



WHO

REGIONALBÜRO FÜR EUROPA

BKN 43 559

EUR/ICP/HSC 020
7249s
ORIGINAL: ENGLISCH

PUBLIC HEALTH IM JAHR 2000

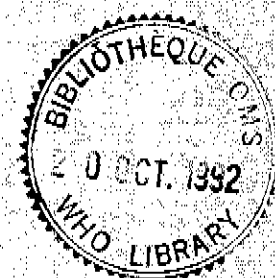
Bericht über eine WHO-Tagung

Kiel
18.-21. November 1991

SCHERFIGSVEJ 8
DK-2100 KOPENHAGEN Ø
DÄNEMARK

TEL.: (45) 39 17 17 17
TELEFAX: (45) 39 17 18 18
TELEX: 15348

1992



EUR/GFA-Ziel 34

Diese Tagung wurde gemeinsam vom WHO-Regionalbüro für Europa und dem Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung veranstaltet. Damit sollen die Bemühungen gefördert werden, die vor allem dem Ziel 34^a der Strategie „Gesundheit für alle“ dienen.

ZIEL 34

MANAGEMENT DER ENTWICKLUNG ZUR „GESUNDHEIT FÜR ALLE“

Bis zum Jahr 2000 sollte es in allen Mitgliedstaaten Managementstrukturen und -prozesse geben, mit denen man die gesundheitliche Entwicklung im Sinne der GFA-Prinzipien inspirieren, leiten und koordinieren kann.

Schlüsselwörter

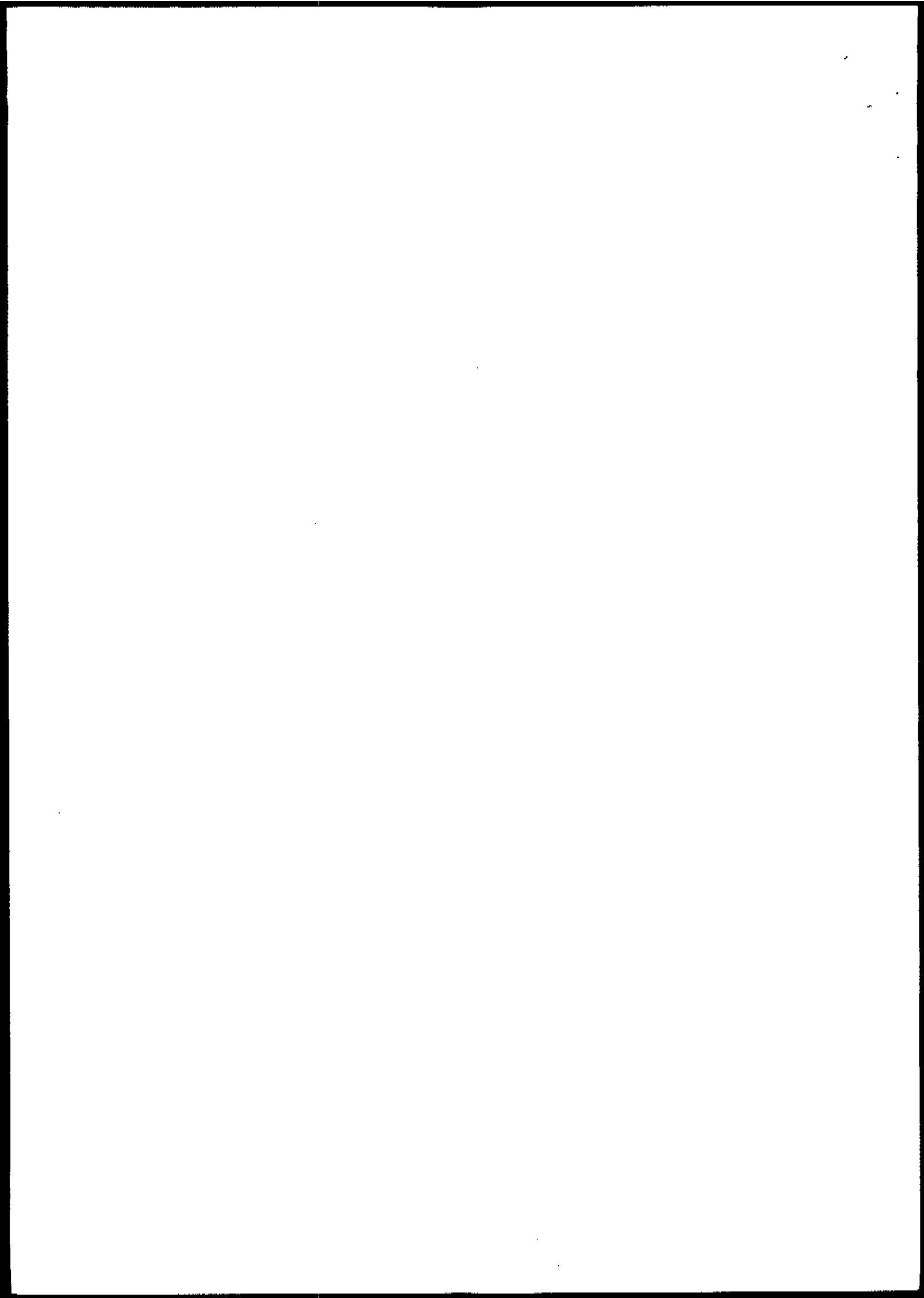
PUBLIC HEALTH — trends
ENVIRONMENTAL HEALTH
HEALTH SERVICES
HEALTH PROMOTION
EPIDEMIOLOGY
HEALTH POLICY
EUROPE

Alle Rechte in diesem Dokument liegen beim WHO-Regionalbüro für Europa. Das Dokument darf jedoch außer zu Verkaufszwecken oder in anderem kommerziellen Zusammenhang ohne vorherige Genehmigung rezensiert, in Auszügen gebracht, vervielfältigt oder übersetzt werden. Name und Zeichen der WHO sind geschützt und dürfen ohne Erlaubnis in keiner Wiedergabe oder Übersetzung benutzt werden. Die in dem Dokument zum Ausdruck gebrachten Ansichten geben ausschließlich die Meinung der namentlich angeführten Autoren wieder. Für ein Exemplar von eventuellen Übersetzungen wäre das Regionalbüro dankbar.

^a Aktualisierung der europäischen GFA-Ziele. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1991 (Dokument EUR/RC41/Inf.Doc./1 Rev.1).

INHALT

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	1
Einleitung	1
Zweck der Tagung	2
Inhaltliche Gestaltung der Tagung	3
Public health in Europa	3
Funktionen und Aufgaben von "Public Health"	4
Umwelt und Gesundheit	5
Gesundheitspolitik und gesundheitspolitische Orientierungshilfe	6
Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung	6
"Public Health" - die Erbringung gesundheitlicher Leistungen	8
Anwaltschaftliches Eintreten und Gesundheitsförderung	9
"Public Health"-Entwicklung auf nationaler und internationaler Ebene	10
Schwerpunkte der Diskussion	11
Fachliche Fragen	11
Organisatorische Fragen	14
Schlußfolgerungen	17
Empfehlungen	17
Anhang 1: Arbeitspapiere	19
Anhang 2: Ziel 34 - Management der Entwicklung zur "Gesundheit für alle"	20
Anhang 3: Teilnehmer	21



Zusammenfassung

Eine Tagung zum Thema "Public Health im Jahr 2000" brachte im November 1991 in Kiel 28 Teilnehmer aus sieben europäischen Ländern zusammen. Die Gruppe befaßte sich mit der Struktur des öffentlichen Gesundheitswesens in Europa und überlegte, in welchen Bereichen eine Weiterentwicklung notwendig wäre. In einer Reihe von Referaten über Umwelt, Gesundheitspolitik, Epidemiologie, Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung wurden die internationalen Aspekte dieser Themen angesprochen, und es wurde gezeigt, wie die einzelnen Bereiche zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

Bestimmte thematische Schwerpunkte bildeten den roten Faden der Tagung. Die Diskussion über Reichweite, Funktion und Kompetenz im Bereich "Public Health" führte die Teilnehmer zu dem Schluß, daß auf allen organisatorischen Ebenen die Fähigkeit, den Gesundheitszustand einer Bevölkerung einschätzen und die zur Verbesserung der Gesundheit und zur Herbeiführung eines Wandels notwendigen Interventionen aufzeigen zu können, von besonderer Bedeutung ist. Die Grundprinzipien sind allgemeingültig, gleichgültig ob sich die Dienstleistungsstruktur stärker an Umweltfragen oder stärker an Belangen der Gesundheitsversorgung orientiert.

Eine erfolgreiche Ausübung dieser Funktionen setzt gute Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten und eine wissenschaftliche Beschäftigung mit Fragen von "Public Health" voraus, was wiederum eine enge Zusammenarbeit zwischen Hochschule und Praxis erforderlich macht.

