

Einleitung

Dies ist die Kurzfassung des Buches "Public Health and the EU: an overview" (Gesundheitswesen und Europäische Union: Ein Überblick).

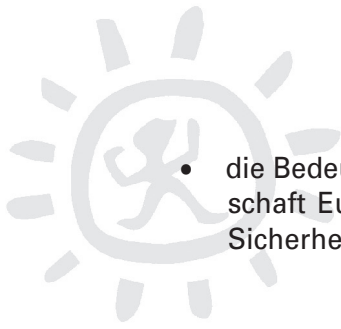
Während die vollständige Publikation derzeit nur in englischer Sprache verfügbar ist und kostenlos von der Website der European Public Health Alliance (<http://www.eph.org/>) heruntergeladen werden kann, wurde diese Kurzfassung in allen EU-Sprachen veröffentlicht und mit der finanziellen Unterstützung der Europäischen Kommission und privater Stiftungen gedruckt.

"Public Health and the EU: an overview" wurde erstmalig im Jahr 1995 als eine Zusammenstellung von Grundsatzanweisungen der EPHA veröffentlicht. Wir freuen uns, Ihnen ein Jahrzehnt später eine aktualisierte Version präsentieren zu können, die auf die jüngsten Entwicklungen in der Politik der EU eingeht, wie auf den Entwurf der Europäischen Verfassung, das neue Programm in Bezug auf das Gesundheitswesen und die Bedeutung der EU-Erweiterung für das Gesundheitswesen.

Die Mission der EPHA lautet, die Gesundheit aller in Europa lebenden Menschen zu fördern und zu schützen und für eine höhere Beteiligung der Bürger bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene einzutreten. Die EPHA hat dieses Buch veröffentlicht, um eine Einführung in die Vielzahl der Aktivitäten der Europäischen Union (EU) hinsichtlich des Gesundheitswesens zu bieten. Es beabsichtigt, lokale, nationale und europäische Organisationen über die Möglichkeiten und Herausforderungen zu informieren, die die EU bezüglich des Gesundheitswesens aufwirft. Wir betrachten dies als eine Voraussetzung für die Erweiterung und Stärkung der Einbeziehung und des Engagements der Zivilgesellschaft hinsichtlich der Politikgestaltung. Wichtiger noch ist, dass es ebenfalls die entscheidende Rolle hervorhebt, die nichtstaatliche Organisationen bei der Überbrückung der Kluft zwischen Bürgern und Entscheidungsträgern spielen und die als Gegengewicht zu den Interessengruppen agieren.

Diese Übersicht behandelt die laufenden Aktivitäten der EU (seit 2007) in den folgenden Bereichen:

- Gesundheitsstatus in der Europäischen Union, einschließlich der Auswirkungen der EU-Erweiterung;
- die auf EU-Ebene verfügbaren Hauptinstrumente zur Beeinflussung der gesundheitspolitischen Aspekte;
- der Einfluss anderer politischer Bereiche der EU (Binnenmarkt, Landwirtschaft, Umwelt, Forschung, Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz usw.) auf das Gesundheitswesen;
- das Verhältnis zwischen der Mobilität der Patienten und den Entwicklungen in der medizinischen Versorgung und wie dies zu einer engeren Zusammenarbeit und Koordination innerhalb der EU führen kann;
- der Austausch von Gesundheitsdaten und die Entwicklung einer guten Praxis;
- die Bedeutung von Gesundheitsfaktoren, wie Ernährung, körperliche Aktivität, Alkohol, Tabak, Drogen, geistige Gesundheit und Schädigungen;
- die Bedeutung von Infektionskrankheiten hinsichtlich des EU-Themenkatalogs und wie die jüngsten Gesundheitsängste im Zusammenhang mit SARS und Vogelgrippe die Notwendigkeit von EU-Aktionen deutlich gemacht haben;



- die Bedeutung von Arzneimitteln und Medikamenten für die Bürger und die Wirtschaft Europas und wie Erwägungen im Hinblick auf Kosten, Wettbewerb und Sicherheit das übergreifende Gesundheitswesen beeinflussen.

Gesundheitswesen

Die Publikation beinhaltet eine kurze Vorstellung der verschiedenen Konzepte des öffentlichen Gesundheitswesens, wobei die Entstehung der Gesundheitsbewegung und ihre bedeutendsten Leistungen kurz erklärt werden.

Überall werden die Menschen ihr ganzes Leben lang einem nahezu unbegrenzten Spektrum an Gesundheitsrisiken ausgesetzt, sei es in Form von übertragbaren oder nicht übertragbaren Krankheiten, Verletzungen, Konsumprodukten, Gewalt oder Naturkatastrophen. Keines der Risiken tritt isoliert auf, viele haben ihre Wurzeln in komplexen Ereignisabfolgen über einen langen Zeitraum¹. Im Wesentlichen geht es beim öffentlichen Gesundheitswesen darum, die Bedingungen für eine gesunde Gesellschaft zu schaffen.

Das öffentliche Gesundheitswesen kann somit als die 'objektive und messbare' Gesundheit einer Bevölkerung, die Lebenserwartung ihrer einzelnen Mitglieder und das Ausmaß, in dem sie frei von Krankheiten sind, definiert werden. Dies ist jedoch eher eine eingeschränkte Definition. Impfungen und bessere Untersuchungen haben sich auf die Volksgesundheit ausgewirkt, allerdings haben Aspekte in anderen Bereichen, wie bessere Wohnverhältnisse, sauberes Wasser, sanitäre Anlagen, Nahrungsmittelsicherheit, Bildung usw., einen noch größeren Einfluss.

Eine breitere Definition des öffentlichen Gesundheitswesens ist in der klassischen Definition von Winslow aus dem Jahre 1920 enthalten:

Das öffentliche Gesundheitswesen ist die Wissenschaft und die Kunst, Krankheiten vorzubeugen, das Leben zu verlängern und die physische Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu fördern, und zwar durch organisierte gesellschaftliche Bemühungen in Bezug auf die Sanierung der Umwelt, die Kontrolle allgemeiner Infektionskrankheiten, die Ausbildung der Individuen bezüglich der persönlichen Hygiene, die Organisation von medizinischen und pflegenden Dienstleistungen für frühzeitige Diagnosen und präventive Behandlungen von Krankheiten sowie die Entwicklung eines sozialen Apparates, der jedem einzelnen Mitglied der Gesellschaft einen Lebensstandard garantiert, der der Erhaltung der Gesundheit angemessen ist².

Die oben stehende Definition zeigt wichtige Aspekte auf, wie die Prävention von Krankheiten und die Konzentration auf den allgemeinen Lebensstandard und die gesamte Lebensqualität; Schlüsselaspekte der derzeitigen Gesundheitspolitik, einschließlich der auf EU-Ebene angewandten Vorgehensweise.

Darüber hinaus ist die Gesundheit auch ein Menschenrecht und als solches in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte³ festgelegt.

