



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Regionalkomitee für Europa

61. Tagung

EUR/RC61/12

+ EUR/RC61/Conf.Doc./4

+ EUR/RC61/Conf.Doc./5

Baku (Aserbaidshan), 12.–15. September 2011

Montag, 20. Juni 2011

111362

Punkt 6 c) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)

Durch Investitionen in die Prävention und die verbesserte Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten können vorzeitiger Tod sowie vermeidbare Erkrankungen und Behinderungen verringert sowie die Lebensqualität und das Wohlbefinden der einzelnen Menschen und in der gesamten Gesellschaft erhöht werden. Mindestens 86% der Todesfälle und 77% der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO entfallen auf diese breit gefächerte Gruppe von Krankheiten, die eine epidemiologische Verteilung mit großen Ungleichheiten hat, worin ein soziales Gefälle zum Ausdruck kommt. Gleichzeitig weisen sie jedoch gemeinsame Risikofaktoren, Determinanten und Interventionsmöglichkeiten auf.

Das beiliegende Dokument enthält einen Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Unter Berücksichtigung der bestehenden Verpflichtungen der Mitgliedstaaten konzentriert sich dieser innerhalb eines umfassenden und integrierten Rahmens auf vorrangige Handlungsfelder und Interventionen für die nächsten fünf Jahre (2012–2016).

Der Aktionsplan wurde in einem Konsultationsprozess unter der Leitung des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees ausgearbeitet, der auch Tagungen der Ansprechpersonen für nichtübertragbare Krankheiten und des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter umfasste. Seine Ausarbeitung stützt sich auf die Entwicklung der neuen europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“ und des Handlungsrahmens für öffentliche Gesundheit sowie auf die erste globale Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und nichtübertragbare Krankheiten (Moskau, April 2011) und die Tagung auf hoher Ebene der Vereinten Nationen zum Thema nichtübertragbare Krankheiten (New York, September 2011) und berücksichtigt diese Prozesse.

Inhalt

	Seite
Mandat.....	1
Epidemiologischer Kontext.....	1
Warum ein Aktionsplan und warum jetzt?.....	2
Zielsetzungen und Leitprinzipien.....	4
Gegenstand.....	5
Verknüpfungen.....	6
Gemeinsame Merkmale nutzen.....	6
Psychische Störungen.....	6
Gewalt und Verletzungen.....	7
Infektionskrankheiten.....	7
Umwelt und Gesundheit.....	7
Vision, Zielsetzung und Einzelziele.....	8
Organisationsprinzipien für den Aktionsplan.....	8
Vorrangige Handlungsfelder.....	10
Steuerung und Politikgestaltung in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten einschließlich des Aufbaus von Allianzen und Netzwerken sowie der Förderung der Befähigung der Bürger.....	10
Stärkung von Surveillance, Überwachung und Evaluierung sowie Forschung.....	12
Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.....	14
Neuausrichtung der Gesundheitsdienste auf die Prävention und Versorgung chronischer Krankheiten.....	15
Vorrangige Interventionen.....	17
Förderung gesunden Konsums durch Fiskal- und Marktpolitik.....	18
Eliminierung von Transfettsäuren in Nahrungsmitteln.....	19
Salzreduktion.....	20
Kardio-metabolische Risikobewertung.....	21
Krebsfrüherkennung.....	22
Unterstützende Interventionen.....	23
Förderung aktiver Mobilität.....	23
Gesundheitsförderung in Settings.....	24
Literatur.....	25
Einschlägige WHO-Strategien, Aktionspläne, Resolutionen und Erklärungen von Ministerkonferenzen.....	27
Anhang 1: Beispiele bestehender Surveillance-Systeme für nichtübertragbare Krankheiten.....	29

Mandat

1. 2006 nahm das WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner 56. Tagung eine umfassende, maßnahmenorientierte Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten an (Resolution EUR/RC56/R2). Dies war eine spezifische Reaktion für die Europäische Region auf die von der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2000 angenommenen Globalen Strategie für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Ein globaler Aktionsplan folgte 2008 (1).

2. Im September 2010 forderte das Regionalkomitee auf seiner 60. Tagung die Ausarbeitung einer neuen europäischen Gesundheitspolitik, „Gesundheit 2020“, sowie die Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region. Die WHO-Regionaldirektorin für Europa wurde ersucht, das Engagement für die Stärkung der Gesundheitssysteme zu erhalten, das Engagement für die Stärkung der Kapazitäten des Gesundheitswesens zu erneuern und Hand in Hand mit den Mitgliedstaaten zu arbeiten, um sie bei ihrer Ausarbeitung umfassender nationaler Gesundheitskonzepte und -pläne zu unterstützen (Resolution EUR/RC60/R5).

3. „Gesundheit 2020“ reagiert auf den sich ändernden Kontext in der Europäischen Region: die krassen Defizite bei der gesundheitlichen Chancengleichheit innerhalb von Ländern und zwischen ihnen, die Wiederkehr der Bedrohungen durch Infektionskrankheiten, die Auswirkungen von Globalisierung und neuen Technologien, die alternde Bevölkerung, die Besorgnis über die finanzielle Tragfähigkeit von Gesundheitssystemen, die sich wandelnde Rolle der Bürger und die besonders alarmierende Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten.

4. Vor diesem Hintergrund ist die WHO entschlossen, die Bemühungen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region zu stärken. Innerhalb der übergeordneten Politik benennt dieser aus der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten abgeleitete Aktionsplan konkrete Handlungsfelder und Ergebnisse, in Bezug auf welche die Mitgliedstaaten, die WHO und Partner nach seiner Annahme im Jahr 2011 Verpflichtungen für die fünf Jahre von 2012 bis 2016 eingehen können.

5. In der Zeit der Ausarbeitung dieses Aktionsplans stieg die Aufmerksamkeit, die nichtübertragbaren Krankheiten weltweit gewidmet wird, auf ein nie zuvor erreichtes Niveau. Im April 2011 fand die erste globale Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten statt, und die aktive Beteiligung der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO trug zur Stärke der von ihr angenommenen Erklärung von Moskau bei (2). Die Weltgesundheitsversammlung billigte die Erklärung von Moskau in ihrer Resolution WHA64.11. Dieser Aktionsplan berücksichtigt explizit die Umsetzung jener Erklärung.

Epidemiologischer Kontext

6. Nichtübertragbare Krankheiten sind die Hauptursache von Tod, Krankheit und Behinderung in der Europäischen Region der WHO. Die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische obstruktive Lungenerkrankungen und Diabetes) sind für den Großteil der Krankheitslast und der Frühsterblichkeit in der Region verantwortlich. In der Europäischen Region entfallen fast 86% der Todesfälle und 77% der Krankheitslast auf (allgemeiner definierte) nichtübertragbare Krankheiten, wodurch zunehmend die Gesundheitssysteme sowie die wirtschaftliche

Entwicklung belastet werden und das Wohlbefinden großer Teile der Bevölkerung, insbesondere der ab 50-Jährigen, beeinträchtigt wird.

7. Gleichzeitig sind nichtübertragbare Krankheiten für viele der größer werdenden Ungleichheiten im Gesundheitsbereich verantwortlich, die in vielen Ländern beobachtet werden und die Ausdruck eines starken sozialen Gefälles sowie wichtiger geschlechtsspezifischer Unterschiede sind. Gleiches gilt für die sich ausweitende gesundheitliche Kluft zwischen Ländern in der Europäischen Region. Das soziale Gefälle und/oder die Risikoverteilung variieren jedoch in Bezug auf unterschiedliche Risikofaktoren und in unterschiedlichen Mitgliedstaaten. Außerdem ist in der jüngsten Zeit verstärkt die Besorgnis darüber gewachsen, dass von den mit nichtübertragbaren Krankheiten verbundenen Risikofaktoren zunehmend jüngere Altersgruppen betroffen sind, was zukünftig beträchtliche Konsequenzen für Trends im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region haben wird.

8. Mit zunehmendem Alter werden nichtübertragbare Krankheiten zu den führenden Ursachen für Morbidität, Behinderung und Sterblichkeit, und ein großer Teil des Bedarfs an Gesundheitsversorgung und der Kosten dafür ist auf die letzten Lebensjahre von Personen konzentriert. In der Europäischen Region leben Frauen etwa acht Jahre länger als Männer. Allerdings ist bei ihnen der Anteil der Lebensjahre bei schlechter Gesundheit höher. Eine alternde Bevölkerung und die Krankheitslast durch nichtübertragbare Krankheiten burden der Gesellschaft substantielle Kosten auf. Die Bewältigung und Bekämpfung chronischer Krankheiten und ihrer Risikofaktoren nehmen einen beträchtlichen Teil des Bruttoinlandsprodukts eines Landes in Anspruch, und die davon Betroffenen sowie die Personen, die sie betreuen, können mit Behandlungskosten, verringertem Einkommen, vorzeitigem Eintritt in den Ruhestand und größerer Abhängigkeit von der Sozialfürsorge konfrontiert werden. Arbeitgeber und die Gesamtgesellschaft müssen die Last tragen, die durch Fernbleiben von der Arbeit, eingeschränkte Produktivität und stärkere Arbeitnehmerfluktuation entsteht.

Warum ein Aktionsplan und warum jetzt?

9. Dieser Aktionsplan baut auf Entwicklungen in den letzten fünf Jahren auf, berücksichtigt neues Wissen, enthält eine Bestandsaufnahme der bislang erzielten Fortschritte und nutzt die neuen Impulse für Aktivitäten zu nichtübertragbaren Krankheiten und öffentlicher Gesundheit insgesamt.

10. Weltweit hat in den letzten Jahren das Bewusstsein für nichtübertragbare Krankheiten zugenommen, und der Auftrag, dagegen vorzugehen, wurde erweitert. 2008 billigte die Weltgesundheitsversammlung den Aktionsplan zur Umsetzung der Globalen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2008–2013) mit seinem umfassenden Plan zur Erfassung neu auftretender Epidemien, zur Verringerung der Exposition gegenüber Risikofaktoren und zur Stärkung der Gesundheitsversorgung von Personen mit nichtübertragbaren Krankheiten. Eine 2010 gebilligte globale Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums ergänzte die bestehenden Instrumente zu Ernährung, körperlicher Betätigung und Gesundheit sowie das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Im September 2011 wird in New York eine hochrangige Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zu Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten stattfinden; sie wird die globale Aufmerksamkeit, die dieser Gruppe von Krankheiten gewidmet wird, weiter steigern.

11. International ist das Bewusstsein für die von nichtübertragbaren Krankheiten ausgehenden Probleme, die Ursachen ihrer Ursachen und die Evidenzgrundlage für wirksame Interventionen gestiegen. Die Bildung von Allianzen (einschließlich der Beteiligung

internationaler Organisationen, wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Kreise sowie nichtstaatlicher Organisationen an Überzeugungsarbeit, Forschung und Kooperation) wurde ergänzt durch die Veröffentlichung einer Reihe wichtiger Berichte, in denen ein nachdrückliches Vorgehen gegen nichtübertragbare Krankheiten befürwortet und Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten mit den größten Erfolgsaussichten empfohlen wurden, beispielsweise im Globalen Lagebericht über nichtübertragbare Krankheiten (3). Die Schlussfolgerungen der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit (4) haben dazu beigetragen, dass diese vorrangigen Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Chancengleichheit betrachtet wurden (5) und mehr Aufmerksamkeit auf die Bedeutung von Investitionen in die frühkindliche Entwicklung mit dem Ziel gelenkt wurde, eine solide Grundlage für gute Gesundheit im gesamten Leben zu schaffen.