Die europäischen Länder sind in ihrer "Public Health"-Arbeit unterschiedlich weit fortgeschritten. Alle Länder können voneinander lernen und zur Weiterentwicklung der anderen Länder beitragen. Notwendig ist dafür jedoch eine effektiv organisierte internationale Zusammenarbeit, damit Doppelgleisigkeit, Wiederholung von Fehlern und Verschwendung von knappen Ressourcen und Sachkenntnis vermieden werden.

Die Strategie "Gesundheit für alle" (GFA) bietet einen guten Orientierungsrahmen für die anzustrebenden Fortschritte, denn sie unterstreicht den multisektoral determinierten Charakter von Gesundheit. Die Teilnehmer waren der einhelligen Auffassung, daß die auf breiter Basis eingeführte "Gesundheitsverträglichkeitsanalyse" die Aufmerksamkeit verstärkt auf die gesundheitlichen Auswirkungen der in anderen Sektoren getroffenen Entscheidungen lenken und die richtige Entscheidung wenn vielleicht auch nicht gerade gewährleisten, so doch zumindest stark in den Vordergrund rücken würde.

Die Teilnehmer zeigten sich bestürzt darüber, daß in Europa den ihrer Auffassung nach faszinierenden und attraktiven Gedanken von "Public Health" so relativ geringe politische Unterstützung zuteil wird, sie zogen daraus den Schluß, daß die im Bereich "Public Health" Tätigen ihr politisches Durchsetzungsvermögen und ihre Überzeugungskraft verbessern müßten.

Einleitung

Die vom 18.-21. November 1991 in Kiel, Deutschland, durchgeführte Tagung zum Thema "Public Health im Jahr 2000" wurde gemeinsam vom WHO-Regionalbüro für Europa und dem Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung, WHO-Kooperationszentrum für Public Health-Forschung, veranstaltet und brachte

28 Teilnehmer aus sieben Ländern (Anhang 3) zusammen. Bei einem Empfang sprach der schleswig-holsteinische Gesundheitsminister Jansen über die Zukunft von "Public Health" im Bundesland Schleswig-Holstein und beteiligte sich anschließend an einer offenen Diskussion über Belange von "Public Health" und der Gesundheitsversorgung. Der Direktor des Instituts, Professor Fritz Beske, leitete die Tagung. Dr. Herbert Zöllner übernahm die Sekretariatsfunktionen. Dr. June Crown wurde zur Berichterstatterin gewählt.

Zweck der Tagung

In vielen Ländern wird heute über die Zukunft von "Public Health" diskutiert. Im weitesten Sinne versteht man unter "Public Health" die Gesundheit der Bevölkerung, mit anderen Worten "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" (GFA). Dazu gehören Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung, gesundheitsbezogener Umweltschutz und Gesundheitsversorgungsdienste. Diese Funktionen des Gesundheitssystems werden in den verschiedenen Ländern in unterschiedlicher Kombination und Strukturierung des öffentlichen und privaten Sektors und der freien Wohlfahrtsverbände und in der für das betreffende Land jeweils am besten geeigneten Art und Weise wahrgenommen.

Im engeren Sinne meint "Public Health" die Institutionen auf Landes-, Regional- und Lokalebene mit dem öffentlichen Auftrag,

- die gesundheitliche Entwicklung nach den Konzepten und Prinzipien der "Gesundheit für alle" anzuregen, zu leiten und zu koordinieren,
- als Fürsprecher der "Gesundheit für alle" aufzutreten und auf Wünsche und Bedürfnisse der Bevölkerung einzugehen,
- bei der Festlegung von Zielen, in der strategischen Planung und in der Evaluierung von Langzeitperspektiven auszugehen und aufgeschlossen auf sich wandelnde Verhältnisse zu reagieren,
- die Einschätzung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, die Prävalenz sozialer und umweltbedingter Risiken und die Leistungsbeurteilung im Gesundheitssystem zum Ausgangspunkt der Problemerkennung und Prioritätensetzung zu machen,
- Prozesse in Gang zu setzen, die zum verstärkten sektorübergreifenden Engagement für Investitionen in die Gesundheit und zur Verwirklichung vorrangiger Ziele führen,
- Art, Umfang und Qualität der Gesundheitsversorgung, die die Bevölkerung erwarten kann, zu bestimmen,
- die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Funktionen des Gesundheitssystems an den erzielten gesundheitlichen Resultaten, der Zufriedenheit der Bevölkerung, an ihrer Kostenwirksamkeit und an der Zielverwirklichung zu messen.

Die Teilnehmer dieser interdisziplinären Tagung waren um einen Beitrag zur Diskussion über die künftigen Aufgaben und die Struktur von "Public Health" in den Ländern der Europäischen Region der WHO gebeten worden. Sie befaßten sich mit der Situation von "Public Health" in vier Ländern, und zwar

in der Bundesrepublik Deutschland, in Spanien, in Ungarn und im Vereinigten Königreich. Eingehender erörtert wurden fünf thematische Schwerpunkte, die häufig Bestandteil der Public-Health-Arbeit sind:

- Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung - Gesundheitspolitik und Grundsatzorientierung
- Umwelt und Gesundheit
- anwaltschaftliches Eintreten für die Gesundheit und die Gesundheitsförderung
- Orientierungshilfe für die Gesundheitsdienste.

Abschließend faßten die Teilnehmer ihre Überlegungen zur Weiterentwicklung der bestehenden öffentlichen Gesundheitsdienste zusammen, und dabei insbesondere zur Struktur, zur Personalplanung und zum Personaleinsatz sowie zu Forschungsaufgaben.

Inhaltliche Gestaltung der Tagung

"Public Health" in Europa

Zu Beginn der Tagung waren verschiedene Referate dem Stand von "Public Health" in Europa gewidmet. Dr. Stein verwies auf die Bedeutung einer internationalen, paneuropäischen Perspektive und umriß Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit der Europäischen Gemeinschaft (EG). Noch beschäftige sich die EG nicht sonderlich mit Fragen von "Public Health", obgleich sich Entscheidungen der EG bereits heute auf gesundheitliche Belange auswirkten. Deshalb brauche die EG bessere gesundheitspolitische Analytiker und Berater. Die im Bereich "Public Health" Tätigen sollten wissen, daß die EG über finanzielle Mittel zur Unterstützung von Projekten und Forschungsvorhaben verfügt und daß man sich um Finanzierungshilfen bewerben könne.

Die Teilnehmer aus Deutschland, Spanien, Ungarn und dem Vereinigten Königreich beschrieben die "Public Health"-Modelle ihrer Länder und vertieften damit das allgemeine Verständnis für die Lage und Probleme verschiedener Länder. Das Gesundheitswesen ist sehr unterschiedlich strukturiert. Der Aufbau spiegelt die politischen Rahmenbedingungen wider und richtet sich zudem nach den Organisations- und Finanzierungsmodellen der Gesundheitsversorgung des jeweiligen Landes.

Dr. Weik berichtete, daß sich in Deutschland, bedingt durch die pluralistische, föderative Struktur des Landes, in den einzelnen Bundesländern der öffentliche Gesundheitsdienst in Aufbau und Aufgabenverteilung sowie in der Schwerpunktsetzung für die Arbeit erheblich unterscheidet. Außerdem müsse Deutschland mit den Problemen fertig werden, die sich durch die nach der Vereinigung erfolgte Einbeziehung der neuen Bundesländer ergeben hätten.

Dr. Alderslade erläuterte, daß der öffentliche Gesundheitsdienst im Vereinigten Königreich zwar nach regionalen Gesichtspunkten und nach Distrikten gegliedert sei, durch das Gesundheitsministerium aber doch zentral koordiniert werde. Die kürzlich vorgenommene Umgestaltung des National Health Service, werde zwar zu strukturellen Veränderungen führen, doch wird davon ausgegangen, daß die Trennung von "Käufern" und "Erbringern" gesundheitlicher Versorgungsleistungen zugleich interessante Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Public Health-Bereichs eröffne.

Professor Morava beschrieb die sich gegenwärtig vollziehenden, einschneidenden Veränderungen in der Gesundheitsversorgung und im öffentlichen Gesundheitsdienst von Ungarn. Man arbeite an der Einführung eines gesetzlich eindeutig geregelten und durch Versicherung finanzierten Systems der Gesundheitsversorgung auf marktwirtschaftlicher Grundlage. Zugleich versuchten die Mitarbeiter im öffentlichen Gesundheitswesen, die Probleme der nach europäischen Maßstäben hohen Morbidität und Mortalität und des starken Tabak- und Alkoholkonsums anzugehen. Die Zuständigkeit für Public Health-Aufgaben verbleibe bei der Lokalebene, der man jedoch zusätzlich die Verantwortung für die Gesundheitsförderung, die Beaufsichtigung der Gesundheitsdienste und den Katastrophenschutz übertragen habe. Gegenwärtig konzentriere man die Bemühungen auf den Ausbau einer wirksamen Primärversorgung als Kern der Gesundheitsversorgung.

