

KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

KOM(93)559 endg.

Brüssel, den 24. November 1993

**Mitteilung der Kommission über den Aktionsrahmen im
Bereich der öffentlichen Gesundheit**

**Mitteilung der Kommission über den Aktionsrahmen im
Bereich der öffentlichen Gesundheit**

Inhalt

Kurzfassung

Teil A

Gesundheitspolitischer Gesamtkontext

Seite

I. Einleitung	3
a) Gesundheitspolitische Herausforderungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft . . .	3
b) Der Gegenstand der Politik im Bereich der öffentlichen Gesundheit	5
II. Gesundheitszustand und Trends in den Mitgliedstaaten	6
a) Mortalität	6
b) Morbidität	7
III. Die Grundlage für das Tätigwerden der Gemeinschaft	11
a) Subsidiarität	11
b) Rechtsgrundlagen	12
c) Bisherige Tätigkeit der Gemeinschaftsinstitutionen im Bereich der Gesundheit	15

Teil B

Die Strategie der Europäischen Gemeinschaft

IV. Auswahl der Maßnahmen	19
a) Gegenstand möglicher Maßnahmen	20
b) Möglichkeiten für ein Tätigwerden der Gemeinschaft	20

	c) Auswahl von Tätigkeitsbereichen	21
	i) Auswahlkriterien.....	21
	ii) Weitverbreitete schwerwiegende Frankheiten,ausgenommen Drogen	22
	iii) Drogenabhängigkeit.....	24
	iv) Seltene Krankheiten.....	25
V.	Krankheitsursachen.....	26
VI.	Art und Umfang der Tätigkeit der Gemeinschaft	29
	a) Allgemeine Strategie.....	29
	b) Konsultation und Beteiligung	32
	c) Unterstützung von Maßnahmen der Mitgliedstaaten und Förderung der Koordinierung	32
	d) Aufklärung, Erziehung und Gesundheitsförderung	33
	e) Forschung.....	35
	f) Ausbildung des Gesundheitspersonals	36
	g) Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und Drittländern.....	37
	i) Internationale Organisationen	37
	ii) Drittländer.....	39
VII.	Künftige Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit	40
Anhang I	Überblick über die Präventionspolitiken in den Mitgliedstaaten.....	
Anhang II	Gemeinschaftspolitiken und -instrumente mit direkten Bezug zum Gesundheitsschutz	
Anhang III	Gesundheitsschutz als Bestandteil anderer Gemeinschaftspolitiken.....	
Anhang IV	Weitverbreitete schwerwiegende Krankheiten in der Europäischen Gemeinschaft.	
Anhang V	Statistiken.....	

Kurzfassung

In dieser Mitteilung werden die Vorschläge der Kommission zur Fortführung der Gemeinschaftstätigkeiten auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit im Hinblick auf die Verwirklichung des im Vertrag über die Europäische Union vorgegebenen Ziels dargelegt, wonach "die Gemeinschaft (...) einen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus leistet" (Artikel 129). Definiert wird dabei ein gemeinschaftlicher Aktionsrahmen, und beschrieben werden die Aufgabenstellung und Funktionen der Gemeinschaftsorgane wie auch der einzelnen Mitgliedstaaten. Dargestellt wird ferner eine Handlungsstrategie, und es werden die der Gemeinschaft zur Verfügung stehenden Mittel zur Verwirklichung der von ihr gesteckten Ziele und entsprechende Verfahren zur Evaluierung, laufenden Überprüfung und Konsultierung aufgezeigt. Abschließend werden einige ausgewählte Schlüsselbereiche für in den kommenden fünf Jahren durchzuführende Maßnahmen vorgestellt.

Die Mitteilung umfaßt zwei Teile: zunächst eine Beschreibung des allgemeinen gesundheitspolitischen Kontexts und daran anschließend eine Darstellung der Vorgehensweise auf Gemeinschaftsebene.

A. Gesundheitspolitischer Gesamtkontext

In Kapitel I werden die nachstehend aufgeführten, wichtigsten gesundheitspolitischen Probleme und Herausforderungen, vor denen die Mitgliedstaaten heute stehen, im Überblick dargestellt:

- die alternde Bevölkerung in der EG;
- der Anstieg von Zuwanderung wie auch von Mobilität innerhalb der Gemeinschaft;
- die veränderten Umweltbedingungen und die sich wandelnde Arbeitsumgebung;
- die steigenden Anforderungen an das bestehende bzw. erwartete Leistungsangebot der Gesundheitsdienste;
- die allgemeinen sozioökonomischen Probleme der Gemeinschaft, insbesondere das Problem der sozialen Ausgrenzung.

Bedingt durch diese Probleme sehen sich die Mitgliedstaaten einem bislang ständig zunehmenden und voraussichtlich auch weiterhin steigenden Druck ausgesetzt, was die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen betrifft.

Im Anschluß an diesen allgemeinen Überblick wird die Gesundheitspolitik in ihrer gesamten Bandbreite dargestellt; aufgezeigt wird dabei auch, inwiefern Maßnahmen impliziert sind, die das unmittelbare Umfeld des einzelnen wie auch seine allgemeinen Lebensbedingungen betreffen. Anhang I enthält eine zusammenfassende Darstellung der Präventions- wie auch der Gesundheitsförderungs politik der einzelnen Mitgliedstaaten.

Ausgehend von den verfügbaren Mortalitäts- und Morbiditätsdaten beschreibt Kapitel II wesentliche Trends beim Gesundheitszustand in den Mitgliedstaaten. Die Zahlenangaben verdeutlichen, daß sich das Gesundheitsniveau insgesamt in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbessert hat, daß die Menschen ein höheres Lebensalter erreichen und daß Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. bei Jugendlichen Unfälle an erster Stelle der Todesursachen in der Gemeinschaft stehen. Ebenfalls aufgeführt werden weitere Krankheiten mit hoher Mortalität bzw. Morbidität. Ausführliche Statistiken hierzu sind Anhang V zu entnehmen.

In Kapitel III werden die Grundlagen der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit dargestellt. Erläutert wird die Anwendung des Subsidiaritätsprinzips, der Transparenz und der Proportionalität der entsprechenden Maßnahmen; nachdrücklich wird dabei darauf hingewiesen, daß die Finanzierung und Erbringung von medizinischen Leistungen Sache der einzelnen Mitgliedstaaten bleibt.

In groben Zügen umrissen werden die Rechtsgrundlagen, auf die sich die Gesundheitspolitik der Gemeinschaft stützt (die Politiken, Programme und Instrumente für deren praktische Umsetzung sind in den Anhängen II und III wiedergegeben). Erläutert werden die Bestimmungen von Artikel 129 des Unionsvertrags und ihre Bedeutung. Schwerpunkte dieses Artikels bilden die Verhütung von Krankheiten, insbesondere der "weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten" einschließlich des Drogenmißbrauchs. Nachhaltig betont wird, daß die Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft sein müssen, und daß die Kommission verpflichtet ist, im Benehmen mit den Mitgliedstaaten deren Politiken und Programme zu koordinieren.

Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Kurzdarstellung der bisherigen Tätigkeiten des Europäischen Rates, des Europäischen Parlamentes und des Wirtschafts- und Sozialausschusses bei der Ausgestaltung der Gemeinschaftspolitik im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

B. Die Strategie der Europäischen Gemeinschaft

In Kapitel IV werden zunächst die Bereiche für mögliche Maßnahmen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit und die entsprechenden Ziele dargestellt. Daran anschließend werden die Möglichkeiten beschrieben, die der Gemeinschaft für ihre Tätigkeit zur Verfügung stehen; hierzu gehören u. a. die Formulierung gemeinsamer Ziele und die Schaffung von Netzen, Maßnahmen zum Informations- und Personalaustausch, die Verbesserung der Datenerhebung, die finanzielle Förderung von Programmen und Projekten, die Erstellung eines jährlichen Berichts über die gesundheitliche Lage in der EG und die Unterstützung von Maßnahmen zur Kosteneindämmung.

Es werden Kriterien zur Bestimmung derjenigen Krankheiten oder Gesundheitsbedrohungen genannt, die für Gemeinschaftsmaßnahmen in Frage kommen. In der dargestellten Auswahl mitberücksichtigt sind sowohl die Folgewirkungen von Krankheiten auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der EG als auch die Frage, ob angemessene Präventivmaßnahmen auf Gemeinschaftsebene durchführbar sind (Anhang IV enthält eine Auflistung "weitverbreiteter schwerwiegender Krankheiten" und ihrer Auswirkungen).

Anhand dieser Kriterien werden Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfälle, Aids und übertragbare Krankheiten, Drogenabhängigkeit und seltene Krankheiten als die geeigneten Ziele für Gemeinschaftsaktionen angesehen.

Kapitel V über Krankheitsursachen gelangt zu der Feststellung, daß die Erforschung der Ursachen mit Hilfe unterschiedlicher Maßnahmen eine unerläßliche Voraussetzung für eine effiziente Prävention ist. Eingegangen wird diesbezüglich auf wesentliche kausale Faktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum, und entsprechende Daten über Trends in der Gemeinschaft werden mitgeliefert.

Kapitel VI über Art und Umfang der gemeinschaftspolitischen Maßnahmen erläutert in großen Zügen, welches Instrumentarium die Kommission im Hinblick auf die weitere Verwirklichung ihrer Ziele zu nutzen gedenkt. Priorität sollen hierfür groß angelegte Projekte mit Breitenwirkung wie auch die ständige Beobachtung der übrigen Gemeinschaftsprogramme und -politiken auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen hin haben.

Welches Instrumentarium allgemeiner Art genutzt werden soll, wird ausführlich beschrieben:

-Konsultation und Beteiligung: Vorgesehen ist die Schaffung geeigneter Mechanismen zur Beratung der Kommission in Fragen der Formulierung und Durchführung gesundheitspolitischer Maßnahmen.

-Verbesserung der Koordinierung von Programmen und Politiken: Geplant sind Vergleiche und Evaluierung von Präventionspolitiken, Kosten-Nutzen-Analysen sowie Errichtung von Netzen zur Überwachung von Krankheiten.

-Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und Drittländern: Die bestehende Kooperation mit einschlägigen internationalen Gremien wie der WHO soll verstärkt werden z. B. durch Vergabe spezifischer Arbeiten, Durchführung gemeinsamer Programme oder Förderung der von diesen Organisationen aufgelegten Programme. Für Drittländer ist eine Aufstockung der Beihilfen und die Weiterentwicklung der Kooperation mit bestimmten Ländern, insbesondere in Mittel- und Osteuropa, vorgesehen.

-Aufklärung, Erziehung und Gesundheitsförderung: Geplant ist ein koordiniertes Programm für Gesundheitserziehung Gesundheitsförderung, das auf ursächliche Faktoren und spezifische Krankheiten abstellt. Damit sollen die bisherigen Arbeiten in bestimmten Bereichen, z. B. Aids und Krebs, fortgeführt werden.

-Forschung: Es sollen Maßnahmen zur stärkeren Verknüpfung mit den Forschungsprogrammen der Gemeinschaft ergriffen werden, wie sie im Vierten Rahmenprogramm für Forschung und Entwicklung definiert werden, damit dem Forschungsbedarf der öffentlichen Gesundheit effektiv entsprochen, eine Strategie für die Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit entwickelt und gewährleistet werden kann, daß die Forschungsergebnisse adäquat Verbreitung finden.

-Ausbildung des Gesundheitspersonals: Zwecks Stärkung der Rolle, die das Gesundheitspersonal in der öffentlichen Gesundheit spielt, soll das bestehende Ausbildungsangebot einer Evaluierung unterzogen, die Zusammenarbeit in Fragen neuer Ausbildungsmöglichkeiten verstärkt und der Erfahrungs- und Informationsaustausch über Lehre und Ausbildung gefördert werden.

Ausgehend von den in den vorausgegangenen Kapiteln entwickelten Vorstellungen werden in Kapitel VII über künftige Aktionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit die prioritären Bereiche für gemeinschaftliche Aktionen dargestellt. Hierzu gehören sowohl "horizontale" wie auch krankheitsspezifische Tätigkeiten auf folgenden Gebieten:

- Gesundheitsförderung, -erziehung, -information und -ausbildung;
- Gesundheitsdaten und -indikatoren, Gesundheitsberichterstattung;
- Krebs;
- Drogen;
- Aids und sonstige übertragbare Krankheiten;
- Unfälle und Verletzungen;
- durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten;
- seltene Krankheiten;
- sonstige Gesundheitsbedrohungen (sofern es die Umstände erfordern).

Diese Mitteilung ist lediglich ein erster Beitrag im Rahmen der fortlaufenden Bemühungen zur Entwicklung von Politiken, Programmen und Einzelaktionen, mit denen der Artikel 129 des Unionsvertrags wie auch anderweitige, für den Gesundheitsschutz relevanten Bestimmungen des Vertragswerks auf nachhaltige Weise verwirklicht werden sollen. Im Anschluß an diese Mitteilung könnte zu den einzelnen Themen eine Reihe von Programmen aufgelegt werden. Die Kommission hegt die Hoffnung, daß dieser Beitrag die Diskussion anregt und dazu beiträgt, daß der Prävention und der Gesundheitsförderung in ähnlicher Weise, wie dies in den Mitgliedstaaten bereits mit Gesundheitsversorgung und Behandlung der Fall war, verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt wird und auf Dauer ausgerichtete Partnerschaften und Netzwerke als greifbarer Ausdruck des gemeinsamen Strebens nach Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in der Europäischen Gemeinschaft zustande kommen.

Teil A

Gesundheitspolitischer Gesamtkontext

I. Einleitung

1. In dieser Mitteilung werden die Vorschläge der Kommission für einen Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit unter Berücksichtigung der Ratifizierung des Vertrags über die Europäische Union dargelegt, durch den mit Artikel 3 Buchstabe o und Artikel 129 ausdrückliche Bestimmungen zum Gesundheitswesen in den Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft eingefügt wurden.

2. Die Mitteilung erfüllt im wesentlichen vier Aufgaben: Erstens werden die wichtigsten gesundheitspolitischen Fragen dargelegt, mit denen die Gemeinschaft konfrontiert ist. Zweitens wird erläutert, wie Prioritäten für Maßnahmen der Gemeinschaft aufgestellt werden können. Drittens, es wird beschrieben, welche Arten von Maßnahmen möglich sind und wie sie mit der bisherigen Tätigkeit der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie mit anderen Gemeinschaftsprogrammen in Einklang stehen. Abschließend wird eine Reihe spezifischer Aktionsprogramme vorgeschlagen.

3. Der in dieser Mitteilung vorgeschlagene Aktionsrahmen soll auf den wichtigen einschlägigen Beiträgen des Rates, des Europäischen Parlaments und des Wirtschafts- und Sozialausschusses sowie auf der Arbeit der Kommission aufbauen. Die Grundsätze für die Tätigkeit der Gemeinschaft, die im Vertrag über die Europäische Union und in den anderen Verträgen festgeschrieben sind, werden dabei in vollem Umfang berücksichtigt.

a) Gesundheitspolitische Herausforderungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft

4. Die breitgefächerte kulturelle, soziale und wirtschaftliche Diversität der Europäischen Gemeinschaft bedeutet, daß die verschiedenen Mitgliedstaaten beim Gesundheitsschutz mit ganz unterschiedlichen Problemen konfrontiert sind. Es gibt jedoch auch einige wichtige gesundheitspolitische Aspekte, die die Gemeinschaft insgesamt betreffen. Dazu gehören:

- die alternde Bevölkerung: Der Anteil der über 60jährigen in der Gemeinschaft nimmt zu. Einem Szenario zufolge soll er von nur 17,5 % im Jahr 1980 auf 24 % im Jahr 2010 ansteigen. Diese Zunahme bedeutet, daß es einerseits immer mehr ältere Menschen geben wird, die Gesundheitsdienste unverhältnismäßig stark in Anspruch nehmen, und andererseits die Kosten für diese Leistungen von einer relativ kleineren erwerbstätigen Bevölkerung getragen werden müssen. Es besteht also die Gefahr, daß der Bedarf an medizinischen Leistungen schneller zunimmt, als die Fähigkeit oder Bereitschaft der Gesellschaft, sie zu erbringen. Außerdem zeigen Studien, daß die Auswirkungen medizinischer Behandlung auf die Mortalitätsrate der Bevölkerung aufgehoben werden durch Faktoren, welche die Inzidenz von Krankheiten wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen beeinflussen - und das gilt unabhängig davon, wie hoch oder niedrig die

Ausgaben für die medizinische Versorgung in einem Land sind. Der Rückgang der altersbedingten Mortalität geht einher mit einer Zunahme der heutzutage bei älteren Menschen weit verbreiteten nicht behandelbaren Behinderungen. Studien deuten auch darauf hin, daß die Zahl der Lebensjahre, die Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbringen, im Durchschnitt rascher zugenommen hat als die der gesunden Jahre.

- die zunehmende Mobilität der Bevölkerung: Die Zuwanderung zur Europäischen Gemeinschaft, das Inkrafttreten des Binnenmarktes und der allgemein zunehmende Reiseverkehr und Tourismus führen zu einer immer stärkeren Vermischung verschiedener Bevölkerungsgruppen. Auf die Gesundheit wirkt sich dieser Trend u. a. dadurch aus, daß übertragbare Krankheiten sich schneller verbreiten können, der Drogenmißbrauch möglicherweise zunimmt und die Erfüllung spezifischer Bedürfnisse von Migranten Schwierigkeiten bereiten könnte;

- Krankheiten, die auf Umweltveränderungen und Arbeitsumgebung zurückzuführen sind: Einige Gesundheitsprobleme werden durch Umweltveränderungen infolge von wirtschaftlichen und technologischen Entwicklungen ausgelöst. Die steigenden Zahlen von Atemwegserkrankungen und bestimmter Krebserkrankungen kann z. B. mit derartigen Veränderungen in Zusammenhang gebracht werden. Auch die Einführung neuer Arbeitsmethoden, moderner Maschinen und Computer am Arbeitsplatz kann zu körperlichen und psychologischen Gesundheitsproblemen führen. Streßbedingte Krankheiten und Erkrankungen des Bewegungsapparats nehmen ebenfalls beträchtlich zu.

- steigende Ansprüche an Gesundheitsdienste: Die obengenannten Faktoren, die zum wachsenden Bedarf an Gesundheitsleistungen führen, gehen einher mit immer höheren Erwartungen an die Möglichkeiten der Medizin. Die ständig weitergehende Entwicklung leistungsfähiger Diagnose- und Therapietechnologie hat Menschen in der Erwartung immer zahlreicherer und immer besserer Leistungen bestärkt, und alle, besonders die benachteiligten Gruppen und die ärmeren Regionen, wollen Zugang zu ihnen haben. Die hochentwickelten und teureren Arzneimittel und Geräte, die bei vielen neuen Verfahren eingesetzt werden, treiben die Kosten in die Höhe;

- sozio-ökonomische Probleme, insbesondere soziale Ausgrenzung: Langsames Wirtschaftswachstum und dementsprechend hohe Arbeitslosenzahlen veranlassen die Mitgliedstaaten zu Einsparungen bei öffentlichen Ausgaben. Daher steht weniger Geld für Gesundheitsdienste und Sozialhilfe zur Verfügung. Außerdem können auch Arbeitslosigkeit, Ungleichbehandlung, Diskriminierung, Armut und soziale Ausgrenzung selbst zu gesundheitlichen Problemen führen.

5. Unter dem Druck dieser Entwicklungen sind die Gesundheitsausgaben der Mitgliedstaaten während der letzten zwei Jahrzehnte rapide angestiegen. Abbildung 1 (Anhang V) ist zu entnehmen, daß die Gesundheitsausgaben in den 70er und 80er Jahren bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) beträchtlich zugenommen haben, was zum Teil die Verlangsamung des wirtschaftlichen Wachstums widerspiegelt. Am Ende der 80er Jahre stabilisierten sich die Zahlen in einigen Mitgliedstaaten jedoch und gingen mit zunehmendem Wirtschaftswachstum sogar zurück. Dennoch bleibt die Kostendämpfung in den 90er Jahren ein Hauptanliegen, insbesondere in Anbetracht der gegenwärtigen Rezession und der Einschränkungen beim Zuwachs der öffentlichen Ausgaben. Die Mitgliedstaaten haben wirksame Maßnahmen zur Kostendämpfung durchgeführt, doch diese konnte nur erreicht werden durch Leistungskürzungen, z. B. Einschränkungen bei Arzneimittelverschreibungen und Personalausgaben,

sowie durch Verringerung der Nachfrage, z. B. durch Einführung von Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln und Tests.

6. Der Druck auf die Gesundheitsdienste ist damit aber nicht verschwunden, sondern wird wohl noch zunehmen, obwohl kaum ein Zusammenhang zwischen den wichtigsten Gesundheitsindikatoren und den Gesundheitsausgaben besteht. Außerdem wurde nachgewiesen, daß von der Leistungskürzung arme, kranke und alte Menschen unverhältnismäßig stark betroffen werden. Erforderlich ist also eine ausgewogene Reaktion auf den unvermeidbaren Druck zur Erhöhung der Gesundheitsausgaben, z. B. in Form von öffentlichen Gesundheitsinitiativen (Raucherentwöhnung, gesunde Ernährung und Fitneß, Luftreinhaltung usw.), Kostenminimierung durch bessere Strukturierung und Finanzierung der Gesundheitssysteme, Streichung unwirksamer Behandlungen sowie Bewertung von medizinischen Geräten und Arzneimitteln im Hinblick auf ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis.

7. Das Problem, bei schlechter Wirtschaftslage die richtigen Entscheidungen auf dem Gebiet Gesundheitsschutz zu treffen, veranlaßte den Rat u. a. zu der EntschlieÙung über richtungsweisende Entscheidungen in der Gesundheitspolitik vom 11. November 1991 (ABl. Nr. C 304 vom 23.11.1991). In dieser EntschlieÙung und auch im Vertrag über die Europäische Union wird deutlich hervorgehoben, daß die Mitgliedstaaten sich verpflichten, ein hohes Gesundheitsschutzniveau ihrer Bürger zu gewährleisten. Diese ethische und rechtliche Verpflichtung zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung wird verstärkt durch die volkswirtschaftlichen Vorteile von Gesundheitsförderungs- und -schutzprogrammen sowie Präventivmaßnahmen für bestimmte Altersgruppen und Wirtschaftszweige (z. B. perinatale Versorgung).

8. Durch wirksame Maßnahmen können frühzeitige Todesfälle, Invalidität und chronische Krankheiten, die zu Nichterscheinen am Arbeitsplatz oder Arbeitsunfähigkeit führen, unter der erwerbstätigen Bevölkerung verhindert werden; die Gesundheit kann gefördert werden, und die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung und Therapieeinrichtungen kann eingedämmt werden. Kurz gesagt, die Produktionskapazität der Gemeinschaft kann maximiert werden, während gleichzeitig die krankheitsbedingten Kosten gesenkt werden. Das wichtigste aber ist schließlich, daß der Schutz der Gesundheit nicht nur volkswirtschaftlich von Nutzen ist, sondern auch die Lebensqualität verbessern kann, was für den einzelnen sowie für die Gesellschaft insgesamt von unschätzbarem Wert ist.

b) Der Gegenstand der Politik im Bereich der öffentlichen Gesundheit

9. Vor diesem Hintergrund kann der Gegenstand der Tätigkeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit abgesteckt werden, indem man sich vor Augen hält, wodurch die Gesundheit der Mitglieder einer Gemeinschaft gefährdet wird und welche Schritte notwendig sind, um den einzelnen in dieser Gemeinschaft vor diesen Bedrohungen zu schützen und die Aussicht auf ein erfülltes und gesundes Leben zu vergrößern. Abgesehen von den Gesundheitsrisiken, die mit der individuellen genetischen, körperlichen und geistigen Veranlagung zusammenhängen, ergeben sich Gefahren für die Gesundheit auch aus der eigenen Verhaltensweise, der unmittelbaren Umgebung, insbesondere zu Hause und am Arbeitsplatz, sowie aus der Umgebung am Wohnort - also der Kombination sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Bedingungen, die den allgemeinen Kontext für das Leben der Menschen darstellen. Bei den Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit des einzelnen müssen daher diese beiden "Umgebungen" berücksichtigt werden.

10. Während bei der Erarbeitung von gesundheitspolitischen Strategien die Maßnahmen und Programme staatlicher Stellen im Vordergrund standen, war das Interesse der öffentlichen Gesundheit in den vergangenen drei Jahrzehnten zunehmend auf die Verantwortung des einzelnen für seine eigene Gesundheit sowie seine Möglichkeiten, Krankheiten durch Änderung von Verhalten und Gewohnheiten zu verhüten, gerichtet. Dies wurde konkretisiert durch Empfehlungen für die Ernährung, ausreichende körperliche Betätigung, das Vermeiden gefährlicher oder giftiger Stoffe, einschließlich des Drogenmißbrauchs, und für die Unfallverhütung.

11. Auf internationaler Ebene erfolgte die Bekämpfung von Krankheiten zunächst in Form von nationalen Quarantänesystemen in Europa und im Nahen Osten, mit denen die Ausbreitung von Epidemien auf andere Länder verhindert werden sollte. Diese Maßnahmen zeigten zum ersten Mal, daß beim Gesundheitsschutz internationale Zusammenarbeit erforderlich ist. Im Jahr 1907 wurde in Paris eine ständige internationale Gesundheitsorganisation gegründet. Sie sollte Meldungen über schwere übertragbare Krankheiten in den angeschlossenen Ländern entgegennehmen, diese Informationen an die Mitgliedsländer weiterleiten sowie Hygiene- und Quarantänebestimmungen für den Schiffs- und Eisenbahnverkehr untersuchen und erarbeiten. Diese Organisation ging 1948 schließlich in der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf.

