



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
66. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 12.–15. September 2016

Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO



© shutterstock.com/YanLev



Arbeitsdokument



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

66. Tagung

Kopenhagen, 12.–15. September 2016

Punkt 5 c) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC66/11

+EUR/RC66/Conf.Doc./7

1. August 2016

160522

ORIGINAL: ENGLISCH

Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO

Der Entwurf des Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO ist als Fortschreibung und Überarbeitung des bisherigen Aktionsplans zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) gedacht. Er strebt anhand von vorrangigen Handlungsfeldern und Interventionen für die nächsten zehn Jahre (2016–2025) und unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse, ermutigender Veränderungen sowie der bestehenden Verpflichtungen und bisherigen Fortschritte der Mitgliedstaaten die Verwirklichung der regionsweiten und globalen Zielvorgaben in Bezug auf die Senkung der vorzeitigen Mortalität und der Krankheitslast, die Verbesserung der Lebensqualität und eine ausgewogenere Verteilung der gesunden Lebenserwartung an.

Der Aktionsplan wurde im Zuge eines Konsultationsprozesses unter der Anleitung von Sachverständigen ausgearbeitet. Bei seiner Erstellung wurden das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“, die Folgemaßnahmen zu den Tagungen der Vereinten Nationen auf hoher Ebene zum Thema nichtübertragbare Krankheiten in den Jahren 2011 und 2014 und die Auswirkungen der unlängst verabschiedeten Ziele für nachhaltige Entwicklung gebührend berücksichtigt.

Konzeptioneller Überblick und zentrale Elemente

Zukunftsvision

Eine gesundheitsförderliche Europäische Region, frei von vermeidbaren nichtübertragbaren Krankheiten, vorzeitigen Todesfällen und vermeidbaren Behinderungen.

Zielsetzung

Die Zielsetzung des Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO besteht darin, durch integrierte Maßnahmen, die Verbesserung der Lebensqualität und eine gerechtere Verteilung der gesunden Lebenserwartung in wie auch zwischen den Mitgliedstaaten vorzeitige Todesfälle zu vermeiden und die aus nichtübertragbaren Krankheiten resultierende Krankheitslast signifikant zu verringern.

Ziele

- Integrierte Maßnahmen zur Bekämpfung von Risikofaktoren und den ihnen zugrunde liegenden Determinanten über die Grenzen von Politikbereichen hinweg
- Stärkung der Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten

Strategischer Ansatz

Ein umfassender Ansatz, der bei der Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich systematisch Konzepte und Maßnahmen miteinander verknüpft und nichtübertragbare Krankheiten bekämpft, indem er gleichzeitig:

- (1) Programme auf Bevölkerungsebene zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsprävention fördert;
- (2) stark gefährdete Gruppen und Personen aktiv ins Visier nimmt; und
- (3) einen möglichst großen Teil der Bevölkerung durch wirksame Behandlung und Versorgung erreicht.

Zielvorgaben

Erfüllung der globalen und regionsweiten Zielvorgaben in Bezug auf eine relative Verringerung der durch vier Arten von nichtübertragbaren Krankheiten bedingten vorzeitigen Sterblichkeit um: 1,5% jährlich bis 2020 (Gesundheit 2020); 25% bis 2025 (globaler Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten) und ein Drittel bis 2030 (Ziele für nachhaltige Entwicklung) (Basisjahr 2010).

Schwerpunkt- und Ergänzungsbereiche

Vorrangige Handlungsfelder

- Politiksteuerung
- Surveillance, Beobachtung, Evaluation und Forschung
- Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung
- Gesundheitssysteme

Vorrangige Interventionen (Bevölkerungsebene)

- Förderung eines gesunden Konsumverhaltens durch Steuer- und Marktpolitik (Tabak, Alkohol, Lebensmittel)
- Reformulierung und Verbesserung von Produkten (Salz, Fette und Zucker)
- Salzreduktion
- Förderung eines aktiven Lebens und aktiver Mobilität
- Förderung der Luftreinhaltung

Vorrangige Interventionen (Individuelle Ebene)

- Kardio-metabolische Risikobewertung und -steuerung
- Frühzeitige Erkennung und Behandlung von Fällen nichtübertragbarer Krankheiten
- Impfmaßnahmen und Bekämpfung der relevanten übertragbaren Krankheiten

Unterstützende Interventionen

- Förderung von Mundgesundheit und Muskel-Skelett-Gesundheit
- Förderung der psychischen Gesundheit
- Gesundheitsförderung in bestimmten Umfeldern

Inhalt

	Seite
Einführung	6
Anwendungsbereich	8
Vorrangige Handlungsfelder	9
Politiksteuerung	9
Surveillance, Beobachtung, Evaluation und Forschung	10
Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.....	12
Gesundheitssysteme	13
Vorrangige Interventionen (Bevölkerungsebene)	14
Förderung eines gesunden Konsumverhaltens durch Steuer- und Marktpolitik... 14	
Zielsetzung.....	14
Begründung.....	14
Maßnahmen	15
Reformulierung und Verbesserung von Produkten (Salz, Fette und Zucker)..... 16	
Zielsetzung.....	16
Begründung.....	16
Maßnahmen	17
Salzreduktion.....	17
Zielsetzung.....	17
Begründung.....	17
Maßnahmen	18
Förderung eines aktiven Lebens und aktiver Mobilität.....	18
Zielsetzung.....	18
Begründung.....	18
Maßnahmen	19
Förderung der Luftreinhaltung	20
Zielsetzung.....	20
Begründung.....	20
Maßnahmen	20
Vorrangige Interventionen (individuelle Ebene).....	21
Kardio-metabolische Risikobewertung und -steuerung	21
Zielsetzung.....	21
Begründung.....	21
Maßnahmen	22
Frühzeitige Erkennung und Behandlung von Fällen nichtübertragbarer Krankheiten	23
Zielsetzung.....	23
Begründung.....	23
Maßnahmen	25
Impfmaßnahmen und Bekämpfung der relevanten übertragbaren Krankheiten ... 26	
Zielsetzung.....	26
Begründung.....	26
Maßnahmen	27

Unterstützende Interventionen.....	27
Förderung von Mundgesundheit und Muskel-Skelett-Gesundheit	27
Zielsetzung.....	27
Begründung.....	27
Maßnahmen	28
Förderung der psychischen Gesundheit	29
Zielsetzung.....	29
Begründung.....	29
Maßnahmen	30
Gesundheitsförderung in bestimmten Umfeldern	30
Zielsetzung.....	30
Begründung.....	30
Maßnahmen	31
Die Rolle des Regionalbüros für Europa.....	32
Führungskompetenz und Überzeugungsarbeit.....	32
Aufbau von Kapazitäten.....	32
Beobachtung und Überwachung	33
Zusammenarbeit mit anderen Akteuren	33
Quellenangaben	34

Einführung

1. Die Zukunftsvision des Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO ist die von einer gesundheitsförderlichen Europäischen Region, die frei von vermeidbaren nichtübertragbaren Krankheiten, vorzeitigen Todesfällen¹ und vermeidbaren Behinderungen ist.

2. Kann diese Vision verwirklicht werden? Durchaus, denn die Hauptursachen für vorzeitige Todesfälle und vermeidbare Behinderungen in der Europäischen Region der WHO sind bekannt, ebenso die wirksamen Interventionen, mit denen viele von ihnen verhütet und bekämpft werden können. Zwei Drittel der vorzeitigen Todesfälle in der Europäischen Region werden durch die vier häufigsten Arten von nichtübertragbaren Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen) verursacht. Durch die Bekämpfung der wichtigsten Risikofaktoren (Tabak- und Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, Adipositas und eine Reihe von Umweltfaktoren) ließen sich mindestens 80% aller Herzkrankheiten, Schlaganfälle und Fälle von Diabetes sowie 40% aller Krebserkrankungen verhindern. Einige der führenden Ursachen für die mit Behinderung verbrachten Lebensjahre in der Europäischen Region (etwa Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, psychische Störungen, Demenz, Verletzungen und orale Erkrankungen) weisen häufig die gleichen Risikofaktoren und zugrunde liegenden Determinanten auf wie die wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten.

3. Zudem wurde in den zehn Jahren, die seit der Billigung der Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (1) vergangen sind, und seit der Verabschiedung des Aktionsplans zu ihrer Umsetzung (2012–2016) (2) fünf Jahre später das Mandat für ein Vorgehen gegen diese Krankheiten weiter gestärkt. Auf die 2011 angenommene Politische Erklärung der Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über nichtübertragbare Krankheiten (3) folgten 2013 der von der 66. Weltgesundheitsversammlung beschlossene Globale Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) mit dem dazugehörigen globalen Kontrollrahmen (4) sowie 2014 die Annahme einer Reihe zeitgebundener Verpflichtungen auf der zweiten Tagung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene (mit einem Bericht im Jahr 2018). Die Senkung der vorzeitigen Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten ist nun auch eine eigenständige Zielvorgabe im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung sowie in dem Kontrollrahmen für das gesundheitspolitische Rahmenkonzept der Europäischen Region der WHO, „Gesundheit 2020“.

4. Diese international und regionsweit vereinbarten Zielvorgaben zur Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region könnten erreicht werden, wie die im Europäischen Gesundheitsbericht 2015 geschilderten Trends für die Verwirklichung des Ziels aus „Gesundheit 2020“ belegen (5). Die Todesraten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weiterhin rückläufig, der klare Abwärtstrend bei den Raucherzahlen

¹ Unter vorzeitigen Todesfällen werden Todesfälle unter Erwachsenen in der Altersgruppe von 30 bis 69 Jahren verstanden.

hält an, und der Alkoholkonsum geht stetig zurück. Dramatische Rückgänge in einigen Ländern können anderen als lehrreiches Beispiel dienen. Darüber hinaus hat das bei dem neuen ausgelagerten Fachzentrum in der Russischen Föderation angesiedelte Projekt für nichtübertragbare Krankheiten Aktionen in insgesamt 23 Ländern angestoßen und eine erhebliche Erhöhung der fachlichen Kapazitäten in der Europäischen Region gebracht.

5. Dieses Bild für die Europäische Region insgesamt verdeckt jedoch erhebliche Unterschiede in und zwischen einzelnen Ländern und Bevölkerungsgruppen. Manche der auf der globalen Ebene aufgestellten Ziele (z. B. Tabakkonsum) drohen in der Region verfehlt zu werden, auch wenn eine Reihe von Ländern unter Beweis gestellt hat, dass sich dieses Ziel bei entsprechender Entschlossenheit erreichen lässt. Mit Blick auf die Zielvorgabe für Adipositas geht das Regionalbüro für Europa davon aus, dass die Europäische Region das gesteckte Ziel weit verfehlt, und die Situation wird möglicherweise durch langsame Fortschritte in Bezug auf das Bewegungsverhalten noch verschärft. In Ländern mit hoher Mortalität aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten müssten die Anstrengungen forciert werden.

6. Überdies wäre es denkbar, dass die Europäische Region dank ihrer Vision, Besonderheiten und Fähigkeiten noch größere Ambitionen verfolgt. Da die Europäische Region immer noch an den Folgen der Wirtschaftskrise leidet und ihre Bevölkerung immer älter wird, sind ein guter Start ins Leben, gesunde Arbeitskräfte und eine bessere Lebensqualität im höheren Alter heute wichtiger denn je. Da die vorzeitige Mortalität zurückgegangen ist, leben die Menschen heute länger mit Behinderungen, die oft durch chronische Erkrankungen bedingt sind. So ist Multimorbidität zunehmend auf dem Vormarsch, und nach Schätzungen sind 65% in der Altersgruppe über 65 Jahre betroffen und benötigen komplexere und stärker patientenorientierte Versorgungsmodelle. Doch auch wenn verstärkte Anstrengungen zur Beseitigung der vorzeitigen Sterblichkeit insgesamt durchaus sinnvoll sind, so wird doch ein Großteil der künftigen Krankheitslast im Alter liegen. Personen über 70 Jahre sollten im Vergleich mit früheren Generationen mehr behinderungsfreie Lebensjahre erhalten, und die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern in Bezug auf gesunde Lebenserwartung sollte thematisiert werden. Durch die Nutzung von Synergieeffekten zwischen bestehenden Strategien und Aktionsplänen können, gestützt auf die allgemeinen strategischen Ziele von „Gesundheit 2020“ – Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten sowie bessere Führungsarbeit und mehr partizipatorische Politikgestaltung –, wechselseitige Vorteile entstehen.