Dr. Elorietta de Diego berichtete, daß auch in Spanien ein organisatorischer Wandel stattfindet und Besorgnis darüber laut werde, daß "Public Health" nicht die für eine effektive Leistungsfähigkeit notwendige politische und wirtschaftliche Unterstützung erhalte. Zur Zeit gebe der Staat auf nationaler Ebene sein Geld fast ausschließlich für die Finanzierung der bestehenden Gesundheitsdienste und vorrangig für die Abschaffung von Wartelisten und -zeiten aus. Auf regionaler und lokaler Ebene bemühe man sich jedoch um eine Neuausrichtung des Gesundheitsdienstes und um die Schaffung einer multisektoralen Handlungsplattform.

Die Referate machten deutlich, daß die Länder zwar von der GFA-Strategie als gemeinsamer Handlungsgrundlage ausgehen, daß sie sich in der Ausrichtung ihres öffentlichen Gesundheitswesens jedoch erheblich unterscheiden. Die Unterschiede reichen dabei von einem vornehmlich umweltorientierten Bezugsrahmen in Spanien bis zu einer stärkeren Betonung der Gesundheitsversorgung im Vereinigten Königreich. In Mittel- und Osteuropa machen rasche Veränderungen, begrenzte Ressourcen und massive Gesundheitsprobleme eine eindeutige Festlegung von Prioritäten und zeitlichen Vorgaben erforderlich, damit sich das öffentliche Gesundheitswesen möglichst wirtschaftlich und effektiv auf die vorrangigen Aufgaben konzentrieren kann.

Es bleibt zudem die Erkenntnis, daß wir alle Gefangene unserer eigenen Geschichte sind, was sich hinderlich auf unsere Tätigkeiten, auf die Wahl unserer Partner, die anerzogene Haltung zu Public Health und sogar auf die Begrifflichkeit der Thematik auswirken kann. Der rasche Wandel in Europa kann diese tiefverwurzelten Einstellungen nicht im Handumdrehen beseitigen, weshalb alle im Bereich "Public Health" Tätigen erkennen und anerkennen sollten, daß wir auf dem Weg in eine von Partnerschaft bestimmte Zukunft nicht ohne gegenseitigen Respekt und ohne Toleranz auskommen.

Funktionen und Aufgaben von "Public Health"

Dr. Crown führte thematisch in die Funktionen und Aufgaben von "Public Health" ein und stellte Überlegungen zu den künftig notwendigen Entwicklungen an. Zu den Schlüsselfunktionen von "Public Health" gehören nach einhelliger Auffassung der Tagungsteilnehmer die Beschreibung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung, die Ermittlung und Auswahl von Strategien zur Verbesserung der Gesundheit und die Gewährleistung ihrer Umsetzung sowie die Evaluierung. Diesen Funktionen können die im Bereich "Public Health" Tätigen allerdings nur dann erfolgreich gerecht werden, wenn sie gut ausgebildet und geschult sind. Will man gewährleisten, daß "Public Health" der erforderliche Respekt, ausreichende politische Unterstützung und die notwendigen Ressourcen zuteil

werden, muß man in allen Disziplinen für eine kompetente und professionelle Praxis sorgen. Außerdem ist für die künftige Weiterentwicklung des Fachs ein für Praxisprobleme aufgeschlossenes "Public Health"-Forschungsprogramm unerlässlich.

Die Teilnehmer waren der Ansicht, daß das gegenwärtig so breite öffentliche Interesse an Gesundheits- und Umweltfragen, die gut ausgebildeten Nachwuchskräfte für den "Public Health"-Bereich und der Erfolg von GFA-orientierten Tätigkeiten wie z.B. dem Projekt "Gesunde Städte" zu optimistischen Zukunftsvisionen berechtigten, daß aber andererseits noch immer ein stärker an der Praxis ausgerichtetes, wissenschaftlich abgestütztes Herangehen an die "Gesundheit für alle" und exakte Evaluierungsstudien fehlten. Außerdem müsse man sich auf nationaler und lokaler Ebene verstärkt um die politische Unterstützung für "Public Health" bemühen. Wichtig sei in allen Teilen Europas eine engere Verzahnung von Wissenschaft und Praxis sowie von Gesundheitsbehörden unterschiedlicher Verwaltungsebenen.

Dr. Asvall verwies auf die positiven Möglichkeiten, die sich durch die stürmischen Veränderungen in Europa eröffnet hätten. Nach seiner Auffassung sollten die im Bereich "Public Health" Tätigen ihre katalytischen und analytischen Fähigkeiten ausbauen und sich zu Managementexperten heranbilden, was sie dazu befähigen würde, sich konstruktiv an der Bestimmung und Verwirklichung von Zielen zu beteiligen. Diese Ziele sollten ergebnisorientiert, einfach und leicht verständlich sein und die nationale Politik erläutern. Sie sollten zugleich einen auf unterschiedlichen Ebenen anwendbaren Orientierungsrahmen abgeben und sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse, nicht auf politische Zweckdienlichkeit gründen. Ausbildungsstätten für "Public Health"-Studiengänge sollten eng in diese Arbeit einbezogen werden und sich um die Entwicklung eines Ausbildungsrahmens für Europa bemühen. Die Vereinigung der Ausbildungsstätten für öffentliches Gesundheitswesen in der Europäischen Region (ASPHER) biete hier einen guten Ausgangspunkt. Es könne sich vielleicht lohnen, wenn jedes Land seine "Public Health"-Funktionen in ähnlicher Weise einer systematischen Überprüfung unterziehen würde, wie es im Vereinigten Königreich mit dem "Acheson Report" "Public Health in England" geschehen sei, der sich positiv auf die "Public Health"-Praxis ausgewirkt habe.

Dr. Zöllner befaßte sich mit dem Stellenwert von "Public Health" auf internationaler, nationaler und subnationaler Ebene, denn sie biete gemäß den Prinzipien der "Gesundheit für alle" Anregung, Orientierungshilfe und Koordinationsmöglichkeiten für die gesundheitliche Entwicklung (vgl. den Abschnitt über das aktualisierte GFA-Ziel 34). Man war sich darin einig, daß die von der Gruppe erörterten Funktionen und Aufgaben sehr gut mit Ziel 34 übereinstimmen, das einen Rahmen für das Management der GFA-Entwicklung umreißt.

Umwelt und Gesundheit

Zur Umwelt gehören das soziale, politische und wirtschaftliche Milieu und die eigentliche physische Umwelt. Dies wurde allgemein anerkannt. In diesem Teil der Tagung ging es in erster Linie um die physische Umwelt, die auch den Schwerpunkt der von Dr. Böttger beschriebenen Frankfurter Charta bildet. Die GFA-Ziele 18 bis 25 befassen sich speziell mit dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und Umwelt und betonen die Bedeutung dauerhaft tragfähiger Umweltkontrollen, die oft eine internationale Zusammenarbeit bei der Umweltüberwachung voraussetzen.

Professor Silano ging in seinem Referat ausführlich auf die Arbeitsmedizin und die Lebensmittelsicherheit ein.

Die Gruppe billigte die "Public Health"-Prinzipien der Frankfurter Charta, in der es heißt, daß jeder Mensch Anspruch auf eine Umwelt hat, die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht, daß alle Stellen und Organisationen gemeinsam an der Verbesserung der Umwelt arbeiten sollten, und daß es Aufgabe der Regierungen sei, die globale Umwelt zu schützen, die menschliche Gesundheit zu fördern und dafür zu sorgen, daß durch Tätigkeiten in ihrem Land nicht die Umwelt in anderen Ländern gefährdet werde. Man erkannte an, daß die Umwelt betreffende Entscheidungen fast immer eine Interessenabwägung voraussetzen. Deshalb sei es wichtig, daß die im Bereich "Public Health" Tätigen darauf dringen, daß die gesundheitlichen Konsequenzen wissenschaftlich beurteilt und von den Entscheidungsträgern vollauf verstanden werden. Man war sich einig, daß die Einrichtung von Modellsystemen für Umweltdienste in Europa verdienstvoll wäre.

Gesundheitspolitik und gesundheitspolitische Orientierungshilfe

Professor Catford stellte die Erfahrungen der Welsh Health Promotion Authority vor, die als Fallstudie für die gesundheitspolitische Orientierungshilfe gelten können. Wales gehört zum Vereinigten Königreich und hat drei Millionen Einwohner. Professor Catford betonte, daß bei der Ausarbeitung von Konzepten und Plänen ein deutliches Richtungsbewußtsein (die strategische Zielsetzung) wichtig sei, und erläuterte, wie man dies im walisischen Gesundheitsförderungsprogramm durch die breite Einbeziehung von Öffentlichkeit und Fachwelt und durch epidemiologische Forschungsarbeiten geschafft habe, was letztlich die Ermittlung des vorrangigen Handlungsbedarfs ermöglicht habe. Man habe sich meßbare Ziele gesetzt und dem Programm die politische Unterstützung gesichert.