12. Die WHO führt kurz- und langfristige Projekte zur weltweiten Bekämpfung bzw. Ausrottung von Krankheiten durch und unterhält enge Beziehungen zu anderen Organisationen der Vereinten Nationen, die sich mit Gesundheitsfragen befassen, insbesondere dem Kinderhilfswerk (UNICEF), der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation (FAO) und der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO).

13. Die Gemeinschaft hat Gesundheit und Wohlbefinden von Anfang an zu einem ihrer Hauptziele erklärt. So steht der Wunsch, die Gesundheit zu schützen, hinter den wirtschaftlichen Zielen des EWG-Vertrags, hinter den Sicherheitsvorschriften im EGKS-Vertrag und hinter den Schutzbestimmungen des Euratom-Vertrags. Aus diesen Gründen erklärt der Vertrag über die Europäische Union den Gesundheitsschutz zu einem der wesentlichen Schritte auf dem Weg zu einer immer engeren Union zwischen den Völkern der Gemeinschaft und fordert die Gemeinschaft und die Regierungen der Mitgliedstaaten auf, zur Verwirklichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus beizutragen.

II. Gesundheitszustand und Trends in den Mitgliedstaaten

a) Mortalität

14. Zwei wichtige Trends haben in den vergangenen Jahrzehnten den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Europäischen Gemeinschaft geprägt. Erstens deuten die Mortalitätsindikatoren auf eine wesentliche und anhaltende Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands hin. In allen Mitgliedstaaten leben die Menschen länger und die Säuglingssterblichkeit ist rückläufig. Zwischen 1960 und 1989 stieg die Lebenserwartung bei Männern in den zwölf Mitgliedstaaten von 67,3 auf 72,8 Jahre und bei Frauen von 72,7 auf 79,2 Jahre. Die Mitgliedstaaten mit den höchsten Werten haben sich sogar noch verbessert, während die mit den niedrigeren Werten aufgeholt haben. Die Divergenz zwischen den Mitgliedstaaten hat sich damit verringert, zwischen 1970 und 1988 sogar um die Hälfte. Besonders bemerkenswert ist, daß die niedrigste Lebenserwartung für die Gesamtbevölkerung eines Mitgliedstaates (74,3 Jahre) im

Jahr 1988 höher lag als der beste Wert im Jahr 1970 (73,8 Jahre).

15. Ein ähnliches, jedoch noch deutlicheres Bild ergibt sich aus den Angaben zur Säuglingssterblichkeit in der Gemeinschaft. Hier ist ein Rückgang von 34,8/1000 im Jahr 1960 auf 8,2 im Jahr 1989 zu verzeichnen, also auf weniger als ein Viertel. Ebenso wie bei der Lebenserwartung ist die Spanne zwischen dem besten und dem schlechtesten Wert erheblich kleiner geworden, und auch hier war der Wert der höchsten Säuglingssterblichkeit im Jahr 1989 (12,18/1000) besser als die niedrigste Ziffer im Jahr 1970 (12,75/1000).

16. Der zweite Trend ist eine deutliche Verschiebung der häufigsten Todesursachen. Übertragbare Krankheiten (Aids ausgenommen) sind dank besserer Hygiene und Lebensbedingungen, Vorsorgemaßnahmen (z. B. Impfprogrammen) sowie wirksamen Behandlungsmöglichkeiten stark rückläufig. Statt dessen sind andere Krankheiten in den Vordergrund getreten, insbesondere Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Jahr 1960 war nur gut die Hälfte der 2,9 Millionen Todesfälle in der Gemeinschaft auf diese beiden Krankheiten zurückzuführen, doch bis 1990 war ihr Anteil auf zwei Drittel gestiegen. Von den 3,3 Millionen Todesfällen waren 1,4 Millionen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 0,8 Millionen durch Krebs bedingt. Diese Krankheiten sind nicht nur bei den über 65jährigen die häufigste Todesursache, sondern auch in der Altersgruppe der 35- bis 65jährigen. Sie sind damit - wie Unfälle bei 5 bis 34jährigen - ein wesentlicher Faktor für frühzeitige Todesfälle. Doch die Mortalitätsmuster verändern sich weiter. So gibt es in jüngerer Zeit z. B. Hinweise auf einen Rückgang der Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und eine Zunahme der Todesfälle durch früher seltene Krankheiten wie die Alzheimer Krankheit. Diese Entwicklungen spiegeln demographische Veränderungen, therapeutische Fortschritte und die Durchführung breit angelegter Präventionsprogramme wider.

b) Morbidität

17. Die Mortalitätsziffern spiegeln den allgemeinen Gesundheitszustand einer Population nur unzureichend wider. Will man sich ein vollständiges Bild machen, sind auch Informationen über die Morbidität nötig, d. h. über die Zahl von Personen, die an einer bestimmten Krankheit oder sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigung leiden. Diese Informationen geben nicht nur darüber Aufschluß, welche Krankheiten in einer Population vorherrschen, sondern sie liefern auch Anhaltspunkte für die Anforderungen an das Gesundheitsversorgungssystem. Morbiditätsdaten gibt es zwar für einzelne Mitgliedstaaten, doch für die Gemeinschaft insgesamt liegen aufgrund erheblicher Unterschiede bei Erhebungsmethoden und Definitionen leider nur wenig vergleichbare Daten vor.

18. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellen die Angaben zu Verkehrsunfällen dar, bei denen Informationen sowohl über Todesfälle als auch über Verletzungen in der Gemeinschaft vorliegen. Diese Daten zeigen insgesamt einen Rückgang der Sterbeziffer aufgrund von Verkehrsunfällen in der Gemeinschaft im Zeitraum von 1970 - 1990 und einen geringeren und ungleichmäßigeren Rückgang der Verletzungsziffer. Jüngere Altersgruppen sind besonders stark betroffen. Angesichts der Diskussionen um das Weißbuch über die Entwicklung der Verkehrspolitik hat die Kommission eine Mitteilung über ein Aktionsprogramm zur Straßenverkehrssicherheit (KOM(93) 246 vom 9. Juni 1993) und einen Vorschlag für einen Beschluß des Rates zur Einrichtung einer Datenbank über Straßenverkehrsunfälle (KOM(93) 348 vom 23. Juli 1993) herausgegeben. Auch über Herz-Kreislauf-

Erkrankungen liegen einige Informationen vor, da sieben Mitgliedstaaten an der MONICA-Studie der WHO teilnehmen, in deren Rahmen einschlägige Mortalitäts- und Morbiditätsdaten gesammelt werden. Die Daten deuten darauf hin, daß Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht nur die meisten Todesfälle in der Gemeinschaft verursachen, sondern auch für die hohen Morbiditätsziffern in der Bevölkerung mittleren und hohen Alters mitverantwortlich sind.

19. Für andere Krankheiten liegen keine umfassenden vergleichbaren Daten vor. Die nationalen Statistiken geben jedoch Anhaltspunkte für den relativen Anteil einzelner Krankheiten an der Gesamtmorbidität. In Tabelle 1 sind die Prozentsätze der Krankenhausaufnahmen und Bettentage für die wichtigsten Krankheiten in Dänemark und Frankreich angegeben. Sie zeigen, daß trotz einiger Unterschiede doch weitgehend ähnliche Muster bestehen und in beiden Ländern die gleichen Krankheitskategorien von Bedeutung sind.

TABELLE 1				
Relative Bedeutung verschiedener Krankheiten gemessen an Krankenhausaufnahmen und Bettentagen				
	FRANKREICH 1985-1987		DÄNEMARK 1990	
	Aufnahmen	Bettentage	Aufnahmen	Bettentage
Verletzungen	13.2	11.7	7.7	13.9
Erkrankungen des Verdauungstrakts	12.7	12.0	7.1	6.7
Herz-Kreislauf	11.6	15.5	24.9	21.9
Krebs	10.2	12.5	11.7	8.9
Atemwegs-erkrankungen	6.9	5.8	10.4	8.8
Bewegungsapparat	6.3	7.0	14.8	15.5
Andere Krankheiten	39.1	35.5	23.4	24.3
+ Daten der Gesundheitsministerien, nur zur Orientierung, da Daten wegen unterschiedlicher Definitionen, Klassifikationen und Bezugszeiträume nicht direkt vergleichbar.				
* Die dänischen Krebsdaten beziehen sich nur auf Lungen- und Brustkrebs.				

20. Die vorliegenden Daten bestätigen, daß auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen der höchste Anteil nicht nur an der Mortalität, sondern auch an der Morbidität in der Gemeinschaft entfällt, doch sie deuten auch darauf hin, daß Krebs für die Morbidität von geringerer Bedeutung ist als für die Mortalität. Außerdem scheinen einige nicht tödliche Krankheiten, insbesondere Erkrankungen der Atemwege und des Bewegungsapparates, große Bedeutung für die Morbidität zu haben. Kombiniert man die Daten über Mortalität und Morbidität, kann man eine Liste der Krankheiten erstellen, die zu hoher Mortalität und/oder hoher Morbidität führen. Diese Krankheiten, die besonders schwerwiegende Gesundheitsprobleme für die Gemeinschaft insgesamt aufwerfen, sind in Tabelle 2 aufgeführt:

Tabelle 2

Krankheiten mit hoher Mortalität und/oder Morbidität

Unfälle
Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Krebs
psychiatrische Erkrankungen einschließlich Selbstmord
Erkrankungen des Bewegungsapparates
Atemwegserkrankungen einschließlich Asthma

21. Außerdem ist bei einigen übertragbaren Krankheiten, die in der Vergangenheit eine wichtige Todesursache waren, wieder eine Zunahme zu beobachten. Dies ist insbesondere auf Aids und das Wiederauftreten bestimmter übertragbarer Krankheiten wie Tuberkulose zurückzuführen, die man nicht mehr als ein schwerwiegendes Problem angesehen hatte. Sie alle können potentiell ernste Probleme darstellen, wenn keine Gegenmaßnahmen getroffen werden. In die Liste muß schließlich auch die Drogenabhängigkeit aufgenommen werden, da sie mit erheblichen sozialen und gesundheitlichen Problemen verbunden ist und die Zahl der Drogenabhängigen ständig zunimmt.

22. Auf diese Krankheiten entfällt also der größte Anteil der Mortalität, der Morbidität und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten in den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft. Es muß jedoch betont werden, daß diese Zahlen nur allgemeine Trends ausdrücken. Zwar nehmen die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten mit den besten und den schlechtesten Werten sicherlich ab, doch der Vergleich nationaler Daten kann ein recht verzerrtes Bild ergeben, schon wegen der unterschiedlichen Größe der Mitgliedstaaten. Außerdem verbergen sich hinter nationalen Daten oft erhebliche regionale Unterschiede innerhalb der Mitgliedstaaten.

23. Die Mortalitätsziffer für Lungen- und Bronchialkrebs beispielsweise betrug 1988 für die EG insgesamt 48,8/100.000. Dabei hatte das Vereinigte Königreich die höchste (70,5) und Portugal die niedrigste Ziffer (20,6). Doch innerhalb des Vereinigten Königreiches schwankte die Ziffer so stark, daß sie in Nordengland mit 92,4 fast doppelt so hoch war wie in Nordirland (49,2). Die landesweite Ziffer, die dem Gemeinschaftsdurchschnitt am nächsten lag, wurde in Italien verzeichnet (51,1), doch dahinter verbirgt sich die Tatsache, daß die Ziffer in Norditalien dreimal so hoch war wie im Süden des Landes. Ähnlich starke Schwankungen innerhalb einzelner Staaten können auch bei anderen schweren Krankheiten beobachtet werden. Diese Schwankungen spiegeln kulturelle, soziale und wirtschaftliche Unterschiede zwischen den Regionen wider sowie die bedeutenden Auswirkungen, die Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung auf die Gesundheit haben können.

24. Studien haben auch signifikante Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede zwischen verschiedenen sozio-ökonomischen Gruppen innerhalb der Mitgliedstaaten aufgezeigt. Im Jahr 1987 z. B. war die perinatale und Säuglingssterblichkeit in England bei Personen ohne Berufsausbildung mehr als 50 % höher als solchen mit Berufsausbildung. In Dänemark wurde bei arbeitslosen Männern ohne Ausbildung in schlechten Wohnverhältnissen eine "überhöhte Mortalitätsziffer" von 6,2 % gegenüber der Bevölkerungsgruppe mit dem besten Wert verzeichnet. Daher ist es wichtig, die Schwankungen nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Mitgliedstaaten sowie die allgemeinen Muster in der gesamten Gemeinschaft in vollem Umfang zu berücksichtigen, wenn man den allgemeinen Gesundheitszustand und die Trends in der Gemeinschaft betrachtet.

25. Wenn spezifische Krankheiten als mögliche Ziele für Gemeinschaftsmaßnahmen in Betracht gezogen werden, reichen Informationen über Mortalität und Morbidität allein nicht aus. Untersucht werden müssen auch die Hauptfaktoren für ihre Entstehung, der allgemeinere soziale und wirtschaftliche Kontext, der sich auf Gesundheitsschutz und gesundheitspolitische Entscheidungen auswirkt, sowie die Maßnahmen, die die Mitgliedstaaten als Reaktion auf diese Herausforderungen bereits eingeleitet haben. Anhang I enthält einen Überblick über die Politiken und Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Verhütung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung.

III Die Grundlage für das Tätigwerden der Gemeinschaft

a) Subsidiarität

26. Bei der Durchführung dieser Tätigkeiten haben die Gemeinschaft und die Mitgliedstaaten das Subsidiaritätsprinzip zu beachten. Subsidiarität, die in Artikel 3 b des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft festgeschrieben ist, bedeutet, daß die Gemeinschaft in den Bereichen, die nicht in ihre ausschließliche Zuständigkeit fallen, tätig wird, wenn Maßnahmen wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkungen besser auf Gemeinschaftsebene ausgeführt werden können. Außerdem müssen die Maßnahmen der Gemeinschaft, unabhängig davon, ob sie in ihre ausschließliche Zuständigkeit fallen oder nicht, in einem angemessenen Verhältnis zu den angestrebten Zielen stehen.

27. Folgende Erwägungen gelten insbesondere für das Gebiet der öffentlichen Gesundheit:

- a. Die Rolle der Gemeinschaft bei der Koordinierung der Politik besteht darin, konstruktive Beziehungen auf allen Ebene herzustellen, zur Schließung von Lücken in den Zielvorgaben beizutragen, Strategien für die wirksame Durchführung von Politiken und Maßnahmen zu formulieren und zu verbessern sowie sicherzustellen, daß Wissen, Know-how und Material zum allseitigen Vorteil weitergeleitet und ausgetauscht werden.
- b. In Übereinstimmung mit dem Proportionalitätsprinzip beabsichtigt die Gemeinschaft, sich auf die Durchführung größerer Projekte zu konzentrieren, an denen zumeist mehr als ein Mitgliedstaat beteiligt ist. Auf diese Weise wird die maximale Wirkung erzielt und die Verwicklung in Einzelfragen und punktuelle Probleme vermieden, was als Einmischung in Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten verstanden werden könnte oder als Schwerfälligkeit, da die eingesetzten Mittel

in keinem Verhältnis zum verfolgten Ziel stünden.

- c. Sowohl innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten als auch zwischen ihnen bestehen hinsichtlich Ernährung, Kultur, Klima, Bodennutzung sowie Art und Konzentration der wirtschaftlichen Tätigkeit so große Unterschiede, daß die Gemeinschaft im allgemeinen keine detaillierten Vorschriften erlassen wird, nicht einmal bei Problemen, die von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat, von Region zu Region oder von Ort zu Ort gleich oder ähnlich sind. In Gesundheitsfragen obliegt es dem einzelnen und der Familie, Alternativen zu erwägen und über sie direkt betreffende Angelegenheiten zu entscheiden. Der Gesellschaft obliegt es, im Rahmen des demokratischen Prozesses die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß der einzelne die jeweils beste Entscheidung treffen kann und daß in den Fällen, in denen der einzelne das gewünschte Ergebnis nicht allein erzielen oder herbeiführen kann, die richtigen kollektiven Entscheidungen getroffen werden können.
- d. Die Mitgliedstaaten sind in Zusammenarbeit mit ihren Fachkräften im Gesundheitswesen und den betroffenen Personen für die Finanzierung und Erbringung von Pflege- und Therapieleistungen zuständig. Die Kommission könnte den Mitgliedstaaten jedoch bei der Verbesserung der Zusammenarbeit in Fragen der Gesundheitsversorgung unterstützen, z. B. bei grundlegenden Gesundheitsentscheidungen¹, und sie könnte den Mitgliedstaaten bei Maßnahmen, die auf die Verbesserung der Gesundheitsfürsorge und Behandlung abzielen helfend beistehen.

b) Rechtsgrundlagen

28. Vor dem Vertrag über die Europäische Union besaß die Gemeinschaft keine spezifische Rechtsgrundlage oder Zuständigkeit für ein Tätigwerden auf dem Gebiet Gesundheitswesen. Das heißt nicht, daß die Verträge keine Bestimmungen mit unmittelbarer Bedeutung für Gesundheit und Wohlergehen enthalten hätten. Im EWG-Vertrag (Artikel 117, 118 und 118 a der Einheitlichen Europäischen Akte) und im EGKS-Vertrag wurden Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz von Anfang an besonders hervorgehoben; die Gesundheitsschutzbestimmungen für Arbeitnehmer und für die Allgemeinbevölkerung im Euratom-Vertrag (Artikel 30 - 39) wurden bald zum Ausgangspunkt für einschlägige Regelungen in allen Mitgliedstaaten.

29. Doch es gibt im EWG-Vertrag noch weitere Bestimmungen, die direkt oder indirekt die Gesundheit betreffen: Laut Artikel 2 ist es Aufgabe der Gemeinschaft, den Lebensstandard anzuheben, Artikel 36 erlaubt Einfuhr- und Durchfuhrbeschränkungen zum Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen, Artikel 43 betrifft die Agrarpolitik, die sich auf die menschliche Gesundheit auswirken kann, Artikel 48 sieht die Freizügigkeit von Personen vor, somit auch von Patienten und Angehörigen von Gesundheitsberufen. Die Artikel 52 bis 58 betreffen das Niederlassungsrecht, und in Artikel 59 wird der freie Verkehr von Dienstleistungen, also auch von Gesundheitsdienstleistungen garantiert. Artikel 100 a wirkt sich sehr stark auf das Gebiet Gesundheit aus, da diesem Artikel zufolge bei allen Vorschlägen für Richtlinien zur Errichtung des Binnenmarktes für den freien Verkehr von Waren (z. B. Blutprodukte), Dienstleistungen, Kapital und Personen von einem hohen Gesundheitsschutzniveau ausgegangen werden muß. Die Artikel 130 f bis

¹ s. Absatz 7 auf Seite 5

130 q betreffen die Forschung, also auch medizinische Forschung. Der Schutz der menschlichen Gesundheit als höchstes Ziel von Umweltschutzmaßnahmen ist außerdem in den Artikeln 130 r und 130 s des EWG-Vertrages in der Fassung der Einheitlichen Europäischen Akte festgeschrieben. Artikel 155 schließlich sieht u. a. vor, daß auch in Fragen des Gesundheitsschutzes Empfehlungen abgegeben werden können, und dieser Artikel diene als Grundlage für die Abgabe von Empfehlungen zu einer europäischen Liste der Berufskrankheiten. Nach Artikel 235 können Vorschläge für Beschlüsse, Entscheidungen und Verordnungen zu verschiedenen gesundheitspolitischen Fragen vorgelegt werden, z. B. über die Information der breiten Öffentlichkeit und die Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs", die Einrichtung einer Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und die Schaffung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

30. Die Politiken, Programme und Instrumente (s. Anhänge II und III) zur Umsetzung dieser Artikel haben eine entscheidende Rolle gespielt bei der Umgestaltung der gesundheitlichen Belange in der Gemeinschaft und bei der Anhebung der Lebensqualität ihrer Bürger. Der Vertrag über die Europäische Union hat diese Bestimmungen nicht nur beibehalten, sondern noch verstärkt. In Artikel 129 a wird dem Verbraucherschutz ein eindeutiges Mandat für den Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Verbraucher verliehen. Nach Artikel 130 r ist es Aufgabe der Gemeinschaft, zum Schutz der menschlichen Gesundheit beizutragen. Außerdem ist die Gemeinschaft laut Artikel 126 dazu verpflichtet, zur Entwicklung einer qualitativ hochstehenden Bildung beizutragen, die für den Schutz und die Förderung der Gesundheit eine wichtige Rolle spielt. Gemäß Artikel K.9 des Vertrags über die Europäische Union kann der Rat auf Initiative der Kommission oder eines Mitgliedstaats einstimmig beschließen, Maßnahmen zur Bekämpfung der Drogensucht zu treffen.

31. Vor allem werden mit Artikel 3 Buchstabe o und Artikel 129 des Vertrags über die Europäische Union ausdrückliche Bestimmungen zum Gesundheitsschutz und zum Gesundheitswesen eingeführt. Der Gemeinschaft wurde die Verantwortung übertragen, zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus beizutragen, und zwar unter Berücksichtigung der vom Europäischen Rat in Edinburgh aufgestellten Grundsätze (Subsidiarität, Offenheit, Transparenz und Proportionalität), und sie erhielt die Befugnisse zur Wahrnehmung dieser Verantwortung. Dabei respektiert und unterstützt sie die Politiken und Aktivitäten der Mitgliedstaaten, vermeidet ungerechtfertigte Einmischungen und läßt bei der Durchführung von Politiken und Maßnahmen zur Anwendung der genannten Artikel auf der entsprechenden Ebene einen Spielraum für Anpassungen und Wahl der Mittel. Die aus gesundheitspolitischen Maßnahmen der Gemeinschaft gewonnenen Erfahrungen dienen sowohl als Orientierungshilfe wie auch als Grundlage, auf der aufgebaut werden kann. Insbesondere das 1986 vom Europäischen Rat aufgelegte Programm "Europa gegen den Krebs" hat gezeigt, wie wichtig es ist, gemeinsame Ziele zu identifizieren. Es hat den Weg bereitet für die Annahme anderer Programme und Initiativen durch den Rat, z. B. auf den Gebieten Aids, Drogennachfrage, Alkoholmißbrauch sowie Gesundheitserziehung in Schulen. Es hat außerdem gezeigt, was durch Partnerschaften, Zusammenarbeit und Anwendung von Instrumenten in anderen Gemeinschaftspolitiken erreicht werden kann. Bei der Durchführung der Programme "Europa gegen den Krebs" und "Europa gegen Aids" wandte die Kommission eine Methode an, die dem Subsidiaritätsprinzip vorausging. Dabei handelte es sich um einen systematischen Versuch zur Erzeugung eines gemeinschaftlichen Mehrwerts durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei Studien und Forschungsarbeiten, und um die

Verbreitung der erfolgreichsten nationalen Verfahren in der gesamten Gemeinschaft, insbesondere durch das Zusammenbringen der zuständigen Partner in den Mitgliedstaaten. Der Rat hat den Erfolg dieser Programme und die Notwendigkeit ihrer Fortsetzung vor kurzem im Rahmen der Bewertung ihrer Wirksamkeit bekräftigt.

32. Will die Gemeinschaft Maßnahmen ergreifen, so hat dies nach Artikel 129 auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung zu erfolgen. Die Prävention mit allen ihren Facetten wird somit zum Mittelpunkt der gemeinschaftlichen Tätigkeit: als primäre Prävention zur Erhaltung der Gesundheit und zur Minimierung der Exposition gegenüber Risikofaktoren, die Krankheiten verursachen können, als sekundäre Prävention zur Vermeidung des Ausbruchs von Krankheiten bei Exponierten durch Reihenuntersuchungen, Impfungen, Präventivmedikation/Prophylaxe, oder als tertiäre Prävention, mit der das Fortschreiten oder Wiederauftreten einer Erkrankung verhindert werden soll. Die Prävention unterscheidet sich von der Behandlung insofern, als letztere als Eingriff zur Korrektur angeborener Fehler oder zur Wiederherstellung eines vorherigen (besseren) Gesundheitszustands beschrieben werden kann. Die Behandlung ist daher, im Gegensatz zur Prävention, Gegenstand kooperativer Maßnahmen der Mitgliedstaaten; sie ist kein Gebiet, auf dem die Kommission Initiativen im Namen der Gemeinschaft einleiten kann oder sollte.

33. Die präventive Tätigkeit der Gemeinschaft muß sich natürlich den weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten widmen. Sie können mit Hilfe einer Reihe objektiver (Gesundheitsdaten und Indikatoren) und subjektiver Faktoren (Wahrnehmung, ethische, kulturelle und politische Fragen) bestimmt werden. Diese Aspekte werden in Kapitel IV behandelt. Ein Punkt muß an dieser Stelle jedoch betont werden: Artikel 129 verlangt ausdrücklich Maßnahmen gegen Drogenabhängigkeit.

