



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA  
65. TAGUNG

Vilnius (Litauen), 14.–17. September 2015



# Fortschrittsberichte



Arbeitsdokument



**Regionalkomitee für Europa**

65. Tagung

EUR/RC65/12

**Vilnius (Litauen), 14.–17. September 2015**

31. Juli 2015

150501

Punkt 5 j) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

## **Fortschrittsberichte**

Das vorliegende Dokument enthält die Fortschrittsberichte zu folgenden Themen:

- A. Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) (Resolution EUR/RC61/R7) – Abschlussbericht;
- B. Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (Resolution EUR/RC57/R2);
- C. Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: die Rolle der Gesundheitssysteme (Resolution EUR/RC58/R8);
- D. Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (Resolution EUR/RC59/R5);
- E. Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region (Resolution EUR/RC58/R4).

## Inhalt

	Seite
A. Fortschrittsbericht zur Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) (Resolution EUR/RC61/R7) – Abschlussbericht.....	4
Einführung.....	4
Epidemiologische Trends.....	5
Finanzierung von Interventionen gegen Tuberkulose und MDR-Tb.....	6
Erfolge und Herausforderungen (nach Handlungsfeld).....	7
Handlungsfeld 1: Prävention von MDR- und XDR-Tb.....	7
Handlungsfeld 2: Ausweitung des Zugangs zu Resistenztests für Erst- und Zweitrang-Antituberkulotika sowie zu HIV-Tests und HIV-Beratung bei Tuberkulosepatienten.....	8
Handlungsfeld 3: Ausweitung des Zugangs zu einer wirksamen Behandlung der medikamentenresistenten Tuberkulose.....	8
Handlungsfeld 4: Verbesserung des Infektionsschutzes gegen Tuberkulose.....	9
Handlungsfeld 5: Stärkung der Surveillance der medikamentenresistenten Tuberkulose, einschließlich Registrierung und Meldung.....	10
Handlungsfeld 6: Erweiterung der Kapazitäten der Länder mit dem Ziel der Verbesserung der Bewältigung der medikamentenresistenten Tuberkulose durch Überzeugungsarbeit, Partnerschaften und allgemeine Leitlinien.....	11
Handlungsfeld 7: Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen.....	13
Entwurf des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020).....	14
B. Fortschrittsbericht zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele.....	15
MZ 4 und 5: Senkung der Kindersterblichkeit und Verbesserung der Gesundheit von Müttern.....	15
MZ 6: Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten.....	16
HIV/Aids.....	16
Tuberkulose.....	17
Vernachlässigte Tropenkrankheiten.....	19
Zielvorgabe 7C: Bis 2015 den Anteil der Menschen um die Hälfte senken, die keinen nachhaltigen Zugang zu einwandfreiem Trinkwasser und grundlegenden sanitären Einrichtungen haben.....	19
Zielvorgabe 8E: In Zusammenarbeit mit pharmazeutischen Unternehmen Zugang zu bezahlbaren, unentbehrlichen Arzneimitteln in Entwicklungsländern zu ermöglichen.....	20
C. Fortschritte bei Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: die Rolle der Gesundheitssysteme.....	21
Einführung und Hintergrund.....	21

Fortschritte bei der Umsetzung der Resolution EUR/RC58/R8 seit 2008.....	23
Einflussnahme auf die weiter gefassten Gesundheitsdeterminanten durch bereichsübergreifende Maßnahmen.....	23
Lebensverlaufansatz zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden.....	24
Stärkung der öffentlichen Gesundheit.....	25
Ermittlung entscheidender Herausforderungen für die Gesundheitssysteme und Steigerung der Reichweite bevölkerungsbezogener Interventionen zur Eindämmung nichtübertragbarer Krankheiten .....	26
Lebensmittel und Ernährung .....	27
Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs .....	28
Schädlicher Alkoholkonsum .....	28
Psychische Gesundheit .....	29
Evaluierung der Fortschritte und Informationsaustausch .....	30
Vorschlag für Folgemaßnahmen .....	31
D. Fortschritte bei der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005).....	32
Einführung und Hintergrund.....	32
Die Lage in der Europäischen Region der WHO.....	33
Ergriffene Maßnahmen und erzielte Fortschritte .....	35
Arbeitsbereich 1: Evaluierung, Stärkung und Beobachtung der IGV- Kernkapazitäten der Länder.....	35
Arbeitsbereich 2: Förderung eines starken Engagements hochrangiger Politiker für die Umsetzung der IGV.....	35
Arbeitsbereich 3: Aktualisierung von Rechtsvorschriften und Regulierungsmechanismen.....	36
Arbeitsbereich 4: Befähigung der nationalen IGV-Anlaufstellen.....	36
Arbeitsbereich 5: Sensibilisierung und Überzeugungsarbeit außerhalb des Gesundheitswesens .....	36
Arbeitsbereich 6: Schulung von Personal auf nationaler Ebene für den Aufbau, die Steuerung und die Aufrechterhaltung der für die vollständige Einhaltung der IGV erforderlichen Kapazitäten in ihrem Land.....	37
Arbeitsbereich 7: Stärkung der IGV-Kernkapazitäten an Grenzübergangsstellen.....	37
Der weitere Weg .....	38
Schlussfolgerungen .....	39
E. Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region (Resolution EUR/RC58/R4). .....	40

## **A. Fortschrittsbericht zur Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) (Resolution EUR/RC61/R7) – Abschlussbericht**

### **Einführung**

1. In der Europäischen Region der WHO ist die Belastung der Bevölkerung durch Tuberkulose sehr ungleich verteilt und liegt je nach Mitgliedstaat zwischen 1 und 160 Fällen pro 100 000 EW. Aber auch innerhalb von Ländern ist die Inzidenz der Tuberkulose oft sehr uneinheitlich. Darüber hinaus treten ca. 99% der Fälle von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose (MDR- bzw. XDR-Tb) in den 18 Hochprävalenzländern auf, die alle im östlichen Teil der Europäischen Region liegen.<sup>1</sup>

2. Angesichts der besorgniserregenden Ausmaße der MDR- und XDR-Tb in der Europäischen Region und um eine umfassende Antwort mit gezielten Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb zu ermöglichen, wurde ein Aktionsplan für den Zeitraum 2011–2015 ausgearbeitet, der für alle 53 Mitgliedstaaten und sämtliche Partnerorganisationen gilt. Der Konsolidierte Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) (Dokument EUR/RC61/15) wurde auf der 61. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa am 15. September 2011 in Baku gebilligt (Resolution EUR/RC61/R7). In dem Aktionsplan, der aus einer breit angelegten Konsultation mit den Mitgliedstaaten, mit Organisationen der Zivilgesellschaft, mit fachlichen und bilateralen Organisationen sowie mit der Allgemeinbevölkerung hervorging, wurde das ehrgeizige Ziel festgelegt, mehr als 85% der geschätzten Zahl der Patienten mit MDR-Tb zu diagnostizieren und mindestens 75% von ihnen erfolgreich zu behandeln, um der Epidemie Einhalt zu gebieten.

3. In Resolution EUR/RC61/R7 des Regionalkomitees wurde die Regionaldirektorin ersucht, die Fortschritte bei der Prävention und Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb auf Ebene der Region zu bewerten und dem Regionalkomitee ab 2013 in zweijährlichen Abständen darüber Bericht zu erstatten.

4. Seit der Annahme des Konsolidierten Aktionsplans durch das Regionalkomitee im September 2011 hat das Sekretariat seine fachliche Beratung für die Mitgliedstaaten in verschiedenen Bereichen der Prävention bzw. Bekämpfung von Tuberkulose, MDR- und XDR-Tb und Tuberkulose-HIV-Koinfektion sowie bei der Versorgung der betroffenen Patienten intensiviert. Unter der Regie des Sonderbeauftragten der Regionaldirektorin für die Bekämpfung von MDR- und XDR-Tb und durch abteilungsübergreifende Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit wurden Hürden in den Gesundheitssystemen ermittelt, und die Mitgliedstaaten werden im Einklang mit „Gesundheit 2020“ bei der Reformierung ihres Leistungsangebots in Richtung von mehr Effizienz und Chancengleichheit beim Zugang zu hochwertigen Leistungen

---

<sup>1</sup> Die 18 Hochprävalenzländer sind: Armenien, Aserbaidshan, Belarus, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan.

unterstützt. Die meisten der Etappenziele für Maßnahmen der Mitgliedstaaten, des Sekretariats und der Partnerorganisationen in den sieben Handlungsfeldern des Aktionsplans sind bereits erreicht.

5. Zu den wichtigsten Erfolgen gehören die Zunahme der diagnostizierten Fälle von MDR-Tb von weniger als einem Drittel der geschätzten Gesamtzahl der Fälle im Jahr 2011 auf die Hälfte im Jahr 2013 (dem letzten Berichtsjahr<sup>2</sup>) und eine Zunahme des Versorgungsgrades bei den gemeldeten Fällen von 63% (2011) auf eine vollständige Versorgung (2013). Ebenso wurde auch das Millenniums-Entwicklungsziel 6, eine Trendumkehr bei der Inzidenz der Tuberkulose zu erreichen, erreicht. Die Europäische Region verzeichnet in jüngster Zeit einen Rückgang der Inzidenzrate der Tuberkulose um durchschnittlich 4,5% pro Jahr – und damit den schnellsten Rückgang von allen WHO-Regionen. Auch der Anteil der MDR-Tb unter den bereits behandelten Patienten ist seit der Einführung des Konsolidierten Aktionsplans auf 48% (2013) abgeflacht.

6. Doch neben diesen Erfolgen in der Tuberkulosebekämpfung bleiben auch noch eine Reihe wesentlicher Probleme bestehen. Der Anstieg der neu gemeldeten Fälle von MDR-Tb bestätigt, dass weiterhin eine Übertragung von MDR-Tb stattfindet. Aufgrund der zunehmenden Resistenz der Tuberkulosestämmen in der Europäischen Region wird die Behandlung der Krankheit immer schwieriger. So ist die Behandlungserfolgsquote nach wie vor niedrig und entspricht in etwa der auf der globalen Ebene (weniger als 50% der MDR-Tb-Fälle). Tuberkulose ist eine der führenden Todesursachen bei Personen mit HIV, und diese tödliche Konstellation ist in der Europäischen Region auf dem Vormarsch. Die Prävalenz von HIV unter den Tuberkulosefällen hat sich von 3,4% im Jahr 2008 auf 7,8% im Jahr 2013 erhöht.

7. Um diese Herausforderungen zu bewältigen und in der Europäischen Region weitere Fortschritte bei der Bekämpfung der Tuberkulose allgemein und speziell der MDR-Tb sowie bei der Versorgung der betroffenen Patienten zu erzielen, wird die globale Endspielstrategie für Tuberkulose<sup>3</sup> durch die Ausarbeitung eines Aktionsplans gegen Tuberkulose in der Europäischen Region für den Zeitraum 2016–2020 an die Gegebenheiten in der Region Europa angepasst. Die Zielsetzung des Aktionsplans gegen Tuberkulose besteht darin, sich den Herausforderungen zu stellen und die anhaltenden Erfolge bei der Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans fortzusetzen.

### ***Epidemiologische Trends***

8. 2013 verzeichnete die Europäische Region der WHO eine Inzidenz von geschätzt 360 000 Fällen von Tuberkulose (39 Fälle je 100 000 EW), von denen

---

<sup>2</sup> Hinweis: Die Erhebung von Surveillance-Daten für Tuberkulose erfolgt im Laufe eines Jahres, ihre Auswertung jedoch erst im darauf folgenden Jahr. Somit beziehen sich die in diesem Fortschrittsbericht vom Januar 2015 verwendeten Daten auf die registrierten Fallzahlen des Jahres 2013. Dadurch soll den Ländern die Gelegenheit gegeben werden, ihre Daten zu überprüfen und die Behandlungsergebnisse für neu und bereits früher behandelte Patienten festzustellen.

<sup>3</sup> Entwurf der Globalen Strategie mit Zielvorgaben für die Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose und die Versorgung von Tuberkulosepatienten für die Zeit nach 2015 (Dokument A67/11).

67. Weltgesundheitsversammlung, Genf, 19.–24. Mai 2014

([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_11-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_11-en.pdf?ua=1), eingesehen am 23. April 2015).

297 500 Neuerkrankungen und Rückfälle entdeckt wurden. Europa hat von allen Regionen der WHO mit 83% die höchste Entdeckungsrate bei Tuberkulosefällen.

9. Die geografische Verteilung der Tuberkulosebelastung innerhalb der Europäischen Region hat sich seit der Annahme des Konsolidierten Aktionsplans nicht verändert. 85% der Fälle treten in den 18 Hochprävalenzländern auf.<sup>1</sup> Trotz des konstanten Rückgangs der Mortalität in den vergangenen zehn Jahren endeten 2013 nach Schätzungen 38 000 Tuberkulosefälle in der Europäischen Region (4,1 Todesfälle je 100 000 EW) tödlich.

10. 2013 wurden 17 096 (81,4%) der in der Europäischen Region geschätzt 21 000 Tuberkulosefälle mit HIV-Koinfektion entdeckt. Fast ein Fünftel der Inzidenz der Tuberkulose-HIV-Koinfektionen blieb unentdeckt, da der Versorgungsgrad der Tuberkulosepatienten mit HIV-Tests in der Europäischen Region nur 68% beträgt. Unter den HIV-positiven Tuberkulosepatienten sank der Versorgungsgrad mit antiretroviraler Therapie von 60% im Jahr 2009 auf 54% im Jahr 2013.

11. Von den geschätzt 75 000 Fällen von MDR-Tb in der Europäischen Region im Jahr 2013 wurde knapp die Hälfte (47,3%) entdeckt. Im Vergleich zu 2009 wurden 40% Fälle mehr von MDR-Tb entdeckt, was primär auf eine erhebliche Ausweitung der Empfindlichkeitsprüfung in Bezug auf Medikamente (DST) zurückzuführen war. So wurden 2009 30% aller Tuberkulosefälle solchen Tests für Erstrangmedikamente unterzogen, 2013 waren es schon fast 90%.

12. Der Versorgungsgrad mit Zweitlinientherapien für die Behandlung von MDR-Tb verbesserte sich 2013 entscheidend (2009: 63%; 2013: 100%). In einigen Ländern überstieg die Zahl der angemeldeten Patienten sogar die Gesamtzahl der gemeldeten Fälle, da auch MDR-Tb-Fälle von den Wartelisten früherer Jahre zur Behandlung gelangten. Insgesamt wurden 46 710 Tuberkulosepatienten zur Behandlung von MDR-Tb angemeldet, von denen 45 147 eine bestätigte Diagnose hatten.

13. Trotz der beträchtlichen Erfolge bei der Entdeckung von MDR-Tb und dem diesbezüglichen Versorgungsgrad stieg der Anteil der MDR-Fälle unter den Neuerkrankungen an Tuberkulose zwischen 2009 und 2013 von 12% auf 18%, was auf eine anhaltende Übertragung der MDR-Tb hindeutet. Doch der Anteil der Fälle von MDR-Tb unter den zuvor bereits behandelten Patienten hat sich seit 2009 abgeflacht.

### ***Finanzierung von Interventionen gegen Tuberkulose und MDR-Tb***

14. Mehrere Mitgliedstaaten erhalten auf eigenen Wunsch vom Regionalbüro fachliche Hilfe bei der Überarbeitung ihrer Finanzierungsmechanismen und Unterstützung bei der Veranschlagung von Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose im Haushalt, um die Effizienz ihrer Tuberkuloseprogramme zu verbessern. Die Gesundheitsfinanzierung wurde ebenfalls in die Missionen zur Überprüfung der nationalen Tuberkuloseprogramme aufgenommen. Das Sekretariat hat den Mitgliedstaaten mit einer hohen Prävalenz der MDR-Tb Orientierungshilfe in Bezug auf die Erhöhung inländischer Mittel und die Bereitstellung internationaler Mittel für die Bekämpfung von Tuberkulose und MDR- bzw. XDR-Tb gewährt, insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria („Globaler Fonds“).

