



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Sechshundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 11.–14. September 2006

Punkt 8 der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC56/12

19. Juni 2006

60801

ORIGINAL: ENGLISCH

**Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen
des WHO-Regionalkomitees für Europa**

In diesem Dokument wird die weitere Arbeit mit Themen aus folgenden Bereichen beschrieben:

- Europäische Anti-Tabak-Strategie
- Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit (Jahresbericht)
- DOTS-Strategie gegen Tuberkulose und Malaria bekämpfung
- Gesundheit am Arbeitsplatz.

Die Arbeit in jedem dieser Bereiche erfolgt innerhalb des übergeordneten Rahmens der Länderstrategie für die Europäische Region der WHO und ihrer aktuellen Phase der Stärkung der Gesundheitssysteme sowie in Übereinstimmung mit den Prioritäten gemäß den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen mit 28 Staaten.

Jedes dieser Themen wird während der Tagung gesondert vorgestellt und erörtert werden.

Außerdem wird es, wie vom Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees vereinbart, einen mündlichen Vortrag über Indikatoren zur Beobachtung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA) geben.

Inhalt

Seite

Tabakbekämpfung in der Europäischen Region der WHO – Kurzer Zwischenbericht	1
Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC)	2
Einführung	2
Thematische Sitzungen	3
Arbeitsgruppe zum CEHAPE	3
Aktivitäten in den Ländern.....	4
Entwicklung eines Umwelt- und Gesundheitssystem (EHIS).....	5
Vertretung und Einbeziehung der Jugend	5
Instrumente für die Kommunikation und die Umsetzung	6
Zwischenstaatliche Zwischenbilanz 2007 (IMR2007).....	6
Bekämpfung von Tuberkulose und Malaria	6
Die DOTS-Strategie zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO	6
Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO	9
Fortschritte in Bezug auf die Gesundheit am Arbeitsplatz.....	11
Einführung	11
Konzeptionelle Entwicklungen im Bereich von Arbeit und Gesundheit	11
Förderung des fachlichen Beistands und der Informationsverbreitung.....	12
Ausblick	13

Tabakbekämpfung in der Europäischen Region der WHO – Kurzer Zwischenbericht

1. Die Europäische Anti-Tabak-Strategie (ESTC) wurde vom WHO-Regionalkomitee für Europa im Jahr 2002 angenommen. Dies geschah nach drei aufeinander folgenden Aktionsplänen der Region seit 1987 und dem Ruf nach einer Europäischen Strategie, der im Februar 2002 von der WHO-Ministerkonferenz der Region in Warschau ausging. Der erste Zwischenbericht für das Regionalkomitee steht 2006 an.
2. Im Mai 2003 nahmen die Mitgliedstaaten der WHO das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) an – den ersten weltweiten Vertrag im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Das FCTC trat im Februar 2005 in Kraft und vom 6. bis 17. Februar 2006 wurde die erste Konferenz der Vertragsparteien einberufen, die Grundzüge der Umsetzung erörtern und diese fördern sollte. Mehrere Mitgliedstaaten haben in den vergangenen Jahren ihre politischen Maßnahmen und ihre Gesetzgebung an die neue Situation angepasst, neue Untersuchungen durchgeführt und die nationale Kapazität zur Bekämpfung des Tabaks ausgebaut.
3. Zurzeit wird der Europäische Bericht zur Tabakbekämpfung vom Regionalbüro in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk nationaler Ansprechpersonen und Experten unter Einbeziehung und Aufgreifung dieser Entwicklungen erstellt. Mit dieser Übersicht werden drei Zwecke verfolgt: eine Beschreibung der Tabakbekämpfung und der Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums in der Europäischen Region zu Beginn des Jahres 2006, eine Überprüfung der seit Annahme des ESTC 2002 gemachten Fortschritte und die Festlegung einer Basislinie für die Verfolgung der Umsetzung des FCTC in der Region. Das Dokument verschafft einen Überblick über den Tabakkonsum und die damit verbundenen Schäden in der Region zwischen 2002 und 2006 sowie über die programmatische Reaktion der Mitgliedstaaten zur Umsetzung nationaler Maßnahmen zur Tabakbekämpfung in Übereinstimmung mit dem ESTC. Der Stand der Maßnahmen in den Ländern angesichts der konkreten Erfordernisse durch das FCTC wird ebenfalls erwähnt. Die Zusammenfassung und ihre Schlussfolgerungen geben einen Überblick über die Situation und die erzielten Fortschritte sowie die vorausliegenden Herausforderungen und nächsten Schritte zur Tabakbekämpfung in der Region. Die während des politischen Gestaltungsprozesses gezogenen Lehren und erlebten Herausforderungen werden auch durch mehrere kurze Fallstudien auf nationaler, regionaler und subregionaler Ebene dargestellt, die dem Bericht beigelegt sind.
4. Zwischen 2002 und 2006 gab es hinsichtlich der Politikgestaltung in den meisten Mitgliedstaaten beträchtliche Fortschritte, namentlich bei Werbeverboten, größeren Warnhinweisen, schärferen Produktvorschriften und in gewissem Umfang einer Erhöhung der Tabaksteuern.
5. Der Anstieg der Preise für Tabakerzeugnisse lag durchschnittlich um 6,8% über der Inflation in den Ländern der Europäischen Union (EU) gegenüber 2,7% Ende der 1990er Jahre. Die Daten für die Länder im östlichen Teil der Region sind weniger ermutigend, dort wurde an manchen Orten der Tabak sogar billiger. Sechs Länder gaben an, eine Zweckbindung der Tabaksteuern für die Tabakbekämpfung eingeführt zu haben, in den meisten Ländern der Region ist dies aber immer noch nicht der Fall. Größere Entwicklungen gab es in Bezug auf die rauchfreien Zonen: Die Vorschriften gegen das Rauchen an öffentlichen Orten sind in einer Reihe von Ländern restriktiver geworden, beispielgebend hierbei sind Irland und Norwegen (2004), die Verbote oder starke Beschränkungen für das Rauchen, u. a. in Bars und Restaurants eingeführt haben. Beinahe 20 Länder haben in den letzten vier Jahren die Gesetze in diesem Bereich verschärft, gegenwärtig haben fast zwei Drittel der Länder das Rauchen aus den meisten öffentlichen Innenräumen verbannt oder es eingeschränkt – das ist eine substanzielle Verbesserung gegenüber 2001.
6. Seit 2002 wurde die Gesetzeslage zur Direktwerbung in 24 Mitgliedstaaten entweder durch die Verabschiedung neuer Vorlagen oder die Umsetzung bereits verabschiedeter Gesetze ausgebaut. Ein Totalverbot der Werbung für Tabakerzeugnisse in der Presse, im Radio und durch Sponsorentum trat durch eine EU-Richtlinie am 31. Juli 2005 mit grenzüberschreitender Wirkung in Kraft. Die Werbung unterliegt in den Ländern der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) weniger Beschränkungen, doch haben die meisten Länder seit 2002 markante Fortschritte erzielt.