Das öffentliche Gesundheitswesen ist weit mehr als nur die medizinische Grundversorgung. Das öffentliche Gesundheitswesen - und nicht nur die Investitionen in die medizinische Grundversorgung - sollte der Kernbereich einer jeden Regierung sein, um die Gesundheit und das Wohlergehen ihrer Bürger zu verbessern und zu fördern.



Gesundheitsstatus in Europa

Im Buch "Health and the EU: an overview" folgt dann ein Kapitel über den Gesundheitsstatus der europäischen Bevölkerung.

Die Menschen in der Europäischen Union leben länger und erfreuen sich im Allgemeinen einer besseren Gesundheit als je zuvor⁴. Die Lebenserwartung in Westeuropa ist seit den 1950er Jahren stetig um etwa 2,5 Jahre in jedem Jahrzehnt gestiegen. Die Lebenserwartung variiert in den 25 EU-Ländern von 66-78 Jahre (eine Differenz von 12 Jahren) für Männer und von 76-84 Jahre (eine Differenz von 8 Jahren) für Frauen. Die Differenz zwischen den EU-Ländern ist hinsichtlich der gesunden Lebenserwartung größer als hinsichtlich der normalen Lebenserwartung. Die gesunde Lebenserwartung liegt bei 57-75 Jahren (18 Jahre) für Frauen und bei 54-71 Jahren (17 Jahre) für Männer⁵.

Die meisten Prognosen gehen davon aus, dass diese Verbesserung des Gesundheitszustands andauern wird. Krankheiten, die im Zusammenhang mit dem Lebensstil stehen, erhöhen jedoch die Gefahr einer rückläufigen Lebenserwartung. Risikofaktoren wie Rauchen, Fettleibigkeit, Mangel an körperlicher Aktivität, starker Alkoholkonsum, Verletzungen und Unfälle verursachen einen vorzeitigen Tod und chronische Erkrankungen. Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Ernährung, dem Lebensstil und der Gesundheit⁶. Nicht übertragbare Krankheiten machen einen Anteil von 87 % an den gesamten Krankheitskosten⁷ innerhalb der EU aus. Psychische Erkrankungen haben daran einen Anteil von 27%. Im Jahr 1999 waren psychische Erkrankungen für über 40% der Erwerbsunfähigkeitsrenten in Finnland und für 25 % in Portugal verantwortlich. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind derzeit die größte individuelle Todesursache in der EU⁸. Sie machen rund 40 % der Todesfälle bei beiden Geschlechtern aus. Dies ist auch die Hauptursache einer beeinträchtigten Gesundheit in Europa. Fettleibigkeit und Diabetes vom Typ 2 zeigen eine Besorgnis erregende Tendenz, nicht nur, weil sie einen größeren Teil der Bevölkerung betreffen, sondern auch, weil sie immer früher auftreten. Im Jahr 2000 betrug der Arbeitsausfall in der Europäischen Union insgesamt 158 Millionen Tage, was einem Durchschnitt von 20 Tagen für jeden Unfall entspricht⁹. Zudem können sich übertragbare Krankheiten und Pandemien aufgrund der hohen Mobilität schneller als je zuvor über die nationalen Grenzen hinaus ausbreiten.

Glücklicherweise sind die Hauptursachen für einen vorzeitigen Tod weitgehend vermeidbar, da die maßgeblichen Risikofaktoren verhaltensbezogen sind und durch einen effektiven Einsatz der wohlbekanntesten und realisierbaren Interventionen beeinflusst werden können. Die meisten Risiken häufen sich jedoch um den armen Teil der Bevölkerung¹⁰.

Die vorgenannte Momentaufnahme, die in der vollständigen Publikation detaillierter erläutert ist, zeigt ein Europa voller Kontraste. Wir können bemerkenswerte Verbesserungen bezüglich der Volksgesundheit in den letzten Jahrzehnten feststellen, die die Lebensqualität großer Bevölkerungsgruppen erheblich verbessert haben. Dennoch gibt es immer noch große Unterschiede zwischen und innerhalb der Länder. Die potenziellen Vorteile, die für ein effizientes Gesundheitswesen verbleiben, sind beachtlich.



Die Dringlichkeit einer unabhängigen europäischen Gesundheitspolitik

Die neue Version des Buches "Health in the EU: an overview" erkennt, dass Gesundheitsaspekte auf der europäischen politischen Tagesordnung immer weiter aufrücken.

Artikel 152 des Vertrages der Europäischen Gemeinschaft legt fest, dass "ein hohes Niveau beim Schutz der menschlichen Gesundheit bei der Definition und Implementierung aller gemeinschaftlichen Richtlinien und Aktivitäten gewährleistet sein muss." Heute ist die Gesundheit nicht nur ein separater und klar definierter Politikbereich, sondern auch ein wichtiger Aspekt in anderen politischen Bereichen, wie der Landwirtschaft, Umwelt, Beschäftigung, dem Wettbewerb, Verbraucherschutz usw. Die medizinische Versorgung ist jedoch grundsätzlich immer noch mehr ein Bereich mit nationaler als mit EU-Zuständigkeit. "Gemeinschaftliche Maßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens müssen die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten und der medizinischen Versorgung vollständig respektieren."¹¹ Da sich jedoch in einer wachsenden Union grenzüberschreitende Gesundheitsgefährdungen entwickeln, spielt die EU eine zunehmend wichtigere Rolle bei der Förderung und Koordination von medizinischen Lösungen für alle EU-Bürger, wobei der Fokus bei der Krankheitsprävention, einer übergreifenden Bereitschaft und einer schnellen Reaktion in Bezug auf potenzielle Gefahren liegt. Wie auch in allen anderen politischen Bereichen erfolgt die EU-Gesundheitspolitik im Kontext der geteilten Zuständigkeiten zwischen dem Rat, dem Europäischen Parlament und der Kommission.

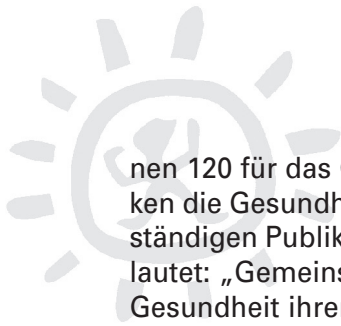
Nachfolgend finden Sie eine Zusammenfassung der Zuständigkeits- und Einflussbereiche der europäischen Institutionen, wie diese auch in der vollständigen Publikation beschrieben sind:

Der **Rat der Europäischen Union** ist das wichtigste Entscheidungsgremium der EU. Er repräsentiert die EU-Mitgliedstaaten und setzt sich aus jeweils einem Vertreter der einzelnen nationalen Regierungen zusammen. Die Rechtshandlungen des Rates können die Form von rechtlich bindenden Verordnungen, Richtlinien, Vorschlägen für freiwillige gemeinsame Maßnahmen, allgemeinen Stellungnahmen, Empfehlungen, Schlussfolgerungen oder Meinungen haben.