15. Die umfassenden Überprüfungen der Tuberkuloseprogramme, die das Regionalbüro gemeinsam mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in einigen Ländern der Europäischen Union durchgeführt hat, belegen, dass die bisher erreichten Fortschritte teilweise durch die Finanzkrise und die damit verbundenen Haushaltskürzungen gefährdet werden. Überdies stellt eine ausreichende Finanzierung von Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung und zur Versorgung der Patienten für zahlreiche Mitgliedstaaten, die keine Mittel mehr vom Globalen Fonds erhalten (z. B. die baltischen Staaten und die Russische Föderation), eine beträchtliche Herausforderung dar.

16. Das Regionalbüro ist den anspruchsberechtigten Ländern dabei behilflich, beim Globalen Fonds sowie bei anderen Geberorganisationen Mittel zu beantragen. Außerdem leistete das Regionalbüro im Zeitraum 2014–2015 in elf Ländern Osteuropas und Zentralasiens<sup>4</sup> umfangreiche fachliche Hilfe bei der Ausarbeitung und Vorlage eines Vorschlags der Europäischen Region an den Globalen Fonds für eine grundlegende Umgestaltung der Gesundheitssysteme und ihrer Finanzierung für eine Intensivierung der Bekämpfung der MDR-Tb (TB-REP). Im Einklang mit „Gesundheit 2020“ sieht der Vorschlag die Einrichtung ressortübergreifender Ausschüsse in den Ländern vor, die jeweils beim Büro der Regierungschefs angesiedelt sein und aus Vertretern der Gesundheits-, Justiz-, Innen- und Sozialministerien bestehen sollen.

## **Erfolge und Herausforderungen (nach Handlungsfeld)**

### ***Handlungsfeld 1: Prävention von MDR- und XDR-Tb***

17. Das Regionalbüro und seine Partnerorganisationen haben in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten die Gründe für Behandlungsabbrüche in verschiedenen Umfeldern untersucht. In das Surveillance-System für Arzneimittelresistenzen wurden soziale Determinanten aufgenommen. In mehreren Mitgliedstaaten (Armenien, Republik Moldau, Turkmenistan und Usbekistan) wurde ein Instrument zur Bewertung der Gesundheitssysteme in Bezug auf Tuberkulose und MDR-Tb entwickelt und eingeführt, das jeweils dazu dient, die wichtigsten Herausforderungen für die sechs Bausteine eines Gesundheitssystems zu dokumentieren und Maßnahmen zur Verhinderung der Entstehung resistenter Tuberkulose und zum Ausbau wirksamer Behandlungsangebote zu empfehlen.

18. Um den Wissenstransfer und den Erfahrungsaustausch zwischen den Ländern zu verbessern und ihnen bei der Verbesserung des Gesundheitssystemansatzes zu helfen, hat das Sekretariat 2013 eine Initiative zur Erfassung von Beispielen für vorbildliche Praktiken bei der Prävention, Bekämpfung und Behandlung von MDR- und XDR-Tb

---

<sup>4</sup> Beim Globalen Fonds sind folgende elf Länder anspruchsberechtigt: Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan. Das Zentrum für Gesundheitspolitik und Gesundheitsstudien in der Republik Moldau ist der Hauptempfänger. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist der Nebenempfänger und wird mit der London School of Hygiene and Tropical Medicine, der London School of Economics and Political Science, der European Respiratory Society und dem kasachischen Institut für öffentliche Gesundheit zusammenarbeiten. Eine Entscheidung des Globalen Fonds über den Antrag wird in Kürze erwartet.

gestartet. Die evaluierten und ausgewählten vorbildlichen Praktiken werden in einem eigenen Band veröffentlicht.<sup>5</sup>

19. Die primäre Übertragung der medikamentenresistenten Formen der Krankheit ist durch unsachgemäße Behandlung und unzureichende Mechanismen zur Unterstützung der Patienten bedingt. Doch solche Bedingungen herrschen noch in mehreren Mitgliedstaaten vor, auch in einigen Ländern der Europäischen Union. In manchen Mitgliedstaaten werden Patienten unnötigerweise ins Krankenhaus eingewiesen, was bei fehlenden Atemschutzmaßnahmen zu einer nosokomialen Übertragung der medikamentenresistenten Formen von Tuberkulose führen kann. Ambulante Angebote und andere Versorgungsmodelle, einschließlich einer Behandlung zuhause, funktionieren in manchen Mitgliedstaaten nicht einwandfrei. Auch fehlt es an Erkenntnissen über eine wirksame prophylaktische Behandlung für Personen, die Kontakt mit Patienten mit MDR- und XDR-Tb hatten.

### ***Handlungsfeld 2: Ausweitung des Zugangs zu Resistenztests für Erst- und Zweitrang-Antituberkulotika sowie zu HIV-Tests und HIV-Beratung bei Tuberkulosepatienten***

20. Das Regionalbüro hat die Europäische Tuberkuloselabor-Initiative (ELI) ins Leben gerufen und die Mitgliedstaaten durch fachliche Hilfe beim Ausbau ihrer Diagnosekapazitäten und bei der Einführung von molekularen Schnelltests zur Diagnose von Tuberkulose und MDR-Tb unterstützt. Es hat ferner zusammen mit einer Reihe von Partnerorganisationen auch fachliche Hilfe bei Tb-HIV-Kooperationen geleistet.

21. Mit Hilfe neuer verfügbarer Instrumente wie GeneXpert MTB/RIF wurde ein Diagnose-Algorithmus entwickelt. Dieser durchläuft seit 2014 eine fachliche Begutachtung in Armenien und Georgien und soll nach deren Abschluss noch 2015 veröffentlicht werden.

22. Die aktive Entdeckung von Tuberkulosefällen bei Personen mit HIV ist nach wie vor nicht ausreichend (Versorgungsgrad mit HIV-Tests unter Tuberkulosepatienten liegt bei 68%). Empfindlichkeitstests für Zweitrangmedikamente werden bei Patienten mit MDR-Tb immer noch nur selten durchgeführt. Doch der Anteil der getesteten Patienten hat sich seit Beginn der Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans verbessert (2009: 31%; 2013: 51%).

### ***Handlungsfeld 3: Ausweitung des Zugangs zu einer wirksamen Behandlung der medikamentenresistenten Tuberkulose***

23. Das Regionalbüro hat den Mitgliedstaaten dabei geholfen, ihre nationalen Aktionspläne gegen Tuberkulose und MDR-Tb in Einklang mit dem Konsolidierten Aktionsplan zu bringen.

---

<sup>5</sup> Dara M, Acosta CD. Vorbildliche Praxis bei der Prävention, Bekämpfung und Behandlung der medikamentenresistenten Tuberkulose. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/216650/Best-practices-in-prevention,control-and-care-for-drugresistant-tuberculosis-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/216650/Best-practices-in-prevention,control-and-care-for-drugresistant-tuberculosis-Eng.pdf?ua=1), eingesehen am 15. April 2015).

24. Der Zugang zu Zweitrangmedikamenten für die Behandlung von Patienten mit MDR-Tb hat sich seit der Einführung des Konsolidierten Aktionsplans in den Mitgliedstaaten signifikant erhöht – von 63% auf vollständige Versorgung ( $\geq 100\%$ )<sup>6</sup>. Zwar konnte in einigen Ländern die für den Behandlungserfolg angestrebte Quote von 75% für MDR-Tb erreicht werden, doch liegt die Quote im Durchschnitt für die Europäische Region bei 46%. Dies ist hauptsächlich auf die zunehmende Resistenz der MDR-Tb-Stämme und auf das Fehlen von Drittrangmedikamenten für XDR-Tb in vielen Gesundheitseinrichtungen zurückzuführen, da deren Zulassung bisher nur unter Vorbehalt erfolgt ist (conditional approval).<sup>7</sup> Manche Mitgliedstaaten mit einer niedrigen Inzidenz der Tuberkulose stehen vor Herausforderungen aufgrund des Verlusts von Sachverstand, was lange Verzögerungen in der Diagnose, einen unsachgemäßen Umgang mit Patienten und eine unzureichende Verlaufskontrolle zur Folge hat.

25. Das Sekretariat hat durch die Einrichtung des Green Light Committee sein Netzwerk von Experten in der Europäischen Region erweitert, das fachliche Hilfe nach dem Stand der Technik zu den klinischen und betriebswirtschaftlichen Aspekten der Bekämpfung der MDR-Tb sowie in Bezug auf die ELI leistet, um die Qualität und Zeitnähe der Diagnose zu verbessern. Darüber hinaus haben das Regionalbüro und die European Respiratory Society eine elektronische Anlaufstelle in englischer und russischer Sprache eingerichtet, an der sich Angehörige der Gesundheitsberufe über das klinische Management von schwer behandelbaren Patienten informieren können.

26. In den Mitgliedstaaten werden neue Medikamente zur Behandlung von MDR-Tb (Bedaquilin und Delamanid) eingeführt, und das Regionalbüro leistet fachliche Hilfe in Bezug auf ihren sicheren und rationellen Einsatz sowie auf Pharmakovigilanz. Im Oktober 2013 hielt das Sekretariat in Dänemark einen Workshop für die Europäische Region zum Thema Pharmakovigilanz und im September 2014 in Kasachstan eine Schulung für Vertreter der Länder zur Einführung von Bedaquilin. Schließlich fand im März 2015 ein Webinar statt, um die zuständigen fachlichen Ansprechpersonen der Länder in Bezug auf geeignete Bedingungen für den Einsatz der neuen Medikamente sowie ihre Handhabung insgesamt zu schulen.

#### ***Handlungsfeld 4: Verbesserung des Infektionsschutzes gegen Tuberkulose***

27. Das Regionalbüro und seine Partnerorganisationen haben die Mitgliedstaaten durch fachliche Hilfe bei der Fertigstellung ihrer Aktionspläne zum Infektionsschutz gegen Tuberkulose unterstützt, die entweder in die Tuberkuloseprogramme oder in die übergeordneten Gesundheitsstrategien der betreffenden Länder einbezogen werden sollen. Das Regionalbüro hat eine Reihe wichtiger Beschaffungsspezifikationen in Bezug auf Infektionsschutzmaßnahmen gegen Tuberkulose entwickelt. In den

---

<sup>6</sup> Der Versorgungsgrad mit Therapien lag für die Jahre 2012 und 2013 bei über 100%, da ein Teil der in den Vorjahren entdeckten prävalenten Fälle von MDR-Tb auf den Wartelisten für die Registrierung zur Therapie verblieben waren.

<sup>7</sup> Grundsätzlich werden Zweitrangmedikamente zur Behandlung von MDR-Tb und Drittrangmedikamente zur Behandlung von XDR-Tb eingesetzt.

wichtigsten Ländern wurden aktuelle Bewertungen der Infektionsschutzmaßnahmen vorgenommen; dabei wurden die institutionellen Hürden dokumentiert.<sup>8</sup>

28. Das Sekretariat ist den Mitgliedstaaten bei der Verbesserung von Atemschutzmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen und in beengten räumlichen Verhältnissen behilflich. Doch diese Maßnahmen wurden in manchen Mitgliedstaaten aufgrund fehlender Verwaltungs-, Umweltschutz- und Atemschutzkonzepte nicht ausgebaut. So tragen Gesundheitseinrichtungen und beengte räumliche Verhältnisse weiterhin zur Ausbreitung der Tuberkulose allgemein sowie speziell ihrer medikamentenresistenten Formen bei.

29. Eine Reihe von Mitgliedstaaten deportieren sogar an Tuberkulose erkrankte Migranten, ohne Rücksicht auf deren Menschenrechte oder auf Aspekte der öffentlichen Gesundheit zu nehmen und ohne angemessene Infektionsschutzmaßnahmen zu ergreifen.

### **Handlungsfeld 5: Stärkung der Surveillance der medikamentenresistenten Tuberkulose, einschließlich Registrierung und Meldung**

30. Das Sekretariat hat seine Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro und dem ECDC im Bereich der Datenerhebung und bei der Veröffentlichung eines jährlichen Surveillance- und Kontrollberichts fortgesetzt.<sup>9</sup>

31. Das Regionalbüro hat in Abstimmung mit seinen Partnerorganisationen einen Kontrollrahmen für die Weiterverfolgung der Erklärung von Berlin zur Tuberkulose<sup>10</sup> ausgearbeitet und die Mitgliedstaaten durch Schulungsmaßnahmen und durch fachliche Hilfe darauf vorbereitet, die Bereiche Beobachtung und Evaluation sowie die Nutzung von Daten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit ihrer Tuberkuloseprogramme zu optimieren.

32. Das Regionalbüro hat mehrere Mitgliedstaaten während der gesamten Laufzeit des Konsolidierten Aktionsplans bei der Durchführung landesweiter Untersuchungen über Arzneimittelresistenzen unterstützt.<sup>11</sup>

33. Das Regionalbüro hat zusammen mit dem ECDC Jahrestagungen der nationalen Anlaufstellen für die Tuberkuloseüberwachung abgehalten, um die Surveillance innerhalb der Region zu koordinieren und um neue Definitionen, Standards und Richtwerte der WHO einzuführen und zu stärken.

---

<sup>8</sup> Die Bewertungen wurden in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Kasachstan, der Republik Moldau und der Ukraine durchgeführt.

<sup>9</sup> Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten und WHO-Regionalbüro für Europa. Tuberkulose-Surveillance und Kontrolle in der Europäischen Region 2015. Stockholm: Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, 2015 (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf>, eingesehen am 15. April 2015).

<sup>10</sup> Die Erklärung von Berlin zur Tuberkulose Ministerforum „Alle gegen Tuberkulose“ des WHO-Regionalbüros für Europa, 22. Oktober 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/68183/E90833.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/68183/E90833.pdf), eingesehen am 15. April 2015).

<sup>11</sup> Untersuchungen über Arzneimittelresistenzen wurden in Aserbaidschan, Belarus, Bulgarien, Turkmenistan und der Ukraine durchgeführt.

34. Bis 2013 haben 47 Mitgliedstaaten eine vollständige Einführung einer elektronischen fallbasierten Surveillance als integralen Bestandteil der eGesundheit gemeldet, sowohl für Patienten mit medikamentös behandelbarer Tuberkulose als auch solche mit MDR-Tb. Einige Mitgliedstaaten erstatten immer noch nicht Bericht über Behandlungsverläufe und die Ergebnisse von HIV-Tests und verpassen damit Chancen zur Dokumentierung der Effizienz ihrer Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung.

35. Im Zeitraum 2013–2014 bewerteten die Länder ihre Surveillance-Systeme, um die Standards und Richtwerte zu evaluieren, aber auch als Bedingung für ihre Anträge an den neuen Finanzierungsmechanismus des Globalen Fonds.

***Handlungsfeld 6: Erweiterung der Kapazitäten der Länder mit dem Ziel der Verbesserung der Bewältigung der medikamentenresistenten Tuberkulose durch Überzeugungsarbeit, Partnerschaften und allgemeine Leitlinien***

36. Von 2011 bis 2015 führte das Sekretariat auf Wunsch der Gesundheitsminister von zwölf Ländern mit einer hohen Krankheitslast aufgrund von MDR-Tb und fünf Ländern mit einer niedrigen Inzidenz der Tuberkulose umfassende Überprüfungen der Programme durch und gab Empfehlungen zur Verbesserung der Leistungen im Bereich Tuberkulose ab.