12. Die notwendige Stärkung der Gesundheitssysteme wurde in den letzten Jahren neuerlich betont: sowohl in der Europäischen Region mit der auf der Europäischen Ministerkonferenz 2009 angenommenen Charta von Tallinn und ihrer Forderung nach der Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit als auch global mit den Weltgesundheitsberichten zur primären Gesundheitsversorgung (2008) (6) und zur Finanzierung von Gesundheitssystemen zugunsten universeller Versorgung (2010) (7), in denen auf die Bedeutung von Zugang, Verfügbarkeit und Qualität der Dienstleistungen eingegangen wurde.

13. In der Europäischen Region wurde den wichtigsten Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten neue Aufmerksamkeit gewidmet. Bislang sind 47 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) beigetreten. 2006 fand eine Ministerkonferenz zum Thema Bekämpfung der Adipositas statt, die in die Annahme einer Charta, des Zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung der WHO 2007–2012 und eines Europäischen Rahmenkonzepts zur Förderung von Bewegung für Gesundheit (2007) mündete; dem Regionalkomitee wird in diesem Jahr ein Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) zur Annahme unterbreitet (siehe Dokument EUR/RC61/13). Die breit angelegte Fokussierung des Regionalbüros auf nichtübertragbare Krankheiten wird mit Aktivitäten zu psychischer Gesundheit und Behinderung fortgeführt; diesbezüglich wird dem Regionalkomitee die Europäische Erklärung über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen (2010) ebenfalls zur Billigung unterbreitet (siehe Dokument EUR/RC61/Conf.Doc./5). In der Erklärung von Parma zu Umwelt und Gesundheit (2010) haben sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Region explizit das Ziel gesetzt, durch Maßnahmen zur Verringerung der maßgeblichen Umweltbelastungen zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten beizutragen. Zusätzlich ergreift die Europäische Union (EU) bedeutende Maßnahmen zu Gesundheitsdeterminanten, zur Krankheitsprävention, zu gesundem und aktivem Altern sowie gegen Armut und soziale Ausgrenzung.

14. Aus Mitgliedstaaten wird ein wachsendes Interesse an und steigende Nachfrage nach der Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten verzeichnet, und in vielen Bereichen wurden Fortschritte erzielt. Es wurden Inventare nationaler Grundsatzpapiere und Politikinstrumente zur Eindämmung des Alkohol- und Tabakkonsums, zu Ernährung, Adipositas und körperlicher Betätigung erstellt und untersucht, und Bedarf, Kapazitäten und Umsetzungsdefizite werden heute besser verstanden (8,9). Sieben Länder sind dem FCTC noch nicht beigetreten, und selbst in einigen Vertragsstaaten war die Umsetzung der Verpflichtungen in konkretes Handeln relativ schwach. Die Abdeckung der Bevölkerung durch kostenwirksame Interventionen zur Prävention und Versorgung nichtübertragbarer Krankheiten ist noch lückenhaft. Das Gesamtbild von Krankheitslast und Risikofaktoren bleibt unvollständig, und die Harmonisierung der Datensammlungsinstrumente und Definitionen ist noch unerledigt. Knapp über zwei Drittel der Länder verfügen über ein Konzept oder eine Strategie in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten; diese wird jedoch nur in der Hälfte dieser Länder angewendet. Ein konkretes

Budget für die Umsetzung ist nur in einem Drittel der Länder vorhanden. Die Deckung nichtübertragbarer Krankheiten durch die Krankenversicherung variiert in der Europäischen Region, und die Finanzierung von Dienstleistungen zur Förderung eines gesunden Lebensstils erfolgt eher durch Wohlfahrtsorganisationen als durch den Staat. Eine große Vielfalt breit angelegter und themenspezifischer Konzepte kann in einem Land vorhanden sein, aber die Koordinierung zwischen ihnen kann schwach sein, und häufig fehlt ein integrierter Ansatz zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten.

15. Angesichts des Umstands, dass sich mit der Ausarbeitung der neuen europäischen Gesundheitspolitik, „Gesundheit 2020“, und eines erneuerten Engagements für die öffentliche Gesundheit ein neues Kapitel für die Europäische Region der WHO öffnet, ist es passend, sich stärker auf nichtübertragbare Krankheiten und Anstrengungen zur Bekämpfung dieses Problems zu konzentrieren, damit sie zu einem integralen Bestandteil von Gesundheitsgewinnen in der Europäischen Region werden.

Zielsetzungen und Leitprinzipien

16. Die genannten globalen und regionalen Dokumente sowie mehr als zwei Jahrzehnte der Anstrengungen zur Gesundheitsförderung haben in allgemein anerkannten Prinzipien resultiert, die auch Eingang in „Gesundheit 2020“ gefunden haben und von der Prioritätensetzung über die Durchführung bis zur Evaluierung Orientierung für alle Aktivitäten in diesem Plan geben werden.

- **Ein Schwerpunkt auf gesundheitliche Chancengleichheit.** Besondere Aufmerksamkeit muss auf die Fragen gerichtet werden, ob soziale Determinanten wie Geschlecht, sozioökonomischer Status, Ethnizität, Migrantenstatus und/oder Bildungsstand sowie ihre Verteilung Einfluss auf die Möglichkeiten von Menschen haben, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen und aufrechtzuerhalten.
- **Stärkung der Gesundheitssysteme.** Die Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Gesundheitsdienste ist wichtig für verbesserte Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Früherkennung und integrierte Versorgung.
- **Gesundheit in allen Politikbereichen.** Die allgemeineren Determinanten der Epidemie der nichtübertragbaren Krankheiten liegen weitgehend außerhalb der Kontrolle des Gesundheitssektors. Sie reichen beispielsweise von der Handels- und Fiskalpolitik über den Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung bis zu Stadtplanung und Städtegestaltung.
- **Ein Lebensverlaufsansatz.** Die Exposition gegenüber dem Risiko nichtübertragbarer Krankheiten akkumuliert sich im Lebensverlauf. Sie beginnt mit Einflüssen während der Schwangerschaft und besteht in frühem Kindesalter, Jugend- und Erwachsenenalter fort. Gesundes Altern umfasst Gesundheitsförderung während des gesamten Lebens, ein gesundheitsförderndes Umfeld, das die Bewältigung von Behinderung begünstigt, Sozialschutz sowie angemessene und zugängliche Sozial- und Gesundheitsdienste.
- **Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln.** Alle Aktivitäten von der Planung von Präventivdienstleistungen bis zur Versorgung individueller Patienten in der Praxis sollten darauf abzielen, Aktivitäten auf Gemeinschaftsebene zu stärken, statt sie zu ersetzen, Gesundheitskompetenz zu fördern und die Kompetenzen der Personen zu respektieren, die Versorgung erhalten.
- **Bevölkerungsbezogene und auf die Einzelperson bezogene Ansätze im Gleichgewicht halten.** Die meisten Krankheitsfälle treten bei gering oder mäßig gefährdeten Personen auf, und nur in der Minderzahl der Fälle sind stark gefährdete Personen betroffen (10).

Eine umfassende Präventionsstrategie muss ein Gleichgewicht zwischen einem Ansatz zur Verringerung der Risikofaktoren für die Gesamtbevölkerung und einem Ansatz für stark gefährdete Personen herstellen.

- **Integrierte Programme.** Alle nichtübertragbaren Krankheiten und ihre Risikofaktoren weisen fachliche Besonderheiten auf, erfordern spezielles Fachwissen und verdienen zur Erzielung von Fortschritten fokussierte unabhängige Maßnahmen. Die vorliegenden Erkenntnisse lassen jedoch darauf schließen, dass eine Strategie mit mehreren Interventionen beträchtliche größere gesundheitliche Zugewinne erzielen würde als individuelle Interventionen, häufig sogar mit einem günstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnis.
- **Gesamtgesellschaftlicher Ansatz.** Dies ist die „Koproduktion“ von Gesundheit durch den Staat und die Gesellschaft. Das Ziel ist, die Integration zwischen den öffentlichen Gesundheitsdiensten und dem Gesundheitssystem zu stärken, die Zusammenarbeit zwischen dem Staat und nichtstaatlichen Akteuren auszuweiten und die aktive Beteiligung von Zivilgesellschaft, Unternehmen und Individuen zu gewährleisten.

17. Diese Grundsätze sind in den zentralen Botschaften der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten verankert, und sie sind heute genauso maßgeblich wie zum Zeitpunkt ihrer Billigung im Jahr 2006.

Zentrale Aussagen

Lebenslange Prävention ist wirksam und muss als Investition in Gesundheit und Entwicklung angesehen werden.

Die Gesellschaft sollte gesundheitsförderliche Umfelder schaffen und so der Gesundheit zuträgliche Entscheidungen erleichtern.

Die gesundheitliche und ärztliche Versorgung¹ sollte leistungsfähig sein und der gegenwärtigen Krankheitslast sowie den zunehmenden Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung entsprechen.

Die Bürger sollten in die Lage versetzt werden, ihre eigene Gesundheit zu fördern, wirksam mit den Gesundheitsdiensten zusammenzuarbeiten und zu aktiven Partnern bei der Bewältigung von Krankheiten zu werden.

Ein allgemeiner Zugang zu Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung ist für die Verwirklichung der gesundheitlichen Chancengleichheit von zentraler Bedeutung.

Der Staat trägt auf allen Ebenen die Verantwortung für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Konzepte und die Veranlassung von Maßnahmen in allen betroffenen Politikbereichen.

Gegenstand

18. Wenngleich alle nichtübertragbaren Krankheiten in ihrer Vielfalt in angemessener Weise Aufmerksamkeit verdienen, entfällt auf eine Gruppe von vier Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen) und ihre gemeinsamen Risikofaktoren (Tabakgebrauch, schädlicher Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und

¹ Die ursprüngliche Terminologie der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2006) bezieht sich auf die Gesundheitsversorgung und öffentliche Gesundheitsdienste.

ungesunde Ernährung) die Mehrzahl der vermeidbaren Fälle von Krankheit und Tod in der Europäischen Region der WHO. Die vier nichtübertragbaren Krankheiten weisen auch gemeinsame Determinanten auf, die durch die Politik in einer Reihe von Bereichen von der Landwirtschaft und der Nahrungsmittelindustrie bis zu Bildung, Umwelt und Stadtplanung beeinflusst werden. Hier gibt es gemeinsame Interventionsmöglichkeiten für die Politik. Darüber hinaus verdient die Adipositas besondere Aufmerksamkeit insofern, als sie sowohl Resultat von vielen der gleichen grundlegenden Risikofaktoren als auch eine Ursache anderer nichtübertragbarer Krankheiten ist.

19. Dieser Aktionsplan beruht auf der allumfassenden Vision der globalen und der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Es besteht eine starke Nachfrage aus den Mitgliedstaaten nach Unterstützung bei der Durchführung wirksamer Maßnahmen. Auch wenn der Aktionsplan in einer Zeit hohen Bedarfs und knapper Mittel umgesetzt wird, muss er realistisch sein. Wegen der eskalierenden Kosten der zunehmenden Krankheitslast durch nichtübertragbare Krankheiten für Gesundheits- und Sozialfürsorgesysteme sind die Kosten von Untätigkeit jedoch potenziell höher. Es gibt klare Belege für die Notwendigkeit einer konzertierten gesellschaftlichen Antwort auf diese Krankheitslast mit Instrumenten, die wirksam und an die Nutzung in Ländern auf allen Entwicklungsstufen anpassbar sind. Es wurde deshalb versucht, die Maßnahmen, die in der Europäischen Region in einem begrenzten Zeitraum und mit den bestehenden Ressourcen durchgeführt werden können, zu priorisieren und auszuwählen, um den Plan auf diese Weise realistisch zu erhalten und gleichzeitig die größtmögliche Wirkung zu erzielen.

