

Europäische Gesundheitspolitik

Die Ausgangslage

Als die noch sehr jungen „Vereinten Nationen“ gegen Ende des zweiten Weltkriegs vor die Aufgabe gestellt wurden, eine Neuordnung der Welt vorzunehmen, wobei der Akzent auf die Hebung des Lebensstandards in allen Mitgliedsländern gesetzt wurde, zeigte sich bald, daß soziale Maßnahmen der Ergänzung durch den Kampf gegen Massenkrankheiten und durch Verbesserung der Hygieneverhältnisse bedurften. Im Jahre 1946 wurde die *Weltgesundheitsorganisation* (WGO) als eine der Tochterorganisationen der UNO gegründet. Die WGO wurde sehr bald stark dezentralisiert und in Regionalbüros aufgliedert, was ihrer Tätigkeit außerordentlich zugute kam. Haupteinsatzgebiete sind Lateinamerika und Asien, wo die durchschnittliche Lebenserwartung, besonders in malarieverseuchten Gebieten teilweise noch nicht einmal 30 Jahre beträgt, während sie in Westeuropa heute bei etwa 66 Jahren liegt. Obwohl das europäische Regionalbüro (das im Laufe dieses Sommers von Genf nach Kopenhagen verlegt wurde) auf beträchtliche Leistungen verweisen kann, stellte es sich doch bald heraus, daß Fortschritte in engerem regionalem Rahmen schneller erzielt werden können, sofern es um gleichartige Probleme in einigen Ländern mit etwa gleich hoch liegendem Lebensniveau geht. So wurde im Rahmen des *Brüsseler Paktes*, der Großbritannien, Frankreich und die Beneluxländer umfaßte, bedeutsame Vorarbeit auf den Gebieten der Medikamentennormen, der Lebensmittelkontrolle, der Vereinfachung der Quarantänevorschriften im Luft- und Seeverkehr und anderes mehr geleistet. Nach Umwandlung des Brüsseler Paktes in die *Westeuropäische Union* (WEU) und dem damit erfolgten Beitritt der Bundesrepublik und Italiens wurden diese Vorarbeiten fortgesetzt.

Inzwischen hatte jedoch die französische Regierung, beflügelt vom frischen europäischen Wind des Jahres 1952, der Öffentlichkeit einen Plan zur Europäisierung des Gesundheitswesens vorgelegt, „pool blanc“ genannt, der außerordentlich kühne Initiativen anstrebte.

Der damalige Gesundheitsminister *Paul Ribeyre* befürwortete in seinem Vertragsentwurf, der von der französischen Regierung allen Mitgliedsstaaten des europäischen Wirtschaftsrates (OEEC) vorgelegt wurde, u. a. die folgenden Projekte:

Schaffung eines gemeinsamen Marktes für Medikamente, chirurgische Geräte, Kuranstalten; Koordinierung der Forschung; Austausch von Informationen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, Austauschbesuche von Ärzten und Beamten der Gesundheitsverwaltungen; Vereinfachung der Produktion und der Verteilung von Medikamenten; europäische Gesamtplanung der Krankenhäuser und Kuranstalten; Soforthilfe bei Seuchen oder Naturkatastrophen in einem oder mehreren europäischen Ländern durch Schaffung einer Medikamentenreserve und Einsatz von Ärzten und Pflegepersonal aus nicht betroffenen Ländern.

In der Einleitung zum Vertragsentwurf heißt es ausdrücklich, daß alle vorgeschlagenen Maßnahmen eine Ergänzung der Arbeit der WGO darstellen, „deren Tätigkeit einen zu weltweiten Charakter hat, um den Eigenarten der verschiedenen Länder gerecht werden zu können“.

Obwohl sich die Vertreter von 14 europäischen Ländern dafür einsetzten, diesen Plan auf einer Expertenkonferenz zu prüfen, kam eine solche Aussprache nicht zustande. Infolgedessen legte im Frühjahr 1954 das französische Außenministerium den Vertragsentwurf dem *Europarat* zur Prüfung vor.

Der Europarat hatte kurz zuvor die Regierungen seiner Mitgliedstaaten aufgefordert, Vorschläge für ein europäisches Aktionsprogramm zu unterbreiten. Darunter befanden sich auch, neben dem französischen Vorschlag, eine Reihe von anderen Anregungen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens.