7. Deutliche Fortschritte gab es in den vergangenen Jahren auch in anderen Bereichen der Maßnahmen zur Tabakbekämpfung, so wurden Altersbeschränkungen des Verkaufs von Tabakerzeugnissen an Minderjährige eingeführt, 32 Länder haben erheblich größere Warnhinweise auf den Zigaretenschachteln durchgesetzt, usw. Allerdings besitzen die Maßnahmen in vielen Ländern auch noch wichtige Schwachpunkte, insbesondere in Hinblick auf die Begrenzung der direkten Werbung, die Integration der Tabakentwöhnung in das nationale Gesundheitssystem und, das wichtigste Element, die Bekämpfung des Schmuggels, der weiterhin in den meisten Ländern der Region ein großes Problem bleibt.

8. Neue Daten bestätigen die jüngste Beobachtung, dass die Tabakepidemie in der Region gebändigt ist, wenn auch nicht in allen Ländern und nicht überall mit gleichem Erfolg. Nach den vorliegenden Daten rauchten Ende 2005 ca. 29,4% der Erwachsenenbevölkerung in der Region regelmäßig (2002 waren es 29,6%), unter den Männern betrug der Anteil 39,8% (2002 waren es 40,9%) und unter den Frauen 19,9% (2002 waren es 19,3%). Nach einer Periode des Rückgangs ist die Prävalenz des Rauchens jetzt in den meisten Staaten aus dem Westen der Region auf einem Niveau angelangt, das nur schwer unterschritten werden kann, ohne das wesentlich stärkere Mittel in Gebrauch genommen werden. Die Prävalenz des Rauchens ist jetzt auch in einigen Ländern im Osten der Region auf dem Rückzug; im Allgemeinen stabilisiert sie sich aber nur unter Männern, ohne dass klare Trends erkennbar wären, und zum Teil ist unter Frauen ein leichter Anstieg zu sehen. Die insgesamt positiven Trends für die Prävalenz des Rauchens unter Männern spiegeln sich jetzt in einem regionsweiten Rückgang der standardisierten Todesraten wider, bei Frauen dagegen nimmt der Lungenkrebs zu.

9. Die in der gesamten Region zu beobachtende Zunahme des Rauchens in den unteren sozioökonomischen Gruppen könnte eine neue gesundheitliche Kluft eröffnen. Obwohl die absolute Zahl der sozioökonomisch benachteiligten Menschen in einigen Ländern abnehmen mag, so unterstreicht diese hartnäckige relative Lücke die Notwendigkeit der Einbettung der Tabakbekämpfung in weiter gefasste politische Maßnahmen, die die breiteren sozialen und ökonomischen Determinanten des Rauchens aufgreifen.

10. Die vergangenen Jahre waren auch von erheblicher und wachsender Unterstützung für entschlossene Maßnahmen und Handlungen zur Tabakbekämpfung auf nationaler wie internationaler Ebene gekennzeichnet. Nicht nur die absolute Mehrzahl der Nichtraucher, auch die Mehrzahl der Raucher unterstützt jetzt strengere Maßnahmen.

11. Die Region hat generell wesentliche Beiträge zu Verhandlungsprozess und In-Kraft-treten des FCTC geleistet. Im Mai 2006 hatten zwei Drittel der Mitgliedstaaten der Europäischen Region WHO (35 Länder sowie die Europäische Gemeinschaft) das FCTC ratifiziert und waren zu Vertragsparteien geworden.

12. Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten und internationale Partner darin unterstützt, ihre politischen Maßnahmen in der ganzen Region zu verstärken und zu koordinieren, Kapazitäten aufzubauen, Gesetzgebung zu überprüfen und zu erneuern, sektorübergreifende Verbindungen zu fördern usw. Insbesondere gehörte hierzu Hilfe bei der Ausarbeitung nationaler Aktionspläne und der Erneuerung der Gesetzgebung, die Durchführung von international standardisierten Surveys und Projekten zum Kapazitätsaufbau mit Schwerpunkt auf die Länder der GUS und Südosteuropas, auf die Durchführung von Informationskampagnen wie dem Weltnichtrauchertag, die Organisation der Arbeit des Netzwerks nationaler Ansprechpersonen und die Aktualisierung und Ausweitung der Datenbank zur Tabakbekämpfung in der Europäischen Region.

Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC)

Einführung

13. Die Vorlage dieses Berichts erfolgt gemäß Absatz 23 b) der von der vierten Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit (Budapest, Juni 2004) angenommenen Erklärung, wonach dem

WHO-Regionalkomitee für Europa und dem UNECE-Ausschuss für Umweltpolitik jährlich berichtet werden soll, sowie gemäß Resolution EUR/RC54/R3 des Regionalkomitees. Er fasst die Arbeit und Beschlüsse des EECH seit der 55. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa und der 12. Tagung des UNECE-Ausschusses für Umweltpolitik zusammen.

14. Der EEHC kommt regelmäßig jedes Jahr zweimal zusammen, die 20. Tagung fand auf Einladung des finnischen Umweltinstituts (SYKE) im Dezember 2005 in Helsinki, die 21. Tagung auf Einladung des norwegischen Direktorats für Gesundheit und Soziales im Mai 2006 in Oslo statt.

15. Die Website des EECH (www.euro.who.int/eehc) wird regelmäßig aktualisiert und enthält die Arbeitspapiere und Berichte von den Tagungen des EEHC sowie die von der Arbeitsgruppe für den Aktionsplan zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO (CEHAPE), einen Veranstaltungskalender mit Themen aus Umwelt und Gesundheit in der Region sowie einschlägige interessante Nachrichten.

16. Die Beiträge Finnlands, Frankreichs, Italiens und Norwegens zu den Betriebskosten des EEHC werden mit Dank zur Kenntnis genommen.

Thematische Sitzungen

17. Gemäß einer auf seiner Tagung im Januar 2005 getroffenen Entscheidung widmet der EEHC einen Tag seiner Zusammenkünfte jeweils einem in Budapester Konferenzklärung und CEHAPE hervorgehobenen vordringlichen Bereich. Alle Mitgliedstaaten sind eingeladen, sich an diesen thematischen Tagungen zu beteiligen. Zu jedem dieser vordringlichen Themen werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse und die programmatischen Antworten der Länder auf die Probleme geprüft.

18. Die Tagung im Dezember 2005 konzentrierte sich auf das Thema Erkrankungen und Behinderungen durch eine Belastung mit gefährlichen chemischen, physikalischen und/oder biologischen Wirkstoffen; Vertreter aus 35 Mitgliedstaaten und von elf Organisationen nahmen an ihr teil. An der Zusammenkunft im Mai 2006 mit Schwerpunkt auf den gesundheitlichen Konsequenzen von Unfällen und Verletzungen beteiligten sich Vertreter aus 27 Ländern und von zehn Organisationen sowie zwei Jugendvertreter. Die Berichte über die Umsetzung durch Länder und Organisationen sind über eine Karte im Internet zugänglich (vgl. Absatz 32).

19. Die nächste Tagung des EEHC, mit Schwerpunkt auf gastrointestinalen und anderen Erkrankungen durch unreines Wasser und unangemessene Abwasserentsorgung wird am 27. und 28. November 2006 in Szentendre, Ungarn, stattfinden und vom regionalen Umweltzentrum für Mittel- und Osteuropa ausgerichtet.