Verknüpfungen

20. Wenngleich dieser Aktionsplan im Interesse der Durchführbarkeit bewusst eng fokussiert ist, liegt ihm die Überzeugung zugrunde, dass er sich auch auf eine Reihe anderer Folgeerkrankungen positiv auswirken wird, indem die bestehenden Verknüpfungen ausgeschöpft werden.

Gemeinsame Merkmale nutzen

21. Chronische Krankheiten (die vier oben aufgeführten sowie Infektionskrankheiten oder andere nichtübertragbare Krankheiten) weisen eine Reihe gemeinsamer Merkmale auf: eine ähnliche Ätiologie und gemeinsame Ursachen wie verhaltens- und umweltbedingte Risikofaktoren; den Umstand, dass sie bei manchen Personen nebeneinander bestehen; die Notwendigkeit ähnlicher Versorgungsmodelle, die eine soziale Dimension aufweisen, Patienten ermöglichen, mit unterschiedlichen Krankheiten zu leben, und patientenzentrierte statt krankheitszentrierte Programme fördern. Angesichts dessen wird die Förderung von Versorgungsmodellen für chronisch Kranke sowie die Eindämmung von Adipositas und Tabakgebrauch nicht nur für die Bekämpfung der vier obengenannten Krankheiten nützlich sein, sondern auch gegen eine Reihe anderer Krankheiten einschließlich Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. Die Berücksichtigung der sozioökonomischen Umfelder und Settings, in denen Personen aufwachsen, spielen, leben und altern, wie Schulen und Arbeitsstätten, könnte weiter zu solchen gemeinsamen Ansätzen beitragen.

Psychische Störungen

22. Es besteht eine enge Verbindung zwischen psychischer und physischer Gesundheit: Beispielsweise steht schädlicher Stress in einem Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und zerebrovaskuläre Erkrankungen sind eine Ursache von Demenz. Obwohl

„neuropsychiatrische Erkrankungen“ die zweitwichtigste Ursache für die Krankheitslast durch nichtübertragbare Krankheiten in der Europäischen Region sind, wäre es falsch, eine Strategie für psychische Gesundheit in einen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten einzuordnen. Psychische Gesundheit und nichtübertragbare Krankheiten erfordern separate Strategien und Aktionspläne, die sich aus einer konkreten Evidenzgrundlage und separaten fachlichen Anforderungen ergeben. Das Regionalbüro überarbeitet derzeit in Abstimmung mit Mitgliedstaaten und Akteuren den Aktionsplan für psychische Gesundheit. Es ist geplant, dem Regionalkomitee 2012 eine neue Strategie für psychische Gesundheit vorzuschlagen.

Gewalt und Verletzungen

23. Gewalt und Verletzungen haben viel mit nichtübertragbaren Krankheiten gemeinsam. Reale oder wahrgenommene Verletzungsrisiken werden als größte Hindernisse für Radfahren und Zufußgehen angegeben. Außerdem resultiert eine zu starke Nutzung des Kraftfahrzeugs in körperlicher Inaktivität, Lärm und Luftverschmutzung, die ebenfalls mit nichtübertragbaren Krankheiten verknüpft sind. Gewalt und Verletzungen haben einige Risikofaktoren wie Verelendung und sozioökonomische Ungleichheit mit nichtübertragbaren Krankheiten gemeinsam und werden häufig durch schädlichen Alkoholkonsum begünstigt. Negative Kindheitserlebnisse sind nicht nur mit einer höheren Neigung zu gewalttätigem Verhalten im späteren Leben verknüpft, sondern stehen auch in einem Zusammenhang mit Hochrisikoverhalten wie schädlichem Alkoholkonsum.

Infektionskrankheiten

24. Trotz der Bezeichnung „nichtübertragbare Krankheiten“ stehen viele von diesen in einem engen Zusammenhang mit Infektionskrankheiten. Beispielsweise sind Gebärmutterhalskrebs und Leberkrebs mit humanen Papillomaviren beziehungsweise Hepatitisviren verknüpft, wobei unsicherer Sex und die gemeinsame Nutzung von Spritzbestecken bei intravenösem Drogenkonsum das Risiko erhöhen; die Chroniker- und Palliativversorgung von Personen mit HIV ist häufig in Dienste für andere chronische Krankheiten integriert. Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten (wie Tabakgebrauch oder schädlicher Alkoholkonsum) stehen in einem Zusammenhang mit der Mehrzahl der Neufälle von Tuberkulose (Tb) in den Ländern mit den höchsten Tb-Lasten weltweit; ein wirksames Tb-Programm in der Europäischen Region muss diese gemeinsamen Risikofaktoren berücksichtigen. Die Verknüpfungen zwischen nichtübertragbaren Krankheiten und sowohl HIV/Aids und Tb als auch der Gesundheit von Müttern und Kindern haben Konsequenzen für das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele: Durch die Förderung von Synergien zwischen Programmen könnten beschränkte Ressourcen effizient und wirksam genutzt werden.

Umwelt und Gesundheit

25. Umweltbelastungen und Belastungen am Arbeitsplatz sind für einen beträchtlichen Teil der Krankheitslast durch nichtübertragbare Krankheiten verantwortlich. Das städtische Umfeld und die Verkehrspolitik haben einen Einfluss auf die körperliche Betätigung. Die Entwicklung einer sicheren Infrastruktur sowie die Förderung der Einrichtung zugänglicher Grünflächen für körperliche Betätigung in der Freizeit und von Verhaltensänderungen können die Entscheidung für Radfahren und Zufußgehen zur Fortbewegung begünstigen. In Arbeitsschutzprogrammen können auch Interventionen zugunsten von Wohlbefinden am Arbeitsplatz vorgesehen werden. Im größeren Rahmen dienen Erkenntnisse, die von den Bewegungen zum Klimawandel und denen für nachhaltige Entwicklung übernommen wurden, als ein Modell für die Entwicklung von Überzeugungsarbeit zu nichtübertragbaren Krankheiten und Entwicklung. Es bestehen enge

Verbindungen zu den Ursachen von Luftverschmutzung und Lärmbelastung sowie zu Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung. Solide und nachhaltige Handlungskonzepte in Bezug auf die Umwelt und die Gesundheit werden unmittelbar zur Verringerung der Krankheitslast durch nichtübertragbare Krankheiten beitragen: von der Agrarpraxis und -politik bis zum Schutz von Kindern vor schädlichen Umweltbelastungen.

Vision, Zielsetzung und Einzelziele

26. In der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2006) wurden die Vision, die Zielsetzung und die Einzelziele dieses Aktionsplans vorgeschlagen und von den Mitgliedstaaten gebilligt. Sie stehen im Einklang mit der neuen europäischen Gesundheitspolitik und dem neuen Handlungsrahmen zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region.

Vision

Ein gesundheitsförderliches Europa, frei von vermeidbaren nichtübertragbaren Krankheiten, vorzeitigen Todesfällen und vermeidbaren Behinderungen.

Zielsetzung

Durch integrierte Maßnahmen, Verbesserung der Lebensqualität und eine gerechtere Verteilung der Lebenserwartung bei Gesundheit in und zwischen den Mitgliedstaaten vorzeitige Todesfälle zu vermeiden und die aus nichtübertragbaren Krankheiten entstehenden Krankheitslast signifikant zu verringern.

Einzelziele

- Zur Bekämpfung von Risikofaktoren und der ihnen zugrunde liegenden Determinanten über die Grenzen von Politikbereichen hinweg integrierte Maßnahmen zu ergreifen;
- im Hinblick auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten die Gesundheitssysteme zu stärken.

Strategischer Ansatz

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

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

Organisationsprinzipien für den Aktionsplan

27. In Übereinstimmung mit der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten liegt dem Aktionsplan ein umfassender und integrierter Ansatz zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zugrunde: Er unterstützt gleichzeitig die

Gesundheitsförderung auf der Ebene der Bevölkerung und Krankheitspräventionsprogramme, zielt aktiv auf stark gefährdete Gruppen und Personen und maximiert die Abdeckung der Bevölkerung durch Behandlung und Versorgung. Zur Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich integriert er zudem systematisch Konzepte und Maßnahmen. Parallel dazu konzentriert sich der Aktionsplan für den Zeitraum von 2012–2016 auf ausgewählte evidenzbasierte Interventionen zur Maximierung des gesundheitlichen Zugewinns. Die mit diesen Interventionen erzielten Fortschritte werden überwacht und evaluiert.

28. Der Aktionsplan ist in vier vorrangige Handlungsfelder, fünf vorrangige Interventionen und zwei unterstützende Interventionen unterteilt. Die vorrangigen Interventionen sind konkret und evidenzbasiert und stehen im Einklang mit den bestehenden Verpflichtungen der Mitgliedstaaten. Der Schwerpunkt liegt auf Ergebnissen im Zeitraum von 2012–2016, die Länder dabei unterstützen können, die Vision, die Zielsetzung und die Einzelziele der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu erreichen. Die Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheit und die Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich gelten als Kernelemente, sodass sie nicht in einem separaten Abschnitt erscheinen, sondern Bestandteil jedes Hauptabschnitts sind.

29. Die vier vorrangigen Handlungsfelder werden der Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten der Europäischen Region wie folgt zugeordnet:

- i. Steuerung und Politikgestaltung in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten einschließlich des Aufbaus von Allianzen und Netzwerken sowie der Förderung der Befähigung der Bürger (ein Handlungsfeld, das für die gesamte Europäische Strategie maßgeblich ist);
- ii. Stärkung von Surveillance, Überwachung und Evaluierung sowie Forschung (ein Handlungsfeld, das für die gesamte Europäische Strategie maßgeblich ist);
- iii. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (ein Handlungsfeld, das für Interventionen der europäischen Strategie auf der Ebene der Bevölkerung maßgeblich ist);
- iv. Neuausrichtung der Gesundheitsdienste auf die Prävention und Versorgung chronischer Krankheiten (ein Handlungsfeld, das für die personenzentrierten Elemente der Europäischen Strategie und für die Abschnitte darin maßgeblich ist, die auf stark gefährdete Gruppen und Personen abzielen).

30. Die fünf vorrangigen Interventionen konzentrieren sich auf:

- i. Förderung gesunden Konsums durch Fiskal- und Marktpolitik,
- ii. Eliminierung von Transfettsäuren in Nahrungsmitteln (und ihren Ersatz durch mehrfach ungesättigte Fettsäuren),
- iii. Salzreduktion,
- iv. kardio-metabolische Risikobewertung,
- v. Krebsfrüherkennung.

31. Als ein Mittel zur Förderung der sektorübergreifenden Verknüpfung von Maßnahmen zu den Umweltdeterminanten nichtübertragbarer Krankheiten sind darüber hinaus zwei weitere Kategorien unterstützender Interventionen enthalten:

- i. Förderung aktiver Mobilität,
- ii. Gesundheitsförderung in Settings.