Nach einer grundsätzlichen Vorabklärung aller Vorschläge mit dem europäischen Regionalbüro der WGO berief der Europarat im Juli 1954 einen Expertenausschuß nach Straßburg, der inzwischen alljährlich getagt hat und an dem (mit Ausnahme von Island)

alle Mitgliedstaaten teilnehmen. Die Tätigkeit dieses Ausschusses hat bereits einige bemerkenswerte Resultate erzielt.

Die Tätigkeit des Europarats

Eines der Hauptprobleme internationaler Zusammenarbeit ist die Ausschaltung von Überschneidungen in der Tätigkeit der Organisationen. In dieser Beziehung stand die Arbeit des Expertenausschusses, von dem hier die Rede ist, von Anfang an unter einem glücklichen Stern. Es stellte sich gleich bei der ersten Tagung heraus, daß die Experten der meisten Länder die gleichen waren wie diejenigen, die ihre Regierungen bei den Tagungen des europäischen Regionalbüros der WGO und zum Teil auch bei der jährlichen Weltgesundheitsversammlung vertreten. Damit war von vornherein ausgeschlossen, daß in Straßburg irgendeine Initiative ergriffen wurde, die bereits von der WGO begonnen oder geplant war. Hinzu kommt, daß Beamte der WGO an allen Straßburger Tagungen teilnehmen wie umgekehrt Beamte des Europarats an den Konferenzen der WGO.

Erwähnt zu werden verdient, daß die Schweiz und Österreich (letzteres Land wurde später Mitglied des Europarates) seit 1955 durch Beobachter an den Tagungen des Expertenausschusses vertreten waren.

In den knapp drei Jahren seit seinem Bestehen hat der Ausschuß die folgenden Leistungen vollbracht:

1. *Abkommen über den Austausch von Kriegsversehrten der Mitgliedstaaten zwecks ärztlicher Spezialbehandlung.* Einer Empfehlung der Beratenden Versammlung entsprechend, haben die Experten den Text eines europäischen Abkommens ausgearbeitet, das bezweckt, alle diejenigen Kriegsversehrten, die in ihrem Heimatland nicht zweckentsprechend behandelt werden können (z. B. Mangel an entsprechenden Kuranstalten, Spezialisten, Personal für Orthopädie), in einem anderen europäischen Land zu behandeln. Das Abkommen, das am 1. Januar 1956 in Kraft getreten ist, wurde auf bewegungsbehinderte bzw. amputierte Zivil- oder Militärpersonen beschränkt, soweit sie durch Kriegseinwirkung verletzt wurden. Immerhin ist eine spätere Ausdehnungsmöglichkeit auf andere Formen der Invalidität im Text des Abkommens selbst gegeben. Das Abkommen sieht einen Informationsaustausch vor über die in jedem Mitgliedstaat angewandten therapeutischen Methoden und die Aufnahmemöglichkeiten für die unter das Abkommen fallenden Kriegsversehrten.

Dieser Informationsaustausch wird im Generalsekretariat des Europarats zentralisiert. Alle Unterzeichner haben sich ferner verpflichtet, die Versicherten im Rahmen der bestehenden Aufnahmemöglichkeiten und soweit für den Aufenthalt finanziell gesorgt ist, zur Kur oder orthopädischen Behandlung aufzunehmen, sofern eine zweckentsprechende Behandlung nicht im Lande des Kriegsbeschädigten durchgeführt werden kann. Alle Mitgliedsländer haben sich außerdem bereit erklärt, Minimalpreise zu berechnen.

Darüber hinaus verpflichten sich die Unterzeichner, die Belieferung von Kriegsversehrten mit Prothesen und orthopädischen Geräten überall da zu erleichtern, wo der Bedarf nicht gedeckt ist und eine Dringlichkeit vorliegt. Eine der wichtigsten Bestimmungen des Abkommens ist die Verpflichtung jedes Mitgliedslandes, ärztliches und orthopädisch geschultes Personal für Schulungs- und Weiterbildungskurse aufzunehmen, damit die Länder mit weniger entwickelten Methoden bald auf das Niveau der auf diesen Gebieten führenden Länder kommen. Mit der Vorbereitung dieses Abkommens hat der Expertenausschuß des Europarates einen ersten direkten Beitrag zur Europäisierung des Gesundheitswesens leisten können.