Arbeitsgruppe zum CEHAPE

20. Die zweite Tagung der CEHAPE-Arbeitsgruppe im Oktober 2005 wurde vom Gesundheitsministerium des Vereinigten Königreichs ausgerichtet. Ansprechpersonen für Umwelt und Gesundheit aus 43 Ländern und von drei Organisationen kamen zum Austausch von Erfahrungen und vorbildlichen Praxisbeispielen in Bezug auf die Verminderung und Verhütung von Krankheit und Behinderung infolge der Belastung durch gefährliche chemische, physikalische und biologische Wirkstoffe sowie gefährliche Arbeitsbedingungen zusammen. Die dritte Zusammenkunft im März 2006 wurde vom irischen Ministerium für Gesundheit und Kinder unter Beteiligung von Ansprechpersonen für Umwelt und Gesundheit aus 40 Ländern sowie von zwei Jugendvertretern und Vertretern von vier Organisationen ausgerichtet. Sie berichteten über die begonnene Arbeit zur Verringerung der gesundheitlichen Folgen durch Unfälle und Verletzungen.

21. Die Länder machen bei der Umsetzung des CEHAPE im Rahmen der Erfüllung ihrer Budapester Konferenzverpflichtungen Fortschritte. Acht Mitgliedstaaten setzen bereits Nationale Aktionspläne für

Umwelt und Gesundheit (NEHAP) mit kinderspezifischen Maßnahmen um, 16 Mitgliedstaaten überprüfen solche Pläne und 6 Länder bereiten welche vor; 12 Länder bereiten CEHAP vor und die meisten Ländern verfügen über Programme mit Elementen aus CEHAPE. Zusätzlich haben viele Länder nationale Koordinationsgruppen eingerichtet oder nationale Koordinierungstreffen veranstaltet.

22. Die nächste Tagung der CEHAPE-Arbeitsgruppe wird im Oktober 2006 in Zypern stattfinden und dort vom Gesundheitsministerium und dem internationalen zypriotischen Institut für Umwelt und Gesundheit gemeinsam ausgerichtet.

23. Durch zusätzlich Bedienstete, deren Anstellung Österreich ermöglichte, wird die Fähigkeit des CEHAPE-Sekretariats erheblich gestärkt, auf die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten bei ihren Umsetzungsbemühungen einzusehen. Außer den Beiträgen Österreichs werden auch die Irlands und des Vereinigten Königreichs zu den Betriebskosten der CEHAPE-Arbeitsgruppe mit Dank zur Kenntnis genommen.

24. Detaillierte Informationen über die Tätigkeit der CEHAPE-Arbeitsgruppe, darunter Berichte über die Umsetzung durch die Länder und Organisationen, stehen unter www.euro.who.int/eehc/20050407_1 zur Verfügung.

Aktivitäten in den Ländern

25. Eine Reihe von Arbeitstreffen wurde abgehalten, um Mitgliedstaaten in ihren Bemühungen zur Erarbeitung nationaler Pläne und Maßnahmen zur Erfüllung der Budapester Konferenzverpflichtungen zu unterstützen. Die Workshops sollten ein Verständnis des Umfeldes befördern, in dem jeder nationale Aktionsplan erarbeitet oder überarbeitet wird, und zu einer Benennung der Prioritäten, Maßnahmen, Hauptakteure und Erfordernisse eines solchen Planes und der Sicherung seines Entwurfs, seiner Umsetzung und seiner Überwachung führen. Solche Workshops wurden unter breiter Beteiligung unterschiedlicher gesellschaftlicher Bereiche und Interessensgruppen in Bulgarien, Estland, Litauen, Malta, Serbien und Montenegro (zwei Workshops), der Slowakei und Zypern veranstaltet. In den kommenden Monaten werden weitere Workshops in Griechenland und Israel veranstaltet, mit Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau und Slowenien werden Gespräche hierüber geführt. Eine Bewertung der Auswirkung solcher Workshops auf die einschlägige konzeptionelle Entwicklung in den Ländern wird vor Ausgang des Jahres 2006 gemacht werden.

26. Der Aufbau von Kapazitäten in den Ländern wird auf unterschiedliche Weisen gefördert. Ein Netz aus Kursleitern wird aufgebaut, um Anbieter von Gesundheitsversorgung und Einzelpersonen bei der Durchführung von Kursen und Schulungsaktivitäten für die Bewusstseinsbildung über die umweltbedingten Gesundheitsgefahren für Kinder zu unterstützen. Nach einer internationalen Schulung Ende 2005 haben 15 Kursleiter ihre eigenen nationalen Kurse veranstaltet und damit ihr Wissen und Können weiter verbreitet. Bislang sind 18 Länder an dem Netz beteiligt, das Ziel bis Ende 2006 lautet jedoch 36 Länder. Kurse wurden auch zu umweltbedingten Gesundheitsrisiken in Armenien, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Malta, der Russischen Föderation, Ungarn und Weißrussland veranstaltet.

27. Einige Länder haben die Verpflichtungen der Budapester Konferenz auch in konkrete Maßnahmen umgesetzt. Malta hat zur Überprüfung der Gesetzgebung eine Studie über gesundheitliche Auswirkungen des Straßenverkehrs auf maltesische Kinder durchgeführt. Zypern hat einen auf fünf Jahre angelegten strategischen Plan zur Prävention von Unfallverletzungen in der Kindheit angenommen, der mit Unterstützung durch die WHO erarbeitet wurde. Frankreich hat die bestehenden Vorschriften im Bereich von Wohnen und Gesundheit in sieben europäischen Ländern untersucht, um eigene Vorschriften zu überprüfen und Aktionspläne im Bereich der Wohnungspolitik zu entwickeln. In Italien hat die Stadt Rom ein „Schulwanderbus“-Projekt durchgeführt, das nach seiner erfolgreichen Erprobung an sechs Grundschulen im Jahr 2005 mit Unterstützung der WHO jetzt auf weitere Schulen ausgedehnt wird. Dadurch erhalten Grundschul Kinder eine sichere Gelegenheit zu körperlicher Aktivität und sozialem Austausch auf dem Schulweg. In Portugal hat die Stadt Ferreira do Alentejo einen Aktionsplan für Wohnen und Gesundheit auf der Grundlage der bei der Budapester Konferenz vorgestellten Arbeit entworfen. Die Republik Moldau überarbeitet ihr Trinkwassergesetzgebung in Übereinstimmung mit der entsprechenden EU-Richtlinie,

die auf den WHO-Leitlinien für Wassergüte beruht. In der Russischen Föderation bildet ein von der Europäischen Verkehrsministerkonferenz (ECMT), der Weltbank und der WHO gemeinsam erstellter Bericht über die Prävention von Verletzungen im Straßenverkehr jetzt die Grundlage für die Weiterentwicklung von Sicherheitskonzepten für den Straßenverkehr. Der Bericht wurde der Öffentlichkeit am 26. April 2006 im Weißen Haus (Белый дом) vorgestellt und in der jährlichen Ansprache des Präsidenten vor der Föderationsversammlung im Mai 2006 erwähnt.

