der Umstellung auf die Marktwirtschaft scheinen, wie oben angedeutet wurde, auch mehr oder weniger überstanden zu sein.

Mittel- und Osteuropa: Schnittstelle zwischen Ost und West

Den Gesundheitszustand in den mittel- und osteuropäischen Ländern könnte man zwischen der Trendverschlechterung im Osten und den Verbesserungen im Westen ansiedeln. Die Länder dieser Gruppe unterscheiden sich jedoch sowohl hinsichtlich der derzeitigen Lebenserwartung als auch in bezug auf die neuesten Trends. Beispielsweise war die Lebenserwartung in Ungarn ab 1989 rückläufig, nachdem man zwischen 1986/1988 erhebliche Verbesserungen erzielt hatte. In der ehemaligen Tschechoslowakei und in Polen ging sie um 1989/1990 leicht zurück, stieg aber 1992 erneut an. In Rumänien verbesserte sich die Lebenserwartung zwischen 1987 und 1991 mit gewissen Einbrüchen im Jahr 1992. (Der neueste Rückgang in Bulgarien, Rumänien und Ungarn ist teilweise auf die von diesen Ländern nach Volkszählungen gemeldeten wesentlich niedrigeren Bevölkerungszahlen zurückzuführen.)

Die Daten für 1992 zeigen einen Anstieg der Lebenserwartung in Albanien und in der Tschechischen Republik. Für Albanien stehen allerdings detaillierte Mortalitätsdaten, auf denen die Lebenserwartung basiert, überhaupt erst seit ganz kurzer Zeit zur Verfügung, und ihre Vollständigkeit muß noch überprüft werden.

Im allgemeinen weisen die für die mittel- und osteuropäischen Länder vorliegenden Daten eher auf einen weiterhin verlangsamten Anstieg oder einen Stillstand als auf einen signifikanten Rückgang der Lebenserwartung hin, wobei Ungarn vielleicht eine Ausnahme bildet. Wenn sich die wirtschaftlichen Schwierigkeiten des Umstellungsprozesses in der Lebenserwartung niederschlagen, ist diese Auswirkung zumindest nicht größer als verschiedene in

der Vergangenheit zu beobachtende zeitweilige Schwankungen. Eine definitivere Antwort kann erst aus historischer Perspektive gegeben werden.

Lebenserwartung in Westeuropa: Die Grenze für weitere Verbesserungen ist bald erreicht

Zwanzig Mitgliedstaaten aus Nord-, West- und Südeuropa, für die Mortalitätsdaten vorliegen, halten in der Region in bezug auf die Lebenserwartung die Spitzenstellung. In dieser Gruppe reicht die Lebenserwartung von 78,8 Jahren in Island bis zu 74,4 Jahren in Portugal. Sie hat sich zumindest in den letzten beiden Jahrzehnten für die gesamte Gruppe ständig verbessert, wenn auch mit unterschiedlicher Wachstumsrate.

Vergleicht man die relative Stellung der Länder zwischen 1980 und 1991/1992, zeigt sich in Dänemark die ungünstigste Veränderung (das Land fiel vom zehnten auf den achtzehnten Platz zurück), danach kommen Norwegen und die Niederlande (Abb. 2.5). Das dänische Gesundheitsministerium versuchte durch eine besondere Untersuchung die Ursachen dieser Veränderung zu klären. Man stellte fest, daß ein Großteil der überhöhten Sterblichkeit in Dänemark auf die Krebsmortalität bei Frauen zurückgeht. Die starke Verbreitung des Rauchens (vor allem unter Frauen), Alkoholkonsum und Arbeitslosigkeit sowie die Tatsache, daß dänische Frauen früh ins Berufsleben eintreten, wurden als Hauptursachen der relativ ungünstigen Entwicklung der Lebenserwartung in Dänemark genannt.

In Portugal war der entgegengesetzte Trend zu verzeichnen. Die Lebenserwartung war in den 70er Jahren ziemlich niedrig, stieg jedoch steil an, wodurch sich das Gefälle zwischen Portugal und den übrigen westlichen Ländern signifikant abflachte.

Da fast alle westlichen Länder das in der „Gesundheit für alle“ festgelegte Ziel einer Lebenserwartung von 75 Jahren bereits mehr als erfüllt haben, stellt sich die Frage nach weiteren Verbesserungsmöglichkeiten. Um eine Antwort auf diese Frage zu finden, errechnete man anhand einer Lebenstabelle, der man die niedrigste, in einem

Land der Region beobachtete altersspezifische Mortalitätsziffer zugrundelegte, die derzeit mögliche Lebenserwartung. Zur Zeit beträgt die mögliche Lebenserwartung für Männer 77,2 Jahre, für Frauen 83,3 Jahre und für beide Geschlechter zusammen 79,8 Jahre. Die Obergrenze der Lebenserwartung läßt sich auch anders abschätzen, nämlich indem man die Frühsterblichkeit auf Null ansetzt. Wenn man die Mortalität vor dem 65. Lebensjahr völlig ausschließt und in den älteren Altersgruppen von einer unveränderten Mortalitätsrate ausgeht, würde sich die Lebenserwartung in Ländern wie Island, Schweden oder der Schweiz nur um 4 - 5 Jahre erhöhen, was bedeutet, daß künftig ein langsamerer Anstieg der Lebenserwartung zu erwarten ist. In der Tat zeichnet sich in den obengenannten Ländern ein reduzierter Anstieg ab, wenn man die jährlichen Durchschnittsrichtungskoeffizienten der Zeiträume 1980 - 1985 und 1985 - 1991 vergleicht.

Rückläufige Säuglings- und Müttersterblichkeit: Einige Ausnahmen geben Anlaß zur Besorgnis

Die Säuglingssterblichkeit reicht in den meisten nordischen und westeuropäischen Ländern von 5 - 8 pro 1000 Lebendgeburten, in einigen zentralasiatischen Republiken dagegen liegt sie bei über 40. Die Trends sind in der gesamten Region ständig rückläufig, obwohl in einigen GUS-Republiken und mittel- und osteuropäischen Ländern nach 1990 ein leichter Anstieg zu beobachten war. Zumindest in einigen GUS-Republiken läßt sich diese Tendenz z. T. auf die Einführung der internationalen Definition von Lebendgeburt zurückführen. In den letzten zwei bis drei Jahren haben die meisten GUS-Republiken der Gesundheit von Kindern einen außerordentlich hohen Stellenwert beigemessen, was einige durch die Ausarbeitung von Konzeptionen, Strategien und Programmen unterstrichen haben.

Die Müttersterblichkeit zeigt eine ähnliche Verteilung und ähnliche Trends. Sie reicht von Null in kleinen Ländern oder etwa 3 Todesfällen pro 100 000 Lebendgeburten in Griechenland bis zu

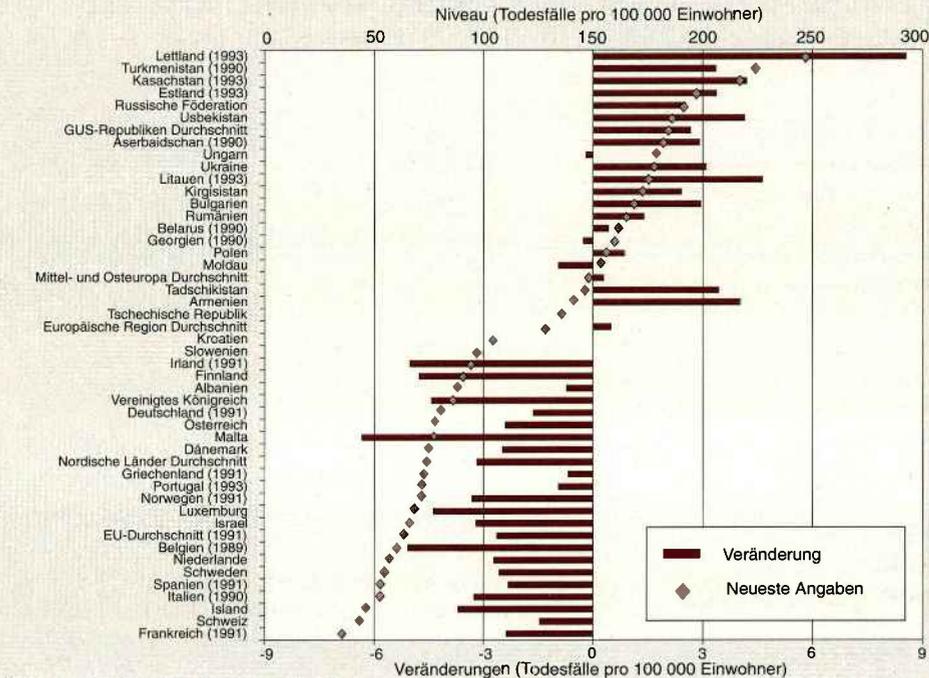
über 60 in Kirgisistan, und in der Türkei sind sogar noch höhere Zahlen zu vermerken. Allgemein ist die Müttersterblichkeit rückläufig, in einigen Ländern, vor allem den GUS-Republiken und in den mittel- und osteuropäischen Ländern, erhöht sie sich jedoch tendenziell. Besonders bemerkenswert ist der Fall Rumänien, wo illegale Schwangerschaftsabbrüche zu einer extrem hohen Müttersterblichkeit geführt hatten. Nachdem das Gesetz über das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs abgeschafft wurde, sind diese Todesfälle deutlich zurückgegangen. Im Durchschnitt geht etwa ein Viertel aller Müttersterblichkeitsfälle auf Schwangerschaftsabbrüche zurück, vielen Ländern ist es indessen bereits gelungen, diese Todesfälle durch eine verbesserte Familienplanung zu reduzieren.

Herz-Kreislaufkrankheiten: Durch Prävention läßt sich viel gewinnen

Herz-Kreislaufkrankheiten sind die führende Todesursache in der Region. Sie verursachen etwa die Hälfte aller Todesfälle und etwa ein Drittel der dauerhaften Behinderungen und sind für einen Großteil der Gesundheitsversorgungskosten verantwortlich. Herz-Kreislaufkrankheiten bilden außerdem das Hauptelement des Ost-West-Gesundheitsgefälles. Demnach würde bereits eine relativ geringe Reduzierung der Herz-Kreislaufsterblichkeit absolut gesehen zu einem erheblichen Zugewinn an Gesundheit führen.

Viele epidemiologische Studien machen deutlich, daß bei der Entstehung von Herz-Kreislaufkrankheiten mit der Lebensweise zusammenhängende Risikofaktoren eine wichtige Rolle spielen. Beispielsweise führen Rauchen, ungesunde Ernährung und geringe körperliche Betätigung zu Bluthochdruck, hohen Cholesterinwerten und Übergewicht. Beobachtungen und Interventionsstudien sprechen dafür, daß man es in den Ländern mit einem sehr unterschiedlichen Risikofaktorenniveau zu tun hat, das wahrscheinlich mit der Schwankungsbreite der Herz-Kreislauf-Erkrankungsraten zusammenhängt. Das wiederum spricht dafür, daß in der Region große Möglichkeiten für vorbeugende Tätigkeiten vorhanden sind (Abb. 2.6).

Abb. 2.6. Standardisierte Mortalität aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten, Altersgruppe 0–64 Jahre: Neueste vorliegende Werte^a und durchschnittliche jährliche Veränderung seit 1985 und bis ungefähr 1992



^a gilt, soweit nicht anders angegeben, für 1992

Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

Die im Hinblick auf die Risikofaktoren zu beobachtenden Unterschiede können die Unterschiede bei den Fröhrtodesfällen aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten zwar weitgehend erklären, doch in den westlichen Ländern könnten auch andere Faktoren zum Rückgang der Sterblichkeit beigetragen haben. Dazu gehören sozioökonomische Unterschiede, Fortschritte der Medizintechnik sowie eine veränderte Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Ausnutzung der Krankenhausversorgung und der ambulanten Betreuung.

Die Erfahrungen mit den in den 70er Jahren vom Regionalbüro für Europa angeregten gemeindenahen Programmen zur Bekämpfung von Herz-Kreislaufkrankheiten zeigen, daß geplante,

koordinierte und sektorübergreifende Anstrengungen dazu führen können, daß sich Risikofaktoren in der Gemeinde verringern. Außerdem arbeiten immer mehr Länder daran, nationale Strategien zur Verhinderung von Herz-Kreislaufkrankheiten umzusetzen, indem sie das Prävalenzniveau dieser Faktoren senken.

Krebs: einige Fortschritte im Westen

Als zweithäufigste Todesursache sind Krebserkrankungen für etwa 20% der Todesfälle in der Region verantwortlich. Auch hier weichen die Trends in den mittel- und osteuropäischen Ländern und in den GUS-Republiken von denen in

anderen Mitgliedstaaten ab (Abb. 2.7). Die Trends in den westlichen Ländern waren früher zwar ungünstig, die neuesten Daten zeigen jedoch für 1991/1992 eine leichte Verbesserung. Seit der letzten Beurteilung der im Hinblick auf die „Gesundheit für alle“ erzielten Fortschritte können mehr westliche Länder rückläufige Trends oder einen sogar verstärkten Rückgang verzeichnen.

Die zwischen den westlichen und östlichen Ländern auseinanderlaufenden Trends der Krebssterblichkeit sind weitgehend auf die Lungenkrebssterblichkeit sowie auf durch Krebs der Verdauungsorgane und durch Gebärmutterhalskrebs verursachte Todesfälle zurückzuführen. Höhere Raucherziffern können die höheren Lungenkrebsraten in den östlichen Ländern erklären. Krebs der Verdauungsorgane geht in den westeuropäischen Ländern zurück, was mit veränderten Ernährungsgewohnheiten zusammenhängen kann. Hier zeichnet sich in den osteuropäischen Ländern kein eindeutiger Trend ab.

Gebärmutterhalskrebs bei Frauen stellt einen Sonderfall dar, die Raten sind in allen Ländern rückläufig, allerdings in Westeuropa weitaus stärker als im Osten.

In den meisten Ländern sterben in der Altersgruppe unter 65 Jahre etwa doppelt so viele Männer wie Frauen an Krebs. Einige nordeuropäische Länder wie Dänemark, Irland, Island, Norwegen und das Vereinigte Königreich bilden jedoch eine Ausnahme von dieser Regel. Sie lassen eine hohe weibliche Krebsmortalität erkennen, die durchaus mit der männlichen Mortalität vergleichbar ist oder diese sogar noch übersteigt. Wie im Zusammenhang mit der Lebenserwartung in Dänemark bereits erwähnt wurde, liegt das höchstwahrscheinlich daran, daß die Frauen in mancher Beziehung Lebensweisen übernommen haben, die früher als männliche Domäne galten, vor allem was das Rauchen angeht.

Das Internationale Krebsforschungszentrum (IARC) führt eine regelmäßige Analyse der neuesten Trends der Krebsmortalität und -inzidenz durch. Der neueste IARC-Bericht deutet darauf hin, daß tabakbedingte Krebsformen vor allem unter Frauen

zunehmen. Alle anderen Krebsformen zeigen entweder stagnierende oder leicht rückläufige Trends.

Verletzungen und Vergiftungen: eine Epidemie in Osteuropa

Externe Ursachen sind die dritt wichtigste Todesursache in den Industrieländern und tragen besonders zur Gesundheitskluft zwischen Ost und West bei. Die auf externe Ursachen zurückgehende Sterblichkeit nimmt in fast allen GUS-Republiken und Ländern Mittel- und Osteuropas zu, geht in den meisten anderen Ländern der Region dagegen zurück.

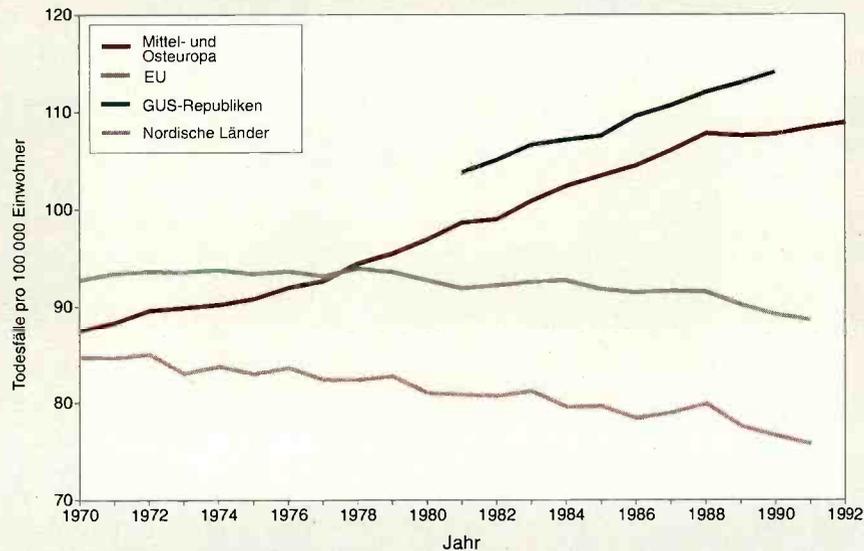
Unfälle bilden die größte Einzelursache für Tod und Behinderung unter jungen Menschen. Begleiterscheinungen der Umstellung auf eine Marktwirtschaft in den GUS-Republiken und in Mittel- und Osteuropa sind wachsende soziale Gewalt, geschwächte Arbeitsschutzmaßnahmen und ein zunehmender psychologischer Streß, der mit der Ungewißheit über die Zukunft und der Unfähigkeit zu tun hat, sich auf neue soziale und wirtschaftliche Bedingungen einzustellen. All das schlägt sich zusammen mit den Auswirkungen eines überhöhten Alkoholkonsums in einigen GUS-Republiken im Anstieg der durch externe Ursachen ausgelösten Sterblichkeit, insbesondere aufgrund von Tötungsdelikten, nieder.

Nach den neuesten verfügbaren Daten liegt die standardisierte Mortalität aufgrund externer Ursachen zwischen 200 Todesfällen pro 100 000 Einwohnern in einigen GUS-Republiken und etwa 30 pro 100 000 Einwohnern im Vereinigten Königreich. Eine relativ hohe Mortalitätsziffer ist, vor allem wegen der hohen Selbstmordrate, auch in Finnland zu beobachten.

Übertragbare Krankheiten: kein Grund zur Sorglosigkeit

Die neuesten Berichte aus einer Reihe von Ländern beweisen, daß übertragbare Krankheiten in der Region leider noch immer große gesundheitliche Probleme darstellen. Auch wenn man die AIDS-Epidemie außer acht läßt, sind die

Abb. 2.7. Standardisierte Krebstodesraten der Europäischen Region, Altersgruppe 0–64, 1970–1992



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

Gesundheitsbehörden vieler Mitgliedstaaten durch das Wiederauftauchen von hochansteckenden Krankheiten wie Poliomyelitis, Diphtherie und Cholera alarmiert.

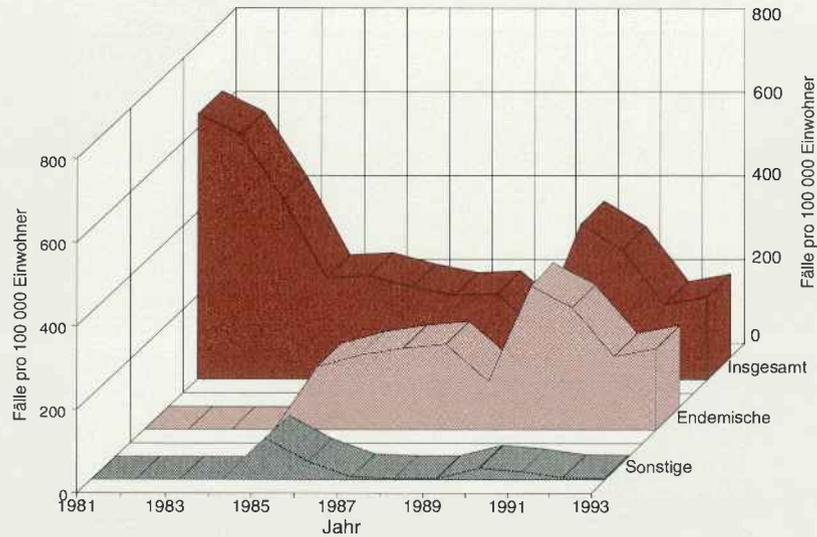
Daß man im Europa der 90er Jahre an Diphtherie oder Cholera stirbt, erscheint äußerst unwahrscheinlich. Dennoch geschieht es, und die Krankheiten könnten sehr leicht auf Gebiete mit bewaffneten Auseinandersetzungen, einer großen Zahl von Flüchtlingen oder schwerwiegenden Wirtschaftsproblemen übergreifen, wenn die Gesundheitsbehörden in ihrer selbstgefälligen Haltung verharren.

Der Durchimpfungsgrad in der Region bleibt im allgemeinen hoch und stabil. Die jüngsten Erfahrungen zeigen jedoch, daß dies beispielsweise zur Ausrottung der Masern nicht ausreicht. Der Keuchhustenschutz ist in einer Reihe von Ländern, vor allem in den GUS-Republiken, unzulänglich. Außerdem war der geringe Durchimpfungsgrad

mit DPT/DT-Impfstoffen in vielen Gebieten von Belarus, der Russischen Föderation und der Ukraine eine der Hauptursachen der Diphtherie-epidemie in diesen Ländern.