Die Teilnehmer diskutierten, inwieweit dieses Modell auf Länder mit anderen Gesundheitsversorgungssystemen übertragbar wäre, beispielsweise auf eine so dezentralisierte Struktur wie in Deutschland. Allgemein war man der Auffassung, daß ein ähnliches Projekt in einem Gebiet mit einer großen regionalen Identität durchaus denkbar sei. Der Gedanke an sich sei politisch interessant, weshalb die Politiker dazu bewegt werden müßten, solche Projekte zu stützen und zu finanzieren, die im Vergleich zur Gesundheitsversorgung nur einen Bruchteil kosten. Allerdings könnte es sein, daß man zunächst Öffentlichkeit und Fachwelt für ein solches Projekt gewinnen müßte und die Politiker erst später heranziehen sollte.

Wichtig sei in solchen Fällen die Abstützung durch Informationssysteme, die sich auf gesundheitliche Zielvorgaben beziehen. Ein Beispiel dafür biete das System des National Center for Health Statistics in den Vereinigten Staaten.

Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Mit dieser Thematik befaßten sich drei Referate zur GFA-Evaluierung, der Einschätzung von gesundheitlichen Trends und dem Stellenwert der Epidemiologie in "Public Health".

Dr. Vuori verfolgte den historischen Beitrag der Epidemiologie zur Arbeit der WHO in einigen ihrer ersten Kampagnen, z.B. in den Malaria- und Pockenprogrammen, aber auch in der Entwicklung der "Gesundheit für alle". Die von

den Mitgliedsländern 1985, 1988 und 1991 durchgeführten GFA-Evaluierungen hätten Fortschritte deutlich gemacht, zugleich aber auch auf die Notwendigkeit neuer Indikatoren hingewiesen. Man sei sich allgemein darüber einig, daß die GFA-Indikatoren, soweit möglich, nationale und regionale Vergleiche zugleich ermöglichen sollten. Abzuleiten seien sie aus den Informationen, die für die sie erhebende Organisation wichtig und, soweit möglich, leicht zugänglich sind. Ein Großteil der Informationen könne zentral erhoben und gesammelt werden, so daß dezentrale Stellen entlastet würden.

Die GFA-Evaluierung von 1991 biete kein einheitliches Bild. Verbesserungen seien beispielsweise bei der Müttersterblichkeit, der Sterblichkeit aufgrund von Herzkreislauf-Krankheiten, bei Unfällen und Selbstmordziffern sowie bei der Wasserversorgung und Abwasserentsorgung gemeldet worden. Doch selbst in diesen Bereichen bestehe kein Grund zur Selbstzufriedenheit. Weitere gesundheitspolitische Arbeit sei notwendig. Beunruhigender seien allerdings die Bereiche, in denen Verschlechterungen beobachtet werden mußten, vor allem die wachsenden gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen sozialen Schichten und zwischen einzelnen Ländern.

Anhand der Hamburger Erfahrungen erörterte Dr. Thiele die Funktion der Gesundheitsberichterstattung. Man war sich darin einig, daß sich die Gesundheitsberichterstattung auf wissenschaftlich und fachlich haltbare Informationen gründen und so abgefaßt sein müsse, daß sie von den Adressaten verstanden wird, zu denen Politiker, Öffentlichkeit oder andere Fachdisziplinen zählen könnten. Unter Umständen brauche man für jede Gruppe einen gesonderten Bericht. Aufgezeigt werden sollten Fortschritte und Mängel. Außerdem sollten Korrekturmaßnahmen ausgewiesen und bestehende Programme und Projekte bewertet werden. Die Gesundheitsberichterstattung sollte sich ganz allgemein auf die Prinzipien und Ziele der "Gesundheit für alle" gründen und diese berücksichtigen. Idealerweise sollte sie Auskunft über gesundheitliche Ungleichheiten und den nicht chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, über Wohnverhältnisse, Beschäftigungslage und Umweltfragen geben. Für eine rein deskriptive Berichterstattung sei kein Platz. Zu einer effektiven Gesundheitsberichterstattung gehörten auch Handlungsempfehlungen, auf welche die zuständigen Behörden hinzuweisen seien.

Professor Holland erläuterte anhand von Beispielen den Nutzen der Epidemiologie für "Public Health". Aus der Krankheitsverhütung zitierte er die klassische Arbeit von Doll und Hill über Rauchen und Lungenkrebs. Grundlegend sei die Epidemiologie außerdem für die Evaluierung und Überwachung der Politik. Beispiele aus dem Vereinigten Königreich seien Studien über die Auswirkungen der Abschaffung der kostenlosen Schulumilch und der Begrenzung der Schulspeisung sowie Untersuchungen, welche die Wirkungslosigkeit des Mehrphasenscreening nachgewiesen hätten.

Auch die Leistung des Gesundheitsdienstes lasse sich mit epidemiologischen Methoden messen. Beispielsweise zeigten Studien über Todesfälle aufgrund von medizinisch behandelbaren Leiden größere Schwankungen, als sich durch Unterschiede in der Berichterstattung erklären lasse. Diese Studien könnten deutlich machen, wo eingehendere Untersuchungen zur Ermittlung der Ursachen und von Verbesserungsmöglichkeiten angebracht wären.

Anhand der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie erläuterte Professor Holland den Stellenwert der Epidemiologie in Wirksamkeitsstudien. Das Ergebnis werde hier mit den Parametern Schmerz, Lebensqualität, Wiederauftreten von

Nierensteinen und Krankenhausverweildauer im Laufe eines Jahres gemessen. Die Untersuchung habe in den klinischen Ergebnissen der Lithotripsie und der herkömmlichen Behandlung nur geringe Unterschiede erbracht, jedoch einen erheblichen Kostenunterschied nachgewiesen. Inzwischen würden weitere Techniken untersucht, u.a. der Einsatz von Gensonden und der Positronen-Emissions-Tomographie.

Die Diskussion konzentrierte sich zunächst auf die Ethik von Wirksamkeitsstudien. Die Teilnehmer waren sich einig, daß sie unabdingbar seien, wenn die begrenzten Ressourcen für die Gesundheitsversorgung bestmöglich genutzt werden sollten. Die Einführung neuer Behandlungsmethoden, deren Wirksamkeit noch nicht nachgewiesen sei, sei unverzeihbar. Problematisch seien jedoch sowohl die zeitliche Planung von Wirksamkeitsstudien als auch die Ermittlung neuer Behandlungsmethoden. Man gelangte zu dem Schluß, daß die Entscheidung für die Durchführung einer Studie sofort bei Einführung einer neuen Behandlungsmethode getroffen werden sollte, man die Arbeit jedoch in einigen Fällen solange verschieben müsse, bis die Behandlung so ausgereift sei, daß sie sich sachgerecht beurteilen lasse. Es sei allerdings leichter, neuere, von größeren Geräten abhängige Behandlungsformen zu finden als eher medizinisch, konservativ ausgerichtete Behandlungsformen oder Methoden, die eine andere Gewichtung der Versorgung beinhalteten, obgleich gerade diese Methoden ebenfalls weitgehende finanzielle und personelle Konsequenzen haben könnten.

Es wurde auch darauf hingewiesen, daß Kostenwirksamkeitsstudien vor allem für die noch nicht so stark industrialisierten Länder wichtig seien und sich ohne diese Untersuchungen die Unterschiede zwischen Ost- und Westeuropa nur noch verstärken würden.

Erörtert wurde auch die Frage der Wiederholung von Studien. Wichtig sei, daß Forschungsergebnisse effektiv an die wissenschaftliche Fachwelt und an die Praktiker von "Public Health" weitergegeben würden. Man war sich darüber einig, daß gute Untersuchungen zu biologischen Faktoren wie über den Zusammenhang zwischen Atemwegserkrankungen und Luftverschmutzung nur selten wiederholt zu werden brauchten. Dagegen könnte es durchaus notwendig sein, daß man Studien wiederholt, bei denen kulturelle und soziale Faktoren eine wichtige Rolle spielen, so daß sich höchstwahrscheinlich erhebliche lokale Abweichungen ergeben. Zudem sollte man sich darum bemühen, Implikationen der Forschungsarbeiten schneller deutlich zu machen und die Durchsetzung der sich daraus ergebenden Maßnahmen zu beschleunigen. Wissenschaftler könnten dazu selbst viel beitragen, wenn sie ihre Erkenntnisse den Kollegen in der Praxis und den Entscheidungsträgern besser zugänglich machen würden.

"Public Health" - die Erbringung gesundheitlicher Leistungen

Dr. Dvorák führte in das Thema mit einem Überblick über die zur Zeit in der Tschechoslowakei anlaufenden Gesundheitsreformen ein. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung sei schlecht, die Sterblichkeit aufgrund von Herzkreislauf-Krankheiten hoch. Die Lebenserwartung habe sich (im Vergleich zum übrigen Europa) relativ verschlechtert, die Verschmutzung von Wasser und Luft nehme zu, der Tabak- und Alkoholkonsum steige, die Ernährung sei schlecht, und die Beteiligung an sportlichen Aktivitäten gehe zurück.