7. Der vorliegende Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO stellt eine Fortschreibung und Überarbeitung seines Vorgängers dar. Erstens bietet er eine Gelegenheit zur erneuten Betonung und Hervorhebung zentraler Botschaften, um die Dynamik innerhalb der Europäischen Region auf umfassende Weise zu erhalten und dabei Maßnahmen in Bezug auf Politiksteuerung, Surveillance, Prävention und Gesundheitssysteme miteinander zu verknüpfen. Zweitens ermöglicht er eine klare Konkretisierung dessen, was zur Erfüllung der neun globalen Zielvorgaben in der Europäischen Region notwendig ist, und kann damit als taktische und operative Strategie dienen. Außerdem könnte er die Länder dabei unterstützen, ihre eigenen zeitgebundenen Verpflichtungen und ihre relevanten nationalen Zielvorgaben zu erfüllen. Drittens ermöglicht er vor dem Hintergrund von „Gesundheit 2020“ sowie der besonderen Gegebenheiten,

Krankheitslast und Interessen in der Europäischen Region eine regionsspezifische Sichtweise bei der Art der Umsetzung und führt so zu ehrgeizigeren Zielen. Schließlich kann er sich auch neue Einsichten und Forschungserkenntnisse zunutze machen. Die Ausarbeitung des Aktionsplans profitiert von dem Sachverstand einer hochrangigen Beratungsgruppe und stützt sich auf fachliche Beratungen mit Vertretern der Mitgliedstaaten, die Stellungnahme des Dreiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa, neue Erkenntnisse über den Stand der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region sowie die aktuellen Entwicklungen auf diesem Gebiet.

8. Die Zukunftsvision, Zielsetzung und Einzelziele sowie der strategische Ansatz und die Leitgrundsätze und zentralen Botschaften dieses Aktionsplans knüpfen an die aus der vorausgegangenen Strategie und ihrem Aktionsplan an. Sie werden der Übersichtlichkeit halber in dem konzeptionellen Überblick präsentiert.

Anwendungsbereich

9. Dieser Arbeitsplan steht im Einklang mit der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und gibt weiterhin wichtige Impulse für Arbeiten, die in vielen Ländern bereits Früchte tragen.

10. Dennoch ist es notwendig, verstärkte Anstrengungen in Bezug auf strategische Themen und Interventionen zu unternehmen, um die Erfüllung der international und regionsweit vereinbarten Zielvorgaben zur Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten innerhalb der vereinbarten Fristen zu gewährleisten. Außerdem gilt es, neue Entwicklungen in Bezug auf Wissen und Grundsätze in Betracht zu ziehen. Kurz ausgedrückt:

- Die Bedeutung der Bekämpfung des Tabakkonsums für die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten sollte anerkannt und hervorgehoben werden.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die führende Ursache vorzeitiger Mortalität in den Ländern der Europäischen Region und erfordern ein Vorgehen auf der Ebene der Bevölkerung sowie gezielte Ansätze zur Eindämmung des Tabakkonsums, zur Reduzierung der Aufnahme von Salz, gesättigten Fettsäuren und Transfettsäuren, zur Blutdrucksenkung und – insbesondere in Osteuropa – zur Eindämmung des Alkoholkonsums.

11. Um die umfassendere Vision in Bezug auf vermeidbare Behinderungen zu verwirklichen, wird es in Anbetracht ihrer Hauptursachen zudem notwendig sein, weitere Synergieeffekte zwischen einschlägigen Aktionsplänen und Strategien herbeizuführen und ein besonderes Augenmerk auf einen umfassenderen Katalog von Risikofaktoren und Determinanten zu richten, insbesondere ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht/Adipositas, Luftbelastung und frühzeitige Erkennung und Behandlung von Krankheiten.

12. Vor diesem Hintergrund wurden die im Aktionsplan 2012–2016 festgelegten vorrangigen Handlungsfelder und Interventionen nach Bedarf und zur Schließung etwaiger Lücken aktualisiert, neu strukturiert, bekräftigt und ausgeweitet. Die

Verknüpfungen zu bestehenden Verpflichtungen und Zielvorgaben sind in Anhang 2 des Dokuments EUR/RC66/Inf.Doc./2 aufgeführt.

13. In den folgenden Abschnitten werden vier vorrangige Handlungsfelder beschrieben. Dabei handelt es sich um breit angelegte strategische Stoßrichtungen, die sich stark an den Zielen des Globalen Aktionsplans gegen nichtübertragbare Krankheiten und an der Erfüllung der vier zeitgebundenen Verpflichtungen aus dem 2014 von den Ministern angenommenen Ergebnisdokument der Vereinten Nationen zu nichtübertragbaren Krankheiten (6) orientieren.

14. Den vorrangigen Handlungsfeldern folgen acht vorrangige Interventionen in den Bereichen Primärprävention und Sekundärprävention, die in Interventionen auf der Bevölkerungsebene und Interventionen auf der individuellen Ebene unterteilt sind. Sie stützen sich auf die aussichtsreichsten Optionen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, die der Durchführung eines Pakets von kostenwirksamen, evidenzbasierten Interventionen in der Europäischen Region dienen (4,7). Es folgen zwei unterstützende Interventionen, deren Ausrichtung breiter ist und die Querschnittscharakter haben. Bei diesen zehn Interventionen handelt es sich durchgehend um Maßnahmen, die von den Mitgliedstaaten mit Unterstützung des Regionalbüros für Europa durchgeführt werden sollen, wie im letzten Abschnitt dargestellt.

Vorrangige Handlungsfelder

Politiksteuerung

15. Durch „Gesundheit 2020“ können die Regierungen echte gesundheitliche Verbesserungen erreichen, wenn sie sich ressortübergreifend für die Erfüllung zweier miteinander verknüpfter strategischer Ziele einsetzen: mehr Gesundheit für alle und weniger gesundheitliche Ungleichheiten sowie bessere Führungsarbeit und mehr partizipatorische Politikgestaltung. In Anbetracht der Determinanten, die nichtübertragbaren Krankheiten zugrunde liegen, und ihrer gemeinsamen Risikofaktoren sind bereichsübergreifende, gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Lösungsansätze für ihre Prävention und Bekämpfung gefordert. Gesundheitliche Zugewinne im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten setzen voraus, dass der Staat auch in Bereichen wie Handel, Steuerwesen, Landwirtschaft, Bildung, Umwelt und Verkehr aktiv wird. Ressortübergreifende Maßnahmen können komplex und anspruchsvoll sein, doch verfügen wir heute über die nötigen Erkenntnisse und Erfahrungen in Bezug auf die institutionellen Prozesse, die eine derartige politische Praxis befördern. Zwei anschauliche Beispiele hierfür sind das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa (8).

16. Letztendlich geht es in „Gesundheit 2020“ um politische Wahlmöglichkeiten im Bereich der Gesundheit (9). Allzu häufig entsteht der Eindruck, dass heute in der Europäischen Region wirtschafts-, handels- und industriepolitische Erwägungen die Debatte bestimmen und den Vorzug vor Gesundheitsbelangen erhalten. Handelsabkommen, die ohne eine angemessene Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit abgeschlossen wurden, drohen hart erkämpfte Zugewinne zunichte zu machen. Deshalb gilt es, eine Politikkohärenz zwischen der Wirtschafts- und

Handelspolitik und der Ernährungs- und Gesundheitspolitik anzustreben. Darüber hinaus erweist sich die Wirtschaft (wieder) als ein Hindernis für Fortschritte bei der Bekämpfung des Tabak- und Alkoholkonsums – und derzeit auch für Verbesserungen in der Ernährung. In einigen Ländern werden drei Viertel des verzehrten Salzes durch verarbeitete Lebensmittel aufgenommen und kann Säuglingsnahrung bis zu 30% an freiem Zucker enthalten; außerdem sind gesättigte Fette und Transfette in der Europäischen Region viel zu weit verbreitet. Häufig wird in der gesundheitspolitischen Diskussion die persönliche Entscheidung des Einzelnen in den Vordergrund gestellt und Gesundheit somit nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe dargestellt.

17. Nichtübertragbare Krankheiten haben erhebliche negative Auswirkungen auf die menschliche und soziale Entwicklung. Aus der Annahme der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) erwächst für uns die Verpflichtung, Anstrengungen anzustoßen, die ressortübergreifend an den Determinanten von Gesundheit ansetzen: Die meisten der 17 SDG betreffen soziale, ökonomische und umweltbezogene Gesundheitsdeterminanten, für die die Hauptverantwortung in vielen Fällen außerhalb der eigentlichen Gesundheitspolitik liegt (10). In ihrer politischen Erklärung appellierten die Vereinten Nationen an die WHO und alle anderen zuständigen Teile des VN-Systems, auf koordinierte Weise zusammenzuarbeiten, um die einzelstaatlichen Anstrengungen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu unterstützen und ihre Auswirkungen zu mindern. Die Landesteams der Vereinten Nationen wurden aufgefordert, nichtübertragbare Krankheiten in Zusammenarbeit mit ihren Ansprechpartnern bei den Regierungen in die Konzeption und Umsetzung des jeweiligen Entwicklungshilfe-Programmrahmens der Vereinten Nationen zu integrieren, und sie werden ermuntert, ihre Kapazitäten auszubauen, um den Regierungen bei der Durchführung dieser vorrangigen Maßnahmen und bei der Einrichtung von Koordinierungsmechanismen für nichtübertragbare Krankheiten innerhalb der Länder zur Seite zu stehen (11).

Surveillance, Beobachtung, Evaluation und Forschung

18. In dem 2018 vorzulegenden Fortschrittsbericht an die dritte Tagung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über nichtübertragbare Krankheiten soll überprüft werden, ob die Mitgliedstaaten über ein funktionsfähiges System für die routinemäßige Erhebung zuverlässiger Daten zur ursachenspezifischen Mortalität verfügen und ob sie zudem alle fünf Jahre eine integrierte Erhebung zu Risikofaktoren nach dem STEPS-Ansatz der WHO oder eine umfassende Gesundheitsuntersuchungserhebung durchführen. Erhebungen der WHO auf der Grundlage von STEPS sind im Zeitraum 2016–2017 in elf Mitgliedstaaten vorgesehen, darunter die Länder mit der höchsten Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten. Surveillance- und Beobachtungssysteme für nichtübertragbare Krankheiten sollten in die nationalen Gesundheitsinformationssysteme eingebaut werden, und in vielen Ländern müssen zweckdienliche Datensysteme eingerichtet werden. So wird gegenwärtig im Rahmen der Initiative für eine Europäische Gesundheitsuntersuchungserhebung an der Harmonisierung der Surveillance innerhalb der EU-Länder gearbeitet. Darüber hinaus werden die Erhebungen zu spezifischen Risikofaktoren in der gesamten Europäischen Region ausgeweitet und verstärkt: Mindestens 25 Länder der Region beteiligen sich an der Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter in der Europäischen Region der WHO.

19. Mit dem globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten und mit „Gesundheit 2020“ werden eine Reihe von Zielvorgaben und Indikatoren verfolgt, die zum Teil beider gemeinsam sind. Der Europäische Gesundheitsbericht 2015 hat Defizite bei der Messung von Wohlbefinden verdeutlicht, und die Gesundheitssysteme erfassen häufig nicht die wahren Anliegen der Patienten, wie dies mit Fragebögen für Patienten über gesundheitliche Resultate (sog. PROM) angestrebt wird. Angesichts der Bevölkerungsalterung in der Europäischen Region dürften Maßeinheiten für gesunde Lebenserwartung oder behinderungsfreie Lebensjahre von besonderem Nutzen sein, doch werden die Ursachen von Behinderungen oder die damit verbundenen Daten von den Gesundheitsinformationssystemen oft nicht hinreichend erfasst. Die Europäische Gesundheitsinformations-Initiative hat es sich zum Ziel gesetzt, mittels eines einheitlichen Systems die Informationsgrundlage zu verbessern, anhand derer politische Entscheidungen getroffen werden. Es ist eine weiterreichende Vereinheitlichung von Indikatoren und Falldefinitionen notwendig, zu der wohl eine Fortsetzung der Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und der Europäischen Union beitragen würde. Die Aufschlüsselung der Daten, zumindest nach Geschlecht und Alter, sollte ausgeweitet werden, um sich verändernde Trends in und zwischen Bevölkerungsgruppen herauszuarbeiten und koordinierte Maßnahmen zu unterstützen.

20. Neuerungen in der Datenerhebung, einschließlich neuer Analyse- und Prognoseverfahren, müssen zielführend eingesetzt werden. Die umwälzenden Veränderungen in der Informationstechnologie haben eine Vielzahl neuer Datenquellen erschlossen, mit denen ein besseres Verständnis der Determinanten der Bevölkerungsgesundheit gewonnen werden kann, auch wenn es hier Probleme in Bezug auf Datenqualität und -sicherheit sowie Informationsmanagement gibt. Durch die Nutzung elektronischer Gesundheitsakten kann die Qualität des Gesundheitsmanagements entlang des Versorgungskontinuums in Gesundheitssystemen gefördert und die Leistungsüberwachung erleichtert werden.