Das **Europäische Parlament** ist das europäische Gremium, das die Bürger der Mitgliedstaaten direkt vertritt. Es bringt den demokratischen Willen der EU-Bürger zum Ausdruck und vertritt ihre Interessen in Diskussionen mit anderen EU-Institutionen. Das europäische Parlament hat drei grundlegende Befugnisse: legislative Befugnisse, haushaltsmäßige Befugnisse und überwachende Befugnisse.

Die **Europäische Kommission** ist eine politisch unabhängige Institution, die die Interessen der EU als Gesamtheit vertritt und aufrechterhält. Sie ist die treibende Kraft innerhalb des institutionellen Systems der EU; sie hat das Recht, dem Rat und dem Parlament Vorschläge zu unterbreiten.

Im Bereich des Gesundheitswesens spiegelt sich diese Struktur in den folgenden Einrichtungen wieder: Die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission (DG SANCO) wurde im Jahr 1999 gegründet. Ihr Hauptsitz befindet sich in Brüssel, die Abteilung für das Gesundheitswesen ist zwischen Brüssel und Luxemburg aufgeteilt. Rund 700 Mitarbeiter sind in dieser Generaldirektion beschäftigt, von de-



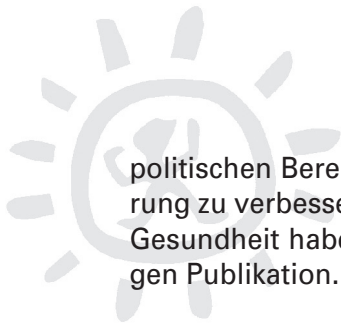
nen 120 für das Gesundheitswesen verantwortlich sind. Andere Generaldirektionen decken die Gesundheitsfragen innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs ab (dies ist in der vollständigen Publikation detailliert beschrieben). Die übergreifende Mission der DG SANCO lautet: „Gemeinsam mit den Mitgliedstaaten ist es das Ziel der Europäischen Union, die Gesundheit ihrer Bürger zu schützen und zu fördern.“ Diese Aufgabe des ‘Schutzes und der Förderung’ wurde auf unterschiedliche Weise interpretiert; die derzeit angewandten Hauptformen der Steuerung sind:

- Gesetzgebung und Verordnungen – Die rechtlichen Befugnisse im Gesundheitswesen wurden mit dem Artikel 152 des Amsterdamer Vertrages bekräftigt. Die EU hat ein eingeschränktes Mandat, gesundheitspolitische Verordnungen festzulegen. Die Mitgliedstaaten ergreifen Maßnahmen immer noch auf nationaler Ebene, um die Organisation und die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten zu regeln, obwohl die EU ein besonderes Recht hat, Gesetze in Bezug auf Blut, Organe und Gewebe zu erlassen (Sicherheit und Qualität von Blut, Blutderivaten, menschlichem Gewebe und menschlichen Zellen, die für medizinische Behandlungen eingesetzt werden).
- Selbstregulierung und freiwillige Zusammenarbeit (Offene Methode der Koordinierung) – Es hat eine Verlagerung von rechtlich verpflichtenden Instrumenten (z. B. Verordnungen und Richtlinien) hin zu alternativen Steuerungsmethoden stattgefunden, wie Koregulierung und Selbstregulierung der betroffenen sozialen und wirtschaftlichen Akteure. Es wird davon ausgegangen, dass dies die Kosten senkt und die Effizienz erhöht. Koregulierung und freiwillige Selbstregulierung können viele Formen annehmen, wie freiwillige Vereinbarungen, Verhaltensregeln, Chartas, Richtlinien, vereinheitlichte Standards usw. Diese Ansatzweise – die in einigen Fällen als Offene Methode der Koordinierung (Open Method of Co-ordination, OMC) bezeichnet wird – wird in der Europäischen Union zunehmend zu einer weit verbreiteten Steuerungsform. Im Gegensatz zur traditionellen legalistischen Ansatzweise zielt sie eher auf eine Koordinierung als auf eine Vereinheitlichung der nationalen Politik ab. Sie verpflichtet die Mitgliedstaaten, im Hinblick auf die gemeinsamen Ziele zusammenzuarbeiten, während die nationale rechtliche Diversität respektiert wird.
- EU-Finanzierungsabkommen, wie das Gemeinschaftliche Aktionsprogramm zur Volksgesundheit 2003-2008¹² (mit einem Budget von 312 Millionen Euro) und die von der EU initiierten Informationskampagnen, wie ‘Hilfe für ein tabakfreies Leben’, können als Unterstützung dieser gesetzlichen und freiwilligen Vorgehensweisen betrachtet werden.

Die vollständige Publikation besagt, dass die EU die Bemühungen der Mitgliedstaaten nicht kopieren sollte, sondern mithilfe der Konzentration auf Aktivitäten, wie die Überwachung EU-weiter Gesundheitsstatistiken, der Austausch guter Praktiken unter den Mitgliedstaaten und das Angebot von Foren für einen öffentlichen Dialog und Informationsaustausch, einen Mehrwert bieten sollten.

Gesundheit in anderen politischen Bereichen der EU

Die EU hat eine Reihe von politischen Bereichen, die die Gesundheit beeinflussen, wie Binnenmarkt, Landwirtschaft, Umwelt, Forschung, Verbraucherschutz, Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz usw. Die Befugnisse der EU in Bezug auf die Gesundheit sind jedoch begrenzt; deshalb ist es entscheidend, alle verfügbaren Instrumente in anderen



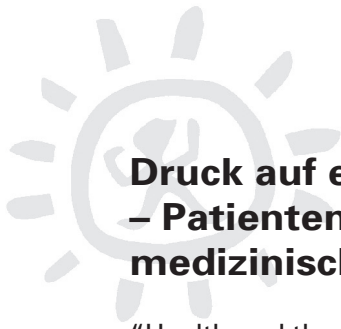
politischen Bereichen zu nutzen, um die Gesundheit und das Wohlergehen der Bevölkerung zu verbessern. Nachfolgend sind die politischen Bereiche, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben, zusammengefasst. Weitere Einzelheiten finden Sie in der vollständigen Publikation.

Landwirtschaft – 90 % der EU-Fläche bestehen aus ländlichen Gebieten und sind die Heimat von ungefähr 50 % ihrer Bevölkerung. Die Gemeinsame Agrarpolitik (GAP) ist ein Fördersystem für Landwirte, mit dem Ziel, nationale Fördermaßnahmen zu ersetzen, um sicherzustellen, dass ein Produkt in allen Mitgliedstaaten auf einer gleichen Basis erzeugt wird. GAP wurde bezüglich der ineffizienten Nutzung von Subventionen kritisiert; sie gibt 50 % des EU-Etats aus und hat einen negativen Effekt auf die Volksgesundheit, da diese den Tabakanbau sowie die Alkoholproduktion subventioniert und jährlich die Zerstörung von einer Million Tonnen an Obst und Gemüse veranlasst. Ihr negativer Einfluss auf die Landwirtschaft in Entwicklungsländern wurde ebenfalls heftig kritisiert¹³. Die finanzielle Bedeutung der GAP in der gesamten EU-Politik ist bis jetzt unbestreitbar und veranschaulicht eine Reihe von Dilemmas in der Gesundheitspolitik und ihrer Bedeutung in Bezug auf wirtschaftliche Ziele. Da die Krankheiten, die im Zusammenhang mit dem Lebensstil stehen, zunehmen, muss der Einfluss der GAP sorgfältig beurteilt werden.