Vorrangige Handlungsfelder

Steuerung und Politikgestaltung in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten einschließlich des Aufbaus von Allianzen und Netzwerken sowie der Förderung der Befähigung der Bürger

32. Steuerung und Politikgestaltung (governance) im Gesundheitsbereich wurde definiert als „die Versuche von Regierungen oder anderen Akteuren, Bevölkerungsgruppen, ganzen Ländern oder sogar Ländergruppen Anleitung zu geben im Hinblick auf das Erreichen von Gesundheit und Wohlbefinden als ein kollektives Ziel“ (11); dies ist eine Kernüberlegung bei der Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“. Weil viele Einflüsse auf die Gesundheit außerhalb des Gesundheitssektors liegen und auch über Ländergrenzen hinweg wirksam sein können, erfordert Steuerung und Politikgestaltung in Bezug auf die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten Mechanismen, die partizipatorisch, sektorübergreifend sowie mehrschichtig sind und von der lokalen bis in die globale Arena reichen. Solche Mechanismen umfassen Maßnahmen mit dem Ziel, verantwortungsvoll und nachhaltig gemeinsame Ziele und Ressourcen zu definieren, die positiven Nebeneffekte der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu ermitteln, die Gesundheitsfolgen politischer Handlungskonzepte einzuschätzen und sektorübergreifende Maßnahmen durchzuführen. Ein Konzept, eine Strategie oder ein Plan zu nichtübertragbaren Krankheiten kann die Ausrichtung und die Zielvorgaben für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten vorgeben und die Politikkohärenz mit einer Reihe verwandter themenspezifischer Pläne gewährleisten.

33. Führung zu nichtübertragbaren Krankheiten mit positiven Auswirkungen auf die sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit und ihre Verteilung bedeutet, Führungsstärke unter Beweis zu stellen und ein Mandat, Anreize, Budgets sowie Mechanismen für die ressort- und politikbereichsübergreifende Zusammenarbeit und Problemlösung zu bieten. Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte und anderer sozialer Determinanten ist wichtig für die Gestaltung, Ausarbeitung und Durchführung öffentlicher Gesundheitsprogramme zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, erstens, um die Abdeckung durch das Programm sowie seine Wirksamkeit zu verbessern, und zweitens, um die negativen wirtschaftlichen Auswirkungen infolge von Produktivitätseinbußen und steigender Inanspruchnahme der Gesundheits- und Sozialschutzsysteme aufgrund von Ungleichheiten zu vermindern (12). Das Gesundheitssystem hat viele Möglichkeiten, aktiv Ungleichheiten zu verringern, insbesondere weil Zugänglichkeit, Angemessenheit und Akzeptanz von Gesundheitsleistungen sozial determiniert sind (13,14).

34. Die schwierigsten Gesundheitsprobleme erfordern die Zusammenarbeit mit Akteuren außerhalb der Regierung: internationalen Organen, bilateralen Organisationen, Berufsverbänden und nichtstaatlichen Organisationen, dem Privatsektor und der Wissenschaft. Allianzen und Vernetzung sind grundlegende Mechanismen, um Resultate zu erzielen. Bestehende Zusammenschlüsse im Bereich der öffentlichen Gesundheit wie EuroHealthNet, die Europäische Allianz für öffentliche Gesundheit (EUPHA) und der Verband der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region (ASPHER) haben ein besonderes Interesse an nichtübertragbaren Krankheiten, und Gleiches gilt für bestehende Netzwerke von Ländern wie dem Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk (SEEHN). Die allgemeineren Netzwerke wie „Schulen für die Gesundheit in Europa“ oder das Netzwerk gesunder Städte der WHO sowie diejenigen speziell zu nichtübertragbaren Krankheiten, unter anderen das Integrierte Länderprogramm zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) der WHO, das Europäische Netzwerk für gesundheitsförderliche Bewegung (HEPA) und die European Chronic Disease Alliance, können alle wichtige Beiträge leisten.

35. Befähigung zum selbstbestimmten Handeln ist ein wichtiger Teil der Förderung einer gesunden Lebensweise sowie der Prävention und des Managements nichtübertragbarer Krankheiten. Aufgrund der sich wandelnden Rollenverteilung zwischen Patienten und Gesundheitsfachkräften rücken heute zunehmend die Patienten in den Mittelpunkt des Krankheitsmanagements. Durch Strategien zur Befähigung von Patienten und Familien werden Patienten in die Lage versetzt, ihre Krankheit besser in den Griff zu bekommen, gesündere Verhaltensweisen anzunehmen und bestehende Gesundheitsangebote effizienter zu nutzen sowie die Bewältigungskompetenz und Effizienz von Betreuenden zu verbessern. Selbsthilfegruppen, Patientenorganisationen und ähnliche Interessenvertretungsgruppen unterstützen partnerschaftliche Beziehungen zwischen Patienten und Betreuenden, indem sie Auswahlmöglichkeiten, Informationen und Fähigkeiten bereitstellen. Die Rolle der Medien bei der Einflussnahme auf Normen und Verhaltensweisen sowie bei der Gestaltung der Debatte in der Öffentlichkeit muss ebenfalls anerkannt werden. Unabhängig davon wird bei Maßnahmen zur besseren Befähigung der Umstand berücksichtigt werden müssen, dass bei den am stärksten benachteiligten Gruppen und Personen in der Gesellschaft potenziell die Wahrscheinlichkeit am geringsten ist, dass sie von Partizipationsinitiativen profitieren, wenn solche Initiativen nicht angemessen, akzeptabel und unter Berücksichtigung des Bedürfnisses nach gesundheitlicher Chancengerechtigkeit gestaltet werden.

Maßnahmen der WHO

- Die Entwicklung nationaler Aktionspläne für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten erleichtern und unterstützen, entweder in Form eines eigenständigen Dokuments oder integriert in andere Konzepte und Pläne zum Thema öffentliche Gesundheit, wobei ein Schwerpunkt dieser Aktionspläne soziale Determinanten und ihre Verteilung sein sollen.
- Auf bestehende Politikmechanismen und -plattformen wie den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa und maßgebliche multilaterale Umweltabkommen aufbauen, die Synergien für die Primärprävention nichtübertragbarer Krankheiten bieten.
- Praxisbezogene Maßnahmen entwickeln, um zugunsten der gemeinsamen Überzeugungsarbeit, Ressourcenbeschaffung und des Erfahrungsaustausches und zur Schaffung von Kapazität zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten eine gut funktionierende und produktive Partnerschaft europäischer Netzwerke von Ansprechpersonen und Akteuren im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten aus öffentlichem Sektor, Zivilgesellschaft, Berufsgruppen und der Wissenschaft aufbauen. Im Zusammenhang mit dieser Partnerschaft werden unter angemessener Berücksichtigung der zutreffenden Konzepte zur Vermeidung von Interessenkonflikten Foren für die Interaktion mit dem Privatsektor gebildet werden.
- Praxisbezogene Vorschläge für die Zusammenarbeit im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten zwischen internationalen Organisationen wie der WHO, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Europäischen Kommission, der Weltbank, der Europäischen Investitionsbank und der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEA) zugunsten der Überzeugungsarbeit zur Gesundheitsförderung, für konkrete Themen wie Standards und Indikatoren sowie für gemeinsame Aktivitäten in Ländern entwickeln, wobei der von jedem Partner eingebrachte Mehrwert klarer gemacht werden soll.
- Fachunterstützung leisten, um Mitgliedstaaten zu helfen, durch Konzepte, Strategien und Programme die Befähigung von Patienten und Bürgern zu verwirklichen und zu stärken, einschließlich Orientierung zu der Frage, wie ein Schwerpunkt auf das Ziel integriert werden kann, diejenigen Gruppen und Personen zu erreichen, bei denen die Wahrscheinlichkeit am größten ist, dass sie nicht befähigt und/oder benachteiligt sind.

Maßnahmen der Mitgliedstaaten

- Die Zahl der Strategien und Aktionspläne auf der nationalen Ebene erhöhen, die nichtübertragbare Krankheiten betreffen/für nichtübertragbare Krankheiten maßgeblich sind und die die sozialen und Umweltkontexte für nichtübertragbare Krankheiten sowie gesunde Lebensweisen berücksichtigen, für die separate Budgets und Umsetzungskapazität bestehen und die eine Komponente für die Überwachung sowohl der gesundheitlichen Gesamtauswirkungen als auch ihrer Verteilung umfassen.
- Die Zahl der Länder erhöhen, die nichtübertragbare Krankheiten in nationale und regionale Entwicklungsagenden aufnehmen.
- Die Zahl nationaler Allianzen zu nichtübertragbaren oder chronischen Krankheiten mit einem Schwerpunkt auf Nebenerkrankungen und gemeinsame Faktoren erhöhen, um Anstrengungen in Bezug auf Überzeugungsarbeit integriert zu koordinieren.

Stärkung von Surveillance, Überwachung und Evaluierung sowie Forschung

36. In der Europäischen Region der WHO liegt ein großer Datenbestand aus Erhebungen vor, die auf der subnationalen, nationalen, regionalen und globalen Ebene durchgeführt wurden (siehe die Tabelle in Anhang 1). Aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Instrumente und Definitionen durch verschiedene Organisationen kann die Datenharmonisierung dennoch schwierig sein, und verfügbare Länderdaten sind vielleicht nicht immer national repräsentativ oder von ausreichend hoher Qualität.

37. Für die Entwicklung gezielter Maßnahmen, die Überwachung der Fortschritte und der Erfolge bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sowie als Grundlage und für die Evaluierung von Strategien und Konzepten sind Surveillance-Daten wichtig. Surveillance-Systeme sollten von guter Qualität, zuverlässig, standardisiert und nachhaltig sein. Sie sollten auf die Bedürfnisse von Ländern zugeschnitten sein, und auf der internationalen Ebene durch gemeinsame Protokolle, Indikatordefinitionen, Analyseinstrumente und Datenbanken koordiniert werden, die Vergleiche internationaler Trends ermöglichen. In Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten sollte ein Surveillance-System Informationen zu den folgenden Themen erzeugen und verfolgen: die aus nichtübertragbaren Krankheiten entstehende Krankheitslast (Morbidität, Sterblichkeit, Behinderung und wirtschaftliche Kosten), Schätzungen der Prävalenz und Trends ihrer Risikofaktoren, ihre sozialen Determinanten, gefährdete Bevölkerungsgruppen und angemessene Durchführung evidenzbasierter Maßnahmen. Gefährdeten Gruppen und einem aufgeschlüsselten Bild der Bevölkerung muss in der Form von Querverknüpfungen mit Geschlecht, Altersgruppe und sozialen Faktoren wie Bildungsstand, Einkommen und Wohnort ausreichend Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die Verknüpfung mit anderen maßgeblichen Surveillance-Systemen wie denjenigen für Umweltbelastungen und übertragbaren Krankheiten sollte untersucht werden.

38. Um Verknüpfungen und Nachhaltigkeit zu unterstützen und die längerfristige Messung der Auswirkungen von Interventionen zu nichtübertragbaren Krankheiten und ihrer Verteilung zu ermöglichen, müssen die Überwachung und Evaluierung nichtübertragbarer Krankheiten und Risikofaktoren in allgemeine Gesundheitsinformationssysteme integriert werden. Das WHO-Regionalbüro für Europa kooperiert mit den Mitgliedstaaten bei der Überwachung der Fortschritte in Bezug auf die Kapazität von Ländern für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, auch hinsichtlich der Frage, was aus guter Praxis gelernt werden kann und in welchem Bezugsrahmen Maßnahmen zu nichtübertragbaren Krankheiten in den übergeordneten Agenden für öffentliche Gesundheit und Gesundheitsreform stehen. In den Berichten, die erzeugt werden, wird nicht nur der Durchführungsstatus von Maßnahmen zu nichtübertragbaren Krankheiten überwacht (als Teil des Mandats der WHO aus dem

Aktionsplan 2008–2013 zur Globalen Strategie für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten); sie enthalten auch Beispiele guter Praxis und eingehendere Analysen ausgewählter Länderkonzepte.