28. Konkrete praktische Maßnahmen werden auch von Ländern ergriffen, die gemeinsam an der Erfüllung der Budapester Konferenzverpflichtungen arbeiten. Acht neue EU-Mitglieder und Länder vor dem Beitritt haben gemeinsam ein Netz aus kooperierenden Institutionen gebildet, das Aktivitäten in Bereichen von Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wie Aufbau von Kapazitäten, Pilotstudien, methodische Entwicklung und Umsetzungsübungen durchführen soll. Auch in der EU wurden die aktualisierten Luftgüteleitlinien der WHO für eine intensive Debatte mit Schwerpunkt auf öffentliche Gesundheit und der neuen EU-Richtlinie für Luftgüte genutzt. Mit über 80 000 auf Luftverschmutzung zurückzuführende Sterbefälle pro Jahr ist die Luftgüte auch ein Sorgenthema in den Ländern in Osteuropa, der Kaukasusregion und Zentralasien (EECCA); diese Länder haben die WHO gebeten, einen Rahmenplan zur Überwachung von Feinstpartikeln zu erarbeiten. Außerdem arbeitet die WHO mit 13 Ländern daran, nationale und lokale Behörden mit Orientierungshilfen zu versorgen, wie sie Aspekte der Umwelt und der Gesundheit in ihre Wohnungspolitik einbeziehen können und mit 16 Ländern an Beiträgen zur Unterstützung einer Minderung der Krankheitslast, die durch extremes Wetter und Klima bedingt wird. Das Protokoll über Wasser und Gesundheit trat im August 2005 in Kraft und wurde in der Zwischenzeit auch von Kroatien und der Republik Moldau ratifiziert.

Entwicklung eines Umwelt- und Gesundheitssystem (EHIS)

29. Der EEHC nahm die weitere Entwicklung des harmonisierten EHIS in Europa zur Kenntnis. Bei der von der WHO im April 2006 einberufenen EHIS-Arbeitsgruppentagung vereinbarten Experten aus 28 Mitgliedstaaten, dass für die zwischenstaatliche Zwischenbilanztagung im Jahr 2007 ein Bericht auf Grundlage von Indikatoren mit dem Arbeitstitel „Umwelt und Gesundheit von Kindern in Europa – erste Bewertung“ erarbeitet werden sollte (siehe Absatz 34–37). Bis zur Tagung im Jahr 2007 wird das Informationssystem über das Internet bereitstehen und eine Grundlage zur Lageüberwachung im Bereich von Umwelt und Gesundheit in Europa bilden.

30. Eine Reihe internationaler und nationaler Projekte steuern fachlich zum EHIS bei. Die intensivste Zusammenarbeit in diesem Bereich konzentriert sich auf die Entwicklung von Methoden zum Sammeln und Verarbeiten der Daten und auf die Erstellung nutzerfreundlicher Berichte. Diese Arbeit erfolgt im Rahmen eines Projektes zur Errichtung des Informationssystems für Umwelt und Gesundheit zur Unterstützung der Politikgestaltung in Europa, dessen Kosponsor die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission (DG SANCO) ist und an dem sich 18 Mitgliedstaaten beteiligen. Die Aktivitäten der WHO werden in enger Zusammenarbeit mit den maßgeblichen EU-Stellen durchgeführt (d. h. DG SANCO, DG Umwelt, Gemeinsame Forschungsstelle, Europäische Umweltagentur).

Vertretung und Einbeziehung der Jugend

31. Hinsichtlich der Vertretung der Jugend im EEHC und der CEHAPE-Arbeitsgruppe werden Fortschritte gemacht. Auf Bitte des EEHC wurde als Pilotprojekt des norwegischen Direktorats für Gesundheit und Soziales in Zusammenarbeit mit dem norwegischen Jugendrat, dem Nordischen Ministerrat und der WHO ein Jugendworkshop mit Vertretern aus acht nordischen und baltischen Ländern durchgeführt. Die jungen Leute diskutierten Themen aus dem Bereich Umwelt und Gesundheit und wählten zwei Delegierte (aus Finnland und Norwegen) in den EEHC und zwei Delegierte (aus Estland und Ungarn) in die CEHAPE-Arbeitsgruppe. Ein elektronisches Jugendnetzwerk wurde geschaffen und soll im kommenden Jahr ausgeweitet werden. Es ist geplant bei der zwischenstaatlichen Zwischenbilanztagung im Jahr 2007

ein „Jugendparlament“ einzuberufen; mit der Europäischen Kommission finden Gespräche darüber statt, ob sie ein Vorbereitungstreffen der jungen Menschen ausrichten kann.

Instrumente für die Kommunikation und die Umsetzung

32. Bei der Budapester Konferenz bekannten sich Mitgliedstaaten zur Verringerung der Belastung durch Umweltgefahren. Die Fortschritte bei der Erfüllung dieser Verpflichtungen und die Aktivitäten der Länder sind jetzt über Landkarten im Internet deutlich nachzuvollziehen (www.euro.who.int/eehc/ctryinfo/ctryinfo). Die Karten dienen als ein Werkzeug für den Austausch von Informationen und Beispielen vorbildlicher Praktiken durch die Länder, die auch selbst für die Aktualisierung sorgen. Außerdem sind zur Förderung des Prozesses verschiedene Materialien, hierunter eine internationale terminologische Konkordanzübersicht, erarbeitet worden.

33. Zu den weiteren Instrumenten für die Umsetzung zählen der Katalog kinderspezifischer Maßnahmen, aus dem die Länder Aktivitäten und deren wissenschaftliche Begründung entnehmen können, eine Reihe von Fallstudien über Erfahrungen in den Ländern mit der Verbesserung der Umwelt und Gesundheit von Kindern. Der Katalog und die Fallstudien bilden gemeinsam ein CEHAPE-Aktionspaket, das aktualisiert wird, und unter www.euro.who.int/childhealthenv/Policy/20050629_1 zu finden ist. Außerdem werden Indikatoren für den CEHAPE entwickelt.

Zwischenstaatliche Zwischenbilanz 2007 (IMR2007)

34. Die Erklärung der Budapester Konferenz fordert die WHO dazu auf, im Jahr 2007 eine zwischenstaatliche Tagung einzuberufen, um die Fortschritte hinsichtlich der Erfüllung der eingegangenen Konferenzverpflichtungen zu überprüfen. Sie fordert auch den EECH dazu auf, den Mitgliedstaaten bei den Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa und des Umweltausschusses der UNECE im Jahr 2007, detaillierte Vorschläge für die fünfte Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit vorzulegen.

35. Im Mai 2006 erörterte der EEHC einleitend den Tagungszweck der IMR 2007 mit Blick auch auf die Veranstaltung der Ministerkonferenz im Jahr 2009. Es herrschte allgemeine Übereinstimmung darin, dass die IMR 2007 sowohl Elemente der Berichterstattung durch die Länder und Organisationen über die Budapester Konferenzverpflichtungen enthalten sollte, als auch einen Ausblick auf die Ministerkonferenz im Jahr 2009, indem vereinbart werde, welche weiteren und welche neuen Maßnahmen erforderlich sind. In Anbetracht des Gesagten wurde vereinbart, dass zu der IMR 2007 Gesundheits- und Umweltminister eingeladen werden sollten. Es wurde außerdem vereinbart, dass auch das Thema der Ministerkonferenz im Jahr 2009 sich auf die Gesundheit und Umwelt von Kindern konzentrieren sollte. Das Thema wird auf der Zusammenkunft des EEHC im Herbst 2006 ausführlicher erörtert werden.