34. In Artikel 129 wird implizit anerkannt, daß es zweierlei Arten von Maßnahmen gibt: solche, die an den einzelnen gerichtet sind und seine Möglichkeiten zur Verbesserung seiner Gesundheit, für eine gesündere Lebensweise und risikofreies oder risikoarmes Verhalten fördern sollen, also z. B. Gesundheitsinformation und -erziehung, und andererseits gesellschaftlich ausgerichtete Aktionen zur Erforschung der Ursachen und Übertragungswege von Krankheiten. Dabei kann es sich um Grundlagenforschung handeln, aber auch um Verhaltens-, Sozial- und Umweltforschung, und sie könnte sich mit der unmittelbaren Umgebung, der Umgebung am Wohnort und sogar der weiter entfernten Umgebung befassen, auf die der einzelne nur wenig oder überhaupt keinen Einfluß hat.

35. Von herausragender Bedeutung ist in Artikel 129 die Bestimmung, mit der Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes zu einem wesentlichen Bestandteil der anderen Gemeinschaftspolitiken gemacht werden. Bei der künftigen Erarbeitung von Politiken und Maßnahmen, die sich auf die Gesundheit auswirken, muß die Gesundheitspolitik von Anfang an eingehend berücksichtigt und angemessen einbezogen werden. Auf diese Weise können andere Politiken trotz unterschiedlicher Rechtsgrundlagen in den Dienst des Gesundheitsschutzes gestellt werden.

36. Ein zentraler Aspekt der Rolle der Kommission bei der Umsetzung von Artikel 129 ist die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten bei der Koordinierung ihrer Präventionspolitiken und -programme, einschließlich der Drogenbekämpfung, der Untersuchung und Analyse von Ursachen und Übertragungswegen schwerwiegender Krankheiten, Gesundheitsinformation und -erziehung. Die Kommission wird in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten geeignete Maßnahmen ergreifen zur Förderung dieser Koordinierung, insbesondere auf den Gebieten, auf denen die Mitgliedstaaten bereits den Bedarf an Kooperation aufgezeigt haben, nämlich Überwachung von Krankheiten, Gesundheitsdaten und -indikatoren, Gesundheitsinformation und -erziehung, bei der Bekämpfung der Drogenabhängigkeit sowie von Krebs und Aids.

c) Bisherige Tätigkeit der Gemeinschaftsinstitutionen im Bereich der Gesundheit

i) Europäischer Rat

37. 1986 nahmen die im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten eine Entschließung über ein Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaften gegen den Krebs (86/C184/05)² an, in dem die Ziele des Programms und die prioritären Maßnahmen aufgeführt waren. Außerdem wurde vereinbart, 1989 zum Jahr der Aufklärung über Krebs zu erklären. Die Mitgliedstaaten wurden aufgefordert, ihre Erfahrungen bei der Behandlung und Rehabilitierung von Drogenabhängigen zu nutzen, um bei der Aufklärung von Lehrern, Eltern und Jugendlichen über die Gefahren der Drogensucht sowie bei der Erstellung eines Berichts und von Empfehlungen zu Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene zusammenzuarbeiten. Dieses Engagement auf dem Gebiet der Drogenabhängigkeit spiegelte sich auch in den Erklärungen späterer Tagungen des Europäischen Rates wider, und zwar 1986 in London, 1990 in Dublin und Rom, 1991 in Maastricht und Luxemburg sowie 1992 in Lissabon. Auf der Tagung in London im Jahr 1986 wurde auch die Bedeutung der Koordinierung nationaler Kampagnen gegen Aids hervorgehoben, mit denen die Öffentlichkeit sensibilisiert und besser über diese Krankheit informiert werden soll. Diese Entschließungen und Erklärungen des Europäischen Rates ebneten den Weg für Gemeinschaftsmaßnahmen gegen die weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten Krebs, Drogenabhängigkeit und Aids.

ii) Rat

38. Das Engagement und die Tätigkeit des Rates und der Gesundheitsminister in Fragen der öffentlichen Gesundheit begann 1977 und nahm zu Beginn der 80er Jahre zu. Arbeiten zur Erstellung eines Arbeitsplans für dieses Gebiet auf Gemeinschaftsebene wurden erneut aufgenommen, als das Europäische Parlament 1982 um eine genaue Darstellung der Tätigkeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens seit 1978 bat - dem Jahr, in dem der Rat ein zweites Forschungs- und Entwicklungsprogramm für Forschung auf dem Gebiet der Medizin und der öffentlichen Gesundheit angenommen hatte. Die Mitteilung der Kommission über Zusammenarbeit auf Gemeinschaftsebene bei gesundheitspolitischen Fragen leitete die Aktivitäten 1984 schließlich ein.

²

ABl. Nr. C 184 vom 23.7.1986

39. Themen der ersten informellen Sitzung der Gesundheitsminister im November 1984 waren die steigenden Gesundheitsausgaben, die Bekämpfung von Drogen- und Tabakabhängigkeit sowie die Gesundheitserziehung der Jugend. Die nächste (formelle) Sitzung des Rates "Gesundheit" fand im Mai 1986 statt. Dabei wurden Entschlüsse, Entscheidungen und Beschlüsse über ein Aktionsprogramm zur Bekämpfung von Krebs, über die Einführung eines Europäischen Notfallausweises, über Maßnahmen gegen Aids und Möglichkeiten zur Senkung des Tabak- und Alkoholkonsums angenommen. Diese und spätere Sitzungen der Gesundheitsminister, auf denen verschiedene gesundheitspolitische Fragen erörtert und wichtige Initiativen eingeleitet wurden, weckten Hoffungen für eine gemeinschaftsweite Gesundheitspolitik.

40. Mit der Unterzeichnung des Vertrages über die Europäische Union am 7. Februar 1992 stiegen die Erwartungen an die Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes in einer Gemeinschaft, in der die Zusammenarbeit und Koordination von Politiken und Programmen - bisher nur der Traum einiger weniger - Wirklichkeit werden könnte. Der Höhepunkt schließlich wurde im zweiten Halbjahr 1992 erreicht, als die Gesundheitsminister grundlegende Fragen der künftigen Entwicklung gemeinschaftlicher gesundheitspolitischer Maßnahmen erörterten. Es gab Gespräche über die Notwendigkeit, mit der Vergangenheit zu brechen und im Bereich der öffentlichen Gesundheit mehr Kontinuität, Kohärenz sowie eine deutlichere Rangfolge der Maßnahmen anzustreben und einen geeigneten Rahmen aufzubauen, der die erfolgreichen Gemeinschaftsprogramme gegen den Krebs und gegen Aids sowie Maßnahmen in speziellen Bereichen wie Drogen und Gesundheitserziehung in Schulen umfassen soll. Dabei stützte sich der Rat auf ein Arbeitsdokument der Kommission mit dem Titel "Öffentliche Gesundheit", in dem die bereits erzielten Erfolge der Gemeinschaft erläutert wurden. Außerdem wurde darin die Notwendigkeit eines kohärenten Ansatzes auf der Grundlage von Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz als Bestandteil anderer Gemeinschaftspolitiken, Koordinierung zwischen Mitgliedstaaten sowie Zusammenarbeit mit Drittländern und internationalen Organisationen anerkannt.

41. Am 27. Mai 1993 faßten der Rat und die im Rat vereinigten Minister für das Gesundheitswesen eine wichtige Entschlüsse über künftige Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, in der alle Hauptaspekte des gesundheitspolitischen Rahmens behandelt werden, innerhalb dessen die Gemeinschaft in Zukunft tätig sein wird. In der Entschlüsse wurde erneut die Notwendigkeit bekräftigt, eng zusammenzuarbeiten und zu prüfen, welchen Stellenwert die gesundheitspolitischen Erfordernisse im Rahmen anderer Gemeinschaftspolitiken erhalten sollen. Darüber hinaus wird eine Reihe von Leitlinien für grundlegende Ziele festgelegt, nämlich die Erhöhung der Zahl der Lebensjahre und die lebenswerte Gestaltung dieser zusätzlichen Jahre, die Notwendigkeit mehrjähriger Planung zur Sicherstellung von Kohärenz und Kontinuität, die Kriterien zur Auswahl von Aktionsbereichen, in denen präventive Maßnahmen möglich sind, die Komplementarität mit anderen gesundheitsbezogenen Politiken, Formen der Zusammenarbeit und Konsultation sowie schließlich die Beziehungen zu Drittländern und internationalen Organisationen. Die Kommission hat diese Leitlinien sorgfältig erwogen und in der vorliegenden Mitteilung berücksichtigt.

iii) Europäisches Parlament

42. Das Europäische Parlament hat eine gemeinschaftliche Gesundheitspolitik seit Beginn der 80er Jahre befürwortet und mehrere Entschlüsse zum Thema Gesundheit angenommen, und zwar:

- Gesundheitspolitik in der Europäischen Gemeinschaft (ABl. Nr. C 128 vom 16.5.1983, S. 86)
- Europäische Charta für die Rechte des Kranken (ABl. Nr. C 46 vom 20.2.1984)
- Gemeinschaftsprogramm zur Erforschung von Aids (ABl. Nr. C 46 vom 20.2.1984)
- Kinder in Krankenhäusern (ABl. Nr. C 148 vom 16.6.1986, S. 37)
- Rechte der Wöchnerin (ABl. Nr. C 235 vom 12.9.1988, S. 183)

43. Abgeordnete des Europäischen Parlaments haben immer ein reges Interesse an Gesundheitsfragen gezeigt; das geht schon aus der außerordentlich großen Zahl von parlamentarischen Anfragen zu diesem Thema hervor. Verschiedene Ausschüsse, insbesondere der Ausschuß für Umwelt, Volksgesundheit und Verbraucherschutz, der Sonderausschuß Drogen und der Ausschuß für Jugend, Kultur, Bildung, Information und Sport haben mehrere Berichte über gesundheitspolitische Fragen erstellt, darunter Berichte über Aids, Gesundheitserziehung und Drogenmißbrauch, Bioethik, Organtransplantation und Selbstversorgung mit Blut.

44. Ein vor kurzem vom Ausschuß für Umwelt, Volksgesundheit und Verbraucherschutz vorgelegter Bericht, der nach der öffentlichen Anhörung am 3. Juni 1993 erstellt wurde, befaßt sich mit der Gesundheitspolitik nach Maastricht (1993 - PE205.804). Der Bericht betont besonders die in Artikel 129 geforderte Koordinierung der Politiken und Programme der Mitgliedstaaten sowie die Integration von Gesundheitsbestimmungen in andere Politikbereiche. Außerdem gibt er einen umfassenden Überblick über aktuelle gesundheitspolitische Fragen, einschließlich demographischer Aspekte und gesundheitspolitischer Erfordernisse, vergleichbarer/kompatibler Gesundheitsdaten und -indikatoren, Kosten der Gesundheitsfürsorge sowie Forschung und Gesundheitspolitik. Der Ausschuß legte mehrere Vorschläge für Gemeinschaftsmaßnahmen vor, darunter Aufforderungen an die Kommission, breit angelegte Konsultationsverfahren vorzusehen, einen epidemiologischen Untersuchungsdienst einzurichten, Daten über meldepflichtige Krankheiten zu sammeln, zu analysieren und zu verbreiten, Austauschprogramme für Angehörige von Gesundheitsberufen zu fördern, den Informationsaustausch zwischen nationalen Gesundheitssystemen auszubauen, über den Gesundheitszustand in der Gemeinschaft zu berichten, die Möglichkeit einer verstärkten Anwendung von generischen Arzneimitteln zu prüfen und die Anwendung aller Arzneimittel zu koordinieren, Mindeststandards für die Gesundheitsfürsorge anzugeben, Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und -erziehung, einschließlich Impfungen und Screening, zu erarbeiten und durchzuführen, ihre Maßnahmen gegen Krebs und Aids sowie ihre Tätigkeit im Hinblick auf die Probleme älterer Menschen zu intensivieren. Der Bericht und die einschlägige Entschlüsse werden den laufenden Bemühungen, der Gemeinschaft die so dringend benötigte gesundheitspolitische Dimension zu verleihen, zusätzliche Impulse geben.

45. Außerdem sollte auf die wichtige Arbeit der "Interfraktionellen Arbeitsgruppe Gesundheit" des Europäischen Parlaments und der STOA-Gruppe (Scientific and Technological Options Assessment - Bewertung der wissenschaftlichen und technischen Entscheidungen) hingewiesen werden.

iv) Wirtschafts- und Sozialausschuß

46. Der Wirtschafts- und Sozialausschuß hat in den vergangenen zehn Jahren regelmäßig seine Stellungnahmen zu Fragen des Gesundheitsschutzes abgegeben, darunter zu Themen wie Arbeitsmedizin, gefährliche Stoffe und Zubereitungen, das gemeinschaftliche Informationssystem über Unfälle mit Verbraucherprodukten, berufsbedingte Krebserkrankungen, ein Aktionsprogramm über Toxikologie zum Zweck des Gesundheitsschutzes, die Vermeidung der Asbestbelastung, das Aktionsprogramm zur Krebsprävention sowie die Transparenz von Arzneimittelpreisen. In jüngerer Zeit hat der Ausschuß seine Zustimmung zu Initiativen der Gemeinschaft im sozialen Bereich gegeben: das Europäische Jahr der älteren Menschen, das Programm "Europa gegen den Krebs", das Programm "Europa gegen Aids" und die Einrichtung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

47. Vor dem Hintergrund der Willensbekundung der Gemeinschaftsorgane und in Anbetracht der Wünsche medizinischer Fachkreise, von Ärzte- und Patientenverbänden, Interessengruppen und der einfachen Bürger in der Gemeinschaft versucht die Kommission nach sorgfältiger Erwägung des richtigen Zeitpunkts und der Durchführbarkeit einer Aktion einerseits sowie der verfügbaren Mittel andererseits mit dieser Mitteilung einen kohärenten und umfassenden Rahmen für gemeinschaftliche Aktionen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit zu schaffen, die den neuen Bestimmungen in den Verträgen Ausdruck verleihen.

Teil B

Die Strategie der Europäischen Gemeinschaft

IV. Auswahl der Maßnahmen

a) Gegenstand möglicher Maßnahmen

48. Der Rat und die Mitgliedstaaten haben eine Vielzahl von Bereichen für mögliche Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene benannt. Dies zeigt den Umfang und die Vielfalt der Erwartungen und unterstreicht die Notwendigkeit, Prioritäten zu setzen, damit die verfügbaren Mittel mit dem Bedarf abgestimmt werden können:

- die Fortsetzung der bestehenden Gemeinschaftsprogramme auf den Gebieten Krebs und Aids
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Übertragbare Krankheiten
- psychiatrische Erkrankungen
- Erbkrankheiten
- Asthma und Allergien
- Migration und Gesundheit
- Gesundheit und Umwelt
- Prävention von Unfällen und Gewalt
- Prävention des Drogenmißbrauchs
- bessere und vergleichbare Daten
- Ernährung
- Tabak
- Alkohol
- Informationsaustausch über Politiken der Mitgliedstaaten
- Pilotprojekte auf den Gebieten Prävention und Früherkennung
- Einrichtung von Elitestätten
- gegenseitige Besuche von Angehörigen des Gesundheitspersonals
- Forschung auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit
- Kostendämpfung
- richtungsweisende Entscheidungen in der Gesundheitspolitik
- Selbstversorgung mit Blut
- Toxikologie
- Gesundheit und Jugendliche
- Verwendung von Pharmazeutika
- Nierendialyse
- Notfallausweis

49. In Kapitel II wurden ausgehend von Mortalitäts- und Morbiditätsdaten jene Gruppen von Krankheiten identifiziert, die zur Zeit oder potentiell die größten Gesundheitsbedrohungen in der Gemeinschaft darstellen. In diesem Kapitel werden die Krankheiten nun separat betrachtet, um ihre Eignung für Gemeinschaftsmaßnahmen zu bestimmen. Dazu müssen weitreichende Ziele für die gemeinschaftliche Tätigkeit sowie auf diesen Zielen basierende Kriterien für die Auswahl der Krankheiten festgelegt werden.

50. Gemeinschaftsmaßnahmen verfolgen im wesentlichen vier miteinander verbundene Ziele:

- 1) die Verhütung vorzeitiger Todesfälle, von denen insbesondere die junge und berufstätige Bevölkerung betroffen ist;

- 2) die Verlängerung der Lebenserwartung ohne gesundheitliche Beeinträchtigung;
- 3) die Förderung der Lebensqualität durch Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und die Verhütung chronischer Krankheiten und Behinderungen;
- 4) die Förderung des allgemeinen Wohlergehens der Bevölkerung insbesondere durch Minimierung der wirtschaftlichen und sozialen Krankheitsfolgen.

51. Um diese Ziele zu verwirklichen und ihrer Tätigkeit den größtmöglichen Erfolg zu sichern, muß die Gemeinschaft zunächst entscheiden, welche Krankheiten vorrangig in Angriff genommen werden sollen. Dazu werden Daten herangezogen, anhand deren bestimmt werden kann, welche Krankheiten besonders schwerwiegend und weitverbreitet sind, also Daten über Mortalität und Morbidität, über das mögliche Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung ohne Behandlung, über die Möglichkeit von Präventivmaßnahmen, die Einstellung der Öffentlichkeit sowie die sozialen und volkswirtschaftlichen Kosten. Von den weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten können dann diejenigen nach den gemeinschaftlichen Subsidiaritäts- und Mehrwertkriterien für eine Gemeinschaftsaktion ausgewählt werden, bei denen eine Aktion der Gemeinschaft nachgewiesenermaßen kostengünstig, leicht verfügbar und angemessen ist. Auch andere Krankheiten, die nicht als so schwerwiegend angesehen werden, können für Gemeinschaftsmaßnahmen ausgewählt werden, wenn nachgewiesen wird, daß die Beteiligung der Gemeinschaft ihrer Bekämpfung nutzen würde.

52. Aktionen und Maßnahmen der Gemeinschaft müssen zwar relevant und transparent sein und so erklärt werden, daß sie für die Bürger der Gemeinschaft verständlich sind, doch sie sollten sich nur an Entscheidungsträger und Akteure in mehreren Mitgliedstaaten richten. Sonst bestünde die Gefahr einer Aufsplitterung der Bemühungen und Ressourcen, wodurch die Auswirkungen und der Erfolg der Maßnahmen eingeschränkt würden.

b) Möglichkeiten für ein Tätigwerden der Gemeinschaft

53. Die Tätigkeit der Gemeinschaft bei der Bekämpfung von Krankheiten wird insbesondere auf die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, die Unterstützung ihrer Maßnahmen, die verbesserte Koordinierung von Politiken und Programmen der Mitgliedstaaten in enger Zusammenarbeit mit ihnen sowie auf eine verstärkte Effizienz der gemeinschaftlichen Politiken abzielen, soweit sie sich auf die öffentliche Gesundheit auswirken. Besonderes Augenmerk ist dabei auf folgende Bereiche zu richten: Gesundheitsinformation, Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung, Ausbildung, Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und Drittländern sowie Forschung. Maßnahmen der Gemeinschaft können insbesondere folgende Formen annehmen:

- 1) Errichtung eines allgemeinen Rahmens für die Unterstützung der Politiken und Programme der Mitgliedstaaten (Netze, konzertierte Aktionen, Informationsaustauschsysteme). Die Mitgliedstaaten arbeiten zwar in bestimmten Bereichen bereits zusammen, die Kooperation kann nun jedoch noch ausgeweitet werden. Eine verstärkte Zusammenarbeit könnte sich auf folgende Bereiche erstrecken:

* Aufstellung gemeinsamer Ziele in bestimmten Bereichen oder bei neuen Gesundheitsgefahren und Problemen;

* Programme zum Austausch von Erfahrungen und von Gesundheitspersonal und Verbreitung der wirksamsten Vorgehensweisen;

* Standardisierung und Erhebung von vergleichbaren/kompatiblen Gesundheitsdaten und Förderung eines Systems zur Gesundheitsberichterstattung;

* Einrichtung von Informationsnetzen zur Bewertung verschiedener Behandlungsverfahren und neuer Medizingeräte;

* Erstellung eines Jahresberichts über die gesundheitliche Lage in der Gemeinschaft, in erster Linie auf der Grundlage von Berichten aus den einzelnen Mitgliedstaaten; Ziel ist die Bewertung der durchgeführten Maßnahmen und Hilfe bei der Entscheidungsfindung für künftige Maßnahmen;

* finanzielle Unterstützung für Programme und Pilotprojekte.

* Unterstützung der Bemühungen der Mitgliedstaaten zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Beseitigung von Hindernissen für die Freizügigkeit von Patienten zwischen Mitgliedstaaten und durch stärkere Berücksichtigung der gesundheitlichen Auswirkungen von Arzneimitteln, wobei die Kompetenzen der Mitgliedstaaten in diesen Bereichen respektiert werden.

2) Verstärkte Effizienz der gesundheitsbezogenen Gemeinschaftspolitiken und -instrumente. Den Aspekten Gesundheitsschutz und Prävention wird bei der Einleitung neuer Gemeinschaftsinitiativen in Bereichen, die nicht die Gesundheit betreffen, mehr Aufmerksamkeit gewidmet.

c) Auswahl von Tätigkeitsbereichen

i) Auswahlkriterien

54. Auf der Grundlage dieser Erwägungen können folgende Kriterien zur Bestimmung von Krankheiten (oder Gesundheitsbedrohungen), die für Gemeinschaftsmaßnahmen in Frage kommen, aufgestellt werden:

- 1) Krankheiten, die unbehandelt zum frühzeitigen Tod führen oder führen können (verlorene Lebensjahre) und/oder insgesamt hohe Sterblichkeitsziffern aufweisen;
- 2) Krankheiten, die bei einer (potentiell) hohen Morbiditätsziffer unbehandelt zu schweren Leiden und/oder zu schwerer Behinderung führen oder führen können (verlorene gesunde Lebensjahre);
- 3) Krankheiten mit wesentlichen Auswirkungen auf die Lebensqualität sowie mit erheblichen sozio-ökonomischen Effekten, wie hohe Pflege- und Behandlungskosten oder häufigem Nichterscheinen am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeit;
- 4) Krankheiten, für die es praktikable Präventivmaßnahmen gibt;
- 5) Krankheiten, bei denen Gemeinschaftsmaßnahmen, insbesondere durch größenbedingte Einsparungen, einen Mehrwert ergeben würden.

55. Während die Anwendung der Kriterien 1 und 2 recht unproblematisch sein mag, kann das dritte Kriterium erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Die "Lebensqualität" ist ein sehr subjektiver Begriff, mit dem verschiedene Grade von Behinderung, Leiden oder Schmerz oder die Fähigkeit zur Ausübung normaler Tätigkeiten beschrieben werden sollen. Einige Studien haben ergeben, daß bestimmte Gesundheitszustände von Menschen als "schlimmer als der Tod" empfunden werden; diese Erwägungen hat man bei Bewertungen der Gesamtbelastung durch Krankheiten in Betracht gezogen, indem Begriffe wie das qualitativ gewichtete Lebensjahr verwendet wurden.

56. Das Auswahlverfahren umfaßt zwei Schritte. Zunächst werden anhand der ersten vier Kriterien die für die Gemeinschaft besonders wichtigen Krankheiten identifiziert; das müssen nicht unbedingt diejenigen sein, mit denen die Gemeinschaft sich befassen sollte. Letztere können erst nach einer zweiten Bewertung bestimmt werden, bei der der gemeinschaftliche Mehrwert berücksichtigt wird. Welche dieser Krankheiten, die in dem zweistufigen Verfahren identifiziert wurden, nun prioritär in Angriff genommen werden sollten, kann bestimmt werden, indem man sich bemüht, den größtmöglichen gemeinschaftlichen Mehrwert in Form einer Verbesserung der Gesundheit durch die notwendige Kohärenz und Kontinuität mit Gemeinschaftsmaßnahmen, die bereits gegen gewisse Krankheiten unternommen wurden, zu erreichen, und indem man versucht, mit einer Aktion möglichst viele Krankheiten abzudecken.

57. Die Auswahl beginnt mit der Untersuchung und Analyse der vorliegenden Daten über eine Reihe besonders wichtiger Krankheiten, die in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten aufgeführt sind. Die Tabelle in Anhang IV enthält eine Liste von Krankheiten, die nach den genannten Kriterien bewertet wurden. Anhang V enthält statistische Daten, die bei der folgenden Analyse und Diskussion von Trends zugrundegelegt wurden. In den folgenden Absätzen werden die Krankheiten, die auf der Grundlage der Kriterien im Mittelpunkt von Gemeinschaftsmaßnahmen stehen sollten, genannt und Trends diskutiert. Außerdem werden Gemeinschaftsmaßnahmen auf dem Gebiet der Drogenbekämpfung beschrieben, die durch Artikel 129 bereits als Priorität bestimmt wurde.

ii) Weitverbreitete schwerwiegende Krankheiten, ausgenommen Drogenabhängigkeit

Krebs

58. Die wichtigste verhaltensbedingte Krebsart ist der Atemwegs- und Lungenkrebs. Epidemiologische Daten belegen, daß er hauptsächlich auf das Rauchen zurückzuführen ist. In den vergangenen Jahrzehnten haben Krebserkrankungen, die mit Tabak und Alkohol zusammenhängen (insbesondere Krebs der oberen Atemwege, des Verdauungstrakts und der Lungen) zugenommen.