2. *Herstellung direkter Beziehungen zwischen den nationalen Gesundheitsverwaltungen der Mitgliedstaaten.* Das Problem, in dringenden Fällen (z. B. Seuchen) unter Umgehung des zumeist langwierigen Weges über die diplomatischen Vertretungen direkt von Behörde zu Behörde zu verkehren und darüber hinaus ständige Kontakte über Fragen von gemeinsamem Interesse herzustellen, war schon im Rahmen des Brüsseler Paktes und

der Nordischen Union gelöst worden. Dem Europarat ist es gelungen, die direkte Verbindung innerhalb aller Mitgliedstaaten herzustellen, so daß beispielsweise Ankara jederzeit mit Dublin telephonisch in Verbindung treten kann, um aktuelle Fragen im Bedarfsfalle zu ermitteln. Die Schweiz hat sich ebenfalls diesem Direktverkehr angeschlossen, der zweifellos eine Voraussetzung für den erhöhten Gesundheitsschutz der europäischen Bevölkerung darstellt.

3. *Medizinisches Stipendienprogramm.* Seit Anfang 1957 funktioniert im Rahmen des Europarates ein medizinisches Stipendienprogramm, dessen Zweck es ist, Ärzten, Forschern, Angehörigen der Krankenpflegeberufe sowie Beamten der Gesundheitsverwaltungen zu ermöglichen, a) sich mit den in anderen europäischen Ländern eingeführten modernen technischen Methoden vertraut zu machen; b) an Studien und Forschungsarbeiten teilzunehmen, die von gemeinsamem Interesse für alle europäischen Länder sind.

Die Anträge auf Stipendien werden von den nationalen Gesundheitsverwaltungen an den Europarat weitergeleitet, der sie einem Auswahlausschuß unterbreitet. Dieses Gremium, das jedes Jahr neu besetzt wird, umfaßt zwei Experten, die in diesem Jahre von Frankreich und Schweden gestellt werden. Den Vorsitz führt eine Persönlichkeit, deren europäische Gesinnung erwiesen ist, die über die Fähigkeiten eines „committee man“ verfügt, also in der Lage ist, Beratungen zu leiten und durchzuführen. Dagegen wird *nicht* erwartet, daß der Präsident des Ausschusses ein versierter Mediziner ist; denn so wird es ihm leichter gemacht, auf Grund der Ansichten, die von den Sachverständigen geäußert werden, zu einer Entscheidung zu kommen. Andernfalls könnte ein „Superexperte“ mit seinen Theorien in Konflikt mit den beiden Experten geraten. Im Jahre 1957 führte der Botschafter der Bundesrepublik in Paris den Vorsitz.

Während die unter a) erwähnten Stipendienthemen, abgesehen von der Qualifikation der Kandidaten, lediglich der Bestätigung durch die nationale Gesundheitsverwaltung des einreichenden Landes bedürfen, daß die Erteilung des Stipendiums im Interesse des betreffenden Landes liegt, besteht für die unter b) genannten Themen eine von den Gesundheitsexperten des Europarates ausgearbeitete Liste. Diese enthält 26 Themen von *gemeinsamem europäischem Interesse*, auf die weiter unten noch eingegangen wird. Obwohl auf diesem Sektor individuelle Stipendien möglich sind, wird doch angestrebt, im Jahre 1958 über zwei oder drei Themen europäische Studiengruppen (also eine Art Kollektivstipendium) arbeiten, zu lassen. Auf diese Weise hoffe man, auf der Basis des Erfahrungsaustausches durch Abhaltung der Studiengruppen in besonders geeigneten Instituten zu Resultaten zu kommen, die zu einer Annäherung oder sogar einheitlichen Lösung bestimmter europäischer Gesundheitsprobleme führen.

Die Liste der europäischen Themen wurde Anfang des Jahres allen Mitgliedsregierungen zugestellt. Jede Regierung teilte dem Europarat mit, welche drei Themen, der Dringlichkeit nach angeordnet, ihr besonderes Interesse erwecken. Der Auswahlausschuß trifft dann an Hand dieser Wünsche seine Entscheidungen für 1958.

Aus der Reihe der Vorschläge, von denen drei ausgewählt werden, seien hier zum besseren Verständnis einige Themen kurz illustriert, ohne daß die Auswahl dieser Beispiele auch bedeutet, daß gerade diese Themen für 1958 Berücksichtigung finden:

Campingplatz-Hygiene: Seit einigen Jahren hat sich der immer umfangreicher werdende Fremdenverkehr teilweise zum Camping hin entwickelt. Länder, die das Zelten an vorgeschriebenen Plätzen nur vom Hörensagen kannten, sind heute in den Sommermonaten mit Zelten übersät. Es handelt sich weitgehend um eine *internationale* Form des Fremdenverkehrs, von der besonders die Jugend immer mehr Gebrauch macht. Nun müssen Campingplätze bestimmten Hygienevorschriften entsprechen. Es würde daher sowohl im Interesse der zuständigen Behörden als auch im Interesse der Campingplatzbenutzer liegen, wenn auf Grund der gesammelten Erfahrungen gemeinsame Richtlinien, die in allen Mitgliedstaaten Geltung hätten, sowohl für die Errichtung der Campingplätze als auch für die „Hausordnung“ geschaffen werden könnten, wobei natürlich die

EUROPÄISCHE GESUNDHEITSPOLITIK

geographischen und klimatischen Verschiedenheiten in einem so großen Einzugsgebiet zu berücksichtigen wären.