36. Die zwischenstaatliche Zwischenbilanztagung wird vom 13. bis 15. Juni 2007 in Wien stattfinden und vom österreichischen Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft ausgerichtet werden.

Bekämpfung von Tuberkulose und Malaria

Die DOTS-Strategie zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO

Hintergrund

37. Auf seiner 52. Tagung erkannte das WHO-Regionalkomitee für Europa an, dass Tuberkulose (Tb) in vielen Ländern in der Mitte und im Osten der Region und in den NUS außer Kontrolle geraten war. Es erkannte ferner an, dass die Raten der multiresistenten Tb (MDR-TB) in den überwachten Ländern der Europäischen Region die weltweit höchsten sind. Auf der Tagung nahm das Regionalkomitee daher eine Resolution (EUR/RC52/R8) zur „Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region

der WHO“ an, die auch die Billigung des „DOTS-Erweiterungsplans „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO 2002–2006“ beinhaltet. Bei der Weiterverfolgung dieser Resolution behandelte das Regionalkomitee auf seiner 54. Tagung im Jahr 2004 einen Zwischenbericht.

Erzielte Fortschritte

38. Nach den neuesten offiziellen Statistiken der WHO haben 42 der 52 Mitgliedstaaten, darunter alle ehemals zur Sowjetunion gehörenden, (gegenüber 34 im Jahr 2001) DOTS in der einen oder anderen Weise umgesetzt. Von diesen 42 Ländern haben 30 DOTS landesweit als Tb-Bekämpfungsstrategie umgesetzt.

39. Als Antwort auf die MDR-Tb-Epidemie wurden die DOTS-Plus-Pilotprojekte in Estland und Lettland und drei Bezirken der Russischen Föderation verstärkt und neue in Aserbaidschan, Georgien, Kirgistan, Litauen, der Republik Moldau, Rumänien, der Russischen Föderation (Bezirk Archangelsk) und Usbekistan (Karakalpastan) in Zusammenarbeit mit dem so genannten „Green Light Committee“ begonnen. Daneben wurde Ende 2004 in Riga, Lettland, ein WHO-Kooperationszentrum für die Forschung und Lehre im Bereich von MDR-Tb-Management eingerichtet.

40. Um eine ununterbrochene Versorgung mit hochwertigen Arzneimitteln für alle Arten der Tb sicherzustellen, erhielten zwei der acht bislang nicht unterstützten Länder der Region von der Globalen Initiative zur Versorgung mit Tb-Arzneimitteln ebenfalls eine Hilfszusage. Eine Spende der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) versetzte das Regionalbüro in die Lage, bei der Erarbeitung von Vorschlägen mit Tb-Komponenten für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) mitzuwirken. In der fünften Bewerbungsrunde wurden zwölf Länder bei der Vorschlagserstellung durch das Büro unterstützt, acht legten dem GFATM Anträge vor, davon wurden vier genehmigt. Die Russische Föderation hat mit dem Regionalbüro eine Vereinbarung zur fachlichen Unterstützung bei den Umsetzungsaktivitäten getroffen, die durch die jüngst genehmigten Tb-Gelder finanziert werden.

41. Die Stärkung der Gesundheitssysteme für eine wirksame Tb-Bekämpfung ist eine der vordringlichsten Aufgaben in der Europäischen Region der WHO. 2004 wurde für Anbieter der primären Gesundheitsversorgung in der Region ein Tb-Leitfaden veröffentlicht. Wichtige Themen der Tb-Bekämpfung in sich verändernden Gesundheitssystemen wurden auf einer Beratertagung im Jahr 2005 erörtert. Ein speziell für diese Tagung erstelltes Hintergrundpapier (*Enabling health systems for effective TB control: challenges and opportunities for the Former Soviet Union countries*, dt.: Befähigung der Gesundheitssysteme zu wirksamer Tb-Bekämpfung: Herausforderungen und Möglichkeiten für die Länder der ehemaligen Sowjetunion) wurde vom WHO-Hauptbüro und anderen Programmen des Regionalbüros, insbesondere dem Gesundheitssystemteam, begrüßt und wurde zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den beiden an der Umsetzung des Gesundheitssystemansatzes des Regionalbüros beteiligten Abteilungen genutzt, indem über Programmgrenzen hinweg gearbeitet wurde.

42. Um auf das rapide Anwachsen der HIV/Aids-Epidemie in Osteuropa und Zentralasien und den sich hieran anschließenden steilen Anstieg der HIV-reatierten Tb zu reagieren, wurden von der WHO zwei Projekte zur Tb/HIV-Koinfektion initiiert: eines mit Unterstützung der französischen Regierung und mit Schwergewicht auf den baltischen Staaten, ein anderes mit Unterstützung der Niederlande in einem weiteren Rahmen zu den Themen regionale und subregionale Entwicklung personeller Ressourcen, Fachunterstützung für bedürftige Länder und Verfahrensforschung. Die Zusammenarbeit zwischen den Programmen des Regionalbüros zu sexuell übertragenen Infektionen und HIV/Aids (SHA) und zu Tuberkulose (TUB) wurde ausgebaut. Ein erster Lehrgang zur HIV-Überwachung unter Tb-Patienten wurde in Kroatien in Zusammenarbeit mit den United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) und dem HIV-Wissenszentrum in Zagreb veranstaltet. Außerdem wurde der Titel *European framework to decrease the burden of TB/HIV*¹ und ein klinisches Handbuch zu Tb/HIV² veröffentlicht.

¹ De Colomiani P. et al. *European framework to decrease the burden of TB/HIV*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (Dokument EUR/03/5037600).

43. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist für die Länder bei der Tb-Bekämpfung der führende Partner und sein Programm zu Tuberkulose steht an vorderster Front, liefert fachliche Leitfäden und konkrete Lehrgänge, organisiert die Überwachung von Tb und MDR-Tb, führt Musterprojekte durch und stellt die Abstimmung mit den Partnern sicher; die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten sowie die Partnerschaft und Koordination wurden durch die Einrichtung der Beratergruppe des Regionalbüros (2004) und der Arbeitsgruppe zur Stärkung der Laborkapazität für die Tb-Bekämpfung in der Europäischen Region (2005) und ihre regelmäßigen Jahrestreffen gestärkt. Es gibt heute auch eine engere Zusammenarbeit mit den fachlichen und finanziellen Partnern wie der United States Agency for International Development (USAID), der deutschen Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), den Zentren für Krankheitsbekämpfung und -prävention (CDC), der Weltbank, der Königlich Niederländischen Tb-Stiftung (KNCV), dem Project Hope und mit den Regierungen Frankreichs, Österreichs und Schwedens sowie mit anderen Partnern. Ein Sondertreffen zu Tb in Osteuropa wurde während der Konferenz des Koordinationsausschusses Stopp der Tb im November 2005 im italienischen Assisi gehalten in Verlängerung des Schreibens des WHO-Regionaldirektors an alle Mitgliedstaaten der Region zu Anfang des Jahres 2005, in dem er für die Tb einen regionalen Notstand ausrief. Außerdem hat die Etablierung und Stärkung des Programms zur Tb-Bekämpfung des Regionalbüros und der subregionalen und nationalen Tb-Büros in der Russischen Föderation, Zentralasien, der Ukraine, dem Balkan und dem Kaukasus wesentlich zur Tb-Bekämpfung in der Region beigetragen.