59. Aus Abbildung 2 in Anhang V geht ganz deutlich hervor, daß ein Trend zu einer gemeinschaftlichen Durchschnittsprävalenz verhaltensbedingter Erkrankungen (und da mehr und mehr Frauen rauchen) zu einer Angleichung der Prävalenz bei Männern und Frauen besteht. Am schnellsten findet diese Entwicklung in Dänemark und in den Niederlanden statt, doch erkennbar ist der Trend in allen Ländern, abgesehen von Spanien, wo ein Rückgang der Prävalenz bei Frauen zu verzeichnen war. Bei anderen Krebsarten sind die Trends nicht so deutlich erkennbar und weisen in einigen Fällen nicht das gleiche Muster auf. Dies ist auf zwei Faktoren zurückzuführen: erstens

Veränderungen der Lebensweise und zweitens die besseren Möglichkeiten der Früherkennung und somit der frühzeitigen Behandlung. Bessere Früherkennungsmöglichkeiten (in Kombination mit besserer Sexualhygiene) haben bei Gebärmutterhalskrebs zu einem rückläufigen Trend geführt. Bei Brustkrebs ist jedoch eine umgekehrte Entwicklung zu beobachten: in fast allen Mitgliedstaaten nehmen die Zahlen der Brustkrebserkrankungen zu. Es ist schwer, eine einfache Erklärung dafür zu finden, denn Brustkrebs kann kaum mit verhaltensbedingten Risikofaktoren in Zusammenhang gebracht werden, wenngleich die Ernährung möglicherweise eine Rolle spielt. Auch die Zahl von Krebserkrankungen der Verdauungsorgane hat insgesamt zugenommen. In diesem Fall wird jedoch ein Zusammenhang mit der Ernährung und veränderten Eßgewohnheiten als Hauptgrund angenommen. Diese Vermutung und der Zusammenhang zwischen Brustkrebs und der Ernährung werden im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs" mit Hilfe einer breitangelegten Erhebung zu den Eßgewohnheiten in sieben Mitgliedstaaten untersucht.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

60. Bei der Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist allgemein ein rückläufiger Trend zu beobachten, wenngleich die Daten in Griechenland und Spanien - möglicherweise aufgrund veränderter Eßgewohnheiten - weniger deutlich sind als in den anderen Mitgliedstaaten. Bisher wurde keine eindeutige Erklärung für diese Entwicklung vorgelegt, doch es scheint ein gewisser Zusammenhang zwischen sinkender Prävalenz und Veränderungen der Lebensweise zu bestehen. Allgemein betrachtet ist die Mortalität am meisten gesunken in den Ländern mit dem stärksten Rückgang der Zahl der Raucher, den besten Blutdruckkontrollen, rückläufigen Cholesterinwerten und der stärksten Zunahme körperlicher Betätigung. Auch die Einführung wirksamerer Behandlungsmethoden hat sich auf die Mortalität ausgewirkt.

Unfälle

61. Seit 1970 ist die Gesamtsterberate bei allen Unfallarten (einschließlich Vergiftung) in der Gemeinschaft zurückgegangen. Bei Verkehrsunfällen ist in den meisten Mitgliedstaaten ein deutlicher Rückgang der Sterbe- und Verletzungsziffern zu verzeichnen. In Frankreich beispielsweise ging die Mortalität zwischen 1970 und 1990 um ein Drittel zurück, in Italien um die Hälfte und in den Niederlanden um zwei Drittel. Andererseits stieg die Verletzungsziffer in Portugal nach 1985 beträchtlich an, und in Spanien war in diesem Zeitraum eine Zunahme der Sterbe- und Verletzungsziffern zu beobachten, die sich jedoch noch immer auf einem relativ niedrigen Niveau befinden. Darüber hinaus muß darauf hingewiesen werden, daß Verkehrsunfälle - wie aus Tabelle 5 (Anhang V) hervorgeht - noch immer die wichtigste Todesursache bei jungen Menschen in der Gemeinschaft sind.

Selbstmord

62. Die Zahl der Selbstmorde in der Gemeinschaft insgesamt ist in den vergangenen zwanzig Jahren angestiegen. Ein Vergleich zwischen dem ersten und dem letzten Jahr, für das Daten vorliegen, (1970 und 1989) zeigt, daß die Zahl der Selbstmorde nur in Deutschland signifikant zurückgegangen ist. In den anderen Mitgliedstaaten ist entweder eine Stagnation oder eine Zunahme zu beobachten. Eine eindeutige Erklärung für diese Entwicklungen liegt nicht vor, doch gesellschaftliche Veränderungen dürften wohl eine

Rolle spielen. Auch unterschiedliche politische und kulturelle Traditionen scheinen von Bedeutung zu sein, was auch dadurch bestätigt wird, daß Südeuropa allgemein eine niedrigere Selbstmordrate hat als einige nordeuropäische Länder.

Aids und andere übertragbare Krankheiten

63. Übertragbare Krankheiten sind in der Gemeinschaft als vorherrschende Todesursache weitgehend in den Hintergrund getreten, stellen aber noch immer eine wesentliche Ursache für Morbidität dar. Das Aufkommen von Aids zu Beginn der 80er Jahre hat dieses Bild jedoch verändert. Im vergangenen Jahrzehnt hat die Zahl der Menschen in der Gemeinschaft, die an dieser Krankheit leiden, rasch zugenommen. 1982 wurden nur 86 diagnostizierte Aidsfälle berichtet, 1990 waren es schon knapp 14 000. Die Zahlen steigen weiter an, wenn auch langsamer. Bis zum 30. Juni 1992 gab es über 69 000 Fälle, und bis zum 30. Juni 1993 war die Zahl auf fast 89 000 gestiegen. Rechnet man Verzögerungen bei der Berichterstattung mit ein, so liegt die Gesamtzahl Ende Juni 1993 schätzungsweise bei über 95 000. Betroffen sind zwar alle Mitgliedstaaten, doch auf drei Länder - Frankreich, Spanien und Italien - entfallen allein 71 % aller Aidskranken in der Gemeinschaft. In den nördlichen Mitgliedstaaten sind die meisten Aidskranken homosexuelle Männer, in den südlichen Ländern intravenös Drogenabhängige. Doch der Anteil der Aidsfälle unter der heterosexuellen Bevölkerung nimmt in der ganzen Gemeinschaft weiter zu. Über die Zahl der Personen in der Gemeinschaft, die mit HIV - dem Virus, das Aids verursacht, - infiziert sind, liegen keine genauen Angaben vor. Die WHO schätzt, daß etwa 500 000 Menschen infiziert sind.

64. Auch das Wiederauftreten der Tuberkulose, oft in Zusammenhang mit Aids, erfordert weitere Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten.

Andere wichtige Krankheiten

65. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, sind auch einige andere Krankheiten, nämlich psychiatrische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie der Atemwege eine wesentliche Ursache für Morbidität in der Gemeinschaft. Die Überalterung der Bevölkerung wird wahrscheinlich die Prävalenz dieser Krankheiten erhöhen. Wenngleich ihnen nicht die höchste Priorität zukommt, müssen Gemeinschaftsmaßnahmen gegen diese Krankheiten in der Zukunft doch in Betracht gezogen werden.

iii) Drogenabhängigkeit

66. Drogenabhängigkeit ist die einzige Gesundheitsgefährdung, die in Artikel 129 ausdrücklich genannt wird. Damit wird sie automatisch zu einer Priorität für gesundheitspolitische Maßnahmen der Gemeinschaft. Maßnahmen zur Drogenbekämpfung werden bereits auf europäischer Ebene koordiniert; das Ausmaß dieses vielschichtigen Problems, mit dem wichtige soziale Folgen wie soziale Ausgrenzung und Arbeitslosigkeit verbunden sind, sowie die Schwierigkeiten der Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung seiner schwerwiegenden Auswirkungen auf die Gesellschaft haben dazu geführt, daß auf Gemeinschaftsebene in den vergangenen Jahren eine Reihe von Initiativen eingeleitet wurde. Das breite Spektrum der Initiativen, die der Rat und das Europäische Parlament angenommen haben, belegt die große

Bedeutung, die sie diesem Problem beimessen, und ihre Überzeugung, daß Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene zu seiner Bekämpfung notwendig sind. Bekräftigt wird dies noch durch die Hervorhebung der Drogenabhängigkeit in Artikel 129 als wesentliche Gesundheitsgefährdung, der im Rahmen der gesundheitspolitischen Maßnahmen der Gemeinschaft Priorität einzuräumen ist.

67. Unter den wichtigen Initiativen zum Thema Drogen sind die Entschließung des Rates vom Oktober 1986 und der Europäische Drogenbekämpfungsplan des Europäischen Ausschusses für Drogenbekämpfung (CELAD), den der Europäische Rat im Dezember 1990 angenommen und im Dezember 1992 verlängert hat, zu nennen. In diesen Dokumenten wurde eine breite Palette von Maßnahmen angeführt. Darüber hinaus hat der Rat im Februar 1993 eine Verordnung zur Einrichtung der EBDD angenommen, deren Aufgabe es ist, Daten über Drogen zu sammeln, zu analysieren, zu vergleichen und zu bewerten. Schwerpunkt des ersten dreijährigen Arbeitsprogramms ist die Reduzierung der Drogennachfrage. Die Gemeinschaft wird in Zukunft in der Lage sein, ihre Erfolge in der Drogenprävention zu konsolidieren, auf der bereits geleisteten Arbeit aufzubauen und ein vorausschauendes Programm für gesundheitspolitische Maßnahmen des Gesundheitswesens im Bereich Drogen und Drogenabhängigkeit vorzulegen.

iv) Seltene Krankheiten

68. Seltene Krankheiten haben per definitionem geringere Auswirkungen auf die Gesellschaft und verursachen nur eine relativ geringe Mortalität und Morbidität. Die Erfahrung zeigt jedoch, daß schon die bloße Tatsache ihrer Seltenheit und die infolgedessen mangelnden Informationen über sie beträchtliche Probleme für einzelne Länder darstellen können. Die Legionärskrankheit, die Creutzfeld-Jakob-Krankheit und Erbkrankheiten wie Hämophilie sind anschauliche Beispiele dafür. Gemeinschaftsinitiativen gegen derartige Krankheiten könnten die Bemühungen der Mitgliedstaaten sinnvoll unterstützen und den Informations- und Erfahrungsaustausch maximieren, so daß allen Mitgliedstaaten bei geeigneten Maßnahmen gegen wenig verbreitete Gesundheitsgefahren beigestanden wird. Es gibt andere Krankheiten, die in einigen Mitgliedstaaten selten sind, in anderen dagegen nicht. Ein typisches Beispiel dafür ist die Thalassämie, die im Süden der Gemeinschaft weit verbreitet ist. Auf dem Gebiet der seltenen Krankheiten wird die Gemeinschaft daher eng mit den Mitgliedstaaten zusammenarbeiten müssen, um Initiativen zu erarbeiten, die größtenbedingte Einsparungen und Solidarität zwischen den Mitgliedstaaten ermöglichen.

V. Krankheitsursachen

69. Die gemeinschaftlichen Maßnahmen sollten sich also auf die im vorangegangenen Kapitel genannten Krankheiten konzentrieren. Wenn mit Präventivmaßnahmen jedoch die größtmögliche Wirkung erzielt werden soll, reicht es nicht aus, sie nur auf bestimmte Krankheiten und Gruppen von Krankheiten auszurichten: noch wichtiger ist es, die ihnen zugrundeliegenden kausalen Faktoren anzugehen. Bei Überlegungen zu den geeigneten Maßnahmen und ihren Prioritäten sind daher die an der Ätiologie dieser Krankheiten beteiligten Schlüsselfaktoren zu untersuchen.

70. Die bedeutenden Unterschiede bei der Morbidität und Mortalität zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Mitgliedstaaten deuten natürlich darauf hin, daß nachteilige

sozioökonomische Bedingungen (z. B. schlechte Wohnverhältnisse, eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsfürsorge, Langzeitarbeitslosigkeit) eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen. Dieser Zusammenhang wurde in einem vor kurzem eingeleiteten Programm zur sozialen Ausgrenzung (KOM(93) 435) erkannt, mit dem im Rahmen ausgewählter Projekte versucht werden soll, die Auswirkungen einiger sozioökonomischer Bedingungen auf soziale Ausgrenzung zu bewerten und die Solidarität zu fördern. Die Bekämpfung dieser Probleme steht zwar im Mittelpunkt anderer Gemeinschaftspolitiken, stellt aber dennoch eines der Hauptanliegen der Gemeinschaft bei der Verfolgung ihres Ziels, zum Schutz bestimmter Gruppen vor Risiken beizutragen, und bei der Erarbeitung einer wirksamen Gesundheitsschutzstrategie dar.

71. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden in Tabelle 3 wesentliche Faktoren der vorgenannten weitverbreiteten schweren Krankheiten aufgeführt.

Tabelle 3

Faktoren der Pathogenese

Krankheit	Faktoren
Unfälle	Fahren unter Alkoholeinwirkung, gefährliches Verhalten, defekte oder schlecht konzipierte Produkte und Dienstleistungen, Umweltprobleme
Krebs	Rauchen, Alkoholmißbrauch, falsche Ernährung, genetische Faktoren, Exposition gegenüber Strahlen und karzinogenen Stoffen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Rauchen, Alkoholmißbrauch, falsche Ernährung, genetische Faktoren, Streß, mangelnde Bewegung
Übertragbare Krankheiten einschließlich Aids	Unzureichende Hygiene, verunreinigtes Wasser, ungeschützter Geschlechtsverkehr, Drogenmißbrauch, falsche Ernährung, Kontaminiertes Blut
Drogenmißbrauch	Sozioökonomische Probleme, psychische Störungen, Streß
Psychiatrische Krankheiten einschließlich Selbstmord	Sozioökonomische Probleme, genetische Faktoren, Streß
Krankheiten des Bewegungs- apparats	schlechte Arbeitsumgebung, körperliche Belastung, falsche Ernährung, mangelnde Bewegung
Atemwegserkrankungen einschließlich Asthma	Umweltprobleme einschließlich Schadstoffen, Rauchen, genetische Faktoren

72. Aus dieser Tabelle geht klar hervor, daß es abgesehen von der erblichen Veranlagung eine Reihe spezifischer und auch allgemeinerer Faktoren gibt, die häufig an der Pathogenese beteiligt sind. Die spezifischen Faktoren Rauchen und Alkoholkonsum wirken sich direkt aus, und auch die Ernährung spielt eine Rolle. Der allgemeinere Faktor Umweltverschmutzung ist ebenfalls direkt beteiligt oder spielt zumindest eine Rolle im Zusammenhang mit den anderen Faktoren. Bestimmte Faktoren werden auch mit anderen schweren Krankheiten in Verbindung gebracht. Falsche Ernährung ist beispielsweise ein zentraler Risikofaktor bei Diabetes, Rachitis und Osteoporose; Alkoholmißbrauch führt zu Leberzirrhose, und Rauchen während der Schwangerschaft erhöht das Risiko der Säuglingssterblichkeit.

73. Im Hinblick auf die Planung einer effektiven Strategie für Prävention und Gesundheitsschutz ergeben sich aus der Tatsache, daß mehrere Hauptfaktoren bei verschiedenen Krankheiten eine Rolle spielen, wichtige Konsequenzen. Werden z. B. Maßnahmen eingeleitet, die darauf abzielen, dem Einstieg in den Tabakkonsum vorzubeugen, beeinflußt dies auch signifikant die Morbidität und Mortalität durch eine ganze Reihe unterschiedlicher Krankheiten, was die Wirkung der Aktion erheblich steigert.

74. Maßnahmen zur Ausschaltung oder Verringerung des Einflusses bestimmter kausaler Faktoren einiger Krankheiten, z. B. Aktionen zur Gesundheitsinformation, -erziehung und -förderung, die Behandlung von Themen wie Ernährung, Rauchen und Alkohol, die entweder an die breite Öffentlichkeit oder an bestimmte Zielgruppen wie Kinder oder ältere Menschen gerichtet sind, können eine Schlüsselrolle in der Gesamtstrategie spielen und dazu beitragen, daß mit begrenzten Mitteln die größtmögliche Wirkung erzielt wird. Solche "horizontalen" Maßnahmen stellen einen wesentlichen Bestandteil der in Kapitel VII dargelegten Strategie dar. Dennoch müssen neben den Faktoren, die an der Pathogenese verschiedener Krankheiten beteiligt sind, auch die spezifischen Merkmale der einzelnen Krankheiten berücksichtigt werden. Bei vielen Krankheiten ist es schwierig, die Ursache genau anzugeben. Dank der Fortschritte in der Mikrobiologie konnten die Mikroorganismen, die für die meisten Infektionskrankheiten verantwortlich sind, identifiziert werden. Um jedoch zu erfahren, welche Gene für bestimmte klinische Krankheiten ausschlaggebend sind, müssen die Ergebnisse der Genomanalyse abgewartet werden. Die Möglichkeiten zur Bekämpfung dieser Krankheiten werden sich in Zukunft sicher in dem Maße verändern, wie ihre genauen Ursachen erkannt werden.

75. Ebenso unterschiedlich wie die Angaben über Prävalenz und Auswirkungen der Krankheiten in der Gemeinschaft sind auch die Daten über die hauptsächlichen Faktoren der Pathogenese. Über drei der wichtigsten Faktoren, nämlich Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum, gibt jedoch Datenmaterial der WHO Aufschluß, das ein Bild der Trends in der Gemeinschaft vermittelt.

76. Was die Ernährung betrifft, so stehen Zahlen über den Fett- und Proteingehalt zur Verfügung. 1989 variierte der Fettanteil an der Gesamtkalorienaufnahme von 34 % in Portugal bis 47 % in Belgien, der Anteil an Proteinen von 10 % in Griechenland bis 14 % in Frankreich. Bedeutsamer sind jedoch die Trends, die zeigen, daß der Anteil an Proteinen in der Nahrung seit 1970 im wesentlichen konstant geblieben ist, der Verzehr von Fett jedoch in mehreren Ländern, vor allem in Frankreich,

Italien, Portugal und Spanien, beträchtlich zugenommen hat.

77. Zum Tabakkonsum gibt es Daten über den gesamten jährlichen Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten in den Mitgliedstaaten, denen ein deutliches Auseinanderklaffen der Entwicklung zwischen den nördlichen und den südlichen Mitgliedstaaten zu entnehmen ist. In dem Zeitraum von 1976 bis 1990 nahm der Gesamtverbrauch in sechs nördlichen Mitgliedstaaten um Werte zwischen 13,4 % in Dänemark (von 1 801 Einheiten pro Jahr auf 1 560) und 25,5 % in den Niederlanden (von 2 086 Einheiten pro Jahr auf 1 555) ab. Dem steht eine deutliche Zunahme in den südlichen Staaten gegenüber, in Spanien z. B. um 87,8 % (von 1 122 Einheiten pro Jahr auf 2 109). Dieser Unterschied zwischen Norden und Süden wird von den Eurostat-Daten über die Ausgaben für Tabakwaren als Prozentsatz der Gesamtausgaben der privaten Haushalte bestätigt.

78. Der Trend beim Alkoholkonsum ist praktisch ein Spiegelbild der Entwicklung des Rauchens. Im Norden nahm der Alkoholkonsum pro Kopf im Zeitraum von 1970 bis 1988 deutlich zu; in Dänemark beispielsweise war eine Zunahme um 45,6 % (von 6,8 auf 9,9 Liter reiner Alkohol pro Kopf pro Jahr) zu verzeichnen, in den Niederlanden von 46,4 % (von 5,6 auf 8,2) und im Vereinigten Königreich von 43,4 % (von 5,3 auf 7,6). Im gleichen Zeitraum ging der Verbrauch in den südlichen Ländern zurück, in Italien um 36,5 % (von 13,7 auf 8,7) und in Frankreich um 21,6 % (von 16,2 auf 12,7).

79. Es sei darauf hingewiesen, daß dieses Datenmaterial sehr vorsichtig auszuwerten ist, da die Erhebungsgrundlagen in den Mitgliedstaaten stark variieren. So zeigen beispielsweise die Zahlen der WHO über den Alkoholanteil an der Gesamtenergiezufuhr, daß 1989 die Werte der Mitgliedstaaten eine beträchtliche Spannweite aufweisen: von 3 % in Griechenland bis 8 % in Deutschland. Die Hauptaussagekraft solcher Zahlen ist das Aufzeigen von Trends, die wiederum aktuelle und potentielle Probleme erkennen lassen und Bereiche ausweisen, in denen Interventionen erforderlich sind.

VI. Art und Umfang der Tätigkeit der Gemeinschaft

a) Allgemeine Strategie

80. Der Gesundheitssektor ist ein weites Feld organisierter Tätigkeit, die sich direkt und nachhaltig auf eines der am höchsten geschätzten Güter des Menschen, nämlich seine Gesundheit, auswirkt. Tradition, Praxis sowie rechtliche und administrative Gestaltung der öffentlichen Gesundheitsdienste und -systeme sind so unterschiedlich, daß sich jegliche Diskussion über Vereinheitlichung und Harmonisierung in diesem Bereich erübrigt.

81. Die Aufgabe der Gemeinschaft ist es, die Mitgliedstaaten beim Ausbau ihrer gesundheitspolitischen Bemühungen zu unterstützen, an der Konzipierung und Verwirklichung von Zielen und Strategien mitzuwirken und zur Kontinuität des Gesundheitsschutzes in der Gemeinschaft beizutragen; dabei wird der beste auf einem bestimmten Gebiet innerhalb der Gemeinschaft bereits erzielte Standard als Zielvorgabe für die Bemühungen angesetzt.

82. Der Bedarf an Leistungen der öffentlichen Gesundheit in der

Gemeinschaft ist enorm, und es kann keineswegs die Rede davon sein, daß die Gemeinschaft anstrebt, ihn in vollem Umfang zu decken. Vielmehr wird die Gemeinschaft Aktionen durchführen, die im Rahmen der begrenzten verfügbaren Ressourcen den größtmöglichen Mehrwert zeitigen; dabei werden Instrumente und Maßnahmen eingesetzt, von denen man sich die beste Wirkung verspricht. Die Kommission wird sich darum bemühen, daß Maßnahmen auf politischer und strategischer Ebene, die auf die größtmögliche Zahl ausgewählter Krankheiten abzielen, höchste Priorität beigemessen wird, daß ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt und klare Ziele definiert werden. Vorrangig berücksichtigt werden groß angelegte Projekte mit weitreichender Wirkung, an denen staatliche Stellen und auf ihrem Gebiet anerkannte nichtstaatliche Organisationen möglichst weitgehend beteiligt sind. Die Kommission wird ferner sicherstellen, daß politische Instrumente aus anderen Bereichen ganz oder teilweise für Zwecke des Gesundheitsschutzes genutzt und daß eventuelle nachteilige Einflüsse anderer Politiken ausgeschaltet werden. Hierzu soll in allen Phasen der Konzipierung einschlägiger Instrumente und Programme über die Gesundheit "gewacht" werden. Schließlich wird die Kommission auf Bitten der Mitgliedstaaten um Unterstützung bei der Zusammenarbeit eingehen und gegebenenfalls die Hilfe von mit Gesundheitsfragen befaßten internationalen Organisationen einholen.

83. Tabelle 4 zeigt in Form einer Matrix die Maßnahmen, die auf Gemeinschaftsebene gegen eine Reihe von Gesundheitsgefährdungen, die entweder als einzelne Krankheit, als Krankheitskategorie oder als kausaler Faktor aufgeführt sind, ergriffen werden können. Besonders wichtig sind Aktivitäten zur Unterstützung von Maßnahmen der Mitgliedstaaten sowie Förderung der Koordinierung ihrer Politiken und Programme, Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und Drittländern, Aufklärung, Gesundheitserziehung und -förderung, Ausbildung und Forschung. Diese Bereiche werden im folgenden näher erläutert.