37. Das Regionalbüro hat auch ein Bewertungsinstrument für Politiksteuerung im Bereich Tuberkulose entwickelt und war mehreren Mitgliedstaaten bei der Optimierung der Struktur ihrer nationalen Programme behilflich.<sup>12</sup>

38. Mehrere unter der Federführung des Sekretariats stehende fachliche Sonderarbeitsgruppen zum Konsolidierten Aktionsplan überprüften von 2013 bis 2015 die Evidenz und Praktiken der Länder und erstellten eine Reihe maßgeblicher Publikationen, u. a. zu Themen wie Tuberkulose im Kindesalter,<sup>13</sup> der Rolle der Chirurgie bei Tuberkulose<sup>14</sup> und Tuberkulose im Strafvollzug<sup>15</sup>.

39. Im Zeitraum 2013–2014 führte das Regionalbüro eine Untersuchung über die Praktiken bei der Versorgung und beim Umgang mit Antituberkulotika in 13 Ländern mit hoher Prävalenz der MDR-Tb durch.<sup>16</sup> Das primäre Ziel der Untersuchung bestand

---

<sup>12</sup>Fachliche Hilfe im Bereich der Politiksteuerung wurde Georgien, Kirgisistan, Lettland, den Niederlanden, Tadschikistan, Ungarn und Usbekistan gewährt.

<sup>13</sup> Acosta CD, Rusovich V, Harries AD, Ahmedov S, van den Boom M, Masoud D. A new roadmap for childhood tuberculosis. *Lancet Glob Health*. 2014; 2(1):e15–e17. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70153-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70153-0).

<sup>14</sup> Surgery in the treatment of pulmonary TB and M/XDR-TB. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/259691/The-role-of-surgery-in-the-treatment-of-pulmonary-TB-and-multidrug-and-extensively-drug-resistant-TB.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/259691/The-role-of-surgery-in-the-treatment-of-pulmonary-TB-and-multidrug-and-extensively-drug-resistant-TB.pdf), eingesehen am 15. April 2015).

<sup>15</sup> Dara M, Acosta C, Vinkeles Melchers NVS, Al-Darraji HAA, Chorgoliani D, Reyes H et al. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *Intl J of Infectious Diseases*. 2015;32:111–117. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.12.029>.

<sup>16</sup> Procurement and supply management report for the WHO European Region, high MDR-TB priority countries, 2013 (2015) [Website]

darin, umfassende Daten über das Beschaffungs- und Versorgungswesen in den Hochprävalenzländern der MDR-Tb in der Europäischen Region zu erfassen und sie als Grundlage für die weitere fachliche Hilfe heranzuziehen.

40. Das Regionalbüro hat in Zusammenarbeit mit dem ECDC und der KNCV-Tuberkulose-Stiftung eine Tagung der Leiter der nationalen Tuberkuloseprogramme organisiert, die im Mai 2013 in Den Haag stattfand und auf der eine Bestandsaufnahme der Umsetzung von Aktionsplänen der Länder und der Europäischen Region (und insbesondere des Konsolidierten Aktionsplans) erfolgte. Eine zweite Tagung findet vom 27. bis 29. Mai 2015 statt, auf der der Entwurf des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) erörtert und fertig gestellt werden soll.

41. Die Regionaldirektorin richtete das Interinstitutionelle Kooperationskomitee zur Bekämpfung und Versorgung der Tuberkulose in der Europäischen Region ein, das vom Sekretariat unterstützt wird. Das Komitee fördert die Beteiligung von Organisationen der Zivilgesellschaft, ehemaligen Patienten und Vertretern der Bevölkerung an der Entwicklung von Konzepten, der Überprüfung von Programmen der Länder und der Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Aktionspläne zur Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb.

42. Um die Fähigkeit der Mitgliedstaaten zur Nutzung ihrer Daten für die Gestaltung und Realisierung von Leistungsangeboten im Zeitraum von 2013 bis 2015 zu verbessern, hat das Sekretariat in Zusammenarbeit mit dem Sonderprogramm zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten Workshops durchgeführt und den Wissenschaftlern in den Ländern bei der Fertigstellung und Veröffentlichung von Studien in internationalen, von Experten begutachteten Fachjournalen geholfen.<sup>17</sup>

43. Das Regionalbüro hat den Mitgliedstaaten Orientierungshilfe bei der Überarbeitung ihrer Rahmenkonzepte für Ethik- und Menschenrechtsaspekte in Verbindung mit Tuberkulose gegeben. Im Oktober 2013 fand in Kopenhagen ein Workshop für die Länder der Europäischen Region statt, und im Zeitraum 2014–2015 wurden in insgesamt fünf Ländern Folgemissionen zur Bewertung von Primär- und Sekundärrecht in Bezug auf die unfreiwillige Isolierung und Behandlung von Tuberkulosepatienten sowie die Anwendung neuer Antituberkulotika in Härtefällen durchgeführt.<sup>18</sup>

44. Das Sekretariat hat in alle Tagungen auf Ebene der Region sowie die ausführlichen Begutachtungen der Programme Vertreter der Zivilgesellschaft einbezogen. Das Regionalbüro hat die Arbeit der TB Europe Coalition und anderer Organisationen der Zivilgesellschaft unterstützt und sie während der Planungs- und Umsetzungsphase gleichermaßen in das Geschehen einbezogen.

---

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/270920/ProcurementMgmtRep\\_highMDRTB\\_PriorityCountries2013.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/270920/ProcurementMgmtRep_highMDRTB_PriorityCountries2013.pdf?ua=1)).

<sup>17</sup> Tuberculosis and drug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: operational research from the SORT IT Programme, 2012–2014. Public Health Action, Volume 4, Supplement 2, 21. Oktober 2014 [Website] (<http://ingentaconnect.com/content/iuatld/pha/2014/00000004/a00202s2;jsessionid=2s48319eetp51.alice>).

<sup>18</sup> Missionen zu den Fragen von Ethik und Menschenrechten wurden in Armenien, Aserbaidschan, Georgien, der Republik Moldau und der Ukraine durchgeführt.

45. Vertreter des Regionalbüros haben auf mehreren Anhörungen des Europäischen Parlaments über Tuberkulose und MDR-Tb Präsentationen gehalten. Das Regionalbüro hat auch eine Fotoausstellung mit dem Titel „Gesichter der Tuberkulose“ organisiert, die am 20. März 2013 beim Europäischen Parlament stattfand.

46. Das Regionalbüro hat anlässlich des Welt-Tuberkulose-Tages am 24. März 2014 eine Tagung auf hoher Ebene veranstaltet. Dabei erörterte ein hochrangiges Podium die Fortschritte in der Bewältigung der Herausforderungen für die Europäische Region bei der Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose und der Versorgung von Tuberkulosepatienten sowie die nächsten Schritte auf diesem Gebiet, um weitere Arbeiten in der Europäischen Region im Hinblick auf die globale Endspielstrategie für Tuberkulose nach 2015 zu erleichtern.

47. Das Sekretariat hat gemeinsam mit der lettischen Präsidentschaft im Rat der Europäischen Union die erste Ministerkonferenz der Östlichen Partnerschaft über Tuberkulose und MDR-Tb organisiert, die am 30. und 31. März 2015 in Riga stattfand, und sie durch fachliche Beiträge unterstützt. Die Konferenz bot eine Gelegenheit zur Bestandsaufnahme der Fortschritte in den verschiedenen Teilen der Europäischen Union sowie in benachbarten Ländern auf dem Weg zur Verwirklichung des Eliminierungsziels für Tuberkulose.

48. In einigen Mitgliedstaaten werden die nationalen Programme ineffizient geführt und sind auf der innerstaatlichen Ebene unzureichend finanziert. Allerdings gibt es bisher nur wenige Mitgliedstaaten, in denen Organisationen der Zivilgesellschaft an der Tuberkulosebekämpfung beteiligt sind. Darüber hinaus fehlt in zahlreichen Mitgliedstaaten eine Palliativversorgung für Tuberkulosepatienten.

### ***Handlungsfeld 7: Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen***

49. Das Regionalbüro und seine Partnerorganisationen haben die Mitgliedstaaten bei der Überarbeitung ihrer nationalen Handlungskonzepte zur Bekämpfung von Tuberkulose und HIV durch Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen sowie durch Erweiterung ihrer Leitlinien für Gesundheit im Strafvollzug um Normen für die Tuberkulosebekämpfung unterstützt. Doch den meisten Ländern fehlt ein funktionierender Koordinierungsmechanismus zwischen den Bereichen Tuberkulose und HIV, der die Bereitstellung integrierter Angebote für die Behandlung von Tuberkulose und HIV (einschließlich des Einsatzes von Medikamenten) ermöglichen würde.

50. Das Sekretariat hat den Mitgliedstaaten fachliche Hilfe bei der Verbesserung der Abstimmung zwischen der Gesundheitsversorgung im Strafvollzug und im Zivilbereich gewährt. Das Netzwerk des Projektes „Gesundheit im Strafvollzug“ hat Leitlinien und Grundsatzdokumente zu dieser Thematik ausgearbeitet und an die Mitgliedstaaten verteilt. Darüber hinaus wurde 2014 in Aserbaidschan in Abstimmung mit dem Gesundheits- und dem Justizministerium ein Kooperationszentrum der WHO für den Schutz vor Tuberkulose im Strafvollzug eingerichtet. Trotz dieser Bemühungen bestehen noch Defizite in der Abstimmung zwischen der Gesundheitsversorgung im Zivilleben und im Strafvollzug.

51. Das Regionalbüro hat eine Sonderarbeitsgruppe für Tuberkulose im Kindesalter eingerichtet, um die gegenwärtige Praxis auf diesem Gebiet zu dokumentieren und die vorhandenen internationalen Empfehlungen an die Gegebenheiten in der Europäischen Region anzupassen. In den meisten Mitgliedstaaten gibt es nicht ausreichend qualifiziertes Personal für die Behandlung von Tuberkulose im Kindesalter.

52. Das Regionalbüro hat ein Konsenspapier mit dem Titel „Mindestanforderungen an die grenzüberschreitende Tuberkulosebekämpfung und -versorgung in der Europäischen Region der WHO: eine Erklärung über den Konsens von Wolfheze“ veröffentlicht.<sup>19</sup>

53. Die Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel und Impfstoffe gegen Tuberkulose und insbesondere MDR- und XDR-Tb ist eine dringende Notwendigkeit. Das Regionalbüro ist den Mitgliedstaaten bei der Einführung von Bedaquilin und Delamanid als neuen Tuberkulosemedikamenten unter besonderen Bedingungen behilflich; dies geschieht mit einem besonderen Augenmerk auf Pharmakovigilanz. In anderen Regionen der WHO sind Versuche mit Impfstoffen im Gange.

## **Entwurf des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020)**

54. Nach der Annahme der globalen Endspielstrategie für Tuberkulose nach 2015 durch die 67. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2014<sup>20</sup> passt das Regionalbüro die globale Strategie an die Gegebenheiten in der Europäischen Region an. Das Sekretariat hat den Entwurf des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) (Dokument EUR/SC22(4)/12, Anhang) ausgearbeitet. In dem Entwurf des Aktionsplans werden die Lehren aus den sieben Handlungsfeldern des Konsolidierten Aktionsplans berücksichtigt, die für Länder mit niedriger Inzidenz der Tuberkulose ebenso gelten wie für die Hochprävalenzländer. Ferner orientiert sich der Aktionsplan an „Gesundheit 2020“, an dem Rahmenaktionsplan des ECDC zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Europäischen Union<sup>21</sup> und an dem von der WHO und der European Respiratory Society ausgearbeiteten Rahmen für die Eliminierung der Tuberkulose in Ländern mit niedriger Inzidenz.<sup>22</sup>

55. Der Entwurf des Aktionsplans Tuberkulose wird der 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa im September 2015 zur Prüfung vorgelegt.

---

<sup>19</sup> Dara M, de Colombani P, Petrova-Benedict R, Centis R, Zellweger JP, Sandgren A, et al. Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement. *Eur Respir J.* 2012;40(5):1081–1090. doi:10.1183/09031936.00053012.

<sup>20</sup> Siehe Fußnote Nr. 3.

<sup>21</sup> Rahmenaktionsplan zur Bekämpfung von Tuberkulose in der Europäischen Union. Stockholm: Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, 2008.

<sup>22</sup> Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2014 ([http://www.who.int/tb/publications/elimination\\_framework/en/](http://www.who.int/tb/publications/elimination_framework/en/)).

## **B. Fortschrittsbericht zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele**

1. In diesem Bericht werden die Fortschritte hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) sowie konkreter Zielvorgaben in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC57/R2) zusammengefasst. Im vergangenen Jahrzehnt wurden große Fortschritte in Richtung der gesundheitsbezogenen MZ erzielt, was sich etwa am historischen Tiefstand der Kindersterblichkeit und den stagnierenden HIV/Aids-, Malaria- und Tuberkuloseepidemien zeigt. Der Fortschritt war allerdings ungleich verteilt.

### **MZ 4 und 5: Senkung der Kindersterblichkeit und Verbesserung der Gesundheit von Müttern**

2. Die Sterblichkeitsraten von Säuglingen und Kindern bis zum Alter von fünf Jahren sind in der Europäischen Region stetig zurückgegangen, doch bestehen in und zwischen den Ländern starke Ungleichgewichte. Die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren sank in der Europäischen Region insgesamt zwischen 1990 und 2010 von 32 auf 12 pro 1000 Lebendgeburten. Dies entspricht einem Rückgang um fast zwei Drittel und erfüllt nahezu die für 2015 gesetzte Zielvorgabe der Absenkung auf 11 Sterbefälle pro 1000 Lebendgeburten. Für Säuglinge alleine sank die Sterblichkeitsrate in der Europäischen Region insgesamt zwischen 1990 und 2009 von 26 auf 10 pro 1000 Lebendgeburten. 2009 hatten 11 Länder Zielvorgabe 4A erreicht.

3. In der Europäischen Region sind Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht, angeborene Fehlbildungen, Asphyxie unter der Geburt, Geburtstrauma und Geburtsinfektionen führende Ursachen neonataler Sterbefälle, während akute Atemwegs- und Durchfallerkrankungen, nichtübertragbare Krankheiten und Verletzungen häufige Ursachen postneonataler Sterbefälle sind.

4. Die Müttersterblichkeitsrate ging in der Europäischen Region insgesamt zwischen 1990 und 2013 von 42 auf 17 pro 100 000 Lebendgeburten zurück. Trotz aller Fortschritte erfüllt die durchschnittliche Verringerung der Müttersterblichkeit um 3,8% aber nicht Zielvorgabe 5A, die einen Rückgang um 5,5% vorsah. In Zentralasien und im Kaukasus fällt der jährliche Rückgang sogar noch geringer aus (2,5%). In und zwischen den Ländern bestehen auch hier große Unterschiede. In Mitgliedstaaten der Europäischen Union ist die Müttersterblichkeit weiter niedrig, doch zeigte eine genauere Analyse der Daten, dass innerhalb der Länder ein Gefälle zwischen den sozialen Gruppen besteht, gegen das gezielte Interventionen entwickelt wurden.