Engpässe und künftige Herausforderungen

44. Trotz der oben skizzierten Bemühungen stellt Tb immer noch ein ernsthaftes Problem für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region dar und Zehntausende sterben jedes Jahr an dieser Krankheit. Nach den neuesten offiziellen WHO-Statistiken wurden 2004 in der Region 354 954 neue Tb-Fälle gemeldet, das ist eine der höchsten Zahlen der letzten zwei Jahrzehnte (231 651 in 1991, 373 670 in 2002, 338 643 in 2003). 80% der gemeldeten Fälle traten in 16 Ländern auf, nämlich in den GUS, den baltischen Ländern und in Rumänien. In Westeuropa haben Brennpunkte, in denen gesellschaftliche Ausgrenzung und Einwanderung aus Ländern mit hoher Tb-Belastung vorherrschen vor Allem in Großstädten wie London, Paris, Madrid und Rom zu steigender Inzidenz geführt. Tb kennt keine Grenzen. Sie muss daher von allen Mitgliedstaaten der Region gemeinsam bewältigt werden.

45. Wichtige Hindernisse für eine wirksame Tb-Bekämpfung in der Region liegen in der hohen MDR-Tb-Rate, vor allem in Ländern der ehemaligen Sowjetunion; in dem rapiden Anschwellen der HIV-Epidemie im Osten der Region; in der Reformbedürftigkeit der Gesundheitsfinanzierung, wobei die primäre Gesundheitsversorgung enger in die Tb-Bekämpfung eingebunden werden sollte; in dem noch begrenzten politischen und finanziellen Engagement für die Tb-Bekämpfung; und in fehlender Überzeugungsarbeit, Kommunikation und gesellschaftlicher Mobilisierung.

46. Wie oben erwähnt, erklärte der WHO-Regionaldirektor für Europa im Februar 2005 Tb zu einem Notstand der Region und rief alle Mitgliedstaaten, die eine hohe Tb-Belastung erfahren, dazu auf, ihre staatlichen Ausgaben für rationale Strategien zur Bewältigung der Krankheit und der sie befördernden gesellschaftlichen Bedingungen zu erhöhen. Er forderte auch die wohlhabenderen Länder der Region und die EU dazu auf, der Krise mehr Aufmerksamkeit zuteil werden zu lassen und ihre finanziellen Beiträge für die Tb-Bekämpfung zu erhöhen. Im Anschluss an dieses Schreiben wurde die Veranstaltung eines hochkarätigen Ministerforums zur Tb-Bekämpfung in der Europäischen Region für Anfang 2007 beschlossen, mit der das Bewusstsein der europäischen Geberländer von der aktuellen Tb-Notlage geschärft, die staatliche Finanzierung der Tb-Bekämpfungsmaßnahmen in den Ländern Osteuropas mit hoher Priorität erhöht und die finanzielle Unterstützung für die Tb-Bekämpfung durch europäische Geberländer und die EU ausgeweitet werden soll. Die Vorbereitung des Forums schreitet voran.

² Harries A. et al. *TB/HIV. A clinical manual*, 2. Ausgabe, Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2004 (Dokument WHO/HTM/TB/2004.329)

Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO

47. Die 56. Tagung des Regionalkomitees findet vier Jahre nach Billigung der Resolution über die „Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO“ (EUR/RC52/10) durch alle Mitgliedstaaten und ihrer erfolgreichen Umsetzung in den von Malaria betroffenen Ländern der Europäischen Region der WHO statt. Die Ziele der Resolution waren es:

- sicherzustellen, dass die Bekämpfung der Malaria und entsprechende Maßnahmen in allen betroffenen Ländern der Europäischen Region auf der Gesundheits- und Entwicklungsagenda einen hohen Stellenwert haben,
- das politische Engagement dem tatsächlichen Ausmaß des Malariaproblems in dem jeweiligen Land anzupassen,
- sicherzustellen, dass nationale Malariaprogramme in Übereinstimmung mit der regionalen Strategie Roll Back Malaria umgesetzt werden und
- auf Länderebene durch Beschaffung externer Ressourcen partnerschaftlich Maßnahmen zu ergreifen und zu intensivieren, darunter auch fachliche Unterstützung der bedürftigen Länder bei der Ausarbeitung von Plänen und Projekten für die Finanzierung durch den GFATM.

48. Nach Billigung der Resolution im Jahr 2002 wurde der Kampf gegen die Malaria mit dem Ziel intensiviert, die Malariafolgen für die Gesundheit der Bevölkerung auf das geringstmögliche Maß zu verringern und das mit den verfügbaren finanziellen und humanen Mitteln und den vorhandenen Techniken und Instrumenten. Die Ziele der regionalen Strategie, nämlich die Verhütung von malariabedingten Sterbefällen, die Eindämmung von Epidemien, die weitere Reduzierung der Inzidenz, die Prävention einer Wiederkehr der Malariaübertragung und die Erhaltung des malariafreien Zustands in Ländern und Territorien, aus denen die Krankheit eliminiert war, wurden 2005 erreicht. Damit dies gelang, hatte das Programm Roll-Back-Malaria (RBM) des Regionalbüros sich darauf konzentriert:

- die partnerschaftlichen RBM-Maßnahmen subregional und auf Ebene der Länder auszuweiten und zu intensivieren,
- die nationalen Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung zu stärken,
- in Personalentwicklung und Kapazitätsaufbau zu investieren,
- die Fähigkeit zum Krankheitsmanagement sowie zur Eindämmung und Verhütung von Epidemien zu verbessern,
- kostenwirksame Maßnahmen zu fördern,
- die epidemiologische Überwachung und die Fähigkeit zur Verfahrensforschung zu verstärken,
- die Mobilisierung der Betroffenen zu sichern und
- die sektorübergreifende Kooperation auszuweiten.

49. Die folgenden Kriterien oder Ziele wurden für die Stärkung der nationalen Programme zur Malariabekämpfung in Betracht gezogen:

- eine Formulierung von Zielen, Zielsetzungen und Zielvorstellungen auf der Grundlage der Verpflichtungen und Fähigkeiten jedes Landes und eine Umsetzung der Malariaprogramme in Anpassung an die epidemiologischen Muster, vorhandenen Instrumente und verfügbaren Ressourcen,
- gut funktionierende Systeme für einen leichten Zugang zu Frühdiagnose und angemessener Behandlung durch jeden Bewohner eines von Malaria betroffenen Gebietes,
- eine integrierte Fähigkeit zum schnellen Handeln in Notlagen,
- Vektorenbekämpfung unter Beachtung der technischen und operationellen Anwendbarkeit und Wirksamkeit,

- Verfahren zur epidemiologischen Überwachung und Informationssysteme, die die Planung, Beobachtung und Auswertung der Bekämpfungsmaßnahmen ermöglichen,
- kontinuierlich an die geeignete Umsetzungsstrategie angepasste Ausbildungsprogramme und bessere Ausnutzung neu erstellter Fachliteratur, praktischer Leitlinien und innovativer Instrumente,
- Einrichtung funktionstüchtiger Kerngruppen von angemessen geschulten Fachleuten mit dem erforderlichen epidemiologischen Fachwissen und der entsprechenden Kompetenz,
- Nutzung von Forschungsergebnissen für eine wirksamere Malariabekämpfung,
- Stärkung der hausärztlichen und gemeindenahen Versorgung und Prävention durch Erarbeitung zielgerichteter IEC-Materialien (Information/Erziehung/Kommunikation), Bewusstseinschaffung, Unterstützung an der Basis, Wissensaufbau und Nutzung der Massenmedien,
- Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen Nachbarländern und -regionen.