TABELLE 4

MÖGLICHKEITEN FÜR EIN TÄTIGWERDEN DER GEMEINSCHAFT

ART DER MAßNAHME	Gesundheits- indikatoren	Gesundheits- berichterstatt- ung	Gesundheit saufklärung Allgemeinb- evölkerung	Spezifische Gruppen	Gesundheits- ziehung / - förderung	Ausbildung von Gesundheitsp- ersonal	Zusammenar- beit zwischen Mitgliedstaat- en	Koordinierun- g der Politiken	Konzipierung und Durchführung von Strategien	Einsatz von Instrumente- n in anderen Politiken	Finanzielle Unterstützun- g	Erhebungen Studien	Zusammenar- beit mit internationalen Organisationen und Drittländern	Sonstige spezifische Prävention- maßnahmen
GESUNDHEITSGEF- ÄHRDUNGEN UND KRANKHEITEN														
Tabakkonsum	****	*	***	**	***	*	****	****	****	****	***	*	**	*
Drogenmißbrauch	****	***	**	***	****	****	****	****	****	****	****	***	****	***
Alkoholmißbrauch	****	*	***	**	***	**	***	**	**	****	***	***	**	*
Bewegungsmangel	**	*	**	**	**	*	*	*	*	*	**	**	**	*
Falsche Ernährung	****	*	***	***	***	**	***	**	**	****	***	****	**	*
Krebs	****	**	***	****	****	***	***	***	****	****	****	****	****	****
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	****	**	***	****	****	***	***	**	***	***	**	***	***	***
Atemwegskrankungen u.	***	***	**	***	**	***	****	****	****	****	***	***	***	**
Kongenitale Anomalien	***	**	**	***	**	**	***	*	*	*	**	**	**	**
Perinatale Affektionen	***	**	**	***	**	**	**	**	*	*	**	**	***	*
Unfälle	****	***	****	***	****	***	***	***	***	****	**	****	**	*
Erkrankungen des Bewegungsapparats	**	*	***	***	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Sehstörungen	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Gehörstörungen	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Psychiatrische Krankheiten, Selbstmord	****	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	**
Ernährungsprobleme	**	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	*

**** = GUT *** = MÄßIG ** = GERING * = KEINE

MÖGLICHKEITEN FÜR EIN TÄTIGWERDEN DER GEMEINSCHAFT

ART DER MAßNAHME	Gesundheitsd aten/ indikatoren	Gesundheits berichterstatt ung	Gesundheit saufklärung Allgemeinb evölkerung	Spezifische Gruppen	Gesundheitser ziehung / - förderung	Ausbildung von Gesundheitsp ersonal	Zusammenar beit zwischen Mitgliedstaat en	Koordinieren g der Politiken	Konzipierung und Durchführung von Strategien	Einsatz von Instrumente n in anderen Politiken	Finanzielle Unterstützun g	Erhebungen Studien	Zusammenarbe it mit internationalen Organisationen und Drittländern	Sonstige spezifische Prävention maßnahmen
GESUNDHEITSGEF ÄHRDUNGEN UND KRANKHEITEN														
AIDS	****	****	**	****	****	****	****	****	****	***	****	****	****	****
Sonstige übertragbare Krankheiten	****	****	**	****	**	****	****	****	****	**	****	****	****	***
Seltene Krankheiten	***	***	*	***	*	***	****	***	**	*	**	***	***	**
Durch Nahrungs mittel übertragbare Krankheiten	***	***	**	**	**	***	***	***	**	***	**	***	**	**

**** = GUT *** = MÄßIG ** = GERING * = KEINE

b) Konsultation und Beteiligung

84. Artikel 129 des Vertrags über die Europäische Union fordert die Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses und des Ausschusses der Regionen. Verbindliche Gemeinschaftsinstrumente sehen außerdem Konsultations- und Beteiligungsverfahren bei Programmen und Maßnahmen vor, die die Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit durchführt. Neben diesen Modalitäten möchte die Kommission weitere Fachkenntnisse einholen, um sicherzustellen, daß zu ihrer Orientierung über den Bereich Gesundheitsschutz und um entsprechendes Feedback zu erhalten, optimale Konsultations- und Beteiligungsmöglichkeiten gegeben sind. Gleichzeitig soll die bestehende Struktur der Ausschüsse und Arbeitsgruppen gestrafft und konsolidiert werden.

85. Die Kommission wird dafür Sorge tragen, daß zur Verwirklichung dieses gesundheitspolitischen Rahmens geeignete Konsultations- und Beteiligungsmodalitäten eingerichtet werden. Dabei wird den Aufgaben der Fachkräfte im Gesundheitswesen und der Nichtregierungsorganisationen Rechnung getragen.

c) Unterstützung von Maßnahmen der Mitgliedstaaten und Förderung der Koordinierung

86. Die Kommission beabsichtigt, sich bei der Unterstützung der Mitgliedstaaten auf spezifische Aktionen zu konzentrieren, die nur von ihr durchgeführt werden können, insbesondere indem sie den Meinungs- und Erfahrungsaustausch fördert sowie Maßnahmen erarbeitet, die mit Hilfe einer Vielzahl von Instrumenten in verschiedenen Bereichen durchgeführt werden können.

87. Zu den Aktionsbereichen, die nach Ansicht der Kommission von neuen und innovativen Maßnahmen profitieren können, wurden folgende Überlegungen angestellt:

i) Der Vergleich und die Bewertung von Politiken zur Prävention von Gesundheitsgefährdungen sind von grundlegender Bedeutung, damit ein unkoordinierter Ansatz vermieden wird, der sich negativ auf die Entscheidungen von Gesundheitsbehörden auswirken könnte. In diesem Zusammenhang kann die Kommission eine entscheidende Rolle spielen, indem sie groß angelegte Kosten-Wirksamkeits-Analysen durchführt, die insbesondere auf Modellen und Verfahren der Epidemiologie beruhen, und Vorschläge für Maßnahmen und Programme vorlegt, die auf eine Stärkung der Abwehr von Krankheiten abzielen.

ii) Die Kommission wird sich bemühen, die Mitgliedstaaten darin zu unterstützen, das Niveau der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung anzuheben. Einige Mitgliedstaaten haben zweifellos in bestimmten Bereichen bereits ein hohes Schutzniveau erreicht, und da angestrebt wird, den Gesundheitsschutz gemeinschaftsweit diesem höchsten Standard anzugleichen, sollte die Kommission versuchen, die zur Beseitigung von Defiziten erforderlichen Informationen zu liefern, wobei sie sich auf die jeweils fortgeschrittensten einzelstaatlichen Politiken und Programme stützt. In diesem Zusammenhang wird eines der vorrangigen Ziele die Errichtung miteinander verbundener Netze einschlägiger Zentren zur Überwachung und Bekämpfung von Krankheiten sein, die mit geeigneten Daten, Kriterien und Verfahren arbeiten. Im Bereich der übertragbaren Krankheiten wurde dieses

Ziel bereits in Angriff genommen, und hinsichtlich der anderen Krankheiten werden angemessene Initiativen ergriffen, die auf bereits vorhandenen Systemen und Einrichtungen aufbauen, z. B. bei der Krebsbekämpfung.

iii) Die Mitgliedstaaten wenden gegenüber Angehörigen von Drittländern im Hinblick auf die Gesundheitsschutzvorschriften und den ihnen gewährten Gesundheitsschutz sehr unterschiedliche Verfahren an. Die entsprechenden Politiken müssen koordiniert werden, und die Kommission plant die Einleitung angemessener Maßnahmen auf diesem Gebiet. Um diese Ziele zu erreichen, ist größtmögliche Transparenz zwischen den Mitgliedstaaten erforderlich, und die Kommission wird sich entsprechend beraten lassen und umfassende Konsultationen vornehmen müssen, um effizient zu planen, ihre Anliegen vorzubringen und den Dialog zum Thema Migranten und Gesundheit zu fördern.

d) **Aufklärung, Erziehung und Gesundheitsförderung**

88. Auf die allgemeine Bevölkerung und spezifische Zielgruppen abzielende Maßnahmen können unterteilt werden in gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Im Laufe der Zeit wurde deutlich, daß die genaue Bedeutung dieser Begriffe je nach kulturellem und sprachlichem Kontext variiert.

89. Unter **gesundheitlicher Aufklärung** versteht man die Übermittlung von Informationen über Gesundheitsthemen sowohl an die allgemeine Bevölkerung als auch an spezifische Zielgruppen. Der Inhalt ist in der Regel eher allgemeiner Natur als personengebunden, da unwahrscheinlich ist, daß die Empfänger direkt angesprochen werden können. Die Übermittlung erfolgt auf Papier (Informationsblätter usw.), über die Presse (Anzeigen, Artikel), über audiovisuelle Medien (Fernsehen und Radio) oder aber, weniger häufig, mündlich (z. B. Gespräche, Vorträge von Gesundheitsexperten).

90. Die **Gesundheitserziehung** bedeutet die Vermittlung umfassender Kenntnisse an bestimmte Zielgruppen in Lernsituationen. Der Prozeß beinhaltet auch die Interaktion mit und das Feedback von den Empfängern und kann erst dann als abgeschlossen betrachtet werden, wenn bei der Zielgruppe eine Bewußtseinsänderung eintritt, die über reines Faktenwissen hinausgehen sollte. Entscheidend ist, daß der Lehrende bestimmte Informationen und Kenntnisse vermitteln will und dazu auf verschiedene Ansätze zurückgreift. Es sei darauf hingewiesen, daß die Gesundheitserziehung zwar im allgemeinen mit der schulischen Erziehung von Kindern in Verbindung gebracht wird, sich aber nicht auf diese Zielgruppe beschränken muß. Welche Stellen für diesen Bereich zuständig sind, hängt von der jeweiligen Verwaltungsstruktur in den Mitgliedstaaten ab; die Verantwortung kann sowohl bei den Bildungs- als auch bei den Gesundheitsministerien liegen, und auch andere Ministerien können beteiligt sein.

91. Die **Gesundheitsförderung** wurde als angewandte Aufklärung definiert. Mit anderen Worten: wird im Rahmen von Aufklärung und Gesundheitserziehung versucht, der Zielgruppe die zu einer gesunden Lebensführung notwendigen Informationen und Hilfestellungen zu geben, zielt die Gesundheitsförderung darauf ab, Einstellungen, Verhaltensweisen und Umweltbedingungen aktiv in Richtung einer gesunden Lebensführung zu beeinflussen. Zu diesem Zweck können legislative Maßnahmen ergriffen,

wirtschaftliche Anreize gegeben und verschiedene Änderungen in der Umgebung der Zielgruppe vorgenommen werden. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur langfristigen Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen müssen Hand in Hand gehen, da die Gesundheitsförderung eine sehr komplexe, eng mit der sozialen und politischen Situation verknüpfte Aufgabe ist. Es reicht weder aus, nur die gesundheitsbezogenen Probleme in Angriff zu nehmen, noch, die Bemühungen auf Zielgruppen mit einem hohen Risiko zu beschränken, sondern es sollte die gesamte Gemeinschaft in einem gemeinsamen Bemühen vereint werden, das allen Beteiligten den Eindruck kontinuierlicher Zusammenarbeit und Einbeziehung vermittelt und zur langfristigen Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen führt.

92. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung können als allgemeine Fachgebiete betrachtet werden, die in den verschiedensten Umfeldern behandelt werden (Familie, Schule, Arbeitsplatz, Gemeinschaft), viele durch die Art der Lebensführung bedingte Krankheiten und auch Unfälle abdecken (Krebs, Aids, Drogen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfälle usw.) und auf eine Änderung des Risikoverhaltens (Rauchen, Alkoholmißbrauch, falsche Ernährung, Drogenmißbrauch, Bewegungsmangel usw.) abzielen. Den gesellschaftlichen und kulturellen Unterschieden zwischen den Mitgliedstaaten und sogar innerhalb ein und desselben Staates muß bei der Durchführung der gemeinschaftlichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -erziehung, insbesondere im Hinblick auf Ernährung und Drogenmißbrauch, sorgfältig Rechnung getragen werden.

93. Die verschiedenen Ansätze, die in einer so vielfältigen und komplexen Gesellschaft wie der Europäischen Gemeinschaft erforderlich sind, sollten jedoch keinesfalls zu einer Zersplitterung führen, sondern sich im Gegenteil wechselseitig bestärken, um die maximale Wirksamkeit aller Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -erziehung sicherzustellen. Dies kann durch die Verknüpfung der einzelnen Ansätze auf den verschiedenen Ebenen (europäisch, national, regional und lokal) erreicht werden. Eine effiziente Organisation und Koordinierung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -erziehung auf allen Ebenen sowie eine sorgfältige Planung und Bewertung der Aktionen im Rahmen eines Gesamtplans sind die Voraussetzung für eine maximale Wirksamkeit der Bemühungen zur Gesundheitsförderung. Aus diesem Grund prüft die Kommission bereits bestehende Programme, damit gewährleistet ist, daß sich ähnelnde Maßnahmen wie Gesundheitsförderung und -erziehung zusammengefaßt werden, um Doppelarbeit zu vermeiden und die Effizienz zu steigern.

94. Im Rahmen der Gesundheitsförderung und -erziehung nimmt die Kommission folgende Aufgaben wahr:

- Förderung des Austauschs von Informationen und beispielhafter Verfahrensweisen durch Vernetzung, Konzipierung von Informationsmaterial und Handbüchern sowie Veranstaltung von Workshops;
- Unterstützung durch geeignete Anreize;
- Initiierung, Erarbeitung und gegebenenfalls Koordinierung von Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene.

95. Die in den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft verfügbaren Ressourcen und Fachkenntnisse werden in zweckdienlicher Weise

herangezogen, um die Wirkung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -erziehung zu erhöhen.

e) Forschung

96. Neben Artikel 130 f bis 130 q über "Forschung und technologische Entwicklung", die alle Forschungsbereiche abdecken, verleiht Artikel 129 des Vertrags über die Europäische Union der Gemeinschaft ein klares Mandat zur Erforschung der Ursachen und Übertragung von Krankheiten. Bei Maßnahmen in Zusammenhang mit diesem gesundheitspolitischen Rahmen sollten die Ergebnisse der Forschungsrahmenprogramme der Gemeinschaft in vollem Umfang ausgeschöpft werden.

97. Im Rahmen des laufenden Gemeinschaftsprogramms für Forschung und technologische Entwicklung läuft die Forschung im Bereich Biomedizin und Gesundheit (BIOMED) bis 1994 mit einem Budget von 130 Mio. ECU.

98. Sie deckt vier Bereiche ab:

- Koordinierung der Forschung über Prävention, Versorgung und Gesundheitssysteme,
- wichtige Gesundheitsgefährdungen und Krankheiten mit bedeutenden sozioökonomischen Auswirkungen,
- Analyse des menschlichen Genoms,
- medizinische Ethik.

99. Aids steht an der Spitze der wichtigsten Gesundheitsgefährdungen. Daneben werden im Rahmen des Forschungsprogramms untersucht: Krebs, kardiovaskuläre Krankheiten, Geisteskrankheiten und neurologische Krankheiten sowie der Alterungsprozeß und altersbedingte Gesundheitsprobleme. In allen genannten Bereichen wird die Verknüpfung mit aktionsorientierten Maßnahmen verstärkt.

100. Derzeit wird auf der Grundlage eines formellen Kommissionsvorschlags [KOM(93) 276] ein viertes Forschungsrahmenprogramm erörtert. Die Kommission gab am 6. Dezember 1993 ein Arbeitsdokument [KOM (93) 459] über den wissenschaftlich-technologischen Inhalt der spezifischen Programme zur Ausfüllung des vierten Rahmenprogramms heraus. Es wird zur Zeit vom Europäischen Parlament und vom Rat geprüft und sieht folgende Schwerpunkte für die biomedizinische und Gesundheitsforschung von 1994 bis 1998 vor:

- Aids, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten,
- Krebs,
- pharmazeutische Forschung,
- Neurowissenschaften und Hirnforschung,
- Prävention, Gesundheit am Arbeitsplatz, Risikofaktoren und Forschung auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit,
- Epidemiologie von Erkrankungen von hoher sozioökonomischer Bedeutung,
- kardiovaskuläre Krankheiten,
- Analyse des menschlichen Genoms,
- Gesundheitssystemforschung,
- biomedizinische Technik,
- biomedizinische Ethik.

101. Ein weiterer Bereich, in dem in den nächsten Jahren mit bedeutenden Fortschritten der gemeinschaftlichen Forschung gerechnet wird, ist das Telematikprogramm für das Gesundheitswesen (früher AIM). Das AIM-Programm mit einem Budget von knapp 100 Mio. ECU für den Zeitraum von 1991 bis 1994 soll durch den Einsatz der "Telematik", d. i. eine Kombination von Informatik und Telekommunikation, die Qualität und das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis der Gesundheitsdienste verbessern.

102. Um sicherzustellen, daß die Bemühungen koordiniert werden und bestehende sowie künftige Forschungsprogramme der Gemeinschaft den Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung angemessen abdecken, müssen folgende Bedingungen erfüllt werden:

- von klaren und auf Gemeinschaftsebene vereinbarten Prioritäten ausgehende Ermittlung derjenigen Bereiche der öffentlichen Gesundheit, die einer Anregung und Förderung durch Forschungsarbeiten bedürfen;
- Kohärenz zwischen Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Forschung;
- eine klare Strategie, die alle gesundheitspolitisch relevanten Fragen abdeckt;
- schrittweise Schaffung von geeigneten Strukturen, z. B. Netze;
- zweckdienliche Verbreitung der Forschungsergebnisse und ihrer Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung auf gemeinschaftlicher und einzelstaatlicher Ebene.

f) Ausbildung des Gesundheitspersonals

103. Das Gesundheitspersonal in den verschiedenen Bereichen (Allgemeinpraxis, Krankenhaus, Schule, Arbeit, Freizeit) spielt eine Schlüsselrolle bei der Übermittlung von Inhalten der Gesundheitserziehung und -aufklärung an die Gemeinschaft. Dies wurde bereits bei dem Kampf gegen Krebs und Aids deutlich, mit wichtigen Aktionen im Rahmen der entsprechenden Gemeinschaftsprogramme. Die Kommission plant, die Arbeiten auf diesem Gebiet weiterzuführen, um:

i) das Gesundheitspersonal weiter für seine wichtige Rolle und den von ihm zu leistenden Beitrag zur Prävention schwerer Krankheiten zu sensibilisieren;

ii) das Verständnis des Gesundheitspersonals für diejenigen Aspekte der Prävention zu fördern, die eine multikulturelle Dimension besitzen, z. B. die Rolle der Ernährung, Migration (z. B. in Zusammenhang mit Thalassämie und HIV), und ihre Kenntnisse über Krankheiten, die an Bedeutung gewinnen, zu verbessern (z. B. Tuberkulose).

104. Zu diesem Zweck wird die Kommission unter Berücksichtigung der Leitlinien der Gemeinschaft zur allgemeinen und beruflichen Bildung, die im Mai von der Kommission dargelegt wurden ((KOM(93) 183), und der Erfahrungen aus gemeinschaftlichen Aktionsprogrammen wie ERASMUS, FORCE und COMETT und, wo es nach diesen Aktionsprogrammen angebracht ist, folgende Maßnahmen ergreifen:

- i) Förderung des Informationsaustausches zwischen den Mitgliedstaaten über aktuelle Ausbildungsgänge und -pläne vor allem auf dem Gebiet der Drogenabhängigkeit (einschließlich Alkohol- und Arzneimittelmisbrauch), der Ernährung und der sexuell übertragbaren Krankheiten;
- ii) Koordinierung von Ausbildungsprogrammen für Gesundheitspersonal in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden, Fachinstituten, Ausschüssen und Verbänden sowie Abgabe der entsprechenden Empfehlungen;
- iii) Anregung des Austauschs von Erfahrungen mit Lehrmethoden und -materialien auf dem Gebiet der Prävention weitverbreiteter schwerwiegender Krankheiten und mit der Bewertung ihrer Wirksamkeit;
- vi) Verzeichnis und Bewertung existierender Methoden und ihrer praktischen Umsetzung zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Informationen und Unterlagen für das Gesundheitspersonal über die Prävention weitverbreiteter schwerwiegender Krankheiten;
- v) Information und Sensibilisierung von Ärzten, Krankenpflegepersonal und Sozialarbeitern im Hinblick auf spezifische Krankheiten, die im jeweiligen Land selten sind, infolge des Anstiegs von Migration und Reiseverkehr jedoch an Bedeutung gewinnen, wie beispielsweise Tuberkulose bei Migranten, HIV und SDTs bei Touristen sowie Thalassämie bei Personen aus dem Mittelmeerraum;
- g) **Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und Drittländern**

105. Während die Zusammenarbeit mit Drittländern und internationalen Organisationen im Zusammenhang mit dem in Artikel 129 des Vertrages über die Europäische Union behandelten Gesundheitswesen ausdrücklich genannt wurde, hatte eine allgemeine Zusammenarbeit bereits gemäß Artikel 228 des EWG-Vertrags stattgefunden, der den Abschluß von Abkommen zwischen der Gemeinschaft und einem oder mehreren Staaten oder einer internationalen Organisation vorsieht. In dem Vertrag ist ferner festgelegt, daß die Kommission alle zweckdienlichen Beziehungen zu den Organen der Vereinten Nationen und ihrer Fachorganisationen sowie ferner zu allen internationalen Organisationen unterhält (Art. 229). Außerdem sind in Artikel 230 des EWG-Vertrags die Herbeiführung jeder zweckdienlichen Zusammenarbeit mit dem Europarat und in Artikel 231 ein Zusammenwirken mit der Europäischen Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD) vorgesehen.

106. Die Kommission arbeitet bereits seit langem mit Drittländern und mehreren internationalen Organisationen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit zusammen. Künftig muß der Schwerpunkt auf einer Intensivierung der Zusammenarbeit liegen, damit alle Beteiligten den größtmöglichen

Nutzen daraus ziehen können. Zur Förderung der Zusammenarbeit der Gemeinschaft mit Drittländern und internationalen Organisationen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit sind gute Kenntnisse über die bisherige und die geplante Zusammenarbeit zwischen Mitgliedstaaten und Drittländern und internationalen Organisationen erforderlich. Auf diese Weise kann Doppelarbeit vermieden und die Arbeit der Mitgliedstaaten unterstützt werden.

1) Internationale Organisationen

107. Eine relativ große Zahl von staatlichen und nichtstaatlichen internationalen Organisationen befaßt sich mit Gesundheitsfragen. Hierzu zählen insbesondere WHO, Europarat, Internationale Organisation für Migration (IOM), UNESCO, Internationale Atomenergieorganisation (IAEO), OECD, ILO, FAO, Programm der Vereinten Nationen für die internationale Drogenbekämpfung (UNDCP), Liga der Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften und Internationaler Rat zur Bekämpfung des Alkoholismus und der Suchtgefahren.

108. Mit den meisten internationalen Organisationen wurden Abkommen geschlossen, und in einem Fall wurde die Gemeinschaft sogar Vollmitglied einer internationalen Organisation (FAO, 1991). Mit Ausnahme der WHO, deren Tätigkeit sich auf den gesamten Gesundheitsbereich erstreckt, befassen sich andere internationale Organisationen im Rahmen ihrer Ziele lediglich mit spezifischen Gesundheitsaspekten. Der Europarat, der in vielen Bereichen mit der Gemeinschaft zusammenarbeitet, hat seine Tätigkeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit insbesondere seit dem Beitritt verschiedener Länder Mittel- und Osteuropas jedoch ausgeweitet.

109. Mit der Förderung der Zusammenarbeit werden zwei Ziele verfolgt:

- Verstärkung der gesundheitspolitischen Maßnahmen innerhalb und sofern sie für die Gemeinschaft relevant sind - auch außerhalb der Gemeinschaft;
- Gewährleistung, daß die Gemeinschaft international eine bedeutendere Rolle im Bereich der öffentlichen Gesundheit spielt.

WHO

110. Die Zusammenarbeit mit der WHO geht auf zwei Schriftwechsel mit der Kommission zurück (1972 und 1982). Partner der Zusammenarbeit sind sowohl die Organisation insgesamt als auch ihre Regionalbüros, insbesondere das Regionalbüro Europa, sowie das Internationale Krebsforschungszentrum (IARC). Zwischen Kommission und WHO wurden auf der operationellen Ebene in verschiedenen Bereichen intensive Arbeitsbeziehungen geknüpft, die auch die Veranstaltung gemeinsamer Aktivitäten auf bestimmten Gebieten umfassen. Außerdem holt die Kommission bei spezifischen Aufgabenstellungen wie der Leistung von Entwicklungs- und humanitärer Soforthilfe die fachliche Unterstützung der WHO ein. Im Bereich Krebs besteht bereits eine ausgedehnte Zusammenarbeit mit dem IARC. Ein ausführlicher Überblick über die Zusammenarbeit zwischen der KEG und der WHO wurde dem Rat übermittelt (KOM(93) 224 endg.). Die Kommission plant einen weiteren Schriftwechsel mit der WHO zur Aktualisierung, Verbesserung und Ausdehnung der Zusammenarbeit in speziellen Bereichen.

Europarat

111. Die Zusammenarbeit mit dem Europarat wurde mit dem EWG-Vertrag

begründet und durch ein Abkommen im Jahr 1987 erweitert. Im Bereich der öffentlichen Gesundheit erstreckt sich die Zusammenarbeit auf Fragen im Zusammenhang mit Blut, Organtransplantation, Gesundheitserziehung, Jugend und Gesundheitsförderung sowie Gesundheit und Sport, insbesondere Doping. Weitere Bereiche mit enger Zusammenarbeit sind der Europäische Gesundheitsausschuß und das Europäische Arzneibuch sowie die Drogenbekämpfung. Auf letzterem Gebiet wird die Zusammenarbeit zwischen der Kommission und der Pompidou-Gruppe durch die Einrichtung der EBDD weiter ausgebaut werden. Darüber hinaus kann die verstärkte gesundheitspolitische Zusammenarbeit mit dem Europarat, sofern sie in die richtigen Bahnen gelenkt wird, auch die Zusammenarbeit mit Mittel- und Osteuropa fördern und somit zur Verwirklichung der in Artikel 129 Absatz 3 des Vertrags über die Europäische Union genannten Ziele beitragen.

112. Die Kommission unterzieht ihre Zusammenarbeit mit dem Europarat im Bereich der öffentlichen Gesundheit gegenwärtig einer Prüfung und wird deren Ergebnisse zu gegebener Zeit zur Verfügung stellen. Es wird in Erwägung gezogen, die Aufnahme von Klauseln in die Entwürfe für Gesundheitsabkommen des Europarates vorzuschlagen, denen zufolge die Europäische Gemeinschaft diesen Abkommen ohne Verhandlungen und Ratifizierung spezieller Protokolle beitreten kann.