5. In vielen Ländern fehlen verlässliche vergleichbare Daten über die Prävalenz der Empfängnisverhütung, den ungedeckten Bedarf an Familienplanung und die Geburtenrate von Jugendlichen (Indikatoren für Zielvorgabe 5B). Die Anwendungsrate moderner und wirksamer Verhütungsmittel ist in vielen Ländern Osteuropas und Zentralasiens auf einem erschreckend niedrigen Stand, mitunter so niedrig wie im Durchschnitt der am wenigsten entwickelten Länder der Welt. Osteuropa weist die höchsten Abtreibungsquoten der Welt auf und mancherorts führen unsicher durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche zu erhöhter Morbidität und sogar Mortalität der Frauen.

6. Das Regionalbüro fördert die Einbeziehung der Gesundheit von Mutter und Kind in die Strategien der nationalen Gesundheitssysteme unter Betonung des chancengleichen Zugangs zu hochwertigen Angeboten. Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020), die das Regionalkomitee für Europa 2014 durch Resolution EUR/RC64/R6 billigte, folgt dem Lebenslaufansatz, wonach die Grundlage für gute bzw. schlechte Gesundheit Erwachsener früh geschaffen wird.

7. Unterstützt werden zudem praxisnahe Schulungen für Leistungserbringer und zentrale Entscheidungsträger mit dem Ziel einer besseren Versorgungsqualität. Von der WHO und ihren Partnern entwickelte evidenzbasierte Instrumente werden an nationale Kontexte angepasst und für derartige Schulungen sowie im Rahmen fachlicher Unterstützung genutzt. Ferner wird eine Neufassung von Lehrplänen für Leistungserbringer unterstützt. Die WHO befürwortet und unterstützt die Entwicklung evidenzbasierter klinischer Leitlinien und leistet direkte Fachunterstützung an Länder, vor allem im Osten der Region. Außerdem arbeitet die WHO gemeinsam mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen und weiteren Partnern an der Entwicklung von Instrumenten für den Kapazitätsaufbau, durch die Ungleichgewichte hinsichtlich MZ 4 und 5 bewältigt werden können, insbesondere auch mit Hinblick auf die Roma-Bevölkerung.

## **MZ 6: Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten**

### ***HIV/Aids***

8. Die Europäische Region steht vor erheblichen Herausforderungen hinsichtlich der auf HIV/Aids bezogenen Zielvorgaben. 2013 wurden in der Europäischen Region mehr als 136 000 HIV-Neuinfektionen gemeldet (15,7 pro 100 000 Einwohner), so dass die kumulative Fallzahl (Summe aller gemeldeten Fälle seit Beginn der Meldungen) nun bei 1,7 Millionen liegt. Dies bedeutet gegenüber 2004, als knapp 776 000 neue Fälle diagnostiziert wurden, eine Zunahme um 80%. Damit unterschied sich die Europäische Region markant von anderen Regionen, in denen die Zahl der HIV-Neuinfektionen generell rückläufig ist.

9. 2013 wurden insgesamt 15 789 neue Fälle von Aids gemeldet (2,2 pro 100 000 Einwohner), wobei die Mehrzahl in Osteuropa und Zentralasien auftrat (11 292 gegenüber 3606 in Westeuropa und 891 in Mitteleuropa). Die Länder Osteuropas und Zentralasiens haben einen Anstieg der Aids-Diagnosen zwischen 2003 und 2014 um das Dreifache gemeldet. In Westeuropa ist die Zahl der neu diagnostizierten Aids-Fälle dagegen um 60% gefallen.

10. Tests durch Selbsthilfegruppen werden im Westen der Region zunehmend akzeptiert und sind weit verbreitet, während im Osten noch Nachholbedarf besteht. Der Gesamtanstieg der Tests in der Europäischen Region geht nicht einher mit einer besseren Erfassung der Bedürftigen, denn nur 53% der gefährdeten Bevölkerungsgruppen werden erreicht, womit die Zielvorgabe (90% bis 2015) deutlich verfehlt wird. Außerdem blieb der Anteil spät gestellter HIV-Diagnosen mit 49% im Jahr 2013 im Vergleich zu 2010 unverändert hoch.

11. In der Europäischen Region haben einige Länder signifikante Fortschritte in der Bereitstellung von Therapie- und Versorgungsangeboten für Menschen mit HIV erzielt, u. a. durch Verbesserungen in der Untersuchung und Beratung, in der Überwachung durch Labore sowie in der Leistungserbringung. Antiretrovirale Therapien (ART) wurden im Osten der Region besser zugänglich: 2012 erhielten 770 000 mehr Menschen ART als 2010, so dass der Versorgungsgrad zwar von 23% auf 35% anstieg, doch die Zielvorgabe (80% bis 2015) deutlich verfehlt wurde. Im westlichen Teil der Region ist der Versorgungsgrad mit ART hoch: 2012 erhielten 460 000 Menschen dort ART und die meisten Länder im Westen der Region haben die Zielvorgabe schon erreicht oder sind im Begriff dies zu tun.

12. Die Verhinderung von Mutter-Kind-Übertragungen ist eine Erfolgsgeschichte der Europäischen Region im Kampf gegen HIV/Aids. Diese Art der Übertragung war 2012 nur für 1% aller Neuinfektionen verantwortlich, und die Zahl der so infizierten Kinder fiel seit 2010 um 10%, wobei allerdings 75% der Fälle von Mutter-Kind-Übertragung auf den östlichen Teil der Region entfielen. 2011 nahm die Europäische Region in der ART-Versorgung HIV-infizierter Schwangerer global die Spitzenposition ein (über 95%).

13. Es bleibt noch viel zu tun, wenn der Ausbreitung von HIV/Aids Einhalt geboten und eine Trendwende herbeigeführt werden soll. Seit der Annahme des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015) durch das Regionalkomitee im Jahr 2011 (Resolution EUR/RC61/R8) setzt das Regionalbüro diesen um, nimmt Probleme im Kampf gegen die Epidemie in Angriff und unterstützt prioritäre Interventionen. Es leistet fachliche Hilfe und Unterstützung für die Annahme evidenzgeleiteter Strategien zur Therapie und Prävention von HIV, insbesondere in Risikogruppen, und für die Umsetzung von Schaden mindernden Interventionen und Programmen im Rahmen nationaler Aids-Pläne zur Prävention der sexuellen Übertragung.

## **Tuberkulose**

14. Die Zielvorgabe, der Prävalenz der Tuberkulose (Tb) und der mit ihr verknüpften Todesfälle Einhalt zu gebieten und eine Trendwende bei der Inzidenz zu erreichen, wurde in der Region nur zum Teil erreicht. 2013 lagen Inzidenz und Prävalenz der Tuberkulose nach Schätzungen bei 39 bzw. 51 Fällen pro 100 000 Einwohner. Die Inzidenz ist jährlich im Durchschnitt um 4,5% zurückgegangen und die Prävalenz sollte laut Zielvorgabe im Vergleich zu 1990 um 50% verringert werden. 2013 lag die durch Tuberkulose verursachte Mortalität nach Schätzungen bei 4,1 Sterbefällen pro 100 000 Einwohner. Trotz eines kontinuierlichen Rückgangs der geschätzten Mortalität ist die Region noch nicht auf der Zielgeraden für eine Halbierung der Rate bis 2015.

15. Die Belastung der Europäischen Region durch Tuberkulose variiert stark in und zwischen den Ländern von nur einem Fall pro 100 000 Einwohner in einigen Mitgliedstaaten bis zu über 160 pro 100 000 in anderen. Selbst innerhalb einzelner Länder treten große Schwankungen auf und manche Hauptstädte und Bezirke im Westen der Region weisen Raten von über 100 Fällen pro 100 000 Einwohner auf. Die größte Last tragen die 18 Hochprävalenzländer, in denen 85% aller Tuberkulosefälle und 99% aller multiresistenten Tuberkulosefälle (MDR) auftreten. 2013 wurden 47,3% der veranschlagten 75 000 MDR-Tb-Fälle aufgedeckt. Die Prävalenz der MDR betrug in der Region unter den neuen Tuberkulosefällen 16,9%, unter schon früher behandelten Patienten sogar 48%. Zwar sind Tb-HIV-Koinfektionen in der Europäischen Region

nicht so prävalent wie in einigen anderen WHO-Regionen, doch ist ein Anstieg der Prävalenz von HIV-Infektionen unter den Tb-Fällen zu beobachten (von 3,4% im Jahr 2008 auf 7,8% im Jahr 2013).

16. 2013 erreichte die Region die allgemeine Versorgung mit Erst- und Zweitrangmedikamenten zur Behandlung der Tuberkulose. Die Behandlungserfolge gingen jedoch bei neuen wie rückfälligen Tuberkulosepatienten und bei MDR-Tb-Fällen stetig zurück auf zuletzt 76% bzw. 46%.

17. In Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Partnern und Organisationen der Zivilgesellschaft verwirklicht das Regionalbüro den Konsolidierten Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose (M/XDR-Tb) in der Europäischen Region der WHO (2011–2015), den das Regionalkomitee durch Resolution EUR/RC61/R7 billigte, und unterstützt Mitgliedstaaten bei entsprechenden evidenzbasierten Interventionen. Nahezu alle stark durch MDR-Tb belasteten Länder haben in Anlehnung an den Aktionsplan der Region eigene Aktionspläne gegen MDR-Tb entwickelt und fertiggestellt.

18. Das Regionalbüro unterstützt auch künftig Mitgliedstaaten fachlich in Bezug auf die Beobachtung und Bewertung nationaler Interventionen, einen besseren Umgang mit Arzneimitteln, Infektionsbekämpfung, Labornetze, Tb-HIV-Koinfektionen, Überzeugungs- und Öffentlichkeitsarbeit, Überwachung und Gegenmaßnahmen, klinisches Management, Aufzeichnung und Meldung von Fällen, sektorübergreifende Zusammenarbeit, soziale Determinanten der Tuberkulose und bürgernahe Konzepte für den allgemeinen Zugang zur Tuberkuloseversorgung im Einklang mit „Gesundheit 2020“.

19. Das Regionalbüro gründete das Green Light Committee für eine Fachunterstützung nach den neuesten Erkenntnissen über klinische und praktische Aspekte der MDR-Tb sowie die Europäische Tuberkuloselabor-Initiative für eine genauere rechtzeitige Diagnose. Das Kooperationskomitee zur Bekämpfung und Versorgung der Tuberkulose in der Europäischen Region wurde im Dezember 2012 mit dem Auftrag gegründet, Partnerschaften auszubauen bzw. besser zu koordinieren. In Zusammenarbeit mit der European Respiratory Society hat das Regionalbüro einen virtuellen Beirat (e-Consilium) eingerichtet, der Klinikern helfen soll, die Handhabung schwer therapierbarer Tuberkulose- sowie speziell MDR- und XDR-Tb-Patienten zu verbessern. Dieser Beirat wird in der grenzüberschreitenden Tuberkulosebekämpfung und -versorgung erprobt.

20. Gemeinsam haben das Zentrum für Gesundheitspolitik und -studien (Republik Moldau), das Regionalbüro sowie weitere Partner den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria um Unterstützung für ein Projekt der Region in Osteuropa und Zentralasien gebeten, das die Reform und Stärkung der Gesundheitssysteme und ihrer Finanzierung fördern soll und auch die Bekämpfung von Tuberkulose und MDR-Tb in elf Ländern im Zeitraum 2015–2018 einschließt.

21. In Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und Partnern und im Einklang mit der von der Weltgesundheitsversammlung durch Resolution WHA67.1 gebilligten globalen Tb-Strategie für die Zeit nach 2015 bereitet das Regionalbüro einen neuen Aktionsplan Tuberkulose (2016–2020) vor, der dem Regionalkomitee im September 2015 vorgelegt werden soll. Dieser neue Aktionsplan wird die sieben Interventionsbereiche des

derzeitigen Aktionsplans für MDR- und XDR-Tb (2011–2015) umfassen und an „Gesundheit 2020“ angepasst sein.

### ***Vernachlässigte Tropenkrankheiten***

22. *Aedes albopictus*, die Asiatische Tigermücke, ist Überträgerin des Dengue-Fiebers und hat sich in kurzer Zeit auf über 25 Länder der Region verbreitet. Somit ist nach 55 Jahren die Gefahr eines Dengue-Fieber-Ausbruchs in die Region zurückgekehrt. In Kroatien und Frankreich wurde 2010 bereits von örtlichen Übertragungen berichtet und aus weiteren Ländern der Region wurden eingeschleppte Fälle gemeldet. 2012 führte ein Ausbruch des Dengue-Fiebers auf Madeira (Portugal) zu mehr als 2200 Fällen und einer Einschleppung von Fällen in weitere 17 Länder in der Europäischen Region. Der Europäische Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten (2014–2020), den das Regionalkomitee durch Resolution EUR/RC63/R6 annahm, dient der einschlägigen Unterstützung der Mitgliedstaaten.

### **Zielvorgabe 7C: Bis 2015 den Anteil der Menschen um die Hälfte senken, die keinen nachhaltigen Zugang zu einwandfreiem Trinkwasser und grundlegenden sanitären Einrichtungen haben**

23. 2012 hatte die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung in der Region Zugang zu einwandfreiem Trinkwasser (98%) und grundlegender Abwasserentsorgung (93%) gemäß der Definition des Gemeinsamen Überwachungsprogramms von WHO und UNICEF für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung. Doch gibt es beträchtliche Gefälle in und zwischen den Ländern, zwischen städtischen und ländlichen Gebieten sowie zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Gruppen. Die Entwicklung der Qualität von Wasserversorgung und Abwasserentsorgung stagniert in der Region.

24. Die Erfüllung von Zielvorgabe 7C zur Abwasserentsorgung lässt in der Region zu wünschen übrig, denn 67 Millionen Menschen fehlt der Zugang zu ordnungsgemäß funktionierenden Toiletten und einer sicheren Fäkalienbeseitigung. Hinsichtlich Trinkwasser hat die Region Zielvorgabe 7C zwar erfüllt, doch fehlt noch ca. 100 Millionen Menschen der Zugang zu Trinkwasseranschlüssen in ihrer Wohnung und mehr als 6 Millionen Menschen sind weiter auf Oberflächengewässer als Trinkwasserquelle angewiesen, was große Risiken für ihre Gesundheit birgt. Signifikante Ungleichheiten treten im Zugang zu Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung auf, wobei Landbewohner und ärmere Bevölkerungsgruppen am stärksten benachteiligt sind. In der Kaukasusregion und in Zentralasien leben zum Beispiel 71% der Landbevölkerung in Wohnungen ohne Wasseranschluss, während dies nur für 14% der Stadtbewohner der Fall ist.

25. Das Protokoll über Wasser und Gesundheit wurde als grundlegendes politisches Instrument in der Region bislang von 26 Ländern ratifiziert, die 60% der Gesamtbevölkerung repräsentieren. Im Rahmen dieses Protokolls unterstützen die WHO und ihre Partner die Mitgliedstaaten darin, nationale politische Zielvorgaben für die Zurückdrängung wasserbedingter Krankheiten, die Stärkung einer sicheren Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung vor allem in ländlichen Gebieten, die

Schaffung kosteneffektiver Überwachungssysteme für die Wasserqualität und die Überwindung ungleicher Zugangsmöglichkeiten aufzustellen.