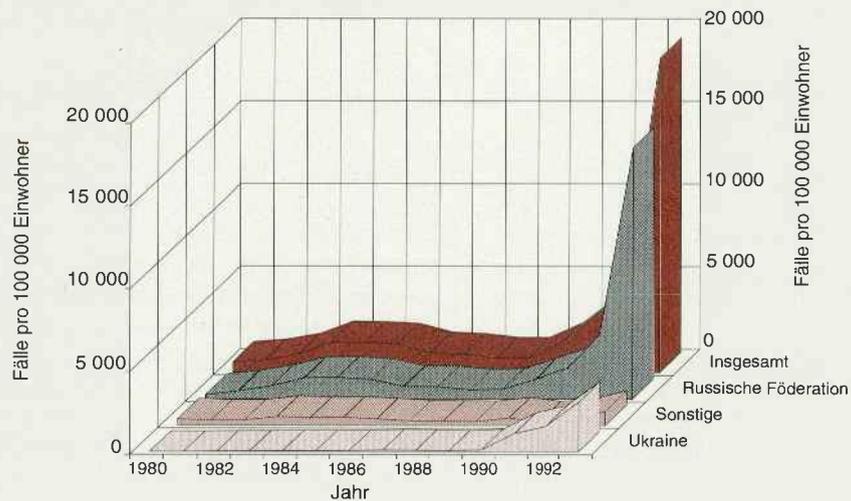
Das globale Ziel einer 95%igen Reduzierung der Masernsterblichkeit wurde bereits erreicht, allerdings scheint das Ziel einer völligen Ausrottung der Krankheit nicht mehr realistisch zu sein. Die Morbidität ist schätzungsweise um 81 – 98% zurückgegangen. Aufgrund der Impfstoffknappheit in einigen GUS-Republiken kam die Ausrottung der Poliomyelitis zwar etwas langsamer voran, doch es besteht weiterhin die berechtigte Hoffnung, daß das Ziel bis zum Jahr 2000 verwirklicht werden kann. 1993 traten in weniger Ländern Poliomyelitisfälle auf, doch die eigentliche Fallzahl stieg (Abb. 2.8). Die Diphtheriesituation verschlechterte sich 1990, 1992 und 1993 ganz dramatisch. Fast alle Fälle wurden aus den GUS-Republiken gemeldet. In der Russischen Föderation und in der Ukraine kam der plötzliche Anstieg der Inzidenz Anfang

Abb. 2.8. Poliomyelitisinzidenz in der Europäischen Region, 1981–1993



Anmerkung: Die Inzidenzangaben sind bis 1984 nicht nach Quellen aufgeschlüsselt.
 Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

Abb. 2.9. Diphtherieinzidenz in der Europäischen Region, 1980–1993



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

der 90er Jahre (Abb. 2.9). Nationale, auf den Empfehlungen des Regionalbüros aufbauende Aktionspläne zur Bekämpfung der Diphtherie wurden in Belarus, der Russischen Föderation und der Ukraine durchgeführt.

In einigen Ländern geht die Tuberkulosemorbidity nicht mehr zurück oder ist sogar wieder angestiegen, was in den westlichen Ländern z. T. auf die Zuwanderung zurückzuführen ist. Während der 80er Jahre gingen die gemeldeten Tuberkulosefälle fast überall in der Region zurück. Seit 1988 haben 13 Länder die Impfung mit BCG-Vakzine eingestellt. In vielen mittel- und osteuropäischen Ländern und GUS-Republicen stagnieren die Tuberkulosemeldungen in den letzten Jahren oder nehmen zu. Verstärkte Meldungen kommen auch aus westlichen Ländern, aus Dänemark, Irland, Italien, den Niederlanden, Norwegen, Österreich und der Schweiz. Angesichts des derzeitigen Massenmigrationstrends, einer zunehmenden Zahl von Flüchtlingen und der kritischen sozioökonomischen Lage in vielen Ländern wird die Krankheitsübertragung sehr wahrscheinlich noch zunehmen.

Das Wiederaufleben der Cholera gibt ebenfalls Anlaß zur Besorgnis. Beispielsweise wurden 1993 in Tadschikistan 165 Cholerafälle registriert, in Dagestan in der Russischen Föderation kam die Krankheit 1994 stark zum Ausbruch. Aus endemischen Gebieten außerhalb der Region importierte Fälle gefährden die Länder, in denen die Kanalisation noch nicht ausgebaut ist und die Hygieneverhältnisse unzulänglich sind.

Bis August 1994 war aus den Ländern der Europäischen Region insgesamt eine kumulative Zahl von 116 000 AIDS-Fällen gemeldet worden. Die jährliche Inzidenz scheint sich abzuflachen, was die Wirkung der von den Mitgliedstaaten seit Beginn der Epidemie unternommenen ungeheuren Präventionsmaßnahmen widerspiegelt. Abbildung 2.10 zeigt die Zunahme der durch intravenösen Drogenmißbrauch und heterosexuelle Kontakte übertragenen Fälle.

Die durch Infektionskrankheiten und parasitäre Krankheiten verursachte Mortalität schwankt zwischen 40 und 50 pro 100 000 Einwohner in den

zentralasiatischen Republiken und 5 - 10 in westeuropäischen Ländern, geht jedoch in den meisten Ländern der Region ständig zurück. Ein leichter Anstieg wurde 1990 - 1993 in den GUS-Republicen beobachtet. Beispielsweise erreichte die Mortalität in Litauen, der Russischen Föderation und der Ukraine 1992/1993 den in der ersten Hälfte der 80er Jahre gemeldeten Stand. Seit Anfang und Mitte der 80er Jahre war in Dänemark, den Niederlanden, in Rumänien und in der Schweiz ein gewisser Anstieg zu beobachten.

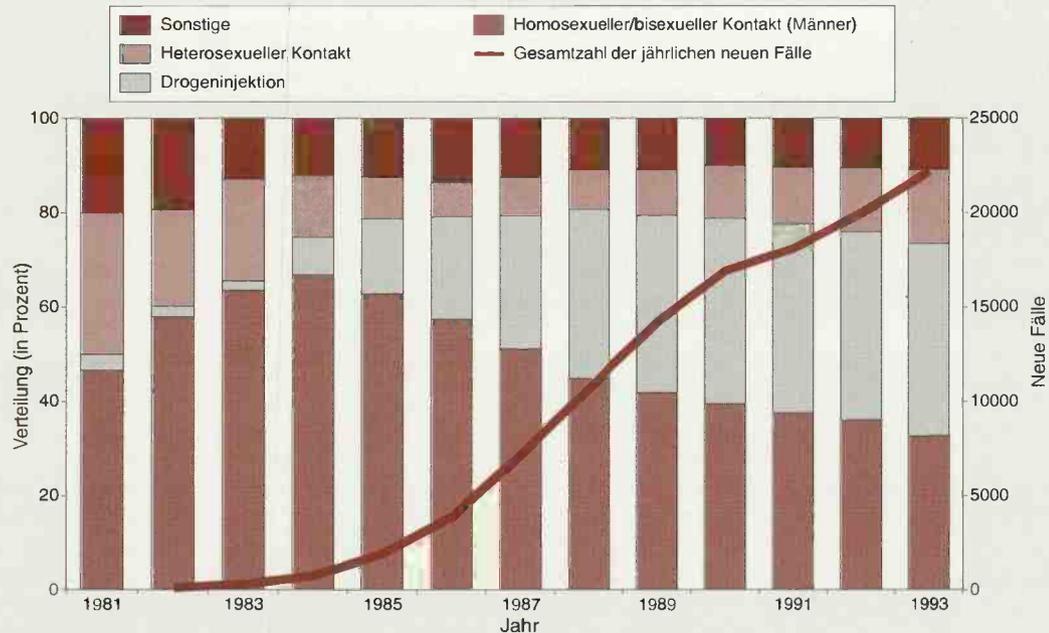
Investition in die Gesundheit von Frauen: Die hohe Müttersterblichkeit in einigen Gebieten bedeutet einen inakzeptablen Verlust für Familie und Gesellschaft

Eine auf der Grundlage ausgewählter regionaler Indikatoren zur „Gesundheit für alle“ durchgeführte Beurteilung des Gesundheitszustands von Frauen in der Europäischen Region bestätigt, daß Frauen länger leben als Männer, und zwar in Westeuropa durchschnittlich 5 - 7 Jahre mehr, in den östlichen Ländern etwa 7 - 13 Jahre länger. Die höhere Mortalitätsziffer bei Männern zieht dabei häufig die Aufmerksamkeit von den Gesundheitsproblemen der Frauen ab. Die Gesundheit von Frauen wirkt sich stark auf die Gesundheit der Kinder, die sie gebären und aufziehen, aus. Die Fürsorge für die Kinder und oft auch die Alten liegt zwar bei den Frauen, doch ihr Gesundheitszustand und ihre soziale Stellung sind normalerweise schlechter als die der Männer. Deshalb wird es sich ganz allgemein positiv auf die Gesundheit der Familie auswirken, wenn man den Gesundheitszustand der Frauen verbessert.

Frauen haben mehr „Lebensjahre mit Gesundheitsstörungen“ (höhere Raten chronischer Krankheiten und Behinderungen) vor sich, was weitgehend mit ihrer längeren Lebenserwartung zusammenhängt.

In insgesamt 10 GUS-Republicen und einem Land in Mittel- und Osteuropa liegt die Müttersterblichkeit bei über 30 pro 100 000 Lebendgeburten. Die abtreibungsbedingte Sterblichkeit ist in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republicen

Abb. 2.10. Verteilung der AIDS-Fälle unter Erwachsenen und Jugendlichen in der Europäischen Region, nach Übertragungsweg^a, Diagnosejahr und auf Meldeverzögerungen bereinigt, 1981–1993



^a Die Fälle von homosexuellem/bisexuellem Kontakt unter Männern und Drogeninjektion verteilen sich gleichmäßig auf die beiden Übertragungswege.

Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

durchschnittlich für etwa 20% bis 25% der Müttersterblichkeitsfälle verantwortlich. Das muß als für Familie und Gesellschaft inakzeptabler hoher Verlust gelten, für den dringend Abhilfe geschaffen werden muß.

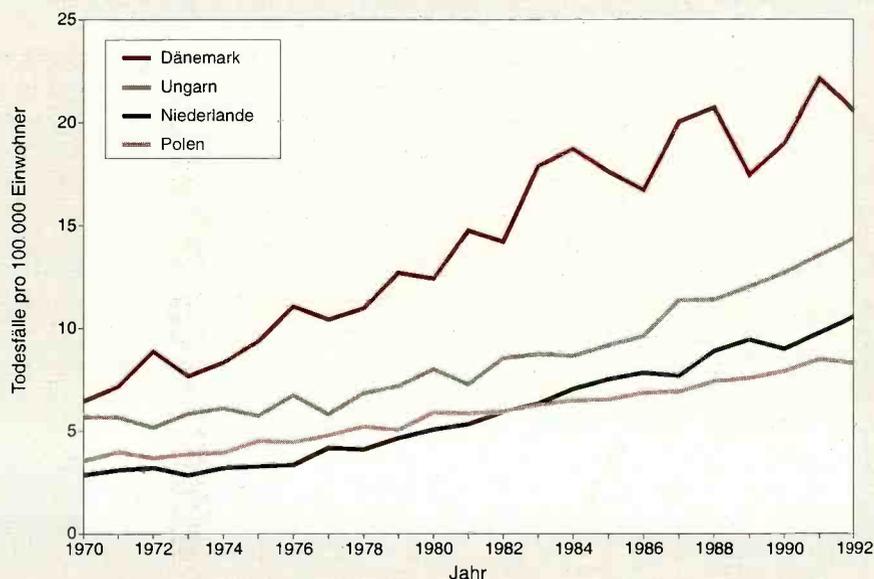
In Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken ist die Abtreibung noch immer das wichtigste Verhütungsmittel, die Abtreibungsrate übersteigt die Geburtenziffer zuweilen um das Zwei- bis Dreifache. Im westlichen Teil der Region sind die meisten Teenagerschwangerschaften ungewollt, weshalb in einigen Ländern etwa ein Drittel dieser Schwangerschaften abgebrochen wird. In vielen Ländern verhindert die fehlende Sexualaufklärung für die gesamte Bevölkerung, daß die Menschen eine wohlüberlegte Wahl treffen können. Diese

Unwissenheit gefährdet die Sicherheit der Frauen und verursacht physische Schäden.

Außer diesen mit der Mutterschaft zusammenhängenden Gesundheitsproblemen haben Frauen auch noch andere, hauptsächlich durch die reproduktiven Funktionen und die Menopause bedingte Probleme. Die Zervixkrebssterblichkeit ist in Mittel- und Osteuropa doppelt so hoch wie im regionalen Durchschnitt und etwa dreimal höher als der Durchschnitt der EU-Länder. Die höchsten Sterblichkeitsraten für Brustkrebs sind allerdings im westlichen Teil der Region zu finden.

Es steht zu befürchten, daß die gezielt auf junge Menschen, insbesondere junge Frauen, angesetzte Tabakwerbung mehr Frauen zu Raucherinnen

Abb. 2.11. Standardisierte Lungenkrebstodesraten bei Frauen in ausgewählten Ländern, Altersgruppe 0–64, 1970–1992



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

machen wird. Der Anstieg der weiblichen Lungenkrebsmortalität in einer Reihe von Ländern veranschaulicht die Gefahr (Abb. 2.11). In einigen westlichen Ländern versucht man, die Zigarettenwerbung in Zeitschriften für junge Frauen zu verbieten.

Die Zahl der Prostituierten und anderer im Sexgewerbe Tätigen nimmt in der Region schnell zu, der Anteil der AIDS-Fälle bei Frauen erhöht sich laufend.

In den westlichen Ländern gilt die geistig-seelische Gesundheit mittlerweile als vorrangiges Anliegen. Frauen leiden häufiger als Männer unter Depressionen und Angstzuständen und erhalten deshalb auch häufiger Beruhigungsmittel. Die Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln wird zunehmend zum Problem.

Hinzu kommt, daß die wirtschaftliche Situation der Frauen im allgemeinen weniger günstig ist als die

der Männer, was wichtige Konsequenzen für ihre Gesundheit hat.

Ältere Menschen: die schwächste Bevölkerungsgruppe

Einige westliche Länder melden, daß sich im Gesundheitszustand alter Menschen eine gewisse Verbesserung abzeichnet. Einige Länder berechnen die behinderungsfreie Lebenserwartung auf der Grundlage von Angaben aus Gesundheitsbefragungen; beispielsweise meldete Frankreich einen deutlichen Anstieg der behinderungsfreien Lebenszeit, und zwar sowohl absolut gesehen als auch im Verhältnis zur Gesamtlebenserwartung.

Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen haben in der staatlichen Politik der meisten Länder der Region tendenziell einen geringen Stellenwert. Besonders schlecht ist die Lage in Mittel- und

Osteuropa und in den GUS-Republiken, wo die alten Menschen, und vor allem die alleinlebenden, als erste unter den Auswirkungen der Wirtschaftskrise zu leiden hatten. Die überaus hohen Inflationsraten der letzten Jahre haben in den GUS-Republiken praktisch alle Ersparnisse der alten Menschen zunichte gemacht. Die staatlichen Renten sind so niedrig, daß damit die steigenden Preise für Wohnen, Heizung und Essen nicht mehr bezahlt werden können. Außerdem wirkte sich die Wirtschaftskrise auch auf die staatlich finanzierten Alteneinrichtungen aus. Internationale Hilfe war wichtig, sie trug dazu bei, die Grundbedürfnisse der in Altenheimen lebenden Menschen zu decken.

Der erfolgreiche Einsatz von Qualitätsindikatoren verbessert die Resultate der Gesundheitsversorgung

Viele chronische Krankheiten und vor allem ihre Komplikationen führen mit Behinderungen und verringerter Lebensqualität zu einer starken Belastung. Zwei Beispiele sind Diabetes und Mundgesundheit.

In den verschiedenen Ländern der Region liegt die Diabetesprävalenz in der Gesamtbevölkerung zwischen 1% und 4%. Auch die Prävalenz der Komplikationen ist unterschiedlich, in den meisten Ländern jedoch tendenziell noch immer hoch. Eine WHO-Studie über Gefäßkrankheiten unter Diabetespatienten in verschiedenen europäischen Studienzentren deutet beispielsweise darauf hin, daß die tatsächliche Prävalenz dieser schweren Komplikation bei Männern zwischen 15% und 40% beträgt und bei Frauen von etwa 20% bis über 50% reichen könnte. Neuere Untersuchungen machten deutlich, daß die Prävalenz der Netzhauterkrankung unter Insulinpatienten wahrscheinlich zwischen 40% und 60% liegt. In Litauen bekommen beispielsweise über 90% aller insulinabhängigen Diabetespatienten letztlich eine Netzhauterkrankung, etwa die Hälfte davon entwickelt wuchernde Veränderungen, die ihr Sehvermögen bedrohen. Die Komplikationsraten liegen in Litauen zumindest in bezug auf Netzhauterkrankungen etwas höher als in Schweden oder in Dänemark,

wahrscheinlich aber treffen sie die Situation in vielen Ländern der Region. Wichtig ist jedoch, daß man es in einigen Gebieten und Ländern, wie in Island, zu sehr niedrigen Komplikationsraten bringen konnte.

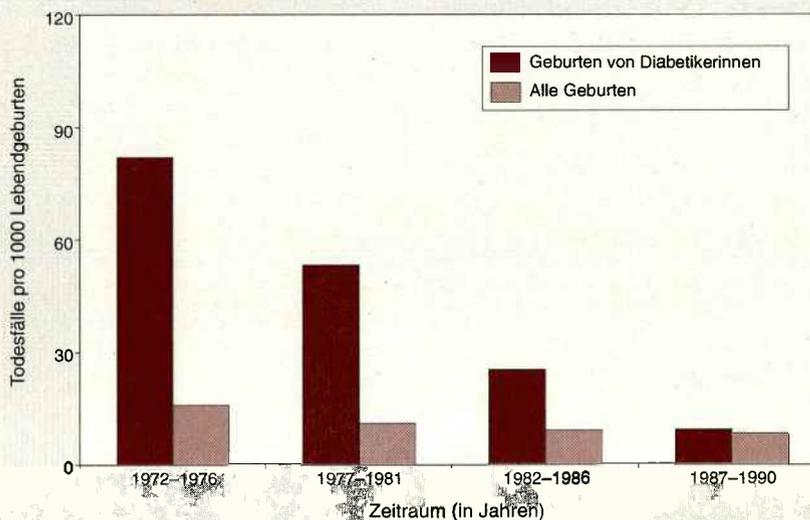
Deshalb wurden in letzter Zeit verschiedene Initiativen angeregt, die die in der Region durch diese Leiden verursachten Belastungen reduzieren sollen. Diese Initiativen gründen sich auf das einfache Prinzip des Informationsaustauschs unter Leistungserbringern, Krankenhäusern oder Ländern über Leistungsergebnisse und die beste Versorgungspraxis, was zu Verbesserungen anregen und motivieren soll. Bereits jetzt ist deutlich erkennbar, daß diese Initiativen dazu geführt haben, daß die Diabeteskomplikationen in einer Reihe von Ländern, u. a. in Kroatien und in Norwegen, zurückgegangen sind (Abb. 2.12).

Außerdem dienen standardisierte Qualitätsindikatoren auf klinischer, regionaler, nationaler und internationaler Ebene in wachsendem Maße als Grundlage der qualitativen Weiterentwicklung auf dem Gebiet der Mundgesundheit. Schon jetzt hat der diese Indikatoren und die besten technischen Lösungen oder Methoden umfassende Informationsaustausch dazu beigetragen, daß die Mundgesundheit in einer Reihe von Ländern, vor allem in Dänemark, erheblich verbessert werden konnte.

Fühlen sich die Europäer weniger gesund?

Man könnte die geistig-seelische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden als ein Kontinuum betrachten, das von schweren psychiatrischen Leiden bis zur völligen Zufriedenheit mit dem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand und der Lebensqualität reicht, wobei Störungen, Erschöpfungszustände und psychologische Probleme von unterschiedlichem Schweregrad auf diesem Kontinuum angesiedelt sind. Schätzungsweise mindestens 5% der Bevölkerung der Region leiden an schweren diagnostizierbaren psychischen Störungen (Neurosen und funktionalen Psychosen), obwohl sich die Prävalenz von Untersuchung zu Untersuchung stark unterscheidet. Zumindest

Abb. 2.12. Vergleich der Perinatalsterblichkeit der Leibesfrucht von Diabetikerinnen und von allen Frauen, Norwegen, 1972–1990



Quelle: nach Jervell u.a.

weitere 15% der Bevölkerung leiden nach Schätzungen unter weniger schweren, potentiell jedoch zu Behinderungen führenden Formen seelischer Erschöpfungszustände.

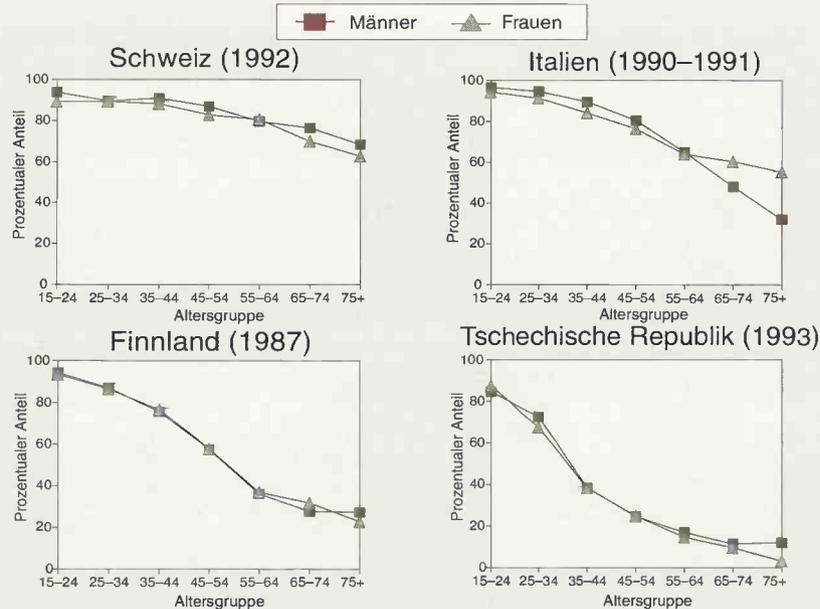
Der subjektiv empfundene Gesundheitszustand ist ein eng mit dem objektiven Gesundheitszustand und den Lebensbedingungen verknüpfter Indikator und macht es möglich, sehr viele gesundheitliche Probleme und Mortalitätstendenzen vorherzusagen. Die für diesen Bericht erhobenen Daten zeigen große und auffällige Unterschiede zwischen den Ländern, deren Ursachen noch besser geklärt werden müssen (Abb. 2.13). Bekanntlicherweise garantiert das Fehlen diagnostizierter Krankheiten noch keinen guten subjektiven Gesundheitszustand, und umgekehrt empfinden sich viele Menschen mit chronischen Krankheiten bei sachgerechter Behandlung dennoch als gesund. In dieser Diskrepanz und wahrscheinlich auch in vielen der zwischen ansonsten vergleichbaren Ländern zu

beobachtenden Unterschiede spiegeln sich unterschiedliche kulturelle Haltungen zur Gesundheit und unterschiedliche persönliche Wertungsmaßstäbe wider.

Geistig-seelische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden sind in der Region zunehmend zum Problem geworden, hauptsächlich als Folge von kriegsbedingten Traumata, Wirtschaftskrisen, sozialer Deprivation und Migration. Die ungewöhnlich raschen und weitreichenden Veränderungen der sozialen, politischen und wirtschaftlichen Strukturen trugen dazu bei, daß heute mehr Menschen mit Depressionen, Angstzuständen und persönlichen Anpassungsproblemen zu kämpfen haben. Dadurch wird die Lebensqualität zwar immer beeinträchtigt, am stärksten mußten sie sich jedoch zwangsläufig dort auswirken, wo bedarfsgerechte Versorgungs- und Stützstrukturen fehlten.