39. Es liegt ausreichend Evidenz als Handlungsgrundlage in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten vor, und die beste verfügbare Evidenz sollte verwendet werden, und zwar unter kontinuierlicher Überwachung, um zu lernen und Anpassungen vornehmen zu können. Unabhängig davon muss weiter Evidenz entwickelt werden, beispielsweise die aus der Wirkungsevaluierung gewonnene (in Bezug auf sowohl die durchschnittliche Gesamtwirkung auf die Bevölkerung als auch ihre Verteilung) und zur Kostenwirksamkeit von Interventionen. Experten und politische Entscheidungsträger müssen besser miteinander verbunden werden, und es muss sichergestellt werden, dass Daten zugänglich sind und durch unterschiedliche Medien in unterschiedlichen Formaten an unterschiedliche Zielgruppen übermittelt werden. Netzwerken von Instituten für öffentliche Gesundheit, WHO-Kooperationszentren und das Health Evidence Network bestehen bereits als reiche Ressource für die Region.

Maßnahmen der WHO

- Auf der Ebene der Europäischen Region der WHO und auf der Länderebene einen Evaluierungsrahmen für diesen Aktionsplan zu nichtübertragbaren Krankheiten entwickeln und einführen, wobei sicherzustellen ist, dass Maßnahmen, Indikatoren sowie Überwachungs- und Evaluierungsansätze mit den anderen risikofaktorspezifischen Aktionsplänen der WHO übereinstimmen.
- Ein Expertengremium bilden, das Unterstützung bei der Entwicklung eines Ansatzes zu den Fragen leisten soll, wie und welche Elemente dieses Aktionsplans überwacht werden sollen, damit unter Verwendung einer Kombination unterschiedlicher Datenquellen und Methoden (was in Ländern mit unterschiedlichem Einkommensniveau möglich sein sollte) sowie unter Berücksichtigung sozialer Gesundheitsdeterminanten wie Geschlecht und sozioökonomischer Status Fortschritte verfolgt und darüber Bericht erstattet werden kann.
- Leitlinien für ein integriertes Informationssystem zu nichtübertragbaren Krankheiten entwickeln, einschließlich einer regionalen Liste von Indikatoren (zur Ergänzung der globalen Initiativen) für die nationale Surveillance und zur Aufnahme in eine integrierte Gesundheitsinformationsplattform beim WHO-Regionalbüro für Europa. Dabei sollen mit dem Ziel, ein umfassendes Bild zu erhalten, Ansätze der Datenbank „Gesundheit für alle“ mit der bestehenden Datenerhebung zu nichtübertragbaren Krankheiten abgestimmt und die Aufschlüsselung von Daten ermöglicht werden sowie Synergien mit verwandten krankheits- und umweltbezogenen Surveillance-Systemen erforscht werden.
- Grundsatzpapiere über die Aufnahme eines Schwerpunktes zu den Themen Geschlecht, andere soziale Determinanten und Chancengerechtigkeit in Konzepte und Programme zu nichtübertragbaren Krankheiten einschließlich eines Profils der Risikoverteilung für konkrete nichtübertragbare Krankheiten und ihrer Risikofaktoren ausarbeiten und verbreiten.

Maßnahmen der Mitgliedstaaten

- Verstärkt neue integrierte nationale Surveillance-Systeme zu nichtübertragbaren Krankheiten einrichten oder bestehende stärken, einschließlich Informationen zu Krankheitslast, Risikofaktoren, sozialen Determinanten und gefährdeten Bevölkerungsgruppen.
- Die Zusammenarbeit zwischen Forschern und politischen Entscheidungsträgern besser dokumentieren, sodass die Evidenzgrundlage zu nichtübertragbaren Krankheiten den Bedarf der Politik in koordinierter Weise deckt.

- Mit dem Ziel der Überwachung und Analyse der Wirkungsverteilung nach Geschlecht, Alter und sozialer Herkunft aufgeschlüsselte Surveillance-Daten zu nichtübertragbaren Krankheiten auf der Grundlage der globalen und regionalen Untersuchungen sozialer Determinanten verstärkt verfügbar machen und nutzen.

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

40. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (15), die 1986 angenommen und in der Charta von Bangkok für Gesundheitsförderung (16) bestätigt wurde, enthielt fünf Hauptstrategien für die Gesundheitsförderung: Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, Schaffung stützender Umfelder, Unterstützung des gesundheitsbezogenen gemeinschaftlichen Handelns, Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Neuausrichtung der Gesundheitsdienste. Die Anerkennung des Einflusses von Kontexten auf Lebensentscheidungen und Verhaltensweisen mündete in einer Fokussierung auf unterschiedliche Settings wie Schulen, Gefängnisse und Arbeitsstätten sowie auf Konzepte zur Schaffung gesundheitsfördernder Umfelder, sodass gesündere Entscheidungen leichter zu treffen sind (17). Beispielsweise können durch gesundheitsfördernde Stadtplanung physische Umfelder geschaffen werden, die eine sichere und aktive Fortbewegung unterstützen und Raum für Freizeitaktivitäten bieten.

41. Ansätze auf der Ebene der Bevölkerung und solche, die auf gefährdete Personen abzielen, müssen im Gleichgewicht gehalten werden. Interventionen zugunsten ganzer Populationen können den größten Nutzen für die Bevölkerung bringen. Eine kleine Risikominderung bei einer großen Population, beispielsweise in Bezug auf die Cholesterinwerte, den Blutdruck oder das Rauchen, kann viel mehr Herz-Kreislauf-Erkrankungen und dadurch Todesfälle verhindern als die Behandlung einer kleinen Zahl stärker gefährdeter Personen (18). Nationale Rechtsvorschriften und fiskalische Konzepte (beispielsweise das Verbot industrieller Transfettsäuren oder die Halbierung des Kochsalzgehalts in verarbeiteten Nahrungsmitteln) können sowohl wirksam als auch kostensparend sein. Individuelle Ansätze sind kostenaufwendiger, verschärfen Ungleichheiten und sind auf gut ausgestattete sowie wirksame Gesundheitssysteme angewiesen. Unabhängig davon ist es wichtig festzustellen, welche Bevölkerungsgruppen am besten auf universelle Interventionen reagieren konnten, weil gewöhnlich ein soziales Gefälle besteht: Bei den am meisten Benachteiligten ist die Wahrscheinlichkeit am geringsten, dass sie auf solche Lebensstilmaßnahmen reagieren.

42. Parallel zur Planung breit angelegter gesellschaftlicher Interventionen zu den Determinanten nichtübertragbarer Krankheiten muss vier verhaltensbedingten Risikofaktoren unter Berücksichtigung des Geschlechts und anderer sozialer Unterschiede unmittelbar entgegengewirkt werden. In den globalen und regionalen Untersuchungen zu sozialen Determinanten wurde darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, die Kontexte für Lebensweisen zu berücksichtigen – die „Ursachen der Ursachen“. Im letzten Jahrzehnt wurden globale und regionale Strategien zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs, des schädlichen Alkoholkonsums, von körperlicher Inaktivität und ungesunder Ernährung beschlossen. Das FCTC ist zudem das zentrale internationale Public-Health-Instrument zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs. Das Maßnahmenpaket MPOWER enthält evidenzbasierte Instrumente zur Unterstützung der Umsetzung des FCTC. Es wurde ermittelt, dass Interventionen zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs und zur Verringerung des Salzgehalts zu den kostenwirksamsten weltweit zählen. Es wird dennoch anerkannt, dass Programme mit mehreren Komponenten am wirksamsten sind, wenn sie Teil eines integrierten und umfassenden Ansatzes sind.

43. Krankheitsprävention umfasst klinische präventive Dienstleistungen wie Impfprogramme, bevölkerungsbezogene Untersuchungsprogramme und kardio-metabolische Risikobewertung in der primären Gesundheitsversorgung. Darauf wird im nächsten Abschnitt weiter eingegangen.

Maßnahmen der WHO

- In wenigen definierten vorrangigen Bereichen politikbereichsübergreifender Politikgestaltung, die für nichtübertragbare Krankheiten maßgeblich sind, für die Einführung durch die Mitgliedstaaten bereite konzeptionelle Instrumente entwickeln, ausgehend von den umfassenden Erfahrungen, die in der Region mit der Bekämpfung des Tabakgebrauchs, Verkehr und Umwelt und Außenpolitik gemacht wurden (diese Arbeit wird in enger Abstimmung mit Folgemaßnahmen zu „Gesundheit 2020“ durchgeführt) und unter Berücksichtigung der potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheit und die geschlechtsbezogene Chancengleichheit.
- Einen Zwischenbericht über Fortschritte von Ländern bei sektorübergreifenden Maßnahmen erstellen und auf der Achten Globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung (Helsinki, Finnland, 2013) vorstellen.
- Instrumente zur Förderung der Gesundheitskompetenz und zur Stärkung des gesundheitsbezogenen gemeinschaftlichen Handelns durch die Nutzung von Mechanismen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz (wie Patientenentscheidungshilfen und Selbsthilfekurse) entwickeln sowie Analphabetentum und Sprache als Hindernisse für den Erwerb von Gesundheitskompetenz berücksichtigen.
- Zur Entwicklung von Instrumenten und Fachunterstützung zugunsten der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten die bestehenden regionalen Netzwerke für die Gesundheitsförderung in Schulen, an Arbeitsstätten, in Gefängnissen, Hochschulen und Städten nutzen und die Wirkungsverteilung evaluieren.

Maßnahmen der Mitgliedstaaten

- Die Ratifizierung und Umsetzung des FCTC beschleunigen, um die Welt weitgehend frei von Tabak zu machen.
- Die Verpflichtungen umsetzen, die im Rahmen der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas, des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung für 2007–2012, der Globalen Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit und der Globalen Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums eingegangen wurden.
- Zur Förderung verbesserter Ernährung, Steigerung der körperlichen Betätigung und Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums nationale politische Handlungskonzepte zu Landwirtschaft, Handel, Industrie und Verkehr aneinander anpassen.

Neuausrichtung der Gesundheitsdienste auf die Prävention und Versorgung chronischer Krankheiten

44. Gesundheitssysteme stehen vor dem Problem, durch die Integration von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Palliativversorgung umfassende Ansätze zur Verringerung der Krankheitslast durch nichtübertragbare Krankheiten vorlegen und auf akute Erkrankungen reagieren sowie bei Bedarf Rehabilitation und Palliativversorgung anbieten zu müssen. Wenngleich für die Mehrzahl dieser Erkrankungen wirksame und sogar kostenwirksame Interventionen wohlbekannt sind, werden sie nicht großflächig genutzt.