21. Die rechtzeitige Erhebung und Verwendung von Daten wie den Indikatoren für die Qualität der Gesundheitsversorgung kann positive Impulse geben. Bei den Zielvorgaben für Krankheitsmanagement und Gesundheitsleistungen gibt es nur wenige verwertbare Erkenntnisse im Hinblick auf die zuverlässige Festlegung einer Basislinie. In Bezug auf die Versorgung im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten und ihre Kosten wurden auffällige Unterschiede in und zwischen den Ländern beschrieben, beispielsweise bei der Wahrscheinlichkeit der stationären Einweisung aufgrund von Diabetes oder der Überlebenschance nach einem Herzinfarkt (12). Auch zwischen sozioökonomischen Gruppen werden derartige Schwankungen verzeichnet: Die unterschiedlichen Überlebenschancen von Männern und Frauen nach einem Herzinfarkt verdeutlichen, wie wichtig es ist, das Gesundheitssystem auf geschlechtsbezogene Normen und Wertvorstellungen und auf entsprechende Verzerrungseffekte zu untersuchen.

22. Durch Evaluation und die Untersuchung der Umsetzung mit anschließender Verbreitung der Ergebnisse wird eine Optimierung des Lerneffektes ermöglicht. Die Evidenz ist mitunter unklar und für politische Entscheidungsträger verwirrend. Durch eine bessere Verzahnung zwischen Fachwelt und Politik könnte sichergestellt werden, dass die einschlägigen Erkenntnisse besser zugänglich sind. Damit eine umfassende Surveillance nichtübertragbarer Krankheiten Wirkung entfaltet, muss die Herausforderung bewältigt werden, Informationen aus Bereichen außerhalb der traditionellen Krankheiten und Risikofaktoren zusammenzuführen und zu analysieren

und den politischen Entscheidungsträgern wesentliche Problemstellungen auf benutzerfreundlichere und besser umsetzbare Weise zu verdeutlichen.

Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

23. Gemeinsame verhaltensbedingte Risikofaktoren (Tabak- und Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel) sind nach wie vor der wichtigste Ansatzpunkt. Vorgelagerte Maßnahmen wirken, und es gibt eine auf wirtschaftlichen Aspekten beruhende Evidenzbasis für Investitionen in effektive Konzepte zur Zurückdrängung von Risikofaktoren in der Bevölkerung (13). Davon profitiert nicht nur die Bekämpfung der vier häufigsten Krankheitsarten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und Krebs), auf die der Globale Aktionsplan gegen nichtübertragbare Krankheiten abzielt, sondern auch das Vorgehen gegen andere nichtübertragbare Leiden, die in der Europäischen Region besonderen Anlass zu Besorgnis hinsichtlich der Krankheitslast und Lebensqualität geben, etwa psychische Störungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Mundgesundheit sowie Gewalterfahrungen und Verletzungen.

24. Zur Bekämpfung der Hauptrisikofaktoren in der Europäischen Region kann deutlich mehr getan werden. Auch wenn bei bestimmten Risikofaktoren (Tabak, Alkohol) die Trends in die richtige Richtung weisen, so sind die Trends für die Europäische Region insgesamt doch uneinheitlich verteilt (z. B. nach Geschlecht oder sozioökonomischer Gruppe) oder verlaufen zu langsam, um die maßgeblichen Ziele zu erreichen. Alkoholkonsum ist im östlichen Teil der Europäischen Region der größte Risikofaktor in Bezug auf Krankheit und mit besorgniserregenden Raten in Bezug auf Verletzungen und Gewalt sowie mit Schwankungen bei der Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden. Europa hat von allen WHO-Regionen die höchsten Raten an schädlichem Alkoholkonsum; dies gilt in besonderem Maße für Jugendliche. Darüber hinaus erreichen fast drei Viertel der jungen Menschen nicht das von der WHO empfohlene Maß an Bewegung. Die Prognosen für die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas geben bei Kindern als wie bei Erwachsenen Anlass zur Besorgnis; dies betrifft besonders die Geschwindigkeit der Ausbreitung in Süd- und Osteuropa. Die Vermarktung energiereicher Lebensmittel mit hohem Gehalt an Salz, Zucker und gesättigten Fetten ist allgegenwärtig. Verhaltensbezogene Risikofaktoren treten unter Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen unverhältnismäßig häufig auf. Der Tabakkonsum ist oft in den Ländern der Europäischen Region mit niedrigerem Einkommen am höchsten; dort sind auch die Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs am schwächsten ausgeprägt. Generell ist der Tabakkonsum in allen Ländern in den einkommensschwächsten Schichten am weitesten verbreitet. Alle vier Risikofaktoren sind Gegenstand von Strategien und Aktionsplänen, die das Regionalkomitee für Europa in letzter Zeit angenommen hat (14–17): Nun kommt es entscheidend darauf an, sie umzusetzen und laufend zu evaluieren.

25. In Bezug auf den Beitrag sozialer, ökonomischer, geschlechtsspezifischer und umweltbedingter Determinanten zur Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten und zum Krankheitsverlauf haben sich neue Einsichten ergeben (18,19). Diese Einflussfaktoren machen sich bereits vor der Schwangerschaft bemerkbar und wirken von den ersten Lebensjahren an über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Faktoren wie ein Body-Mass-Index über 25 kg/m² und Rauchen im Spätstadium der Schwangerschaft

korrelieren stark mit dem Risiko von Übergewicht oder Adipositas im Säuglingsalter. Kinder, die im frühen Alter negativen Erlebnissen wie Misshandlung ausgesetzt waren, werden mit dreimal höherer Wahrscheinlichkeit Raucher, mit zehnfacher Wahrscheinlichkeit Problemtrinker und sich eher weniger bewegen, was sie im späteren Lebensverlauf anfälliger für Übergewicht bzw. Adipositas sowie für Krebs, Herzkrankheit und chronische Atemwegserkrankungen macht (20,21). Wenn mehr Menschen zu einem aktiven und gesunden Leben befähigt werden, wird ihnen eine längere aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben ermöglicht und die Belastung für das Gesundheits- und Sozialwesen begrenzt. Dazu sind Investitionen in eine Vielzahl von Handlungskonzepten während des gesamten Lebensverlaufs sowie eine bessere Prävention und Bewältigung nichtübertragbarer Krankheiten in früheren Lebensphasen, sogar schon vor und während der Schwangerschaft, erforderlich. Ein Fünftel aller Todesfälle in der Europäischen Region, insbesondere infolge von Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen, ist auf Umwelteinflüsse wie Luftverschmutzung oder chemische und physikalische Agenzien zurückzuführen (22). Aus den Zielen für nachhaltige Entwicklung ergibt sich ein neuer Ansatzpunkt für die Förderung von Gesundheit in allen Politikbereichen, doch sind dazu mehr politischer Wille und entsprechende Handlungsbereitschaft erforderlich.

Gesundheitssysteme

26. Für Fortschritte hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung ist es unabdingbar, ausreichende öffentliche Finanzmittel für das Gesundheitssystem bereitzustellen, doch schwankten im Zeitraum 2010–2013 in zahlreichen Ländern der Europäischen Region die Aufwendungen sowohl in Relation zum Bruttoinlandsprodukt als auch pro Kopf oder waren rückläufig, während der Anteil der Barauslagen an den gesamten Gesundheitsausgaben im Durchschnitt unverändert blieb. Arzneimittel sind in der Regel der größte Kostentreiber in Bezug auf Zahlungen aus eigener Tasche, und in vielen Gesundheitssystemen der Europäischen Region sind unzureichende Konzepte in der Arzneimittelpolitik und der unsachgemäße Gebrauch von Medikamenten die führenden Ursachen von Ineffizienz. Darüber hinaus sind infolge neu verfügbarer hochwirksamer, aber kostspieliger Therapien inzwischen sogar wohlhabende Länder zu strategischen Entscheidungen gezwungen, wie sie den rasanten und nicht mehr nachhaltigen Kostenanstieg und die daraus resultierenden Ungleichheiten bewältigen wollen.

27. Ein bürgernahes Gesundheitssystem wird als ein System beschrieben, das einen chancengleichen Zugang zu hochwertigen, umfassenden und koordinierten Leistungen bietet und die Menschen als Partner in Entscheidungsprozesse einbezieht (23). Die Erwartungen von Patienten verändern sich, und sie wünschen sich möglichst patientenfreundliche und werteorientierte Gesundheitsangebote. Eine besondere Herausforderung stellen der chronische und langfristige Charakter vieler nichtübertragbarer Krankheiten, die Mehrfacherkrankungen und die vielfältigen Risikofaktoren einzelner Patienten dar, aber auch die zunehmende Zahl von Datenpunkten, die für klinische Entscheidungen benötigt werden und die eine Echtzeit-Datenintegration erfordern. Zudem ist in Ländern mit hoher Lebenserwartung aufgrund der zunehmenden Problematik von Multimorbiditäten im Alter eine allmähliche Umstellung auf besser verzahnte Gesundheits- und Sozialangebote notwendig. Das von der Europäischen Union finanzierte Gemeinsame Handlungskonzept zur Bekämpfung

chronischer Krankheiten und zur Förderung einer gesunden Entwicklung im gesamten Lebensverlauf beinhaltet einen konkreten Schwerpunkt auf Mehrfacherkrankungen und die Bestimmung geeigneter Versorgungsmodelle.

28. Es wird immer mehr anerkannt, dass sowohl Interventionen auf der Bevölkerungsebene als auch Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung mit einiger Wahrscheinlichkeit wesentliche Ursachen für die rückläufigen Mortalitätsraten in vielen Ländern sind (24). Diese Versorgung findet in verschiedenen Bereichen, so auch im heimischen Umfeld, statt und setzt eine integrierte Leistungserbringung voraus: Damit wird dem Bedarf der versorgten Personen und Bevölkerungsgruppen entsprochen und sichergestellt, dass die mit der Auswahl, Gestaltung, Organisation, Steuerung und Verbesserung der Leistungen verbundenen Prozesse zu optimalen Ergebnissen führen (25). Eine integrierte Leistungserbringung wird durch breiter angelegte Funktionen des Gesundheitssystems unterstützt und erfordert eine Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, neue Methoden für die Ausbildung, den Einsatz und die Führung des Gesundheitspersonals (26), Verbesserungen beim Umgang mit Medikamenten und ihren angemessenen Gebrauch, bezahlbare und hochwertige Gesundheitstechnologien sowie aussagekräftigere Gesundheitsinformationen. Maßnahmen zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten werden auch durch gestärkte Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit unterstützt (27). Das Gesundheitswesen bietet eine Gelegenheit für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, doch dies setzt eine entsprechende Schulung von Mitarbeitern zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten voraus.

29. Anfang 2016 waren zwölf Länder auf Hindernisse in den Gesundheitssystemen und Chancen für bessere Resultate bei nichtübertragbaren Krankheiten bewertet und nötige Folgemaßnahmen eingeleitet worden. Die ersten Ergebnisse deuten auf die Notwendigkeit grundlegender Veränderungen hin. Zu den genannten Problemen gehören die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Männern im erwerbsfähigen Alter (die weitgehend von wirksamen klinischen Präventionsmaßnahmen ausgeschlossen sind bzw. sich selbst von diesen ausschließen) und die Ausweitung des Gesamtrisikoaansatzes bei der Bewältigung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes.

Vorrangige Interventionen (Bevölkerungsebene)

Förderung eines gesunden Konsumverhaltens durch Steuer- und Marktpolitik

Zielsetzung

30. Optimale Nutzung fiskalischer Konzepte und Werbebeschränkungen, um die Nachfrage nach Tabak, Alkohol, Nahrungsmitteln und Getränken mit einem hohen Gehalt an gesättigten Fettsäuren, Transfettsäuren, Salz und Zucker sowie ihre Zugänglichkeit und Bezahlbarkeit zu beeinflussen.