Hinzu kommt, daß in vielen Mitgliedstaaten die Selbstmordrate unter jungen Menschen steigt, daß

Abb. 2.13. Prozentualer Anteil der Menschen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, nach Alter und Geschlecht, ausgewählte Länder



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

ein hoher und noch wachsender Verbrauch an Beruhigungsmitteln und Antidepressiva zu beobachten ist, was neuere Untersuchungen in Ländern wie Finnland und Spanien bestätigt haben. Tötungsdelikte und vorsätzliche Schädigungen nehmen in fast allen Mitgliedstaaten zu. Eine vom Regionalbüro durchgeführte Untersuchung über Selbstmordversuche lieferte die ersten Schätzungen über dieses Verhalten in 13 Ländern. Die Trends sind zwar noch nicht eindeutig, doch die Studie zeigt beispielsweise, daß Arbeitslose eher der Gefahr eines Selbstmordversuchs erliegen.

Ein weiterer zunehmend häufiger benutzter Maßstab ist die behinderungsfreie Lebenserwartung. Es handelt sich dabei um einen Oberbegriff für Indikatoren der durchschnittlichen Dauer unterschiedlicher Gesundheitsphasen innerhalb der

Lebensspanne, die nach Lebenstabellenmethoden errechnet wird. Beispielsweise wurden für die demenzfreie Lebenserwartung verschiedene Berechnungen angestellt. Die Berechnungen für Frankreich zeigten zwischen Lebenserwartung und demenzfreier Lebenserwartung einen Unterschied von knapp einem Jahr, der in allen Altersgruppen nach 65 Jahren konstant bleibt. Die demenzfreie Lebenserwartung wird absolut gesehen voraussichtlich zunehmen, obwohl sie sich als Anteil der Gesamtlebenserwartung leicht rückläufig entwickeln wird. Diese Beurteilung dürfte auch für andere Länder mit vergleichbaren Mortalitätsstrukturen zutreffen.

Darüber hinaus wurde nach wie vor ein Großteil der Menschen mit schweren psychischen Störungen in Anstalten untergebracht, was auf einen

Tabelle 2.2 Fortschritte bei der Verwirklichung ausgewählter Zielvorgaben

Ziel	Zahl der Länder und Anteil an der Bevölkerung der Region (in Prozent) mit:				
	erreichtem Ziel	wahrscheinlich bis zum Jahr 2000 erreichtem Ziel	wahrscheinlich bis zum Jahr 2000 nicht erreichtem Ziel	zum Ziel gegenläufigen Trends	keinen Angaben
6. Lebenserwartung	19 (44%)	2 (2%)	15 (18%)	7 (27%)	7 (9%)
7. Säuglingssterblichkeit	22 (46%)	11 (7%)	13 (39%)	0 (0%)	4 (8%)
8. Müttersterblichkeit	29 (54%)	6 (4%)	10 (39%)	0 (0%)	5 (3%)
9. Herz-Kreislaufsterblichkeit	19 (44%)	1 (1%)	7 (6%)	13 (38%)	10 (11%)
10. Krebssterblichkeit	2 (1%)	10 (21%)	11 (23%)	17 (44%)	10 (11%)
11. Sterblichkeit aufgrund externer Ursachen	7 (19%)	8 (19%)	2 (2%)	25 (50%)	8 (10%)
12. Selbstmord		27 (51%)	Nicht zutreffend	15 (39%)	8 (10%)

Mangel an bedarfsgerechten Versorgungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten schließen läßt. In einigen westeuropäischen Ländern gingen die Einweisungen in langzeitpsychiatrische Einrichtungen allerdings zurück, die gemeindenahen Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten wurden verbessert. Seit 1985 wurde die Zahl der psychiatrischen Betten in Dänemark und in Finnland etwa um die Hälfte, in Schweden um ein Drittel und im Vereinigten Königreich um ein Fünftel reduziert.

Problembewußtsein und Interesse an einer Verbesserung der Lebensqualität für körperlich und geistig Behinderte nehmen zu, wenngleich erst in bestimmten Bereichen. Nach Meldungen scheint es zunehmend schwieriger zu werden, für körperlich und geistig Behinderte geeignete Arbeitsmöglichkeiten zu finden, was wohl hauptsächlich durch die wirtschaftlichen Verhältnisse bedingt ist.

Erreichung der quantitativen Zielvorgaben

Die Verfolgung der im Hinblick auf die „Gesundheit für alle“ gemachten Fortschritte soll zeigen, inwieweit die 38 Ziele für die Europäische Region bereits verwirklicht wurden. Ein Blick auf das Leistungsprofil der Region enthüllt eine deutliche Zweiteilung. Im allgemeinen sind die Resultate in Westeuropa weitaus besser als in den östlichen Ländern der Region. In Tabelle 2.2 werden die erzielten Resultate für die Ziele beschrieben, die sich einer genauen quantitativen Beurteilung unterziehen lassen.

Wichtigste Quellen

Bjerregaard, P. & Juel, K. *Middellevetid og dødelighed* [Durchschnittliche Lebenserwartung und Mortalität]. Kopenhagen, Gesundheitsministerium, 1994.

Coleman, M.P. et al. *Trends in cancer incidence and mortality*. Lyon, Internationales Krebsforschungszentrum, 1993 (IARC Scientific Publications, No. 121).

Diabetes Drafting Group. Prevalence of small vessel and large vessel disease in diabetic patients from fourteen centres. *Diabetologia*, **28**: 615-649 (1985).

Health for all statistical database. Referat Epidemiologie, Statistik und Gesundheitsinformation, WHO-Regionalbüro für Europa, 1994.

Jervell, J. et al. Resultatet av svangerskab hos diabetikere: utviklingen i Norge fra 1967 til 1990 [Schwangerschaftsergebnisse bei Diabetikerinnen: Entwicklung in Norwegen von 1967 bis 1990]. *Norsk epidemiologi*, **4**(1): 34-35 (1994).

Norkus, A. et al. Prevalence of insulin-dependent diabetes mellitus and its complications in Lithuania. *Diabetes, nutrition & metabolism*, **5**(6): 335-338 (1993).

Oganov, R. et al., ed. [Auf dem Weg zu einem gesunden Rußland]. Moskau, Vodolej, 1994 (in Russisch).

Ritchie, K. et al. Dementia-free life expectancy in France. *American journal of public health*, **84**(2) (1994).

Shkolnikov, V. *Levels and trends of life expectancy and mortality in Russia*, 1994. Kopenhagen, Regionalbüro für Europa, 1994 (unveröffentlichtes Dokument).

3 „GESUNDHEIT FÜR ALLE“ IN EUROPA: PRINZIPIEN UND PRAXIS

Gesundheitspolitik

Die Politik „Gesundheit für alle“ gewinnt überall in der Region an Einfluß

Jahrzehntelang schien der Gesundheitsbereich relativ isoliert und ungestört zu sein. Heute ist er vielleicht der von den derzeitigen politischen und wirtschaftlichen Krisen am stärksten betroffene Sektor. Gesundheit ist zu einem Lieblingsthema der Massenmedien und der öffentlichen Meinung geworden und steht deshalb im Mittelpunkt politischer Debatten, die sich auf die Entscheidung über gesundheitspolitische Konzeptionen auswirken. Die Ergebnisse dieser Debatten werden in den wichtigen Reformen von Politik und Gesundheitssystemen umgesetzt, die mittlerweile in den meisten Ländern der Europäischen Region anlaufen.

Die starken finanziellen Sachzwänge in allen Mitgliedstaaten machen verstärkt deutlich, daß Prioritäten gesetzt werden müssen. Als Reaktion auf das herrschende marktorientierte Klima haben viele westeuropäische Länder wie Belgien, Frankreich, Irland, Luxemburg, die Niederlande, Norwegen und das Vereinigte Königreich, in den letzten Jahren Gesundheitsreformen in Angriff genommen. Begleitet wurden diese praktischen Reformbemühungen oft von der Entwicklung einer übergeordneten staatlichen Gesundheitspolitik. Dadurch eröffnen sich neue Möglichkeiten, die Gesundheitsdienste auf die Primärversorgung umzuorientieren und sich auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu konzentrieren. Einige westliche Länder, die sich der Entwicklung von gesundheitspolitischen Konzeptionen auf nationaler Ebene bisher widersetzt haben oder für die deren Relevanz nicht einsichtig war, arbeiten seit einiger Zeit ebenfalls darauf hin.

Mit dem belastenden Erbe einer zentralistischen Steuerung der Gesundheitspolitik und des Managements im Gesundheitswesen konzentrieren

alle Länder Mittel- und Osteuropas und die GUS-Republiken ihre Gesundheitsreformen auf die Versorgungssysteme: Primäre Gesundheitsversorgung, Krankenhausversorgung, Personalfragen und die Qualität der Versorgung. Häufig greifen die Reformen sogar noch weiter und umfassen den gesamten Gesundheitsbereich: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung sowie Umwelt und Gesundheit. Das ist beispielsweise in Armenien, Kasachstan, Kirgisistan, Litauen, der Russischen Föderation und in der Ukraine der Fall.

In Ost und West bezieht man sich bei den Reformen von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgungssystemen oft auf die regionale Politik „Gesundheit für alle“, insbesondere wenn man bei den Reformen sektorübergreifend und umfassend vorgeht. In Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken arbeitet man an neuen Konzeptionen, die sich auf die „Gesundheit für alle“ gründen, jedoch zielgerichteter auf die örtlichen Gegebenheiten zugeschnitten sind.

In den letzten Jahren haben viele Länder nationale gesundheitspolitische Grundsatzdokumente erarbeitet, um die öffentliche Debatte anzuregen und die Ratifizierung der Konzeptionen durch ihre Parlamente zu gewährleisten. Das Regionalbüro hat in diesem Zusammenhang kritische Stellungnahmen zu beispielsweise in Frankreich (*Stratégie pour une politique de santé*), Kroatien, Luxemburg, Türkei und im Vereinigten Königreich (England – *The health of the nation*) erarbeiteten Papieren abgegeben. Außerdem gab das Regionalbüro ein externes Gutachten über Finnlands nationale Politik „Gesundheit für alle“ ab. Auf einer Ende 1992 abgehaltenen Tagung, bei der man sich mit dem Nutzeffekt dieser Untersuchung auseinandersetzte, wurde deutlich, daß sie auf die gesundheitspolitische Entwicklung in Finnland einen erheblichen Einfluß gehabt hatte.

In Mitgliedstaaten mit zentralistischen Gesundheitssystemen, aber auch in Ländern mit föderalen

Strukturen, arbeitet man in zunehmendem Maße an regionalen Konzeptionen. Für die erste Ländergruppe zeigte das Vereinigte Königreich beispielhaft, wie man eine nationale, sich auf die „Gesundheit für alle“ gründende Politik durch die Schaffung von „Arbeitskreisen“ und „Koalitionen für die Gesundheit“ auf Gemeindeebene in die Praxis umsetzen kann. In Ländern mit starker föderaler Struktur, wie in der Schweiz, begann der gesundheitspolitische Entwicklungsprozeß mit der Koordinierung von Tätigkeiten, z. B. bei der Erhebung von Daten und in der Gesundheitsberichterstattung, oder mit dem Austausch von Wissen und Ressourcen innerhalb von mit bestimmten Aufgaben befaßten Koalitionen. Auch die autonomen Regionen in Spanien setzen auf die „Gesundheit für alle“ gegründete Konzeptionen um. Auf internationaler Ebene sind Organisationen der Vereinten Nationen, vor allem das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und die Weltbank, in den Bereich der gesundheitlichen Entwicklung in der Region vorgedrungen, während europäische Organisationen wie die Europäische Union, der Europarat und die Europäische Bank für Wiederaufbau und Entwicklung ihren Tätigkeitsbereich erheblich erweitert haben. Das bisher auf gesundheitspolitischem Gebiet stark begrenzte Mandat der Europäischen Union wurde vor allem durch Artikel 129 des Vertrags über die Europäische Union (den Maastrichter Vertrag) erweitert.

Trotz der von einigen internationalen Organisationen, darunter auch von der WHO, unternommenen Anstrengungen, war die Koordinierung der internationalen Entwicklung schwierig, was die Effizienz internationaler Hilfeleistungen mindert. Inzwischen scheint sich die Lage etwas zu verbessern, obwohl bisher nur zwei in der Region tätige Organisationen, nämlich der Europarat und die Internationale Vereinigung der Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften, die „Gesundheit für alle“ zur Grundlage ihrer Gesundheitspolitik gemacht haben.

Chancengleichheit – auch eine ethische Frage

Chancengleichheit ist ein Grundprinzip der von allen Mitgliedstaaten gebilligten Philosophie

„Gesundheit für alle“. Doch in den letzten Jahren scheinen die Unterschiede zwischen den Mortalitäts- und Morbiditätsraten unter den Ländern und innerhalb der Länder größer geworden zu sein. Einiges spricht dafür, daß sich im gesundheitsbezogenen Verhalten, bei der Zugänglichkeit der Versorgung, bei der Nutzung der Gesundheitsdienste, der Qualität der Versorgung und, was am wichtigsten ist, bei den Grundvoraussetzungen der Gesundheit die Kluft vertieft.

Wie bereits erwähnt, führte die wirtschaftliche Rezession für immer mehr Menschen in vielen Ländern zu Armut, Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit. In einigen Ländern bewirkte die Begrenzung der öffentlichen Ausgaben einen Abbau der gesundheitlichen und stützenden Leistungen. Davon scheinen die niedrigeren sozioökonomischen Schichten stärker betroffen zu sein als andere. Die Länder können und müssen viel tun: zur Verbesserung ihrer Informationssysteme, so daß sie die gesundheitlichen Chancengleichheiten widerspiegeln, für die Ausarbeitung und Umsetzung sektorübergreifender Handlungskonzepte zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich und für den Schutz schwacher Gruppen im derzeitigen Klima der Kostendämpfung.

Die Gesundheitskluft zwischen Ost und West verlangt nach dringenden Maßnahmen. Unabdingbar ist, daß sich die Mitgliedstaaten gemeinsam mit der WHO ganz entschlossen darum bemühen, Chancengleichheiten abzubauen, wenn die Ziele der „Gesundheit für alle“ erreicht werden sollen.

Die Grundlagen von Public-health-Maßnahmen

Entstehung und Stärkung eines neuen Modells für Public-health-Maßnahmen

Seit Mitte der 80er Jahre ist die europäische Strategie „Gesundheit für alle“ das Schlüsselinstrument zur Gestaltung eines Aktionsmodells für eine neue öffentliche Gesundheit, das eine Synthese aus individuellen Verantwortlichkeiten und Rechten und

sinnvollen Maßnahmen im Gemeinderahmen darstellt. Das Modell überbrückt alte fachdisziplinäre Trennungen und vereint in einem gemeinsamen gesundheitswissenschaftlichen Rahmen Soziologen und Politologen, Epidemiologen, Biomediziner und Praktiker der Gesundheitsversorgung sowie Gesundheitsmanager und Ökonomen. Durch das Schwergewicht auf einer breiten gesellschaftlichen Verpflichtung auf explizite Gesundheitsziele hat sich ein gewisser Sinn für Zusammenhänge herausgebildet. Das Modell konzentriert sich auf die Effektivität der Public-health-Maßnahmen und setzt voraus, daß die in bezug auf die Ziele gemachten Fortschritte verfolgt und evaluiert werden, was das Denken im Bereich der öffentlichen Gesundheit grundlegend verändert.

Anfang der 90er Jahre wurde dieses Aktionsmodell in der ganzen Region und darüber hinaus gestärkt. Nationale Konzeptionen, das Netzwerk „Regionen für die Gesundheit“ sowie die sich erweiternden „Gesunde Städte“- und „Gesundheitsfördernde Schulen“-Bewegungen ziehen aus diesem Modell Anregungen. Gemeindeorientierte Prävention und Bekämpfung von Krankheiten bewegen sich über die reinen biomedizinischen Interventionsprogramme hinaus. Reformen der Gesundheitsversorgung und die Arbeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität werden durch die verstärkte Betonung der gesundheitlichen Effektivität und der Resultate von Gesundheitsversorgung beeinflusst.

Zu den wesentlichsten Auswirkungen dieses Aktionsmodells für die öffentliche Gesundheit gehörte die Entstehung zahlreicher und vielfältiger „Gesundheitspartnerschaften“. Besonders wichtig sind dabei diejenigen, die öffentliche und wirtschaftliche Interessen enger miteinander verknüpfen, z. B. in Lebensmittelindustrie und Handel, in der Pharmaindustrie, im Fremdenverkehr und in der Erholungsindustrie oder in der Informations- und Telekommunikationsbranche. Durch diese Partnerschaften ist die öffentliche Gesundheit mittlerweile besser imstande, mit der Industrie zusammenzuarbeiten. Sie ließen zudem deutlich werden, daß die von seiten bestimmter wirtschaftlicher Interessen unternommenen Versuche, stichhaltiges wissenschaftliches Beweismaterial zu verwerfen

oder als unglaubwürdig zu diskreditieren, weniger sinnvoll sind als offene Zusammenarbeit.

Die z. Z. laufende internationale Diskussion über Bevölkerungs- und Umweltfragen sowie die UNDP-Agenda über menschliche Entwicklung, das UNICEF-Konzept für das Wohlergehen von Kindern und der neueste Bericht der Weltbank über Investitionen in Gesundheit haben dieser Renaissance der öffentlichen Gesundheit weiteren Auftrieb verliehen. Von erheblicher Bedeutung ist zudem die Mitteilung der Europäischen Kommission über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die sich mit einigen wichtigen Aspekten der Entwicklung der öffentlichen Gesundheit in Europa befaßt.

Gesundheitswissenschaftliche Forschung: Eine Aufwertung steht noch aus

In den meisten Ländern gibt es noch immer keine landesweite gesundheitswissenschaftliche Forschungspolitik. Die gesundheitswissenschaftliche Forschung konzentriert sich auch weiterhin auf herkömmliche Disziplinen der öffentlichen Gesundheit wie Epidemiologie und individuelle Risikofaktorenmodelle. Bisher wurde sie noch nicht ausreichend auf neuentstehende prioritäre Bereiche wie wirtschaftliche Evaluierung und Qualitätssicherung ausgerichtet. Die gesundheitswissenschaftliche Forschung muß über die Beurteilung der gesundheitlichen Bedürfnisse einer Bevölkerung hinausreichen und die Effizienz gesundheitlicher Interventionen abstützen.

Vor allem aber braucht man eine neue Koalition zwischen politisch-konzeptionellen Vordenkern und Wissenschaftlergemeinschaft. Eine wirksame Strategie setzt voraus, daß sie einander helfen, ihre komplementären Funktionen zu erfüllen. Für die gesundheitswissenschaftliche Forschung lautet die zentrale Frage deshalb, wie sie für den politischen Prozeß relevant sein kann. Das ist das wichtigste Anliegen der Gesundheitssystemforschung.

Vor allem in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken fehlen in der Gesundheitssystemforschung die kompetenten personellen Ressourcen.

Es gibt in diesen Ländern keine sozialwissenschaftlich ausgebildete jüngere Wissenschaftlergeneration. Doch auch in der übrigen Region fehlen qualifizierte Wissenschaftler in der Gesundheitssystemforschung und damit verwandten Gebieten. In einigen Ländern, wie im Vereinigten Königreich, wird z. Z. in die übergeordnete Gesundheitsstrategie eine Forschungs- und Entwicklungsstrategie eingebaut, die die bereits bestehende Forschung so zusammenführen kann, daß sie die Politik beeinflußt, wozu auch gehört, daß man aufzeigt, wo Mittel abgezogen werden müssen.

Das EU-Forschungsprogramm BIOMED entwickelt allmählich eine strategischere Konzeption für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitssystemforschung, wozu 1994 vor allem die Einrichtung eines Beratungsausschusses beigetragen hat.

Gesundheitsinformation: Wer wird gesünder und warum?

Die explosive Entwicklung der Informations- und Telekommunikationstechnik hat mittlerweile auch den Gesundheitssektor erreicht, und zwar durch die rasche Erweiterung von Informationsnetzen wie Internet oder die Entwicklung gesundheits-spezifischerer Informationsnetze wie ENS/CARE, das von der WHO, der Europäischen Kommission und ihren Partnern entwickelt wurde.

Die potentiellen Nutzern zur Verfügung stehenden Informationsprodukte (z. B. Veröffentlichungen, Datenbanken und Darstellungsinstrumentarien) wurden zwar inzwischen erheblich verbessert und bieten eine Vielfalt von Möglichkeiten; Inhalt und Qualität der erhobenen Daten bleiben jedoch im Prinzip unverändert. Der wichtigste Anstoß zur Veränderung von Informationssystemen scheint von den mit Information befaßten Industriezweigen auszugehen. Deshalb sind Entwicklungen eher durch technologische Innovationen als durch neue Konzeptionen im Hinblick auf die für Public-health-Politik und -Maßnahmen erforderliche Art und Struktur der Information beeinflußt. Die Nutzer von Informationssystemen und Informationsprodukten werden in die Entwicklung dieser Systeme dagegen nicht ausreichend einbezogen.

Die Reformen des Gesundheitswesens haben die Nachfrage nach Informationsunterstützung steigen lassen. Leider bildet die fehlende Information heute mehr denn je einen Stolperstein. Die augenfälligsten Beispiele sind:

- die fortgesetzten Lücken in der Berichterstattung über Chancenungleichheiten im Gesundheitsbereich;
- die Unfähigkeit, die wahren Kosten der Gesundheitsdienste anzugeben;
- die Schwierigkeit, sich auf für internationale Vergleiche erforderliche gemeinsame Standards zu einigen, und
- das Fehlen eines explizit gemachten Zusammenhangs zwischen den Kosten der Gesundheitsversorgung und dem erreichten Zugewinn an Gesundheit.

Die Region sieht sich ständig mit dem Widerspruch konfrontiert, daß in der klinischen Medizin und in der gesundheitsbezogenen Industrie das Wissen rasch zunimmt, während man nur spärliche Informationen darüber besitzt, wer gesünder wird und wessen Gesundheit sich verschlechtert und weshalb.

In Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken befinden sich die Informationssysteme mitten in einer Umstellungskrise. Dezentralisierung und Umverteilung der Macht haben bewirkt, daß der Zentralverwaltung nur wenig Kapazitäten zur Unterstützung der herkömmlichen Informationssysteme bleiben, d. h. von Systemen, die Auskunft über Gesundheitseinrichtungen und ihre Tätigkeiten geben. Außerdem werden die bestehenden Mängel der etablierten Informationsstrukturen im Gesundheitssektor noch durch weitere Faktoren verschärft, u. a. durch die Tatsache, daß zur Modernisierung der Geräteausstattung nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen, daß das ausgebildete Personal in den Privatsektor abwandert, die (meist überholten) Meldebestimmungen nicht genügend eingehalten werden und, was vielleicht am gravierendsten ist, eine deutliche Vorstellung von der Zukunft des Gesundheitssystems fehlt.