Unfälle im Heim: Spielen schon seit langer Zeit bei den Unfällen im Heim Leiter- und Treppenstürze sowie Verbrühungen eine große Rolle, so hat einerseits die Tatsache, daß immer mehr Mütter im Arbeitsprozeß stehen und somit die Aufsicht oft nachläßt, andererseits die Mechanisierung des Haushalts sowie auch der immer mehr einreißende Gebrauch von Schlafmitteln (herumliegende Packungen) neue Unfallquellen geschaffen, die besonders in Ländern mit hohem Lebensstandard eine immer größere Rolle spielen.

Diese zusätzliche Gefährdung gilt ganz besonders für Kinder und tritt statistisch angesichts des Absinkens der Infektionskrankheiten als Todesursache immer plastischer in Erscheinung. Laut Angaben der WGO gliedert sich beispielsweise die tägliche Unfallstatistik Englands mit einer Durchschnittsziffer von 45 Toten folgendermaßen auf:

Unfallursache bzw. Ort des Unfalls	Anzahl	Gruppe
Straßenverkehr	14	Verkehr: 16
Eisenbahn	1	
Luft- und Seeverkehr	1	
Fabriken	2	Arbeit: 5
Bergwerke	1	
Landwirtschaft, Steinbrüche u.a.m.	2	
Heimunfälle	17	Heim im weiteren Sinne: 24
bei alltäglichen Verrichtungen außerhalb des Heims	7	
Total	45	45

Das bedeutet, daß sich in England mehr als ein Drittel aller tödlichen Unfälle im Heim ereignen. Wenn so hohe Zahlen glücklicherweise auch nicht in allen Mitgliedstaaten erreicht werden, so dürfte der Durchschnitt jedoch immer noch hoch genug liegen, um die Ermittlung der Hauptursachen vorzunehmen und die geeignetsten Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung zu erarbeiten.

Gerontologie (Alterungsvorgänge): Seit der Entdeckung des Penicillins ist die Lebenserwartung des Durchschnittseuropäers, der ja von wesentlich weniger Krankheiten bedroht ist als die Menschen in Asien und Afrika, ständig gestiegen. Überall steht die Gesellschaft vor dem Problem, dem verlängerten Leben der Greise Rechnung zu tragen. Abgesehen von den überaus wichtigen Folgen sozialer Natur, sei hier nur darauf hingewiesen, daß der alternde Mensch andersgeartete Lebensgewohnheiten, Wohnprobleme (Parterrewohnung) und Arbeitsgepflogenheiten (große Zuverlässigkeit und langsamer Arbeitsrhythmus) hat. Solange die Greise eine Ausnahmeerscheinung in der Gesellschaft darstellten, war das Problem insgesamt unbedeutend (wenn auch für das Individuum selbst brennend). Aber von Jahr zu Jahr spitzen sich die Dinge zu und müssen geprüft und gelöst werden. In Frankreich sind z. B. jedes Jahr im Winter über zehntausend Spitalbetten von Greisen belegt, die nur an leichter Bronchitis leiden, aber wegen Rückfallgefahr (mangelnde Pflege daheim oder unzureichende Wohnverhältnisse) erst im Frühling entlassen werden können. Auch der zeitweise Ausfall der Hausfrau durch Krankheit wirft für einen Greis Probleme auf, welche von jüngeren Menschen leichter gelöst werden können als von Menschen im hohen Alter. Dieses Problem hat übrigens in einigen Städten der Schweiz eine befriedigende Lösung dadurch gefunden, daß Hausfrauen, deren Kinder erwachsen sind und das Heim verlassen haben, jeden Tag im Haushalt von alten Leuten ein paar Stunden zur Hand gehen und damit in ihrer Rolle als Hausfrau wieder ein ausgefülltes Leben haben.