Begründung

31. Das Potenzial leistungsfähiger Instrumente wie des Tabakrahmenübereinkommens der WHO und der Richtlinie der Europäischen Union für Tabakerzeugnisse wird nicht voll ausgeschöpft, und insgesamt ist der Stand ihrer Umsetzung in der Europäischen

Region noch immer relativ gering, denn in nur sehr wenigen Ländern geschieht dies auf umfassende Weise. Dennoch gibt es Erfolgsgeschichten, auf die aufmerksam gemacht werden sollte, etwa den Bereich der neutralen Verpackungen. Es gibt Konzepte, die den Alkoholkonsum verringern können. Am größten ist ihr Nutzen für jüngere und stärkere Trinker sowie für Menschen, die den Alkoholexzessen anderer ausgesetzt sind (28). Die Auswirkungen von Marketingkampagnen, auch in den sozialen Medien, auf den Alkoholkonsum, insbesondere bei jungen Menschen, sollten uneingeschränkt anerkannt werden, und Systeme zur Steuerung des Alkoholmarketing, etwa Regulierungsmaßnahmen, können die Exposition begrenzen und kommen so der öffentlichen Gesundheit zugute. Freiwillige Vereinbarungen sind oft wenig wirksam, und häufig sind Rechts- oder Verwaltungsvorschriften erforderlich (29). Durch geschickte und erfolgreiche Marketingkampagnen und die Veränderung von Aspekten der Produktgestaltung haben die Tabak- und Alkoholkonzerne einen rasch wachsenden Markt für Alkohol- und Tabakkonsum geschaffen, der zunehmend auch Mädchen und generell Minderjährige einschließt (30). Die allgegenwärtige Vermarktung von Lebensmitteln und Getränken mit hohem Anteil an Energie, gesättigten Fettsäuren, Transfetten, Zucker oder Salz an Kinder und Jugendliche trägt zusammen mit deren immer leichter Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit zu Mangelernährung und zur Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei. Stattdessen werden Initiativen zur Förderung der Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Obst und Gemüse oder Vollkornprodukten benötigt. Alkoholhaltige Getränke tragen ebenfalls zur Gesamtenergiezufuhr und zur Gewichtszunahme bei. Kombinierte Maßnahmen, etwa zur Eindämmung des Tabak- und Alkoholkonsums, oder Maßnahmen mit problemübergreifender Wirkung sind häufig kostenwirksamer als Einzelmaßnahmen. Dennoch wird die Erhebung von Steuern, um individuelle Entscheidungen zum Tabak- und Alkoholkonsum sowie den Nahrungsmittelkonsum zu beeinflussen, durchweg als kostenwirksame Intervention zur Förderung besserer Verhaltensweisen angesehen (13). Bei einer entsprechenden Zweckbindung könnten solche Steuereinnahmen zur Finanzierung öffentlicher Gesundheitsprogramme herangezogen werden.

Maßnahmen

32. Maßnahmen in diesem Bereich, die Querverbindungen zu bestehenden Aktionsplänen aufweisen, sind:

- Ratifizierung des Tabakrahmenübereinkommens, falls nicht bereits geschehen, und Stärkung seiner Umsetzung in umfassender Weise, unter anderem durch Einrichtung einer langfristigen und kohärenten Steuerpolitik zur Überwachung, Anhebung oder Anpassung der Steuersätze für alle Tabakerzeugnisse in regelmäßigen Abständen, und Erlass eines umfassenden Verbots der Werbung, der Verkaufsförderung und des Sponsorings für alle Tabakerzeugnisse (14);
- Im Rahmen eines umfassenden Ansatzes zur Eindämmung des Alkoholkonsums sollten die Länder eine Preispolitik betreiben, die Alkohol weniger erschwinglich macht, und über Systeme verfügen, die unangemessene und unverantwortliche Alkoholwerbung und -vermarktung an Kinder und Jugendliche verhindern (17);
- Einführung weitreichender Maßnahmen zur Verringerung der Gesamtauswirkung jeglicher Form der Vermarktung (einschließlich Online-Werbung) von Lebensmitteln mit hohem Anteil an Energie, gesättigten Fettsäuren, Transfetten, freien Zuckern oder Salz auf Kinder und Erwachsene (31) und Prüfung und ggf.

Umsetzung der Palette ökonomischer Instrumente, die den Konsum solcher Lebensmittel unattraktiver machen und die Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit einer gesunden Ernährung fördern könnten, wozu gegebenenfalls auch die Besteuerung gezuckerter Getränke gehört (16).

Reformulierung und Verbesserung von Produkten (Salz, Fette und Zucker)

Zielsetzung

33. Reformulierung von Lebensmittelprodukten durch Ersetzen von Transfetten und gesättigten Fetten durch ungesättigte Fette sowie durch Reduzierung des Salz- und Zuckergehalts ohne Hinzufügen schädlicher Alternativen.

Begründung

34. Eine übermäßige Aufnahme gesättigter Fette (> 10% der Gesamtenergiezufuhr) wird mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Verbindung gebracht. In vielen Ländern erreicht eine große Mehrheit der Bevölkerung und insbesondere der unteren Einkommenschichten nicht die Zielvorstellungen in Bezug auf eine geringere Aufnahme an gesättigten Fetten und Transfetten. Eine erhöhte Aufnahme von Transfetten trägt zu einem ungünstigen Lipid- und Lipoproteinprofil bei und birgt ein höheres Risiko für die Inzidenz und Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als jede andere Nahrungsenergiequelle. Nach Erfahrungen aus Ländern der Europäischen Region können durch Maßnahmen entlang der Lebensmittelversorgungskette, die insbesondere auf Hersteller, Verarbeiter, Einzelhandel und Gastronomie ausgerichtet sind, die jeweils anvisierten Nährstoffe über die gesamte Produktpalette hinweg signifikant reduziert werden, was zu einem Konsumrückgang in der Gesamtbevölkerung beiträgt. Der allmähliche Ausstieg aus der Verwendung von Transfetten in der Lebensmittelversorgung durch gesetzliche Obergrenzen ist möglich, doch sollte dabei eine gleichzeitige Zunahme des Gehalts an gesättigten Fetten in Nahrungsmitteln vermieden werden. Zusätzliche Vorteile würden sich aus der Reformulierung von Nahrungsmitteln zur Beseitigung gesättigter Fettsäuren ohne Ersatz durch raffinierte Kohlenhydrate wie Zucker ergeben.

35. Der Konsum von Zucker, überwiegend in industriell gefertigten Lebensmitteln wie gezuckerten Getränken, ist mit Gewichtszunahme und einem erhöhten Risiko von Übergewicht bzw. Adipositas und Kariesbildung verbunden. Überdies kann er das Risiko einer Erkrankung an Typ-2-Diabetes erhöhen. Die WHO empfiehlt, die Aufnahme freier Zucker auf maximal 10% der Gesamtenergiezufuhr zu begrenzen, und ist der Ansicht, dass eine weitere Reduzierung dieses Anteils auf unter 5% der Gesamtenergieaufnahme einen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen bringen würde (32). Abgesehen von den bereits genannten steuerlichen Konzepten und Werbebeschränkungen können eine Inangriffnahme von Lebensmitteln und Getränken mit einem hohen Gehalt an freien Zuckern und die Reduzierung ihres Konsums durch eine Reihe gesundheitspolitischer Maßnahmen erreicht werden, etwa durch Lebensmittel- und Nährwertkennzeichnung, Verbraucheraufklärung und Entwicklung einer Strategie zur Reformulierung von Lebensmittelprodukten, insbesondere von industriell verarbeiteten Produkten mit einem hohen Anteil an freien Zuckern.

36. Verarbeitete Lebensmittel sind für einen wesentlichen Anteil der Salzeinnahme mit der Ernährung verantwortlich. Die Reformulierung von Lebensmittelprodukten ist ein Bestandteil einer Strategie der Salzreduktion, auf die im nächsten Abschnitt näher eingegangen wird.

Maßnahmen

37. Maßnahmen in diesem Bereich, die Querverbindungen zu bestehenden Aktionsplänen aufweisen, sind:

- Entwicklung und Umsetzung nationaler Konzepte zur ausgewogenen Verwendung gesättigter und ungesättigter Fette in Lebensmittelprodukten und Verbot (bzw. faktische Eliminierung) von Transfetten in der Lebensmittelherstellung im Sinne eines insgesamt verbesserten Nährwerts von Lebensmittelprodukten (16);
- Erkundung von Möglichkeiten und Ergreifen von konkreten Maßnahmen (z. B. Regulierungsmaßnahmen), um die Reduzierung freier Zucker in industriell verarbeiteten Lebensmitteln und Getränken voranzutreiben; und
- systematische Verbesserung und Reformulierung von Produkten, unterstützt durch die Verbesserung erklärender Etiketten auf der Vorderseite der Verpackung.

Salzreduktion

Zielsetzung

38. Verringerung der Salzzufuhr in der Ernährung gemäß den einschlägigen Leitlinien der WHO.

Begründung

39. Eine erhöhte Aufnahme von Salz (Natrium) wird für erhöhten Blutdruck verantwortlich gemacht; eine Reduzierung der Natriumzufuhr geht mit einem niedrigeren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen einher. Doch viele Länder überschreiten die Empfehlung der WHO – weniger als 5 Gramm (2000 mg Natrium) pro Person und Tag – bei weitem, und das Ziel einer Verringerung der Salzzufuhr um 30% bis 2025 stellt eine beträchtliche Herausforderung dar. Global war die absolute Rate der Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die auf eine Natriumzufuhr von mehr als 2 Gramm pro Tag zurückzuführen ist, in Zentralasien sowie in Ost- und Mitteleuropa am höchsten und war damit etwa fünfmal so hoch wie bei Erwachsenen unter 70 Jahren in Westeuropa (33). Die Verringerung der Salzaufnahme der Bevölkerung ist möglich und eine der kostenwirksamsten und erschwinglichsten Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Integrierte Programme zur Salzreduktion können eine starke Wirkung entfalten: Ihr Erfolg hängt von Kontrollmaßnahmen, der Einbindung der maßgeblichen Interessengruppen und der Führungsrolle des Staates bei der Festlegung von Richtwerten und Zielvorgaben ab. Andere Gesundheitsschutzmaßnahmen auf der Bevölkerungsebene, wie die Fluorierung von Salz zur Verhinderung von Zahnkaries oder die Jodierung von Salz zur Verhinderung von Jodmangelstörungen, stehen nicht im Widerspruch zu Maßnahmen der Salzreduktion. Die Konzepte sind miteinander vereinbar, doch kann bei einer Verringerung des Salzkonsums eine Anpassung des Jodierungsgrades erforderlich

sein, damit die anfälligsten Gruppen, wie Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder, die benötigte Jodmenge erhalten.

Maßnahmen

40. Maßnahmen in diesem Bereich, die Querverbindungen zu bestehenden Aktionsplänen aufweisen, sind:

- Entwicklung, Ausweitung und Evaluation von Strategien zur Reduktion des Salzgehalts zwecks Erzielung weiterer Fortschritte in allen Produktkategorien und Marktsegmenten (16).

Förderung eines aktiven Lebens und aktiver Mobilität

Zielsetzung

41. Förderung von Bewegung und Reduzierung einseitig sitzender Tätigkeiten durch Veränderungen in den Gesundheitssystemen und in der Umwelt.

Begründung

42. Bewegung hat positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und fördert die Lungengesundheit und die Muskel-Skelett-Gesundheit während des gesamten Lebens. Sie verringert das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, bestimmte Krebsarten und Gedächtnisstörungen und spielt eine wichtige Rolle bei der Bewältigung bestimmter chronischer Leiden und bei der Gewichtskontrolle. Es ist davon auszugehen, dass ein höheres Maß an Bewegung bei Erwachsenen wie Kindern zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen bringt und in verschiedenen Umfeldern und über die gesamte Lebensspanne gefördert werden kann. Mobilität ist eine wesentliche Voraussetzung für körperliche Funktionsfähigkeit und Unabhängigkeit. Bewegungsmangel gilt als signifikanter Risikofaktor für Sarkopenie und Osteoporose, und Bewegungsförderung kann bei älteren Menschen zur Erhaltung ihrer Gesundheit, Beweglichkeit und funktionellen Eigenständigkeit sowie zur Vermeidung von Stürzen beitragen. Das Maß an Bewegung, die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und die Straßenverkehrssicherheit werden jedoch durch geschlechtsspezifische Normen, Rollen und Wertvorstellungen geprägt. Die bei Menschen mit psychischen Störungen häufig anzutreffende schlechte körperliche Gesundheit ist zum Teil auf verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, mangelhafte Ernährung und Alkoholkonsum zurückzuführen.

43. Bestimmte Gesundheitsprobleme wie Muskel-Skelett- oder Atemwegserkrankungen können Bewegung und Sport einschränken. Auf den Wert bewegungsorientierter kardiologischer Rehabilitationsprogramme wurde bereits hingewiesen (siehe Vorrangige Interventionen). Zudem ist die bewegungsorientierte Rehabilitation ein wichtiger Bestandteil der Bewältigung von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD), Herzinsuffizienz und Muskel-Skelett-Erkrankungen und begünstigt die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Bewegungsfähigkeit und verringert das Risiko einer Krankenhauseinweisung.

44. Mehr Bewegung im täglichen Leben bedeutet oft, dass das Umfeld zu Hause, im Kindergarten, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft umgestaltet werden muss, um gesunde Verhaltensweisen, insbesondere Zufußgehen und Radfahren als Mittel der Fortbewegung, zu erleichtern. Für Bewegung geeignete öffentliche Räume und Wohngegenden sowie Konzepte zur Verbesserung der Straßenverkehrssicherheit und der Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und Attraktivität öffentlicher Verkehrsmittel begünstigen eine aktive Mobilität.