45. Außerdem bestehen für viele Patienten, die unter chronischen nichtübertragbaren Krankheiten leiden, schwerwiegende Hindernisse beim Zugang zu qualitativ hochwertiger kontinuierlicher Versorgung. Die allgemeine Versorgung der Bevölkerung mit Dienstleistungen für chronisch Kranke ist in vielen Ländern bei weitem nicht erreicht, und es bestehen große Unterschiede bei den Kostenbeteiligungsvorschriften, die Patienten mit nichtübertragbaren Krankheiten befolgen müssen, um Zugang zu Gesundheitsleistungen und Arzneimitteln zu erhalten. Finanzielle Hürden können insbesondere die Bewältigung gängiger Risikofaktoren

erschweren, die wie hoher Blutdruck durch Medikamente wirksam unter Kontrolle gehalten werden können. Selbst dort, wo ein allgemeiner Zugang besteht, ist das Management chronischer Erkrankungen für ärmere Menschen schlechter.

46. Außerdem liegt Evidenz für nicht ausgeschöpfte Effizienzgewinne beim Management chronischer Krankheiten vor, die durch die bessere Koordinierung oder Integration von Dienstleistungen über institutionelle Grenzen hinweg realisiert werden könnten. Besonders gilt dies in einem Umfeld mit knappen Ressourcen, wo ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis und die Ressourcenverteilung von der tertiären zur präventiven Versorgung umso notwendiger sind. Diese Hindernisse zu beseitigen und Patientenpfade sinnvoller und stärker patientenzentriert zu gestalten, steht heute weit oben auf der Reformagenda einer zunehmenden Zahl von Gesundheitssystemen in Europa. Die Bevölkerungsalterung und der Anstieg der Gesundheitskosten machen diese Aufgabe noch dringlicher.

47. Stärkere Gesundheitssysteme, die zeitnah wirksame und erschwingliche Versorgung bieten, können einen großen Beitrag zur Verringerung vorzeitiger Morbidität und Sterblichkeit aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten leisten. Um dies zu erreichen, müssen sich die Modalitäten der Erbringung von Gesundheitsleistungen verbessern: Ärzte müssen in höherem Maß evidenzbasierte Medizin praktizieren, und die Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit müssen intensiviert werden. Um zu gewährleisten, dass Gesundheit insbesondere auch für benachteiligte Gruppen erschwinglich ist, müssen die Finanzierungsmechanismen überprüft werden. Gesundheitssystemansätze zugunsten von Personalgewinnung sowie neuen Medikamenten und Technologien müssen neu bewertet werden, um in Menge und Qualität angemessene Inputs der Gesundheitssysteme zu sichern. Zur Sicherung der notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen sowie zur Befähigung der Patienten zu selbstbestimmtem Handeln müssen die entsprechenden Mechanismen gestärkt werden, vor allem durch die Verbesserung der Steuerung und Politikgestaltung. Schlussendlich müssen die Kapazitäten und Dienste im Bereich der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden, insbesondere in Bezug auf Surveillance, Bedarfsermittlung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Führung im Public-Health-Bereich und Personalentwicklung.

Maßnahmen der WHO

- Im Hinblick auf die Verwendung eines patientenzentrierten Modells zur Koordinierung des Managements von chronischen Krankheiten von der Prävention bis zur Palliativversorgung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems über institutionelle Grenzen hinweg (primäre Gesundheitsversorgung, Sozialfürsorge auf der Gemeinschaftsebene, Krankenhausdienstleistungen, Notfallversorgung) gute Praxis erforschen, dokumentieren, verbreiten und fördern, auch in Bezug auf nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten sowie mit Untersuchung der Wirkungsverteilung in der Bevölkerung.
- Durch Modelle guter Praxis bei der Verbesserung der Fähigkeiten von Gesundheitsfachkräften, Beratung und Unterstützung zum Thema Selbsthilfe leisten zu können, und in Bezug auf Mechanismen zur Förderung der Selbsthilfekompetenz bei Patienten, Familien und im freiwilligen Sektor Kapazität in der Region schaffen.
- Zugunsten des verbesserten allgemeinen Zugangs zu umfassenderen und die gesundheitliche Chancengerechtigkeit berücksichtigenden Maßnahmenpaketen zu nichtübertragbaren Krankheiten und der Versorgungskontinuität durch geeignete, an den speziellen Kontext jedes Landes angepasste Gesundheitsfinanzierungsmodelle Informationen verbreiten und Überzeugungsarbeit leisten.
- Strategien weiterentwickeln, um den Zugang zu kostenwirksamen Arzneimitteln und ihren verbesserten sinnvollen Einsatz durch Gesundheitsfachkräfte und Patienten zu

gewährleisten, und Modelle guter Praxis ermitteln, die in Mitgliedstaaten zu diesem Ziel beigetragen haben.

- Zur Überwachung von Trends in Bezug auf den Zugang zu wirksamen Interventionen zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten international vergleichbare Indikatoren entwickeln (beispielsweise zu unentbehrlichen Arzneimitteln, Eigenzahlungen von Patienten und geringerer Inanspruchnahme durch stärker benachteiligte Bevölkerungsgruppen) sowie durch unabhängige und evidenzbasierte Verfahren zur Bewertung von Gesundheitstechnologie die Effizienz der Gesundheitsversorgung fördern.
- Zur Förderung der integrierten Fallsuche sowie des integrierten Fallmanagements und unter Hervorhebung der Verknüpfungen zwischen Impfungen, sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie nichtübertragbaren Krankheiten; HIV/Aids, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs; Tb und Bekämpfung des Tabakgebrauchs; sowie Bekämpfung des schädlichen Alkoholkonsums, Diabetesmanagement und Ernährung operative Orientierungshilfen entwickeln.

Maßnahmen der Mitgliedstaaten

- Die Rolle der primären Gesundheitsversorgung bei der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten stärken, insbesondere in Bezug auf die Bewertung und das Management von Risikofaktoren sowie auf Kurzinterventionen (zur Raucherentwöhnung und zur Beschränkung des schädlichen Alkoholkonsums) und unter Berücksichtigung von Bevölkerungsgruppen und Personen, bei denen die Wahrscheinlichkeit am größten ist, dass sie aufgrund ihrer sozialen und wirtschaftlichen Umstände gefährdet sind.
- Die Verwendung evidenzbasierter Leitlinien und Standards für das integrierte Management nichtübertragbarer Krankheiten in der primären Gesundheitsversorgung verstärkt beschließen, einführen und überwachen, einschließlich eines Schwerpunkts auf sozialen Determinanten und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.
- Die Überwachung der Gesundheitsversorgung intensivieren, einschließlich der Wirkungsmessung von Gesundheitsinterventionen, auch, wie zufrieden Patienten/Familien sind und was Patienten in Bezug auf ihre Gesundheit empfinden.
- Aspekte der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention in Ausbildungspläne von Gesundheitsfachkräften und Anbietern primärer Gesundheitsversorgung aufnehmen; insbesondere sollen diese befähigt werden, Vermittler des Wandels zu werden, indem sie ihren Zielgruppen Strategien zur Risikominderung in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten empfehlen, und besser zu verstehen, wie die sozialen und wirtschaftlichen Umstände von Menschen sich auf deren Möglichkeiten auswirken, Gesundheitsentscheidungen zu treffen; parallel dazu soll in den Ländern der Inhalt gesundheitspolitischer Maßnahmen mit dem Umfang und Inhalt der individuellen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention abgestimmt werden.
- Kapazitäten und Dienste im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf allen Ebenen stärken und bei der Umsetzung des Rahmens zur Stärkung der Möglichkeiten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region enge Verbindungen mit der Gesundheitsversorgung gewährleisten.

Vorrangige Interventionen

48. Die vorrangigen Interventionen für die nächsten fünf Jahre wurden ausgewählt, weil sie evidenzbasierte, kostenwirksame Maßnahmen sind, die unter finanziellen und politischen Gesichtspunkten in einer Reihe von Länderkontexten durchgeführt bzw. ausgeweitet werden

können. Die Evidenzgrundlage für diese vorrangigen Interventionen wurde zusammengefasst, und viele von ihnen werden als solche mit den besten Erfolgsaussichten im globalen Lagebericht der WHO über nichtübertragbare Krankheiten (2010) aufgeführt; darin werden sie als Maßnahmen bezeichnet, die „unverzüglich durchgeführt werden sollten, um beschleunigt messbare Resultate in Bezug auf die Rettung von Menschenleben, die Krankheitsprävention und die Vermeidung hoher Kosten zu erzielen“. Diese Maßnahmen stehen auch im Einklang mit einer Konsensliste vorrangiger Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (19).

49. Es ist beabsichtigt, dass diese vorrangigen Interventionen im Rahmen eines umfassenderen und integrierten Ansatzes und vor dem Hintergrund der in den vorhergehenden Abschnitten dieses Dokuments erläuterten Anstrengungen in Bezug auf vorrangige Handlungsfelder stattfinden. *Nicht* beabsichtigt ist, dass in den nächsten fünf Jahren nur diese Interventionen und nichts darüber hinaus erreicht wird. Beabsichtigt ist jedoch, dass zumindest die hier aufgeführten Resultate erreicht werden.

50. Bis Ende 2012 wird für jede vorrangige Intervention ein detaillierter Projektplan ausgearbeitet worden sein, und es wird ein Überwachungs- und Evaluierungsrahmen bestehen, der 2017 nicht nur über die Wirkung, sondern auch über die Wirkungsverteilung in der Bevölkerung Bericht erstatten wird.

Förderung gesunden Konsums durch Fiskal- und Marktpolitik

Zielsetzung

51. Fiskalische Konzepte und Werbebeschränkungen wirkungsvoll zu nutzen, um die Nachfrage nach Tabak, Alkohol und Nahrungsmitteln mit einem hohen Gehalt an gesättigten Fettsäuren, Transfettsäuren, Salz und Zucker zu beeinflussen.

Ergebnisindikatoren

- Senkung der Prävalenz des Tabakgebrauchs – sowohl in Bezug auf den Bevölkerungsdurchschnitt als auch rascher bei Bevölkerungsgruppen mit den höchsten Werten,
- Senkung des schädlichen Alkoholkonsums – sowohl in Bezug auf den Bevölkerungsdurchschnitt als auch rascher bei Bevölkerungsgruppen mit den höchsten Werten,
- Rückgang der Adipositas.

Verfahrensindikatoren

- Beschränkungen der direkten und passiven Belastung durch Tabakrauch durch Anhebungen der Tabakpreise, Gesundheitswarnungen, eine rauchfreie Umwelt und ein vollständiges Verbot aller Formen der Tabakwerbung,
- Senkung des schädlichen Alkoholkonsums durch Anhebung der Alkoholsteuern, die Durchsetzung von Werbeverboten und die Einschränkung des Zugangs zu Alkohol im Handel,
- Förderung einer gesünderen Ernährung durch Lebensmittelpreiskontrollen, Kennzeichnungsvorschriften und Werbebeschränkungen.

Begründung

52. Die Bewerbung verarbeiteter Nahrungsmittel mit ihren Gehalten an „versteckten“ Zuckern, Salz und gesättigten Fettsäuren im Übermaß, insbesondere gegenüber Kindern, und ihre leichtere Verfügbarkeit tragen zum alarmierenden Anstieg der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Erwachsenen in der Europäischen Region bei, insbesondere bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Alkohol ist ein Risikofaktor für nichtübertragbare Krankheiten, aber auch eine wichtige unabhängige Ursache von Sterblichkeit und Morbidität durch Alkoholabhängigkeit, Gewalt und Verletzungen sowie andere alkoholbedingte Störungen. Ein zu hoher Teil der Bevölkerung wird noch nicht durch die im FCTC beschriebenen kostenwirksamen Interventionen erfasst, weil entweder ihr Land es nicht ratifiziert hat oder weil die Umsetzung der Verpflichtung in konkretes Handeln (beispielsweise durch Rechtsvorschriften für eine tabakfreie Umwelt) schwach war. Interventionen zu Preissetzung und Werbung bei Alkohol und Tabak sowie Beschränkungen der Bewerbung von Nahrungsmitteln gegenüber Kindern fallen erstens unter das Mandat globaler und regionaler Strategien und Resolutionen und sind zweitens Teil des ermittelten Bündels mit den besten Erfolgsaussichten.