Sonstige internationale Organisationen

113. IOM: Zusammenarbeit im Bereich Migration und Gesundheit;
UNESCO: Aids- und Drogenaufklärung, wird ausgebaut;
ILO: Gemeinsame Maßnahmen zum Thema Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz; es werden Initiativen entwickelt auf den Gebieten Rauchen, Gesundheitserziehung und -förderung, in die auch die Angehörigen der Arbeitnehmer einbezogen werden.
FAO: Es wurde eine gemeinsame Konferenz über Ernährung und Gesundheit veranstaltet; es sind weitere gemeinsame Maßnahmen zur Umsetzung der Konferenzergebnisse geplant.
UNDCP: Die Zusammenarbeit im Bereich der Reduzierung der Drogennachfrage wird intensiviert.
Rotes Kreuz: Die Liga der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften leistete humanitäre Hilfe im gesundheitlichen Bereich und wird auch künftig in Bereichen wie der Versorgung mit Blut und dessen Qualität, Aids-Prävention usw. tätig sein.
OECD: Es besteht Zusammenarbeit im Bereich der gesundheitlichen Aspekte des Umweltschutzes (insbesondere chemische Sicherheit) und sie wird im Bereich Gesundheitsstatistik weiter ausgebaut.
IAEO: Enge Zusammenarbeit auf dem Gebiet Strahlenschutz.

Art der verstärkten Zusammenarbeit

114. Die verstärkte Zusammenarbeit mit internationalen und nichtstaatlichen internationalen Organisationen kann drei verschiedene Formen annehmen:

- Wenn es um Angelegenheiten geht, die in die Zuständigkeit der Gemeinschaft fallen, kann die Kommission internationale Organisationen ersuchen, spezifische Aufgaben in den Bereichen, für die sie ein Mandat haben und für die sie kompetent sind, auszuführen (gemeinsame Projekte).
- In den der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten vorbehaltenen Bereichen kann die Kommission um die Unterstützung einschlägiger Organisationen bei der Durchführung gemeinsamer Programme und

- Maßnahmen bitten, die einzelnen oder sämtlichen Mitgliedstaaten zugute kommen.
- Auf den Gebieten, auf denen die internationalen Organisationen ihre eigenen Programme und Maßnahmen durchführen und denen weder die Kommission noch die Mitgliedstaaten Priorität beimessen, kann die Kommission Unterstützung leisten, sofern diese Programme und Maßnahmen für die Gemeinschaft von Interesse sind.

ii) Zusammenarbeit mit Drittländern

115. Bei der Zusammenarbeit mit Drittländern sind die gegenwärtigen und künftigen Beziehungen zwischen diesen Ländern und der Europäischen Gemeinschaft zu berücksichtigen. Einige Länder haben offizielle Vereinbarungen mit der Gemeinschaft, in denen zum Teil ausdrücklich das Thema Gesundheitsschutz behandelt wird. Man beabsichtigt, gemeinsam mit diesen Ländern zu prüfen, welcher Stellenwert Gesundheitsfragen im Rahmen dieser Vereinbarungen beigemessen wird.

116. Den Schlußfolgerungen des Europäischen Rates von Kopenhagen (1993) zufolge sollten Gemeinschaftsprogramme den Ländern Mittel- und Osteuropas offenstehen, die Assoziierungsabkommen mit der Gemeinschaft geschlossen haben. Daraus sollten sich in Ergänzung zu der bereits geleisteten Unterstützung der Gemeinschaft praktische Beziehungen zu diesen Ländern ergeben. Die Möglichkeit der Teilnahme an Aktionsprogrammen wird gemeinsam mit diesen Ländern erwogen. Auch die Zusammenarbeit mit Ländern, die um Beitritt zur Gemeinschaft ersucht haben, dürfte gemeinsame Interessengebiete aufzeigen und dazu führen, daß diese Länder allmählich in eine Reihe laufender Aktivitäten eingebunden werden.

117. Im Rahmen ihrer Beziehungen zu Drittländern ist die Gemeinschaft an Kooperationsprogrammen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit beteiligt. Dabei werden mit Hilfe verschiedener Finanzinstrumente schwerpunktmäßig Reformen von Gesundheitssystemen unterstützt sowie Aktionen, die auf die Erfüllung der grundlegenden Bedürfnisse der Bevölkerung, vor allem der besonders schutzbedürftigen Gruppen, ausgerichtet sind. Unterstützt wird auch die Bekämpfung von bedeutenden endemischen Krankheiten, insbesondere von STDs und Aids. Die Zusammenarbeit bei laufenden und künftigen Gesundheitsprogrammen wird intensiviert, um Erfahrungen auszutauschen und bei Gesundheitsproblemen wie Aids und Drogenabhängigkeit, die sowohl in der Gemeinschaft als auch in Entwicklungsländern von Bedeutung sind, nach kohärenten Strategien vorzugehen.

VII. Künftige Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit

118. Gemäß der Strategie zur Auswahl der auf Gemeinschaftsebene zu bekämpfenden Gesundheitsgefährdungen sollte die Gemeinschaft zusätzlich zu den bereits laufenden und künftigen Forschungsarbeiten auf zweierlei Weise tätig werden: i) durch allgemeine Maßnahmen zur Bekämpfung einer Vielzahl von Krankheiten bei Personen unterschiedlicher Altersgruppen, sozioökonomischer Kategorien, Geschlecht usw., z. B. Gesundheitsdaten, -aufklärung, -erziehung und -förderung sowie ii) durch krankheitsspezifische Maßnahmen, die zur größtmöglichen Wirksamkeit ganz gezielt eingesetzt werden müssen und dabei gleichzeitig eine angemessene Fortführung der wichtigsten laufenden Programme gewährleisten, die sich bewährt haben und an denen Behörden sowie zahlreiche Gruppierungen und Einzelpersonen in der gesamten Gemeinschaft in Anwendung des

Subsidiaritätsprinzips beteiligt sind.

119. Die Maßnahmen der Kategorie i) sind eine unmittelbare Reaktion auf die Herausforderung, die oben angeführten weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten so zu bekämpfen, daß der Einsatz der Gemeinschaft eine maximale Verbesserung der Gesundheit erwarten läßt und daß sowohl die Entscheidungsträger als auch die Bürger der Gemeinschaft daraus Nutzen ziehen. Mit den Maßnahmen der Kategorie ii) werden interessierte Gruppierungen und Sachverständige auf die Probleme aufmerksam gemacht, so daß sie besser für den Kampf gegen spezifische Krankheiten aktiviert und organisiert werden können.

120. Anhang IV zeigt die erwarteten qualitativen Auswirkungen der Gemeinschaftsmaßnahmen, nach Gesundheitsgefährdungen und Krankheiten aufgeschlüsselt. Die u. a. in Tabelle 4 aufgeführten Gemeinschaftsprogramme mit Maßnahmen allgemeiner Art werden nicht nur im Falle der genannten sondern auch im Hinblick auf andere Gesundheitsgefährdungen und Krankheiten einen Mehrwert erbringen. Ein Beispiel hierfür ist die gesundheitliche Aufklärung auf den Gebieten Ernährung und Rauchen in Zusammenhang mit Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Schließlich werden spezifische Maßnahmen im Rahmen von Programmen zur Bekämpfung bestimmter Gesundheitsgefährdungen und Krankheiten die allgemeinen Maßnahmen ergänzen und verstärken und außerdem sicherstellen, daß die Möglichkeiten zur umfassenden und konsequenten Bekämpfung der ausgewählten Krankheiten ausgeschöpft werden. Sowohl krankheitsspezifische als auch "allgemeine" Aktionsprogramme werden mit Hilfe der in Artikel 129 vorgesehenen Rechtsinstrumente eingeführt werden; ihre Ziele werden durch Maßnahmen auf der Grundlage von Artikel 129 oder anderen einschlägigen Artikeln verfolgt.

121. Bezüglich der weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten haben die obigen Erwägungen die Kommission zu der Schlußfolgerung veranlaßt, daß derzeit für eine ganze Reihe von ihnen die laufenden Programme und vorhandenen Instrumente sowie künftige allgemeine Maßnahmen ausreichen. Dabei handelt es sich um die kardio- und zerebrovaskulären Krankheiten, die Geisteskrankheiten, die kongenitalen Anomalien, die perinatalen Affektionen und die Krankheiten des Bewegungsapparates. Die Kommission wird die Entwicklungen im Zusammenhang mit diesen Krankheiten im Auge behalten, um gegebenenfalls spezifische Maßnahmen ergreifen zu können. Zudem sollen für die ausgewählten Programme und Maßnahmen systematischere Bewertungen eingeführt werden, in deren Rahmen sowohl die wesentlichen Maßnahmen als auch die praktische Abwicklung beurteilt werden. Bei den Maßnahmen werden der zahlenmäßige Rückgang der Risikofaktoren und die Änderungen von Risikoverhalten beurteilt; die Bewertung der Abwicklung läßt erkennen, ob die gesteckten Ziele erreicht wurden bzw. welche Änderungen erforderlich sind. Ferner können die Ursachen für Erfolg oder Scheitern ermittelt und die kostengünstigsten Strategien zum Erreichen der Ziele und zur Maximierung des Erfolgs bei gleichbleibenden Mitteln entwickelt werden.

122. Die Aktionsbereiche, auf die die Gemeinschaft künftig ihre gesundheitspolitischen Bemühungen konzentriert, können nun bestimmt werden. Diese Aktionsbereiche könnten Gegenstand von Vorschlägen der Kommission für umfassende Mehrjahresprogramme werden, die klare Ziele vorgeben und die dargestellten Grundsätze einschließlich des Subsidiaritätsprinzips respektieren. Diese Programme könnten für einen Zeitraum von drei Jahren vorgelegt werden und, auf der Grundlage der gesammelten Erfahrungen, auf fünf Jahre ausgedehnt werden. Sie könnten zum Gegenstand haben :

- Gesundheitsförderung und -erziehung sowie Ausbildung;
- Gesundheitsdaten und -indikatoren, Feststellung und Überwachung von Erkrankungen ;
- Krebs;
- Drogen;
- Aids und andere übertragbare Krankheiten;
- vorsätzliche und unbeabsichtigte Unfälle und Verletzungen;
- durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten;
- seltene Krankheiten.

Unter Berücksichtigung der gesammelten Erfahrungen und der Entwicklungen bei der Inzidenz von Krankheiten in der Gemeinschaft könnte die Kommission Programme zu anderen Gesundheitsgefährdungen vorschlagen.

Anhang I

Überblick über die Präventionspolitiken in den Mitgliedstaaten

1. Belgien

(Französische Gemeinschaft)

Die derzeitigen Prioritäten sind Aids, Drogenmißbrauch, ältere Menschen, Zuwanderer und sensible Gruppen. Zu den Präventivmaßnahmen zählen: Gesundheitserziehung, schulärztliche Dienste, Angebote für Drogenabhängige, Aidspatienten und Personen mit psychischen Problemen. Darüber hinaus laufen die schon seit längerem existierenden Programme für Impfung, Hygiene und Verhütung von Sportverletzungen weiter.

(Flämische Gemeinschaft)

Es wurde eine umfassende Strategie zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung erarbeitet, die folgende Schlüsselemente beinhaltet:

- mittelfristige Prioritätensetzung;
- Koordinierung lokaler und regionaler Initiativen, die auf den nationalen und gemeinschaftlichen Gesamtkontext abgestimmt sind;
- Integration sektoraler Ansätze in den allgemeinen Rahmen der Gesundheitsförderung, z. B. Gesundheit in der Schule, psychische Gesundheit, Drogenprävention sowie kinder- und familienbezogene Fragen;
- Umsetzung von Rechtsvorschriften (z. B. frühzeitige Meldung von Krankheiten, Impfungen);
- Bereitstellung von angemessenen Ressourcen für spezifische Präventivmaßnahmen, insbesondere auf den Gebieten Aids, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, perinatale Mortalität, Unfälle, übertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit);
- Aktionen der Behörden mit Unterstützung durch andere Partner wie dem Flämischen Institut für Gesundheitsförderung, das seit 1991 ein wichtiges Forum für alle mit Gesundheitsförderung und -erziehung befaßten Organisationen darstellt;
- auf spezifischen Gebieten wie Aids, Rauchen, Alkohol und Drogen sowie Krebs usw. wurden ebenfalls Koordinierungsmechanismen eingeführt;
- Überwachung, Beaufsichtigung und Qualitätskontrolle im Bereich der öffentlichen Gesundheit einschließlich Sammlung von Daten und Analyse von Trends.

2. Dänemark

Mit Ausnahme einiger vom etablierten Gesundheitssystem erbrachter Präventivleistungen basiert die dänische Präventionspolitik auf dem "Gesundheitsförderungsprogramm der dänischen Regierung", so der Titel eines 1989 veröffentlichten Grundsatzpapiers. Vorrang erhalten Programme

zur Verhütung von Krebs, kardiovaskulären Erkrankungen, Unfällen, psychischen Problemen und Krankheiten des Bewegungsapparates. Zusätzlich zu diesen Schwerpunkten gibt es in Dänemark spezifische Präventionsprogramme in den Bereichen Drogen und Aids sowie Asthma und allergische Krankheiten.

Das Ministerium für Gesundheit koordiniert alle von Regierungsstellen unternommenen einschlägigen Maßnahmen und bemüht sich um eine Einbeziehung des Präventionsaspekts in andere Politikbereiche. Zu diesem Zweck wurden mehrere Koordinationsgremien unter dem Vorsitz des Ministeriums für Gesundheit eingesetzt.

Präventivmaßnahmen werden aus Steuereinnahmen finanziert.

3. Deutschland

Die Verantwortung für Gesundheitsfragen liegt fast ausschließlich bei den Ländern. Mit Ausnahme der bundesweiten Programme gegen Krebs, Aids und Drogenmißbrauch werden sämtliche Präventivmaßnahmen sowie alle anderen gesundheitsbezogenen Aktivitäten dezentral von den Bundesländern durchgeführt. Zur Unterstützung der genannten Aktivitäten startete die Bundesregierung 1993 ein Programm zur Gesundheitsforschung mit dem Titel "Gesundheitsforschung 2000". Darin geht es um Lebensweise, Ernährung und Umwelt sowie um die Vorsorge für besonders gefährdete Personengruppen, nämlich Kinder, Jugendliche, Frauen und alte Menschen.

Es wurden mehrere Beratungsgremien des Bundes für Fragen der Gesundheit und Prävention eingerichtet. Dabei ist vor allem der aus Sachverständigen gebildete Bundesgesundheitsrat zu nennen, der in Fragen der konzertierten Aktionen beratend tätig ist, sowie der Gesundheitsforschungsrat, der auf dem Gebiet der Forschung berät. Für spezifische Erkrankungen existieren noch eine Reihe anderer Beratungs- und Expertengremien.

Die Finanzierung der Präventivmaßnahmen erfolgt aus Steuereinnahmen von Bund, Ländern und Gemeinden, aus Krankenkassenbeiträgen sowie aus Mitteln von Unternehmen und aus verschiedenen anderen Quellen.

4. Griechenland

Die Präventionspolitik in Griechenland folgt den Leitlinien der WHO, "Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000", mit Schwerpunkt auf der Auswahl von Prioritäten und der Beteiligung und Kooperation öffentlicher und privater Körperschaften. Prioritäre Bereiche sind derzeit Krebs, Aids, kardiovaskuläre Krankheiten, Versorgung mit Blut und Blutderivaten, blutbedingte erbliche Krankheiten, Unfälle, Drogen, Geisteskrankheiten, ansteckende Krankheiten.

Aktionen zur Krebsbekämpfung - mit Unterstützung durch die Gemeinschaft - konzentrieren sich auf Ernährung, Tabakkonsum und Reihenuntersuchungen sowie auf die Erarbeitung eines nationalen Krebsregisters. Der Kampf gegen Aids stützt sich weitgehend auf spezielle Informations-, Forschungs- und Sozialfürsorgeprogramme. Besonders bemüht man sich um die Förderung von Blutspenden, gleichzeitig ist die Prüfung von Blutspenden auf Hepatitis B und C sowie HIV zwingend vorgeschrieben; auch die Prävention von Thalassämie und Hämophilie sind Schwerpunkte. Mehr und mehr Aufmerksamkeit wird der Erfassung von Daten über Unfälle auf der Straße, zu Hause und in der Freizeit sowie ihrer Nutzung für Präventionszwecke

gewidmet; Programme zur Gesundheitserziehung stützen sich insbesondere auf das Konzept der Gesundheitsförderung in den Schulen. Aktionen gegen ansteckende Krankheiten umfassen insbesondere die systematische Impfung sowie eine Meldepflicht, außerdem Ad-Hoc-Maßnahmen beispielsweise gegen Tuberkulose und Malaria. Für ältere Menschen ist eine Reihe von Gesundheitsinformations- und -erziehungsmaßnahmen gedacht, außerdem Maßnahmen zur Betreuung zu Hause. Schließlich gewinnt die Ausbildung von Beschäftigten im Gesundheitswesen in Fragen der Prävention und zum Problem der Migration immer mehr an Bedeutung.

Der politische Rahmen wird vom Minister für Gesundheit und soziale Sicherheit festgelegt, nach Stellungnahme durch den Zentralen Gesundheitsrat, der sich aus Fachleuten aller Gesundheitszweige zusammensetzt. Spezielle halbstaatliche Agenturen und Gremien übernehmen die Implementierung der Maßnahmen und Programme gegen bestimmte Krankheiten und Gesundheitsgefahren.

Die Finanzierung von Aktionsprogrammen und Forschungsvorhaben erfolgt aus dem Haushalt des Gesundheitsministeriums, daneben werden aber auch Einnahmen aus der Tabaksteuer und landesweite Spendeneinnahmen genutzt.

5. Spanien

Die allgemeinen Gesundheitszielvorgaben lassen sich in drei Kategorien unterteilen: Förderung einer gesunden Lebensweise, Verhütung von schädlichen Umwelteinflüssen und Verbesserung des Gesundheitssystems.

Ziele der gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise sind die Bekämpfung des Zigarettenkonsums und eine Reduzierung seiner schädlichen Auswirkungen auf die Gesundheit, die Anregung zu körperlicher Betätigung, die Reduzierung des übermäßigen Alkoholgenusses und seiner Folgen, die Eindämmung des Drogenmißbrauchs und sonstigen Suchtverhaltens sowie die Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten, die individuellen Bedürfnissen angepaßt sind. Ziel der Maßnahmen zur Verhütung schädlicher Umwelteinflüsse ist eine Reduzierung der biologischen, physikalischen und chemischen Risiken sowie die Vermeidung von Gefährdungen am Arbeitsplatz und die Unfallverhütung. Die Verbesserung des Gesundheitssystems schließlich soll erreicht werden durch die Ausweitung des Gebiets der öffentlichen Gesundheit, die Entwicklung einer Primärversorgung, spezifischer Behandlungsarten, der Versorgung von Mutter und Kind, Maßnahmen im Bereich der Mundhygiene und der psychischen Gesundheit sowie den Ausbau von Systemen zur Rehabilitation und Altenpflege. Spezifische Präventionsprogramme existieren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Aids, Unfälle und Zoonosen. Zusätzlich dazu laufen zwei horizontale Programme für Gesundheitsförderung und -erziehung.

Die Verantwortung für die Präventionspolitik liegt auf allen Verwaltungsebenen, d. h. der nationalen, regionalen und lokalen. Außerdem sind mehrere Beratungsorgane an der Formulierung und der Durchführung der verschiedenen Politiken beteiligt. Bereiche wie Impfung, meldepflichtige Krankheiten, Lebensmittelhygiene, Luftreinhaltung, Schutz gegen physikalische Einwirkungen und Arbeitsschutz unterliegen rechtlichen Bestimmungen. Ferner gibt es einen umfassenden Katalog von Rechtsinstrumenten für Tabakwaren: ein Werbeverbot, Warnungen vor Gesundheitsschäden, die Angabe des Nikotin- und Teergehaltes, ein Verbot des Tabakverkaufs an Kinder sowie Konsumeinschränkungen oder -verbote.

6. Frankreich

Die nationale Präventionspolitik umfaßt drei Elemente: 1) Aktionen zu allen die Gesundheit direkt betreffenden Aspekten, 2) medizinische Prävention (Impfung, Screening und Prophylaxe) und 3) Aktionen für bestimmte Zielgruppen (Schulkinder, alte Menschen, Schwangere, Behinderte sowie Jugendliche mit Eingliederungsschwierigkeiten).

Der Gesundheitsminister hat 1991 einen hochrangigen Ausschuß für das Gesundheitswesen eingesetzt, der in gesundheitspolitischen Fragen beratend tätig sein soll. Dieser Ausschuß arbeitet zur Zeit auf der Grundlage der WHO-Strategie "Gesundheit für alle" an einer Umgestaltung der Politik im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Neben dem Ausschuß befassen sich auch spezifische Beratungsgremien und lokale Behörden mit Prävention und Gesundheitsförderung.

Rechtsvorschriften bestehen für folgende Bereiche: Impfungen, ärztliche Untersuchungen vor der Heirat, während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt für Mutter und Kind, Drogenmißbrauch, Tabak- und Alkoholwerbung sowie Meldung von Übertragbaren Krankheiten.

Präventionsprogramme für spezifische Krankheiten und Gesundheitsgefährdungen betreffen Aids, Drogen und Drogenmißbrauch, Rauchen und Alkohol, Verwendung von Arzneimitteln, STDs, Krebsfrüherkennung durch Screening und Zahnkrankheiten. Allgemeine Präventionsprogramme richten sich an ältere Menschen, Frauen, Jugendliche sowie Behinderte und befassen sich auch mit der Integration von Gesundheitsfragen in der städtischen Entwicklung und in Schulen.

Präventivmaßnahmen werden aus Steuereinnahmen und Gesundheitsversicherungsbeiträgen finanziert.

7. Irland

Ziele der nationalen Präventionspolitik sind die Verhütung von Infektionskrankheiten, Früherkennung von Gesundheitsstörungen bei Kindern, signifikante Verbesserungen der oralen Gesundheit sowie eine Reduzierung der Krankheitsfälle durch Rauchen, Alkoholmißbrauch und sonstige verhaltensbedingte Faktoren.

Die irische Regierung verabschiedete 1988 ein Programm zur Gesundheitsförderung und schuf hierfür neue Gremien, darunter einen Kabinetts-Unterausschuß für Gesundheitsförderung, mit der Absicht, einen wirsamen Mechanismus bereitzustellen, durch den der Entscheidungsprozeß in anderen Politikbereichen mit Gesundheitsrelevanz auf der Grundlage gesundheitlicher Erwägungen stattfinden kann. Präventivmaßnahmen existieren in Irland auf den Gebieten Immunisierung, Meldepflicht, Diagnose und Krankenhausaufenthalt bei Infektionskrankheiten, Tuberkuloseüberwachung, systematische Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, Gesundheit von Mutter und Kind, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Zahnmedizin, Aids, Drogenmißbrauch und Tabakkonsum.

Gegen Ende des Jahres 1993 wird das Ministerium für Gesundheitswesen eine nationale Gesundheitsstrategie vorschlagen, worin insbesondere ein strategischer Plan für die Gesundheitsförderung, eine Darstellung des aktuellen Gesundheitszustands der irischen Bevölkerung und nationale

Zielvorgaben für spezifische Verbesserungen sowie Strategieansätze zur Zielerreichung enthalten sein werden.

8. Italien

Die in Italien durchgeführten Präventivmaßnahmen konzentrieren sich im wesentlichen auf vier Themenbereiche: Umwelt und Gesundheit, verhaltensbedingte Krankheiten, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und Verhütung von Infektionskrankheiten.

Die Aktivitäten auf dem Gebiet Umwelt und Gesundheit werden in zunehmendem Maße vom Europäischen Zentrum für Umwelt und Gesundheit durchgeführt, dessen Einrichtung im Einvernehmen zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa und der italienischen Regierung erfolgte. Bei den verhaltensbedingten Krankheiten liegt der Schwerpunkt der italienischen Gesundheitspolitik auf Ernährung, Rauchen, Drogenmißbrauch und Aids. Der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz unterliegt den Bestimmungen des grundlegenden Gesetzes (Nr. 46 vom 5. März 1990), das Gesundheit und Sicherheit in bezug auf technische Anlagen, Betriebsmittel, Stoffe und Gebäude regelt; es wurde ergänzt durch Verordnungen zur Umsetzung der auf Art. 118 a des EWG-Vertrags basierenden Richtlinien. Zur Verhütung von Infektionskrankheiten hat Italien während der letzten zwei Jahre ein neues Präventions- und Meldesystem eingeführt. Es erlaubt die bessere und raschere Diagnose dieser Krankheiten und gewährleistet einen zügigen Informationsfluß vom und zum Gesundheitsministerium, damit gegebenenfalls sofortige Schritte eingeleitet werden können und ein Informationsaustausch mit internationalen Gesundheitsorganisationen stattfinden kann.

Die Verantwortung für die Präventivmaßnahmen liegt bei mehreren Institutionen, insbesondere dem Ministerium für Gesundheitswesen, dem staatlichen Gesundheitsdienst, örtlichen Gesundheitsstellen und den Drogenberatungsstellen.

9. Luxemburg

Seit den 70er Jahren sind Präventivmaßnahmen integraler Bestandteil der Gesundheitspolitik Luxemburgs. Dies schlug sich 1980 in der Umstrukturierung des Gesundheitsministeriums nieder, als spezielle Abteilungen für Präventionsfragen eingerichtet wurden. Die wichtigsten Programme richten sich gegen Drogenmißbrauch, Tabakkonsum, übermäßigen Alkoholgenuß, kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs. Zusätzlich wurde ein spezielles Programm zur Förderung einer gesunden Ernährung und Lebensweise gestartet.