Organisatorisch sei das Gesundheitswesen der Tschechischen und der Slowakischen Republik getrennt, obgleich beide ähnliche Reformen durchführten. Schwerpunkte seien die Einführung einer Krankenversicherung, grundlegende Verbesserungen in der Primärversorgung und der Aufbau örtlicher Zuständigkeiten

für die Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten. Mittelfristig verfolge man in den nächsten fünf Jahren mit der Strategie zur Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit fünf größere Ziele. Man wolle die Gesundheit der Familie verbessern, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und die Verhütung nichtübertragbarer Krankheiten effektiver gestalten und zudem in den Bereichen psychische Gesundheit und Rehabilitation Verbesserungen schaffen. Es handele sich dabei ausschließlich um krankheits- und versorgungsorientierte Ziele. Umweltbezogene Ziele habe man vorläufig noch ausgeklammert, da man der Ansicht sei, daß für ihre Verwirklichung nicht genügend finanzielle Ressourcen zur Verfügung stünden.

Lebhaft diskutiert wurde der Stellenwert von "Public Health" für die Planung. Man meinte, die im Bereich "Public Health" Tätigen sollten bei der Planung von Gesundheitsdiensten eine größere Rolle spielen. Sie könnten u.a. als Berater im Hinblick auf die Konsequenzen struktureller Entwicklungen tätig sein. Dagegen hätten sie keine nennenswerte Aufgabe in bezug auf die technischen Aspekte der Strukturplanung. Die Sachkunde der im Bereich "Public Health" Tätigen sollte jedoch auch für die Planung in anderen Sektoren zur Verfügung stehen.

Man war außerdem der Ansicht, daß alle wichtigen Pläne von staatlichen und nichtstaatlichen Stellen auf ihre "Gesundheitsverträglichkeit" hin analysiert werden sollten. Das würde zu "gesundheitsbewußten" Grundsatzentscheidungen führen, auch wenn es in der Praxis nicht immer möglich sei, die "gesunde Wahl" zu treffen. Für eine solche Gesundheitsverträglichkeitsprüfung würde man eine breitgefächerte Sachkenntnis benötigen, die nicht nur aus dem Bereich "Public Health" kommen könne. In jedem Fall aber sollte die oberste Gesundheitsbehörde die Verantwortung für diese Arbeit übernehmen und sie koordinieren.

"Public Health" sei auch für die Evaluierung von Gesundheitsdiensten wichtig. Beispielsweise sei die Praxis bei Herzschrittmachern und Mandeloperationen in den deutschen Bundesländern unterschiedlich. Das müsse beschrieben und analysiert werden, was nicht nur für die Fachwelt, sondern auch für die Finanzträger (die Krankenkassen in Deutschland) interessant sei. Natürlich werde man für diese Arbeit Mitarbeiter mit epidemiologischem und gesundheitswissenschaftlichem Hintergrund brauchen, die sich wahrscheinlich auch am besten für Koordinationsaufgaben eignen würden. Selbstverständlich aber müßten auch Kliniker herangezogen werden.

Anwaltschaftliches Eintreten und Gesundheitsförderung

Zu dieser Thematik sprach einfürend Dr. Kickbusch. Sie berichtete über das Projekt "Gesunde Städte" und neue Ansätze der WHO mit den Projekten "Gesundheitsfördernde Schulen", "Gesunde Unternehmen" (Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz) und "Gesundheitsfördernde Krankenhäuser".

Bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten seien vier Schlüsselfaktoren zu berücksichtigen. Unabdingbar sei erstens das politische Engagement, ohne das kein Projekt Erfolg haben könne. Man dürfe nie nachlassen, sich auf allen Ebenen um dieses Engagement zu bemühen. Zweitens müsse man Gesundheitsförderung mit sozialen Reformen verknüpfen. Abgestützt werden müsse diese Arbeit durch Informationen beispielsweise über soziale Stützsysteme und die Stärkung der persönlichen Selbstachtung, und all dies müsse in Strategien zur Gesundheitsförderung einfließen. Drittens sei entschlossenes

Handeln in anderen Sektoren als dem Gesundheitsbereich notwendig, dem viertens in allen Sektoren gesundheitsrelevante Investitionen entsprechen müßten. Andernfalls sei der Gesundheitssektor gezwungen, seine Ressourcen weiterhin zur Lösung von Problemen einzusetzen, die ihre Ursache in fehlenden Investitionen anderer Bereiche, z.B. des Wohnungswesens, hätten.

Für erfolgreiche Gesundheitsförderungsprojekte wie das Projekt "Gesunde Städte" seien bestimmte Elemente unabdingbar. Die Projekte sollten in einen fest umrissenen Rahmen eingebettet sein, welcher der jeweiligen Gemeinschaft ein Identitätsgefühl vermittele und ihr ein sinnvolles Maß an politischer und wirtschaftlicher Unabhängigkeit zugestehe. Das Identitätsgefühl lasse sich u.a. dadurch stärken, daß man Bezeichnungen benutze, die den Bürgern etwas sagen, z.B. Städte, Schulen, Arbeitsplätze. Dies verleihe dem Projekt Sichtbarkeit, die wiederum das politische Engagement fördere. Man sollte sich mit einer drei bis fünf Jahre umfassenden Strategie für das Projekt verpflichten und eindeutige Zuständigkeiten für die praktische Durchführung festlegen. Große Hilfe könne hier von einer völlig neuen Form der Gesundheitsberichterstattung kommen, die von der jeweiligen Bevölkerung selbst bestimmte Struktur-, Wissens- und Verhaltensziele festlege. Ein erfolgreiches Projekt müsse Raum für Innovationen bieten und auch einen teilweisen Mißerfolg auffangen können.

Anschließend beschrieb Dr. Lettau die im Kreis Unna und in Hamburg gewonnenen Erfahrungen. In beiden Gebieten seien die Gesundheitsförderung und die Krankheitsverhütung schlecht entwickelt, die Gesundheitsberichterstattung sei mangelhaft, man habe mit großen Umweltproblemen zu kämpfen, und vom Versicherungssektor sei nur wenig oder keine Finanzierung zu erwarten.

Der Kreis Unna bestehe aus zehn Städten in der Randzone zwischen Stadt und Land. Szenarioplanung habe zur Einrichtung eines Umweltbüros, zur Neuausrichtung verschiedener Elemente des öffentlichen Sektors und zur teilweisen Umstrukturierung der örtlichen Gesundheitsdienste geführt.

In Hamburg habe man sich an die "Gesunde Städte"-Konzeption gehalten und die 38 Ziele den örtlichen Gegebenheiten angepaßt. Man habe darin ein nützliches Marketinginstrument gesehen, das die politische Unterstützung mobilisieren konnte. Bei einer großen dreitägigen Tagung mit 400 Teilnehmern habe man als Prioritäten Selbstmord von Jugendlichen, Verkehr und Sucht ermittelt. Allerdings sei es trotz der Tatsache, daß die Tagung auf Interesse gestoßen sei und Erwartungen geweckt habe, nicht gelungen, die Finanzierung der Arbeit zu sichern.

In der Diskussion wurden erneut Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zwischen EG und WHO wie beispielsweise bei den "Gesunden Regionen" erörtert.

"Public Health"-Entwicklung auf nationaler und internationaler Ebene

Professor Bolumar beschrieb das spanische System und verwies insbesondere auf den künftigen Informations- und Bildungsbedarf. Er stelle sich die Einrichtung einer internationalen multidisziplinären Stelle vor, der die Daten aus den nationalen Informationssystemen zugehen würden und die diese Informationen analysieren und koordiniert weitergeben könnte. Das könnte auf nationaler und internationaler Ebene sehr positiv zur Gesundheitsüberwachung und -planung beitragen. Ein solches europäisches Zentrum für Überwachung und Verlaufsbeobachtung würde die in den einzelnen Ländern bestehenden Systeme zur

Überwachung von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten ergänzen. Eine solche Stelle hätte mit den Ausbildungsstätten für "Public Health" und anderen Hochschulinstituten zusammenzuarbeiten, von denen man auch die Entwicklung integrierter, praxisrelevanter Forschungs- und Ausbildungsstrategien erwarten würde.

Professor Scepın befaßte sich mit einigen "Public Health"-Problemen, die sich durch die Veränderungen in den ehemaligen Sowjetrepubliken ergeben haben. Der Anteil des Gesundheitssektors am Bruttosozialprodukt sei von 4% auf 3,2% abgesunken, Gesundheitszustand und Lebensverhältnisse hätten sich verschlechtert, und das gleiche gelte für das gesellschaftliche Ansehen und die wirtschaftliche Lage der Ärzte. Man müsse nun vorrangig dafür sorgen, daß an die Stelle eines ineffizienten zentralistischen Systems eine ortsgebundene, nicht hierarchische Struktur trete. Zugleich würden neue Finanzierungssysteme auf Versicherungsbasis eingeführt. Der öffentliche Gesundheitsdienst versuche sich zu strukturieren und lebenswichtige Funktionen zu koordinieren.