Überall in der Region entwickelt sich die Frage, wem die gesundheitswissenschaftlichen Informationen gehören und wer Zugang dazu hat, zu einem immer größeren Problem. Ganz offensichtlich liegt es im Interesse der Öffentlichkeit sicherzustellen, daß die Gesundheit der Bevölkerung nach den besten wissenschaftlichen Maßstäben analysiert wird, doch wenn die Nutzer gesundheitswissenschaftlicher Daten sich um Zugang dazu bemühen, stoßen sie häufig auf Hindernisse.

Andererseits, und das ist positiv zu vermerken, bieten die grundlegenden Veränderungen des sozioökonomischen Umfelds und die Bemühungen, sich an die neuen Realitäten in der Region anzupassen, einzigartige Möglichkeiten zur allmählichen Entwicklung einer flexibleren, sozial wirksamen und verbraucherfreundlichen Informationskultur. Mit den beim Aufbau der internationalen Datenbank für Indikatoren zur „Gesundheit für alle“ gewonnenen Erfahrungen hat man ein Modell für den politischen Prozeß an der Hand, der erforderlich ist, wenn alle Beteiligten Information wirklich als Instrument der gesundheitlichen Entwicklung nutzen sollen.

Aufbau von Fakultäten für die neue öffentliche Gesundheit

Trotz der Tatsache, daß man von den Gesundheitswissenschaftlern die Übernahme neuer Rollen erwartet, hat sich die Public-health-Ausbildung in der Region bisher noch nicht grundlegend geändert. In den meisten Mitgliedstaaten laufen jedoch einige Initiativen. In ein paar Ländern, wie in Deutschland und Spanien, wurden neue gesundheitswissenschaftliche Studiengänge eingerichtet, die sich in der Lehre auf die Prinzipien der „Gesundheit für alle“ stützen. In den meisten Fällen handelt es sich allerdings nur um neue Fächer wie Gesundheitsökonomie, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, die an die bereits bestehenden angehängt wurden. Die Einführung dieser Disziplinen ist zwar begrüßenswert, zeigt aber nur, daß der Trend zur Überspezialisierung weitergeht.

Die meisten postgradualen Ausbildungsgänge stützen sich auf Einzeldisziplinen und sind oft auch nur

auf einen einzigen Berufszweig ausgerichtet. Es gibt mittlerweile so viele gesundheitswissenschaftliche Ausbildungsgänge wie gesundheitswissenschaftliche Berufslaufbahnen. Diese Tatsache ist äußerst hinderlich für den Aufbau der interdisziplinären konzeptionellen Arbeit und Planung, die der Strategie „Gesundheit für alle“ inhärent sind. In der europäischen Strategie „Gesundheit für alle“ heißt es:

Insgesamt hat man sich in der Bildungspolitik und in der Didaktik bisher zu stark darauf verlegt, Fachleute mit sehr spezifischem Können und spezifischen Qualifikationen auszubilden, statt „Generalisten“ heranzubilden, die einen breiten Ausblick besitzen, anpassungsfähig und bereit sind, ihre eigene Arbeit mit der anderer innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors zu integrieren.

Die anhaltende Kluft zwischen der traditionellen Hygienefunktion der öffentlichen Gesundheit und den Aufgaben im Dienstleistungsmanagement, vor allem der Krankenhausdienste, ist das problematischste Kennzeichen der gegenwärtigen Situation. Der größte Teil des erneuten Interesses am Management im Gesundheitssektor konzentriert sich auch weiterhin eng auf das Krankenhaus. Die Hauptaufgabe besteht jedoch darin, Kompetenzen für das Gesundheitsmanagement zu entwickeln, da man sonst das Risiko eingeht, eine Generation von Krankenhausmanagern heranzuziehen, die noch besser macht, was sie eigentlich überhaupt nicht tun sollte.

Gebraucht wird ein gemeinsames Kerncurriculum für alle Studenten der Gesundheitswissenschaften, das ihnen ein gemeinsames Verständnis für die neue öffentliche Gesundheit eröffnen und den Schwerpunkt auf die Gesundheit der Bevölkerungen sowie auf ein globales Modell der Gesundheit und des gesundheitlichen Zugewinns legen würde. Dieser gemeinsame Ausbildungsgang (der vielleicht den Kern eines europäischen Diplomstudiengangs in Gesundheitswissenschaften bilden könnte) ist notwendig, um die der Strategie „Gesundheit für alle“ zugrundeliegende Public-health-Philosophie zu systematisieren.

In enger Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa hat die Association of Schools of Public

Health in the European Region (ASPHER) zum Aufbau neuer Fakultäten und Studiengänge beigetragen.

| Wichtigste Quellen

„Gesundheit für alle“ - Forschungsstrategien. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1989 (englisch 1988), (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 2).

Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 4).

Bury, J.A. & Svensson, P.-G., ed. *Training and research in public health.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1994 (Training and Research in Public Health Dialogue Series, No. 1).

4 PUBLIC-HEALTH-MASSNAHMEN

Gesunde Lebensweisen

In zahlreichen Mitgliedstaaten setzt man auf nationaler, regionaler und örtlicher Ebene Konzepte, Strukturen und Programme in die Praxis um, die sich im breiten Rahmen mit Fragen der Lebensweise befassen. Die Gesundheitsförderung konzentriert sich weiterhin eng auf Probleme wie Rauchen, Drogen und HIV und AIDS. Dabei sind finanzielle Engpässe die wichtigsten Hindernisse für eine Modernisierung der Infrastruktur der Gesundheitsförderung. Ein wesentliches Entwicklungselement einer solchen Modernisierung ist jedoch das schnelle Anwachsen der Projekte Gesunde Städte und Gesundheitsfördernde Schulen. Ersterem haben sich 33 Städte sowie 20 nationale und verschiedene regionale Netzwerke mit über 600 Städten aus der gesamten Europäischen Region angeschlossen. Das Projekt umfaßt mittlerweile auch immer mehr mittel- und osteuropäische Länder und GUS-Republiken.

Die wirtschaftliche Rezession bewirkt, daß sich jetzt viele Mitgliedstaaten damit befassen müssen, wie chronische Arbeitslosigkeit und die ungesicherte Arbeitsplatzsituation in die Lebensweisen eingreifen. Tiefgreifende wirtschaftliche Veränderungen wirken sich einschneidend auf die Lebensqualität großer Bevölkerungsgruppen der Region aus.

Ein erheblicher Teil der Bevölkerung in der Region hat, wenn er sich gesunde Lebensweisen angewöhnen will, noch immer gegen Hindernisse anzukämpfen. Seine Lebensweise umzustellen, kann man sich oft nicht leisten, und das gilt in den westlichen wie in den östlichen Ländern. In verschiedenen Teilen der Region sind die Menschen Umweltgefahren ausgesetzt, die sich ihrer Kontrolle entziehen.

In vielen Ländern zeichnet sich mittlerweile jedoch ein positiver Trend ab. Die Bevölkerung fordert von den Regierungen gesundheitsförderliche Gesetze, z. B. zum Thema Rauchen, zur Lebensmittelkettierung, für unverbleites Benzin. In verschiedenen Mitgliedstaaten bemühen sich staatliche

und nichtstaatliche Organisationen und Wohlfahrtsverbände immer mehr darum, auf landesweiter und örtlicher Ebene die Infrastruktur der Gesundheitsförderung zu stärken. Das ist der richtige Weg, um die Prinzipien der „Gesundheit für alle“ umzusetzen. Allerdings wird es seine Zeit dauern, bis die gewohnte Passivität der Bevölkerung überwunden ist und man ein Gefühl dafür geschaffen hat, daß Gesundheit ein Gemeingut ist, wozu auch gehört, daß man die damit verbundenen Rechte, Pflichten und Möglichkeiten anerkennen und schätzen lernt.

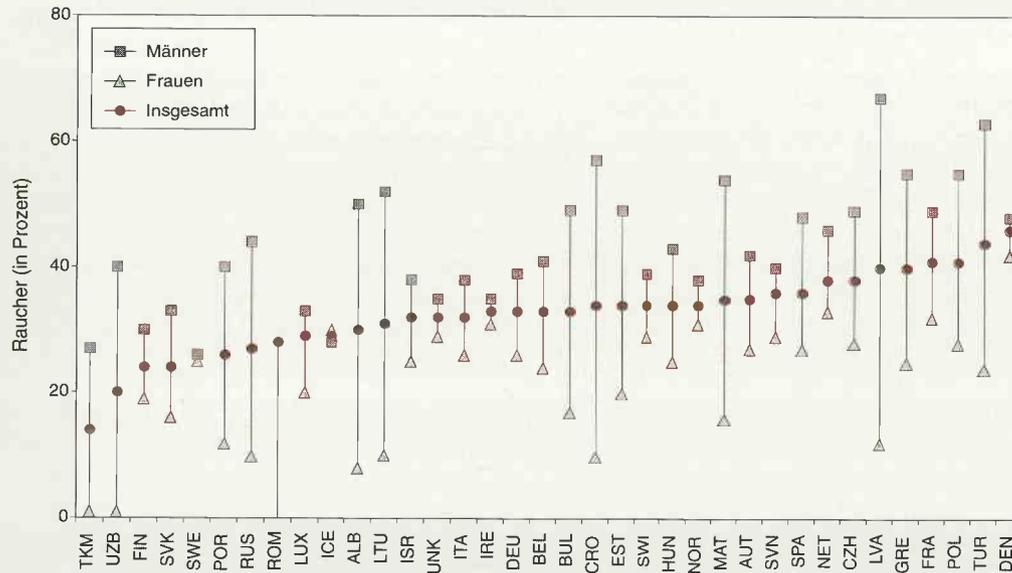
Die Praxis der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung sieht in der Region zwar ganz unterschiedlich aus, die meisten Systeme durchlaufen jedoch irgendeine Reform. Allerdings beschränken sie sich zur Zeit meist auf Fragen der Finanzierung und der Erbringung ärztlicher Leistungen. Nur sehr wenige Mitgliedstaaten führen Reformen durch, die sich unzweideutig auf die zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensweisen benötigten Konzepte gründen.

Der Ruf nach einer härteren Tabakpolitik

Eine Reduzierung der Prävalenz des Rauchens hat bisher nur gemischte Erfolge gezeigt (Abb. 4.1). Einerseits werden mehr Zigaretten geraucht, andererseits hat sich die Zahl der erwachsenen Raucher in allen Teilen der Region ständig rückläufig entwickelt. Da dieser Trend weitgehend für mäßige Raucher unter den Männern gilt, verbirgt sich hinter diesen Verbesserungen eine sich verschlechternde Situation unter den Frauen, vor allen in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken. Die WHO-Studie über das Gesundheitsverhalten von Schulkindern zeigte einen Anstieg des wöchentlichen Zigarettenkonsums, und zwar ganz besonders unter Mädchen (Abb. 4.2).

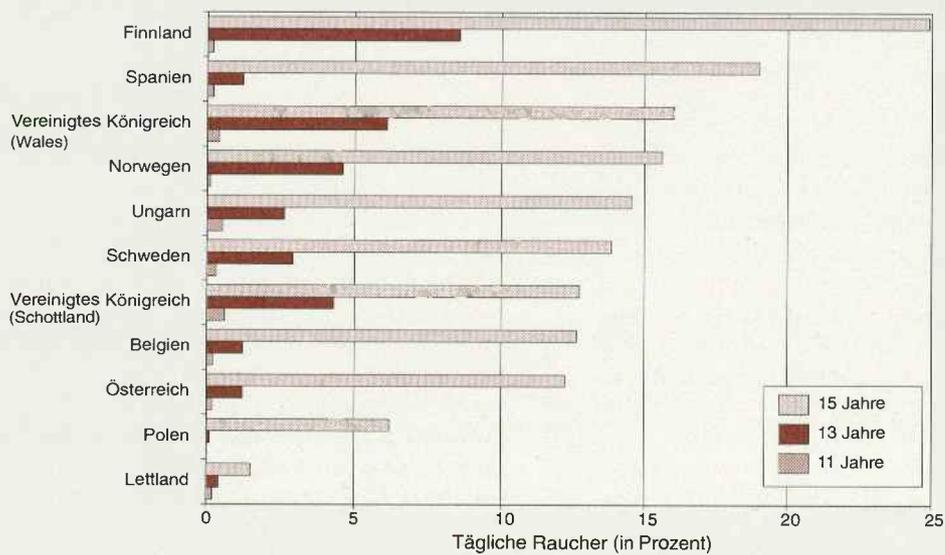
Die Gesamtzahl der auf das Rauchen zurückzuführenden Todesfälle nimmt in der Region noch zu und wird 1995 voraussichtlich 1,4 Millionen erreichen. Diese Todesfälle betreffen in zunehmendem

Abb. 4.1. Geschätzte Raucherprävalenz in der Europäischen Region, Anfang der 90er Jahre



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

Abb. 4.2. Regelmäßige Raucher unter Mädchen der Altersgruppe 11, 13 und 15 Jahre, 1990



Quelle: Kannas u.a.

Maße die mittleren Altersgruppen. Beispielsweise wird der Tod jedes zweiten polnischen Mannes der Altersgruppe 35 bis 59 Jahre auf das Rauchen zurückgehen.

In den letzten Jahren steigt die Besorgnis über die Tätigkeiten der Tabakindustrie, vor allem in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken. Die westliche Tabakindustrie hat viel Geld investiert, um die erheblichen Möglichkeiten zur Erweiterung ihrer Marktanteile, insbesondere unter Frauen, nutzen zu können. Diese Länder haben einen großangelegten aggressiven Werbevorstoß erlebt, der sich oft an unerfahrene Zielgruppen richtet. Ausländische Investitionen in den Kauf und den Bau von Fabriken sowie die Einführung neuer Technologien werden zweifellos Produkte auf den Markt bringen, die für Frauen und junge Menschen attraktiver sind.

Nationale Antiraucherstrategien konnten in Finnland und im Vereinigten Königreich die Lungenkrebssterblichkeit erfolgreich reduzieren, doch die politische Bereitschaft, landesweite Pläne zur Bekämpfung des Rauchens aufzustellen, und zur Bereitstellung der dafür erforderlichen Finanzmittel ist im allgemeinen noch immer gering, vor allem in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken. Das steht im Gegensatz zu den Ergebnissen von Untersuchungen, die zeigen, daß die Öffentlichkeit für Maßnahmen zur Bekämpfung des Rauchens, z. B. ein Verbot der Tabakwerbung, eintritt. Seit 1987 haben etwa 20 Länder neue Regelungen oder Programme zur Bekämpfung des Rauchens eingeführt. Dazu gehörten zwischen 1990 und 1994 Frankreich, Norwegen, Schweden, Ungarn und das Vereinigte Königreich. Viele Länder scheinen noch immer außer acht zu lassen, daß die Preispolitik sehr wichtig ist, obwohl beispielsweise die schwedischen Erfahrungen deutlich zeigen, daß eine drastische Erhöhung der Tabaksteuern zusammen mit breitangelegten Aufklärungskampagnen zu einem beträchtlichen Umsatzrückgang führt.

Trinkgewohnheiten: Einige Fortschritte, aber wie lange noch?

Insbesondere in Südeuropa, wo der Gesamtverbrauch früher hoch lag, ist der Alkoholkonsum

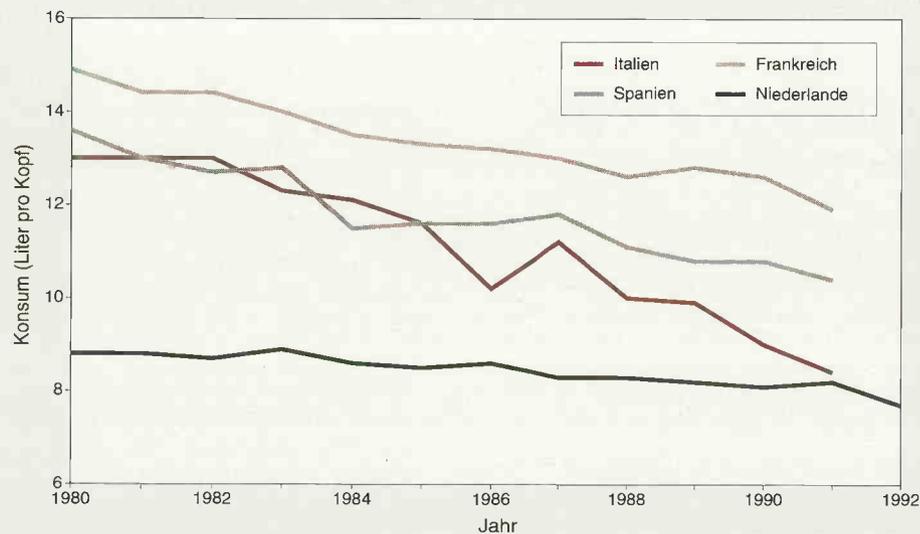
beträchtlich zurückgegangen (Abb. 4.3). In Nord-europa mit seinem deutlich niedrigeren Konsumniveau bleibt die Situation konstant, während der Alkoholkonsum in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken zugenommen hat.

Anlaß zur Besorgnis gibt das Trinkverhalten junger Menschen, da der Konsum, vor allem von Bier, allgemein steigt. Dabei ändern sich die Trinkgewohnheiten der Mädchen rascher als die der Jungen. Die gleiche Tendenz ist auch bei Frauen zu beobachten, bei ihnen zeichnet sich ebenfalls ein Trend zu steigendem Konsum ab. Wahrscheinlich hat sich die Wirtschaftsrezession in Europa positiv auf den Alkoholkonsum ausgewirkt, obwohl er in einigen Gebieten auch bereits vor der Rezession rückläufig war. Allerdings könnte der Konsum wieder steigen, wenn bei einer Verbesserung der Wirtschaftslage das verfügbare Einkommen wieder ansteigt.

Die Indikatoren für alkoholbedingte Krankheiten zeigen ein ähnliches Bild: einen Rückgang in Südeuropa, geringfügige Änderungen in den nördlichen Ländern. Einiges deutet jedoch darauf hin, daß sich die Situation in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken in den letzten Jahren verschlechtert hat, nachdem man in der ehemaligen Sowjetunion während der 1984/1985 durchgeführten Antialkoholkampagne einige Verbesserungen verzeichnen konnte.

Das Interesse an Public-health-Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholkonsums scheint zuzunehmen. In den meisten mittel- und osteuropäischen Ländern und GUS-Republiken arbeitet man an neuen Alkoholgesetzen. Besonders bemerkenswert sind die Handlungsansätze in Südeuropa, wo Antialkoholmaßnahmen bisher als nicht sonderlich vorrangig galten. Beispielsweise wurde in Frankreich ein neues Werbegesetz eingeführt, in Italien und Spanien führte man auf regionaler Ebene gezielte Public-health-Initiativen durch. Italien erreicht als erstes Land eine 25%ige Reduzierung des Verbrauchsniveaus von 1980. Auch in Frankreich und Spanien bestehen gute Aussichten dafür, daß dieses Ziel erreicht wird, wenn sich der derzeitige Trend hält. Allerdings

Abb. 4.3. Jährlicher Konsum an reinem Alkohol in ausgewählten Ländern, von 1980 bis zum letzten verfügbaren Jahr



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

arbeiten die Länder mit völlig unterschiedlichen Handlungsansätzen und gehen auch bei der Durch- und Umsetzung der Bestimmungen ganz unterschiedlich vor.

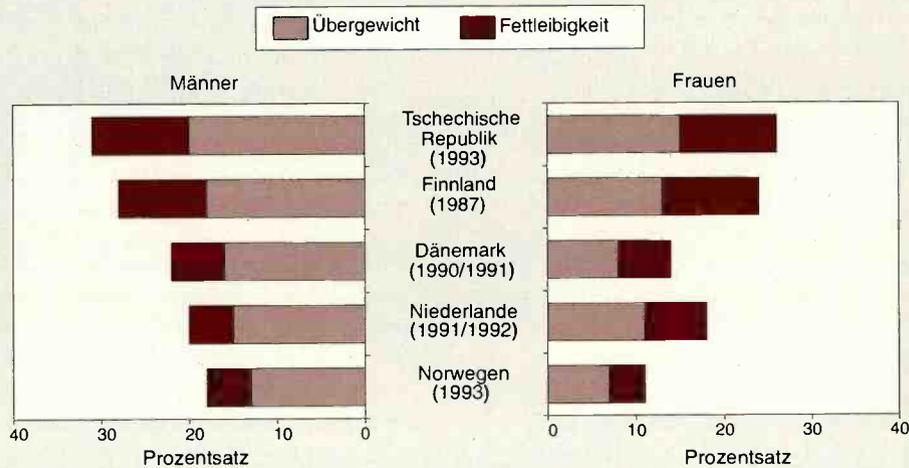
Psychotrope Substanzen: Die Flut schwillt an

In der gesamten Region werden mit ziemlicher Sicherheit mehr psychotrope Substanzen genommen, doch eine Trendüberwachung ist schwierig, weil zuverlässige und umfassende Informationen fehlen. Junge Menschen experimentieren mehr als früher. Sehr wahrscheinlich ist sowohl der Verbrauch sogenannter harter Drogen als auch der Konsum von weichen Drogen, vor allem in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken, gestiegen, doch diese Tendenz gilt auch für die westlichen Länder. Das läßt sich aus der wachsenden Zahl drogenbedingter Todesfälle in Ländern mit effektiven Monitoring-Systemen, wie beispielsweise Deutschland, entnehmen.

Positiv ist zu vermerken, daß inzwischen in praktisch allen Ländern Aktionsprogramme laufen. Einige haben ihre Strategie geändert und bemühen sich vorrangig darum, eher die Nachfrage als das Angebot zu reduzieren. Maßnahmen zur Risikominderung, u. a. die Auslieferung von Spritzbestecken, sind weit verbreitet. Die Behandlungspraxis hat sich allmählich geändert, häufiger arbeitet man mit Substitutionstherapien (mit Methadon). Mittlerweile ist die Public-health-Perspektive im Umgang mit Drogenproblemen allgemein akzeptiert, das politische Engagement ist stark, was 1993 auf der Paneuropäischen Ministerkonferenz über Rehabilitation und Drogenpolitik zum Ausdruck kam. Die sektorübergreifende Zusammenarbeit war beträchtlich, und die Bevölkerung wurde stark in die Arbeit einbezogen.