50. Das starke internationale Engagement, die ernsthafte Beschäftigung der Politik mit der Bewältigung der Krankheit auf nationaler Ebene und der hohe Standard der Überzeugungsarbeit für Maßnahmen gegen die Malaria wurden alle in ein gemeinsames Handeln der Länder, internationalen und bilateralen Organisationen und NGO übersetzt, mit dem die insgesamt für die Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO zur Verfügung stehenden Mittel erhöht werden sollen. In den vergangenen vier Jahren haben alle von der Malaria betroffenen Länder, die WHO und die RBM-Partner (darunter USAID, CDC, UNICEF und das Welternährungsprogramm, Medical Emergency Relief International – MERLIN und die Agency for Technical Cooperation and Development – ACTED) es gemeinsam vermocht, alle möglichen Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie zu ergreifen. Das GFATM hat an Georgien, Usbekistan, Kirgisistan und Tadschikistan für den Zeitraum 2004–2010 Zuschüsse zur Unterstützung ihre nationalen Maßnahmen gegen die Malaria gezahlt. Im Ergebnis wurde ein substanzieller Rückgang der Malariafälle (bis fast auf ein Viertel) in den letzten vier Jahren (2002–2006) gemeldet. Der großen Epidemie in der Region wurde Einhalt geboten und die Malariainzidenz so stark verringert, dass die Unterbrechung der Übertragung in einigen Ländern in den kommenden Jahren möglich sein könnte.

51. Trotz dieser deutlichen Erfolge im Kampf gegen die Malaria stehen nationale Malariaprogramme weiter vor einer Reihe von Problemen und Beschränkungen. Dazu gehören:

- Die begrenzten staatlichen Investitionen in die Malariabekämpfung und die chronische Abhängigkeit aller nationalen Malariaprogramme von der Unterstützung aus dem Ausland,
- Die internationale Gemeinschaft antwortet nur positiv nach dem Ausbruch einer Malariaepidemie und hilft nur selten länger als drei Jahre und
- die Partner reagieren traditionell schwach bei kleineren Ausbrüchen, sporadischem Auftreten von Fällen und gegenüber dem Risiko einer Wiederbelebung der Malaria.

52. Die zwei wichtigsten Herausforderungen bei der Bekämpfung der Malaria in der Europäischen Region der WHO sind die Aufrechterhaltung des Donorinteresses in Situationen, in denen die Malariaepidemien zwar im Griff scheinen, die Krankheit aber noch eine Gefährdung für die öffentliche Gesundheit bedeutet, und das Gewinnen des Donorinteresses an der Unterstützung der neuen Initiative zur Eliminierung der Malaria aus der Europäischen Region gewinnen kann.

53. Jedes bei der Rückdrängung der Krankheit erreichte Etappenziel ermöglicht die Aufstellung neuer und anspruchsvollerer Ziele auf dem Weg zur völligen Ausrottung. Die in der Vergangenheit demonstrierte Machbarkeit der Eliminierung von Malaria, die in der Gegenwart sichtbare Wirkung der Malariabekämpfung, das starke politische Engagement für eine größere Durchschlagskraft bezüglich der Malariasituation auf nationaler Ebene und die Verfügbarkeit wirksamer Instrumente zur Bekämpfung und Eliminierung der Malaria im regionalen Zusammenhang haben alle eine einzigartige Möglichkeit für den Schritt von der Malariabekämpfung zur Malariaeliminierung geschaffen. Dies wird auch durch Erkenntnisse über einige Länder in anderen WHO-Regionen erhärtet, die einen malariafreien Status erreicht haben.

54. Zur Unterstützung der Bemühungen in Richtung auf eine Eliminierung der Malaria wurde vor kurzem die Erklärung von Taschkent unter dem Titel *The move from malaria control to elimination* [dt.: Der Schritt von der Malariabekämpfung zur Malarieliminierung] von allen durch Malaria betroffenen Ländern in der Europäischen Region der WHO unterstützt. In den kommenden Jahren könnte die Auswirkung der Malaria auf ein solches Niveau verringert werden, dass sie für die öffentliche Gesundheit in der Region kein Problem mehr wäre. Das Endziel der jüngst entwickelten neuen regionalen Malariastrategie ist die Unterbrechung der Malariaübertragung durch Plasmodium falciparum in Zentralasien bis 2010 und die endgültige Eliminierung der Krankheit aus der Europäischen Region der WHO bis 2015.

Fortschritte in Bezug auf die Gesundheit am Arbeitsplatz

Einführung

55. Auf der 54. Tagung des Regionalkomitees forderten mehrere Länderdelegationen eine Verstärkung der Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz in der Europäischen Region. Diese Forderung wurde von der wachsenden Besorgnis über eine Lage in der Europäischen Region angetrieben, in der die Gesundheit der Arbeiter durch Unfälle oder Erkrankungen durch Gefahren am Arbeitsplatz wie Asbest, Chemikalien, Lärm oder Stress gefährdet wird. Die zunehmende Globalisierung und wirtschaftliche Umstrukturierung in der Europäischen Region sind die Ursache für zunehmend neu auftretende Risiken durch arbeitsbedingten Stress, schlechte Arbeitsplanung und gesundheitsgefährdende Ausrüstungen, welche die menschliche Gesundheit und das Wohlbefinden gefährden können. Auch das zunehmende Alter der arbeitenden Bevölkerung verändert die Art und Weise, wie sich berufsbedingte Gefahren auf die Gesundheit der Menschen auswirken. In diesen neuen Zusammenhang müssen sich die arbeitsmedizinischen Angebote einpassen und erneuern, damit sie die Gesundheit der Arbeitnehmer angemessen schützen.

56. Als Reaktion auf diese Aufforderung verstärkte das Regionalbüro 2004 seine Arbeit in diesem Bereich im Rahmen des Sonderprogramms für Umwelt und Gesundheit. Das Ziel ist die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Erfüllung international eingegangener Verpflichtungen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit, welche für die Gesundheit am Arbeitsplatz von Bedeutung sind, wie z. B. die Entscheidungen der vierten Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit (2004 in Budapest) und der Ministerkonferenz zum Thema psychische Gesundheit (2005 in Helsinki). Diese Arbeit wird von dem Bonner Büro des Europäischen WHO-Zentrums für Umwelt und Gesundheit ausgeführt.