In der Diskussion wurde erneut Besorgnis über die fehlende "Public Health"-Fachkunde auf internationaler Ebene laut. Diese Fachkunde wäre sehr wichtig für die EG, aber auch in Mittel- und Osteuropa notwendig, wo zur Zeit nur die Nachfrage nach technologischem Beistand und Unterstützung der Krankenhausdienste bestehe, "Public Health" aber vernachlässigt werde. Man mußte jedoch zugeben, daß in einigen Ländern die ärztliche Grundversorgung brachliegt, die Arznei- und Trinkwasserversorgung nicht ausreicht und die Lebensmittelversorgung unzulänglich ist. Von diesen Ländern könne man nicht erwarten, daß sie sich in dieser Phase auf alle Aspekte von "Public Health" konzentrierten.

Schwerpunkte der Diskussion

Während der Tagung wurden immer wieder bestimmte Fragen angesprochen. Sie gliederten sich in zwei Gruppen, vorzugsweise fachliche und eher organisatorische Fragen.

Fachliche Fragen

Bezeichnung und Definition von "Public Health"

Die englische Bezeichnung "Public Health" ist nicht ohne weiteres ins Deutsche übersetzbar. Bis ein umfassender deutscher Begriff gefunden werde, sollte man sinnvollerweise bei dem englischen Ausdruck bleiben, der in den deutschsprachigen Ländern weitgehend verstanden wird.

Die Teilnehmer waren sich einig, daß die im Gesundheitsbericht "Public Health in England" (Acheson-Report) des Gesundheitsministeriums des Vereinigten Königreichs angeführte Definition von "Public Health" umfassend sei. Man nahm zur Kenntnis, daß die WHO gegenüber dieser Definition, die nach ihrer Auffassung zu wenig Gewicht auf die Umwelt legt, einige Vorbehalte hat. Die Acheson-Definition lautet: "Public Health ist die Wissenschaft und die Kunst, durch strukturierte gesellschaftliche Anstrengungen Krankheiten zu verhüten, Leben zu verlängern und die Gesundheit zu fördern."

Reichweite von "Public Health"

Die Teilnehmer waren sich darüber einig, daß zu umfassenden "Public Health"-Dienstleistungen folgende Aspekte gehören:

- Gesundheitsförderung
- Umweltschutz
- Organisation der Gesundheitsversorgung
- gesundheitspolitische Orientierungshilfe.

Folgende Disziplinen gehören unbedingt zu "Public Health" und sollten entweder in ministeriellen Public Health-Abteilungen vertreten oder über Experten zugänglich sein:

- Medizin
- Sozialwissenschaften
- Umweltwissenschaften
- Epidemiologie und Statistik
- Soziologie
- Wirtschaftswissenschaft
- Verwaltungswissenschaft
- Informationswissenschaft
- Politologie
- Erziehungswissenschaft.

Funktionen von "Public Health"

Trotz der Tatsache, daß auf der Tagung unterschiedliche "Public Health"-Systeme vertreten waren, herrschte Übereinstimmung im Hinblick auf die Schlüsselfunktionen von "Public Health" auf nationaler und lokaler Ebene. Alle diese Funktionen gilt es in den nächsten zehn Jahren zu erhalten und auszubauen.

Gemäß GFA-Ziel 34 handelt es sich um folgende Funktionen:

- Führung im Gesundheitsbereich
- Gesundheitspolitische Orientierungshilfe
- Messung des Gesundheitszustands der Bevölkerung
- Einschätzung des Umweltzustands
- Entwicklung von Gesundheitsplänen und Festlegung von gesundheitlichen Zielen
- Ermittlung von Interventions- oder Veränderungsstrategien
- Ermittlung multisektoraler Interventionspartner
- Beurteilung möglicher Interventionen oder Veränderungen
- Durchsetzung und bzw. oder Erleichterung von Veränderungen
- Auswertung von Interventionen oder Veränderungen
- Analyse der Gesundheitspolitik oder ihrer Gesundheitsverträglichkeit
- Einfluß auf die Ressourcenzuweisung
- Anwaltschaftliches Eintreten für benachteiligte Gruppen und Orte
- Förderung der Einbeziehung der Bevölkerung
- "Public Health"-Lehre und -Ausbildung
- "Public Health"-Forschung.

"Public Health"-Kompetenz

Die Teilnehmer waren sich einig darüber, was ein "Public Health"-Experte brauche, um den oben skizzierten Funktionen gerecht werden zu können:

- Fachkenntnisse aus den Bereichen
 - Medizin
 - Naturwissenschaften
 - Epidemiologie
 - Informationswissenschaft
 - Wirtschaft
 - Soziologie
 - Psychologie

sowie

- kommunikatives und vernetzendes
- analytisches
- pädagogisches
- politisches und
- Management-Können.

Hinzu kommen persönliche Eigenschaften wie Geduld, Toleranz und die Fähigkeit zum langfristigen strategischen Denken.

Information und Gesundheitsberichterstattung

Die Teilnehmer waren sich einig, daß Information und Gesundheitsberichterstattung einflußreiche Instrumentarien für die Planung, die politische Überzeugungsarbeit und die Begleitüberwachung von Fortschritten darstellen. Alle hatten jedoch bereits negative Erfahrungen mit der Quantität, Qualität und Aktualität der Information und Berichterstattung gemacht. Für notwendig hielt man:

- Daten auf internationaler, regionaler, lokaler und institutioneller (Krankenhaus, Schule) Ebene, die es erlauben, die Entwicklung mit einer vergleichbaren Datenbasis zu begleiten;
- einen gemeinsamen Datensatz mit eindeutigen und vereinbarten Definitionen;
- Investitionen und Ausbildungsangebote im Bereich Gesundheitsinformation.

Wichtig sei, daß die Gesundheitsberichterstattung für die Adressaten leicht zugänglich sei, weshalb ein Bericht möglicherweise oft in mehreren Fassungen vorliegen müsse, z.B. für die Öffentlichkeit, für die Politiker und für die Fachwelt.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Im Laufe der Tagung wurden verschiedene Aspekte von Aus-, Weiter- und Fortbildung erörtert:

- Grundausbildung der Gesundheitsfachkräfte: Die Curricula müssen sich wandeln, so daß sich das Schwergewicht zugunsten der Gesundheitsthematik verlagert;

- Postgraduale Weiter- und Fortbildung im Bereich "Public Health": sollte immer multidisziplinär und relevant für die "Public Health"-Praxis sein;
- Fortbildung in "Public Health": sollte sich auf moderne Theorien der Erwachsenenbildung gründen und den Erfahrungs- und Meinungsaustausch, vorzugsweise im europäischen Maßstab, fördern;
- gesundheitliche Aufklärung von Öffentlichkeit und Entscheidungsträgern: gilt als unabdingbare Voraussetzung für eine wirksamere Einbeziehung der Öffentlichkeit und die Aufwertung von gesundheitlichen Fragen (hier liegen bisher nur wenige maßgebliche Erfahrungen vor). Die Qualität der "Public Health"-Praxis ist vom Niveau der Aus- und Fortbildung abhängig. Praktiker und Theoretiker sollten gemeinsam Praxisnormen erarbeiten, die als Grundlage für die fachliche Qualitäts- und Leistungsbeurteilung dienen könnten.

Forschung

Die wichtigsten Punkte in diesem Teil der Diskussion bezogen sich auf die Relevanz der Forschung und auf die Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen. Nach einhelliger Auffassung der Teilnehmer sollte die "Public Health"-Forschung:

- für die Wissenschaft und für bereits bestehende sowie verwandte Wissens- und Forschungsgebiete relevant sein;
- für die "Public Health"-Praxis relevant sein und wichtige gesundheitliche Probleme aufgreifen;
- für die Politiker relevant sein, indem sie ihnen eine gesicherte Entscheidungsgrundlage bietet;
- ihre Ergebnisse auf breiter Grundlage und adressatengerecht bekannt machen: Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Zeitschriften reichen nicht aus;
- auf einen möglichen, durch Forschungsergebnisse begründeten Handlungsbedarf verweisen.

Einig war man sich darüber, daß Forschungsprogramme entwickelt werden sollten, welche notwendige Langzeitstudien mit der Möglichkeit von Kurzzeituntersuchungen verknüpfen, die in den praktischen und politischen Zeitrahmen passen. Außerdem sollte die internationale Zusammenarbeit gestärkt werden.

Organisatorische Fragen

Unparteiische Beratung

Mehrmals wurde während der Tagung darauf hingewiesen, daß Politiker, Entscheidungsträger und Öffentlichkeit unparteiischen Rat brauchen. Man bezweifelte, daß eine bestimmte Gruppe imstande sei, diese Funktion auszuüben, obgleich wohl alle unter den Begriff "Public Health" fallen (vgl. oben zur Reichweite von "Public Health"). Der "Public Health"-Praktiker sei aber wahrscheinlich am ehesten in der Lage, die Führung zu übernehmen. Er sollte das

Wissen und die Einsicht besitzen, die ihn dazu befähigen, und, falls notwendig, andere Fachleute heranziehen. Äußerst besorgt zeigte man sich über die Möglichkeit, daß dieser unparteiische Rat von Fachleuten durch Ratschläge verdrängt werden könnte, die Politiker und andere von externen Organisationen erhalten, die Macht haben, reich sind, professionell arbeiten und möglicherweise gesundheitsschädigende Interessen verfolgen.