Gesundheit und Umwelt – Die Gesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der EU-Umweltpolitik. Die Hauptbereiche der Maßnahmen sind Luftverschmutzung im Außen- und Innenbereich, Lärm, innere Umwelt- und Unterkunftsbedingungen, Wasserpolitik, elektromagnetische Felder, Strahlung und chemische Einwirkungen. Die Auswirkungen dieser Faktoren werden mit einer Vielzahl von Gesundheitsproblemen assoziiert, darunter Hörprobleme, Schlafstörungen, Bluthochdruck verursachender Stress und andere Kreislauferkrankungen, Hautkrebs und andere Krebsarten, Atemwegserkrankungen und Geburtsfehler. Die Wechselwirkung zwischen Umwelt und Gesundheit ist weitaus größer und komplexer als im Allgemeinen angenommen wird¹⁴.

Forschung – Die Forschung auf EU-Ebene wurde in Bezug auf ihre Begrenzung, Zersplitterung und aufgrund ihres Mangels an klaren Schwerpunkten kritisiert. Um dieses Problem anzugehen, hat die Kommission im Jahr 2000 die Schaffung des Europäischen Forschungsraums (EFR)¹⁵ vorgeschlagen. Die europäischen Regierungen haben sich selbst verpflichtet, den Anteil des Bruttoinlandsprodukts, der vom privaten und öffentlichen Sektor in die Forschung investiert wird, vom Niveau des Jahres 2000 in Höhe von 1,9 % auf 3 % im Jahr 2010 zu erhöhen. Das 7. Rahmenprogramm für die Forschung (FP7)¹⁶ hat ein erheblich höheres Budget - € 73 Milliarden, die über sieben Jahre für vier Hauptprogramme ausgegeben werden: Kooperation, Ideen, Menschen und Kapazitäten. Die Gesundheit ist nun eines der neun Themen, die in allen vier Programmen enthalten sind.

Entwicklungshilfe und Gesundheit – die globale Perspektive – Alle Länder der Welt und die Entwicklungsinstitutionen haben – über die Vereinten Nationen – acht Millennium Development Goals vereinbart. Diese Ziele umfassen ein breites Spektrum, wie die Halbierung der extremen Armut, den Stopp der Ausbreitung von HIV/AIDS und das Anbieten einer universellen Grundschulbildung. Die Entwicklungshilfe verkörpert einen wichtigen und offensichtlichen Teil der EU-Ausgaben für die globale Gesundheit (Die EU leistet weltweit den wichtigsten Beitrag in diesem Bereich und bietet rund 55 % der Gesamthilfe und 65 % der nicht rückzahlbaren Zuschüsse, auch wenn die EU immer noch weniger für die Entwicklungshilfe ausgibt als sie zugesagt hat). Dieses Bild muss jedoch mit den Auswirkungen der anderen politischen Bereiche auf die globale Gesundheit, vor allem der GAP und des Binnenmarktes, gerade gerückt werden.



Druck auf europäische Gesundheitslösungen – Patientenmobilität und Entwicklungen in der medizinischen Versorgung

“Health and the EU: an overview” beinhaltet ebenfalls ein Kapitel über die Bereitstellung der medizinischen Versorgung, obwohl dies eine nationale Zuständigkeit ist. Aus einer Reihe von Gründen sind die Systeme für die medizinische Versorgung in Europa immer mehr miteinander verbunden.

Zunächst einmal hat jeder EU-Bürger das Recht, in einem anderen Mitgliedstaat zu arbeiten und zu wohnen, ohne aufgrund seiner Staatsangehörigkeit benachteiligt zu werden. Für medizinisches Personal wird dieses allgemeine Recht durch eine Reihe von Verordnungen gestützt, um die gegenseitige Anerkennung der Qualifizierungen zu gewährleisten. Es existieren die folgenden Mechanismen, die in der Richtlinie 2005/36/EC¹⁷ festgelegt sind:

- Angleichung der Ausbildungsanforderungen, die eine automatische Anerkennung von beruflichen Qualifizierungen ermöglicht (darunter Ärzte, Krankenschwestern, Zahnärzte, Hebammen, Tierärzte, Chirurgen, Apotheker und Architekten)¹⁸.
- Ein ‘allgemeines System’ der Anerkennung für alle anderen Berufe. Dieses System stellt die Grundrechte der Bürger dar, die diese in den Bereichen der beruflichen Mobilität genießen, und spezifiziert die Verpflichtungen der Mitgliedstaaten¹⁹.

Die sektoralen Richtlinien für die traditionellen Gesundheitsberufe existieren seit Mitte der 1970er Jahre. Andere Anbieter im Gesundheitsbereich hatten ein weniger transparentes System für die Anerkennung der Qualifizierung (wie Berufe, die zur Komplementär- oder Alternativmedizin gehören). Eines der Ziele der Richtlinie aus dem Jahr 2005 war, die Anerkennung von Qualifizierungen einfacher und transparenter zu machen.

Zweitens überqueren die Menschen auf der Suche nach einer besseren Behandlung die nationalen Grenzen. Die Patienten haben die Möglichkeit, sich laut der Gemeinschaftsrichtlinie 1408/71 einer Behandlung im Ausland zu unterziehen. Zwei grundlegende Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs²⁰ im Mai 1998 haben Auswirkungen auf die Organisation der Gesundheitssysteme. Der Europäische Gerichtshof hat bestätigt, dass es den Bürgern freisteht, medizinische Versorgung in anderen Mitgliedstaaten in Anspruch zu nehmen. Diese können unter bestimmten Bedingungen auch erstattet werden. Ferner ist in der Richtlinie 1408/71 festgelegt, dass bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat - auf Reisen oder zwecks Studium, Versetzung oder Arbeitssuche - im Falle einer erforderlichen medizinischen Versorgung, diese auf derselben Grundlage geleistet wird, wie für Menschen, die in diesem Land versichert sind. Seit dem 01. Juni 2004 können Sie diesen Anspruch durch Verwendung der europäischen Krankenversicherungskarte, die die früheren Formulare, insbesondere das Formular E111 (COM 2004), ersetzt hat, geltend machen.

Drittens hat die Patientenmobilität Konsequenzen für die Gesundheitsdienste und die medizinische Versorgung sowohl in dem Land, in dem der Patient versichert ist, als auch in dem Land, in dem die medizinische Versorgung erfolgt. Die Kommission entwickelt einen Gemeinschaftsrahmen für sichere, qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsleistungen durch eine Verstärkung der Kooperation zwischen den Mitgliedstaaten und durch das Bieten einer Sicherheit hinsichtlich der Anwendung des Gemeinschaftsrechts für Gesundheitsdienste und die medizinische Versorgung.