Maßnahmen

45. Als Maßnahmen werden vorgeschlagen:

- ein möglichst umfassender Einsatz bewegungsorientierter Rehabilitationsprogramme bei Krankheiten, bei denen sie einen Nutzen erbringen; und
- Durchführung bewegungsfördernder Interventionen, die den unterschiedlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten verschiedener Gruppen während der gesamten Lebensdauer gerecht werden.

46. Maßnahmen in diesem Bereich, die Querverbindungen zu bestehenden Aktionsplänen aufweisen, sind:

- Einbeziehung von Bewegung in Prävention, Behandlung und Rehabilitation und Befähigung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen zum vollen Ausschöpfen ihres Bewegungspotenzials (15);
- Aufnahme der Thematik Lebensstiländerungen in Erziehungs- und Behandlungsprogramme für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen (34);
- Beratung in Bezug auf Bewegung für ältere Menschen in allen relevanten Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens (35);
- Verbesserung des Zugangs zu Einrichtungen und Angeboten für Bewegung, insbesondere für benachteiligte Gruppen (15);
- Schaffung sicherer Umgebungen für Kinder, die ihnen Zufußgehen oder Radfahren in den Kindergarten oder die Schule ermöglichen und in denen sie spielen und täglich körperlich aktiv sein können (34,36,37);
- Förderung von mehr Bewegung bei älteren Menschen und Personen mit Behinderungen durch Gestaltung des gesellschaftlichen Umfelds und durch soziale Initiativen und Angebot von Lebenswelten und Wohngegenden, die ihre Mobilität und Eigenständigkeit erleichtern (34,35); und
- Bewegungsförderung in allen Altersgruppen, unterstützt durch die Planung und Gestaltung von geeigneten Siedlungen, Wohnungen, Gesundheitseinrichtungen, Mobilitätskonzepten und Verkehrsinfrastruktur (36).

Förderung der Luftreinhaltung

Zielsetzung

47. Die Förderung der Luftreinhaltung durch Verringerung der Verschmutzung der Außen- und Innenluft wird sich positiv auf die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischen und akuten Atemwegserkrankungen und Krebs auswirken.

Begründung

48. Luftverschmutzung ist der wichtigste umweltbedingte Risikofaktor für die Gesundheit in der Europäischen Region und trägt zur Krankheitslast durch Schlaganfall, Herzkrankheit, Lungenkrebs und chronische wie akute Atemwegserkrankungen (einschließlich Asthma) bei. Von den durch Außenluftverschmutzung bedingten vorzeitigen Todesfällen waren etwa 80% auf ischämische Herzkrankheit und Schlaganfall, 14% auf COPD oder akute Infektionen der unteren Atemwege und 6% auf Lungenkrebs zurückzuführen. Mehr als 80% der Bevölkerung (in den Ländern, für die Luftgütedaten vorliegen) sind jährlich Feinstaubbelastungen ausgesetzt, die die Empfehlungen der WHO-Luftgüteleitlinien überschreiten. Neben der Außenluftverschmutzung gehen auch von der Verschmutzung der Raumluft durch Tabakrauch und mit Biomasse und Kohle befeuerte Kochherde sowie von Feuchtigkeit und Schimmel gravierende Gesundheitsrisiken aus. Auf die Außenluftverschmutzung haben einzelne Bürger und das Gesundheitswesen allein in den meisten Fällen kaum Einfluss. Vielmehr müssen die Kommunen und die nationalen und internationalen Entscheidungsträger in Bereichen wie Verkehr, Industrie, Energieerzeugung, Abfallwirtschaft, Bauwesen und Landwirtschaft auf diesem Gebiet aktiv werden. Die wichtigsten Quellen der Außenluftbelastung könnten durch Konzepte wie umweltfreundlichere Verkehrsmittel und Beheizungssysteme, einen energieeffizienteren Wohnungsbau, Städteplanung und eine bessere kommunale Abfallwirtschaft sowie durch entsprechende Investitionen reduziert werden. Die Verschmutzung der Raumluft lässt sich verringern, indem die Emissionen aus der energetischen Nutzung von Kohle und Biomasse in Haushalten und die Belastung durch Tabakrauch gesenkt werden. Interventionen zur Verringerung der Luftverschmutzung wirken sich häufig auch positiv auf die Reduzierung der Exposition gegenüber anderen Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten aus, indem sie etwa zur Förderung aktiver Fortbewegung (z. B. Radfahren und Zufußgehen) beitragen.

Maßnahmen

49. Die Maßnahmen in diesem Bereich weisen Querverbindungen zu bestehenden Aktionsplänen, Resolutionen und Übereinkommen auf, die eine starke Steuerungsfunktion des Gesundheitswesens bei der Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen staatlichen Ressorts und Verwaltungsebenen erfordern. Dies geschieht im Einzelnen durch:

- Unterstützung der Umsetzung der Resolution WHA68.8 der Weltgesundheitsversammlung über Gesundheit und Umwelt, die sich mit den gesundheitlichen Auswirkungen der Luftverschmutzung befasst, in der Europäischen Region;

- Fortsetzung und Ausweitung der Anstrengungen zur Förderung der Ratifizierung und Umsetzung des 1979 unterzeichneten Übereinkommens von Genf über weiträumige grenzüberschreitende Luftverunreinigung;
- Ausarbeitung geeigneter Konzepte zur Verhinderung und Verringerung des Tabakkonsums, des Passivrauchens und der Nikotinabhängigkeit mit einem besonderen Augenmerk auf Jugendlichen, Nichtraucher und anfälligen Gruppen (14,37);
- Fortsetzung und Ausweitung der Anstrengungen zur Senkung und Überwachung der Inzidenz akuter und chronischer Atemwegserkrankungen durch den Abbau der Belastung mit Feinstaub und seinen Vorläuferstoffen (vor allem aus Industrie, Verkehr und Verbrennung im Haushalt) sowie mit bodennahem Ozon und anderen gasförmigen Schadstoffen in Übereinstimmung mit den WHO-Luftgüteleitlinien (36); und
- Entwicklung angemessener ressortübergreifender Konzepte und Vorschriften, die beim Abbau der Raumluftverschmutzung einen entscheidenden Unterschied bewirken können, und Schaffung geeigneter Anreize und Gelegenheiten, um den Menschen zu Hause und an öffentlichen Orten zu nachhaltiger, sauberer und gesundheitsverträglicher Energie zu verhelfen (36).

Vorrangige Interventionen (individuelle Ebene)

Kardio-metabolische Risikobewertung und -steuerung

Zielsetzung

50. Ermittlung und Senkung des absoluten kardio-metabolischen Risikos.

Begründung

51. Bei der Erkennung und Regulierung von erhöhtem Blutdruck und anderen Risikofaktoren besteht in der Europäischen Region ein erhebliches Verbesserungspotenzial: So lassen Gesundheitsuntersuchungserhebungen erkennen, dass nur ein Bruchteil der als besonders gefährdet eingestuften Patienten in der Allgemeinbevölkerung diagnostiziert und behandelt wird bzw. richtig eingestellt ist. Vielfältige Risikofaktoren wie Tabakkonsum, ein hoher Cholesterinspiegel und erhöhter Blutdruck begünstigen Arteriosklerose als Ursache von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und diese Risikofaktoren beeinflussen sich gegenseitig, bisweilen mit multiplikativer Wirkung. Neuere Erhebungen der WHO auf der Grundlage von STEPS haben ergeben, dass bei einem Drittel aller Männer und Frauen drei oder mehr Risikofaktoren vorliegen. Hierbei sollte nicht schwerpunktmäßig ein einzelner Risikofaktor betrachtet, sondern eine umfassende Bewertung einer Reihe von Risikofaktoren für Herzkrankheit und Schlaganfall vorgenommen werden, und das Ziel sollte eine Senkung des Gesamtrisikos sein. Menschen mit bekannten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (beispielsweise nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall) oder mit bekannter Diabetes oder Niereninsuffizienz oder mit sehr hohen Werten bei einzelnen Risikofaktoren unterliegen bereits einem erhöhten Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, was eine Steuerung aller Risikofaktoren erfordert. Bei allen anderen Personen kann anhand von Risikotabellen das Gesamtrisiko

abgeschätzt werden, um die Behandlung vor allem auf Patienten mit einem hohen Gesamtrisiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen anstelle derjenigen mit leicht erhöhten individuellen Risikofaktoren auszurichten. Damit soll nicht nur eine „Übermedikation“ der Bevölkerung vermieden, sondern auch ein effizienterer Einsatz begrenzter Ressourcen ermöglicht werden. Risikotabellen können nicht nur zur Erkennung von Patienten mit erhöhtem Gesamtrisiko, sondern auch als Kommunikationsinstrument eingesetzt werden, das das Verständnis beim Patienten und die Einhaltung der Empfehlungen in Bezug auf Risikomanagement und Behandlung fördert. Eine solche Strategie kann weitgehend in der primären Gesundheitsversorgung angesiedelt werden. Ein unsystematisches („opportunistisches“) Screening auf Risikofaktoren bei einzelnen Patienten in der Primärversorgung dürfte einen effektiveren Einsatz der Ressourcen des Gesundheitswesens darstellen, als dies bei Programmen für allgemeine Gesundheitsuntersuchungen der Fall ist (38). Bei einer solchen Strategie muss allerdings geprüft werden, wie Personen einbezogen werden können, die eher selten zur Untersuchung kommen, wie die oft „nicht erfassten Männer“.

52. Kardiologische Rehabilitationsprogramme kommen der Genesung nach kardialen Ereignissen wie Herzinfarkten zugute, steigern die Lebensqualität und verringern die Wahrscheinlichkeit weiterer Beschwerden (39). Allerdings mehren sich die Anzeichen dafür, dass selbst Patienten mit einem bekannten erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen keine adäquate Nachsorge erhalten: So wird nur der Hälfte der Koronarpatienten zur Teilnahme an einem Sekundärpräventions- bzw. Rehabilitationsprogramm geraten, und die Kontrolle der Risikofaktoren ist oft unzureichend (40). Bei Patienten, die sich von einem Schlaganfall erholen, ist ein optimales Management der Gefäßrisikofaktoren möglicherweise noch weniger wahrscheinlich, doch Rehabilitationsprogramme tragen auch hier zur Verbesserung der Lebensqualität der Überlebenden bei. Pflegekräfte und verwandte Gesundheitsberufe sowie Patientenverbände können einen wertvollen Beitrag zur Sekundärprävention und zur Rehabilitation leisten, in die auch Familienangehörige im Rahmen häuslicher Pflegeprogramme eingebunden werden.

Maßnahmen

53. Als Maßnahmen werden vorgeschlagen:

- Stärkung der Fähigkeit der primären Gesundheitsversorgung zur Verhinderung, Bewertung und Steuerung des kardio-metabolischen Risikos, u. a. durch klinische Leitlinien, Kapazitätsaufbau, Überwachung und Evaluation sowie durch patientenorientierte Lösungsansätze;
- Erhöhung der Reichweite und Qualität der Steuerung des kardio-metabolischen Risikos nach der Bewertung, damit Patienten, deren Gesamtrisiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen über dem Schwellenwert liegt, eine Arzneimitteltherapie und Beratung (einschließlich glykämischer Kontrolle) zur Prävention von Herzinfarkten und Schlaganfällen erhalten; und
- Steigerung der Qualität und Reichweite der Sekundärprävention und Rehabilitation nach Herzinfarkten und Schlaganfällen.

54. Maßnahmen in diesem Bereich, die Querverbindungen zu bestehenden Aktionsplänen aufweisen, sind:

- Schaffung nachhaltiger und evidenzbasierter Angebote und Systeme für die Raucherentwöhnung, die akkreditiert und kostendeckend sind; Einführung kurzer Beratungsangebote zur Raucherentwöhnung in allen Bereichen des Gesundheitssystems; Förderung der Einbeziehung von Entwöhnungsbehandlungen und Maßnahmen der Tabakprävention in die Ausbildung aller Gesundheitsberufe; gezielte Unterstützung für bestimmte Gruppen, insbesondere Schwangere, Eltern von Kleinkindern, psychisch Kranke und Patienten mit Herz- und Atemwegserkrankungen (14);
- Errichtung geeigneter Systeme und Bereitstellung von Schulungen für Leistungserbringer, um mindestens 30% des Personenkreises mit einem Risiko für ein gefährliches oder schädliches Trinkverhalten – etwa Patienten, die einen Leistungserbringer zu einer bestimmten Krankheitskategorie wie Bluthochdruck konsultieren – eine Früherkennung und kurze Beratung anbieten zu können (17);
- Ausbau der Gesundheitssysteme zur Förderung gesunder Ernährung: Verbesserung von Kompetenz und Ausbildung des Personals in der primären Gesundheitsversorgung in Bezug auf angemessene Ernährungsberatung und Gewichtsbeobachtung und -steuerung; Verbesserung der Kompetenz und Ausbildung der Ernährungsberufe und Bereitstellung hochwertiger Ernährungsberatungsangebote in Gesundheitseinrichtungen; Förderung gesunder Mahlzeiten in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens (16); und
- Einbeziehung von Bewegung in Prävention, Behandlung und Rehabilitation: Anstrengungen, um die Förderung von Bewegung durch Gesundheitsfachkräfte als Norm zu verankern, die als Kernkompetenz für Fachkräfte in der primären Gesundheitsversorgung in die tägliche Praxis integriert ist, und ggf. Prüfung von Anreizen für bewegungsorientierte Präventions- oder Rehabilitationsangebote und einer Kostenübernahme durch Krankenversicherungsunternehmen (15).