Führung und Inspiration

Anregungen für "Public Health" kommen häufig eher von charismatischen als von bürokratischen oder gelehrten Führungspersönlichkeiten. Sie können aus unterschiedlichen Disziplinen kommen und auf unterschiedlichen Ebenen einer Organisation arbeiten. Damit stellt sich das Problem, ob man Strukturen um anerkannte Führungspersönlichkeiten aufbauen und, falls ja, was man tun sollte, wenn sie neue Aufgabengebiete übernehmen.

Nach Auffassung der Teilnehmer könnten und sollten zumindest einige Führungsqualitäten weitergegeben werden, vor allem die Fähigkeit zur Einflußnahme.

Wichtig sei es in "Public Health" zudem, daß sich Führungspersönlichkeiten zum richtigen Zeitpunkt zurückziehen und es ertragen könnten, daß ihren Bemühungen nur begrenzte Anerkennung zuteil wird, denn wirksames Handeln hänge nun einmal weitgehend davon ab, daß sich die Bevölkerung am Ort engagiere und sich mit "ihren" Projekten identifizieren könne.

Strukturen

Selbstverständlich konnten auf einer solchen Tagung keine Vorschläge für "Public Health"-Strukturen in ganz Europa gemacht werden. Die Teilnehmer beschäftigten sich deshalb mit einer Matrix von "Public Health"-Funktionen (vgl. oben) und den folgenden Ebenen:

- supranational und international (EG, WHO)
- national
- regional
- Distrikt
- lokal
- institutionell.

Damit meinte man, eine brauchbare Checkliste anhand zu haben, mit der sich gewährleisten ließe, daß innerhalb eines gegebenen Rahmens alle Funktionen wahrgenommen werden. Es müssen dabei nicht unbedingt auf jeder Ebene alle Funktionen zu finden sein, doch der übergreifende Zuständigkeitsbereich der einzelnen Funktionen sollte unmißverständlich klar sein.

Internationale Zusammenarbeit und ihre Strukturen

Zur Zeit bieten sich in ganz Europa ungeahnte Möglichkeiten zur internationalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. "Public Health"-Praktiker in Westeuropa und in Mittel- und Osteuropa können viel voneinander lernen; sie sollten sich aktiv um Kontakt und Zusammenarbeit bemühen. Zu den wichtigsten Zielen der internationalen Zusammenarbeit gehören die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und damit der Verschwendung begrenzter Ressourcen sowie der Versuch, die Wiederholung von bereits andernorts begangenen Fehlern zu vermeiden.

Die während der Tagung geführten Gespräche eröffneten zahlreiche Möglichkeiten der offiziellen und inoffiziellen Zusammenarbeit von einzelnen Fachleuten und von ministeriellen Abteilungen in verschiedenen Ländern. Einige wurden bereits in anderen Abschnitten des Berichts angeführt, andere lassen sich durch eine Weiterentwicklung von "Partnerschaften" ausbauen, die bereits zwischen einigen Institutionen und Städten bestehen. Die internationale Zusammenarbeit sollte sich darüber hinaus auch auf die Leistungserbringung und auf die Gesundheits- und Umweltüberwachung erstrecken. Zur Zeit haben die mittel- und osteuropäischen Länder zwar mit besorgniserregenden Ressourcenproblemen zu kämpfen, die jedoch zumindest teilweise durch Aus- und Fortbildung gelöst werden könnten. Es ist allerdings zu befürchten, daß einige Organisationen, die ihre Hilfe anbieten, sich dabei eher von ihren eigenen wirtschaftlichen oder akademischen Interessen als von den Bedürfnissen derjenigen, denen sie helfen wollen, leiten lassen.

Immer wieder wurde über die Rolle und die Strukturen bestimmter internationaler Organisationen diskutiert. Neben der WHO ging es dabei um EG, OECD und ASPHER. Zur Zeit befassen sie sich alle direkt oder indirekt mit "Public Health"-Anliegen, weshalb eine Klärung der Funktionen notwendig ist, damit sowohl Lücken als auch Doppelgleisigkeit vermieden werden können.

Politischer Wille und Beteiligung der Öffentlichkeit

So wie viele andere "Public Health"-Fachkräfte zerbrachen sich auch die Teilnehmer dieser Tagung den Kopf über die Tatsache, daß die anscheinend so verlockende "Public Health"-Idee auf so wenig politische Unterstützung stößt. Sie fanden auf ihre Fragen keine einfachen Antworten, meinten jedoch, daß es am realistischsten sei, auf den Enthusiasmus der Öffentlichkeit (der Wähler) zu setzen. Unterstützt werde diese Ansicht durch das Engagement von Lokalpolitikern für das Projekt "Gesunde Städte". Die Beteiligung der Öffentlichkeit bereite dagegen Probleme, da es nicht leicht sei festzulegen, was "die Öffentlichkeit" sei, und daß man zudem von ihren Sprechern keine Gesamtschau erwarten könne. Dennoch meinte die Gruppe, daß man sich um die Einbindung von Öffentlichkeit, Politikern und Fachleuten in die Bestimmung der Zielsetzung bemühen sollte, da das dann wiederum die politische Bereitschaft zur Unterstützung von praktischen Maßnahmen verstärken würde.

Ressourcen

Zu sagen, man brauche mehr Ressourcen für "Public Health", ist einfach und nicht sonderlich hilfreich. Bevor man eine solche Forderung stellt, muß man sie mit den zu erwartenden Ergebnissen rechtfertigen und beweisen können, daß sich diese Resultate nicht auch durch die Umverteilung bestehender Ressourcen hätten erzielen lassen. Außerdem muß man zunächst feststellen, wie sich Ressourcen und Sachkenntnis verteilen, und darüber hinaus bereit sein, sich von der herkömmlichen "Public Health"-Gliederung zu lösen und andere, neuere Disziplinen aufzunehmen.

"Public Health" muß sich zudem den ungleich verteilten "Public Health"-Ressourcen in einzelnen Institutionen, in den Ländern und zwischen den Ländern zuwenden und dafür zu sorgen suchen, daß alle einerseits die für wirksames Handeln notwendige "kritische Masse" haben, andererseits aber Doppelgleisigkeit weitgehend vermieden wird.

Schlußfolgerungen

Die allgemeine Schlußfolgerung der Tagung lautete, daß sowohl der Bedarf als auch das Potential vorhanden seien, während des kommenden Jahrzehnts "Public Health" in ganz Europa auszubauen. Die Strategie "Gesundheit für alle" biete dafür eine tragfähige Entwicklungsgrundlage. Verstärkte Bemühungen müßten einer besseren Zusammenarbeit der "Public Health"-Praktiker und -Theoretiker gelten, und zwar in Lehre und Forschung. Verbessert werden müßten außerdem die Gesundheitsinformation und die internationale Zusammenarbeit. Doch erst durch konkretes Handeln lasse sich der Gesundheitszustand einer Bevölkerung verbessern. Das wiederum sei nur möglich durch wirksame multisektorale Zusammenarbeit, durch integrierte Gesundheits- und Umweltplanung, durch Enthusiasmus und Unterstützung in der Öffentlichkeit sowie durch entschlossenen politischen Willen.

Empfehlungen

Die vielseitige Diskussion hätte zu zahlreichen Empfehlungen führen können. Die Teilnehmer beschlossen jedoch, nur einige Empfehlungen vorzulegen, in der Hoffnung, daß diese dann bei den zuständigen Behörden ernsthafte Beachtung finden würden.

1. Die laufenden WHO- und EG-Tätigkeiten in der internationalen Gesundheitsberichterstattung sollten ausgebaut und die OECD-Indikatoren weiterentwickelt werden. Außerdem müßte ein gemeinsamer europäischer Gesundheitsdatensatz geschaffen werden. Zeitliche Zielvorgabe: 1995.
2. Unterstützt und gefördert durch das Regionalbüro und die EC sollten die Mitgliedstaaten den Ausbau von "Public Health"- und Umwelthygienefunktionen auf allen Ebenen erproben und auswerten. Ziel: Bis 1993 sollte jeder Mitgliedstaat ein Versuchsprojekt vorlegen.
3. Jeder Mitgliedstaat sollte in allen Ministerien die Gesundheitsverträglichkeitsanalyse einführen. Ziel: Ab 1995 sollten alle Mitgliedstaaten für ihre Ministerien einen jährlichen Gesundheitsverträglichkeitsbericht vorlegen.
4. Die Mitgliedstaaten sollten die Gesundheitsverträglichkeitsanalyse auf allen Ebenen einführen. Ziel: Alle ministeriellen "Public Health"-Abteilungen sollten ab 1995 jährlich eine Analyse zur Gesundheitsverträglichkeit vorlegen.
5. Die Mitgliedstaaten sollten international zusammenarbeiten, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und die in anderen Ländern gewonnenen Erfahrungen nutzen zu können. Ziel: In allen Mitgliedstaaten sollten bis 1994 zwanzig "Partnerschaften" angelaufen sein.
6. Die Mitgliedstaaten sollten Aus- und Fortbildungsangebote erarbeiten, die sich auf eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Westeuropa und Mittel- und Osteuropa richten. Die Pläne sollten spezifisch auf den Ausbildungsbedarf der beteiligten Organisationen zugeschnitten sein und sich auf breite "Public Health"-Konzepte gründen. Ziel: In allen Mitgliedstaaten sollten bis 1995 drei Organisationen mit einem Partnerstaat in einem speziell für diese Zwecke gedachten Ausbildungsprogramm zusammenarbeiten.