Eine Voraussetzung für die EU-Gesundheitspolitik - Gesundheitsinformationen

Gesundheitsinformationen sind wichtig, um Vergleiche zwischen Mitgliedstaaten oder Regionen vorzunehmen und somit die gesundheitspolitischen Institutionen auf nationaler und europäischer Ebene zu informieren und zu steuern. Aktuelle, qualitativ hochwertige Informationen zum Gesundheitsstatus sind eine Voraussetzung für die effektive Entwicklung von Gesundheitsrichtlinien.

Das Ziel der Europäischen Kommission ist die Festlegung einer Reihe von Gesundheitsindikatoren, die präzise und vergleichbare Informationen zur Gesundheit und zum gesundheitsbezogenen Verhalten der Bevölkerung bieten. Die Arbeit an den Gesundheitsindikatoren wird von beratenden Arbeitsgruppen koordiniert, die für die verschiedenen Elemente des künftigen Gesundheitsüberwachungssystems zuständig sind. In den folgenden Bereichen wurden Arbeitsgruppen zusammengestellt: Krankheitsziffern und Sterblichkeit, Unfälle und Verletzungen, geistige Gesundheit, Lebensstil und andere Gesundheitsfaktoren, Gesundheit und Umwelt, Gesundheitssysteme und Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft.

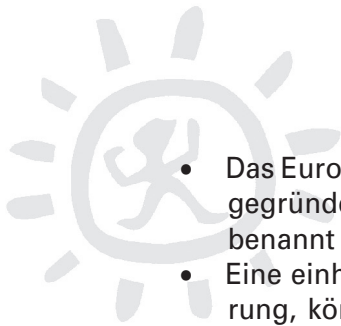
Diese Aktivität soll die Qualität und Vergleichbarkeit der Daten verbessern, um einen Zugriff zu erleichtern und die Analyse der verfügbaren Informationen zu verbessern. Das letztendliche Ziel besteht darin, ein EU-System für Gesundheitsinformationen und Fachwissen zu entwickeln, das für europäische Experten und für die allgemeine Öffentlichkeit vollständig zugänglich ist.

Schwerpunkte der EU-Gesundheitspolitik - Gesundheitsfaktoren

Sieben Risikofaktoren – alles nicht übertragbare Erkrankungen – sind für den größten Teil der Krankheitskosten in der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation verantwortlich. Diese sind: hoher Blutdruck, Tabakkonsum, schädlicher und gefährlicher Alkoholkonsum, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht, geringer Obst- und Gemüseverzehr und körperliche Inaktivität. Nicht übertragbare Erkrankungen sind in einem hohen Maße zu vermeiden. Bis zu 80 % der Herzinfarkte und bis zu 90 % der Diabetes-Typ 2-Erkrankungen könnten durch eine Änderung des Lebensstils vermieden werden. Eine gesunde Ernährung, die Beibehaltung eines normalen Gewichts und eine gesteigerte körperliche Aktivität können beispielsweise Krebserkrankungen um ein Drittel verringern. Nachfolgend sind die wichtigsten Faktoren aufgeführt. Die konkreten Aktionen der EU-Institutionen in diesen Bereichen sind in der vollständigen Publikation ausführlich beschrieben.

Ernährung und körperliche Aktivität – Der Zusammenhang zwischen der Ernährung, dem Lebensstil und der Gesundheit wurde wissenschaftlich belegt, insbesondere hinsichtlich der Rolle der Ernährung und des Lebensstils als Faktoren für chronische, nicht übertragbare Erkrankungen, wie Fettleibigkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes Typ 2, Bluthochdruck und Osteoporose²¹. Die Europäische Kommission hat verschiedene Schritte unternommen, um diese Herausforderungen bezüglich der Volksgesundheit anzugehen:

- Ratsbeschlüsse wurden umgesetzt; Beispiele dafür sind Kampagnen für eine gesunde Lebensweise im Jahr 2003, für die Herzgesundheit im Jahr 2004 und gegen Diabetes im Jahr 2006.

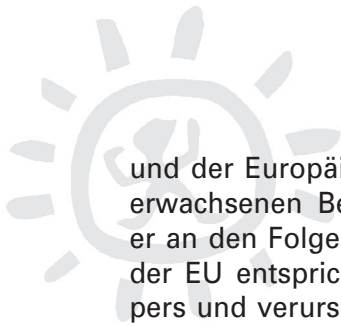


- Das Europäische Netz für Ernährung und körperliche Aktivität wurde im Jahr 2003 gegründet und setzt sich aus Experten zusammen, die von den Mitgliedstaaten benannt wurden.
- Eine einheitliche und umfassende Kommunikationsstrategie in Bezug auf Ernährung, körperliche Aktivität und Fettleibigkeit wird für Juni 2007 erwartet. Diese basiert auf dem Grünbuch: "Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: Eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten". Diese soll die Aspekte Ernährung und körperliche Aktivität in alle relevanten Richtlinien auf lokaler, regionaler, nationaler und europäischer Ebene und in die Schaffung eines notwendigen unterstützenden Umfelds einbinden.
- Als ein Experiment hat die Kommission ein Forum mit dem Titel "Ernährung, körperliche Aktivität und Gesundheit – eine europäische Aktionsplattform" ins Leben gerufen, das auf den Erfahrungen des 'runden Tisches zur Fettleibigkeit' basiert. Relevante Parteien auf europäischer Ebene (Einzelhändler, Nahrungsmittelindustrie, Catering-Industrie, Werbebranche, Verbraucher, nichtstaatliche Gesundheitsorganisationen, medizinischen Berufsgruppen usw.) sind seit dem Jahr 2005 regelmäßig zusammengekommen, um konkrete Maßnahmen zu definieren und zu vereinbaren, die dazu beitragen können, den derzeitigen Trend der Fettleibigkeit aufzuhalten oder sogar rückgängig zu machen.
- Ein wichtiges Ziel ist außerdem, sicherzustellen, dass alle potenziellen Partner alle Initiativen im Zusammenhang mit der Fettleibigkeit kennen, um einheitlichere Verfahrensweisen und Maßnahmen anbieten zu können.
- Die Nahrungsmittelsicherheit ist ebenfalls eine Priorität der EU. Die Europäische Agentur für Nahrungsmittelsicherheit (European Food Safety Agency, EFSA) wurde im Jahr 1996 gegründet, um Gesundheitsgefährdungen durch die Lebensmittelversorgung zu behandeln, und ihr Mandat wurde nun von der Europäischen Kommission auf die Einbeziehung der Ernährung erweitert.