### **Zielvorgabe 8E: In Zusammenarbeit mit pharmazeutischen Unternehmen Zugang zu bezahlbaren, unentbehrlichen Arzneimitteln in Entwicklungsländern zu ermöglichen**

26. Die Ausgaben für Arzneimittel machen den Großteil der Gesundheitsbudgets vieler Länder der Europäischen Region aus. Während in den meisten Ländern Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln besteht, so sind insbesondere Länder der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten hier noch stark gefordert. Das Regionalbüro unterstützt die Entwicklung nationaler Strategien, welche den gleichen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln fördern und dabei sowohl auf der Angebots- als auch der Nachfrageseite ansetzen. Angesichts einer stetigen Belastung der Gesundheitsbudgets wird der Zugang zu Arzneimitteln zunehmend durch die Frage der Bezahlbarkeit gefährdet. Zwar sind Preisgestaltung und Kostenerstattung in erster Linie Aufgaben der Mitgliedstaaten, doch ermuntert die WHO die Länder zur Anwendung transparenter Methoden und Systeme, was die Bewertung des therapeutischen Werts der Medikamente und eine evidenzgeleitete Entscheidungsfindung betrifft. Faire Preisgestaltung und langfristige Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme sowie der Zugang der Patienten zu ihnen sind mit die größten Herausforderungen für die Gesundheits- und Arzneimittelsysteme in der Europäischen Region wie in der ganzen Welt.

## **C. Fortschritte bei Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: die Rolle der Gesundheitssysteme**

### ***Einführung und Hintergrund***

1. Auf seiner 58. Tagung in Tiflis (Georgien) billigte das WHO-Regionalkomitee für Europa (RC) die Resolution EUR/RC58/8, in der die Mitgliedstaaten dringend zur weiteren Mitarbeit an der Länderstrategie des Regionalbüros aufgefordert und mehrere Handlungsfelder sowohl für die Mitgliedstaaten als auch für den Regionaldirektor benannt wurden. Kurz vor dem RC58 wurde der Abschlussbericht der globalen Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit<sup>1</sup> veröffentlicht; zudem wurde vom 25. bis 27. Juni 2008 in Tallinn (Estland) die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ veranstaltet (siehe Dokument EUR/RC65/8).

2. Die Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme, die Annahme der Charta von Tallinn<sup>2</sup> und die nachfolgende Billigung der Charta durch das WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2008 (Resolution EUR/RC58/R4) waren eine direkte Reaktion auf die wachsenden Anzeichen dafür, dass Investitionen in Gesundheitssysteme nicht nur wertvoll an sich sind, sondern auch unmittelbar zur Gesundheit der Bevölkerung und zu wirtschaftlichem Wohlstand beitragen, die ihrerseits dem Wohlergehen und der Stabilität der Gesellschaft zuträglich sind.

3. Gestützt auf die 2008 von der globalen Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit geleistete Arbeit, im Zuge der Finanz- und Wirtschaftskrise und in Anbetracht wachsender Ungleichheiten im Gesundheitsbereich erarbeitete das WHO-Regionalbüro für Europa ein neues, kontextspezifisches Gesundheitskonzept, das 2012 auf dem RC62 einstimmig angenommen wurde. Ziel des neuen Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“<sup>3</sup> ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen erheblich zu verbessern, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen, die öffentliche Gesundheit zu stärken und nachhaltige bürgernahe Gesundheitssysteme zu gewährleisten.

4. „Gesundheit 2020“ beruhte auf dem Abschlussbericht zur Studie über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO<sup>4</sup>, in dem die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den gesundheitlichen

---

<sup>1</sup> Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/), eingesehen am 28. Juli 2015).

<sup>2</sup> Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. Kopenhagen: WHO-Regionalbüros für Europa; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, eingesehen am 28. Juli 2015).

<sup>3</sup> Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, eingesehen am 30. Juli 2015).

<sup>4</sup> Studie zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO: Abschlussbericht (aktualisierter Neudruck in englischer Sprache). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the>

Ungleichheiten in der Region in den vergangenen 35 Jahren zusammenfassend dargestellt sind. In „Gesundheit 2020“ erfährt das in früheren Jahrzehnten vorherrschende Konzept der individuellen Verhaltensänderung eine Ausweitung. Es wird vorgeschlagen, die „Ursachen der Ursachen“ zu betrachten und ein breites Spektrum sinnvoller Interventionen durchzuführen, die an den Determinanten gesundheitlicher Probleme ansetzen. „Gesundheit 2020“ bietet einen Rahmen für die Verstärkung bereichsübergreifender, einander befruchtender Maßnahmen, etwa zwischen den Bereichen Bildung und Gesundheit zur Verhütung nichtübertragbarer Krankheiten und zwischen den Ressorts Soziales und Gesundheit zur Förderung des Sozialschutzes für die anfälligsten Teile der Gesellschaft mittels eines gesamtgesellschaftlichen und gesamtstaatlichen Ansatzes.

5. Die Studie zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle lässt erkennen, dass Widerstandsfähigkeit eher das Produkt historischer und sozialer Prozesse als eine dem Einzelnen innewohnende Eigenschaft ist. Menschen, Gemeinschaften, Orte und Institutionen sind widerstandsfähig, wenn geeignete Bedingungen vorliegen, etwa ein begünstigendes Umfeld, das unter anderem eine gute Verwaltungspraxis in den lokalen Institutionen, Unterstützung beim Zugang zu Ressourcen und Unterstützung für die Anbieter lokaler Dienste bietet.<sup>5</sup> Unangemessene Maßnahmen, Politikkonzepte und/oder berufliche Praktiken können die Widerstandsfähigkeit hingegen untergraben.

6. In der Vergangenheit waren die Programmempfehlungen tendenziell auf das individuelle Verhalten, d. h. auf proximale ursächliche Faktoren, und auf spezifische Gruppen, Haushalte oder Personen statt auf die distalen Faktoren ausgerichtet, die in der Politik, der Wirtschaft, geschäftlichen Interessen und der Geschichte verwurzelt sind. Dieser Prozess wird in der Fachliteratur als „lifestyle drift“<sup>5</sup> (etwa: Abgleiten der politischen Schwerpunktsetzung hin zu Lebensstilfaktoren) bezeichnet.

7. Durch die Studie zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle wird unterstrichen, wie wichtig es ist, „Ausgrenzung“, „Gefährdung“ und „Benachteiligung“ als dynamische, multidimensionale, historische und soziale Prozesse aufzufassen, nicht als individuelle „Daseinszustände“. Sie können als Prozesse verstanden werden, die von Akteuren auf lokaler, nationaler, länderübergreifender und regionaler Ebene gesteuert werden. Ausgrenzung und Gefährdung nehmen verschiedene Formen an, die aufeinander einwirken und miteinander verknüpft sind, unter anderem in umweltbezogenen, institutionellen, wirtschaftlichen und sozialen Ausprägungen. Dabei entstehen Ungleichheiten in Bezug auf die Verteilung von Einfluss und Ressourcen, die dazu führen, dass Menschen unterschiedliche Möglichkeiten auf eine Verbesserung ihrer Lebenschancen haben und in unterschiedlichem Maß Gefährdungen ausgesetzt sind. Um solchen Prozessen effektiv entgegenwirken zu können, müssen die am stärksten Betroffenen aktiv als Träger des Wandels tätig werden.<sup>5</sup>

8. In folgender Hinsicht wurden Fortschritte erzielt: Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt, Stärkung der Gesundheitssysteme, Gesundheit von Kindern und

---

europa-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report, eingesehen am 28. Juli 2015).

<sup>5</sup> Popay J, Whitehead M, Hunter DJ. Injustice is killing people on a large scale – but what is to be done about it? J Public Health (Oxf). 2010 Jun;32(2):148-9. doi:10.1093/pubmed/fdq029.

Jugendlichen, Nahrungs- und Ernährungspolitik, Umwelt und Gesundheit, durch Tabakkonsum (Resolution WHA56.1) und schädlichen Alkoholkonsum (Resolution WHA58.26) verursachte Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Seit 2008 haben nichtübertragbare Krankheiten an Bedeutung gewonnen, und auch das politische Engagement zu ihrer Bekämpfung wurde verstärkt. Für bereichsübergreifende Maßnahmen zur Prävention dieser Krankheiten bieten sich gute Chancen. Die Erste globale Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, die im April 2011 stattfand und von der Russischen Föderation ausgerichtet wurde, führte zur Annahme der Erklärung von Moskau, die nachfolgend von der Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA64.11 gebilligt wurde. Im September 2011 verabschiedete das RC61 mit Resolution EUR/RC61/Re einen Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016).

9. Ebenfalls im September 2011 mündete eine auf hoher Ebene abgehaltene Tagung der Vereinten Nationen in New York in die Annahme der Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Im Mai 2013 billigte die 66. Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA66.10 den globalen Aktionsplan der WHO für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) und verabschiedete einen umfassenden globalen Überwachungsrahmen samt neun freiwilligen globalen Zielvorgaben und 25 Indikatoren. Im Juli 2014 beschloss eine Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene eine umfassende Überprüfung und Bewertung der bei der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten erzielten Fortschritte.

### ***Fortschritte bei der Umsetzung der Resolution EUR/RC58/R8 seit 2008***

10. Schwerpunkt dieses Fortschrittsberichts ist die Arbeit, die von den Mitgliedstaaten mit Unterstützung des Regionalbüros geleistet wurde, um in Anbetracht des sich rasch entwickelnden Kontexts, der oben beschrieben wurde, den in der Resolution EUR/RC58/R8 enthaltenen Forderungen nachzukommen. Die Fortschritte in Bezug auf Politik und Programme sowie den Informations- und Gedankenaustausch werden anhand von Beispielen aus mehreren Bereichen veranschaulicht.

### **Einflussnahme auf die weiter gefassten Gesundheitsdeterminanten durch bereichsübergreifende Maßnahmen**

11. Auf der Grundlage von „Gesundheit 2020“ und der Studie über die sozialen Determinanten von Gesundheit in der Europäischen Region waren regionsweit beträchtliche Fortschritte bei der Gesundheitsförderung möglich (siehe die Resolution EB117/R9 des Exekutivrats, die 2007 in die Resolution WHA60.24 über Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt mündete). Die Resolution EUR/RC58/R8 stützt sich auf die Erklärung von Alma-Ata, die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und die Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt und gibt strategische Stoßrichtungen für ausgewogene gesundheitliche Verbesserungen in den ersten Jahrzehnten des 21. Jahrhunderts vor, indem sie bekräftigt, wie wichtig es ist, auch an den Determinanten von Gesundheit im weiteren Sinne anzusetzen.

12. „Gesundheit 2020“ ist auf den gesamten Staat und die gesamte Gesellschaft ausgerichtet. Es sieht Maßnahmen und Resultate vor, die weit über das Gesundheitswesen hinausgehen, und die Gesundheitsministerien werden aufgefordert, andere Ressorts, Behörden, Politikbereiche, Organisationen, Akteure und die Organisationen der Zivilgesellschaft aktiv einzubeziehen. Ferner sollen die Regierungen auch die Bürger, Patienten und Verbraucher einbeziehen. Derzeit wird an einem Handlungsrahmen gearbeitet, der die strategischen Prioritäten für bereichsübergreifende Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit und Außenpolitik – zur Vertiefung der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit –, Gesundheit, Bildung, Sozial- und Beschäftigungspolitik – zur Arbeit an den sozialen Determinanten, der frühkindlichen Entwicklung, der Gesundheitskompetenz und Stärkung der Selbstbestimmung der Menschen im gesamten Lebensverlauf – sowie Gesundheit, Umwelt und Verkehr vorgibt.<sup>6</sup> Immer mehr Mitgliedstaaten der Europäischen Region zeigen Interesse am Austausch von Erfahrungen über staatliche Antwortmaßnahmen im weiteren Sinne, sei es auf lokaler (subnationaler) oder nationaler Ebene.

13. Für Fortschritte bei der Verwirklichung der Ziele von „Gesundheit 2020“ sind Maßnahmen in vier Handlungsfeldern erforderlich: Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Bürger, Bekämpfung der Krankheitslast aufgrund nichtübertragbarer und übertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region, Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, und Gegenmaßnahmen für Notlagen, sowie Schaffung stützender Umfelder und widerstandsfähiger Gemeinschaften.<sup>7</sup>

### **Lebensverlaufansatz zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden**

14. Bestandteil der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sind auch die Priorisierung des Lebensverlaufansatzes und die Stärkung der Entscheidungskompetenz der Menschen mit dem Ziel, hohe Durchimpfungsraten bei Kindern aufrechtzuerhalten, die frühkindliche Entwicklung zu fördern und starke Partnerschaftsinitiativen zum Thema Kinder und Umwelt zu begründen.<sup>8</sup>

15. Zur Europäischen Region gehören nicht nur Länder mit den weltweit niedrigsten Kinder- und Säuglingssterblichkeitsraten, sondern auch solche, in denen diese Rate um das 25-Fache höher liegt. Verletzungen, psychische Störungen, Tabak- und Alkoholmissbrauch, Adipositas und Fehlernährung führen zu vorzeitigem Tod bei Jugendlichen oder bedrohen ihre Gesundheit im späteren Leben. Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die 2014 vom RC64 mit Resolution EUR/RC64/R6 verabschiedet wurde, baut auf den

---

<sup>6</sup> Förderung ressortübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO: Gesundheit ist eine politische Entscheidung (Dokument EUR/RC65/16). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2015.

<sup>7</sup> Abschlussbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn – Zusammenfassung (EUR/RC65/8). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2015.

<sup>8</sup> Die Umsetzung von Gesundheit 2020 (2012-2014). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (Dokument EUR/RC64/8 Rev.2; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/documentation/working-documents/eurrc648-rev.-2-implementing-health-2020-20122014>, eingesehen am 28. Juli 2015)

Grundprinzipien von „Gesundheit 2020“ auf, unter anderem der Förderung starker Partnerschaften und einer ressortübergreifenden Kooperation.

16. Zudem thematisiert „Gesundheit 2020“ die Prävention von Kindesmisshandlung im Kontext der Verletzung von Menschenrechten und der Determinanten künftiger Gesundheit und künftigen Wohlbefindens und empfiehlt dafür die Anfertigung nationaler Lageberichte und systematischer Übersichtsarbeiten über die vorhandene Evidenz. Ferner befasst sich „Gesundheit 2020“ mit der Stärkung der Arbeit zur Förderung gesunden Alterns durch ein Anknüpfen an den Erfolgen des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region in den vergangenen 25 Jahren und den Ausbau bereichsübergreifender Ressourcen und Instrumente für die Schaffung seniorenfreundlicher Umfelder in der Europäischen Region.<sup>8</sup>

### **Stärkung der öffentlichen Gesundheit**

17. Das RC62 billigte 2012 mit Resolution EUR/RC62/R5 den Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit, der in Dokument EUR/RC62/12 Rev.1 enthalten war, und nahm Kenntnis von den überarbeiteten zehn grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen sowie den entsprechenden „Handlungswegen“, d. h. den praktischen Schritten für die Mitgliedstaaten, das Regionalbüro und seine Partner in den Jahren 2012 bis 2020. Bei der Ausarbeitung des Europäischen Aktionsplans wurden die Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in mehr als 20 Ländern der Region vom Regionalbüro bewertet, die Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Union geprüft und weitere Studien über einschlägige konzeptionelle Werkzeuge und Instrumente sowie eine Bestandsanalyse von Organisationsmodellen zur Erbringung der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen durchgeführt.

18. Diese Maßnahmen können von den Ländern mit Anleitung und Unterstützung durch die WHO an ihren jeweiligen Kontext angepasst werden, um die Angebote und Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu bewerten und leistungsfähiger zu gestalten. Das übergeordnete Ziel des Aktionsplans besteht darin, ein höheres Maß an Gesundheit und Wohlbefinden auf nachhaltige Weise zu fördern und dabei integrierte Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu stärken sowie Ungleichheiten abzubauen.

19. Der Aktionsplan bietet die Gelegenheit, das Engagement der Europäischen Region für die Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu erneuern, die sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Benachteiligungen anzugehen, die öffentliche Gesundheit innerhalb der nationalen Gesundheitssysteme über Sektorengrenzen und Gesellschaftsebenen hinweg weiterzuentwickeln, die personellen Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu stärken, miteinander verwandte Politikbereiche stimmig zu verzahnen sowie den Aspekt der öffentlichen Gesundheit in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und besonders in der primären Gesundheitsversorgung zu stärken, wie es das ganzheitliche Herangehen an Gesundheitssysteme vorsieht, das in der Charta von Tallinn zum Ausdruck kommt.