Frühzeitige Erkennung und Behandlung von Fällen nichtübertragbarer Krankheiten

Zielsetzung

55. Senkung der Sterblichkeit aufgrund von Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs und Darmkrebs und Verringerung der durch andere nichtübertragbare Krankheiten und Leiden bedingten Krankheitslast.

Begründung

56. Viele Erkrankungen werden nicht rechtzeitig erkannt, um eine wirksame Behandlung zu ermöglichen: So sind 30% bis 40% der Krebsfälle in Osteuropa zum Zeitpunkt der Diagnose metastatisch. Bei einigen Krebserkrankungen ist eine frühzeitige Diagnose möglich, entweder durch Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Fachwelt für die ersten Anzeichen und Symptome einer Erkrankung, um eine unverzügliche Überweisung zwecks Diagnose und Behandlung zu ermöglichen, oder durch Untersuchung asymptomatischer Personen zur Erkennung präkarzinomer Läsionen oder eines Frühstadiums von Krebs sowie anschließende Überweisung zwecks Diagnose und Behandlung. Im Sinne der Schadensminimierung und einer Steigerung der Wirksamkeit sollte eine Krebsvorsorge bei nachweislichem Nutzen und im Rahmen

organisierter bevölkerungsweiter Reihenuntersuchungen mit leistungsfähigen Qualitätssicherungsverfahren erfolgen. Die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen hat sich in jüngster Zeit stark erhöht; doch nicht alle von ihnen sind evidenzbasiert, sondern nehmen teilweise Finanzmittel in Anspruch, ohne dass sich dies konkret auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkt. Darüber hinaus wird manchmal von Privatunternehmen gezielt beim Kunden für Vorsorgeuntersuchungen geworben, deren Wert zweifelhaft ist.

57. Dort, wo die Ressourcen und Gesundheitssysteme beschränkt sind und die Mehrzahl der frühzeitig erkennbaren Krebsformen im späten Stadium diagnostiziert werden, kann die Einrichtung eines Frühdiagnoseprogramms (anstelle von Reihenuntersuchungen) die geeignetste Strategie sein, um die Überlebensquoten zu erhöhen. Auf jeden Fall sollten Früherkennungsprogramme durch eine Reihe von Regelungen flankiert werden, darunter wirksame diagnostische und therapeutische Wege, Überwachungsmaßnahmen sowie Surveillance mit bevölkerungsweiten Krankheitsregistern. Allerdings sind Screeninguntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen nicht sinnvoll, wenn es an Diagnose- und Behandlungsoptionen fehlt. Die WHO fordert, dass bis 2025 mindestens 80% Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln erhalten müssen, und es werden konkrete Maßnahmen wie nationale Leitlinien für Diagnose und Behandlung benötigt, die auf die Ressourcen des jeweiligen Landes zugeschnitten sind und die Chancengleichheit für alle Bürger beim Zugang zu den besten Angeboten gewährleisten.

58. Die frühzeitige Erkennung der Symptome und Anzeichen eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls und die rasche Versorgung entlang eines kritischen Behandlungspfads – lebensrettende Maßnahmen (chain of survival) oder Akutversorgung (chain of recovery) – können die Ergebnisse entscheidend beeinflussen. Partnerschaften zwischen Patienten- und Berufsverbänden, Pflegedienstleistern und -planern sowie anderen einschlägigen Akteuren sind von entscheidender Bedeutung, um im prästationären Bereich die relevanten Pfade festzulegen und die Zeit zwischen einem Vorfall und der Einweisung in eine Schlaganfall- oder Kardiologiestation zu verkürzen. In Bezug auf Schlaganfälle, bei denen der Patient nicht in der Lage ist, Hilfe zu rufen, ist Aufklärung über die frühzeitige Erkennung von Symptomen besonders wichtig. Die Beteiligung von ärztlichen Notdiensten mit einer öffentlichen und allgemein bekannten Rufnummer ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass Patienten schnell frühzeitigen und evidenzbasierten weiterführenden Maßnahmen wie Thrombolyse, Thrombektomie oder perkutaner Koronarintervention zugeführt werden können. Durch koordinierte, multidisziplinäre Versorgungsangebote bei der Bewertung, Bewältigung und raschen Rehabilitation kann die Mortalität verringert und eine Behinderung verhütet oder begrenzt werden.

59. Auch bei anderen nichtübertragbaren Krankheiten wie Diabetes mellitus, chronischen Atemwegserkrankungen und vielen Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems kann sich eine frühzeitige Diagnose und Behandlung vorteilhaft auswirken, indem die Morbidität verringert, die Lebensqualität erhöht und kostspieligere Pflegemaßnahmen in späteren Stadien vermieden werden. So kann Personen mit hohem Risiko einer Erkrankung an Typ-2-Diabetes die Teilnahme an einem qualitätsgesicherten, evidenzbasierten Intensivprogramm zur Veränderung der Lebensweise angeboten werden, das den Ausbruch von Typ-2-Diabetes verhindern oder verzögern soll. Die Umsetzung dieses Mindestinstrumentariums an unentbehrlichen Interventionen gegen nichtübertragbare Krankheiten, etwa durch das diesbezügliche

Paket der WHO (WHO PEN) (41), kann in Verbindung mit geeigneten Wegen zur Überweisung, Prävention, Diagnose und Behandlung sowie dem Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln und Technologien jenen Ländern, die Reformen mit dem Ziel einer allgemeinen Gesundheitsversorgung einleiten, behilflich sein und die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich fördern.

Maßnahmen

60. Als Maßnahmen werden vorgeschlagen:

- Schärfung des Bewusstseins für die Risikofaktoren sowie die ersten Anzeichen und Symptome von Krebs, Diabetes und anderen häufigen nichtübertragbaren Krankheiten unter Gesundheitsfachkräften und in der Öffentlichkeit, Erhöhung der klinischen Kompetenzen in der Frühdiagnose und im Fallmanagement und Einrichtung wirksamer und rascher Pfade für die Überweisung, Diagnose und Behandlung der diagnostizierten Patienten;
- ggf. Durchführung evidenzbasierter, qualitätsgesicherter, organisierter Reihenuntersuchungen in der Bevölkerung für Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs entsprechend den jeweiligen Gegebenheiten in den Ländern und dort, wo die Gesundheitssysteme zu wirksamen Ergebnissen beitragen können;
- Bewertung staatlicher und privater Einrichtungen in der primären Gesundheitsversorgung und bei Bedarf Erhöhung der Verfügbarkeit der zur Behandlung der häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten erforderlichen bezahlbaren Basistechnologien und unentbehrlichen Arzneimittel, einschließlich Generika;
- Unterstützung der Umsetzung von wenigstens einem Mindestkatalog unentbehrlicher Interventionen gegen nichtübertragbare Krankheiten in der primären Gesundheitsversorgung, um die Reichweite und Ausgewogenheit der Grundversorgung zu erhöhen;
- Förderung einer frühzeitigen Erkennung der Symptome und Anzeichen eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls und einer raschen Versorgung entlang eines kritischen Behandlungspfads – lebensrettende Maßnahmen (chain of survival) oder Akutversorgung (chain of recovery); und
- Bereitstellung koordinierter, multidisziplinärer Versorgungsangebote bei der Bewertung, Früherkennung und raschen Rehabilitation von Herzinfarkten, Schlaganfällen und anderen Erkrankungen (z. B. Muskel-Skelett-Erkrankungen), bei denen solche ebenfalls Wirkung zeigen könnten.

61. Maßnahmen in diesem Bereich, die Querverbindungen zu bestehenden Aktionsplänen aufweisen, sind:

- Gewährleistung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Langzeiterkrankungen durch die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region (37); und
- Verbesserung des Zugangs von Menschen mit psychischen Störungen zu Versorgungsangeboten bei körperlichen Leiden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und Zahnerkrankungen, die den Angeboten für die Allgemeinbevölkerung qualitativ gleichwertig sind (34).

Impfmaßnahmen und Bekämpfung der relevanten übertragbaren Krankheiten

Zielsetzung

62. Förderung von Impfmaßnahmen und der Bekämpfung der relevanten übertragbaren Krankheiten, sofern es die jeweiligen Gegebenheiten und die verfügbaren Mittel erlauben, um die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten bzw. ihre Verschärfung zu verhindern.

Begründung

63. Trotz der allgemeinen Bezeichnung „nichtübertragbare Krankheiten“ resultieren einige Krankheiten dieser Gruppe aus bzw. verschlimmern sich infolge von Infektionen oder erschweren eine Behandlung, was sich auf die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung auswirkt. Es gibt eine Reihe gemeinsamer Kausalketten, etwa Unterernährung und unzureichende Sanitärversorgung, gemeinsame Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum und Armut bei nichtübertragbaren Krankheiten und Tuberkulose sowie gemeinsame Verursacher, etwa unbehandelte Infektionen in Verbindung mit Krebserkrankungen und einige Herz-Kreislauf-Erkrankungen, beispielsweise Streptokokkeninfektionen und die rheumatische Herzklappenkrankheit. Bei einer Person können mehrere übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten gleichzeitig auftreten, was Folgen für das Krankheitsmanagement hat. Das Vorliegen einer Erkrankung kann die Entstehung einer weiteren Krankheit wahrscheinlicher machen. So sind Alkoholkonsum, Rauchen und Diabetes jeweils mit einem erhöhten Tuberkuloserisiko verbunden. Durch die Behandlung einer Erkrankung kann das Risiko einer weiteren Erkrankung steigen. So kann eine antiretrovirale HIV-Therapie die Gefahr des Auftretens eines metabolischen Syndroms erhöhen. Eine Erkrankung kann sich auch verschlimmernd auf den Verlauf einer anderen Krankheit auswirken. Beispielsweise kann eine Tuberkulose-Diabetes-Komorbidität den Verlauf beider Krankheiten negativ beeinflussen (42), und Tabak- und Alkoholkonsum können sich nachteilig auf das Fortschreiten einer HIV-Erkrankung und die Behandlung einer Tuberkulose auswirken.

64. Einige durch Impfung vermeidbare Krankheiten werden für die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten verantwortlich gemacht: Die Hauptursache von Gebärmutterhalskrebs ist eine anhaltende oder chronische Infektion mit einem oder mehreren der hochriskanten (oder onkogenen) Typen des humanen Papillomavirus (HPV), eine sexuell übertragene Infektion; Röteln während der Schwangerschaft können einen angeborenen Herzfehler beim Kind verursachen; und bei manchen Menschen führt eine chronische Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus zu Leberzirrhose und Leberkrebs. Impfungen sind eine wirksame Intervention im Bereich der öffentlichen Gesundheit, und in den letzten Jahren wurden beim Schutz von Kindern vor Hepatitis B für die gesamte Lebensdauer erhebliche Fortschritte durch Einführung einer allgemeinen Impfpflicht für Säuglinge und Kleinkinder erzielt. Fortschritte wurden auch bei der Entwicklung und Einführung neuer Impfstoffe sowie bei der Ausweitung bestehender Impfprogramme erreicht. Im Rahmen eines umfassenderen Ansatzes für die Prävention und Bekämpfung von Gebärmutterhalskrebs spielen HPV-Impfungen eine bedeutende Rolle beim Schutz von weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen. Es gibt auch Hinweise darauf, dass Grippeimpfungen einer Verschlimmerung der Symptome bei COPD-Patienten entgegenwirken (43) und dass Pneumokokken-

Impfungen bei Patienten mit bestimmten chronischen Lungenerkrankungen eine vorteilhafte Wirkung haben können.

Maßnahmen

65. Als Maßnahmen werden vorgeschlagen:

- Bewertung und volle Ausschöpfung der Möglichkeiten für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Rahmen von Programmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

66. Maßnahmen in diesem Bereich, die Querverbindungen zu bestehenden Aktionsplänen aufweisen, sind:

- Einführung nationaler Impfpläne, auch für ältere Menschen (35,37);
- Bekämpfung von Hepatitis B (43);
- evidenzbasierte Entscheidungsprozesse über die Einführung neuer Impfstoffe: beispielsweise wenn die Einführung von HPV-Impfprogrammen und Impfprogrammen für chronisch Kranke erwogen wird (44); und
- Umsetzung kooperativer Rahmen und Verfahren für die integrierte Bewältigung von nichtübertragbaren Krankheiten und den relevantesten übertragbaren Krankheiten, z. B. den am häufigsten in Verbindung mit Tuberkulose auftretenden Erkrankungen (Diabetes mellitus, Alkohol- und Drogenmissbrauchsstörungen und Raucherkrankheiten) (45).