Dennoch wird sich die Situation wahrscheinlich noch weiter verschlechtern, zum Teil, weil das Drogenangebot aus Mittel- und Osteuropa und den GUS-Republiken sowie aus Asien, wo echte

Abb. 4.4. Körpermasseindex (BMI) – Anteil der Übergewichtigen (BMI 27–29) oder Fettleibigen (BMI ≥ 30), nach Geschlecht in ausgewählten Ländern



Quelle: Daten des WHO-Regionalbüros für Europa.

wirtschaftliche Produktionsanreize bestehen, noch zunehmen wird. Der Anbau von für den Verkauf bestimmtem Marihuana und Mohn kann sehr einträglich sein. Es besteht die große Gefahr, daß der illegale Drogenhandel von Ost nach West in der Region zunimmt. Außerdem wird in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republicen mit wachsendem Einfluß der westlichen Lebensweisen auch die Drogennachfrage steigen.

Die Tatsache, daß die ergriffenen Maßnahmen nicht zu den erforderlichen Resultaten führen, veranlaßt einige Länder zum strategischen Umdenken. In Deutschland setzt man beispielsweise eher auf die Behandlung von Drogenabhängigen als auf ihre Bestrafung. Daneben aber scheint man viele Möglichkeiten verpaßt zu haben, die Drogenarbeit mit anderen Aufgaben der öffentlichen Gesundheit zu verflechten. Die Programme sind überwiegend vertikal angelegt, d. h. es bestehen nur geringe Querverbindungen zu der Arbeit in anderen Problembereichen wie Tabak, Alkohol und insbesondere HIV und AIDS.

Die Ernährung zeigt, was Lebensweisen für die Gesundheit bedeuten

Außer in den Ländern mit bewaffneten Auseinandersetzungen gibt es in der Europäischen Region keine schwerwiegenden Ernährungsmängel oder Lebensmittelknappheiten. Doch vor allem in bestimmten Gebieten von Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republicen hindern Versorgungslücken und wirtschaftliche Schwierigkeiten viele Menschen daran, sich gesund zu ernähren. Das Problem ist bei Frauen ausgeprägter, weil sich die schlechte Ernährung der Mütter auf die Kinder auswirkt. 1990 betrug die Anämieprävalenz unter Schwangeren der Altersgruppe 25 bis 49 Jahre in der Region schätzungsweise 17%. Zugleich ist ein hoher Prozentsatz der Bevölkerung in den meisten Ländern übergewichtig oder fettleibig, und dieser Anteil könnte sich sogar noch vergrößern (Abb. 4.4). Der unausgewogene Nährwert der Kost trägt zu den hohen Raten z. B. von koronaren

Herzkrankheiten, Schlaganfällen, Diabetes und bestimmten Krebsformen bei.

In den letzten Jahren zeichnet sich deutlicher ein regionales Ernährungsmuster ab. Im Norden verbessert sich der ernährungsbedingte Gesundheitszustand. Im Süden war die Ernährungsweise schon immer gesünder als in der übrigen Region, was insgesamt auch weiterhin der Fall bleibt. Im Osten verschlechtert sich die Lage: Der Getreide- und Kartoffelkonsum ist zurückgegangen, dagegen werden noch immer viele tierische Fette verkonsumiert. Zu den positiven Elementen gehört jedoch der gestiegene Verzehr von Obst und Gemüse. Die verfügbaren Informationen belegen deutlich, daß sich das Ernährungsverhalten innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne ändern kann.

Von politischer Seite interessiert man sich mittlerweile stärker für Ernährungsfragen, unter nationalen Ernährungsgremien sowie bei den Verbrauchern und unter ihren Interessenvertretern sind ein verschärftes Problembewußtsein und gezielte Aktivitäten zu beobachten. Auch die Lebensmittelindustrie richtet sich in ihrem Denken allmählich auf eine gesunde Ernährungsweise aus und setzt Marketing- und Werbestrategien ein, die weitaus stärkeres Gewicht auf die soziale Bedeutung des Essens und auf Ernährungsgewohnheiten legen.

Doch in Gesundheitskampagnen und Aufklärungsprogrammen, gleichgültig ob zum Thema Ernährung, vernünftige Trinkgewohnheiten oder Tabakkonsum, bleiben meist einige wichtige Aspekte der Lebensweise außer acht. Gesundheit als Verhaltensresultat konkurriert in gewisser Weise mit unmittelbaren „Effekten“ wie Persönlichkeitsausdruck, Selbstdarstellung und Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Es handelt sich dabei um ziemlich starke Verhaltensdeterminanten und potentiell zu Veränderungen motivierende Elemente, die deshalb in der Gesundheitsförderung aufgegriffen werden sollten.

Körperliche Bewegung attraktiver machen

Der Nutzen einer körperlichen Betätigung für das physische und psychische Wohlergehen ist zwar

hinreichend belegt, doch nur wenige Länder der Region verfolgen das Aktivitätsniveau ihrer Bevölkerung, gezielte Konzepte für regelmäßiges körperliches Training und Fitneß haben bisher noch keinen besonderen Stellenwert. Westeuropäer, vor allem Kinder, verbringen im Vergleich zu der vor dem Fernseher versessenen Zeit nur lächerlich wenig Zeit mit sportlichen Tätigkeiten (Abb. 4.5). In Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken liegt die körperliche Betätigung bei Erwachsenen vielleicht etwas höher, hauptsächlich wohl, weil sie häufiger manuell arbeiten müssen, doch das wird sich wahrscheinlich auch ändern.

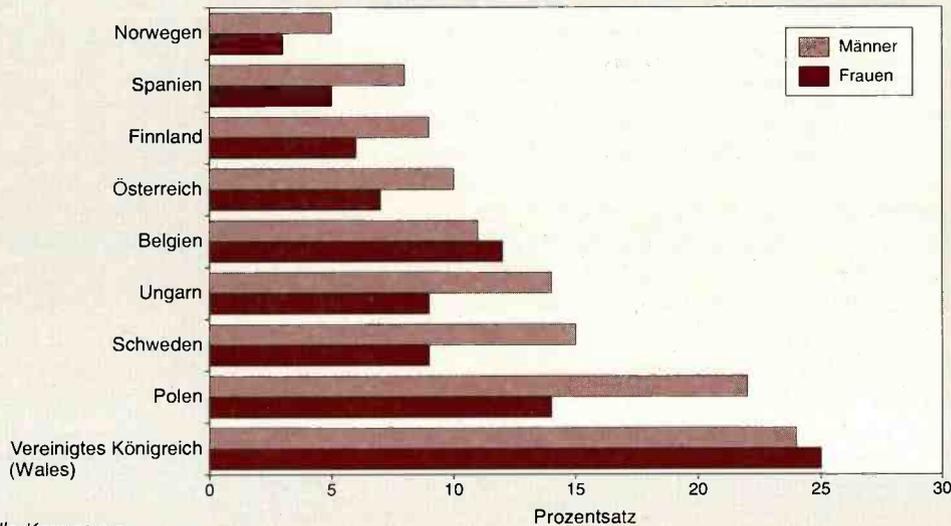
Deshalb sind in der gesamten Region verstärkt Public-health-Maßnahmen erforderlich, um zu verhindern, daß sich die Lage verschlimmert. Zu diesem Zweck kann man sich mit Sportverbänden, Klubs und anderen Organisationen verbünden, mit denen man attraktive und unmittelbar nutzbringende Tätigkeiten durchführen kann. Besonders gründlich sollte man sich überlegen, wie andere Politikbereiche dazu beitragen könnten, und für Frauen, Senioren und Kinder sollten innovative Handlungsansätze gefunden werden.

Sexualgesundheit: Weiterhin Anlaß zur Besorgnis

Die politische Bereitschaft zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten, von HIV und unerwünschten Schwangerschaften hat sich während der letzten zehn Jahre erhöht.

Dennoch bleibt sehr viel gleichgültige Selbstzufriedenheit, wodurch man das bereits Gewonnene wieder zu verlieren droht. Trotz ständiger Verbesserungen in der präventiven Arbeit und in der Praxis (wie Beratungsdiensten), halten sich die meisten Risikopersonen noch immer nicht an sichere Sexualpraktiken. Die Gefahr der HIV-Übertragung macht diese Situation besonders bedenklich. Die Inzidenz der HIV-Infektionen nimmt unter intravenös Drogenabhängigen sowie unter heterosexuellen und homosexuellen Männern noch immer zu. Frauen sind zunehmend gefährdet. Bis zum August 1994 beliefen sich die von den Mitgliedstaaten gemeldeten kumulativen AIDS-Fälle auf insgesamt 116 000. Schätzungsweise

Abb. 4.5. Prozentualer Anteil von Kindern der Altersgruppe 13 Jahre, die täglich mehr als vier Stunden fernsehen, nach Geschlecht, 1990



500 000 Menschen in der Region haben sich mit HIV infiziert. Die AIDS-Inzidenztrends spiegeln jedoch nur die Situation der HIV-Infektion von vor etwa 10 bis 13 Jahren wider.

Einige Länder machten bei der Entwicklung einer Gesamtpolitik und starker sektorübergreifender Maßnahmen Fortschritte. In anderen Ländern zeichnen sich dagegen ein nachlassendes politisches Interesse und Mittelkürzungen ab. Im allgemeinen wurde die HIV-Prävention nicht eng mit Maßnahmen zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten oder mit Programmen zur Familienplanung oder zur Prävention von intravenösem Drogenmißbrauch koordiniert.

In der Gesetzgebung und in der Haltung der breiten Bevölkerung zu unterschiedlichen sexuellen Ausrichtungen und Praktiken (wie Homosexualität) gab es vor allem in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken Verbesserungen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung

umfassender Präventionsprogramme. Der drastische Anstieg einer Reihe von „herkömmlichen“ sexuell übertragbaren Krankheiten in einigen mittel- und osteuropäischen Ländern verdeutlicht die Notwendigkeit solcher Programme.

Gesunde Umwelt

Einigkeit über die Politik: Zeit zum Handeln

Zu den Ergebnissen der ersten, 1989 abgehaltenen Europäischen Konferenz für Umwelt und Gesundheit gehörte die Europäische Charta für Umwelt und Gesundheit. Viele Länder verfolgten die wichtigsten Beschlüsse der Konferenz weiter, mehrere gründeten ihre Politik für Umwelt und Gesundheit auf die in der Europäischen Charta niedergelegten Prinzipien. Länder in der ganzen Region haben neue Gesetze verabschiedet und neue oder strengere Qualitätsstandards für die Umwelt eingeführt. Der Bereich Umwelt und Gesundheit hat

Tabelle 4.1 Geschätzte Belastung der allgemeinen Bevölkerung durch ausgewählte Umweltrisikofaktoren und ihre potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit

Umweltfaktor	Konzentration oder für die Gesundheit bedenklicher Umstand	Größe und Art der Referenzpopulation (Million)	Geschätzte Anzahl der beunruhigenden Konzentrationen ausgesetzten Menschen		Potentielle gesundheitliche Auswirkungen	Kommentare
			Zahl (Million)	Prozentsatz der Referenzpopulation		
Luftverschmutzung (Außenluft)						
SO ₂ - Kurzzeitbelastung	>24 Stunden WHO-Luftgüteleitwert für mindestens 1 Tag/Jahr	700 Insgesamt westlich des Urals	200	29	Vorübergehende Atemwegsstörungen, Verschlimmerung (bestehender) chronischer Atemwegserkrankungen, die potentiell den Tod beschleunigen	Die Zahl der Exponierten wird nach der mittleren Zahl der in Gebieten mit Datenangaben Exponierten auf alle Städte hochgerechnet.
NO ₂ - Kurzzeitbelastung	>24 Stunden WHO-Luftgüteleitwert für mindestens 1 Tag/Jahr	34 Städtische Gebiete westlich des Urals	31	10	Erkrankung der unteren Atemwegsorgane bei Kindern, Hals- und Augenreizungen bei Erwachsenen	Die Zahl der Exponierten wird nach der mittleren Zahl der in Gebieten mit Datenangaben Exponierten auf alle Städte hochgerechnet.
Wasser und Lebensmittel	Auftreten mikrobiologischer Kontamination (Salmonellen spp., Campylobacter spp.)	852 Insgesamt in der Europäischen Region der WHO	130	15	Von leichten Störungen der Verdauungsorgane bis zu schwerer Gastroenteritis	Auf der Grundlage der niederländischen Daten Hochrechnung auf die Gesamtbevölkerung der Region.
Wohnunterkünfte	Kein Leitungswasser	852 Insgesamt in der Europäischen Region der WHO	110	12	Durch Wasser übertragene Infektionen	86 von 110 Millionen leben in den GUS-Republiken.
Lärm	> 65 dBA	700 Insgesamt westlich des Urals	180	26	Belästigung und Schlafstörungen	
Chemikalien (Arbeitsumfeld)	Über beruflichem Schwellenwert	400 Arbeitnehmer	40	10	Von akuten Intoxikationen bis zu dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Tod	Auf der Grundlage von Erhebungen in Finnland und in den Niederlanden sowie einer Fragebogenuntersuchung in den Ländern der EU.

in der Politik der meisten Mitgliedstaaten ein neues Gewicht erhalten.

Bei diesen Erfolgen spielte das wachsende Problembewußtsein in der Öffentlichkeit eine besondere Rolle. Wirtschaftliche Rezession und bewaffnete Auseinandersetzungen hatten jedoch auf die Entwicklung im Bereich Umwelt und Gesundheit in der gesamten Region schwerwiegende negative Auswirkungen.

Laut einer WHO-Erhebung über Umwelthygiene-management ist in den meisten Mitgliedstaaten ein Großteil der Infrastruktur und der personellen Ressourcen den Kontrolltätigkeiten gewidmet. Vorbeugende Tätigkeiten, die Reaktion auf Notfälle und die Beurteilung der Auswirkungen von Umweltgefahren auf die menschliche Gesundheit kommen dagegen zu kurz. Außerdem weiß man nur sehr wenig über die Anwendung sowie die komparative Effizienz und Effektivität verschiedener Instrumentarien für den Umweltschutz.

Obwohl viele europäische Länder erhebliche Summen in die Erhebung von Umweltdaten und in Monitoringtätigkeiten gesteckt haben, fehlt es noch immer an vergleichbaren Daten zur Beurteilung des Zustands der Umwelt oder der Auswirkungen von Umweltbedingungen auf Gesundheit und Wohlergehen des Menschen (Tabelle 4.1). Das Europäische WHO-Zentrum für Umwelt und Gesundheit führte eine umfassende Analyse des Zustands von Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region durch. Der Ergebnisbericht, *Sorge um Europas Zukunft*, wurde im Juni 1994 in Helsinki auf der Zweiten Europakonferenz Umwelt und Gesundheit vorgelegt. Er liefert die Hintergrundinformationen für die Ausarbeitung des Aktionsplans Umwelt und Gesundheit für Europa.

Hauptaufgabe der Mitgliedstaaten ist es jetzt, den von den Ministern für Umwelt und Gesundheit verabschiedeten Aktionsplan umzusetzen. Die einzelnen Länder müssen ihre eigenen Prioritäten für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz festlegen, doch die Maßnahmen müssen von der internationalen Gemeinschaft abgestützt werden. Als Teil des dafür erforderlichen Instrumentariums wird mit Unterstützung des Regionalbüros ab

1. Januar 1995 ein Europäischer Ausschuß für Umwelt und Gesundheit eingesetzt.

Über 100 Millionen Menschen haben noch immer kein sauberes Trinkwasser und keine ordentliche Abwasserbeseitigung

Rund 12% der Bevölkerung der Europäischen Region, hauptsächlich in den östlichen Ländern, haben noch immer keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser. Für noch mehr Menschen fehlen angemessene Einrichtungen zur Abwasserbehandlung. Durch Wasser übertragene Infektionen stellen vor allem in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken ein großes Problem dar. Die Inzidenz von Typhus, Cholera und Hepatitis A sowie die zunehmende Inzidenz von Krankheiten des Verdauungssystems und parasitären Erkrankungen, vor allem in den zentralasiatischen Republiken und in der Russischen Föderation, geben Anlaß zu äußerster Besorgnis. Sie machen zudem deutlich, daß in vielen Ländern dringend Systeme für die Grundhygiene aufgebaut werden müssen.

Erhebliche Teile der Trinkwasserquellen sind durch Abfalldeponien und zunehmende Verschmutzung gefährdet. Weitere zu lösende Probleme umfassen die Schwierigkeiten einer verlässlichen Wasserversorgung sowie die Unzulänglichkeiten bei der Wasserbehandlung und der Wartung der Versorgungsnetze.

Außerdem haben bewaffnete Konflikte dazu geführt, daß die Versorgungsnetze und andere grundlegende Hygienesysteme zerstört wurden, was die Gesundheit ganzer Bevölkerungen bedroht.

Luftgüte: im Westen verbessert, im Osten oft inakzeptabel

In allen Teilen der Region, vor allem in den westlichen Ländern, konnte man die Verschmutzung durch Schwefeldioxid, Schwebstäube und Blei aus stationären Quellen erfolgreich reduzieren. Etwa ein Drittel der Bevölkerung der Region lebt jedoch noch immer in städtischen Ballungsgebieten, in denen die Schadstoffkonzentrationen über den

Leitwerten der WHO-Luftgüteleitlinien liegen. Die meisten dieser Gebiete liegen in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken.

Außerdem verschlimmert sich in den meisten Teilen der Region durch den rasch zunehmenden Straßenverkehr die Luftverschmutzung durch Stickstoffoxide, flüchtige organische Verbindungen und Schwebstäube aus Diesel- und Benzinemissionen. Die Verschmutzung durch Stickstoffoxide und flüchtige organische Verbindungen führt in vielen Städten von Süd- und Westeuropa zu Ozonbildung und der Entstehung von Sommersmog.

Die Verschmutzung der Außenluft wie der Innenraumluft trägt zur Beeinträchtigung der Gesundheit bei und bewirkt unter anderem allergische Reaktionen. In hochbelasteten Gebieten führen Bleiemissionen aus Industrie und Straßenverkehr zu erhöhten Bleikonzentrationen bei Kindern. Für die Umsetzung umfassender Handlungskonzepte und Strategien zur Reduzierung der Belastung durch diese und andere Schadstoffe sind weitaus größere Anstrengungen als bisher erforderlich.

Nahrungsmittel: begrenzte Erfolge und eine deutliche Zunahme von mikrobiellen Erkrankungen

Durch kontaminierte Lebensmittel verursachte mikrobielle Erkrankungen haben in der Region in den letzten Jahren erheblich zugenommen, die Folgekosten belaufen sich schätzungsweise jährlich auf mehrere Milliarden US-Dollar. Jährlich leiden vielleicht bis zu 130 Millionen Menschen, 15% der Bevölkerung der Region, an den sich auf den Verdauungstrakt auswirkenden Symptomen von durch Lebensmittel oder Wasser übertragenen Infektionskrankheiten. Diese Erkrankungen sind hauptsächlich auf Salmonellen und Campylobacter spp. zurückzuführen.

Viele dieser Probleme entstehen bereits während der Lebensmittelproduktion, mehr Aufmerksamkeit muß jedoch auch der Lagerungs- und Vermarktungsphase gewidmet werden. Eine zentralisierte Lebensmittelproduktion könnte unter

Umständen die Wahrscheinlichkeit der weiträumigen Verbreitung von kontaminierten Lebensmitteln erhöhen.

Abfälle und Bodenbelastung: Produktionsverfahren und Konsumgewohnheiten müssen sich ändern

Einige Länder haben bei der Trennung von kommunalen Abfällen sowie bei der Müllvermeidung und der Wiederverwertung bereits gute Fortschritte gemacht, in anderen fehlen dagegen noch sachgerechte Lösungen. In bestimmten Gebieten, beispielsweise in der Nähe von metallverarbeitenden Betrieben oder von Autobahnen, führt die Ablagerung von Luftschadstoffen zur Bodenbelastung. Außerdem sind durch die jahrzehntelange unsachgemäße Abfallentsorgung (beispielsweise nach industriellen und militärischen Aktivitäten) in der gesamten Region viele „Problemgebiete“ entstanden. Sie stellen zahlreiche potentielle Gesundheitsgefahren dar.

Ein großes Problem für alle Mitgliedstaaten ist das unkontrollierte Wachstum der Abfallmengen. In fast der Hälfte aller Länder der Region, zu denen vor allem auch die vom Krieg betroffenen sowie die meisten mittel- und osteuropäischen Länder und die GUS-Republiken gehören, bewegt sich bei der Abfallbehandlung und Verbesserung der Bodenbelastung wenig, oder die Lage verschlechtert sich sogar.

In städtischen Gebieten verschlechtert sich die Wohnsituation

Im Wohnungsbereich bleiben die wichtigsten Gesundheitsrisiken nach wie vor fehlendes sauberes Trinkwasser und unzulängliche Kanalisation, schlechte Luftgüte in Innenräumen und ein ungesundes Innenraumklima sowie Baumängel, die Unfälle begünstigen. In städtischen Ballungsgebieten haben sich die Probleme zumindest teilweise aufgrund der verstärkten Migration in den letzten Jahren im Hinblick auf Hygienefaktoren, Überbevölkerung und Obdachlosigkeit verschlimmert. Mit

anderen Problemen, z. B. Arbeitslosigkeit, Einsamkeit und dem durch die Veränderung in der Sozialstruktur bewirkten Zerfall der stützenden sozialen Netze, geht man noch nicht sachgerecht um. An vielen Orten haben Armut und Verwahrlosung bereits ein inakzeptables Ausmaß erreicht.

Etwa 60 000 Todesfälle und ungefähr 50 Millionen in Krankenhäusern behandelte Verletzungen und Behinderungen stehen jährlich im Zusammenhang mit dem häuslichen Umfeld. Ungefähr 15% bis 25% der Bevölkerung in den Industrieländern sind schwerwiegenden Lärmbelastungen ausgesetzt.

Die menschliche Belastung durch ionisierende Strahlung geht durchschnittlich am stärksten auf natürliche Strahlungsquellen zurück. Diese Belastung aus natürlichen Strahlungsquellen kann allerdings in Gebieten mit hohen Radonkonzentrationen noch verstärkt werden. Im Normalbetrieb tragen Kernkraftwerke zur Strahlenbelastung weniger bei als natürliche Strahlungsquellen, doch die Sicherheit bestimmter Reaktortypen ist dringend verbesserungsbedürftig.

Gesundheit am Arbeitsplatz: enormes Potential für Verbesserungen

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Gefahrenbelastungen am Arbeitsplatz sind nach wie vor besorgniserregend. Die Arbeitsschutzlage ist äußerst unterschiedlich, sie richtet sich nach vielen komplexen Faktoren wie wirtschaftlicher Rezession, Übergang zur Marktwirtschaft und den für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz und andere Dienste vorhandenen Strukturen.