20. Die Maßnahmen, die die WHO zusammen mit den Mitgliedstaaten zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit durchführt, umfassen Bewertungen,

organisatorische Reformen und die Planung der Angebote und Arbeitskräfte im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

21. Im Rahmen des Aktionsplans wurde ein Instrument für die Selbstbewertung in Bezug auf grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen entwickelt, das in 17 Mitgliedstaaten zum Einsatz kam. Die Ergebnisse dienten dazu, nationale Gesundheitsstrategien und Aktionspläne zur Förderung der öffentlichen Gesundheit zu erarbeiten, die Personalsituation in diesem Bereich zu verbessern und die Organisation und Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsdienste zu reformieren. Das Instrument wurde im September 2014 dahingehend aktualisiert, Innovationen einzubeziehen, ausführlichere Informationen zu liefern und Bezüge zu anderen Bewertungsinstrumenten der WHO aufzuzeigen. Die neue Version des Bewertungsinstrumentes wurde bislang von vier Mitgliedstaaten genutzt (Armenien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Polen und Slowenien).

**Ermittlung entscheidender Herausforderungen für die Gesundheitssysteme und Steigerung der Reichweite bevölkerungsbezogener Interventionen zur Eindämmung nichtübertragbarer Krankheiten**

22. In den vergangenen fünf Jahren hat das Regionalbüro gemeinsam mit den Mitgliedstaaten, zwischenstaatlichen Organisationen und wichtigen Partnerorganisationen der Vereinten Nationen darauf hingearbeitet, bereichsübergreifende Maßnahmen zu fördern, nationale Kapazitäten aufzubauen, Chancen für neue Partnerschaften zu erkunden, kosteneffektive Ansätze zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu fördern und die Zusagen in der Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Rahmen von „Gesundheit 2020“ einzuhalten.

23. Zur Verhütung und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten müssen breit angelegte bevölkerungsbezogene Interventionen (wie Eindämmung des Tabakkonsums oder Bewegungsförderung) mit wirksamen individuellen Gesundheitsangeboten (etwa Erkennung von Diabetes und Umgang damit) kombiniert werden. Das Regionalbüro unterstützt die Mitgliedstaaten bei der Stärkung der Reaktion ihrer Gesundheitssysteme auf nichtübertragbare Krankheiten durch ein abteilungsübergreifendes Arbeitsprogramm auf der Grundlage von Analysen, fachlicher Hilfe, Politikdialog und Wissensaustausch.

24. In einem strukturierten Prozess wurden gemeinsam mit den Mitgliedstaaten Leitlinien für Länderbewertungen erarbeitet, um Herausforderungen und Chancen in Bezug auf bessere Ergebnisse im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten zu ermitteln.<sup>9</sup> Der aktuelle Leitfaden sieht einen in fünf Schritten angelegten Prozess zur Formulierung politikrelevanter, kontextbezogener Schlussfolgerungen vor, der mit einer Analyse der wichtigsten Indikatoren für Ergebnisse im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten auf nationaler und subnationaler Ebene, der Reichweite bevölkerungsweiter

---

<sup>9</sup> Bessere Ergebnisse im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten: Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitssysteme: Leitfaden für Länderbewertungen. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2014/better-noncommunicable-disease-outcomes,-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-country-assessment-guid>, eingesehen am 28. Juli 2015).

Interventionen zur Eindämmung des Tabakkonsums, zum Alkoholkonsum, zur Ernährung und zur Bewegung und der Versorgung mit individuellen Gesundheitsangeboten (Prävention, Früherkennung, Krankheitsmanagement) beginnt. Dabei werden 15 Herausforderungen für die Gesundheitssysteme untersucht, etwa die mangelnde Bereitschaft zur Stärkung der Entscheidungskompetenz der Bevölkerung oder schlechte Prioritätensetzung,<sup>10</sup> die eine größere Reichweite der Interventionen und Angebote verhindern. Zudem werden Chancen für Veränderungen aufgezeigt. Im Zeitraum 2013–2014 wurden länderspezifische Politikempfehlungen für acht Länder erstellt (Belarus, Estland, Kirgisistan, Kroatien, Republik Moldau, Tadschikistan, Türkei und Ungarn), während an Empfehlungen für andere Länder noch gearbeitet wird.<sup>11</sup> Die landesweiten Bewertungen tragen auch Innovationen und bewährten Verfahren Rechnung, die anderen Ländern als Beispiel dienen können. Mit ihrem Erfahrungsaustausch stellen die Mitgliedstaaten sicher, dass die Erfahrungen ordnungsgemäß ausgewertet werden, um Erkenntnisse zu gewinnen, den Zusammenhang mit der Steuerung der Gesundheitssysteme hervorzuheben und somit die Vermittlung von Lehren und die Übertragbarkeit von Erfolgen zu ermöglichen.

## **Lebensmittel und Ernährung**

25. Der Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020), der 2014 vom RC64 mit Resolution EUR/RC64/R7 verabschiedet wurde und in Dokument EUR/RC64/14 enthalten ist, befasst sich mit ungesunder Ernährung als einem wichtigen Risikofaktor, der für die wachsende Belastung der Europäischen Region durch nichtübertragbare Krankheiten verantwortlich ist. In 46 der 53 Mitgliedstaaten sind mehr als 50% der Erwachsenen übergewichtig oder adipös, und in mehreren dieser Länder liegt die Zahl schon in der Nähe von 70%, Tendenz steigend. Übergewicht und Adipositas verursachen nach Schätzungen in 20 Ländern im westlichen Teil der Region jährlich 320 000 Todesfälle. In einigen östlichen Teilen der Region sind die Raten für Übergewicht und Adipositas seit 1980 um mehr als das Dreifache gestiegen.

26. Zu den Prioritäten zählen hier eine bessere Lebensmittelkennzeichnung, eine verstärkte Kontrolle der Vermarktung von Lebensmitteln an Kinder, eine Ausweitung der Schulspeisungskonzepte und ein fortgesetztes Engagement für die Verringerung des Salzgehalts durch geänderte Rezepte. Ferner wird im Aktionsplan auf die Rolle der Prävention im Gesundheitswesen, Chancen zur Förderung gesunder Ernährung durch die Lebensmittel- und Landwirtschaftspolitik und ausgeklügelte Überwachungssysteme zur Beobachtung und Auswertung der Fortschritte eingegangen.

---

<sup>10</sup> Roberts MJ, Stevenson MA. Improving outcomes for noncommunicable diseases through health system strengthening. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (im Druck).

<sup>11</sup> Bessere Ergebnisse im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten: Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitssysteme. In: WHO/Europe, Health topics, Health systems, Health systems response to noncommunicable diseases, Publications [website]. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/health-systems-response-to-noncommunicable-diseases/publications>, eingesehen am 28. Juli 2015).

## **Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs**

27. Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs wurde bis 2015, dem zehnten Jahrestag seines Inkrafttretens (Resolution WHA56.1), von 50 Ländern der Europäischen Region ratifiziert. Trotz der hohen Zahl von Ratifikationen und wichtigen Veränderungen in der Anti-Tabak-Politik und ihrer Umsetzung wurde die volle Anwendung des Vertrags bislang nicht erreicht. Um die Länder im Wege der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zu unterstützen, hat das Regionalbüro mehrere Treffen auf regionaler Ebene organisiert und Politikinstrumente erarbeitet. In einer neu geschaffenen Rechtsdatenbank werden die Prävalenz des Tabakkonsums sowie die aktuelle Anti-Tabak-Politik und einschlägige Gesetzgebung in der Europäischen Region erfasst, damit die Länder voneinander lernen können.

28. Mehrere Länderfallstudien zur Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO wurden in englischer und russischer Sprache vorgelegt. Darin geht es insbesondere um rauchfreie öffentliche Orte, Steuern, gesundheitsrelevante Warnhinweise und Werbung. In enger Zusammenarbeit mit dem Sekretariat des Rahmenübereinkommens werden jährlich Zusammenkünfte aller Länder der Europäischen Region für einen Austausch von Erfahrungen bei seiner Umsetzung in der Europäischen Region abgehalten. Ferner fanden mehrere thematische Tagungen auf Ebene der Region statt, auf denen sich Vertreter der Ressorts Gesundheit und Handel unter anderem mit Handelskontrolle und Tabakbekämpfung befassten.

29. Ergänzung zur Arbeit auf regionaler Ebene unterstützt das Sekretariat etwa 20 Länder bei der Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen. Die wichtigsten Partner auf nationaler Ebene sind die Regierungschefs und Mitglieder des Parlaments sowie die Gesundheitsministerien und das Gesundheitswesen allgemein. Beobachtungsdaten lassen eine sinkende Prävalenz des Tabakkonsums, einen Rückgang der Akutenaufnahmen in Krankenhäusern, eine konsequente Politik im Einklang mit dem Rahmenübereinkommen und eine wirksame Umsetzung dieser Politik erkennen.

## **Schädlicher Alkoholkonsum**

30. Bevor die 63. Weltgesundheitsversammlung 2010 die globale Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums billigte (Resolution WHA63.13), veranstaltete das Regionalbüro eine Konsultation mit dem Ziel, die geplanten Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums und der dadurch entstehenden Schäden in der Europäischen Region zu erörtern. 2011 verabschiedete das RC61 mit Resolution EUR/RC61/R4 den Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020), der in Dokument EUR/RC61/13 enthalten ist. Der Aktionsplan folgt den fünf Zielsetzungen und zehn Handlungsfeldern der globalen Strategie. Alle Indikatoren wurden in das 2010 eingeführte Informationssystem der Europäischen Region für Alkohol und Gesundheit aufgenommen.

31. Das Regionalbüro hat in ausgewählten Ländern der Region (Armenien, Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Italien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Montenegro, Norwegen, Polen, Portugal, Republik Moldau, Russische Föderation, Serbien, Slowakei, Türkei und Vereinigtes Königreich)

Schulungsseminare zur Entwicklung von Alkoholkonzepten sowie deren Umsetzung unterstützt, die auch mit der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten verknüpft sind, und so die Weiterentwicklung der Alkoholpolitik gefördert.

32. 2011 begann das Regionalbüro damit, Daten sowie Querverweise auf Dokumente, Publikationen und Websites zur Entwicklung der Alkoholpolitik in den Mitgliedstaaten seit 2006 zu sammeln und so den Wissensaustausch über bewährte Praktiken zu befördern. Die für den Zeitraum 2006–2012 gesammelten Daten wurden einer Publikation für 2013<sup>12</sup> beigefügt und werden in einer Online-Datenbank verfügbar sein, die 2015 eingerichtet werden soll.

33. Die Erzeugung und Verbreitung von Wissen über den Alkoholkonsum, alkoholbedingte Schädigungen und Grundsatzmaßnahmen dagegen in den Mitgliedstaaten wurde durch eine verfeinerte Datenerhebung und -analyse und Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse weiter verbessert. Das Regionalbüro arbeitet gemeinsam mit dem Hauptbüro sowie der Europäischen Kommission an dieser Aufgabe. Gemeinsam mit der Europäischen Kommission wurde im Zeitraum 2011–2013 ein Projekt durchgeführt, das die Nutzung identischer Indikatoren und ein einheitliches System für die Datenerhebung und -analyse sichert.

### **Psychische Gesundheit**

34. Das Regionalbüro hat den Aktionsplan der Europäischen Region für psychische Gesundheit entworfen, der in Dokument EUR/RC63/11 enthalten war, und 2013 vom RC63 mit Resolution EUR/RC63/R10 gebilligt wurde. In Ziel 1 des Aktionsplans wird ein erhöhtes Bewusstsein über psychisches Wohlbefinden und unterstützende Faktoren in der Lebensweise, in der Familie, am Arbeitsplatz, in Schule und Kindergarten sowie in der Gemeinschaft und der sie umgebenden Gesellschaft gefordert. Anhand der verfügbaren Erkenntnisse über Depressionsprävention und Mechanismen für eGesundheit werden bewährte Verfahren in der Region herausgearbeitet. Das Regionalbüro hat die Qualität und Kapazitäten in den Ländern bewertet, die um Unterstützung ersucht hatten, und zwar Albanien, Armenien, Bulgarien, Kasachstan, Kirgisistan, Portugal, Republik Moldau, Slowenien, Tschechische Republik, Türkei, Turkmenistan und Ungarn. Jedes dieser Länder erhielt eine Liste von Empfehlungen und ein Angebot zur Nachbetreuung.

35. Ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt der Mitgliedstaaten besteht darin, mit Unterstützung des Regionalbüros lokale Kapazitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit aufzubauen, um die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit kommunaler Ressourcen im Rahmen des Aktionsplans zu gewährleisten. In den Zielen 3 und 4 des Aktionsplans wird vorgeschlagen, die primäre Gesundheitsversorgung als erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu etablieren und Kapazitäten für die Behandlung typischer psychischer Störungen, einschließlich psychologischer und sozialer Interventionen, zu schaffen, wobei die Würde und die Vorlieben der Dienstnutzer und, wo angezeigt, ihrer Angehörigen, zu respektieren sind.

---

<sup>12</sup> Sachstandsbericht über Alkohol und Gesundheit in 35 Ländern der Europäischen Region, 2013. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2013/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013>, eingesehen am 28. Juli 2015).

In der Türkei wurde ein umfangreiches, von der Europäischen Union mitfinanziertes Programm zur Gemeinschaftsbildung für Menschen mit psychischen Behinderungen eingeführt, das die Erarbeitung von Politikkonzepten mit der Ausbildung von Fachkräften und der Einbindung der Dienstnutzer und der Bevölkerung kombiniert.

36. In Partnerschaft mit dem Zentrum für regionale Gesundheitskooperation im Bereich der psychische Gesundheit in Südosteuropa, den Ländern Zentralasiens und der Russischen Föderation hat das Regionalbüro mehrere Workshops zur Kompetenzbildung in der Primärversorgung und zur Suizidprävention organisiert, die sich an Länder im östlichen Teil der Europäischen Region richteten. Mitarbeiter von Gesundheitsministerien und Sachverständige erhielten die Möglichkeit zu Besuchen bei beispielhaften Projekten in anderen Ländern. So wurde Fachpersonal der Tschechischen Republik ins Vereinigte Königreich, der Türkei nach Italien sowie Turkmenistans, Kirgisistans und Usbekistans in die Türkei entsandt. Zudem trug das Regionalbüro zu einer Publikation mit dem Titel *Suizid verhindern: ein weltweites Gebot*<sup>13</sup> bei, die eine einschlägige Wissensgrundlage bietet und den Ländern umsetzbare Schritte für ein Vorankommen bei der Suizidprävention aufzeigt.