7. Die europäischen Ausbildungsstätten für "Public Health" sollten in den Hochschulsektor eingegliedert werden. Zeitliche Zielvorgabe: 1996.

8. Alle im Bereich "Public Health" Tätigen sollten sich um Marketingwissen und politische Einflußnahme bemühen und ihr Können in diesen Bereichen auszubauen suchen. Ziel: Bis 1995 sollten die einschlägigen Disziplinen ihren Platz im Curriculum für die postgraduale "Public Health"-Weiterbildung gefunden haben.

Anhang 1

ARBEITSPAPIERE^a

- ICP/HSC 020/6 Epidemiology and public health
Professor W.W. Holland
- ICP/HSC 020/7 The public health model in Spain - diagnosis and situation,
Dr. J.I. Elorietta Perez de Diego
- ICP/HSC 020/8 Health reporting in Hamburg - approaches to an active,
preventive health policy,
Dr. W. Thiele
- ICP/HSC 020/9 Situation analysis: existing models of public health in
Europe: United Kingdom,
Dr. R. Alderslade
- ICP/HSC 020/10 The Role of pacemaker: experience from Healthy Cities
Project,
Dr. N. Lettau
- ICP/HSC 020/11 Public health and provision of health care services - an
overview of health reforms in Czechoslovakia,
Dr. K. Kalina
- ICP/HSC 020/12 Overview of functions and tasks of public health,
Dr. J. Crown
- ICP/HSC 020/13 Situation analysis: models for the public health service
in Europe using the Federal Republic of Germany as an
example,
Dr. med. W. Weik
- ICP/HSC 020/14 Environment and health in public health,
Professor V. Silano
- ICP/HSC 020/15 Health policy development - experiences of strategic
management in Wales, United Kingdom,
Professor J.C. Catford
- ICP/HSC 020/16 The World Health Organization Healthy Cities Project,
Dr. I. Kickbusch
- ICP/HSC 020/17 Epidemiology and health reports - HFA evaluation,
Dr. H. Vuori
- ICP/HSC 020/BD/1 The World Health Organization Healthy Cities Project,
Dr. I. Kickbusch und Dr. A.D. Tsouros
- ICP/HSC 020/BD/2 The Saitama Declaration - A call for new public health
action

^a Kopien sind erhältlich beim Referat Strategieplanung und Evaluation,
WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen O.

Anhang 2

ZIEL 34 - MANAGEMENT DER ENTWICKLUNG ZUR
"GESUNDHEIT FÜR ALLE"

1. Zielerläuterung

Bis zum Jahr 2000 sollte es in allen Mitgliedstaaten Managementstrukturen und -prozesse geben, mit denen man die gesundheitliche Entwicklung im Sinne der GFA-Prinzipien inspirieren, leiten und koordinieren kann.

Dieses Ziel läßt sich in allen Mitgliedstaaten erreichen, wenn:

- aufgeschlossene und flexible Institutionen mit einem starken öffentlichen Mandat geschaffen werden, die für die Gesundheit der Bevölkerung eintreten und die gesundheitliche Entwicklung auf landesweiter, regionaler und lokaler Ebene leiten und koordinieren
- Problemdefinition und Festlegung der Prioritäten von der Beurteilung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, der Prävalenz der sozialen und umweltbedingten Risiken und der Evaluation der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens her erfolgen
- Prozesse zur Stärkung des sektorübergreifenden Engagements für größere Investitionen im Gesundheitsbereich und für die Verwirklichung vorrangiger Ziele eingeleitet werden
- man bei der Festlegung der Ziele, bei der strategischen Planung und Evaluation von Langzeitperspektiven ausgeht und bereit ist, positiv auf die sich wandelnden Verhältnisse zu reagieren
- die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems danach beurteilt wird, ob sich der Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Bevölkerung, ihre Zufriedenheit mit den gebotenen Leistungen und die Kosteneffektivität des Gesundheitswesens verbessern und bei der Verwirklichung der Ziele zur "Gesundheit für alle" Fortschritte erzielt werden.

Anhang 3

TEILNEHMER

BERATER AUF ZEIT

Dr. R. Alderslade

Regional Director of Public Health, Trent Regional Health Authority,
Sheffield, Vereinigtes Königreich

Professor Dr. Peter Atteslander^a

Lehrstuhl für Soziologie und empirische Sozialforschung der Universität
Augsburg, Direktor, Institut für Sozioökonomie, Deutschland

Professor F. Beske

Direktor, Institut für Gesundheits-System-Forschung,
WHO-Kooperationszentrum für Forschung im öffentlichen Gesundheitswesen,
Deutschland (Vorsitzender)

Professor F. Bolumar

Direktor, Institut Valencia d'estudis en salud publica, Valencia, Spanien

Dr. Axel Böttger

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit, Bonn,
Deutschland

Professor John C. Catford

Executive Director, Heartbeat Wales, Health Promotion Authority for
Wales, Cardiff, Vereinigtes Königreich

Dr. J. Crown

Director, South-East Institute of Public Health, Tunbridge Wells, Kent,
Vereinigtes Königreich

Dr. I. Dvorák

Direktor, Abteilung Gesundheitspolitik, Ministerium für Gesundheitswesen
der Tschechischen Republik, Prag, Tschechoslowakei

Dr. R. Garcia Herrera^a

Generaldirektor, Prevencion y Promoción de Salud, Madrid, Spanien

Professor Holland

Professor of Public Health Medicine, Department of Public Health
Medicine, United Medical and Dental Schools, London, Vereinigtes
Königreich

Med.-Dir. Dr. B. Jaeschke^a

Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg der Ärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes e.V., Hamburg, Deutschland

Dr. Kloiber^a

Bundesärztekammer, Köln, Deutschland

^a nicht von der WHO getragen

Professor Dr med. U. Laaser^a

Institut für Dokumentation und Information - Sozialmedizin und
Öffentliches Gesundheitswesen, Bielefeld, Deutschland

Harald Lehmann^a

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Deutschland

Dr. Norbert Lettau^a

Senatsdirektor, Behörde für Arbeit und Soziales Amt für Gesundheit und
Veterinärwesen, Hamburg, Deutschland

Medizinalrat Dr. med. Dietrich Loeff^a

Abteilungsleiter Hygiene im Gesundheitsamt der Stadt Cottbus, Cottbus,
Deutschland

Professor Endre Morava

Professor für Gesundheitswissenschaften (Public Health), Medizinische
Hochschule, Pécs, Ungarn

Ltd. Kreismedizinaldirektor Dr. Peter Moritzen^a

Kreisgesundheitsbehörde Steinburg, Itzehoe, Deutschland

Dr. H. Peretzki^a

Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, Deutschland

Professor Oleg P. Scepin

Direktor, N.A. Semasko All-Union-Institut für Forschung im Bereich
Sozialhygiene, Public Health, Wirtschaft und Management, Moskau, UdSSR

Dr. Thomas Schott^a

Technische Universität Berlin, Geschäftsstelle Public Health, Der
Kanzler, Berlin, Deutschland

Dr. Hans Stein^a

Ministerialrat, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, Deutschland

Dr. Wilhelm Thiele

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Amt für Gesundheits- und Veterinärwesen, Hamburg, Deutschland (Deutscher
Berichterstatter)

Ltd. Medizinaldirektor Dr. W. Weik

Abteilungsleiter im Regierungspräsidium Freiburg des Landes
Baden-Württemberg, Freiburg, Deutschland

Professor Robert Wischer^a

Technische Universität Berlin, Fachbereich 21 - Umwelttechnik, Institut
für Krankenhausbau - Sekr. A42, Berlin, Deutschland

WHO REGIONAL-BÜRO FÜR EUROPA

May Hansen

Assistentin, Strategieplanung und Evaluation

Dr. I. Kickbusch

Direktorin, Abteilung Lebensweisen und Gesundheit

Professor V. Silano

Europäisches WHO-Zentrum Umwelt und Gesundheit

Knud Thoby

Verwaltungsreferent

Dr. H. Vuori

Regionalbeauftragter für Epidemiologie, Statistik und Forschung

Dr. H. Zöllner

Regionalbeauftragter für Strategieplanung und Evaluation (Sekretariat)