Die Präventivmaßnahmen werden unter Beteiligung anderer Ministerien vom Ministerium für Gesundheitswesen koordiniert. Seit Juni 1992 sind die Präventivmaßnahmen Gegenstand des novellierten Gesetzes über die Krankenversicherung und den Gesundheitssektor. Außer den in diesem Gesetz enthaltenen Bestimmungen hat Luxemburg noch kein eigenständiges und umfassendes Präventionsprogramm ausgearbeitet.

10. Niederlande

Die Präventionspolitik in den Niederlanden beruht auf mehreren Programmen. Zur Krankheitsverhütung gibt es nationale Impfprogramme, Reihenvorsorgeuntersuchungen, systematische Vorsorgeuntersuchungen zur

Früherkennung von Gebärmutterhals- und Brustkrebs sowie Beratungseinrichtungen für Mütter mit Kleinkindern. Eine systematische Weiterbildung in Fragen der Prävention wird gegenwärtig eingeführt, insbesondere für Allgemeinmediziner. Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung umfassen zahlreiche Aktivitäten, wie nationale Kampagnen zur Gesundheitserziehung, Konferenzen über Gesundheit in der Schule und am Arbeitsplatz sowie psychologische Betreuung vor allem für besonders gefährdete Gruppen wie ältere Menschen, geschiedene Paare, Kinder usw. Die Gesundheitserziehung konzentriert sich auch auf übermäßigen Alkoholkonsum, Tabakkonsum und Drogenmißbrauch. Intersektorielle Aktionen werden im beruflichen Umfeld durchgeführt, vor allem zum Themenkomplex Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz u. a.

Die Durchführung der Präventivmaßnahmen obliegt nationalen Fachinstitutionen, kommunalen Gesundheitsämtern, regionalen Stellen für psychische Gesundheit, regionalen Suchtstellen und Sachverständigen aus dem Basisgesundheitsdienst.

Die Krankheitsverhütung wird von den Krankenkassen finanziert.

11. Portugal

Mittelfristiges Ziel der portugiesischen Präventionsstrategie ist die Hebung des Niveaus der öffentlichen Gesundheit mittels Kampagnen gegen Krebs, Drogenmißbrauch und Aids sowie durch die Verhütung von Schlaganfällen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die allgemeine Unfallverhütung und die Suizidprävention durch verbesserte Hilfe für ältere Menschen, Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus zielt die Strategie auf eine Verbesserung der Bedingungen und Arbeitsweise des Gesundheitssystems ab. Dies soll geschehen durch die Erhöhung der Anzahl der Krankenhausbetten für chronisch Kranke, die Verbesserung oder Erneuerung von Einrichtungen der Gesundheitsdienste sowie die Rationalisierung und bessere Verteilung des medizinischen Personals. Das Gesundheitsministerium führt spezifische Programme zu folgenden Themenbereichen durch: Bekämpfung von Diabetes mellitus und Bluthochdruck, Impfung, Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche, Mütterbetreuung, Zahnmedizin, Schulärzte, Gesundheitserziehung sowie ein nationales Krebsprojekt, Drogenverhütung und Aids.

Die Präventionspolitik wird in Portugal vom Ministerium für Gesundheitswesen koordiniert und ist im Gesetz über den Nationalen Gesundheitsdienst verankert. Das Gesundheitsministerium wird vom Nationalen Gesundheitsrat beraten, der sich aus Gesundheitsexperten aller Parteien zusammensetzt. Der Nationale Gesundheitsrat spricht unter Mitwirkung zahlreicher Beratungsgremien Empfehlungen zur Gesamtstrategie aus.

12. Vereinigtes Königreich

Die Präventionspolitik im Vereinigten Königreich besteht aus vier Teilen:

- Screening- und Immunisierungsprogramme, darunter systematische Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhals- und Brustkrebs sowie Immunisierung aller Kinder gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Polio, Masern, Mumps, Röteln, BCG und HIB;

- spezifische Gesundheitsinitiativen wie die im Juli 1992 für England gestartete Maßnahme "Gesundheit der Nation", die fünf nationale Prioritäten aufstellte und 27 Ziele setzte. Die Schwerpunkte sind koronare Herzkrankheit und Schlaganfall, Krebs, psychische Krankheiten, Unfälle, sowie HIV/Aids und der Bereich Sexualität (einschließlich Familienplanung). Grundlage für die Durchführung dieser Initiative soll das Engagement aller Regierungsstellen, die Bildung von "Gesundheitsbündnissen" auf nationaler und lokaler Ebene, das Eingreifen im geeigneten Umfeld und die Verbesserung der Gesundheitsüberwachung und der Evaluation der Auswirkungen sein.
- Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und -erziehung. Im Rahmen der Strategie "Gesundheit der Nation" wurden für England Prioritäten gesetzt für die Tätigkeit der Behörde für Gesundheitserziehung (Health Education Authority), sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene, für Gesundheitsförderung als ausdrücklich erwähnter Bestandteil in den Verträgen von Allgemeinärzten und für eine ausgedehnte Gesundheitsförderung innerhalb des Gesundheitsdienstes. Daneben gibt es Präventivmaßnahmen in den Bereichen Rauchen, Alkohol, Drogenmißbrauch, Ernährung, Familienplanung und Zahnmedizin.
- Maßnahmen im Bereich Umweltgesundheit und öffentliche Gesundheit, darunter Aktionen zu den Themen Sicherheit von Arzneimitteln, Konsumgütern und Umwelt, Förderung von Lebensmittelhygiene auf nationaler und lokaler Ebene sowie Bekämpfung und Überwachung Übertragbarer Krankheiten.

Anhang II

Gemeinschaftspolitiken und -instrumente mit direktem Bezug zum Gesundheitsschutz

1. Überblick

Gesundheit und Umwelt

Ende des 19. Jahrhunderts war in ganz Europa der enge Zusammenhang zwischen dem Umweltaspekt der öffentlichen Gesundheit und der Notwendigkeit einer Intervention von Regierungsseite bekannt, und die Maßnahmen auf internationaler Ebene hatten bereits begonnen. Die Bemühungen der Europäischen Gemeinschaft um "Erhaltung und Schutz der Umwelt sowie Verbesserung ihrer Qualität" und somit um den "Schutz der menschlichen Gesundheit" sind eine Fortsetzung dieser internationalen Aktivitäten, denen die legislativen Befugnisse der Gemeinschaft und ihre finanziellen Mittel für die Durchführung größeren Einfluß und Wirksamkeit verleihen. Die neueste umfassende Beschreibung der Umweltmaßnahmen der Gemeinschaft findet sich in "Für eine dauerhafte und umweltgerechte Entwicklung", einem Programm der Europäischen Gemeinschaft für Umweltpolitik und Maßnahmen im Hinblick auf eine dauerhafte und umweltgerechte Entwicklung (KOM(92) 23 endg. (02), das der Rat am 1. Februar 1993 angenommen hat. Dieses Programm enthält weitere Vorschläge zur Verbesserung der Wasser-, Luft- und Bodenqualität, zur Kontrolle von Gefahrstoffen und Industrietätigkeiten sowie zur Strahlenüberwachung und zur Eindämmung von Umweltverschmutzung und Müllaufkommen.

Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz

Die Annahme der Einheitlichen Europäischen Akte (1986) und die Aufnahme von Artikel 118 a gaben den Gemeinschaftsbemühungen um die Verbesserung von Gesundheitsschutz und Sicherheit der Arbeitnehmer und um die Eindämmung der Gefährdung durch krebserregende Stoffe und andere Gefahrstoffe sowie durch Arbeitsunfälle großen Aufschwung. Das Engagement der Gemeinschaft auf diesem Gebiet hatte seinen Ursprung in dem Bemühen um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, das im Vertrag über die Gründung der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (April 1951) verankert ist und durch die Sozialvorschriften (Titel III) des EWG-Vertrags und die Gesundheitsschutzbestimmungen im Vertrag zur Gründung der Europäischen Atomgemeinschaft bekräftigt wurde. Seit 1977 wurden wichtige Maßnahmen verabschiedet, vor allem im Jahr 1980, aber ein wirklich entscheidender Schritt für das Engagement der Gemeinschaft wurde 1989 unternommen, als eine Rahmenrichtlinie (89/391/EWG) zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit verabschiedet wurde. In diesem Rahmen wurde eine große Anzahl weiterer Gemeinschaftsmaßnahmen angenommen. Dadurch wurde die Gemeinschaft zur treibenden Kraft auf den Gebieten Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Einige dieser Maßnahmen sind eng mit den gesundheitspolitischen Maßnahmen der Gemeinschaft im Bereich Toxikologie und Giftinformationszentren verbunden¹.

¹ Entschlieung des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten vom 3. Dezember 1992 zur Verbesserung von Prävention und Behandlung akuter Vergiftungen beim Menschen (90/C 329)

Gesunde Nahrung für eine gesunde Bevölkerung

Die Forderung nach Lebensmitteln, die unbedenklich, nicht kontaminiert und der Gesundheit zuträglich sind, hat nicht nur zu Pflanzenschutz- und veterinärmedizinischen Kontrollen geführt, sondern auch zu Anforderungen an die Zusammensetzung von Lebensmitteln, die Verwendung von Lebensmittelzusatzstoffen, Konservierungsmitteln usw. sowie an die mit der Etikettierung zu liefernden Informationen. Diese Angelegenheiten sind Gegenstand einer Reihe von Vorschriften zum Binnenmarkt und gehen bis ins Jahr 1962 zurück. In letzter Zeit (seit etwa der Mitte der 80er Jahre) gilt das Interesse mehr und mehr dem Nährwert von Lebensmitteln und Lebensmittelzusatzstoffen zur Gesundheitsförderung. Das Anliegen der öffentlichen Gesundheit ist es derzeit, Nahrungsmittel zu vermeiden, die mit den weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten wie Krebs und den kardiovaskulären Erkrankungen in Zusammenhang stehen, und durch Gesundheitserziehung und eindeutige Deklaration der Nahrungsmittelinhaltsstoffe die vernünftige Auswahl von Speisen zu erleichtern. Zu diesem Zweck hat die Kommission im Rahmen des Programms "Europa gegen Krebs"² eine großangelegte Ernährungsstudie in Auftrag gegeben.

Verbraucherschutz

Die Bevölkerung muß auch vor anderen Produkten und vor den potentiell gesundheitsschädlichen Wirkungen einiger Dienstleistungen geschützt werden. Darunter fallen nicht nur medizinische Produkte wie Arzneimittel³ und medizinische Geräte⁴, sondern auch die ganze Palette von potentiell gefährlichen Gütern, die auf dem Markt erhältlich sind. Die gemeinschaftlichen Maßnahmen zur Sicherung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus bezüglich der genannten Produkte reichen dabei von allgemeinen Richtlinien nach der neuen Konzeption, für medizinische Geräte, persönliche Schutzausrüstungen, Maschinen, Spielzeug⁵ usw., sowie Richtlinien und Maßnahmen, die sich auf Verbraucherinformation, allgemeine Produktsicherheit und Unfallüberwachung⁶ beziehen.

Forschung und Informationstechnologie

Grundlegend für die Entwicklungen der öffentlichen Gesundheitspolitik sind Forschungsergebnisse über Ätiologie, Übertragungsmodus und Prävention von Krankheiten und die Anwendung von modernen Informationstechnologien. Die aufeinanderfolgenden Gemeinschaftsprogramme für Medizin- und Gesundheitsforschung beinhalten bereits seit ihrer

² European Prospective Investigation of Cancer, Nutrition and Health (EPIC) (Europäische prospektive Studie über Krebs, Ernährung und Gesundheit) 1998/9 - 1998

³ Richtlinien 65/65 und 75/318 des Rates sowie anschließende Rechtsvorschriften

⁴ Richtlinie 90/385/EWG des Rates vom 20.06.1990 (ABl. Nr. L 189 vom 20.7.1990) und Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14.6.1993 (ABl. Nr. L 169 vom 12.7.1993)

⁵ Richtlinie 88/378 vom 3.5.1988 (ABl. Nr. L 187 vom 16.7.1988)

⁶ Richtlinie 92/59 des Rates

Auflegung im Jahr 1978 wichtige Maßnahmen zur Krankheitsverhütung. Dies gilt auch für das laufende BIOMED-Programm. Die Programme und Modellvorhaben der Gemeinschaft im Bereich Informationstechnologie und Telematik, die oft in Zusammenarbeit mit der WHO und dem Europarat durchgeführt werden, befassen sich u. a. auch mit der Überwachung kongenitaler Erkrankungen, der Anwendung der Informatik in der Medizin (AIM), mit Versorgungssystemen (Statistik, Frühwarnsysteme, Lebensmittelsicherheit und Arzneimittelüberwachung) und mit Epidemiologie.

Soziale Sicherheit

Die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme ermöglicht den Versicherten unter bestimmten Umständen mit Hilfe des Formulars E111 (Verordnung 1408/71/EWG) Zugang zur Gesundheitsversorgung in anderen Ländern der Gemeinschaft.

Die Anerkennung des Rechts, unabhängig von den persönlichen Mitteln, Systeme zum Schutz der menschlichen Gesundheit in Anspruch zu nehmen, ist in der Empfehlung des Rates 92/442/EWG über die Annäherung der Ziele und der Politiken im Bereich des sozialen Schutzes festgelegt. Der Zugang zu Systemen zum Schutz der menschlichen Gesundheit kann gewährleistet werden entweder durch ein Gesundheitsversicherungssystem, das Personen aller Einkommensstufen unabhängig von ihrem individuellen Risikoprofil offensteht, oder durch kostenlose Erbringung von Gesundheitsversorgung und Prävention im Rahmen eines öffentlichen Gesundheitswesens.

Gesundheitsberufe

Die Gesundheitsberufe und die Angestellten von staatlichen Stellen und nichtstaatlichen Organisationen, die für die Erbringung von Gesundheitsleistungen verantwortlich sind, spielen eine Schlüsselrolle in der Beratung und Information zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und der Krankheitsverhütung. Gemeinschaftsmaßnahmen zur gegenseitigen Anerkennung von beruflichen Befähigungsnachweisen der Mitgliedstaaten und zur Förderung der Zusammenarbeit und der Ausbildung auf Hochschulebene und in Ausbildungsstätten leisten in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag. Die Gemeinschaftsprogramme zur Bekämpfung von Krebs und Aids enthalten Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildung für das auf diesem Gebiet tätige Gesundheitspersonal.

Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung

Die Maßnahmen der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit gehen seit Mitte der 80er Jahre über den Schutz vor Umweltgefahren und gesundheitlichen Gefährdungen am Arbeitsplatz hinaus und zielen nunmehr auf die Anregung und Koordinierung von Maßnahmen zur Bekämpfung von weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten und zur positiven Gesundheitsförderung ab.

Das Gemeinschaftsprogramm zur Krebsbekämpfung (1987 - 1989) war das erste große Präventionsvorhaben. Das Programm "Europa gegen den Krebs" konzentrierte sich auf Aktionen auf speziellen Gebieten, wie Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährungsgewohnheiten, Exposition gegenüber krebserzeugenden Stoffen und gegenüber Sonnenstrahlen. Es gab den Anstoß zu geeigneten Vorsorgeprogrammen und zur Aufklärung über die Früherkennung und sorgte für die Verbreitung eines zehnteiligen

umfassenden Europäischen Kodex gegen Krebs in der breiten Öffentlichkeit. Gestützt auf Bestimmungen über den Binnenmarkt, erließ die Gemeinschaft Rechtsvorschriften für Tabak, um die Etikettierung von Tabakerzeugnissen und den Teergehalt von Zigaretten zu verbessern und zu kontrollieren. Eine Empfehlung über das Rauchen an öffentlichen Plätzen wurde angenommen; ein Vorschlag für eine Richtlinie zum Verbot der Tabakwerbung wird derzeit diskutiert. Ein weiteres Programm zur Krebsbekämpfung wurde zur Fortführung der Aktionen von 1990 bis 1994 angenommen, und es hat bereits nach der Hälfte des Durchführungszeitraums seinen Wert und seine Wirksamkeit unter Beweis gestellt und gezeigt, daß sein Beispiel Schule macht und in welchem Ausmaß es mit Hilfe seiner Partner auf allen Ebenen zur Sensibilisierung beigetragen hat.

Als der politische Druck und die Entwicklungen auf dem Gesundheitssektor nach einem Tätigwerden der Gemeinschaft verlangten, folgten bald weitere große gesundheitspolitische Programme. Das Programm "Europa gegen Aids" (1991 - 1993) hat zehn Aktionsschwerpunkte. Wie beim Krebs, zielten auch hier einige Aktionen auf die Sensibilisierung der Öffentlichkeit, die Verbesserung der Gesundheitserziehung und die Zusammenarbeit mit den Forschungsprogrammen der Gemeinschaft ab. Um dem besonderen Charakter der Krankheit Rechnung zu tragen, wurden auch andere, neue Elemente aufgenommen, wie soziale Betreuung und Beratung, Schätzungen der in Zusammenhang mit HIV-Infektionen anfallenden Kosten und Bemühungen zum Abbau der Diskriminierung von HIV-infizierten Personen. Im Anschluß an die Evaluierung der im Rahmen des Programms durchgeführten Aktionen durch den Rat und in Vorwegnahme des Inkrafttretens des Vertrags über die Europäische Union haben der Rat und die im Rat vereinigten Minister für das Gesundheitswesen eine Verlängerung des Programms bis Ende 1994 gefordert.

Der europäische Plan zur Drogenbekämpfung befaßt sich in einem besonderen Teil mit gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage. Vorgesehen sind der Informationsaustausch, die Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit und die Unterstützung von Pilotprojekten zur Prävention. Die "Europäische Woche der Suchtprävention" ist ein wichtiges Instrument zur Förderung der Kooperation und zur Bewußtseinsbildung.

Damit die Öffentlichkeit über Leitlinien wie den europäischen Kodex gegen Krebs unterrichtet ist und sich dementsprechend verhalten kann, ist ein langfristiges Programm zur Gesundheitsförderung und -erziehung sowie die Übermittlung einschlägiger Informationen notwendig. Das WHO-Programm "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" unterstrich diesen Ansatz, und die Maßnahmen der Gemeinschaft zur Gesundheitserziehung, die sowohl von den Bildungsministern als auch von den Gesundheitsministern verabschiedet wurden, befassen sich ebenfalls mit diesem Thema. Im Rahmen der Gemeinschaftsprogramme zur Krebs- und Aidsbekämpfung und der Maßnahmen gegen Drogenmißbrauch sind auch Kampagnen gestartet worden, die auf eine Verhaltensänderung der Bevölkerung abzielen.

Sonstige Aspekte

Es gibt selbstverständlich noch andere Aspekte der gesundheitspolitischen Aktivitäten der Gemeinschaft. Gute Beispiele sind die Maßnahmen zur Förderung der Selbstversorgung mit Blut und Plasma aus freiwilligen, unentgeltlichen Spenden und zur Weiterentwicklung der Produktion von Blutderivaten aus diesen Spenden. Aktionen haben auch auf den Gebieten

Toxikologie zum Zweck des Gesundheitsschutzes, Verbesserung von Prävention und Behandlung akuter Vergiftungen beim Menschen, Entwicklung eines Europäischen Notfallausweises und in einigen anderen Bereichen stattgefunden, nicht nur in der öffentlichen Gesundheit, sondern auch als Teil anderer Gemeinschaftspolitiken.

2. Aufstellung der Gemeinschaftsinstrumente mit direktem Bezug zum Gesundheitsschutz

- EWG-Vertrag:

(1951 - 1957): implizite Anerkennung der Belange der öffentlichen Gesundheit durch Bezugnahme auf die "beschleunigte Hebung der Lebenshaltung"; viele Artikel nehmen indirekt Bezug auf den Gesundheitsschutz

- Euratom-Vertrag:

(1957): sieht vor:

- Festsetzung von Grundnormen in der Gemeinschaft für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung und der Arbeitskräfte gegen die Gefahren ionisierender Strahlungen (Kap. III)
- Sicherheitsüberwachungen und Ausbildung von Inspektoren (Kap. VII)
- Abschluß von Abkommen und Vereinbarungen mit zwischenstaatlichen Einrichtungen und dritten Staaten (Kap. X)

- Mit Annahme der Einheitlichen Akte:

(1986): Einführung einer spezifischen Rechtsgrundlage für Gesundheit, Sicherheit, Umweltschutz und Verbraucherschutz: Artikel 100 a Absatz 3; Artikel 118 a (Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer); Umwelt (Artikel 130 r, 130 s, 130 t)

- Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz:

(1977/1978): Erlaß der ersten Richtlinie des Rates über die Sicherheitskennzeichnung und der Richtlinie über Vinylchlorid-Monomer (gestützt auf Artikel 100 des EWG-Vertrags).

1980: Richtlinie des Rates zum Schutz der Arbeitnehmer vor der Gefährdung durch chemische, physikalische und biologische Arbeitsstoffe bei der Arbeit (Artikel 100)

1989: Erlaß der Rahmenrichtlinie 89/391/EWG über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (Artikel 118 a) sowie zwölf weiterer Richtlinien über besondere Aspekte der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz

- Umwelt:

EWG-Vertrag: Artikel 130 r, 130 s, 130 t

1) **Gefährliche Stoffe, industrielle Risiken und Biotechnologie,**
z. B.:

1967: Richtlinie 67/548/EWG des Rates über die Einstufung, Verpackung und Kennzeichnung gefährlicher Stoffe (ABl. Nr. L 196 vom 16.8.1967, S. 1)

1976: Richtlinie des Rates über die Beschränkungen des Inverkehrbringens und der Verwendung gewisser gefährlicher Stoffe und Zubereitungen (ABl. Nr. L 262 vom 27.9.1976, S. 201)

1982: Richtlinie des Rates über die Gefahren schwerer Unfälle bei bestimmten Industrietätigkeiten (ABl. Nr. L 230 vom 5.8.1982, S. 1)

1993: Richtlinie des Rates über Grundsätze für die Bewertung der Risiken von Stoffen für Mensch und Umwelt

2) **Luft, z. B.:**

1970: Richtlinie des Rates über Maßnahmen gegen die Verunreinigung der Luft durch Abgase von Kraftfahrzeugmotoren mit Fremdzündung (ABl. Nr. L 76 vom 6.4.1970, S. 1)

1982: Richtlinie des Rates betreffend einen Grenzwert für den Bleigehalt in der Luft (ABl. Nr. L 378 vom 31.12.1982, S. 15)

1985: Richtlinie des Rates über Luftqualitätsnormen für Stickstoffdioxid (ABl. Nr. L 87 vom 27.3.1985, S. 1)

3) Richtlinien über **Abfälle** (ABl. Nr. L 194 vom 25.7.1975, S. 39), über die Behandlung von kommunalem Abwasser (ABl. Nr. L 135 vom 30.5.1991, S. 40), zur Bekämpfung der Luftverunreinigung durch Müllverbrennungsanlagen (ABl. Nr. L 163 vom 14.6.1989, S. 32; ABl. Nr. L 203 vom 15.7.1989, S. 50)

4) **Lärm** (Kraftfahrzeuge, Luftfahrzeuge, Baugeräte und Baumaschinen, Haushaltsgeräte usw.) (ABl. Nr. L 42 vom 23.2.1970, S. 16)

5) **Wasser** (Qualität des Oberflächensüßwassers für die Trinkwassergewinnung, Badegewässer) (ABl. Nr. L 347 vom 17.12.1973, S. 1)

- **Verbraucherschutz**

Lebensmittel

Bereits seit 1962: Erlass von Richtlinien des Rates über Zusatzstoffe in Lebensmitteln für den menschlichen Verzehr (gestützt auf Artikel 100 des EWG-Vertrags). 1969 Einsetzung des Ständigen Lebensmittelausschusses; 1974 Einsetzung des Wissenschaftlichen Lebensmittelausschusses, der ein Verzeichnis der Zusatzstoffe und ihrer Verwendungsbedingungen erstellt.

1985: Richtlinie des Rates über ein Verbot bestimmter Stoffe mit hormonaler Wirkung

1989: Richtlinie des Rates über die amtliche Lebensmittelüberwachung und Richtlinie des Rates zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über Lebensmittel, die für eine besondere Ernährung bestimmt sind (gestützt auf Artikel 100 a Absatz 3 des EWG-Vertrags).

1990: Richtlinie des Rates über tiefgefrorene Lebensmittel
Richtlinie des Rates über die Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln
Richtlinie des Rates über Materialien und Gegenstände aus Kunststoff, die dazu bestimmt sind, mit Lebensmitteln in Berührung zu kommen.

Sonstige:

1989: Entscheidung des Rates über ein gemeinschaftliches System zum raschen Austausch von Informationen über die Gefahren bei der Verwendung von Konsumgütern (Artikel 235).

1988: Richtlinie des Rates über die Sicherheit von Spielzeug

1991: Richtlinie des Rates über die Kontrolle des Erwerbs und des Besitzes von Waffen

1992: Richtlinie über die allgemeine Produktsicherheit.

Arzneimittel

1965 nahm der Rat die erste Richtlinie zur Angleichung der Rechtsund Verwaltungsvorschriften über Arzneispezialitäten an, gestützt auf Artikel 100 des EWG-Vertrags.