### **Evaluierung der Fortschritte und Informationsaustausch**

37. Für die regelmäßige Evaluierung der Fortschritte und die Berichterstattung werden die im Überwachungsrahmen für „Gesundheit 2020“ enthaltenen Zielvorgaben und Indikatoren<sup>14</sup> herangezogen, auf die im Jahresbericht der Regionaldirektorin eingegangen wird. Ausführlichere Evaluierungen finden sich in den Europäischen Gesundheitsberichten, der jährlichen Reihe zentraler Gesundheitsindikatoren, den (in direkter Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zusammengestellten) neu aufgelegten Länderprofilen „Highlights on health“ und auf dem neuen Portal des Regionalbüros für Gesundheitsinformationen und Evidenz, das auch Zugriff zur Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ bietet. Das jährliche Herbstseminar über Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Politikgestaltung, ein Aushängeschild für das Regionalbüro, dient dem Aufbau von Kapazitäten zur Stärkung der Erhebung, Analyse und Meldung von Gesundheitsinformationen in den Mitgliedstaaten. Entsprechend einer Petition von Mitgliedstaaten an die Regionaldirektorin werden ganzjährig zusätzliche Aufbaukurse veranstaltet. Das 2012 im Regionalbüro eingerichtete EVIPNet (Evidence-Informed Policy Network) ist ein wichtiges Instrument für die Umsetzung von Evidenz in Politik und die Berichterstattung über Erfolge. Auf subregionaler Ebene wurden Netzwerke für Gesundheitsinformationen wie das CARINFONET (Central Asian Republics Health Information Network) der zentralasiatischen Republiken in Betrieb genommen, um die Harmonisierung und Normung der Gesundheitsberichterstattung zu fördern. Im Public Health Panorama, dem neuen zweisprachigen (Englisch/Russisch) Fachjournal des Regionalbüros für öffentliche Gesundheit, wird über bereichsübergreifende Maßnahmen berichtet und auf Erfolge bei der Politikumsetzung aufmerksam gemacht. Das Health

---

<sup>13</sup> Suizid verhindern: ein weltweites Gebot. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2014 ([http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/), eingesehen am 29. Juli 2015).

<sup>14</sup> Ziele und Indikatoren im Rahmen von Gesundheit 2020. Version 2: Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-2>, eingesehen am 29. Juli 2015).

Evidence Network (HEN) erhielt neue Impulse mit mehreren neuen Syntheseberichten über gesundheitsrelevante Erkenntnisse, darunter zur Integration von Gesundheitsinformationssystemen und der Bewältigung chronischer Krankheiten; eine Reihe zu Migration und Gesundheit soll auf dem RC65 vorgestellt werden. Darüber hinaus gewährt das Regionalbüro den Mitgliedstaaten direkte fachliche Unterstützung bei der Stärkung ihrer Gesundheitsinformations- und Berichterstattungssysteme, Strategien für eGesundheit und Aktivitäten zur Überwachung der öffentlichen Gesundheit.

38. Im Rahmen seiner Überwachungs- und Evaluierungstätigkeit führt das Regionalbüro Harmonisierungs- und Normungsaktivitäten durch, wobei es sich von der Europäische Gesundheitsinformations-Initiative der WHO leiten lässt, die von den Mitgliedstaaten, den WHO-Kooperationszentren, der Europäischen Kommission, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und Stiftungen getragen wird. Der Lenkungsausschuss hielt unlängst eine Sitzung ab, auf der die Initiative bekräftigt und ein konkreter Arbeitsplan vorgelegt wurde.

### ***Vorschlag für Folgemaßnahmen***

39. Ein Fortschrittsbericht zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ wurde 2014 dem RC64 vorgelegt. Die Zusammenfassung des Abschlussberichts über Maßnahmen des Regionalbüros zur Unterstützung der Mitgliedstaaten und über deren Fortschritte bei der Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme 2008 in Tallinn ist in Dokument EUR/RC65/8 verfügbar.

40. Eingedenk der Resolution EUR/RC63/R8 über den Stand der von früheren Tagungen des Regionalkomitees angenommenen Resolutionen und der Empfehlungen zu Befristungen und Berichtspflichten hat das RC65 die Möglichkeit, dieses Dokument als integrierten Bericht über die abteilungsübergreifende Arbeit im Rahmen von „Gesundheit 2020“ und als Abschlussbericht über Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit betrachten. Der Zweiundzwanzigste Ständige Ausschuss des Regionalkomitees für Europa empfahl während seiner vierten Tagung im Mai 2015, ein Enddatum für die Resolution EUR/R58/R8 zu setzen.

## **D. Fortschritte bei der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)**

### ***Einführung und Hintergrund***

1. Der aktuelle Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit hat unterstrichen, wie wichtig die Schaffung leistungsfähiger nationaler und internationaler Mechanismen und Kapazitäten ist, um eine schnelle Entdeckung und Bekämpfung schwerwiegender Bedrohungen für die öffentliche Gesundheit sowie die Veranlassung wirksamer Präventionsmaßnahmen zu ihrer Eindämmung zu gewährleisten. Gleichzeitig hat er auch vor Augen geführt, wie anfällig die Gesundheitssysteme mancher Länder sind und welche Rolle eine ressortübergreifende Zusammenarbeit auf diesem Gebiet spielt.

2. Der Bericht<sup>1</sup> des zweiten Prüfungsausschusses der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), der für den 13. und 14. November 2014 einberufen wurde, kommt zu der Schlussfolgerung, dass die IGV der internationalen Staatengemeinschaft dabei geholfen haben, die öffentliche Gesundheit betreffende akute Ereignisse und gesundheitliche Notlagen deutlich wirksamer zu bewältigen. Viele Vertragsstaaten haben ihre Kernkapazitäten auf nationaler und kommunaler Ebene erfolgreich bewertet und gestärkt.

3. Der Prüfungsausschuss hat signalisiert, dass die Umsetzung der IGV – und namentlich die Stärkung der Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit – als ein kontinuierlicher Prozess zu sehen ist, der nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt, wie etwa 2016, ausläuft. Durch diese bedeutende Verlagerung der Sichtweise werden die elementare Beziehung zwischen den IGV, den Gesundheitssystemen und der Notwendigkeit anhaltender Investitionen hervorgehoben.

4. Der Prüfungsausschuss kam ferner zu dem Schluss, dass immer noch viele Vertragsstaaten nicht in der Lage sind, die IGV 2005<sup>2</sup> im täglichen Betrieb operativ anzuwenden, auch wenn die entsprechenden Kapazitäten schon vorhanden sind. In Anlage 1A der IGV 2005 werden die Mindestanforderungen genannt, die in den meisten Ländern inzwischen erfüllt sind. Neben dieser allgemeinen Feststellung nannte der Ausschuss als weitere wesentliche Hindernisse für die IGV: die unzureichenden Befugnisse bzw. Kapazitäten der nationalen IGV-Anlaufstellen (NFP); die hohe personelle Fluktuation; die besonderen Bedürfnisse der kleinen Inselstaaten und der Vertragsstaaten mit Überseegebieten; die Schwerpunktlegung auf die Verlängerung der geltenden Fristen anstatt auf die Erweiterung der Kapazitäten; die Wahrnehmung, dass die Umsetzung ein starrer rechtlicher Prozess ist, bei dem die operativen Konsequenzen und ein Lernen aus der Erfahrung nur wenig Berücksichtigung finden.

---

<sup>1</sup> Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005): Bericht des Prüfungsausschusses zur Frage einer zweiten Fristverlängerung für die Einrichtung nationaler Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit und zur Umsetzung der IGV. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2015 (EB136/22 Add.1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB136/B136\\_22Add1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-en.pdf), eingesehen am 7. Juli 2015).

<sup>2</sup> Internationale Gesundheitsvorschriften (2005). Zweite Ausgabe. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2005 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>, eingesehen am 7. Juli 2015).

5. Der Prüfungsausschuss hob auch hervor, dass die Selbstbewertung der Vertragsstaaten in Bezug auf die Umsetzung der IGV durch die uneinheitliche Qualität und Zuverlässigkeit der bereitgestellten Informationen beeinträchtigt wird. Deshalb gilt es, die Kapazitäten und die Praxis beim Informationsaustausch zu vereinheitlichen. Bisher standen bei den Überwachungsmaßnahmen im Rahmen der IGV eher Verwaltung, Verfahren und Ausrüstung (harte Faktoren) im Vordergrund, und weniger operative und ergebnisorientierte Kapazitäten (weiche Faktoren). Die Umsetzung der IGV sollte sich schrittweise von einfachen Prüflisten zu einem stärker handlungsorientierten Ansatz für eine regelmäßige Evaluation der funktionellen Kapazitäten weiterentwickeln. Der Prüfungsausschuss erörterte Methodologien, die eine zuverlässigere Bewertung von Qualität und Funktionsfähigkeit ermöglichen sollen. Zu den besprochenen Optionen gehörten begleitete Selbstbewertungen, freiwillige unabhängige Beurteilungen, fachliche Begutachtungen und Zertifizierungen. Es wurde auch festgestellt, dass gegenwärtig keine Prozesse oder Systeme vorhanden sind, die es ermöglichen, die Erfassung und Verbreitung ereignisbezogener Beobachtungen und Lehren fest zu verankern. Gleichzeitig sollte sich das Sekretariat für eine Reihe formeller Evaluationen bzw. Meta-Evaluationen auf Ebene der Europäischen Region zu den Berichten über die Krankheitsausbrüche einsetzen. Die Federführung sollte jeweils bei den Regionalbüros liegen, um regionsübergreifende Lernprozesse zu erleichtern und Lehren im Hinblick auf die künftige Gestaltung der IGV ziehen zu können. Ein neuer Plan zur Überwachung und Evaluation sollte mit aktiver Beteiligung der Regionalbüros der WHO ausgearbeitet werden. Dieser würde später über die leitenden Organe der WHO allen Mitgliedstaaten vorgelegt.

### ***Die Lage in der Europäischen Region der WHO***

6. Insgesamt hatten zehn Vertragsstaaten aus der Europäischen Region (18%) um eine weitere Verlängerung der Frist für die Schaffung und Stärkung von Kapazitäten bis 2016 gebeten; damit hatte Europa von allen WHO-Regionen den niedrigsten Anteil an Verlängerungsanträgen. Die Verlängerungsanträge wurden von den Ländern selbst initiiert. Etwa die Hälfte der Länder, die um Fristverlängerung ersuchten, waren entwickelte Länder. Dies zeigt, dass bei solchen Entscheidungen bestimmte kulturelle, politische und historische Einflussfaktoren wie etwa das Vorhandensein von Überseegebieten eine Rolle spielten. In vielen Fällen zielte der innerstaatliche Entscheidungsprozess nicht nur auf die geschaffenen Kapazitäten ab, sondern auch auf operative Modalitäten und Fragen der Haftung.

7. Die Informationen aus dem von den Vertragsstaaten aus der Europäischen Region beantworteten Fragebogen zur Selbstbewertung zeigen ein vergleichsweise gutes Abschneiden bei allen Kapazitäten. Die Funktionsfähigkeit der IGV in der Europäischen Region wird hauptsächlich durch Probleme beeinträchtigt, die nichts mit Kapazitäten zu tun haben, etwa das Fehlen des nötigen Bewusstseins oder die Unfähigkeit zur Anwendung der Kapazitäten sowie Defizite bei Schulungen und der Nutzung der IGV als operatives Instrument. Die Umsetzung der IGV wird oft als ein starrer rechtlicher Prozess verstanden, der keine Auswirkungen auf den operativen Bereich hat. Darüber hinaus haben zahlreiche Länder mit begrenzten Kapazitäten nicht um eine Fristverlängerung ersucht. Schließlich wird in einigen Ländern auch die Beziehung zwischen den in Anlage 1 der IGV 2005 genannten Mindestanforderungen und den Kernkapazitäten falsch interpretiert; dies basiert auf der Annahme, dass die

IGV nur dann angewendet werden können, wenn alle Kapazitäten maximal entwickelt sind.

8. In diesem Zusammenhang wird durch die Beratungen im Prüfungsausschuss und dessen Bericht eine neue Phase der Arbeit im Rahmen der IGV eingeläutet, bei der der Schwerpunkt ihrer Ausrichtung verlagert wird: von einem Rahmen zur Schaffung von Kapazitäten hin zu einem Instrument, das im täglichen operativen Betrieb epidemiologisch relevante Informationen liefert. Eine entscheidende Voraussetzung hierfür ist die Benennung eines Teams von NFP und dessen Ermächtigung innerhalb aller zuständigen staatlichen Behörden. In den IGV wird die bedeutende Funktion der NFP hervorgehoben, die als jederzeit erreichbare Schnittstelle zur Verständigung zwischen den Vertragsstaaten und der WHO dienen. Dieser Informationsfluss und -austausch ist die wichtigste Komponente im Hinblick auf epidemiologisch relevante Informationen und Gesundheitssicherheit. Doch einige Vertragsstaaten in der Europäischen Region sind noch nicht dafür gerüstet, die IGV zeitnah anzuwenden.

9. Die Vertragsstaaten und das WHO-Regionalbüro für Europa waren auf der regionsweiten wie globalen Ebene an der Reaktion auf die großen für die öffentliche Gesundheit relevanten Ereignisse beteiligt. Zwischen 1. Januar 2014 und 12. Juni 2015 wurden im Ereignis-Management-System für die Europäische Region der WHO insgesamt 61 Ereignisse mit potenziell schwerwiegenden grenzüberschreitenden Konsequenzen für die öffentliche Gesundheit registriert. Zu den von der WHO ergriffenen Gegenmaßnahmen gehörten die Maßnahmen zur Bewältigung der Überschwemmungen auf dem Balkan im Mai 2014 mit ihren verheerenden Folgen für Bosnien und Herzegowina, Kroatien und Serbien und der Erhöhung der Gefahr von Vektorkrankheiten, aber auch die Reaktion auf die eingeschleppten Fälle von Infektion mit dem Nahost-Atemwegssyndrom-Coronavirus (MERS-CoV) in Deutschland, Griechenland, den Niederlanden, Österreich und der Türkei in den Jahren 2014 und 2015 (Stand: 11. Juni 2015).

10. Das Regionalbüro trug auch aktiv zur Bewältigung des Ebola-Ausbruchs in Westafrika und damit verbundenen Vorsorgemaßnahmen in der Europäischen Region bei. Zusammen mit der Europäischen Kommission und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hat es den Grad der Bereitschaftsplanung in den Mitgliedstaaten im Hinblick auf Ebola-Fieber oder ähnliche Gefahren bewertet, die Mitgliedstaaten bei der Stärkung ihrer Bereitschaftspläne bedarfsgerecht fachlich beraten, die medizinisch notwendige Evakuierung von 13 freiwilligen Helfern (Stand: 12. Juni 2015) unterstützt, zum Management und zur Rückverfolgung der Kontakte bei den drei diagnostizierten Ebola-Fällen in der Europäischen Region beigetragen und die Einbeziehung der bei der Behandlung von insgesamt 16 Fällen beteiligten Kliniker in das Internationale Konsortium der WHO für schwere Atemwegserkrankungen und neue Infektionskrankheiten, ein Fachnetzwerk für praktische Unterstützung, koordiniert. Das Regionalbüro hat auch die medizinisch notwendige Evakuierung von 25 freiwilligen Helfern nach einer besonders gefährlichen Exposition mitverfolgt. Insgesamt hat das Regionalbüro mehr als 1300 Personentage zur Bewältigung der Ebola-Krise beigetragen, überwiegend in Form eines direkten Einsatzes von Mitarbeitern in den betroffenen Ländern.

11. Während des gesamten Jahres hat das Regionalbüro an allen Telekonferenzen und Tagungen des EU-Gesundheitssicherheitsausschusses teilgenommen. Diese fanden

während des letzten Teils des Jahres wöchentlich statt und leisteten einen bedeutenden Beitrag zur Koordinierung der internationalen Vorsorge- und Gegenmaßnahmen in Bezug auf für die öffentliche Gesundheit relevante Ereignisse inner- wie außerhalb der Europäischen Region.

### ***Ergriffene Maßnahmen und erzielte Fortschritte***

12. In diesem Abschnitt werden die ergriffenen Maßnahmen und die erzielten Fortschritte, aber auch die noch zu bewältigenden Herausforderungen in den insgesamt sieben vom Regionalbüro eingerichteten Arbeitsbereichen erläutert. Diese Arbeitsbereiche sind darauf ausgerichtet, den durch die IGV bedingten Handlungsbedarf in den Ländern in den Griff zu nehmen und als vorrangig zu behandeln.