Maßnahmen

- Argumente für fiskalische Mechanismen sammeln, um gesunde Entscheidungen zu unterstützen, und die Verwendung von Steuereinnahmen zur Finanzierung nachhaltiger Strukturen für die Gesundheitsförderung prüfen,
- die Bewerbung von Tabakprodukten verbieten (nicht beschränkt auf Zigaretten), schrittweise die Exposition von Kindern und jungen Menschen gegenüber der großen Bandbreite der Alkoholwerbung beschränken und ihre Exposition gegen der Werbung für Nahrungsmittel mit einem hohen Salz-, Fett- und Zuckergehalt sowie für zuckerhaltige Getränke beschränken.

Eliminierung von Transfettsäuren in Nahrungsmitteln

Zielsetzung

53. Transfettsäuren aus verarbeiteten Nahrungsmitteln zu eliminieren und sie durch mehrfach ungesättigte Fettsäuren zu ersetzen.

Ergebnisindikatoren

- Eliminierung von Transfettsäuren in verarbeiteten Nahrungsmitteln in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten.

Verfahrensindikatoren

- Abschluss und Umsetzung nationaler und internationaler Abkommen zur Eliminierung und zum geeigneten Ersatz von Transfettsäuren in verarbeiteten Nahrungsmitteln für die Märkte in der Europäischen Region.

Begründung

54. Transfettsäuren tragen zu Herzerkrankungen bei, indem sie die Werte für das sogenannte „schlechte Cholesterin“ (Lipoprotein geringer Dichte oder LDL) anheben, die Werte für das „gute Cholesterin“ (Lipoprotein hoher Dichte oder HDL) senken sowie die Zellen in den Blutgefäßwänden schädigen und auf diese Weise zu Entzündungen sowie Blockaden beitragen und zu Herzinfarkten führen. Transfettsäuren finden sich vorwiegend in Produkten, die teilweise gehärtete Öle enthalten, deren längere Haltbarkeit und Textur sie für Restaurants und

Nahrungsmittelverarbeiter attraktiv macht. Diese partielle Härtung lässt nicht nur Transfettsäuren entstehen, sondern zerstört auch die gesunden Omega-3-Fettsäuren, die natürlicherweise in Pflanzenölen vorhanden sind. Die schrittweise Eliminierung von Transfettsäuren aus Nahrungsmitteln ist möglich; sie könnte von großen Nahrungsmittelverarbeitern in relativ kurzer Zeit vollzogen werden und wurde von einigen großen Nahrungsmittelunternehmen bereits abgeschlossen.

Maßnahmen

- Neben der Industrie aktiv werden, um einen Zeitplan für die Eliminierung von Transfettsäuren aus Nahrungsmitteln für die Märkte in der Europäischen Region aufzustellen und sicherzustellen, dass sie nicht durch gesättigte Fettsäuren ersetzt werden (wodurch ein anderes Problem verschärft würde), sondern stattdessen mehrfach ungesättigte Fettsäuren oder die Verringerung des Gesamtfettgehalts zu bevorzugen.

Salzreduktion

Zielsetzung

55. Die Salzaufnahme aus Nahrungsmitteln auf weniger als 5 g (2000 mg Natrium) pro Person und Tag zu beschränken.

Ergebnisindikatoren

- Verringerung der Salzaufnahme auf die empfohlenen Werte in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten.

Verfahrensindikatoren

- Nationale Strategien zur Salzreduktion verabschiedet,
- Salzaufnahme der Bevölkerung gemessen,
- Gremien mit vielen Akteuren einberufen.

Begründung

56. In den meisten Ländern übersteigt die tägliche Salzaufnahme die Empfehlung der WHO, und der Salzgehalt in verarbeiteten Nahrungsmitteln ist eine wichtige Ursache. Es besteht eine unmittelbare Dosis-Wirkung-Beziehung zwischen Salz und Blutdruck. Die Verringerung der Salzaufnahme senkt das Langzeitrisiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall. Schätzungen zufolge würde die Verringerung der Salzaufnahme aus Nahrungsmitteln von 10 g auf 5 g pro Tag die Gesamtschlaganfallhäufigkeit um 23% und die Zahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 17% senken. Die Verringerung der Salzaufnahme der Bevölkerung ist möglich und ist eine der kostenwirksamsten und erschwinglichsten Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Wenngleich klare Unterschiede zwischen Ländern in Bezug auf Quellen für die Salzaufnahme bestehen, können Verhaltensweisen und Ernährungsgewohnheiten, mehrere gemeinsame Prinzipien und allgemeine Richtlinien ermittelt und verbreitet werden, um die erfolgreiche Umsetzung einer Strategie zur Salzreduktion zu gewährleisten (20).

Maßnahmen

- Salzreduktionsstrategien entwickeln und umsetzen, deren Kernelemente mit WHO-Empfehlungen übereinstimmen.

Kardio-metabolische Risikobewertung

Zielsetzung

57. Absolute Scores des kardio-metabolischen Risikos als eine Kernfunktion der primären Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region zu ermitteln und zu senken.

Ergebnisindikatoren

- Anstieg des Anteils der Patienten, bei denen empfohlene verhaltensbezogene Ziele und Behandlungsziele erreicht werden.

Verfahrensindikatoren

- Erstellung evidenzbasierter Leitlinien für die Risikobewertung sowie für verhaltensbezogene und pharmakologische Interventionen,
- Anstieg der Zahl der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme (d. h. Ausbildung von Anbietern von Gesundheitsleistungen, Zahl der Verschreibungen verschiedener Medikamente),
- Anstieg des Anteils der Patienten, für die das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung ermittelt wird, mit dokumentierter chancengerechter Verteilung von Leistungen.

Begründung

58. Diabetes erhöht das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung stark, und die Kombination von Risikofaktoren im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist höher als die Summe der individuellen Faktoren. Es besteht zunehmend Einigkeit dahingehend, dass ein multidisziplinärer Ansatz benötigt wird, um kardio-metabolischen Risikofaktoren angemessen entgegenwirken zu können. Die Erkenntnisse zeigen, dass die Früherkennung und Veränderung kardio-metabolischer Risikofaktoren eine wirksame Intervention ist, um die Entstehung von Hyperglykämie, Typ-2-Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Hyperlipidämie zu verhindern. Der Schwerpunkt sollte auf die Gesamtbewertung einer Zahl von Risikofaktoren statt auf eine Strategie gelegt werden, die eine einzelne Krankheit oder einen einzelnen Risikofaktor thematisiert. So kann ein frühzeitiges und wirksames Management eingeleitet werden, einschließlich einer Kombination von Interventionen zum Gesundheitsverhalten (Gewichtskontrolle, körperliche Betätigung, Ernährung, Rauchverzicht) und pharmakologischer Gefäßschutzmaßnahmen bei Personen, bei denen ein hohes kardio-metabolisches Risiko festgestellt wurde. Eine solche Strategie kann weitgehend in der primären Gesundheitsversorgung angesiedelt werden.

Maßnahmen

- In Bezug darauf Erkenntnisse generieren und Orientierungshilfe bieten, welche organisatorischen und Ressourcenveränderungen in der primären Gesundheitsversorgung notwendig sind, um einen umfassenden Dienst für die Bewertung, Veränderung und Verfolgung kardio-metabolischer Risikofaktoren zu betreiben,
- Erkenntnisse über erfolgreiche multidisziplinäre Programme für die Bewertung und das Management des kardio-metabolischen Risikos generieren,
- die Kapazität der primären Gesundheitsversorgung für die Bewertung und das Management des kardio-metabolischen Risikos steigern, einschließlich klinischer Leitlinien, Schaffung von Kapazität. Überwachung und Evaluierung.

Krebsfrüherkennung

Zielsetzung

59. Die Sterblichkeit aufgrund von Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs und Darmkrebs zu senken.

Ergebnisindikatoren

- Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs und Darmkrebs werden früher erkannt,
- es bestehen höhere Überlebenschancen bei Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs und Darmkrebs.

Verfahrensindikatoren

- Erfassung durch organisierte Untersuchungsprogramme zur Krebsfrüherkennung,
- Einschätzung des Bewusstseins für Krebserkrankungen in wichtigen Untergruppen der Bevölkerung.

Begründung

60. Interventionen sind verfügbar, die die Früherkennung und die wirksame Behandlung von etwa einem Drittel aller Krebsformen ermöglichen. Es gibt zwei Früherkennungsstrategien: frühzeitige Diagnose durch die Schärfung des Bewusstseins für die ersten Anzeichen und Symptome einer Erkrankung, sodass eine unverzügliche Überweisung zur Bestätigung der Diagnose und Behandlung erfolgen kann, und die Untersuchung asymptomatischer und anscheinend gesunder Personen zur Erkennung präkarzinomer Läsionen oder eines Frühstadiums von Krebs sowie die Überweisung zu Diagnose und Behandlung. Um wirksam zu sein und um zu vermeiden, dass mehr Schaden als Nutzen resultiert, sollten Untersuchungen im Rahmen organisierter bevölkerungsbezogener Untersuchungsprogramme mit Qualitätssicherung erfolgen. Wo Ressourcen und Gesundheitssysteme beschränkt sind und wo die Mehrzahl der Krebsformen, die frühzeitig erkannt werden können, im späten Stadium diagnostiziert wird, kann die Einrichtung eines Frühdiagnoseprogramms die geeignetste Strategie sein, um den Anteil der Patienten zu verringern, bei denen Krebs in einem späten Stadium diagnostiziert wird, („Downstaging“) und um die Überlebensquoten zu erhöhen. In allen Ländern sollte es einen nationalen Plan zur Bekämpfung von Krebs mit einer Reihe von Vorkehrungen von der Surveillance mit einem bevölkerungsbezogenen Krebsregister bis zum Zugang zu Palliativversorgung geben.

Maßnahmen

- Die Inzidenz der wichtigsten vermeidbaren, frühzeitig erkennbaren und behandelbaren Krebsformen und der Sterblichkeit aufgrund derselben ermitteln, einschließlich des Anteils im fortgeschrittenen Stadium erkannter Krebsfälle und der Prävalenz von Krebsüberlebenden, wo die Informationssysteme dies hergeben,
- das Bewusstsein für die ersten Anzeichen und Symptome von Krebs bei Gesundheitsfachkräften und in der Öffentlichkeit schärfen und gegebenenfalls bevölkerungsbezogene organisierte Untersuchungsprogramme entsprechend dem jeweiligen Landeskontext durchführen,
- die Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit bestehender Früherkennungsprogramme beurteilen.

Unterstützende Interventionen

61. Diese unterstützenden Interventionen werden in diesen Aktionsplan als ein Mittel zur Förderung sektorinterner Verknüpfungen zwischen Maßnahmen zu nichtübertragbaren Krankheiten und Maßnahmen im Rahmen der weiter gefassten umwelt- und bildungsbezogenen Agenda aufgenommen.