Hinzu kommen eine Reihe von medizinischen Problemen, die sich aus dem Vorhandensein einer immer breiteren Schicht von Menschen ergeben, deren Sinnesorgane und deren Lebenskraft häufig im Abnehmen sind. Die Forschung auf dem ganzen Gebiet steht zum Teil noch in den Anfängen.

Aktuelle Spezialprobleme

Es wäre nun noch ein Wort über diejenigen Aufgaben zu sagen, die zur Zeit in Bearbeitung sind und deren Lösung in absehbarer Zeit wahrscheinlich ist.

Versand von Substanzen menschlichen Ursprungs: Seit zwei Jahren ist der Sachverständigenausschuß des Europarats für Gesundheitsfragen mit der außerordentlich schwierigen Frage beschäftigt, abzuklären, wie ein reibungsloser Versand von Blut, Plasma, Geweben usw. über die Grenzen hinweg gewährleistet werden kann. Obwohl es sich um ein relativ neues Problem handelt, sind die ausgleichenden Verschiedenheiten außerordentlich groß. Es sei hier nur erwähnt, daß in manchen Ländern Blut *freiwillig* gespendet wird, in anderen gegen *Bezahlung*, womit es sich im zolltechnischen Sinn um eine Ware handelt. Ferner ist eine Bluttransfusion in einigen Ländern im juristischen Sinne ein körperlicher Eingriff, also eine Operation. In anderen wiederum wird eine Bluttransfusion als eine medikamentöse Behandlung betrachtet. In einigen Ländern existiert überhaupt noch keine spezifische Gesetzgebung. In den meisten Ländern gibt es bereits zentrale Bluttransfusionsinstitute, jedoch haben sie z.T. privaten, z.T. öffentlichen Charakter.

Notwendig ist ferner eine Vereinheitlichung der Etikettierung, der Verpackung sowie ganz besonders der Maßstäbe, die bei der Untersuchung der Blutspender anzulegen sind, um die Übertragung von Krankheiten zu verhindern. Schließlich gilt es auch, in manchen Ländern Engpässe bei bestimmten Blutderivaten zu beseitigen und zu ermitteln, ob einzelne Länder dazu in der Lage sind, im Zeichen der europäischen Solidarität eventuelle Überschüsse abzugeben.

Es wird sich bald zeigen, welche Maßnahmen von Straßburg aus, z. B. in Form eines europäischen Abkommens, getroffen werden können.

Koordinierung der Kurorte und Anstalten für Spezialbehandlung: Dieser Vorschlag geht auf den französischen Plan zur Schaffung einer europäischen Gesundheitsgemeinschaft zurück. Er soll einerseits einem möglichst großen Kreis von Invaliden und Patienten die Möglichkeit geben, als Krankenkassenpatienten in allen Mitgliedstaaten des • Europarates behandelt zu werden, und andererseits einen Ausgleich zwischen Ländern ohne , Heilquellen oder mit zu geringer Bettenzahl und Ländern mit zahlreichen Kurorten und Bettenüberschuß schaffen. Der Straßburger Ausschuß hat im Jahre 1956 eine Art Inventar gemacht, um die Lage zu ermitteln. Dieses Inventar hat interessante Ergebnisse gezeitigt und ist abgeschlossen. Der nächste Schritt ist die Abklärung der finanziellen Seite. Der Sachverständigenausschuß des Europarats für Soziale Sicherheit ist zur Zeit damit beschäftigt, einen Lösungsvorschlag zu machen, der zweifellos durch das Bestehen der europäischen Abkommen über Soziale Sicherheit erleichtert wird, die seit 1954 in Kraft und von acht Mitgliedstaaten (darunter der Bundesrepublik) ratifiziert worden sind. Im Jahre 1958 dürften alle Voraussetzungen für ein diesbezügliches Abkommen erfüllt sein.

Die europäischen Einheitsbestrebungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens entsprechen nicht nur einer Notwendigkeit, sondern haben auch einen dankbaren Boden gefunden. Besonders wenn man berücksichtigt, wie viel weiter die Dinge bereits im Rahmen des panamerikanischen Gesundheitswesens gediehen sind und wie zweckmäßig diese Zusammenarbeit ist, wird einem klar, daß Europa auf diesem Gebiet noch große Anstrengungen zu machen hat. Aber die ersten Schritte zu dem Ziel, das dem Europarat in bezug auf das Gesundheitswesen gesteckt worden ist, nämlich zur Erhöhung und Weiterentwicklung des europäischen Gesundheitsniveaus beizutragen, sind bereits getan.