Schätzungsweise etwa 50% der Arbeitskräfte in der Region haben keinen Zugang zu arbeitsmedizinischen Diensten. Die größten Mängel sind in kleinen Industriebetrieben und hier vor allem in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken zu finden. Bisher gibt es noch keine sachgerechte Lösung zur Handhabung von psychosozialen Stresssituationen (wie Eintönigkeit, Überarbeitung und Unzufriedenheit mit der Arbeit), obwohl die sich daraus ergebenden Gesundheitsprobleme ständig zunehmen.

In der ganzen Region geschehen jedes Jahr 25 000 tödliche Unfälle, schätzungsweise 10 Millionen Arbeitnehmer erleiden Verletzungen. Datenmängel verhindern außer bei tödlichen Unfällen oder bestimmten Krankheiten regionale Zahlenvergleiche. Man geht jedoch davon aus, daß jährlich etwa 2 Millionen arbeitsbedingte Erkrankungen auftreten. Verbesserungen des Arbeitsumfelds wären kostenwirksam, da sie Produktionsverluste mindern und soziale Kosten (wie Behandlungskosten) sparen würden. Außerdem bieten arbeitsmedizinische Dienste eine hervorragende Möglichkeit zur Gesundheitsförderung.

Bedarfsgerechte Versorgung

Die Prinzipien der „Gesundheit für alle“ beeinflussen die Reform der Gesundheitsversorgung

Bedarfsgerechte Versorgung ist ein wichtiger Teil der europäischen Strategie „Gesundheit für alle“. Die Strategie geht davon aus, daß in der Defizitanalyse der Gesundheitsversorgungssysteme der Region und bei den gegenwärtigen Bemühungen, die Mängel zu beheben, der Schwerpunkt auf Maßnahmen zur gesundheitlichen Entwicklung und zur Erreichung eines gesundheitlichen Zugewinns liegt. Diese Ziele ließen sich leichter erreichen und die Ergebnisse wahrscheinlich besser verfolgen und evaluieren, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Ein eindeutig auf gesundheitliche Entwicklung und gesundheitlichen Zugewinn ausgerichtetes gesundheitspolitisches Konzept wurde verabschiedet.
- Die wichtigsten Akteure im Prozeß der gesundheitlichen Entwicklung (Bürgerinitiativen und Patientenorganisationen, führende Vertreter der Gesundheitsberufe, Berufsverbände, Manager des Gesundheitswesens und die Gesundheitsversorgungsindustrie) haben sich ausdrücklich auf die Ziele dieses gesundheitspolitischen Konzepts verpflichtet.

- Ein Mechanismus wurde geschaffen, der gewährleistet, daß gesundheitliche Anliegen Gehör finden und daß in die Infrastruktur der Gemeinde wie der Gesundheitsdienste investiert wird.
- Die Analysekriterien für die Optionen der Gesundheitsversorgungsreform und für Kompromißmöglichkeiten umfassen gesundheitliche Zielvorgaben, und die Indikatoren zur Verfolgung der organisatorischen Entwicklung sind vorhanden.
- Zwischen Ressourcenentscheidungen (über Finanzierung, über personelle Ressourcen, technische Lösungen, Arzneimittel, Einrichtungen) und den Zielvorgaben für die gesundheitliche Entwicklung und den Zugewinn an Gesundheit wurde ein deutlicher Zusammenhang etabliert.

Wie bereits erwähnt, wurden in vielen Ländern und Regionen Grundsatzdokumente erarbeitet, die sich auf die Strategie „Gesundheit für alle“ stützen oder diese heranziehen; das war in Finnland (1987), Wales (1990), der ehemaligen Tschechoslowakei (1992), England (1992), den Niederlanden (1992), in der Türkei (1993), in Irland (1994) und in Kirgisistan (1994) der Fall. Diese Initiativen tragen zusammen mit der zur Zeit laufenden einschlägigen Arbeit in Bulgarien, Litauen und Ungarn und den von vielen regionalen Behörden in der Region durchgeführten Tätigkeiten dazu bei, der Erarbeitung von Handlungskonzepten und der Reform der Gesundheitsversorgung ein schärferes Profil zu verleihen. Eine enge Verflechtung von Gesundheitsversorgungsreformen und Gesundheitspolitik ist wahrscheinlicher, wenn gesundheitspolitische Grundsatzserklärungen auch explizite Grundsatzoptionen für die Gesundheitsversorgung enthalten. Das war bei den in Tabelle 4.2 angeführten Beispielen nicht immer der Fall.

Tabelle 4.2 Beurteilung der gesundheitspolitischen Grundsatzdokumente ausgewählter Länder

Beurteilungskriterium	Land							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Eine auf gesundheitliche Entwicklung und gesundheitlichen Zugewinn ausgerichtete Gesundheitspolitik	■	■	■	■	■	■	■	■
Ausdrückliche Verpflichtung auf die gesundheitspolitischen Ziele durch die wichtigsten Akteure im Prozeß der gesundheitlichen Entwicklung	■	■	■	■	■	■	■	■
Mechanismen, die die Vertretung gesundheitlicher Belange und die Investition in Gemeindeinfrastrukturen und die Infrastruktur der Gesundheitsdienste gewährleisten	■	■	■	■	■	■	■	■
Kriterien für die Analyse von Optionen in der Gesundheitsversorgungsreform und von Kompromissen, die Ziele zur Erreichung eines gesundheitlichen Zugewinns einschließen	■	■	■	■	■	■	■	■
Deutlicher Zusammenhang zwischen Ressourcenentscheidungen und Zielvorgaben für die gesundheitliche Entwicklung und ein Mehr an Gesundheit	■	■	■	■	■	■	■	■



Die Berücksichtigung eines gesundheitlichen Zugewinns kann allerdings auch die Entwicklung von Gesundheitsversorgungssystemen in Ländern oder Regionen beeinflussen, in denen die politische Kultur, die institutionellen Rahmenbedingungen und/oder administrative Sachzwänge die Annahme einer umfassenden und expliziten Gesundheitspolitik verhindern. Dieser Einfluß kann sich über die Agenda für das Management der Gesundheitsversorgung oder die Qualität der Versorgung bemerkbar machen.

Nach einer zu erwartenden Anlaufzeit von mehreren Jahren beeinflusst die Philosophie der „Gesundheit für alle“ mittlerweile die überall in der Region auf der Tagesordnung stehende Gesundheitsversorgungsreform.

Finanzierung der Gesundheitsversorgung: wachsender Druck auf die Versorgungsansprüche der Bevölkerung

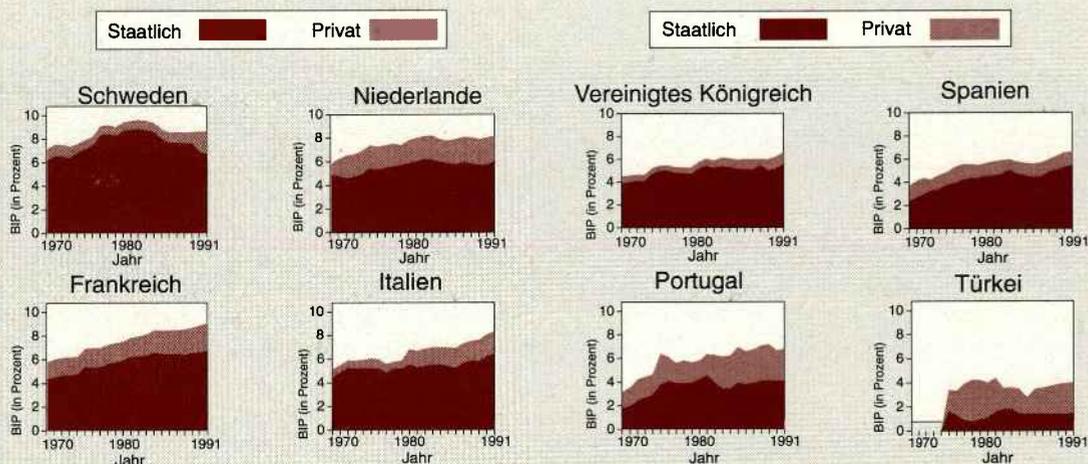
Faktoren wie wirtschaftliche Probleme, das Ergrauen der Bevölkerung und die ständige

Weiterentwicklung der Gesundheitstechnologie haben das Problem der Gesundheitsversorgungskosten an die Spitze der politischen Tagesordnung gerückt. Außerdem trug eine allgemeinere Diskussion über die Art und die Zukunft des Sozialstaats und spezifischer über unterschiedliche Ansichten zu den Vorteilen einer staatlichen und privaten Finanzierung der Gesundheitsversorgung dazu bei, daß sich das Interesse auf den gesundheitlichen Versorgungsanspruch der Bevölkerung konzentrierte.

Die staatliche Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist in den meisten Ländern der Europäischen Region weitaus umfassender als die private. Wie die Beispiele in Abb. 4.6 zeigen, ist das am ausgeprägtesten in den wohlhabenderen Ländern der Fall. In den letzten Jahren hat sich jedoch in vielen Ländern der Anteil der privaten Finanzierung erhöht, und einiges spricht dafür, daß sich dieser Trend Anfang der 90er Jahre beschleunigt hat.

Ist das eine sinnvolle Langzeittendenz? Es lassen sich hier zwei grundlegend unterschiedliche Finanzierungskonzepte unterscheiden.

Abb. 4.6. Staatliche und private Gesundheitsausgaben als prozentualer Anteil am Bruttoinlandsprodukt ausgewählter Länder der Europäischen Region, 1970–1991



Quelle: Nach *New orientations for social policy*

Bei dem ersten handelt es sich um ein hauptsächlich normatives und restriktives, das mit impliziter Rationierung und expliziten Kürzungen arbeitet. Implizite Rationierung bedeutet, daß einige Dienste nicht zur Verfügung stehen oder begrenzt sind, was zu Verzögerungen und Warteschlangen führt. Zu einer expliziten Kürzung in den Sozialleistungen kommt es, wenn auf zentraler Regierungsebene ein „Grundkorb“ oder „Paket“ von Grunddiensten und Kostenbeteiligungsmechanismen eingeführt werden, die außerhalb eines eindeutigen gesundheitspolitischen Rahmens liegen und die Effizienz und Effektivität des Gesundheitsversorgungssystems insgesamt verbessern sollen. Solche Maßnahmen gelten oft als erster Schritt zu einer allgemeineren Politik der weiteren Begrenzung der sozialen Schutzsysteme.

Der zweite Trend ist hauptsächlich mit dem Versuch verwoben, auf örtlicher Ebene Entscheidungsfindung zu entwickeln und zu ermöglichen. Das setzt sehr viel mehr Härte und bessere horizontale Verknüpfung der wichtigsten sozialen Schutzsysteme sowie der Gesundheitsversorgung und der Gemeindeversorgung voraus. Dadurch wird es möglich:

- allgemeine Prinzipien und auf nationaler Ebene geregelte Leistungsansprüche auf örtlicher Ebene weiterzuverfolgen;
- daß Manager im Gesundheitswesen, gesundheitliche Leistungserbringer und Bürger oder Patienten miteinander verhandeln und den Entscheidungsfindungsprozeß gemeinsam tragen und
- daß man sich auf explizite örtliche Zielvorgaben für ein Mehr an Gesundheit einigt und die Arbeit überwacht, die Ressourcen effizient nutzt und damit erreicht, daß Patienten und Leistungserbringer zufrieden sind.

Bei dieser Entwicklung spielt eine sachgerechte Zusammensetzung der politischen Instrumentarien auf nationaler und lokaler Ebene eine wichtige Rolle. Das erlaubt es den Entscheidungsträgern,

Marktmechanismen vorzusehen, die im Hinblick auf Qualität und Preise, die Planung von Kapitalinvestitionen, die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Leistungsabnehmern und Leistungserbringern sowie die Förderung von Patientenrechten Wahlmöglichkeiten fördern. Wichtige Elemente der Gesundheitsdebatte in Ländern wie Deutschland, den Niederlanden, Schweden, Spanien und dem Vereinigten Königreich konzentrieren sich auf diese Aspekte. Länder mit stärker dezentralisierten Entscheidungsstrukturen, wie beispielsweise die nordischen Länder, haben, wenn sie diese Richtung verfolgen, einen zusätzlichen Vorteil.

Es scheint klar zu sein, daß die Sozialleistungssysteme der Region nicht durch eine einfache Kürzung von Finanzmitteln und Leistungsangebot gesunden können, sondern eine tiefgreifendere Form brauchen. Unter Umständen wird sich das um die Jahrhundertwende zu einer der wichtigsten politischen Fragen entwickeln.

„Versicherungsreform“ in Mittel- und Osteuropa: politisches Instrument oder Selbstzweck?

In vielen mittel- und osteuropäischen Ländern gilt die Schaffung eines Krankenversicherungssystems als das wichtigste politische Ziel der Gesundheitsreform. Die Attraktivität einer solchen Versicherungsreform liegt in der Überzeugung, daß dies zu einer effektiveren Mobilisierung von finanziellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung führt. Außerdem meint man, daß man mit einer Krankenversicherung leichter die politischen und Managementmöglichkeiten für eine rasche Verbesserung des Sozialstatus und der Bezahlung von bisher unterbewerteten Gesundheitsfachkräften, vor allem von Ärzten, an die Hand bekommt. In der derzeitigen Phase des Übergangs zu einem neuen politischen, sozialen und wirtschaftlichen Umfeld symbolisiert die Gesundheitsreform den Wechsel zu einer pluralistischeren und offeneren Gesellschaft.

Die Länder sind an diese Umstellung unterschiedlich herangegangen. Die Tschechische Republik ging schnell zu einem pluralistischeren Modell

über, die baltischen Länder, Bulgarien, Slowakei und Ungarn arbeiten ebenfalls schnell, doch mit einer strukturierteren Lösung. Polen betrachtet es vorsichtig als eine politische Alternative, während man in Kasachstan und Kirgisistan experimenteller vorgeht.

Alle Länder arbeiten unter erheblichen finanziellen Sachzwängen. Eine tiefreichende Rezession und wachsende Arbeitslosigkeit hindern die Länder daran, Ressourcen in der erforderlichen Größenordnung zu mobilisieren, um die aus dem Staatshaushalt finanzierte Gesundheitsversorgung ersetzen zu können, und es gibt noch nicht genug Mechanismen zur Regulierung der Kostenspirale. Die Komplexität des Gesundheitsreformprozesses sowie die tiefverwurzelten historischen, kulturellen und politischen Charakteristika des Gesundheitsversorgungssystems der einzelnen Länder wurden oft erheblich unterschätzt. In einigen Fällen, wie in der Tschechischen Republik, hat die Versicherungsreform einen grundlegenden Wandel in der nationalen Gesundheitsversorgungskultur bewirkt. Doch erst seit kurzem begreift man die Krankenversicherung allmählich weniger als Selbstzweck denn als gesundheitspolitisches Instrument.

Tabelle 4.3 zeigt die schwierige und sich rasch wandelnde Lage in den Ländern, die zur Krankenversicherung übergehen. Noch bevor Gesetze in Kraft treten, diskutiert man schon, wie sie geändert oder ergänzt werden sollten. Einige Länder haben zwar Gesetze verabschiedet, waren aber dann doch nicht imstande, sie umzusetzen. Die Länder brauchen einen breiteren Konsens und ein realistischeres Verständnis für die Umsetzung einer Krankenversicherung.

Privatisierung und Dezentralisierung: Welche Rolle hat der Markt für die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung?

In den 80er Jahren kam in vielen Ländern die Vorstellung auf, daß der Gesundheitssektor der modernen europäischen Gesellschaften besonders ineffizient sei. Das Streben nach Effizienz nahm die unterschiedlichsten Formen an, unter anderem wurden Vergütungsanreize und ein verstärkter

Wettbewerb unter den Leistungsanbietern sowie Handlungskonzepte eingeführt, die Prävention, Primärversorgung und gemeindenaher Versorgung fördern. Außerdem bemühte man sich in unterschiedlichem Ausmaß um die Dezentralisierung der Verantwortung für Management und Finanzierung, um die Privatisierung der angebotenen Leistungen und um verbesserte Verbraucherwahl und verstärkter Einfluß der Verbraucher auf die Entscheidungsfindung. Das alles kann als Versuch gesehen werden, die Effizienz zu verbessern.

In der Europäischen Region ist Privatisierung in erster Linie ein politisches Konzept. In einigen Ländern beinhaltet die Privatisierung der Gesundheitsversorgungseinrichtungen lediglich einen Wechsel der Eigentumsverhältnisse, d. h. daß der Besitz vom Staat auf Stadtverwaltungen übergeht, während die Krankenversicherung mit öffentlichen Mitteln arbeitet. Es gibt Privatsysteme, in denen praktisch kein Wettbewerb existiert, und staatliche Systeme, die ihre Gehälter auf Produktivität gründen.

Marktmechanismen, Wettbewerb, die Trennung von Trägern und Erbringern, gemischte Vergütungssysteme (Einzelleistungsvergütung und Pro-Kopf-Pauschalen), vertragliche Leistungen, Etats für den einzelnen praktischen Arzt sowie die Prinzipien, daß der Patient die freie Wahl hat und das Geld dem Patienten folgt, erfreuen sich in Westeuropa und in den nordischen Ländern mit nationalem Gesundheitsdienst wachsender Beliebtheit. Mittlerweile bemüht man sich ernsthaft darum, diese Neuerungen international zu evaluieren.

Die Elemente der Privatisierung und die Marktmechanismen können sich auf stärker geregelte europäische Gesundheitsversorgungssysteme positiv auswirken (unter anderem Wartelisten reduzieren); das trifft z. B. auf Deutschland, die nordischen Länder und das Vereinigte Königreich zu. Allerdings haben sie sich bisher hauptsächlich auf die Effizienz ausgewirkt, ob sich auch die Effektivität verbessert hat, die Kosten gedämpft werden konnten und eine verbesserte Chancengleichheit erreicht wurde, bleibt noch nachzuweisen.

Einige Gebiete in Mitteleuropa (Kroatien, die Tschechische Republik und die neuen deutschen

Tabelle 4.3 Entwicklungsstand der Krankenversicherungsgesetze in ausgewählten mittel- und osteuropäischen Ländern

Land	Maßnahmen				Kommentare	Sachinformation		
	1991	1992	1993	1994		Beitragssätze	Arbeitgeber-/ Arbeitnehmerbeitrag	Arztwahl
Albanien				Laufende Debatte ^a				
Belarus		Entwurf vorgelegt		Laufende Debatte				
Bulgarien		Entwurf vorgelegt		Laufende Debatte	Einführung für 1995 geplant (zentraler Ausgleichs- fonds)	Etwa 9	50 : 50	Freie Wahl
Estland		Gesetz verab- schiedet		Gesetz novelliert (Debatte über Gesetzes- änderung)	21 regionale Kassen (zentraler Ausgleichs- fonds)	13	100 : 0	Freie Wahl innerhalb des Distrikts
Kasachstan		Gesetzesentwurf vorgelegt		Laufende Debatte				
Kirgisistan		Gesetz verab- schiedet		Gesetz noch nicht umgesetzt	Krankenver- sicherung wird erprobt			
Lettland			Gesetz verab- schiedet	Gesetz noch nicht umgesetzt	1 zentrale Kasse	6,1	5,1 : 1	Freie Wahl
Litauen				Laufende Debatte	Einführung für 1995 geplant			Freie Wahl
Polen		Vorschläge vorgelegt	Neue Vorschläge vorgelegt	Laufende Debatte				Freie Wahl
Rumänien			Gesetzesent- wurf vorgelegt	Laufende Debatte		Etwa 8,5	50 : 50	Hausarzt
Russische Föderation	Gesetz verab- schiedet		Gesetz novelliert	Debatte über Umsetzung	1 zentrale Kasse und regionale Kassen	3,6	100 : 0	Freie Wahl

Tabelle 4.3 (Forts.)

Land	Maßnahmen				Kommentare	Sachinformation		
	1991	1992	1993	1994		Beitragssätze	Arbeitgeber-/ Arbeitnehmerbeitrag	Arztwahl
Slowakei			Gesetz verabschiedet	Debatte über Umsetzung	1 zentrale Kasse	13,5	66 : 33	Freie Wahl
Slowenien			Gesetz verabschiedet	Umsetzung des Gesetzes	1 zentrale Kasse	12,8	50 : 50	Hausarzt
Tschechische Republik		Gesetz verabschiedet	Branchen- spezifisches Versiche- rungsgesetz verabschiedet	Umsetzung des Gesetzes	Über 20 Kassen, zunehmende Anzahl	13,5	2/3 : 1/3	Freie Wahl
Ungarn		Gesetz verabschiedet	Kranken- kassen erhalten Selbst- verwaltung	Debatte über Gesetzes- änderung	1 Kranken- kasse mit regionalen Büros	23,5	19,5 : 4	Hausarzt

^a Noch kein Gesetz verabschiedet.

Bundesländer) stellten sich schnell von einer staatlich zentralisierten Gesundheitsversorgung auf ein Krankenversicherungssystem um. Mit der Ausnahme von Deutschland, wo der Westen erhebliche Know-how-Unterstützung leisten konnte, erwiesen sich die Versuche zur Privatisierung der öffentlichen Gesundheitsdienste jedoch als ein langsamer, komplexer und schwieriger Prozeß.

Apotheken sind in Westeuropa von alters her Privatunternehmen, selbst in Ländern mit nationalem Gesundheitswesen. In den mittel- und osteuropäischen Ländern gehörten die Apotheken oft zu den zuerst privatisierten Gesundheitseinrichtungen. Moderne und teure westliche Arzneimittel waren plötzlich nicht mehr knapp, dafür aber

stiegen die Preise fast über Nacht um das Vielfache. Außerdem führte eine liberale Arzneimittelzulassungspolitik zum sprunghaften Anstieg von Markennamen, was unter den Verbrauchern Verwirrung stiftete.

Die Konzepte von Dezentralisierung und Privatisierung werden in den Ländern der Europäischen Region unter unterschiedlichem Blickwinkel diskutiert und mit unterschiedlichen Zielvorgaben umgesetzt. Die Regionalisierung von Europa ist bereits eine Tatsache, und dieser Trend scheint auch in den Gesundheitsreformen vorzuherrschen. In einigen Ländern unterscheiden sich die Gesundheitsversorgungssysteme der einzelnen Regionen so stark, daß sie nur noch sehr wenig

gemeinsam haben. Ein Hauptproblem der Privatisierung und Dezentralisierung ist die Tatsache, daß sie als Selbstzweck und nicht eigentlich als Mittel zur Erreichung besserer gesundheitlicher Resultate eingesetzt werden.