57. Im vergangenen Jahr haben sich die Aktivitäten hauptsächlich auf Beiträge aus dem Bereich der Arbeitsmedizin für Initiativen im Bereich der öffentlichen Gesundheit von Bedeutung für die Gesundheit am Arbeitsplatz sowie auf die Sicherung des Beitrags des Regionalbüros zum globalen Prozess gerichtet. Die globale Strategie wird zur Anpassung an die vorstehend beschriebenen neuen Herausforderungen überarbeitet und der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2007 vorgelegt.

Konzeptionelle Entwicklungen im Bereich von Arbeit und Gesundheit

58. Alle WHO-Kooperationszentren im Bereich von Arbeit und Gesundheit in der Europäischen Region sowie die Ansprechpersonen in den Gesundheitsministerien wurden um Berichte über die seit der Budapester Konferenz unternommenen Tätigkeiten gebeten, um zu bewerten, inwieweit die Verpflichtungen im Bereich von Kinderarbeit erfüllt worden sind. Die vom Programm eingeholten Informationen zeigten, dass 46 der 52 Länder in der Region das IAO-Übereinkommen (Nr. 182) zur Beseitigung der schlimmsten Formen der Kinderarbeit ratifiziert hatten, auf das die Budapester Erklärung Bezug nahm. Allerdings berichteten nationale Ansprechpersonen auf der Tagung der CEHAPE-Arbeitsgruppe im Oktober 2005 in Edinburgh, dass in einigen Ländern der Region die Kinderarbeit trotz der erfolgreichen Ratifizierung dieses Übereinkommens noch in ihrer schlimmsten Form existiere. Intensive Maßnahmen sind daher erforderlich, um die volle Umsetzung des Übereinkommens und der Budapester Konferenzverpflichtungen in diesem Bereich zu unterstützen.

59. Das Programm Gesundheit am Arbeitsplatz trug zu der abschließenden Expertentagung des Projekts „Gesundheit in der Welt der Arbeit“ bei, welche das finnische Institut für Arbeitsmedizin unter Federführung des finnischen Ministeriums für Gesundheit und Soziales zur Vorbereitung auf die finnische EU-Ratspräsidentschaft in der zweiten Hälfte von 2006 vorbereitete.

60. Bedienstete des Regionalbüros beteiligten sich auch an der Zusammenkunft des Planungsausschusses für die Fertigstellung des Arbeitsplans 2006–2010 des globalen Netzwerks Arbeit und Gesundheit, das im September 2005 in Johannesburg, Südafrika, stattfand. Der Arbeitsplan ist auf sechs Aktivitätsfelder für die nächsten fünf Jahre konzentriert (http://www.who.int/occupational_health/network/workplan2006.pdf). Zur Beobachtung des Fortschritts der Durchführung dieses Arbeitsplans haben Bedienstete des Regionalbüros an der Zusammenkunft des globalen Netzwerkes aus WHO-Kooperationszentren teilgenommen, die anlässlich des 28. internationalen Kongresses der Internationalen Gesellschaft für Arbeitsmedizin im Juni 2006 stattfand.

61. Fünf Länder (Armenien, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Polen, die Russische Föderation und die Ukraine) erhalten im Rahmen ihrer Kooperationsvereinbarungen mit der WHO im Zweijahreszeitraum 2006–2007 Unterstützung für die Entwicklung politischer Handlungskonzepte zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz und zur Stärkung entsprechender Angebote. Diese Aktivitäten setzen zum Teil diejenigen fort, die bereits im vergangenen Zweijahreszeitraum durch das gleiche Verfahren umgesetzt wurden.

Förderung des fachlichen Beistands und der Informationsverbreitung

Netzwerk nationaler Anlaufstellen für Arbeitsmedizin in den Gesundheitsministerien

62. Der im Jahr 2005 auf Regierungsebene eingerichtete Verbund aus Ansprechpersonen für Arbeitsmedizin trug direkt zur Umsetzung des CEHAPE im Bereich von Gesundheit am Arbeitsplatz bei. Die Ansprechpersonen bildeten auch einen Verbreitungsweg für die Informationsprodukte des Regionalbüros zu diesem Thema in den Ländern.

Europäisches Netzwerk aus Kooperationszentren

63. Das europäische Netzwerk aus WHO-Kooperationszentren im Bereich von Arbeitsmedizin fuhr auch mit der Unterstützung der Arbeit des Regionalbüros im Zeitraum 2005/2006 fort. Im Verlauf des Jahres wurden Vereinbarungen mit einigen Einrichtungen überprüft und wo angemessen wurde eine Redesignierung vollzogen, um den weiteren Beitrag zur Umsetzung des Programms für Gesundheit am Arbeitsplatz zu sichern. Vorläufige Gespräche gab es mit einigen anderen Einrichtungen, hierunter dem zypriotischen internationalen Institut für Umwelt und Bevölkerungsgesundheit.

Bewusstsein schaffen

64. Bedienstete des Regionalbüros haben sich seit der letzten Tagung des Regionalkomitees an einer Reihe internationaler Kongresse beteiligt, um das Bewusstsein über verschiedene Aspekte der Arbeitsmedizin zu erhöhen. Dazu gehörten die zweite Zusammenkunft der CEHAPE-Arbeitsgruppe (Edinburgh, Oktober 2005), der vierte allrussische Kongress für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (Moskau, Oktober 2005), die Jahrestagung des Ostseeverbundes für Arbeitsmedizin (Oslo, November 2005), eine Tagung der Partnerschaft der Nördlichen Dimension (Stockholm, November 2005) und ein Treffen zur Lancierung eines Projekts des gesellschaftlichen Dialogs über Arbeitsmedizin in Südosteuropa (Brüssel, November 2005).

65. Außerdem wurde die Website des Regionalbüros zum Thema Arbeit und Gesundheit (<http://www.euro.who.int/occhealth>) überarbeitet und Aktualisierungen wurden vorgenommen.

Ausblick

66. Die während der zweiten Hälfte des Zweijahreszeitraums 2004–2005 begonnenen Aktivitäten werden fortgesetzt, um die in der Region mit dem Thema Arbeitsmedizin verbundenen Probleme für die Bevölkerungsgesundheit zu bewältigen. Besonderer Handlungsbedarf besteht in Bezug auf die Gesundheit am Arbeitsplatz für die Arbeitnehmer im östlichen Teil der Region, wo zu den alten Problemen nun neue Gefahren infolge der sich verändernden Arbeitswelt hinzukommen. Das Regionalbüro plant weiter die internen Arbeitsabläufe zu überprüfen und externe Ressourcen zu mobilisieren, um eine angemessene Fortsetzung der Arbeit sicherzustellen. Die Mechanismen des Regionalbüros zur Koordinierung und Umsetzung werden eine wirksame Nutzung der hochgeschätzten fachlichen Unterstützung durch das Netzwerk aus Kooperationszentren ermöglichen.

67. Das Regionalbüro wird zur Erarbeitung des globalen Aktionsplans für Gesundheit am Arbeitsplatz 2006–2015 beitragen, welcher der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2007 vorgelegt wird, und damit zu einer Aktualisierung von Resolution WHA49.12 beitragen und außerdem weiter seine Tätigkeit eng mit der Strategie der Europäischen Kommission zu Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz abstimmen.