Alkohol – Der Alkoholkonsum erhöht das Risiko auf über 60 verschiedene Krankheiten und Leiden. Die negativen sozialen Auswirkungen des Alkohols sind ebenfalls signifikant und reichen von allgemeinen sozialen Missständen bis hin zu häuslicher Gewalt, zunehmenden Feuerunfällen, Ertrinken, Autounfällen, Kindesmissbrauch, Kriminalität und Morddelikten. In der EU trinken schätzungsweise 55 Millionen Erwachsene in einem schädlichen Ausmaß, von denen 23 Millionen als abhängig betrachtet werden.

Einige der Richtlinien der Europäischen Union, die bis jetzt eingeführt wurden, beziehen sich auf: Alkoholsteuer und eine Empfehlung in Bezug auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen (2001) und die Richtlinie „Fernsehen ohne Grenzen“ (Richtlinie 89/552/EEC), die Beschränkungen für die Alkoholwerbung beinhaltet. Im Oktober 2006 hat die Europäische Kommission eine groß angelegte Alkoholstrategie eingeführt, um die Mitgliedstaaten bei der Verminderung der alkoholbezogenen Schäden in Europa zu unterstützen²². Die Europäische Kommission hat für Juni 2007 ein Alkohol- und Gesundheitsforum geplant, das Experten aus unterschiedlichen Interessenorganisationen, einschließlich der nichtstaatlichen Organisationen, der Getränkeindustrie und des Einzelhandels zusammenbringt. Vertreter der Mitgliedstaaten und anderer EU-Institutionen und Agenturen werden ebenfalls in einem separaten Beirat zusammentreffen. Das übergeordnete Ziel dieses Forums ist, die von der Gemeinschaft ausgearbeitete Strategie zu unterstützen, diesbezüglich einen Input zu bieten und die Implementierung zu überwachen.

Tabak – Die Raucherprävention steht bereits seit Jahren auf der Tagesordnung von Medizinern, Politikern, nichtstaatlichen Gesundheitsorganisationen, Mitgliedstaaten



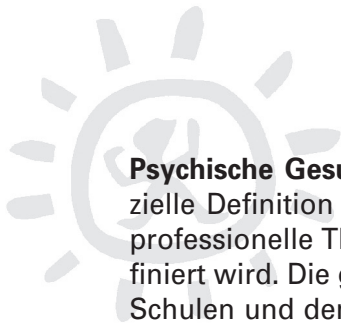
und der Europäischen Kommission. In Europa raucht immer noch rund ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung. Schätzungsweise sterben jährlich etwa 650.000 Europäer an den Folgen des Tabakkonsums, was einem von sieben aller Todesfälle innerhalb der EU entspricht. Das Rauchen schädigt nahezu alle Organe des menschlichen Körpers und verursacht damit ein breites Spektrum an Erkrankungen. Die Hälfte aller normalen Raucher wird durch ihr Rauchen getötet und diejenigen, die im mittleren Alter sterben, haben ihre Lebenserwartung im Durchschnitt um 22 Jahre verkürzt und haben während dieser verkürzten Lebensdauer verhältnismäßig länger in einem schlechten Gesundheitszustand verkehrt. Über 13 Millionen Menschen leiden aufgrund des Rauchens an ernsthaften chronischen Erkrankungen. Darüber hinaus werden in den 25 EU-Ländern jährlich über 79.000 Erwachsene durch Passivrauchen getötet.²³ Versuche, den Tabakkonsum in der EU zu senken, beinhalten Empfehlungen und Gesetze, wie:

- Öffentliche Räume und Arbeitsplatz – Im Jahr 1989 hat die EU eine Resolution eingeführt, die das Rauchen aus öffentlichen Räumen und allen Formen des öffentlichen Verkehrs verbannt.
- Gesetz über Tabakprodukte – Im Jahr 2001 wurde eine Richtlinie in Bezug auf Tabakprodukte Gesetz.
- Richtlinie der Europäischen Union für die Tabakwerbung – Im Jahr 2003 wurde eine Richtlinie zum Verbot der Tabakwerbung in Kraft gesetzt, die nun für Werbung, die die nationalen Grenzen überschreitet, und für Sportsponsoring gilt.
- Rahmenübereinkommen zur Tabakkontrolle – Im Jahr 2004 hat der Europäische Rat dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Tabakkontrolle (FCTC)²⁴ zugestimmt.
- Die Zahl der Gesundheitswarnungen wurden auf mindestens 30 % auf der Vorderseite und 40 % auf der Rückseite von Tabakverpackungen erhöht.
- Steuer – Tabak ist in den meisten Mitgliedstaaten ein sehr hoch besteuertes Produkt.

Die Europäische Kommission hat im Frühjahr 2007 einen öffentlichen Dialog zur Förderung von rauchfreien Zonen mit ihrem Grünbuch "Für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene"²⁵ gestartet.

Drogenkonsum – Der Drogenkonsum, insbesondere unter den Jugendlichen, befindet sich auf historisch hohen Niveaus. In der EU gibt es heute bis zu zwei Millionen Drogenkonsumenten²⁶. Nationale Drogengesetze tendieren zunehmend dazu, den Unterschied zwischen Delikten herauszustellen, die den Drogenbesitz für den persönlichen Gebrauch betreffen, und denen, die den Handel und die Versorgung betreffen. Im Allgemeinen ist eine Verschiebung hin zu höheren Strafen für diese letzteren Delikte zu verzeichnen. Diese Entwicklung steht mit einem größeren Schwerpunkt hinsichtlich der Möglichkeiten einer Drogenbehandlung im Einklang, wobei Interventionen eine größere Beachtung finden, die diejenigen mit Drogenproblemen vom Strafjustizsystem weg und hin zu Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten lenken.

Die Kommission betrachtet den **illegalen Drogenkonsum** - und in einem gewissen Ausmaß auch den legalen Drogenkonsum – als eines der wichtigsten Gesundheitsthemen. Die Maßnahmen wurden auf eine Prävention durch Aufklärung und Bewusstseinsförderung konzentriert, beinhalten aber auch eine Risiko/Schadenssenkung und Behandlung. Die europäische Vorgehensweise, um die Drogenprobleme in der EU anzugehen, wurde durch die Drogenstrategien der EU (2005-2012) und die Aktionspläne (2005-2008) entwickelt. Dieses Modell umfasst das Erreichen eines Gleichgewichts zwischen Prävention, Aufklärung und Behandlung einerseits und die Durchsetzung von Gesetzen gegen die Drogenherstellung und den Drogenhandel andererseits.