Die Stimme der Bürger ist noch immer zu leise, die Wahlmöglichkeiten nehmen zu

Dem Patienten eine größere Wahlmöglichkeit zu eröffnen, gehörte während der vergangenen Jahre zu den üblichsten ausdrücklichen Zielen der Gesundheitsversorgungsreformen in der Europäischen Region. Die derzeitigen Trends verstärken die Überzeugung, daß die Befähigung der Bürger und Patienten zur stärkeren Eigenverantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung überaus wichtig ist, wenn der Patient wirklich eine Wahlmöglichkeit haben soll. Außerdem kann man nachweislich mit gut informierten und zufriedenen Patienten bessere gesundheitliche Resultate erzielen.

In dieser Hinsicht ist die verstärkte Aktivität der Europäischen Bewegung für Patientenrechte wichtig. Im März 1994 verabschiedeten 35 europäische Mitgliedstaaten auf einer europäischen Beratungstagung eine Resolution über die Förderung der Patientenrechte, die sich auf das von einigen europäischen Ländern wie Finnland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich, in diesem Bereich bereits Erreichte stützt. Diese wichtige Resolution liefert eine klare Agenda für die Patientenrechte in der Region.

Herkömmlicherweise entscheiden die Gesundheitsfachkräfte darüber, welche Art von Gesundheitsdiensten für die Menschen gut ist. In den meisten Ländern runzelt man die Stirn, wenn Patienten als Klienten oder Verbraucher bezeichnet werden; von Patienten erwartet man nun einmal, daß sie Patienten sind.

Im Gesundheitssektor zeichnet sich jedoch deutlich ab, daß die Verbraucherbewegungen immer wichtiger werden. In Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken könnte das zu Problemen führen, vor allem, da in diesen Ländern noch ein

vielfältiger ungedeckter Bedarf besteht. Andererseits könnte man, wenn man den Ansichten der Verbraucher und der Patientenzufriedenheit verstärkte Aufmerksamkeit schenkt, mit geringem finanziellen Aufwand erhebliche Verbesserungen erreichen. Verbraucherfreundliche Dienste sind keine Geldfrage, sondern eher eine Frage der Haltung unter Fach- und Verwaltungskräften.

Eine gut ausgewiesene Rolle für die primäre Gesundheitsversorgung

Die primäre Gesundheitsversorgung erfüllt in der Praxis der Gesundheitsversorgung innerhalb der Region eine gut eingeführte Funktion. Bezeugt wird das durch die Tatsache, daß beispielsweise über das Programm PHARE der Europäischen Kommission und die Weltbank riesige Summen für die Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung in die mittel- und osteuropäischen Länder und die GUS-Republiken fließen.

Länder mit einer herkömmlicherweise stark betonten Sozialversorgung haben sich in ihren nationalen Grundsatzserklärungen (Schweden) oder in neuen organisatorischen Vereinbarungen (Deutschland) auf die primäre Gesundheitsversorgung verpflichtet. Außerdem gehen die Länder deutlich von einer nach Inputs strukturierten und darauf gegründeten primären Gesundheitsversorgung zu einem System über, das sich stärker auf Funktionen, Outputs und Resultate konzentriert. Die zahlreichen, von der Europäischen Union finanzierten Projekte für Kommunikationstechnologie in der primären Gesundheitsversorgung zeigen, daß in diesem Bereich der Informations- und Kommunikationsbedarf wächst.

Während der 80er Jahre konnten Länder wie Dänemark, Finnland, Frankreich, Island, Italien und die Niederlande erfolgreich Ressourcen aus anderen Bereichen abziehen und in die primäre Gesundheitsversorgung lenken. In den südlichen Ländern der Region wie Griechenland und Spanien wurde die Finanzierung der primären Gesundheitsversorgung im Verhältnis zur Krankenhausversorgung nicht wesentlich aufgestockt, obwohl man der sich auf die primäre

Gesundheitsversorgung gründenden Gesundheitsreform viel Gewicht beimaß.

Die primäre Gesundheitsversorgung hat eindrucksvolle Erfolge erzielt und neues Interesse geweckt. Dennoch ermittelte eine Gruppe von führenden Experten der primären Gesundheitsversorgung aus Griechenland, Italien, den Niederlanden, Portugal, Slowenien, Spanien, der Türkei und dem Vereinigten Königreich 1993 Barrieren, die sich einem Zugang zu Diensten der primären Gesundheitsversorgung in den Weg stellen. Dazu gehörten Barzahlung und ungleichmäßige geographische Verfügbarkeit, von denen insbesondere ärmere Menschen, Immigranten, Angehörige ethnischer Gruppen, die Wohnbevölkerung von Innenstädten und die Bevölkerung in abgelegenen Landgebieten betroffen sind.

| Krankenhausversorgung im Wandel

Heute werden die Krankenhäuser immer mehr zu unternehmerorientierten Einrichtungen, so daß einige ihrer herkömmlichen Funktionen, beispielsweise die „Hotel-“ oder Unfalldienste (Krankenhäuser ohne Betten) privatisiert werden und andere sich auch auf das häusliche Umfeld erstrecken (Krankenhäuser ohne Mauern).

Informationssysteme, der Einsatz moderner Kommunikationstechnologien, Management, Qualität der Patientenversorgung und die Kommunikation mit den Verbrauchern haben sich wesentlich verbessert. Die Krankenhäuser leisten auch mehr ambulante Dienste. Es werden keine Riesenkrankenhäuser mehr gebaut, mittelgroße Allgemeinkrankenhäuser und auf die Wohnbevölkerung einer Gemeinde hin orientierte Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen scheinen allmählich die Spezialkrankenhäuser, darunter auch die psychiatrischen Einrichtungen, zu ersetzen.

Drei wichtige Faktoren haben dazu beigetragen, die Krankenhäuser in diese Lage zu bringen:

- eine verstärkte Rechenschaftspflicht mit den damit verbundenen anderen Finanzierungsmodalitäten;

- ein wachsender Wettbewerbsdruck, der dadurch bewirkt wird, daß man Dienste kauft, der Verbraucher mehr über Gesundheitsversorgung weiß, bessere Wahlmöglichkeiten hat und höhere Ansprüche stellt und
- die steigenden Kosten der Gerätemedizin.

Einige Krankenhäuser unternehmen jetzt Schritte, um verstärkt für die Gesundheitsförderung unter ihrem Personal und für die Einzugsgemeinde des Krankenhauses zu arbeiten, indem sie sich der neuen Bewegung der gesundheitsfördernden Krankenhäuser anschließen oder sich hinter diese stellen. Seit 1993 beteiligen sich an diesem WHO-Versuchsprojekt über 20 Krankenhäuser aus Deutschland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Österreich, Polen, Schweden, der Tschechischen Republik und dem Vereinigten Königreich, und allmählich entstehen nationale Netzwerke. Zudem spiegelt das Ost-West-Projekt „Partnerschaftskrankenhaus“ die wachsende Autonomie der Krankenhäuser und die Aussichten für eine Zusammenarbeit wider.

Moderne Krankenhäuser gehen Bündnisse ein und entwickeln andere, stabilere Beziehungen und Netzwerke, um die Vorteile einer Massenproduktion nutzen und ihre Produkte besser differenzieren zu können.

| Gesundheitsversorgungsberufe im Umbruch: starke Bewegung in der Allgemeinmedizin, verstärkte Anerkennung der Pflege

In den meisten westlichen Ländern der Region ist die Allgemeinmedizin während der letzten beiden Jahrzehnte in der Definition ihres Beitrags zur Gesundheitsversorgung vorangekommen. Daran erweist sich, daß die Herausbildung eines Berufsprofils eine langfristige Perspektive voraussetzt, damit in der Öffentlichkeit, in der akademischen Welt und unter anderen Berufsgruppen Akzeptanz entstehen kann. Man sollte in den Ländern, die sich in letzter Zeit auf eine starke Politik für die Allgemeinmedizin festgelegt haben, diese Notwendigkeit nicht unterschätzen.

In den meisten Ländern können sich Absolventen eines Medizinstudiums nicht mehr als Allgemeinmediziner niederlassen, ohne einen geregelten Ausbildungsgang durchlaufen zu haben, der ihnen die offizielle Gebietsanerkennung verleiht. Richtlinie 93/16/EEC des Rats der Europäischen Union legt ab 1. Januar 1995 für alle EU-Mitgliedstaaten eine zweijährige Vollzeitweiterbildung in Allgemeinmedizin fest. Universitätsabteilungen für Allgemeinmedizin, Berufs- und Wissenschaftsverbände von Allgemeinmedizinern, akademische Gremien und wissenschaftliche Zeitschriften haben sich vervielfacht.

In Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken wird die Allgemeinmedizin in wachsendem Maße zur Familienmedizin in Beziehung gesetzt, wobei man erkannt hat, daß sie ein wesentliches Element einer besseren ärztlichen Primärversorgung darstellt. Sie bietet mehr Freiheit und eine weitere Berufsperspektive für Ärzte, die sich darum bemühen, als unabhängige Vertragspartner anerkannt zu werden und sich ein besseres Einkommen zu sichern, und zugleich eröffnet sie den Bürgern mehr Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf den Arzt, den sie aufsuchen möchten. Die Einführung einer verschärften Ausbildung und die sich ausweitende Rolle der Berufsverbände in diesem Bereich sind andere Beispiele für die Lebenskraft des Berufsstands.

Die Rolle der Allgemeinmedizin in der Praxis der Gesundheitsversorgung entwickelt sich weiter. Sie übernimmt zusätzlich zu ihren bisherigen therapeutischen Funktionen neue Aufgaben, um zusammen mit Pflegenden und anderen Gesundheitsberufen den Bedürfnissen der Bevölkerungen ihrer Einzugsgebiete gerecht werden zu können.

Mannigfaltige Faktoren behindern in den meisten Ländern der Europäischen Region die effektive Erbringung von pflegerischen Leistungen. Dazu gehört, daß in der konzeptionellen Arbeit und in der Entscheidungsfindung auf allen Ebenen des Gesundheitsversorgungssystems praktisch kaum Pflegende zu finden sind, gut ausgebildete Pflegende knapp sind, für die Arbeit von Pflegenden und Hebammen nur unzureichende Ressourcen zur Verfügung stehen und die Pflege als eine der

Medizin untergeordnete Disziplin unterschätzt wird. Die Länder haben bei der Überwindung dieser, sich einer wirksamen Pflege entgegenstellenden Barrieren äußerst unterschiedliche Fortschritte gemacht. Es scheint jedoch die Erkenntnis zu wachsen, daß die Rolle der Pflege bei der Ausnutzung ihres Potentials für die Praxis der Gesundheitsversorgung gewürdigt werden muß.

Der Ausgangspunkt für die Pflegenden, ihre Bedingungen als Berufsanfänger sowie ihre beruflichen Rollen und Funktionen unterscheiden sich in den Ländern erheblich, und damit geht man an die verschiedenen Probleme auch unterschiedlich heran. Dennoch zeichnen sich einige neuere Trends ab.

Erstens ist die Pflege Teil der allgemeineren Tendenz, die Kostenwirksamkeit der Gesundheitsversorgungspraxis zu erhöhen. Dazu gehören vor allem im Vereinigten Königreich und in Nord-europa Bemühungen, die Ergebnisse pflegerischer Interventionen zu messen. Zweitens wächst das Interesse an der pflegerischen Ausbildung. Zu den wichtigsten Fragen gehören hier: die Überprüfung und Neuausrichtung der Curricula auf die primäre Gesundheitsversorgung, die Schaffung neuer Ausbildungsgänge (vor allem an den Hochschulen), die Schulung von Pflegeausbildern, die Bereitstellung besserer Lehrmaterials, ein Fortbildungsangebot und engere Zusammenhänge zwischen der Pflegeausbildung und den Diensten. Drittens wandelt sich die Haltung zum Stellenwert der Pflege in der Gesellschaft und in der Praxis der Gesundheitsversorgung. Bisher wurde die Pflege als ein nur geringe Ausbildung erfordernder Beruf mit niedrigem Sozialstatus begriffen, woraus folgte, daß die psychosozialen Elemente der Pflege unterbewertet wurden; diese Auffassung beginnt sich allmählich zu ändern, obwohl man dabei nur langsam vorankommt und die Länder auch nur äußerst unterschiedliche Fortschritte machen.

Ständiges Streben nach Versorgungsqualität in der gesamten Region

Allgemein herrscht Einigkeit darüber, daß die Qualitätssicherung das Ziel verfolgt, das Ergebnis

der Gesundheitsversorgung im Sinne der Funktionsfähigkeit, des Patientenwohlergehens, der Verbraucherzufriedenheit und der Kosteneffektivität zu verbessern. Einigkeit besteht auch darin, daß die Qualitätssicherung auf allen Ebenen des Gesundheitsversorgungssektors gestärkt werden muß: unter den Erbringern von Gesundheitsversorgung, den Drittzählern, den Gesundheitseinrichtungen sowie in nationalen und internationalen Behörden.

Einig ist man sich zudem darüber, daß sich Qualitätssicherung auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung erreichen läßt, wenn man die Evaluierung, die Selbstbeurteilung und den Vergleich mit kollegialen Ergebnissen zu einem ständigen Element der Routineaufgaben der Gesundheitsberufe macht.

1992 verabschiedete das Europäische Forum der Ärzteverbände (EFMA) in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro ein Konzept zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, das den Grundstein für die Einführung eines solchen Konzepts in der Region legte. An der Gestaltung dieses Grundkonzepts beteiligten sich nationale Ärzteverbände aus 35 Ländern. In dem Papier wird empfohlen, daß die nationalen Ärzteverbände bei der Entwicklung der Versorgungsqualität eine führende Rolle übernehmen sollten. Die Sicherung der Qualität der ärztlichen Versorgung obliegt in erster Linie den Ärzten selbst, es handelt sich dabei also um eine ethische, erzieherische und berufliche, inhärent in der Unabhängigkeit des Berufsstands angelegte Verantwortung.

Einige Länder haben bestätigt, daß die Versorgungsqualität in künftigen Gesetzen festgeschrieben wird. Dazu gehören Belgien, Deutschland, Italien, die Niederlande, Norwegen und das Vereinigte Königreich.

Die Länder haben beträchtliche Forschungsarbeiten zur Qualitätssicherung durchgeführt. Diese Arbeit wird auf internationaler und nationaler Ebene koordiniert. Allerdings benutzen die Länder noch immer unterschiedliche Parameter, was oft einen Vergleich der Ergebnisse verhindert hat.

In einigen Bereichen ist man jedoch inzwischen mit der Ermittlung gemeinsamer Qualitätsindikatoren einige Schritte weitergekommen. Auf europäischen

Konsenskonferenzen wurden Indikatoren für die Perinatal- und Geburtsfürsorge, für psychische Gesundheit, Diabetes, Krankenhausinfektionen und den Einsatz von Antibiotika sowie für die Versorgung im Bereich der Mundgesundheit validiert.

Europäische Versuchsdatenbanken für gemeinsame Resultatindikatoren wurden für die Perinatal- und Geburtsfürsorge (geplante Standorte Deutschland und Vereinigtes Königreich), für Krankenhausinfektionen (Dänemark), Diabetes-Management (Deutschland), orthopädische Chirurgie (Norwegen) und Mundgesundheit (Dänemark) vorgesehen.

Die mittel- und osteuropäischen Länder und die GUS-Republiken interessieren sich stark für Resultatindikatoren. In diesen Ländern besteht eine lange Tradition der Datenerhebung, wenngleich mit weniger standardisierter Methodik und Verwendung.

Für chirurgische Interventionen wurde ein mit einem Grundindikatorsatz arbeitendes elektronisches Informationssystem eingerichtet und vor allem in Belgien, Dänemark und den Niederlanden gründlich getestet. Die Ergebnisse in Dänemark zeigen, daß während der letzten drei Jahre die Krankenhausinfektionen in der allgemeinen Chirurgie um 25%, die Operationsinfektionen in der Gefäßchirurgie um über 50% zurückgegangen sind. Belgien und die Niederlande bauen eine gemeinsame Datenbank zur Überwachung der Ergebnisse und der erreichten Fortschritte auf.

Das sich auf Resultatindikatoren gründende Diabetes- und Mundgesundheitsmanagement hat wesentliche Fortschritte gemacht. Die Europäische Kommission unterstützte durch ihr Advanced Informatics in Medicine programme (AIM) die Einrichtung eines Qualitätsnetzwerks in der Europäischen Union und in einigen mittel- und osteuropäischen Ländern. Außerdem sind in diesem Bereich die aktive Beteiligung und Unterstützung von seiten der Industrie wichtig.

Wichtigste Quellen

Action Plan for a Tobacco-free Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993 (Dokument EUR/ICP/TOH 199).

AIDS surveillance in Europe. Paris, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1993 - 1994 (quarterly reports).

Air quality guidelines for Europe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1987 (WHO Regional Publications, European Series, No. 23).

Sorge um Europas Zukunft. Zusammenfassung. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1994 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 53).

Enson, T. Health system reform in former Soviet countries of Europe. *International journal of health planning and management*, 8 (1993).

Umwelt und Gesundheit. Europäische Charta mit Kommentar. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1990 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 35).

Europäischer Alkoholaktionsplan. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993 (Dokument EUR/ICP/ADA 035).

Health care in Transition (HiT) profiles on selected countries. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993 - 1994.

Health care reforms in Europe. Proceedings of the First Meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe, Madrid, 23. - 24. Juni 1992. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993.

Kannas, L. et al. *Health behaviour in school-age children study.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1991.

New orientations for social policy. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1994 (Social Policy Studies, No. 12).

Preker, A.S. et al. Searching for the silver bullet: market mechanisms in the health sector in central and eastern Europe. *Project Hope Conference Health Care Reform Strategies and Central Europe, Prague, 10 - 12 November 1993.*

Putting health into contracts. London, Health Education Authority, 1992.

The reform of health care. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1992 (Health Policy Studies, No. 2).

Reform OVERviews (ROVERs) on selected countries. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993 - 1994.

Roberts, J.L. & Mierzewski, P. Health and health care finance - options for reform - toward a health for all perspective. *Ministerial Consultation on Health Care Management and Financing in the Central Asian Republics, Alma-Ata, 15. - 17. Dezember 1993.*

Vienonen, M.A. European health care reform overview. *Action for Central and Eastern Europe, September 1993.*

5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Europäische Region könnte sehr viel gesünder sein. Politische Umwälzungen, weitreichende Reformen, sich wandelnde Prioritäten der öffentlichen Gesundheit und bisher noch nie dagewesene Veränderungen sind kennzeichnend für die Region von heute. Die Auswirkungen ungünstiger sozio-ökonomischer Trends, gesellschaftliche Unruhen, Wanderbewegungen und in einigen Teilen der Region auch Kriege haben der Gesundheit alle ihren Tribut abgefordert. Vor allem in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken hat sich der Anstieg von Armut und Gewalt schwerwiegend auf die sozial schwächsten Gruppen ausgewirkt.

Die gesundheitliche Kluft zwischen Mittel- und Osteuropa und den GUS-Republiken einerseits und Westeuropa andererseits vertieft sich noch. Zurückzuführen ist das weitgehend auf Herz-Kreislaufkrankungen, auf externe Ursachen und Krebskrankheiten, die auf ungesunde Lebensweisen und auf eine lückenhafte Krankheitsprävention zurückgehen. Sehr viele Frühodesfälle sind verhütbar.

Die Erfahrungen aus Westeuropa zeigen, daß sich umfassende Programme zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bezahlt machen. Rauchen, Alkoholmißbrauch und unsicherer Sex sind in der ganzen Region weiterhin für einen wesentlichen Teil der Krankheiten und der Mortalität verantwortlich. Mittlerweile entwickelt jedoch eine zunehmende Zahl von Ländern Infrastrukturen und Programme für die Gesundheitsförderung.

Die wichtigsten Hindernisse sind dabei nicht nur finanzielle Engpässe, sondern auch das Beharren auf überholten Konzepten der Gesundheitsförderung. Antitabakgesetze gewinnen an Boden.

Die Lebenserwartung in Westeuropa verbessert sich noch immer und nähert sich vielleicht ihrer Obergrenze. Es besteht eindeutig ein Bedarf an sachgerechten Maßstäben für den internationalen Vergleich von Verbesserungen der Lebensqualität. Die Säuglingssterblichkeit ist in einigen zentralasiatischen Republiken der GUS noch immer hoch,

d. h. sie übersteigt 40 pro 1000 Lebendgeburten. Die Müttersterblichkeit geht zurück. Stärker berücksichtigt werden müssen Chancengleichheit und die besonderen Bedürfnisse von Frauen und älteren Menschen, vor allem im Hinblick auf chronische Erkrankungen und Behinderungen, soziale Unterstützung, häusliche Gewalt und Zugang zu den Diensten.

Die Politik „Gesundheit für alle“ hat in der gesamten Region an Einfluß gewonnen, es hat sich ein neues Modell für Public-health-Maßnahmen herausgebildet. Zentralregierungen, aber auch Regionen und Städte bringen in ihre Politik eine breitere Public-health-Perspektive hinein, die das Schwergewicht auf Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Primärversorgung legt.

Von politischer Seite setzt man sich auch für die Umweltpolitik ein. Beunruhigend ist allerdings, daß 12% der Menschen in der Region (hauptsächlich in den GUS-Republiken) keinen Zugang zu sauberem Wasser haben und ein Drittel der Bevölkerung der Region in Städten lebt, in denen die Luftverschmutzung die Höchstwerte der WHO-Leitlinien überschreitet.

Die Strategie „Gesundheit für alle“ sollte die Reformen der Gesundheitsdienste und der öffentlichen Gesundheit mehr denn je beeinflussen. Die Region ist zur Zeit ein riesiges Versuchslabor, in dem unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten und Unterstützungsformen für die Gesundheitsversorgung ausprobiert werden. Noch immer aber hat man nur spärliche Beweise dafür, welche Konzepte funktionieren und welche nicht. Die wichtigste Aufgabe besteht darin, eine hohe Versorgungsqualität und die Aufgeschlossenheit gegenüber besonderen Bedürfnissen zu gewährleisten, um ein Mehr an Gesundheit zu bewirken. Für Bürger und Patienten wachsen die Möglichkeiten, sich zu ihren Rechten zu äußern, ihre Wahlmöglichkeiten zu nutzen und die Gesundheitsversorgung zu beeinflussen, was einen starken Einfluß auf die Verbesserung der Gesundheitsdienste und die Resultate der Gesundheitsversorgung hat.