1975: Einsetzung eines Pharmazeutischen Ausschusses und des Ausschusses für Arzneispezialitäten; Richtlinie des Rates über die Vorschriften und Nachweise über Versuche mit Arzneispezialitäten.

1987: Richtlinie des Rates zur Angleichung der einzelstaatlichen Maßnahmen betreffend das Inverkehrbringen technologisch hochwertiger Arzneimittel und Richtlinie des Rates zu den Versuchen mit Arzneispezialitäten im Hinblick auf deren Inverkehrbringen.

1989: Richtlinie 89/342/EWG über Impfstoffe, 89/343/EWG über nuklearmedizinische Arzneimittel, 89/381/EWG über Blutderivate und 89/105/EWG betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch (Artikel 100 a)

1991: Richtlinie der Kommission zur Festsetzung einer Guten Herstellungspraxis für Arzneimittel sowie der Prüfanforderungen für Arzneimittel.

1992: Richtlinien des Rates über den Großhandel und die Klassifizierung von Arzneimittel für den menschlichen Gebrauch im Hinblick auf Lieferung, Kennzeichnung und Werbung (Artikel 100 a).

1993: Verordnung des Rates (EWG) Nr. 2309/93 (Artikel 235 des EWG - Vertrags) und Richtlinien des Rates 93/39/EWG und 93/40/EWG (Artikel 100 a) zur Einrichtung einer Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln sowie zur Schaffung neuer Gemeinschaftsverfahren für die Registrierung von Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und die Veterinärmedizin.

- **Freizügigkeit**

1964: Richtlinie 64/221/EWG des Rates zur Koordinierung der Sondervorschriften für die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern, soweit sie aus Gründen der öffentlichen Ordnung, Sicherheit oder Gesundheit gerechtfertigt sind (Artikel 56 Abs. 2 des EWG-Vertrags).

- **Medizinische Tätigkeiten und medizinische Hilfstätigkeiten**

1975: Einsetzung eines Ausschusses hoher Beamter für das öffentliche Gesundheitswesen

Richtlinie für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Arztes (Artikel 49, 57 und 66 des EWG-Vertrags)

Richtlinie zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten des Arztes (Artikel 49, 57, 66 und 235 des EWG-Vertrags)

Im Anschluß daran:

Richtlinie des Rates über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Krankenschwester und des Krankenpflegers (1977); des Zahnarztes (1978); der Hebamme (1980); des Apothekers (1985) und des praktischen Arztes (1986).

- **Medizinische Geräte**

Der Rat hat mehrere Richtlinien angenommen über den Schutz der Gesundheit und Sicherheit von Personen im Hinblick auf das Inverkehrbringen von medizinischen Geräten:

- Richtlinie 84/539/EWG über in der Humanmedizin und der Veterinärmedizin eingesetzte elektrische Geräte
- Richtlinie 90/385/EWG über aktive implantierbare Geräte
- Richtlinie 93/42/EWG über Medizinprodukte

Anhang III

Gesundheitsschutz als Bestandteil anderer Gemeinschaftspolitiken

* Zusammenarbeit in den Bereichen Recht und Inneres:

Personenkontrollen an Außengrenzen, Zuwanderung, Drogen und Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

* Bürgerrechte:

Beitritt zur Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte.

Datenschutz.

* Äußere Angelegenheiten:

- PHARE und TACIS; Drogenprogramm der Vereinten Nationen.
- Beziehungen zu internationalen Organisationen: Europarat, WHO, FAO, OECD, IOM, UNESCO, UNDCP, IAEO, UN.
- Anerkennung des Europäischen Arzneibuchs
- Zusammenarbeit mit Drittländern: EFTA, mittel- und osteuropäische Staaten, Mittelmeerländer, Lateinamerika, Nordamerika usw.
- Verhandlungen mit ASEAN-Ländern betreffend die illegale Herstellung von Drogen und Psychopharmaka.
Überwachung des innergemeinschaftlichen und internationalen Handels mit Suchtstoffen und psychotropen Substanzen.

* Binnenmarkt:

Qualität, Sicherheit und Hygiene von Lebensmitteln, Warnsystemen, Etikettierung, Zusatzstoffe, Farbstoffe, Kontaminanten, Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit, Verpackung.

Medizinische Geräte, Standardisierung (z. B. In-vitro-Diagnose), Arzneimittel, kosmetische Mittel, Suchtstoffe und ihre Ausgangsstoffe.

Gefährliche Stoffe und Zubereitungen: Einstufung und Kennzeichnung, Düngemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel.

Regelung der Qualifikationen von (Gesundheits-)Fachkräften.

* Wettbewerb:

Arzneimittelpreise, Systeme der sozialen Sicherheit.

* Soziale Angelegenheiten:

Frauen und Gesundheit, sozialer Schutz, Behinderte, ältere Menschen, Migranten, Armut, Gesundheitsschutz von Arbeitnehmerern, Europäischer Sozialfonds.

* Allgemeine und berufliche Bildung:

ERASMUS, Maßnahmen für junge Menschen und Gesundheitspersonal.

* **Landwirtschaft:**

Qualität und Gesundheit von Pflanzen, Tieren und Sonderkulturarten (Obst und Gemüse, Wein, Alkohol, Tabak usw.); Hygienevorschriften für Fisch, Schalentiere, Milch und Milchprodukte.

Förderung des Verzehrs von Olivenöl, Milchprodukten, Obst und Gemüse.

Veterinärmedizinische und Pflanzenschutzkontrollen innerhalb und außerhalb der Gemeinschaft.

* **Fischerei**

Qualität von Erzeugnissen der Fischerei und Aquakultur.

Förderung des Verbrauchs von Erzeugnissen der Fischerei und Aquakultur.

Förderung hygienischer Produktions-, Verbrauchs- und Verkaufsbedingungen bei Erzeugnissen der Fischerei und Aquakultur.

* **Verkehr:**

Verkehrssicherheit, Verhütung von Unfällen, insbesondere von Verkehrsunfällen in Zusammenhang mit Alkohol, Unfalldatenbank.

* **Entwicklung:**

Kooperationsmaßnahmen bei Reformen von Gesundheitssystemen sowie Programme und Projekte zur Unterstützung der Entwicklung im Bereich Gesundheit.

Aidskampagne.

Forschungs- und Entwicklungsprogramme "Wissenschaft und Technik im Dienste der Entwicklung", Teilprogramm "Ärztliche Versorgung, Gesundheitswesen und Ernährung in den tropischen und subtropischen Gebieten".

* **Kultur, Kommunikation und Information:**

Europa der Bürger: auf junge Menschen ausgerichtete Maßnahmen, z. B. in den Bereichen Drogen, Aids, Sport.

* **Umwelt:**

Nukleare Sicherheit und Gesundheitsschutz (EURATOM); Schutz vor sonstigen physikalischen Einwirkungen: Lärm, elektromagnetische Wellen im Niederfrequenzbereich.

Überwachung von gefährlichen chemischen Stoffen und Zubereitungen; Gefahren im Zusammenhang mit Biotechnologie und genetisch veränderten Mikroorganismen.

Überwachung der Emissionen aus Industrieanlagen; Abfallentsorgung. Luft-, Boden-, Wasser- und Trinkwasserqualität.

Zivilschutz.

* **Forschung:**

Referenzbüro der Gemeinschaft.

Nukleare Sicherheit; biologische und gesundheitliche Auswirkungen von Strahlung, Bewertung der Risiken von natürlicher und medizinisch-therapeutischer Strahlung.

Biotechnologie: Neurowissenschaften

BIOMED 1: Analyse des menschlichen Genoms; biomedizinische Ethik; Forschung über Gesundheitsdienste und -technologien sowie verhaltensbedingte Erkrankungen (Aids, Krebs, Drogen), Altern, Qualitätskontrolle. 4. FTE-Programm: Präventive und epidemiologische Erforschung von Krankheiten mit bedeutenden sozioökonomischen Auswirkungen sowie von genetischen Krankheiten. Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitssysteme, der Bedarfseinschätzung sowie der Gesundheitserziehung und -aufklärung. Europäische Gehirnforschung.

★ Telekommunikation und Telematikprogramm:

Programm zur Anwendung der Telematik in der Medizin (AIM), verbesserte Qualitätssicherung und Wirksamkeit von therapeutischen und sozialen Maßnahmen und Basisgesundheitsdiensten, Ressourcenverwaltung, bildgebende Verfahren, Gesundheitsdaten, Rehabilitation, Krankenblätter usw. mit Hilfe von Ergebnissen spezifischer Projekte, konzertierten Aktionen und flankierenden Maßnahmen: RACE, ESPRIT, IMPACT, TIDE.

Telematik-Verwaltungsprogramm (ENS), CARE-Projekt: rascher, effizienter Zugriff auf Gesundheitsstatistiken, Arzneimittelüberwachung
Gesetzlicher Datenschutz (Empfehlung des Europarates).

★ Indirekte Besteuerung:

Destillierte und vergorene Getränke, verarbeiteter Tabak.

★ Tourismus:

★ Verbraucherschutz:

Allgemeine Produktsicherheit, Haftung für Dienstleistungen, EHLASS-Projekt, System zum raschen Austausch von Informationen, Verbraucherinformation und -erziehung.

★ ECHO:

Humanitäre Notfallhilfe für Drittländer.

★ Sozial- und Gesundheitsstatistiken

**ERMITTLUNG DER WEITVERBREITETEN SCHWERWIEGENDEN KRANKHEITEN UND
GESUNDHEITSGEFÄHRDUNGEN IN DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT**

Krankheit/ Gesundheitsgefährdung	Standardisierte Sterbeziffern pro 100 000 oder Inzidenz pro 100 000 (Schätzwerte)	Kosten für das Gesundheitssystem (sowie andere Kosten, z. B. durch Arbeitsunfähigkeit)	Praktische Möglichkeiten der Verhütung	Gemeinschaftlicher Mehrwert (Möglichkeiten der Intervention)	"weitverbreitete schwerwiegende Krankheiten" (ernste Gesundheitsgefährdungen)	Frühere Maßnahmen der Gemeinschaft
<u>KREBS</u>	337	***	***	****	****	****
<u>des Kolons</u>	29					
<u>der Lunge</u>	42					
<u>des Verdauungsorgans</u>	62					
<u>der Brust</u>	33					
<u>der Prostata</u>	19					
<u>KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS</u>	338	****	***	****	****	**
<u>Hypertonie</u>	16					
<u>akuter Herzinfarkt</u>	90					
<u>zerebrovaskuläre Erkrankungen</u>	90					
<u>ischämische Herzerkrankung</u>	137					
<u>ERKRANKUNGEN DER ATEMWEGE</u>		***	***	***	***	**
Bronchitis, Emphysem, Asthma	17					
Kongenitale Anomalien	5	***	****	***	*	**
perinatale Erkrankungen	5	***	****	***	*	**
<u>UNFÄLLE (einschließlich Vergiftungen)</u>	51	****	****	****	****	**
Verkehrsunfälle	15					
Drogen- und Alkoholmißbrauch		***	****	****	****	***
Erkrankungen des Bewegungsapparats		****	***	***	***	**

**** = GROSß *** = MÄßIG ** = GERING* = KEINE

Krankheit/ Gesundheitsgefährdung	Standardisierte Sterbeziffern pro 100 000 oder Inzidenz pro 100 000 (Schätzwerte)	Kosten für das Gesundheitssystem (sowie andere Kosten, z. B. durch Arbeitsunfähigkeit)	Praktische Möglichkeiten der Verhütung	Gemeinschaftlicher Mehrwert (Möglichkeiten der Intervention)	"weitverbreitete schwerwiegende Krankheiten" (ernste Gesundheitsgefährdungen)	Frühere Maßnahmen der Gemeinschaft
Schistosoome		**	**	*	*	*
Hörfehler		*	**	*	*	*
psychiatrische Krankheiten Selbstmord	13	****	**	*	***	*
ernährungsbedingte Störungen, einschließlich Diabetes und Zahnkaries		***	***	***	**	***
AIDS ANDERE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN, etwa: sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose	2.41 (Inzidenz)	*** ***	**** ****	**** ****	*** ***	*** ***
ANSTECKENDE KINDERKRANKHEITEN, etwa: Masern Röteln andere Infektionen im Kindesalter	51 (Inzidenz) 26 (Inzidenz)	**	****	****	*	*
SELTENE KRANKHEITEN, etwa: Thalassemie, Sichelzellenanämie, Rachitis		*	***	***	**	*
ÜBER DIE NAHRUNG ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN z. B. Salmonellenvergiftung		**	****	****	***	*

**** = GROß *** = MÄßIG ** = GERING* = KEINE

ANHANG V

STATISTIKEN

Gesamtausgaben und Ausgaben der öffentlichen Hand für Gesundheitsfürsorge verglichen mit Ausgaben der Mitgliedstaaten der Gemeinschaft 1970, 1980, und 1991.

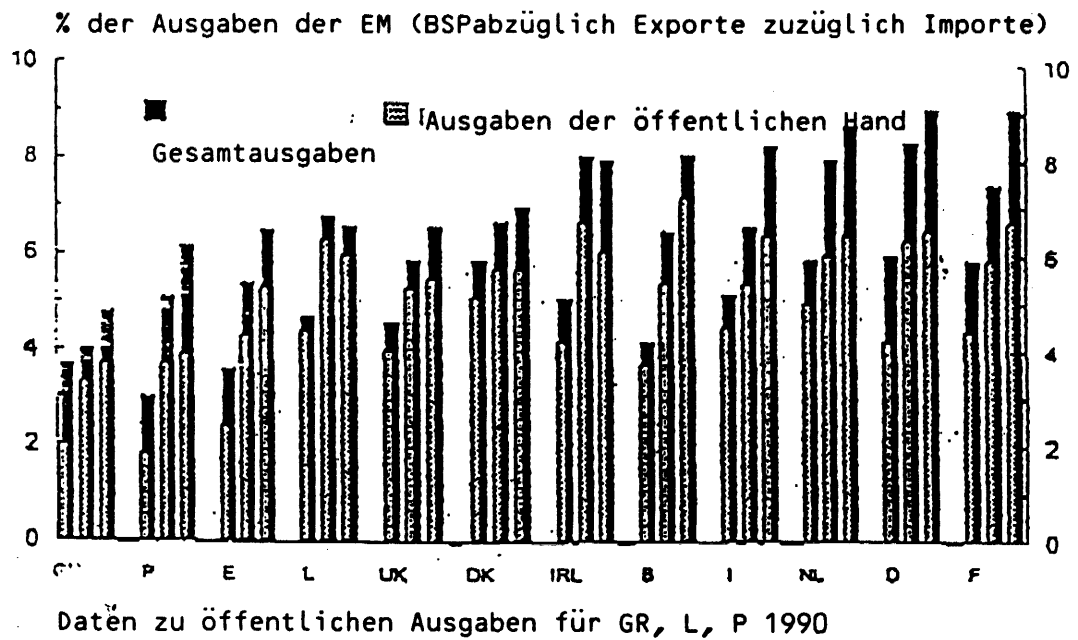


Abbildung 1

Verteilung der Todesursachen im Zeitverlauf - EUR12

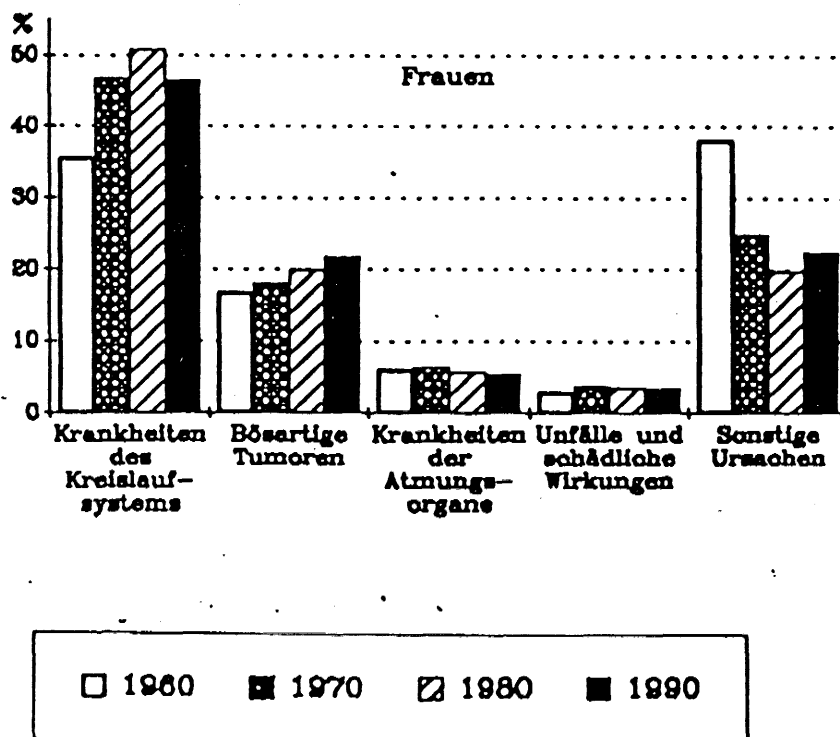
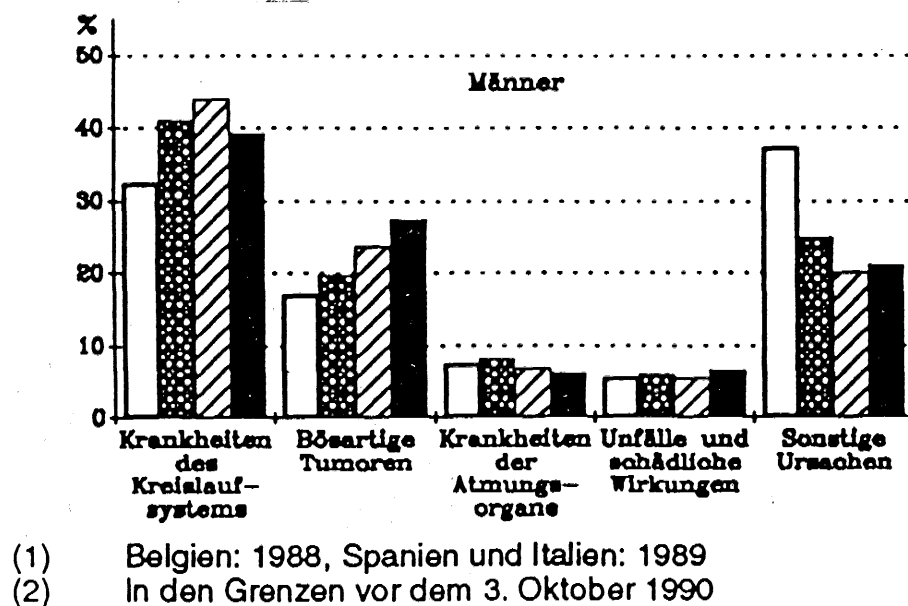


Abbildung 2

Todesursachen nach Altersgruppen - EUR12 - 1989⁽¹⁾

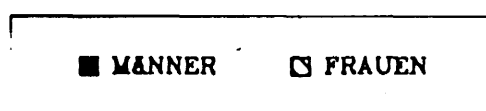
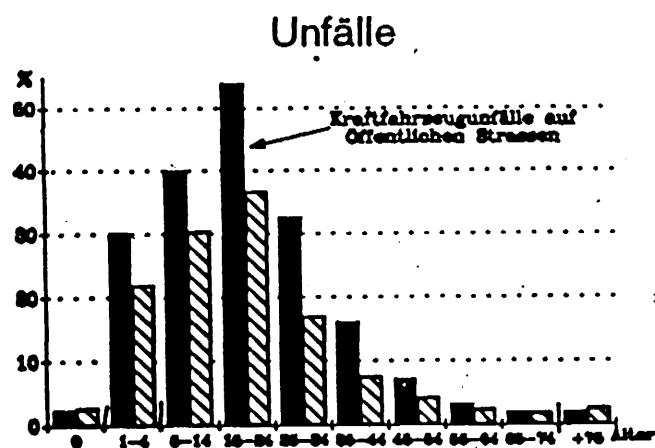
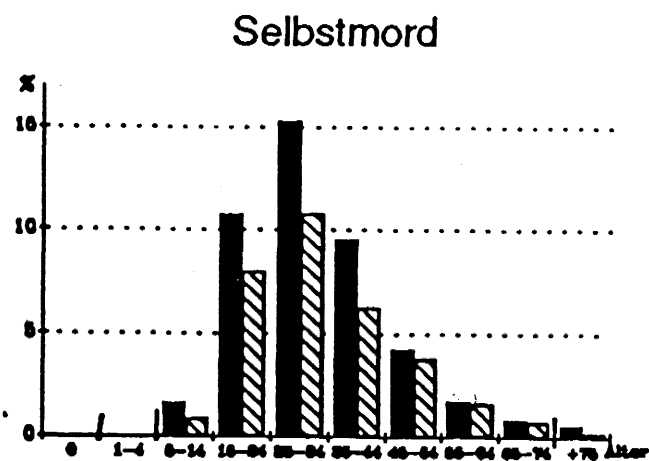
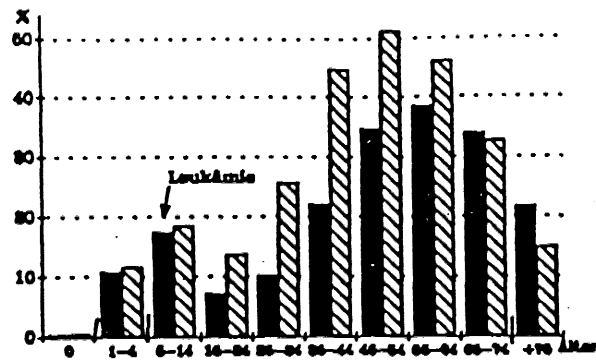
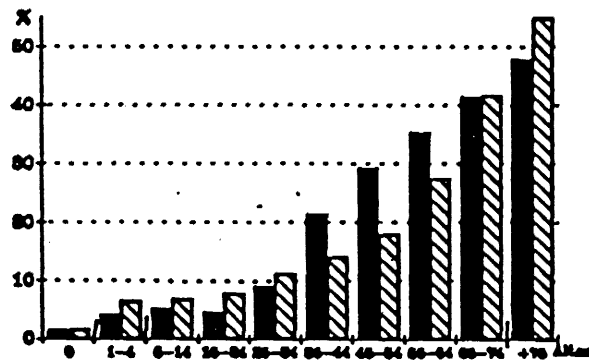


Abbildung 3

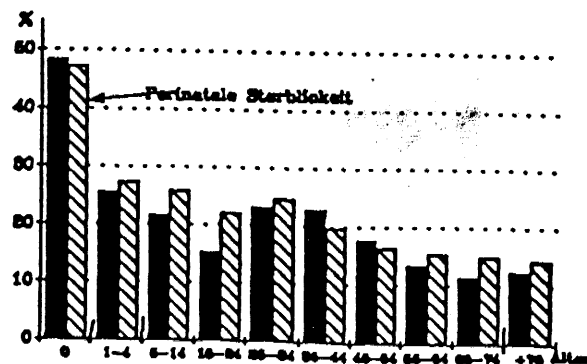
Tumoren



Krankheiten des Kreislaufsystems



Sonstige Ursachen⁽²⁾



1 Belgien : 1986; Spanien : 1987; Italien : 1988

2 Infektiöse und parasitäre Krankheiten, Krankheiten der Verdauungsorgane, der Harn- und Geschlechtsorgane, des Nervensystem des Blutes, der Haut usw.

Abbildung 4

Tabelle 5

Wichtigste Todesursachen nach Alter und Geschlecht in der Europäischen Gemeinschaft

<u>Alter</u>	<u>Männer</u>	<u>Frauen</u>
unter 1	Hypoxie, Asphyxie bei der Geburt und andere Atmungsstörungen	Hypoxie, Asphyxie bei der Geburt und andere Atmungsstörungen
1 - 4	Verkehrsunfälle	Kongenitale Anomalien des Herzens und des Kreislaufsystems
5 - 9	Verkehrsunfälle	Verkehrsunfälle
10 - 14	Verkehrsunfälle	Verkehrsunfälle
20 - 24	Verkehrsunfälle	Verkehrsunfälle
25 - 29	Verkehrsunfälle	Verkehrsunfälle
30 - 34	Verkehrsunfälle	Selbstmord
35 - 39	Selbstmord	Brustkrebs
40 - 44	Akuter Herzinfarkt	Brustkrebs
45 - 49	Akuter Herzinfarkt	Brustkrebs
50 - 54	Akuter Herzinfarkt	Brustkrebs
55 - 59	Akuter Herzinfarkt	Brustkrebs
60 - 64	Akuter Herzinfarkt	Brustkrebs
65 - 69	Akuter Herzinfarkt	Akuter Herzinfarkt
70 - 74	Akuter Herzinfarkt	Akuter Herzinfarkt
75 - 79	Akuter Herzinfarkt	Akuter Herzinfarkt
80 - 84	Akuter Herzinfarkt	Akute zerebrovaskuläre Erkrankung
über 85	Erkrankungen des Lungenkreislaufs und Herzkrankheiten	Erkrankungen des Lungenkreislaufs und Herzkrankheiten

Quelle: Weltgesundheitsorganisation

ISSN 0254-1467

KOM(93) 559 endg.

DOKUMENTE

DE

05

Katalognummer : CB-CO-93-600-DE-C

ISBN 92-77-61141-3