Förderung aktiver Mobilität

Zielsetzung

62. Durch Veränderungen der städtischen Umwelt mehr körperliche Betätigung zu fördern.

Ergebnisindikatoren

- Zahl der pro Person und Jahr zu Fuß und mit dem Fahrrad zurückgelegten Kilometer,
- Anteil der Kinder, die den Schulweg in unterschiedlicher Weise (zu Fuß, mit dem Fahrrad, mit öffentlichen Verkehrsmitteln, mit Privatfahrzeugen) zurücklegen.

Verfahrensindikatoren

- Zahl der Länder, die über ein nationales politisches Handlungskonzept zur Förderung von Zuzußgehen und Radfahren verfügen,
- Zahl der Länder, die nationale Aktionspläne zu den Themen Verkehr, Gesundheit und Umwelt ausgearbeitet haben, entweder in der Form eigenständiger Pläne oder integriert in andere Pläne.

Begründung

63. Politische Handlungskonzepte in den Bereichen Verkehr und Stadtplanung spielen eine wichtige Rolle für die Umweltbelastung aufgrund verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Verkehrslärm sowie für die Schaffung von Bedingungen, die tägliche körperliche Betätigung, insbesondere durch Radfahren und Zuzußgehen zu Fortbewegungs- oder Freizeitwecken ermöglichen oder unterdrücken können. Es liegen immer mehr Erkenntnisse dahingehend vor, dass Interventionen, die in Städten Bedingungen schaffen, welche aktive Fortbewegung erleichtern, in Kombination mit öffentlichem Nahverkehr die Entscheidungen von Menschen in Bezug auf die von ihnen gewählte Art der Fortbewegung beeinflussen können und auf diese Weise die Entscheidung für ein gesünderes Verhalten erleichtern sowie zur Klimawandel-Agenda beitragen können. In den Städten der Europäischen Region, in denen mehr als 50% der Strecken, die mit dem Auto zurückgelegt werden, kürzer als 5 km und mehr als 30% kürzer als 3 km sind, ist es leicht möglich, auf die Kfz-Benutzung zu verzichten und stattdessen zu Fuß zu gehen oder mit dem Fahrrad zu fahren; dies würde im Wesentlichen auch dem empfohlenen Umfang an täglicher körperlicher Betätigung mittlerer Intensität entsprechen.

Maßnahmen

- Nationale Aktionspläne zu den Themen Verkehr, Gesundheit und Umwelt ausarbeiten und durchführen,
- an regionalen Netzwerken teilnehmen, Erfahrungen austauschen, Erkenntnisse über die Wirksamkeit von verkehrsbezogenen und stadtplanerischen Interventionen in Bezug auf die Verringerung des Risikos nichtübertragbarer Krankheiten gewinnen und weitergeben,

- Datenbanken, Orientierungshilfen und Instrumente für die Einschätzung verkehrsbedingter Auswirkungen auf die Gesundheit, auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten, entwickeln und anwenden,
- Instrumente zur Berücksichtigung von Gesundheitsbelangen bei Verkehrsentscheidungen entwickeln.

Gesundheitsförderung in Settings

Zielsetzung

64. Gesundheit und Wohlergehen zu verbessern, indem Schulen und Arbeitsstätten so umgestaltet werden, dass sie die Gesundheit stärker unterstützen.

Verfahrensindikatoren

- Zahl der Länder mit Arbeitsschutzvorschriften, die Bestimmungen zum Schutz von Arbeitnehmern vor berufsbedingten Krebs- und Lungenerkrankungen einschließlich berufsbedingten Asthmas enthalten,
- Zahl der Länder mit nationalen Programmen zur Unterstützung umfassender Initiativen zugunsten gesunder Schulen und Arbeitsstätten gemäß dem WHO-Rahmen.

Begründung

65. Gesundheit und Bildung sind untrennbar verknüpft: Bildung hat einen starken Einfluss auf Gesundheitsergebnisse; Schüler lernen effektiver, wenn sie gesund sind; und sie erzielen bessere Lernergebnisse und weisen in geringerem Maß riskantes Verhalten auf, wenn sie sich an ihrer Schule wohlfühlen und Kontakt zu für sie wichtigen Erwachsenen haben. Die Gesundheitsförderung an Schulen zielt auf die Verbesserung der Gesundheit aller Schüler, Lehrer und sonstigen Beschäftigten einer Schule durch ganzheitliche und partizipatorische Ansätze, und sie umfasst Konzepte für gesunde Schulen, das physische und soziale Umfeld der Schule, den Lehrplan, Verbindungen nach außen und Gesundheitsleistungen.

66. Jährlich sterben in der Region mehr als 300 000 Menschen an verschiedenen Berufskrankheiten (ohne Todesfälle infolge Arbeitsunfällen), von denen die Mehrzahl nichtübertragbare Krankheiten sind. Die Exposition gegenüber den Risikofaktoren für diese Krankheiten erfolgt unfreiwillig und können durch die organisierten Anstrengungen von Gesellschaft und Unternehmen gemindert werden. Arbeitsstätten sind auch ein wichtiger Ausgangspunkt für Programme zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und zur Gesundheitsförderung. Wenn die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz als eine umfassende Initiative für gesunde Arbeitsplätze entwickelt und durchgeführt wird, vermindert sie wirkungsvoll Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten, indem sie unter Mitwirkung von Arbeitnehmern und Führungskräften physischer Inaktivität, ungesunden Ernährungsgewohnheiten, Tabakgebrauch und Alkoholkonsum am Arbeitsplatz sowie psychosozialen Risikofaktoren entgegenwirkt.

Maßnahmen

- Bestehende Mandate und Verpflichtungen in Bezug auf gesündere Umfelder derart erfüllen, dass die Exposition gegenüber dem Risiko nichtübertragbarer Krankheiten verringert wird,
- Konzepte, Rechtsvorschriften und Instrumente der Steuerung und Politikgestaltung entwickeln, die in Übereinstimmung mit Orientierungshilfen der WHO auf der nationalen und lokalen Ebene sowie am Arbeitsplatz auf berufs- und arbeitsbedingte

nichtübertragbare Krankheiten abzielen, und die Einhaltung maßgeblicher Vorschriften und Bestimmungen durch Arbeitgeber sicherstellen,

- bei der Stärkung der Kapazität, gesundheitsfördernder Settings und Primärprävention nichtübertragbarer Krankheiten mit maßgeblichen Netzwerken wie dem Netzwerk „Schulen für die Gesundheit in Europa“ und dem European Network for Workers' Health zusammenarbeiten.

Literatur

1. *Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part4-en.pdf, accessed 20 June 2011).
2. *Moscow Declaration: The First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control. Moscow, 28–29 April 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_en.pdf, accessed 20 June 2011).
3. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf, accessed 20 June 2011).
4. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 20 June 2011).
5. Blas E, Sivasankara Kurup A (eds). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf, accessed 20 June 2011).
6. *The world health report 2008: primary health care (now more than ever)*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, accessed 20 June 2011).
7. *The world health report 2010: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>, accessed 20 June 2011).
8. Ritsatakis A, Makara P. *Gaining health: analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/gaining-health.-analysis-of-policy-development-in-european-countries-for-tackling-noncommunicable-diseases>, eingesehen am 12. Juli 2011).
9. Farrington JL, Stachenko S. *Country capacity for noncommunicable disease prevention and control in the WHO European Region. Preliminary report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/122976/E94316.pdf, accessed 20 June 2011).

10. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal*, 1981, 282:1847–1851.
11. Kickbusch I. 21st century governance for health and well-being: a study for the WHO European Regional Office. Progress update [Vortrag auf der vierten Tagung des 18. Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa, 15. Mai 2011, Genf].
12. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010 (doi:10.1136/jech.2010.112680).
13. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems, Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 20 June 2011).
14. *Putting our own house in order: examples of health-system action on socially determined health inequalities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/putting-our-own-house-in-order-examples-of-health-system-action-on-socially-determined-health-inequalities>, eingesehen am 12. Juli 2011).
15. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*. Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 21. November 1986. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1986 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, eingesehen am 12. Juli 2011).
16. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Sixth Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, 11 August 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf, accessed 20 June 2011).
17. *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991*. Geneva, World Health Organization, 1991 (WHO/HPR/HEP/95.3, (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf, accessed 20 June 2011)).
18. Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? *PLoS Medicine*, 2010, 7(8) (e1000320. doi:10.1371/journal.pmed.1000320).
19. Beaglehole, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. Published online 6 April 2011 (doi:10.1016/s0140-6736(11)60393-0).
20. *Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom, July 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500777_eng.pdf, accessed 20 June 2011).

Einschlägige WHO-Strategien, Aktionspläne, Resolutionen und Erklärungen von Ministerkonferenzen

Auf folgende Texte wird in diesem Dokument Bezug genommen:

Weltgesundheitsversammlung

Resolution WHA53.17 on Prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/17.pdf, accessed 20 June 2011).

Resolution WHA61.14 on Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-en.pdf, accessed 20 June 2011).

Resolution WHA63.13 on the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-en.pdf, accessed 20 June 2011).

Resolution WHA57.17 on the Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, accessed 20 June 2011).

Resolution WHA56.1 on the Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r1.pdf, accessed 20 June 2011).

WHO-Regionalkomitee für Europa

Resolution EUR/RC56/R2: Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/de/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-sixth-session/resolutions2/eurrc56r2>, eingesehen am 12. Juli 2011).

Resolution EUR/RC57/R4: Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas, u. a. durch den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (<http://www.euro.who.int/de/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-seventh-session/resolutions/eurrc57r4>, eingesehen am 12. Juli 2011).

WHO-Regionalbüro für Europa

Zugewinn an Gesundheit Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten.

Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/76527/E89306G.pdf, eingesehen am 12. Juli 2011).

Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/87466/E89567G.pdf, eingesehen am 12. Juli 2011).

Steps to health. A European framework to promote physical activity for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf, accessed 20 June 2011).

Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf, eingesehen am 12. Juli 2011).

Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78609/E93618G.pdf, eingesehen am 12. Juli 2011).

Better health, better lives: children and young people with intellectual disabilities and their families. European Declaration on the Health of Children and Young People with Intellectual Disabilities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/121263/e94506.pdf, accessed 20 June 2011).

Anhang 1: Beispiele bestehender Surveillance-Systeme für nichtübertragbare Krankheiten

• Länderebene	• Regionale Ebene	• Globale Ebene
<ul style="list-style-type: none"> • Repräsentative Erhebungen auf nationaler Ebene • Schulische Gesundheitsprüfungssysteme • Krebsregister • Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenbank „Gesundheit für alle“ (Gfa) der Europäischen Region der WHO • Informationssystem der Europäischen Region der WHO für Alkohol und Gesundheit • Datenbank für die Europäische Region der WHO über Anti-Tabak-Maßnahmen • Datenbank für die Europäische Region der WHO über Ernährung, Adipositas und Bewegung • Initiative der Europäischen Region der WHO für Adipositas-Surveillance im Kindesalter • Eurostat • Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Global Infobase der WHO • Global School-based Student Health Survey der WHO • Global Tobacco Surveillance System der WHO (einschließlich Global Youth Tobacco Survey, Global School Personnel Survey, Global Health Professions Student Survey und Global Adult Tobacco Survey) • Global Tobacco Surveillance System von WHO und CDC • Surveillance-Systeme STEPS der WHO • Global Health Observatory der WHO