Die Region von heute begibt sich mit atemberaubendem Tempo in den Wandel. Es bieten sich großartige Möglichkeiten zur Einflußnahme. Darin liegt

für das WHO-Regionalbüro für Europa in seiner Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten die wichtigste Herausforderung.

ANHANG 1

Europäische Public-health-Wissensbasis der WHO

Das Public-health-Wissen des Regionalbüros gründet sich auf Informationen aus nationalen und internationalen Quellen sowie aus den Datenbanken und Informationsbanken der Fachreferate des Regionalbüros. Diese Datenbanken befinden sich in unterschiedlichen Entwicklungsstadien und werden entweder im Regionalbüro oder von WHO-Kooperationszentren und anderen wichtigen Informationspartnern auf dem neuesten Stand gehalten (vgl. Tabelle A).

Informationsinfrastruktur

Die europäische Public-health-Wissensbasis folgt in ihrem Aufbau der Struktur der Strategie „Gesundheit für alle“: Grundvoraussetzungen der Gesundheit, Gesundheitszustand und Determinanten der Gesundheit (Lebensweisen, Umwelt, Gesundheitsversorgung) und stützende Mechanismen. Tabelle B beschreibt ihre wichtigsten Elemente.

Partner und Nutzer

Zu den Partnern und Netzwerken gehören Ansprechpartner in Gesundheitsministerien und anderen Ressorts, WHO-Länderbüros, nationale Dokumentationszentren, WHO-Kooperationszentren und andere spezialisierte Zentren oder örtliche Behörden der an bestimmten WHO-Projekten beteiligten Gebiete. Die Nutzer der Informationsmöglichkeiten des Regionalbüros sind in einzelstaatlichen Behörden und internationalen Organisationen zu finden, zu ihnen zählen aber auch einzelne Bürger und Erbringer von Gesundheitsversorgung auf örtlicher Ebene.

Kommunikationsstrategie

Die Kommunikationsstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa verbindet den persönlichen

Kontakt durch Tagungen, Konferenzen, Länderbesuche, Workshops usw. mit elektronischen Kommunikationsmöglichkeiten. Die wichtigste Neuerung am Regionalbüro für Europa ist in diesem Bereich das WHO-CIPHER (Centre for Information on Public Health in the European Region) mit seinem Demonstrationsmodell. Es umfaßt sechs Kommunikationsanwendungen (Post, TELENET, Verteiler, FTP, Gopher, Web), die die Möglichkeiten dieser Dienste verdeutlichen. Sie können der Kommunikation unter den Mitgliedstaaten und zwischen den Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro eine neue Dimension verleihen.

Die Referate des Regionalbüros sind miteinander, mit dem WHO-Hauptbüro in Genf und ausgewählten internationalen Organisationen durch elektronische Post verbunden. Einige Mitgliedstaaten (hauptsächlich die Länderbüros in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Republiken) wurden ebenfalls, in erster Linie über Internet, an die elektronische Post angeschlossen. Disketten mit den Daten der GFA-Datenbank (Datenbank „Gesundheit für alle“) stehen allgemein zur Verfügung. Bei CARE Telematics handelt es sich um ein Pilotprojekt für ein elektronisches Kommunikationsnetzwerk, das unter Leitung der WHO und im Rahmen einer EU-Initiative von verschiedenen Partnern durchgeführt wird. Ein weiteres Beispiel für ein Versuchsprojekt ist das Telematiksystem für die Qualitätssicherung in der Mundgesundheit (ORATEL).

Die Kommunikation des Regionalbüros läuft auch über die Massenmedien, das Regionalbüro unterhält ein Netz mit wichtigen europäischen Medien, um durch diese Kanäle über seine Politik, seine Programme und Tätigkeiten informieren zu können. Außerdem erfolgt ein gewaltiger Informationsausstoß durch Bücher und Dokumente. Die Bücher werden über das WHO-Hauptbüro überall in der Welt in Buchhandlungen verkauft, während das Regionalbüro und seine Fachreferate für die Versendung der Dokumente sorgen.

Tabelle A Überblick über die Fachdatenbanken des WHO-Regionalbüros für Europa

Name/Akronym	Inhalt und Reichweite	Mechanismen und Quellen der Datenerhebung	Standort	Art	Entwicklungsstadium
Europäischer AIDS-Datensatz (Euraids)	Inzidenz und Prävalenz von AIDS nach Geschlecht, Alter und Übertragungsweg sowie einige Daten zu HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten Alle Länder	Periodische, dreimonatige Berichterstattung durch die Mitgliedstaaten	WHO-Kooperationszentrum, Paris	Numerisch	In Funktion
Länderweit integriertes Interventionsprogramm für Nichtübertragbare Krankheiten (CINDI)	Prävalenz/Inzidenz der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten und ihrer Risikofaktoren	Periodische Untersuchungen und Gesundheitsinterviewerhebungen, Register einiger chronischer Krankheiten, Offizielle Länderstatistiken	WHO-Kooperationszentrum, Heidelberg	Numerisch	Für CINDI-Zwecke in Funktion
Datenbank Umweltbezogener Gesundheitsschutz	Daten für 9 Hauptbereiche des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes aus 35 Ländern (von Wasser bis Wohnunterkünfte) Alle Länder	Fragebogen an nationale Ansprechpartner	Zentren in Bithoven und Rom	Numerisch und textuell	Für die Zwecke des Zentrums Umwelt und Gesundheit in Funktion
Erweitertes Immunisierungsprogramm (EPI)	Morbidität (EPI-Krankheiten) Durchimpfungsgrad Alle Länder	Jährliche Fragebogen an EPI-Manager in den Ländern und monatliche Berichterstattung für drei Krankheiten (Diphtherie, Keuchhusten und Masern)	Regionalbüro und WHO-Hauptbüro	Numerisch	In Funktion
Datenbank „Gesundheit für alle“ (HEFADB)	Indikatoren für 38 regionale GFA-Ziele, für Mortalität, Demographie, Lebensweisen, Lebenserwartung, übertragbare Krankheiten, Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten, Personalausstattung und andere gesundheitsbezogene Daten Alle Länder	Drei jährliche Fragebogen an die Mitgliedstaaten, System der Berichterstattung von den Mitgliedstaaten an die WHO, verschiedene Sonderorganisationen, statistische Veröffentlichungen	Regionalbüro	Numerisch	In Funktion
Parasuizid-Daten	Parasuizidraten Risikofaktoren für Selbstmord unter denjenigen, die einen Selbstmord versucht haben (Studiengebiete in 13 Ländern)	Laufendes Monitoring durch Fragebogen	Regionalbüro	Numerisch und textuell	Im Aufbau

Tabelle A (Forts.)

Name/Akronym	Inhalt und Reichweite	Mechanismen und Quellen der Datenerhebung	Standort	Art	Entwicklungsstadium
Datenbank für evaluative Studien über Gemeindepsychiatrie	Konklusionen aus Forschungsarbeiten über psychische Gesundheit zur Evaluierung der Dienste	Daten aus veröffentlichten Berichten oder einschlägigen Aufsätzen	WHO-Kooperationszentrum für Forschung und Ausbildung im Bereich Psychische Gesundheit, Warschau	Textuell	Im Aufbau
Nahrungsmittel- und Gesundheitsindikatoren	FAO-Nahrungsmittelbilanzen; nahrungsmittelbezogene Indikatoren und damit zusammenhängende Mortalitätsraten in 51 Ländern (32 Europäische Region). Zeitlicher Rahmen: 1961-1991	FAO (landwirtschaftliche Produktionsstatistiken und Handelsstatistiken) sowie Statistiken des Regionalbüros für Europa	Regionalbüro	Numerisch	In Funktion
ESADT (Europäische Zusammenfassung Alkohol, Drogen und Tabak)	Konsumtrends für Alkohol, Drogen und Tabak; dadurch bewirkte Schäden, politische Reaktionen	3 die drei Bereiche vertiefende Fragebogen an Ansprechpartner in den Ländern sowie verlässliche veröffentlichte Berichte	Regionalbüro	Numerisch und textuell	Im Aufbau
Clearinghaus-Datenbank (CHDB)	Impfstoffe Arzneimittel Medizinische Ausrüstung (im Aufbau) Stiftungen Importe, Produktion, Unterstützungszusagen, Anfragen, Lagerbestand 12 GUS-Republiken	Fragebogen an die Gesundheitsministerien (wichtigste Quelle) + verschiedene Berichte, z. B. von UNICEF oder Geberstellen	Regionalbüro	Numerisch	In Funktion
Datenbank „Gesunde Städte“	Indikatoren für: • Gesundheitszustand • Umwelt • Wirtschaft • allgemeine Information	Fragebogen an die Teilnehmerstädte	Regionalbüro	Numerisch und textuell	Gerade angelaufen
Europäische Längsschnittstudie zum Thema Altern (ELSA - II-Länder-Studie)	Daten über: • funktionelle Kapazitäten • Lebensbedingungen • Lebensweisen • Inanspruchnahme der Dienste	Fragebogen + Stellvertreterinterviews (gut ausgebildete Interviewer in den Ländern)	WHO-Kooperationszentrum in Jyva Kylla	Numerisch und textuell	Für ELSA-Zwecke in Funktion
Europäische Risikofaktoren- und Mortalitätsstudie (ERICA)	Koronare Herzkrankheit + Risikofaktoren Daten aus epidemiologischen Studien in 18 Ländern	Bevölkerungserhebungen	3 Zentren: Heidelberg, Kaunas und Rom	Numerisch	Für ERICA-Zwecke

Tabelle A (Forts.)

Name/Akronym	Inhalt und Reichweite	Mechanismen und Quellen der Datenerhebung	Standort	Art	Entwicklungsstadium
Kaunas-Rotterdam-Interventionsstudie (KRIS)	Koronare Herzkrankheit + Risikofaktoren, einschließlich psychosozialer Faktoren	Bevölkerungserhebungen und Krankheitsregister	Rotterdam, Kaunas und Regionalbüro	Numerisch	Für KRIS-Zwecke in Funktion
Psychosoziale Teilstudie MONICA	Daten über psychosoziale Risikofaktoren von Herz-Kreislaufkrankheiten 9 Länder	Bevölkerungserhebungen, offizielle Bevölkerungsstatistiken und Krankheitsregister	München	Hauptsächlich numerisch	Für MONICA-Zwecke in Funktion
Kinderelement des CINDI-Programms	Prävalenz von Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten + Interventionstätigkeiten 10 Länder	Bevölkerungserhebungen	Kaunas	Numerisch und textuell	Für dieses CINDI-Teilprogramm in Funktion
Gesundheitsförderung und gesundheitliche Entwicklung in den Mitgliedstaaten	Infrastruktur der Gesundheitsförderung <ul style="list-style-type: none"> wichtige Entwicklungen in der Gesundheitsförderung organisatorische Struktur: Gesetzgebungsorgane, beratende Organe usw. Prioritäten der Länder im Bereich Gesundheitsförderung 	Jährlich aktualisierter Fragebogen, der sich in diesem Jahr z. B. auf den Etat für die Gesundheitsförderung konzentriert. In enger Zusammenarbeit mit Kooperationszentren für Gesundheitsförderung entwickelt und an nationale Ansprechpartner verschickt	Regionalbüro	Textuell	Im Aufbau
DIABCARE	Diabetes-Daten Netzwerk zur St.-Vincent-Erklärung	Fragebogen mit abgestimmten Diabetesindikatoren, die von Q-Netz-Teilnehmern in den Ländern ausgefüllt werden	DIABCARE-Zentrum, München	Numerisch und textuell	Für DIABCARE-Zwecke in Funktion
Perinatale Versorgung (OBSQ ID)	Perinatale Versorgungsdaten	Fragebogen	Universität Tübingen	Numerisch und textuell	In der Planungsphase
Mundgesundheit	Mundgesundheitszustand auf der Grundlage von auf europäischer Ebene ermittelten Indikatoren	Fragebogen	Dänischer Zahnärzteverband	Numerisch und textuell	In der Planungsphase
WHOCARE	Krankenhauseinweisungen: <ul style="list-style-type: none"> Operation Antibiotika Blut Benutzer der WHOCARE-Software	Fragebogen	Dänisches Seruminstitut, Kopenhagen	Numerisch und textuell	In der Planungsphase

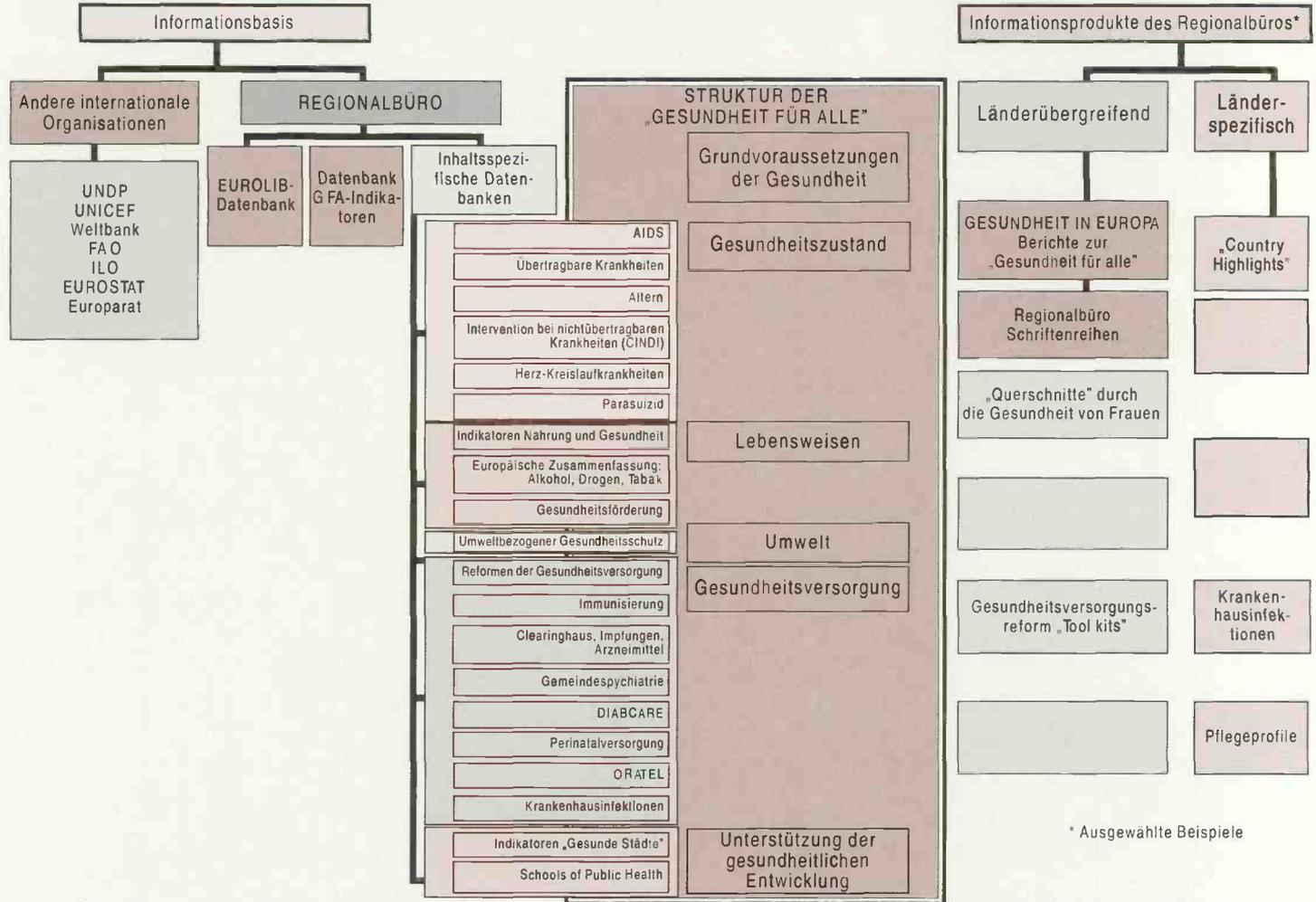
Tabelle A (Forts.)

Name/Akronym	Inhalt und Reichweite	Mechanismen und Quellen der Datenerhebung	Standort	Art	Entwicklungsstadium
Schools of Public Health (SPH)	Hochschulen + Fakultäten für Gesundheitswissenschaften Ausbildungsgänge (Forschungsprogramme) Personen Relationale Datenbank Alle Länder	Untersuchung des WHO-Hauptbüros 1991/92 ASPHER-Fragebogen Laufend	Regionalbüro/ ASPHER und CITI2	Textuell	Im Aufbau

Anmerkung: Zur Unterstützung bestehender Produkte möglicherweise noch aufzubauende Datenbanken:

1. Querschnitte des Gesundheitszustands in den Ländern
2. Gesundheitsversorgung im Umbruch (HITs and ROVERs)
3. Pflegeprofile
4. Profile des Gesundheitszustands von Frauen

Tabelle B Europäische Public-health-Wissensbasis der WHO: Informationsinfrastruktur



ANHANG 2

Sozioökonomische Basisindikatoren: Länder der Europäischen Region der WHO

Land	Geschätzte Bevölkerung (Mio.) 1992 (1)	Bruttoinlands- produkt (KKP \$) ^a pro Kopf der Bevölkerung 1991 (2)	Gesundheits- ausgaben insgesamt (in % des Bruttoinlands- produkts) 1991 (2)	Durchschnitt- liche Ausbil- dungsdauer 1992 (2)	Säuglings- sterblichkeit (pro 1000 Lebend- geburten) 1992 (3)
Albanien	3,3	3 500	4	6,2	33,8
Armenien	3,6	4 610	4,2	5	18,9
Aserbaidschan	7,2	3 670	4,3	5	22,9
Belarus	10,2	6 850	3,2	7	12,1
Belgien	10	17 510	8,1	11,2	8,5
Bosnien-Herzegowina	4,6				18,4
Bulgarien	8,9	4 813	5,4	7	15,9
Dänemark	5,1	17 880	7	11	6,5
Deutschland	80,2	19 770	9,1	11,6	7,0
Estland	1,6	8 090		9	12,4
Finnland	5	16 130	8,9	10,9	5,2
Frankreich	57,5	18 430	9,1	12	7,3
Georgien	5,5	3 670	4,5	5	15,8
Griechenland	10,3	7 680	4,8	7	9,0
Irland	3,5	11 430	8	8,9	7,6
Island	0,3	17 480	8,3	9,2	4,8
Israel	5,1	13 460	4,2	10,2	9,9
Italien	57,2	17 040	8,3	7,5	8,6
Kasachstan	17	4 490	4,4	5	25,7
Kirgisistan	4,5	3 280	5	5	30,2
Kroatien	4,8				11,6
Lettland	2,7	7 540		9	17,4
Litauen	3,8	5 410	3,6	9	10,2
Luxemburg	0,4	20 800	6,6	10,5	7,2
Malta	0,4	7 575		6,1	10,8
Ehem. Jugoslawische Republik Makedonien					
Monaco	0,02				
Niederlande	15,2	16 820	8,7	11,1	7,1
Norwegen	4,3	17 170	8,4	12,1	7,0
Österreich	7,9	17 690	8,5	11,4	7,5
Polen	38,4	4 500	5,1	8,2	14,4
Portugal	9,9	9 450	6,2	6,4	9,3
Republik Moldau	4,4	3 500	3,9	6	19,2
Rumänien	22,8	3 500	3,9	7,1	23,3
Russische Föderation	149	6 930	3	9	18,4
San Marino	0,02				

Land	Geschätzte Bevölkerung (Mio.) 1992 (1)	Bruttoinlands- produkt (KKP \$) ^a pro Kopf der Bevölkerung 1991 (2)	Gesundheits- ausgaben insgesamt (in % des Bruttoinlands- produkts) 1991 (2)	Durchschnitt- liche Ausbil- dungsdauer 1992 (2)	Säuglings- sterblichkeit (pro 1000 Lebend- geburten) 1992 (3)
Schweden	8,7	17 490	8,8	11,4	5,8
Schweiz	6,9	21 780	8	11,6	6,4
Slowakische Republik	5,3				11,3
Slowenien	2				8,9
Spanien	39,1	12 670	6,5	6,9	7,6
Tadschikistan	5,5	2 180	6	5	40,4
Tschechische Republik	10,3				9,9
Türkei	58	4 840	4	3,6	
Turkmenistan	3,9	3 540	5	5	44,5
Ukraine	52	5 180	3,3	6	14,1
Ungarn	10,3	6 080	6	9,8	14,1
Usbekistan	21,2	2 790	5,9	5	37,6
Vereinigtes Königreich	58	16 340	6,6	11,7	6,6

^a KKP = Kaufkraftparität.

Quellen: 1) *Recent demographic developments in Europe 1993*. Straßburg, Council of Europe Press, 1994.

2) *Human development report 1994*. New York, Oxford University Press, 1994.

3) Statistische Datenbank „Gesundheit für alle“, WHO-Regionalbüro für Europa, 1994 (Jahr: 1992 oder die neusten verfügbaren Daten).

Alle wissen, daß die Europäische Region der WHO vor allem in den mittleren und östlichen Ländern und in der ehemaligen UdSSR tiefgreifende, zuweilen heftige politische, soziale und wirtschaftliche Veränderungen durchmacht. Das Buch spürt den Auswirkungen dieser Veränderungen auf die Gesundheit nach und zeigt in Ausschnitten, wie die Länder darauf reagieren.

Die regelmäßige Standortbestimmung und Evaluierung sind wesentliche Teile der europäischen Strategie „Gesundheit für alle“. Während der Evaluierung von 1990/1991 ging die Woge der Veränderung über die Region hin, in der Standortbestimmung von 1993/1994 konnte man dann ihre Auswirkungen auf die Gesundheit messen. Die Ergebnisse werden hier mit einer kurzen und leicht verständlichen Zusammenfassung vorgelegt.

Der Bericht verfolgt die Veränderungen in den Grundvoraussetzungen der Gesundheit und zeigt die von den Ländern bei der Bekämpfung der wichtigsten Todesursachen gemachten Fortschritte und die noch zu bewältigenden Probleme auf. Er macht außerdem den wichtigsten Trend in der Region deutlich: die zunehmenden Chancenungleichheiten im Gesundheitsbereich. Das deutlichste Anzeichen dafür und somit den deutlichsten Handlungsbedarf zeigt das Gefälle in der Lebenserwartung zwischen der östlichen und westlichen Hälfte der Region. Sie klafft sechs Jahre auseinander, und die Kluft vertieft sich.

Das Buch ist ein Muß für Angehörige der Gesundheitsberufe, für Wissenschaftler, Gesundheitspolitiker und Politiker aus angrenzenden Bereichen, aber auch für alle, die sich dafür interessieren, wohin sich die Gesundheit in Europa entwickelt.

ISBN 92 890 7320 9

sfrs 17.-