#### **Arbeitsbereich 1: Evaluierung, Stärkung und Beobachtung der IGV-Kernkapazitäten der Länder**

13. Das Sekretariat hat die IGV-Kapazitäten der Länder weiter im Auge behalten und bewertet, was primär durch den jährlichen Fragebogen zur Selbstbewertung erfolgte, und hat Empfehlungen hinsichtlich der Stärkung dieser Kapazitäten ausgesprochen. Ferner hat es auch zu der globalen Debatte über einen künftigen Ansatz für die Überwachung beigetragen.

14. Das Sekretariat wurde auch dazu aufgefordert, zu dem Ansatz für die Beobachtung der Bereitschaftsplanung gemäß Artikel 4 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren<sup>3</sup> Stellung zu nehmen und sich an Pilot-Bewertungsmissionen im Rahmen der Globalen Agenda für Gesundheitssicherheit zu beteiligen.

15. Das Regionalbüro hat zur Erprobung eines Ansatzes beigetragen, der die Bewertungsinstrumente im Rahmen der IGV und das von der Weltorganisation für Tiergesundheit entwickelte Instrument zur Evaluation der Arbeit der tierärztlichen Dienste an die Erfordernisse der Europäischen Region anpassen soll. Die Ergebnisse werden in die geplante Überarbeitung des Überwachungsprozesses im Rahmen der IGV einfließen.

#### **Arbeitsbereich 2: Förderung eines starken Engagements hochrangiger Politiker für die Umsetzung der IGV**

16. Um das gesamtstaatliche Engagement für die IGV zu fördern, hat das Sekretariat in den Ländern im östlichen Teil der Region eine Reihe hochrangiger bilateraler Konsultationen organisiert und sich an ressortübergreifenden Arbeitsgruppen der Länder beteiligt. Dies beinhaltete auch Beratungen mit dem Generaldirektor der

---

<sup>3</sup> Artikel 4 (Bereitschafts- und Reaktionsplanung) des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG. Amtsblatt der Europäischen Union. 2013; L293:1–15 ([http://ec.europa.eu/health/preparedness\\_response/docs/decision\\_serious\\_crossborder\\_threats\\_22102013\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_de.pdf), eingesehen am 7. Juli 2015).

Abteilung Humanitäre Hilfe und Katastrophenschutz (ECHO) bei der Europäischen Kommission, in denen es um eine Verstärkung der Zusammenarbeit ging.

17. Das Sekretariat hat weiter daran gearbeitet, die wichtigsten Dokumente der WHO in allen Amtssprachen der Europäischen Region, insbesondere in Russisch, vorzulegen. Als Beispiel sei hier der Leitfaden für die Bereitschaftsplanung für gesundheitliche Notlagen an benannten Grenzübergangsstellen<sup>4</sup> genannt.

### **Arbeitsbereich 3: Aktualisierung von Rechtsvorschriften und Regulierungsmechanismen**

18. Ein weiterer Weg, um wirksam für ein starkes Engagement hochrangiger Politiker und eine ressortübergreifende Zusammenarbeit zu werben, ist die Überprüfung geltender Rechtsvorschriften auf Übereinstimmung mit den Grundsätzen der IGV. Das Regionalbüro hat zusammen mit dem WHO-Hauptbüro in vier weiteren Vertragsstaaten eine Bestandsaufnahme der einschlägigen Rechtsvorschriften durchgeführt. Zwei weitere Bestandsaufnahmen sind für den Herbst 2015 geplant.

### **Arbeitsbereich 4: Befähigung der nationalen IGV-Anlaufstellen**

19. Die NFP müssen hinreichend befähigt werden, wenn sie in ihren Ländern den Prozess der ressortübergreifenden Umsetzung der IGV beeinflussen und dafür Verantwortung übernehmen sollen. Dieser Einfluss lässt sich dann leichter erreichen, wenn den NFP durch Schulungsmaßnahmen ein besseres Verständnis der Grundsätze der IGV sowie die Fähigkeit zur gezielten Nutzung vorhandener Ressourcen für den Aufbau und die Anwendung der geforderten IGV-Kapazitäten vermittelt wird. Das Regionalbüro unterstützt die NFP in der Europäischen Region im Rahmen einer täglichen Zusammenarbeit durch seine IGV-Kontaktstelle, die Orientierungshilfe und Schulungen in Bezug auf Risikobewertung und Berichterstattung anbietet. Für Oktober 2015 ist eine Schulung für die NFP geplant.

### **Arbeitsbereich 5: Sensibilisierung und Überzeugungsarbeit außerhalb des Gesundheitswesens**

20. Eine ressortübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht die wirksamere Nutzung von Ressourcen, da hierbei Doppelarbeit vermieden und Abstimmung gefördert wird. Eine wirksame Überzeugungsarbeit zur Verdeutlichung des Nutzens der IGV kann besser dazu beitragen, Fachpolitiker zu überzeugen, als eine ausschließliche Hervorhebung der eingegangenen Verpflichtungen. Dazu ist eine Interpretation der IGV mit Blick auf Tätigkeiten und Interessen der einzelnen Politikbereiche notwendig. Das Sekretariat hat ein Faktenblatt und eine Infografik entwickelt, die für Laien bestimmt sind, und wird bis Ende des Jahres drei nationale Workshops und Übungen in der Balkan-Region durchführen, um alle maßgeblichen Akteure aus den verschiedenen Ressorts an einen Tisch zu bringen.

---

<sup>4</sup> Internationale Gesundheitsvorschriften (2005): Ein Leitfaden für die Bereitschaftsplanung für gesundheitliche Notlagen an benannten Grenzübergangsstellen. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2012 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789290615668/en/>, eingesehen am 7. Juli 2015).

## **Arbeitsbereich 6: Schulung von Personal auf nationaler Ebene für den Aufbau, die Steuerung und die Aufrechterhaltung der für die vollständige Einhaltung der IGV erforderlichen Kapazitäten in ihrem Land**

21. In mehrjähriger Vorbereitungsarbeit hat das Sekretariat eine Schulung für die Europäische Region mit dem Titel „Die Internationalen Gesundheitsvorschriften in der Praxis“ entwickelt. Diese wurde erstmals vom 22. bis 26. September 2014 auf dem Gutshof Vihula in Estland für russischsprachige Experten angeboten. Neben Mitarbeitern, die als NFP tätig sind, wurden auch andere maßgebliche Experten aus den Ländern eingeladen. Es ist vorgesehen, im Januar 2016 den Kurs für andere Länder und Experten zu wiederholen.

22. Die Kapazitäten für die Risikokommunikation wurden als eine der zentralen Prioritäten für eine wirksame Anwendung der IGV auf der nationalen wie internationalen Ebene erkannt. Es ist geplant, eine Reihe von Schulungen für nationale Kommunikations- und Notfallexperten abzuhalten. Die erste fand vom 14. bis 16. Oktober 2014 in Belgrad (Serbien) und die zweite für die Länder Osteuropas und der Kaukasusregion in Chisinau (Republik Moldau) vom 30. Juni bis 2. Juli 2015 statt.

## **Arbeitsbereich 7: Stärkung der IGV-Kernkapazitäten an Grenzübergangsstellen**

23. Aufgrund ihrer Anfälligkeit für vorübergehende Gefahren spielen Grenzübergangsstellen täglich eine besonders wichtige Rolle bei der Verhinderung der Einschleppung und Ausbreitung von Krankheiten. Deshalb sollten für den Notfall spezielle Kontrollmaßnahmen vorhanden sein. Das Sekretariat wird weiterhin in Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Partnerorganisationen Schulungen über Schiffsinspektionen sowie die Bereitschaftsplanung in der Luftfahrt veranstalten, bei Bedarf aber auch länderübergreifende Workshops (auch unter Beteiligung anderer WHO-Regionen) durchführen, um benachbarte Länder zum Austausch vorbildlicher Praktiken und zum Abschluss bilateraler Vereinbarungen für bestimmte Landübergänge zu veranlassen. Im September 2014 wurde in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum ein regionsübergreifender Workshop für die Länder Zentralasiens, der Kaukasusregion und des östlichen Mittelmeers organisiert, der sich mit Fragen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit befasste.

24. Im März 2015 organisierte das Regionalbüro zusammen mit dem Büro Europa und Nordatlantik der Internationalen Zivilluftfahrt-Organisation (ICAO) und dem Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt der Niederlande die vierte Europäische Tagung des Kooperationsabkommens zur Prävention und Bewältigung von die öffentliche Gesundheit betreffenden Ereignissen in der Zivilluftfahrt (CAPSCA), die am Amsterdamer Flughafen Schiphol stattfand. Die Beratungen zwischen 118 Experten aus 41 Mitgliedstaaten, die zwei verschiedene Politikbereiche und unterschiedliche Ebenen vertraten, führten zu einem gemeinsamen Verständnis in Bezug auf übliche Praktiken und bestehende Defizite in der Zivilluftfahrt in den Ländern der Europäischen Region. Dieser Ansatz der Europäischen Tagung wird als vorbildliche Praxis für den globalen CAPSCA-Prozess angesehen, und dieses Modell wurde auf dem Globalen CAPSCA-Symposium der ICAO und der WHO präsentiert, das im April 2015 in Montreal (Kanada) stattfand.

## ***Der weitere Weg***

25. Die praktische Anwendung der IGV, das Angebot von Schulungen, die Stärkung der vorrangigen Kapazitäten und die Abstimmung und Zusammenarbeit mit allen maßgeblichen Partnerorganisationen in der Europäischen Region gehören auch in Zukunft zu den Prioritäten der Arbeit des Sekretariats. Insbesondere wird das Sekretariat seine Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und ihren Agenturen (z. B. dem ECDC) bei der Koordinierung der Umsetzung des Beschlusses 1082/2013/EU und der IGV fortsetzen. Das Sekretariat hat auch Mitgliedstaaten mit spezieller Sachkompetenz sowie Partnerorganisationen in den Ländern der Gemeinschaft unabhängiger Staaten bestimmt, die Schulungen und einen Erfahrungsaustausch in Bezug auf vorbildliche Praktiken anbieten können.

26. Auf der 68. Weltgesundheitsversammlung wurde die Generaldirektorin ersucht, einen Prüfungsausschuss gemäß den IGV 2005 einzusetzen, um die Rolle der IGV in Verbindung mit der Bekämpfung des Ebola-Ausbruchs zu untersuchen. Dieser hat folgende Aufgaben:

- a) Bewertung der Wirksamkeit der IGV 2005 für die Zwecke der Prävention und Bereitschaftsplanung für Ebola-Ausbrüche sowie der Reaktion auf den aktuellen Ausbruch, unter besonderer Berücksichtigung folgender Aspekte: Meldungen und damit verbundene Anreize; vorläufige Empfehlungen; zusätzliche Maßnahmen; Feststellung einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite; nationale Kernkapazitäten; und Kontext und Verknüpfungen zu dem Rahmen für die Reaktion im Krisenfall und anderen humanitären Aufgaben der Organisation;
- b) Bewertung des Stands der Umsetzung der Empfehlungen von der ersten Tagung des Prüfungsausschusses im Jahr 2011 und Auswirkungen auf den aktuellen Ebola-Ausbruch; und
- c) Empfehlung von Maßnahmen zur Verbesserung der Wirksamkeit, Transparenz und Effizienz der IGV 2005, einschließlich der Reaktionen der WHO, und Stärkung der Vorsorge und Reaktion mit Blick auf künftige Notlagen mit gesundheitlichen Folgen und Vorschlag der für solche Maßnahmen relevanten Fristen.

27. Die Generaldirektorin wird daher den IGV-Prüfungsausschuss zu seiner dritten Tagung am 24. und 25. August 2015 einberufen.

28. Auf seiner 136. Tagung im Januar 2015 empfahl der Exekutivrat in seiner Resolution EB136.R6 die Umsetzung der Empfehlungen des zweiten IGV-Prüfungsausschusses<sup>5</sup>. Dies wurde im Mai 2015 von der 68. Weltgesundheitsversammlung mit ihrer Resolution WHA68.5 bekräftigt. Das Regionalbüro wird sich weiterhin an der globalen Debatte darüber beteiligen, wie der Ansatz zur Überwachung der Kapazitäten langfristig am besten überarbeitet werden kann und wie die Qualität des Informationsaustauschs und die Leistung der NFP zu messen sind. Im Juli 2015 wurde vom WHO-Hauptbüro ein Konzeptpapier entwickelt und im Zuge einer webgestützten Konsultation an die Mitgliedstaaten in der Europäischen

---

<sup>5</sup> Siehe Fußnote Nr. 1.

Region verteilt. Die Mitgliedstaaten und das Regionalkomitee wurden zur Stellungnahme aufgefordert, ob sie mit folgenden Elementen einverstanden sind:

- a) den vom Sekretariat der WHO vorgeschlagenen neuen Grundsätzen für einen Rahmen für Überwachung und Evaluation gemäß den Empfehlungen von der Tagung des IGV-Prüfungsausschusses;
- b) der fortschreitende Umstellung der Beobachtung: von der Selbstbewertung der Kapazitäten auf einen stärker an der Funktion orientierten Ansatz; und
- c) dem vorgeschlagenen Entwicklungsprozess, d. h. den Instrumenten und Protokollen, die vom Sekretariat der WHO durch Fach- und Expertenkonsultationen mit den Mitgliedstaaten zu entwickeln sind.

### **Schlussfolgerungen**

29. Die IGV bilden einen operativen Rahmen mit Anforderungen an Verfahren und Kapazitäten, die für alle Vertragsstaaten verbindlich sind. Die WHO unterstützt die Länder bei ihren Bemühungen zur Umsetzung der IGV, namentlich bei der Schaffung von Mechanismen für die bereichsübergreifende und grenzüberschreitende Zusammenarbeit durch Moderierung gemeinsamer Diskussionsforen und Schulungsangebote auf nationaler und internationaler Ebene. Das Regionalbüro konzentriert sich vor allem auf die für die Europäische Region relevanten Elemente und Schlüsselkapazitäten, mit denen sich die operative Anwendung der IGV im alltäglichen Betrieb beschleunigen lässt, und berücksichtigt dabei die Lehren aus den Vorsorge- und Reaktionsmaßnahmen in Verbindung mit der Ebola-Krise.

30. Die IGV müssen wirksamer in übergeordnete Vorsorgemaßnahmen und -pläne in den Ländern integriert werden. Das Regionalbüro wird die Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Ressorts der Regierungen der Vertragsstaaten fortsetzen, um das erforderliche politische Engagement und die nötigen Mittel zu sichern und die Arbeit der ressortübergreifenden Koordinationsausschüsse zu unterstützen. In dieser Hinsicht ist das gesundheitspolitische Rahmenkonzept der Europäischen Region, „Gesundheit 2020“, von entscheidender Bedeutung für die ressortübergreifende Zusammenarbeit zur Umsetzung der IGV in Bezug auf ein breites Spektrum von Gefahren.

31. Eine wirksame Umsetzung der IGV setzt nachhaltige finanzielle Investitionen sowie den nötigen politischen Willen der Regierungen, aber auch externe Unterstützung durch Geber und Partnerorganisationen voraus.

## **E. Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region (Resolution EUR/RC58/R4).**

1. Die Zusammenfassung des Abschlussberichts zur Umsetzung der Charta von Tallinn (Dokument EUR/RC65/8) dient als Fortschrittsbericht zur Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC58/R4).

= = =