Unterstützende Interventionen

Förderung von Mundgesundheit und Muskel-Skelett-Gesundheit

Zielsetzung

67. Förderung einer guten Mundgesundheit und Muskel-Skelett-Gesundheit.

Begründung

68. Orale Erkrankungen sind die häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten bei Kindern und Erwachsenen in der Europäischen Region. Gesundheitsprobleme wie Karies, Parodontose, Zahnausfall, Mundhöhlenkrebs und HIV- bzw. Aids-bezogene orale Erkrankungen stellen eine erhebliche Belastung für die öffentliche Gesundheit dar. Mundschmerzen und durch die Zähne bedingte Probleme beim Essen, Kauen, Lächeln oder generell bei der Kommunikation haben erhebliche Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und beeinträchtigen auch ihre gesunde Ernährung. Erkrankungen im Mundbereich sind mit anderen nichtübertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes verknüpft und haben mit diesen eine Reihe beeinflussbarer Risikofaktoren gemeinsam, z. B. den Konsum zuckerhaltiger Lebensmittel und Getränke oder den Tabak- und Alkoholkonsum. In der gesamten Europäischen Region ist ein hohes relatives Risiko oraler Erkrankungen durch sozioökonomische Determinanten und durch das Geschlecht bedingt. Für die Bekämpfung oraler Erkrankungen ist entscheidend, dass Systeme zur Förderung der

Mundgesundheit verfügbar und zugänglich sind. Doch zur Minderung des Erkrankungsrisikos müssen die Angebote finanziell fair gestaltet und im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung und der Krankheitsprävention angesiedelt sein. In allen Ländern der Europäischen Region gibt es beträchtliche soziale Ungleichgewichte hinsichtlich der Inanspruchnahme der zahnmedizinischen Versorgung durch Kinder, Erwachsene und ältere Menschen. Bei der Früherkennung von Mundkrebs und HIV/Aids sowie bei der Beratung in Bezug auf Ernährung, Alkoholkonsum und Rauchverzicht können Zahnärzte eine wichtige Rolle spielen (46).

69. Erkrankungen des Muskel- und Skeletapparats sind in der Europäischen Region die häufigste Ursache für Behinderung. Von ihnen sind alle Altersgruppen betroffen. Sie sind eine wesentliche Ursache für Arbeitslosigkeit und in späteren Lebensphasen den Verlust der Eigenständigkeit. Eine gute Muskel-Skelett-Gesundheit ist eine Voraussetzung für Mobilität, wirtschaftliche Unabhängigkeit und ein aktives und gesundes Altern. Angesichts der Bedeutung von Bewegung trägt sie wesentlich zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten bei. Die Muskel-Skelett-Gesundheit wird durch Beschwerden wie Arthritis, Lenden- und Nackenschmerzen, Osteoporose und Fragilitätsfrakturen sowie durch Arbeits- und Sportverletzungen beeinträchtigt. Die Risikofaktoren für die Muskel-Skelett-Gesundheit ähneln denen anderer nichtübertragbarer Krankheiten, und die Muskel-Skelett-Gesundheit kann durch Einflussnahme auf diese Faktoren verbessert werden, insbesondere durch mehr Bewegung, ein ideales Körpergewicht, Rauchverzicht und einen nur mäßigen Alkoholkonsum sowie durch Maßnahmen der Verletzungsprävention. Die Bekämpfung von Muskel-Skelett-Erkrankungen und die Vorbeugung gegen Behinderung sind von der Verfügbarkeit und rechtzeitigen Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen auf diesem Gebiet abhängig, speziell von frühzeitigen Interventionen und Rehabilitationsmaßnahmen. Die Angebote müssen bürgernah sein und den gesamten Gesundheitsbereich umfassen und darauf abzielen, die Betroffenen zur Selbstbewältigung ihrer Muskel-Skelett-Erkrankungen zu befähigen und eine Medikalisierung alltäglicher Probleme weitgehend zu vermeiden.

Maßnahmen

70. Maßnahmen in diesem Bereich würden die Umsetzung mehrerer laufender Aktionspläne befördern, doch konkrete Maßnahmen speziell zur Mund- oder Muskel-Skelett-Gesundheit finden sich darin nur selten. Angesichts der Bedeutung, die einer guten Mund- und Muskel-Skelett-Gesundheit im Hinblick auf eine gute allgemeine Gesundheit im gesamten Lebensverlauf oder die Milderung der negativen Auswirkungen von Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum, ungesunder Ernährung und kohlenstoffhaltigen Getränken mit Zuckerzusatz auf die Mundgesundheit zukommt, bietet sich hier eine Gelegenheit zur Behebung dieses Defizits. Dafür kommen beispielsweise folgende sachdienliche Maßnahmen infrage:

- Förderung der Mundgesundheit durch Verbesserung der Ernährung und Senkung der Zuckeraufnahme; Einführung einer allgemeinen Fluorierung (Wasser, Salz, Milch) und Optimierung der Verwendung von fluorhaltiger Zahnpasta; Verbesserung der Mundhygiene; Eindämmung des Tabak- und Alkoholkonsums; und Prävention von Mund- und Gesichtsverletzungen durch sichere Umfelder und sicheren Sport;

- Förderung von Muskel-Skelett-Gesundheit in allen Altersgruppen, um durch mehr Bewegung, die Zurückdrängung der Adipositas und die Vermeidung von Verletzungen die körperliche Funktionsfähigkeit zu verbessern;
- Förderung der Verbesserung der Mundgesundheit und der Muskel-Skelett-Gesundheit im gesamten Lebensverlauf durch Unterstützung von Kindern und Jugendlichen über ihre Familien und über Gleichaltrigengruppen und Förderung der Mundgesundheit und der Muskel-Skelett-Gesundheit durch Gesundheitsprogramme im schulischen und vorschulischen Umfeld; Einbindung der Mundgesundheit und der Muskel-Skelett-Gesundheit in die Gesundheitsförderung und den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz; Einführung systematischer Programme für Mundgesundheit und Muskel-Skelett-Gesundheit speziell für Senioren, auch in Pflegeheimen; Schutz der Mundgesundheit von anfälligen Menschen, etwa von Angehörigen armer und marginalisierter Bevölkerungsgruppen (z. B. Obdachlose, Flüchtlingsgruppen), Menschen mit Behinderungen und Angehörigen stärker gefährdeter Gruppen wie Schwangeren und Menschen in Langzeitbetreuungseinrichtungen (z. B. Haftanstalten und psychiatrische Krankenhäuser);
- Aufbau von Systemen zur Förderung der Mundgesundheit, die auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet sind; Einrichtung einer finanziell fairen zahnmedizinischen Versorgung; und Organisation der öffentlichen Gesundheitsdienste und der primären Gesundheitsversorgung im Sinne einer Verbesserung der Mundgesundheit auf ausgewogene Weise;
- Aufbau von Systemen zur Förderung der Muskel-Skelett-Gesundheit, die einen rechtzeitigen Zugang zu einer patientenorientierten Versorgung von Muskel-Skelett-Erkrankungen ermöglichen und die auf frühzeitige Interventionen zur Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Funktionsfähigkeit setzen und die Betroffenen zur Selbstbewältigung ihrer Erkrankungen befähigen und ihnen ein Gefühl für das Erreichbare vermitteln; und
- Stärkung der Surveillance und Aufbau kompetenter und vielfältig qualifizierter Fachkräfte für den Bereich der Mundgesundheit und der Muskel-Skelett-Gesundheit.

Förderung der psychischen Gesundheit

Zielsetzung

71. Förderung der psychischen Gesundheit, um die Entstehung bzw. Verschärfung nichtübertragbarer Krankheiten zu verhindern.

Begründung

72. Die psychische Gesundheit ist wichtig für eine wirksame Prävention und Bewältigung nichtübertragbarer Krankheiten, da sie in einer vielfältigen Wechselbeziehung mit der körperlichen Gesundheit steht und eine häufige Begleiterkrankung darstellt. Sie hat erhebliche Auswirkungen auf die Risikofaktoren (insbesondere das Risikoverhalten), und die Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten ist bei Personen mit psychischen Störungen zwei- bis dreimal so hoch wie bei psychisch gesunden Menschen. Chronische Stressbelastung, Einsamkeit oder soziale

Isolation erhöhen die Gefahr eines ersten koronaren Ereignisses. Bei Personen mit fortgeschrittener Arteriosklerose können kurzfristige emotionale Belastungen Herzinfarkte auslösen, und bei Personen mit Vorerkrankungen kann langfristige Stressbelastung die Gefahr einer Wiederkehr von koronaren Ereignissen und die damit verbundene Mortalität erhöhen. Es gibt auch Hinweise darauf, dass psychologische Belastung zu einer Verschlimmerung von Asthma sowie bei Personen mit Typ-2-Diabetes zu einem Anstieg des Blutzuckerspiegels führen kann.

73. Die Untersuchung von Stress als Risikofaktor und der Einsatz von Stressbewältigungsmaßnahmen in klinischen Einrichtungen sind bisher nur in begrenztem Umfang erfolgt. Die Bewältigung psychosozialer Risikofaktoren wird als Teil eines multimodalen und patientenorientierten Ansatzes für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der klinischen Praxis empfohlen (50). Da etwa die Hälfte aller psychischen Störungen vor dem 14. Lebensjahr auftritt, müssen entsprechende Vorbeugemaßnahmen auch auf das Kindesalter abzielen. Ein Ansetzen an gemeinsamen Risikofaktoren bei der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten kann sich positiv auf das emotionale Wohlbefinden auswirken, auch mit Blick auf das Risiko von Demenzerkrankungen (51).

Maßnahmen

74. Maßnahmen in diesem Bereich werden in den bereits bestehenden Aktionsplänen der Europäischen Region für psychische Gesundheit (34) und gegen Kindesmisshandlung (21) ausführlich erörtert und werden in anderen Abschnitten des vorliegenden Aktionsplans (kardio-metabolische Risikobewertung und -steuerung, aktives Leben und aktive Mobilität, Gesundheitsförderung in bestimmten Umfeldern) hervorgehoben.

Gesundheitsförderung in bestimmten Umfeldern

Zielsetzung

75. Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden durch gesundheitsverträgliche Umgestaltung bestimmter Umfeldern.

Begründung

76. Kostenwirksame gesundheitsfördernde Interventionen können für die Bevölkerung allgemein, aber auch für spezielle Zielgruppen erbracht werden, etwa in der Schule und am Arbeitsplatz (13). Interventionen auf der Grundlage des Konzepts einer gesundheitsfördernden Schule können in bestimmten Gesundheitsbereichen Verbesserungen bewirken, etwa in Bezug auf Bewegungsverhalten und körperliche Fitness, den Verzehr von Obst und Gemüse sowie den Tabakkonsum (47). Bei einigen Interventionen, etwa bei Maßnahmen, die auf das Adipositasrisiko abzielen, kann die Kosteneffektivität erst nach längerer Zeit sichtbar werden, während andere Interventionen kurzfristig am kostenwirksamsten sind, beispielsweise Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. Diese Interventionen sollten geschlechtersensibel gestaltet werden. Es gibt eine Reihe von Umfeldern, in denen gesundheitsförderliche Interventionen angewandt werden könnten: in Wohngebäuden, in Kindergärten, in Sozialeinrichtungen oder Haftanstalten und an Universitäten.

77. Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden oder ein Akutereignis wie eine Krankenhauseinweisung wegen einer akuten Verschärfung einer chronischen Atemwegserkrankung oder wegen eines Herzinfarkts oder eines Schlaganfalls hinter sich haben, benötigen möglicherweise Unterstützung zum Verbleib in der Schule oder am Arbeitsplatz bzw. zur Rückkehr dorthin. Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sind in vielen Industrieländern die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehlzeiten und Behinderungen, und Interventionen am Arbeitsplatz können die Fehlzeiten verkürzen und sich günstig auf den Schmerz- und Funktionsstatus auswirken (48). Der Alkoholkonsum hat erhebliche negative Auswirkungen auf die Produktivität, die Arbeitsumgebung sowie die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Bei Krebserkrankungen etwa ermöglichen multidisziplinäre Interventionen, die an körperlichen, psychopädagogischen und berufsbildenden Aspekten ansetzen, mehr Patienten die Rückkehr zur Arbeit als die üblichen Angebote (49).