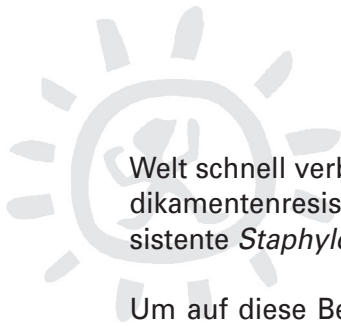
Psychische Gesundheit – Laut der Weltgesundheitsorganisation existiert keinerlei offizielle Definition der geistigen Gesundheit. Kulturelle Unterschiede und konkurrierende professionelle Theorien haben alle einen Effekt darauf, wie die 'geistige Gesundheit' definiert wird. Die geistige Gesundheit ist ein alltägliches Thema, das Individuen, Familien, Schulen und den Arbeitsplatz betrifft. Dieser Aspekt ist entscheidend für Europa, da die geistige Gesundheit nahezu 20 % der Krankheitskosten ausmacht²⁷, obwohl die medizinische Versorgung oftmals unangemessen ist und nicht die benötigte Hilfe bietet, auch wenn die psychischen Probleme akut sind. Im Jahr 2005 haben die europäischen Gesundheitsminister erstmalig festgelegt, Maßnahmen in Bezug auf die geistige Gesundheit in ihre Gesundheitspolitik einzubinden²⁸. Im Jahr 2006 hat die Europäische Kommission einen offenen Dialog auf der Grundlage des Grünbuchs 'Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union'²⁹ gestartet. Damit wurde eine große Anzahl (237) an Reaktionen erreicht³⁰. Die Kommission entwirft nun eine Kommunikation zur Entwicklung einer Strategie hinsichtlich der psychischen Gesundheit. Es ist geplant, dass diese im Frühjahr 2007 festgelegt wird.

Verletzungsprävention – Verletzungen sind die wichtigste Ursache für Todesfälle und Erwerbsunfähigkeit in der europäischen Bevölkerung³¹. Das Todesrisiko und das Risiko auf schwere Verletzungen sind in unterschiedlichen Bereichen, wie im Berufs- und Freizeitstraßenverkehr, am Arbeitsplatz sowie in Verbindung mit Verbrauchsgütern und Dienstleistungen besonders hoch. Unbeabsichtigte und beabsichtigte Verletzungen sind schätzungsweise die Hauptursache für Todesfälle und chronische Behinderungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bis zu einem Alter von 45 Jahren und führen zu einem enormen Verlust an gesunden Lebensjahren und produktiven Arbeitsjahren. Unter den Menschen im Alter von über 65 Jahren sind Verletzungen eine Hauptursache für Todesfälle und Behinderungen und oftmals Auslöser für eine fatale Verschlechterung ihrer Gesundheit.

Die Europäische Kommission hat verschiedene Initiativen ergriffen, um Aktionen zu starten und in der Lage zu sein, die Häufigkeit von unbeabsichtigten und beabsichtigten Todesfällen und Verletzungen zu verringern, indem sie in Bezug auf diese Querschnittsthemen mit einigen Generaldirektionen in den Bereichen Transport, Arbeit, geistige Gesundheit, Gewalt, Alkohol und Gesundheit von Kindern zusammenarbeitet. Mehr als 80 spezielle Projekte zur Förderung der Verletzungsprävention wurden im Zeitraum von 1999 – 2002 ins Leben gerufen³². Dennoch besteht noch genügend Handlungsspielraum für weitere effektive Aktionen, insbesondere durch Übernahme offensichtlich guter Praktiken, die sich bei der Verminderung von Verletzungen bewährt haben. Die Europäische Kommission hat im Juni 2006 ebenfalls eine 'Kommissionsmitteilung in Bezug auf Maßnahmen für ein sicheres Europa'³³ und den 'Vorschlag für eine Ratsempfehlung für die Verletzungsprävention und die Förderung der Sicherheit zur bevorstehenden Genehmigung im Mai 2007'³⁴ vorgelegt.

Unterstützender Fokus für die EU-Gesundheitspolitik – Übertragbare Krankheiten

Übertragbare Krankheiten, wie HIV/AIDS, Tuberkulose, Masern und Influenza, stellen eine ernsthafte Gefährdung der menschlichen Gesundheit dar und tragen zu etwa einem Drittel aller weltweiten Todesfälle bei. Übertragbare Krankheiten kennen keine nationalen Grenzen und können sich insbesondere in unserer heutigen eng miteinander verbundenen



Welt schnell verbreiten. Ferner tauchen neue Krankheiten auf und entwickeln andere medikamentenresistente Formen, wie multiresistente Tuberkulose und gegen Methicillin resistente *Staphylococcus aureus*.

Um auf diese Bedrohungen vorbereitet zu sein, arbeitet die Kommission in diesem Bereich eng mit den Mitgliedstaaten zusammen. Allgemeine Bereitschaftspläne wurden von der Kommission vorgestellt, um die verschiedenen Arten der Gesundheitsbedrohungen anzugehen. Sowohl auf nationaler als auch auf Gemeinschaftsebene wurden spezifische Pläne erstellt, um Grippeepidemien, SARS, Pocken oder Bio-Terrorismus anzugehen. Das Europäische Zentrum für Krankheitsprävention und Kontrolle (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) ist damit beauftragt, wissenschaftliche Empfehlungen und eine Risikoeinschätzung in Bezug auf Nachrichten abzugeben, die vom Frühwarn- und Reaktionssystem (Early Warning Response System, EWRS) empfangen wurden³⁵.

Die vollständige Publikation bietet in einem eigenen Kapitel weitere Informationen zu diesem Thema.

Unterstützender Fokus für die EU-Gesundheitspolitik – Medizinische Produkte und Therapien

Übergreifende Verordnungen in Bezug auf Medikamente wurden während des gesamten 20. Jahrhunderts und insbesondere ab 1960 in allen EU-Mitgliedstaaten entwickelt. Die zunehmende Komplexität und der Mangel an Kompatibilität der nationalen Verordnungen haben zu Bemühungen auf EU-Ebene geführt, die Regulierungssysteme anzugleichen. Alle derzeit in Europa verfügbaren Medikamente müssen den in der EU-Gesetzgebung festgelegten Standards in Bezug auf Sicherheit, Qualität und Wirksamkeit entsprechen (diese sind in der vollständigen Publikation genauer beschrieben).

Dennoch gibt es große Unterschiede im Umfang und in der Art der Kontrollen von komplementären Medikamenten in den Mitgliedstaaten. Im Jahr 1992 hat die EU begonnen, mit der Richtlinie 92/73EEC³⁶ für homöopathische medizinische Produkte und anderen Aktionen, die in der Publikation genauer beschrieben sind, in diesem Bereich aktiv zu werden.

Die Europäische Union ist verpflichtet, auf dem Gebiet der Pharmazeutika ein hohes Niveau an Qualität, Sicherheit und Innovation sicherzustellen. Im Zusammenhang mit Medikamenten und Behandlungen dienen die Hauptziele dazu, einen Zugang zu Medikamenten zu einem bezahlbaren Preis zu verschaffen, sicherzustellen, dass die Medikamente sicher und wirksam sind, und es den Bürgern zu ermöglichen, eine sachkundige Wahl zu treffen. Dies muss durch die Unterstützung der Wettbewerbsfähigkeit der pharmazeutischen Industrie im Gleichgewicht gehalten werden.