Maßnahmen

78. Maßnahmen in diesem Bereich, die Querverbindungen zu bestehenden Aktionsplänen aufweisen, sind:

- Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen beim Verbleib an einer Bildungseinrichtung oder am Arbeitsplatz bzw. bei der Rückkehr dorthin trotz dieser Erkrankungen; und
- Erfüllung bestehender Mandate und Verpflichtungen in Bezug auf gesündere Umfelder mit dem Ziel, die Exposition gegenüber Einflüssen, die das Risiko nichtübertragbarer Krankheiten erhöhen (z. B. Radonbelastung, UV-Strahlung, Lärmbelastung, Asbestverseuchung, Klimawandel), zu verringern und gegen die erkannten Expositionsrisiken vorzugehen (36).

79. Zu den Maßnahmen in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen zählen:

- Verknüpfung mit dem Netzwerk „Europäische Schulen für die Gesundheit“ als Möglichkeit, gesunde Verhaltensweisen zu fördern und ein gesundes Umfeld zu schaffen;
- Aufstellung von Normen für das Angebot an Mahlzeiten, Lebensmitteln und Getränken im schulischen Umfeld und Verhinderung der Verfügbarkeit und Vermarktung von Lebensmitteln und Getränken mit hohem Anteil an Energie, gesättigten Fettsäuren, Transfetten, Zucker oder Salz in Schulen und anderen Umfeldern, in denen Kinder zusammenkommen (16); und
- Schaffung rauch- und alkoholfreier Schulen und sonstiger Bildungseinrichtungen (Kinderbetreuungseinrichtungen, Kindergärten, Schulen, öffentliche Freizeiteinrichtungen), wo Kinder eine rauchfreie Umgebung genießen können, durch Umsetzung der Leitlinien der WHO für Raumluftgüte (14,17,36,37); und
- Erwägen der Aufnahme von Bewegung in den Kern der schulischen Lehrpläne.

80. Zu den Maßnahmen am Arbeitsplatz zählen:

- Entwicklung von Konzepten, Rechtsvorschriften und Instrumenten der Politiksteuerung, die auf berufs- und arbeitsbedingte nichtübertragbare Krankheiten abzielen und die Diskriminierung der betroffenen Personen

verhindern, und Gewährleistung der Einhaltung maßgeblicher Vorschriften und Bestimmungen durch Arbeitgeber;

- Förderung der Entwicklung umfassender Programme für Gesundheit am Arbeitsplatz durch Schaffung regulatorischer und finanzieller Anreize, soziales Marketing, Überwachung, Verbreitung von Informationen und Erfahrungsaustausch;
- Schaffung von Anreizen für Arbeitgeber zum Abbau psychologischer und arbeitsbezogener Stressbelastung und zum Ausbau der Stressbewältigung, und Förderung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz durch einfach umzusetzende Programme (34);
- Förderung gesunder Mahlzeiten in Betriebskantinen und Einführung strenger Regelungen zum Alkohol- und Tabakkonsum am Arbeitsplatz sowie deren Überwachung und Evaluation;
- Bereitstellung von Bewegungsangeboten und -beratung am Arbeitsplatz, u. a. Erwägung geeigneter Maßnahmen, die den Beschäftigten mehr Bewegung während der Arbeitszeit und ein aktives Pendeln ermöglichen (15); und
- Schutz, Förderung und Unterstützung von Stillen am Arbeitsplatz.

Die Rolle des Regionalbüros für Europa

Führungskompetenz und Überzeugungsarbeit

81. Das Regionalbüro für Europa wird weiterhin eine Führungsrolle bei der Koordinierung einer Antwort der Europäischen Region auf die mit nichtübertragbaren Krankheiten verbundenen besonderen Herausforderungen übernehmen, wobei es sich auf diesen Aktionsplan sowie die damit zusammenhängenden regionsweiten und globalen Strategien und Aktionspläne stützt, die zusammen eine kohärente und robuste Handlungsgrundlage bilden. Das Regionalbüro wird in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro die regionsweite Umsetzung des Globalen Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) unterstützen. Es wird seine enge Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission fortsetzen und sich gemeinsam mit den in Betracht kommenden zwischenstaatlichen Organisationen, wie dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen, der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen und der Weltbank, für die Aufnahme nichtübertragbarer Krankheiten in die einschlägigen sozialen, umweltbezogenen und wirtschaftlichen Entwicklungsagenden, insbesondere die Entwicklungshilfe-Programmrahmen der Vereinten Nationen, einsetzen.

Aufbau von Kapazitäten

82. Das Regionalbüro wird staatliche Gremien auf nationaler und subnationaler Ebene dabei unterstützen, der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten Vorrang einzuräumen, insbesondere in den Ländern mit der höchsten Belastung durch Behinderungen und Todesfälle infolge dieser Krankheiten. Das Regionalbüro wird die Länder dabei unterstützen, weiter die besonderen Merkmale nichtübertragbarer Krankheiten in ihrer Bevölkerung sowie die für die Planung und Einleitung wirksamer Gegenmaßnahmen verfügbaren Ressourcen und Kapazitäten zu überprüfen und die

potenziellen Barrieren und Chancen für eine verbesserte Prävention und Bekämpfung dieser Krankheiten in den Gesundheitssystemen zu bewerten. Das Regionalbüro wird in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und maßgeblichen Experten die Vernetzung sowie die Einrichtung von Praxisgruppen vorantreiben, Wissen und Informationen, Erfahrungen und bewährte Praktiken zur Unterstützung evidenzbasierter Grundsatzmaßnahmen und ihrer Umsetzung und Evaluation aufzeigen und austauschen und sachdienliche Begleitmaterialien erstellen. Ferner wird es die Bemühungen der Länder zur Formulierung, Entwicklung und Umsetzung angemessen finanzierter Aktionspläne gegen nichtübertragbare Krankheiten mit klaren Zielen, Strategien und Vorgaben und zur Schaffung oder Stärkung von Mechanismen für die bereichsübergreifende Zusammenarbeit und die partizipatorische Politikgestaltung im Gesundheitsbereich unterstützen.

Beobachtung und Überwachung

83. Das Regionalbüro wird zusammen mit dem WHO-Hauptbüro und anderen maßgeblichen Partnern weiter die Fortschritte bei der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten überwachen und evaluieren, insbesondere durch die regelmäßigen Erhebungen zur Ermittlung der Kapazitäten in diesem Bereich und die Beobachtung der Fortschritte in Bezug auf die vereinbarten internationalen und regionsweiten Zielvorgaben und Indikatoren. Es wird seine Anstrengungen zur Sicherstellung einer verbesserten Qualität, Wertigkeit und Vergleichbarkeit der Daten über nichtübertragbare Krankheiten und deren zugrunde liegende Risikofaktoren fortsetzen. 2015 wurde das Projekt des Regionalbüros zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in Gang gesetzt, das in Moskau angesiedelt ist. Es unterstützt die Mitgliedstaaten, indem es Beobachtungs- und Überwachungsdaten zusammenführt und analysiert und ihren Austausch fördert und indem es den Ländern bei innerstaatlichen Maßnahmen behilflich ist, beispielsweise bei STEPS-Erhebungen und der Erstellung von Krebsregistern sowie über sein Projekt zur integrierten Surveillance in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten.

Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

84. Das Regionalbüro wird auch mit anderen Partnern wie der Europäischen Union und ihren Institutionen sowie mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen zusammenarbeiten. Bei seiner Arbeit wird es von den WHO-Kooperationszentren und den vorhandenen Netzwerken zur Gesundheitsförderung wie dem Internationalen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitsdienste, dem Netzwerk „Europäische Schulen für die Gesundheit“, dem Netzwerk „Gesunde Städte“ und dem Netzwerk „Regionen für Gesundheit“ unterstützt. In Anerkennung ihres Sachverstands und ihres potenziellen Beitrags wird das Regionalbüro seine Konsultations- und Kooperationsprozesse mit Organisationen der Zivilgesellschaft, nichtstaatlichen Organisationen und maßgeblichen Berufs- und Patientenverbänden ausbauen, die frei von Interessenkonflikten mit dem Bereich der öffentlichen Gesundheit sind. Zusammenschlüsse von Gesundheitsorganisationen, die bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten dieselben Interessen verfolgen, sind wichtige Partner auf der nationalen und internationalen Ebene.

Quellenangaben²

1. Zugewinn an Gesundheit. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006. (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/gaining-health.-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases>).
2. Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2012/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>).
3. Resolution 66/2. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases. New York: United Nations General Assembly; 2011 ([A/66/2](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2); http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2).
4. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>).
5. Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“. In: Der Europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015>).
6. Resolution 68/300. Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases. New York: United Nations General Assembly; 2014 ([A/68/300](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300); http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300).
7. World Economic Forum, World Health Organization. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Economic Forum; 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/).
8. Wismar M, Martin-Moreno JM. Intersectoral working and Health in All Policies. In: Facets of public health in Europe, 199–216. Maidenhead, New York: Open University Press; 2014 (European Observatory on Health Systems and Policies series; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/facets-of-public-health-in-europe>).

² Alle Quellen wurden am 1. Juli 2016 eingesehen.

9. Gesundheit als Frage politischen Willens: Förderung ressort- und organisationsübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (EUR/RC65/16; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6516-promoting-intersectoral-action-for-health-and-well-being-in-the-who-european-region-health-is-a-political-choice>).
10. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>).
11. Integrating NCDs into the UNDAF design processes and implementation. In: Noncommunicable diseases and mental health [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nmh/highlights/undaf/en/>).
12. Cardiovascular disease and diabetes: policies for better health and quality of care. In: OECD Health Policy Studies. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015. doi:10.1787/9789264233010-en.
13. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2013 (Policy Summary 6; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/promoting-health,-preventing-disease-is-there-an-economic-case>).
14. Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (EUR/RC65/10; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6510-roadmap-of-actions-to-strengthen-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-20152025>).
15. Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (EUR/RC65/9; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc659-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>).
16. Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (EUR/RC64/14; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).
17. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>).

18. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report (updated reprint). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>).
19. Die Erklärung von Minsk. Der Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (<http://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020>).
20. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>).
21. In Kinder investieren: Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020) Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (EUR/RC64/13, <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6413-investing-in-children-the-european-child-maltreatment-prevention-action-plan-20152020>).
22. Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region der WHO: Fortschritte, Herausforderungen und Lehren. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (EUR/RC65/11, <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6511-environment-and-health-in-the-who-european-region-progress,-challenges-and-lessons-learned>).
23. Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (EUR/RC65/13, <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>).
24. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi BM, Elliott P, Leon DA. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol.* 2015;12(9):508–30. doi:10.1038/nrcardio.2015.82.
25. Tello J, Barbazza E. Health services delivery: a concept note (2015). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/health-services-delivery-a-concept-note-2015>).

26. Strategische Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>).
27. Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (EUR/RC62/12 Rev. 1, <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc6212-rev.1-european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>).
28. Goryakin Y, Roberts B, McKee M. Price elasticities of alcohol demand: evidence from Russia. *Eur J Health Econ.* 2015;16(2):185–99. doi:10.1007/s10198-014-0565-9.
29. Knai C, Petticrew M, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Are the Public Health Responsibility Deal alcohol pledges likely to improve public health? An evidence synthesis. *Addiction.* 2015;110(8):1232–46. doi:10.1111/add.12855.
30. Empower women: combating tobacco industry marketing in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2010/empower-women-combating-tobacco-industry-marketing-in-the-who-european-region>).
31. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/en/>).
32. Sugars intake for adults and children: guideline. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/).
33. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med.* 2014;371(7):624–34. doi:10.1056/NEJMoa1304127.
34. The European mental health action plan 2013–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>).
35. Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (EUR/RC62/10 Rev.1; <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>).

36. Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2010 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2010/parma-declaration-on-environment-and-health>).
37. In Kinder investieren: Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020>).
38. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e7191. doi:10.1136/bmj.e7191.
39. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD011273. doi:10.1002/14651858.CD011273.pub2.
40. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(6):636–48. doi:10.1177/2047487315569401.
41. Implementation tools: Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/implementation_tools_WHO_PEN/en/).
42. Baker MA, Harries AD, Jeon CY, Hart JE, Kapur A, Lönnroth K et al. The impact of diabetes on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review. *BMC Med*. 2011;9:81. doi:10.1186/1741-7015-9-81.
43. Poole P, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD002733.
44. European vaccine action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020>).
45. Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (EUR/RC65/17 Rev.1; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6517-rev.1-tuberculosis-action-plan-for-the-who-european-region-20162020>).

46. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(6):CD005084. doi:10.1002/14651858.CD005084.pub3.
47. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulidou T, Murphy SM, Waters E et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(4):CD008958. doi:10.1002/14651858.CD008958.pub2.
48. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD006955. doi:10.1002/14651858.CD006955.pub3.
49. de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD007569. doi:10.1002/14651858.CD007569.pub3.
50. Piepoli, MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J.* 2016; doi:10.1093/eurheartj/ehw106 [e-pub ahead of print].
51. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;385(9984):2255–63. doi:10.1016/S0140-6736(15)60461-5.

= = =