Im Juni 2005 wurde das Pharmazeutische Forum auf hoher Ebene gegründet, um diese Anforderungen durch die Generaldirektionen für Unternehmen und Industrie sowie für Gesundheit und Verbraucherschutz zu erfüllen³⁷. Das Forum bringt die Mitgliedstaaten, die pharmazeutische Industrie, das Gesundheitswesen und Patientengruppen in einem freiwilligen Kooperationsprozess zusammen, um nationale und europäische Lösungen ins Gleichgewicht zu bringen.



Schlussfolgerung

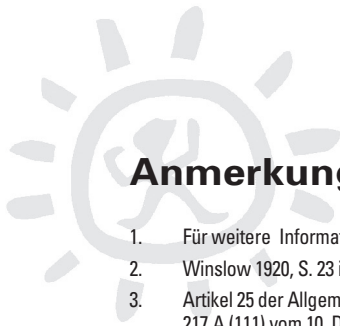
Eine gute Gesundheit ist ein grundlegendes Mittel für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung. Höhere Niveaus der menschlichen Entwicklung bedeuten, dass die Menschen länger leben und mehr gesunde Lebensjahre genießen können. Eine gesunde Bevölkerung wird den Druck auf die Gesundheits- und Sozialsysteme verringern. Gesunde Arbeitskräfte sind eine Voraussetzung für wirtschaftliches Wachstum und Wohlstand. Im heutigen Europa mit einer schnell alternden Bevölkerung trifft dies mehr als je zuvor zu.

Die Publikation nennt die bemerkenswerten Verbesserungen im Gesundheitswesen der letzten Jahrzehnte, merkt jedoch an, dass immer noch große Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen, Regionen und Ländern bestehen. Obwohl das Gesundheitswesen hauptsächlich eine nationale Verantwortlichkeit ist, können viele der wichtigsten Gesundheitsgefährdungen weder von der nationalen Gesundheitspolitik gelöst, noch von geographischen Grenzen aufgehalten werden. Koordinierte EU-Maßnahmen in Bezug auf das Gesundheitswesen gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Die Zivilgesellschaft hat bei der Schaffung und Umsetzung von Gesundheitslösungen auf lokaler, regionaler, nationaler und europäischer Ebene eine zunehmend maßgebliche Rolle gespielt. Die Zivilgesellschaft wird bei der Durchführung von Maßnahmen, die einen Mehrwert bieten, weiterhin eine Schlüsselrolle spielen und wird die Arbeit der EU und der Mitgliedstaaten für eine bessere Gesundheit und Sicherheit der Bürger, ergänzen.

Die EU hat beachtliche Fortschritte gemacht, um den Dialog mit der Zivilgesellschaft zu verbessern und ihn für eine Vielzahl von Interessenvertretern aus unterschiedlichen Ländern und Bereichen zu öffnen. Dennoch ist noch viel Arbeit zu leisten, insbesondere in Bezug auf die Schaffung einer Kapazität in der Zivilgesellschaft, sich in der Politikgestaltung zu engagieren.

Written by Mariann Skar
Edited by Lara Garrido Herrero
Translated by Paul Janssens Ltd



Anmerkungen

1. Für weitere Informationen zu Risiken siehe Weltgesundheitsbericht 2002 – Risiken reduzieren, gesundes Leben fördern, WHO 2002
2. Winslow 1920, S. 23 in Baggott, Rob Public Health Policy and Politics, Palgrave Macmillan 2000
3. Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte – angenommen und bekannt gegeben durch den Generalversammlungsbeschluss 217 A (111) vom 10. Dezember 1948
4. Kerndaten zur Gesundheit, Eurostat 2005
5. Kjaesrud und Siddel, Europäische Kommission 2006
6. "Nahrung, Ernährung und die Prävention chronischer Krankheiten" – Bericht einer gemeinsamen WHO/FAO- Expertenkonsultation. 2003
7. Statistiken im Fokus – Bevölkerung und soziale Bedingungen Thematik 3 – 2/2004
8. Statistiken im Fokus – Bevölkerung und soziale Bedingungen Thematik 3- 2/2004
9. Mitteilung der Kommission zur Verbesserung der Arbeitsqualität: eine Übersicht der jüngsten Fortschritte COM (2003) 26.11.2003 728 final
10. Weltgesundheitsbericht 2002 – Risiken reduzieren, gesundes Leben fördern, WHO
11. Artikel 152 des Amsterdamer Vertrages – Die Zuständigkeit der EU, gesundheitspolitische Fragen anzugehen, basiert auf den Artikeln 129 und 152 bzw. auf dem Maastrichter Vertrag von 1993 über die Europäische Union und dem Amsterdamer Vertrag von 1999
12. http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm
13. Für weitere Informationen siehe: Gesundheitsaspekte der gemeinsamen Agrarpolitik der EU – Entwicklungen und Änderungsempfehlungen in vier Bereichen: Obst und Gemüse, Milchwirtschaft, Wein und Tabak von Liselotte Schäfer Elinder, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit, Schweden, 2003
14. Europäische Umweltagentur und WHO
15. Für weitere Informationen siehe: http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html
16. http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm
17. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm
18. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm
19. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm
20. Rechtssache C-158/96 Kohll [1998] ECR I-1931 und Rechtssache C-120/95 Decker [1998] ECR I-1831
21. "Nahrung, Ernährung und die Prävention chronischer Krankheiten" – Bericht einer gemeinsamen WHO/FAO- Expertenkonsultation. 2003
22. Mitteilung der Kommission an den Europäischen Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen – Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Reduzierung alkoholbezogener Schäden 24/10/2006. Com (2006) 625 final
23. Grünbuch „Für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene“. COM (2007)
24. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>
25. http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm
26. Jahresbericht 2006 zum Stand der Drogenproblematik in Europa der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. <http://annualreport.emcdda.europa.eu>
27. Grünbuch – Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Europäische Kommission 2006
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm
30. Aus Reaktionen auf das Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Europäische Kommission 19.12.2006
31. Für weitere Informationen siehe: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm
32. Für weitere Informationen siehe: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm
33. Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Europäischen Rat zu Maßnahmen für ein sichereres Europa COM(2006) 328 Final
34. Vorschlag für eine Ratsempfehlung zur Verletzungsprävention und Förderung der Sicherheit COM (2006) 329 Final
35. Kommissionsentscheid vom 19. März 2002, der Falldefinitionen für die Berichterstattung in Bezug auf übertragbare Krankheiten an das Gemeinschaftsnetz unter der Beschluss-Nr. 2119/98/EC des Europäischen Parlaments und des Europäischen Rats, 2002/253/EC, festlegt.
36. Ratsrichtlinie 92/73/EEC vom 22. September 1992, die den Rahmen der Richtlinien 65/65/EEC und 75/319/EEC hinsichtlich der Angleichung von Bestimmungen erweitert, die gesetzlich, per Verordnung oder administrativer Maßnahme in Bezug auf medizinische Produkte festgelegt werden, und zusätzliche Bestimmungen für homöopathische medizinische Produkte festlegt, OJ L 297/8 (1992)
37. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm
http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm