



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

WHO-REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
64. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 15.–18. September 2014



© Dreamstime.com



© WHO



© WHO



© Shutterstock



© Dreamstime.com



Fortschrittsberichte



Regionalkomitee für Europa
64. Tagung

EUR/RC64/19 Corr.1

Kopenhagen (Dänemark), 15.–18. September 2014

2. September 2014

140651

Punkt 5 h) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Fortschrittsberichte

Corrigendum

Dieses Dokument enthält Korrekturen zu Sektion A "Fortschritte mit der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015)".

In Abschnitt 20 lautet der letzte Satz demnach:

"Im Westen war die Zahl der Empfänger von ART hoch (460 000), und die meisten Länder hatten das für 2015 gesteckte Ziel eines Versorgungsgrades von 80% bereits erreicht oder waren auf bestem Wege dazu."

In Anhang A1. Indikatoren für Fortschritte bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans nach Handlungsfeld, unter den Überschriften:

Behandlung und Betreuung von HIV-Infizierten

Zahl der Personen, die aktuell ART erhalten

Die Daten lauten demnach:

	559 000	430 000	129 000	659 000	460 000	199 000	18%
--	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

EUR/RC64/19

64. Tagung

Kopenhagen (Dänemark), 15.–18. September 2014

4. August 2014

140422

Punkt 5 h) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Fortschrittsberichte

Das vorliegende Dokument enthält die konsolidierten Fortschrittsberichte zu folgenden Themen:

- A. Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015)
- B. Schädlicher Alkoholkonsum in der Europäischen Region der WHO
- C. Resolution EUR/RC55/R9 über Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO
- D. Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
- E. Strategischer Aktionsplan der Europäischen Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

Inhalt

	Seite
A. Fortschritte mit der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015).....	1
Einführung und Hintergrund.....	1
Situationsanalyse.....	1
Erfolge	2
Anhang A1: Indikatoren für Fortschritte bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans nach Handlungsfeld	12
B. Fortschritte zum Thema schädlicher Alkoholkonsum in der Europäischen Region der WHO ¹⁵	
Einführung und Hintergrund: Verstärkte Maßnahmen in der Region erforderlich.....	15
Entwicklungen im Bereich der Alkoholpolitik – die zehn Handlungsfelder	16
Zentrale Entwicklungen in der Alkoholpolitik	18
Rolle des Sekretariats.....	19
Anhang B1: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenen nach Land in der Europäischen Region der WHO, 1990–2010.....	22
C. Fortschritte bei der Umsetzung der Resolution EUR/RC55/R9 über Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO.....	27
Einführung	27
Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Stärkung der Verletzungsprävention und der Ausarbeitung von Aktionsplänen.....	28
Bestimmung und Austausch geeigneter Praktiken in der Prävention	29
Unterstützung des Netzwerks der nationalen Ansprechpersonen und Zusammenarbeit mit anderen Netzwerken.....	30
Kapazitätsaufbau.....	30
Fachliche Hilfe zur Verbesserung der Versorgung der Opfer	31
Entwicklung von Partnerschaften und Zusammenarbeit mit der Europäischen Union und anderen internationalen staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen.....	32
Berichterstattung	32
Schlussfolgerungen und Anhaltspunkte für die künftige Arbeit.....	32
Anhang C1: Verletzungen durch Unfälle und Gewalt in der Europäischen Region.....	34
Anhang C2: Einschlägige Publikationen	38
D. Fortschritte mit der Umsetzung der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen	43
Einführung	43
Das Instrumentarium.....	44
Umsetzung der Strategie	44
Fazit	47
Anhang D1: Entwicklung von Strategien nach Land (Stand: 2008).....	49
Anhang D2: Lehren aus den Fallstudien.....	50
E. Fortschritte mit der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region	51
Einführung und Hintergrund.....	51
Ergriffene Maßnahmen und erzielte Fortschritte	52

A. Fortschritte mit der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015)

Einführung und Hintergrund

1. Mit der Resolution EUR/R61/R8 nahm das Regionalkomitee den Europäischen Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015) an und ersuchte die Regionaldirektorin, ihm auf seiner 64. Tagung im Jahr 2014 über dessen Umsetzung Bericht zu erstatten. Der vorliegende Bericht enthält eine Zwischenbilanz der seit dem RC61 erzielten Fortschritte wie auch der noch verbleibenden Herausforderungen. Er sollte in Verbindung mit dem Aktionsplan¹ gelesen werden.

Situationsanalyse

2. In der Europäischen Region sind bei der Erhöhung der Zahl der Behandlungen für mit HIV/Aids lebende Personen sowie im Hinblick auf die Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung erhebliche Fortschritte erzielt worden (s. Anhang A1). Doch es zeigt sich mehr und mehr, dass auf globaler Ebene wie auch in der Europäischen Region die Zugewinne hinsichtlich der HIV-Therapie ungleichmäßig verteilt sind. Im östlichen Teil der Region ist der Versorgungsgrad mit antiretroviraler Therapie (ART) nach wie vor niedrig, und nur ein kleiner Teil des in Frage kommenden Personenkreises nimmt die ART tatsächlich auf und erreicht eine Virussuppression. Deshalb hat sich dort die Zahl der Aids-Fälle und der Aids-bedingten Sterbefälle seit 2010 um 47% bzw. 13% erhöht. Dagegen sind im westlichen Teil der Region²,² wo die ART weit verbreitet ist, sowohl die AIDS-Fallzahlen als auch die Zahlen der Sterbefälle rückläufig.

3. Der Anstieg der Zahl der gemeldeten HIV-Neuinfektionen um 7% in den zwei Jahren seit Annahme des Europäischen Aktionsplans unterstreicht, vor welche Herausforderungen HIV/Aids die öffentlichen Gesundheitsdienste in der Europäischen Region stellt. 2012 wurden 131 000 HIV-Neuinfektionen gemeldet, was den höchsten jährlichen Wert seit Beginn ihrer statistischen Erfassung darstellt. Insgesamt beläuft sich die Zahl auf 1,5 Mio. Fälle. Ein Großteil der neuen Fälle stammte auch weiterhin aus dem Osten (2012: 76%), wo 92% der Neufälle auf die Russische Föderation und die Ukraine entfielen. Im mittleren Teil der Region² blieb die Zahl der Infektionen auf einem niedrigen Niveau, stieg jedoch von 2010 auf 2012 um 39%. Im Westen blieb die Epidemie auf einem stabilen Niveau.

¹ Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf).

² Die Ländergruppierungen entsprechen jenen, die in den gemeinsamen Jahresberichten der WHO und des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zum Thema HIV/Aids-Surveillance in Europa verwendet werden und die auf epidemiologischen Kriterien basieren. Zum östlichen Teil der Europäischen Region („Osten“) gehören: Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan; zum mittleren Teil der Region („Mitte“) gehören: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Montenegro, Polen, Rumänien, Serbien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, Zypern; zum westlichen Teil der Region („Westen“) gehören: Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Spanien, Vereinigtes Königreich.

4. Die Epidemie erstreckt sich weiter primär auf die durch HIV besonders gefährdeten Gruppen: Konsumenten intravenöser Drogen und ihre Sexualpartner, Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, Prostituierte, Häftlinge und Migranten. Im mittleren und westlichen Teil der Region war Geschlechtsverkehr zwischen Männern der häufigste Übertragungsweg, im östlichen Teil waren es heterosexuelle Kontakte und injizierender Drogenkonsum (s. Anhang A1).

5. Injizierender Drogenkonsum bleibt mit 34% der Neufälle im Jahr 2012 einer der primären Übertragungswege bei HIV-Neuinfektionen im Osten, im Westen betrug der Anteil nur 5%. In Mitteleuropa häufen sich Ausbrüche von HIV-Epidemien unter injizierenden Drogenkonsumenten. Bei der Prävention der HIV-Übertragung von Müttern auf Kinder konnten beachtliche Fortschritte erzielt werden. Die Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung wie auch der kongenitalen Syphilis gehört zu den Prioritäten für die Europäische Region. Im Osten ist Tuberkulose weiterhin der häufigste Hinweis auf eine Aids-Erkrankung. 2013 waren 13,3 Mio. Erwachsene in der Europäischen Region (1,8%) an Hepatitis B und 15,0 Mio. (2,0%) an Hepatitis C erkrankt, und die HIV-Hepatitis-Koinfektionsraten waren extrem hoch.

Erfolge

Strategischer Schwerpunkt 1: Optimierung von Prävention, Diagnose, Behandlung und Resultaten im Bereich HIV

6. Der Europäische Aktionsplan erhielt die Zustimmung aller Mitgliedstaaten, und 20 ausgewählte Länder aus dem mittleren und östlichen Teil der Region verabschiedeten umfassende Handlungskonzepte, Strategien und mittelfristige Pläne für einen auf den öffentlichen Gesundheitsdiensten begründeten Ansatz, der die Bekämpfung von HIV-Neuinfektionen, gezielte Maßnahmen zugunsten besonders gefährdeter Gruppen und die Verflechtung von Angeboten zur Prävention und Bekämpfung von HIV vorsieht.

7. Das Regionalbüro war den Mitgliedstaaten dabei behilflich, ihre Protokolle gemäß den Empfehlungen der WHO zu überprüfen, anzupassen und zu verabschieden. Hierbei wurden folgende Schwerpunkte gesetzt: HIV-Tests und HIV-Beratung; eine umfassende Versorgung und Therapie, einschließlich Vorsorgeuntersuchung und Behandlung von Koinfektionen (Tuberkulose und Virushepatitis); Schadensminderungsmaßnahmen; und Prävention der Mutter-Kind-Übertragung.

8. HIV-Untersuchungen und entsprechende Beratungsangebote werden in den Ländern der Region in zunehmendem Maße verfügbar, zugänglich und bezahlbar; dies gilt sowohl für die Gesundheitseinrichtungen als auch für die Allgemeinheit. Die qualitativen und ethischen Normen sind jedoch unterschiedlich, und manche Länder halten sich nicht an die Normen in Bezug auf Einwilligung nach vorheriger Aufklärung sowie auf Vertraulichkeit und die Verknüpfung mit geeigneten Behandlungs-, Versorgungs- und Betreuungsangeboten.

9. 2012 waren nach Schätzungen mindestens 50 Mio. Menschen in der Europäischen Region auf HIV getestet worden – Tendenz steigend. Dieser Anstieg spiegelt jedoch keine bessere Versorgung der Bevölkerungsgruppen wider, die dies am meisten benötigen, denn der prozentuale Anteil der untersuchten Personen in den einschlägigen Bevölkerungsgruppen blieb unterhalb der für die Europäische Region angestrebten Zielmarke von 90% bis 2015, wobei die Streubreite zwischen 38% und 50% lag (s. Anhang A1). Geschätzte 50% der Personen mit neu diagnostizierter HIV-Infektion gehen erst in einem späten Stadium (CD4-Zahl < 350 pro ml Blut) zur Untersuchung, und es hat seit 2010 keine Verbesserung in Bezug auf frühzeitige Diagnosen gegeben.

10. Das Regionalbüro hat die Anstrengungen der Mitgliedstaaten zur Ausweitung des Zugangs zu HIV-Tests und Beratungsangeboten und zur Förderung ihrer frühzeitigen Inanspruchnahme, zur Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse stark gefährdeter Bevölkerungsgruppen und zur Verringerung der Zahl der undiagnostizierten Personen und der späten Diagnosen durch Verbesserung der Frühdiagnose und frühzeitige Aufnahme in Versorgungsangebote unterstützt. Zu diesen Maßnahmen gehörten auch die Veröffentlichung und Verbreitung des Rahmenkonzeptes für die *Ausweitung von HIV-Tests und HIV-Beratung in der Europäischen Region der WHO* (2010), die Unterstützung der EU-Initiative „Europäische HIV-Testwoche“ (2013), der gesamteuropäischen Initiative „HIV in Europa“ (2012–2103) und damit verbundener Konferenzen sowie die direkte fachliche Hilfe für die Mitgliedstaaten.

11. Zwischen 2010 und 2012 erreichten sechs Länder das für 2015 anvisierte europäische Ziel einer Reduzierung der Zahl der HIV-Neuinfektionen infolge injizierenden Drogenkonsums um 50%, weitere elf Länder sind auf bestem Wege. 14 Länder verzeichneten als Ausgangswert maximal zwei Fälle infolge injizierenden Drogenkonsums und keine wesentliche Veränderung in den letzten Jahren. Innerhalb der Europäischen Region blieb die Rate der HIV-Übertragung durch injizierenden Drogenkonsum insgesamt relativ stabil; sie nahm im Osten ab, stieg aber in der Mitte und im Westen an, was hauptsächlich auf Ausbrüche in zwei EU-Staaten zurückzuführen war.

12. Die meisten Länder haben das von der WHO zusammen mit dem Gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS) und dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) empfohlene Maßnahmenpaket zur HIV-Prävention, -Therapie und -Betreuung bei Drogenkonsumenten umgesetzt. Bestimmte Komponenten des Pakets wurden in manchen Ländern nicht zur Verfügung gestellt: so boten sechs Länder keine Opioidsubstitutionstherapie und vier keine Nadel- und Spritzentauschprogramme an.

13. 2011 erhielten mehr als 713 000 Menschen in 45 Ländern der Europäischen Region, davon 11 300 im östlichen Teil der Region, Opioidsubstitutionstherapie. Der Versorgungsgrad der Personen, die eine solche Therapie benötigen, lag in der Europäischen Region zwischen 0% und 82%, in den meisten Ländern im Osten jedoch weiterhin unter 5%.

14. Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten bei Maßnahmen zur Prävention von Neuinfektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten, bei der Milderung anderer gesundheitlicher Probleme von Drogenkonsumenten und bei der Verbesserung der Zugänglichkeit und Qualität von Schadensminderungsangeboten unterstützt, insbesondere in Bereichen wie HIV-Therapie, integrierte Angebote für HIV, Tuberkulose und Virushepatitis und Opioidsubstitutionstherapie. Dies geschah konkret durch:

- sozialbehavioristische Forschungsarbeiten über die Intensivierung des Zugangs zu Maßnahmen der Schadensminderung, Therapie und Versorgung für injizierende Drogenkonsumenten und Bestimmung struktureller Hindernisse und umweltbedingter Risikofaktoren (zusammen mit der Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher der EU-Kommission (EAHC), der London School of Hygiene and Tropical Medicine, der Weltbank und anderen Partnern) im Zeitraum 2010–2013;
- Beitrag zu systematischen Übersichtsarbeiten mit dem Ziel der Bestimmung und Aufbereitung von Prävalenzschätzungen und Risikofaktoren unter injizierenden Drogenkonsumenten (zusammen mit der London School of Hygiene and Tropical Medicine);
- Veranstaltung von Seminaren und Veröffentlichung von Leitfäden für die Einführung bzw. Ausdehnung der Opioidsubstitutionstherapie (zusammen mit der EAHC und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) im Jahr 2013;

- Veranstaltung einer Fachkonsultation der Europäischen Region über Präventionsmaßnahmen gegen HIV bei injizierenden Drogenkonsumenten in den Mitgliedstaaten in Zentralasien (mit UNAIDS und anderen Partnern) im Jahr 2012;
- Vorlage umfassender Lageberichte und Weitergabe von vorbildlichen Praktiken sowie von Erfahrungen und Herausforderungen in Bezug auf Maßnahmen der HIV-Prävention bei injizierenden Drogenkonsumenten, sowohl im Strafvollzug als auch in der Gesellschaft (zusammen mit UNAIDS, der Weltbank und anderen Partnern);
- Ernennung eines neuen WHO-Kooperationszentrums für Schadensminderung im Jahr 2013, um Kapazitäten aufzubauen und fachliche Unterstützung bei der Förderung hochwertiger evidenzbasierter Konzepte zur Bekämpfung des Drogenkonsums zu leisten (Institut für öffentliche Gesundheit, Fakultät für Medizin, Universität Vilnius, Litauen);
- Bereitstellung fachlicher Unterstützung und Überzeugungsarbeit im Bereich der Schadensminderung zusammen mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und anderen Partnern.

15. Zwischen 2010 und 2012 konnten 15 Länder die sexuelle Übertragung von HIV um 5% oder mehr reduzieren, doch nur drei Länder vermochten das für die Europäische Region gesteckte Ziel einer Verringerung um 50% bis 2015 vollständig oder auch nur annähernd zu erreichen. Die sexuelle Übertragung nahm im Osten und in der Mitte zu und im Westen ab. Die heterosexuelle Übertragung war im Osten mit der Übertragung von männlichen injizierenden Drogenkonsumenten und Migranten auf ihre Partnerinnen und im Westen durch die Migration aus Ländern mit generalisierten HIV-Epidemien bedingt; in Westeuropa machen Migranten mehr als ein Drittel der Fälle mit heterosexueller Übertragung aus. Die Verwendung von Kondomen fiel je nach Bevölkerungsgruppe sehr unterschiedlich aus; 2012 war sie unter Prostituierten am höchsten (88%), unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten niedriger (56%) und unter injizierenden Drogenkonsumenten am niedrigsten (42%).

16. Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten bei Maßnahmen zur Prävention der sexuellen Übertragung unterstützt: durch Übersetzung und Verbreitung globaler Leitlinien über die Prävention und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragenen Infektionen unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten sowie Transgendern.

17. 2012 waren nur 1% der gemeldeten HIV-Neuinfektionen auf Mutter-Kind-Übertragung zurückzuführen. Die Zahl der infizierten Kinder hat seit 2010 um 10% abgenommen, überwiegend aufgrund eines Rückgangs im Westen; 75% der infizierten Kinder kamen aus dem östlichen Teil der Region. Im Westen stammten bei fast 40% der infizierten Kinder die Mütter aus Ländern mit generalisierten Epidemien.

18. Die Europäische Region erreichte in Bezug auf ART zur Reduzierung des Risikos einer Mutter-Kind-Übertragung (> 95%) sowie auf die Diagnose bei Säuglingen (> 95%) und auf HIV-Tests und HIV-Beratung für Schwangere (2011: 69%) jeweils weltweit den höchsten Versorgungsgrad und konnte diesen halten. Auch bei der Verwirklichung der für die Europäische Region festgelegten Zielmarke, bis 2015 HIV-Tests und HIV-Beratung für 95% der Schwangeren bereitzustellen, wurden Fortschritte erzielt. Elf ausgewählte Länder im Osten wollen bis 2015 von der durch die WHO empfohlenen sog. „Option B“ zur Verhütung der Mutter-Kind-Übertragung auf die „Option B+“³ umstellen.

³ Die WHO empfiehlt grundsätzlich zwei Optionen für die Verhütung einer Mutter-Kind-Übertragung von HIV: Die Option B ist die lebenslange Anwendung der ART nur für Schwangere und Stillende, die zum Schutz ihrer eigenen Gesundheit Anspruch auf Behandlung haben (d. h. ART sollte bei nicht anspruchsberechtigten Frauen nach der Entbindung und dem Abstillen eingestellt werden). Dagegen sieht Option B+ eine lebenslange ART für alle Schwangeren und Stillenden unabhängig von Infektionsstadium und CD4-Zellzahl vor.

19. Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten bei der Eliminierung der vertikalen Übertragung von HIV unterstützt:

- durch Propagierung der konsolidierten Leitlinien der WHO über die Nutzung antiretroviraler Medikamente in Fachkonsultationen auf Ebene der Europäischen Region (2013);
- durch Umsetzung von Sondierungsvorhaben und Missionen in den Ländern zur Feststellung von Fortschritten bei der Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV und kongenitaler Syphilis, unter Schwerpunktlegung auf die einschlägigen Bevölkerungsgruppen (gemeinsam mit UNAIDS, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA));
- durch Untersuchung von Fortschritten und Bekämpfung von Problemen bei der Bestimmung und Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung;
- durch Vorbereitung einer Konsultation auf Ebene der Region über die Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV und kongenitaler Syphilis (zusammen mit UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UNODC u. a.).

20. Die Mitgliedstaaten haben signifikante Fortschritte bei der Bereitstellung von Therapie- und Versorgungsangeboten für Menschen mit HIV erzielt, u. a. durch Verbesserungen bei der Überwachung im Labor sowie im Bereich der Leistungserbringung. Die Anwendung der ART wurde in allen Teilen der Europäischen Region ausgeweitet. Auch wenn bisher keines der Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen das für die Europäische Region gesteckte Ziel eines Versorgungsgrades von 80% bis 2015 erreicht hat, so hat sich doch die Zahl der Personen, die eine ART erhalten, beträchtlich erhöht, sodass 2012 schon 70 000 Patienten mehr eine solche Behandlung erhielten als 2010 (s. Anhang A1). Der Versorgungsgrad mit ART erhöhte sich im Osten zwischen 2010 und 2012 von 23% (129 000) auf 35% (199 000). Im Westen war die Zahl der Empfänger von ART hoch (560 000), und die meisten Länder hatten das für 2015 gesteckte Ziel eines Versorgungsgrades von 80% bereits erreicht oder waren auf bestem Wege dazu.

21. Die Mehrheit der Empfänger von ART im Osten erhielten eine von der WHO empfohlene Behandlung mit Erstrangmedikamenten, wobei primär Festdosiskombinationen von Antiviralien verwendet wurden. Untersuchungen auf virale Belastung und CD4-Zahl waren mit zwei Ausnahmen in allen Ländern im östlichen Teil der Region möglich, und die Länder nahmen die Empfehlung der WHO zur Untersuchungshäufigkeit (alle drei bis sechs Monate) in ihre Leitlinien auf.

22. Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten bei der Gewährleistung eines Zugangs zu Therapie- und Versorgungsangeboten für alle Menschen mit HIV unterstützt:

- durch Weiterverbreitung und Anwendung der konsolidierten Leitlinien der WHO für den Gebrauch antiretroviraler Medikamente zur Behandlung bzw. Prävention von HIV-Infektionen innerhalb der Europäischen Region;⁴
- durch Einberufung einer Fachkonsultation der Europäischen Region über die Verbreitung und Anwendung der Leitlinien in zwölf Ländern Osteuropas und Zentralasiens;
- durch Unterstützung von elf Ländern bei der Ausarbeitung nationaler Pläne zur Anpassung ihrer Politik an die neuen Empfehlungen der WHO;

⁴ In den neuen Leitlinien werden die Anspruchskriterien für ART ausgeweitet. Außerdem wird für bestimmte Bevölkerungsgruppen die Einleitung einer Behandlung unabhängig von der CD4-Zellzahl empfohlen und die Empfehlung einer bevorzugten Behandlung von Personen mit fortgeschrittenem Krankheitsbild gegenüber Personen mit einer CD4-Zahl zwischen 350 und 500 Zellen/mm³ aufrechterhalten.

- durch Ernennung eines neuen Kooperationszentrums für HIV und Virushepatitis (HIV-Programm Kopenhagen, Naturwissenschaftliche Fakultät, Abteilung Internationale Gesundheitsfragen, Immunologie und Mikrobiologie, Universität Kopenhagen), um das Regionalbüro bei der Bereitstellung fachlicher Hilfe für die Länder zu unterstützen;
- durch Evaluation und Abgabe von Empfehlungen zur ART und zur Optimierung der Leistungserbringung auf diesem Gebiet an insgesamt neun Länder.

23. 2012 wurden weniger als 0,3% der HIV-Neuinfektionen in Gesundheitseinrichtungen erworben; dennoch erhöhte sich zwischen 2010 und 2012 die Zahl der Nosokomialinfektionen in der Europäischen Region um 178%, was durch einen Anstieg im Osten bedingt war. In allen Mitgliedstaaten werden qualitätsgesicherte Untersuchungen des gesamten Spenderbluts auf HIV durchgeführt. Um die für die Europäische Region festgelegte Zielmarke einer Verringerung der nosokomialen Übertragung um 80% bis 2015 zu erreichen, müssen die durch die Gesundheitsversorgung bedingten Ausbrüche von HIV wirksamer verhindert bzw. bekämpft werden.

Strategischer Schwerpunkt 2: Herbeiführung weiter reichender gesundheitlicher Resultate durch Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV

24. Drei vorrangige Länder im Osten haben die Bereitstellung der Opioidsubstitutionstherapie in den Rahmen der ART eingefügt, drei weitere streben dies bis 2015 an. Zwei Länder bieten diese Therapie inzwischen auch in Tuberkulosekliniken an, und drei weitere planen ihre Aufnahme in ihre nationale Politik bis 2015.

25. 2012 hatte der Versorgungsgrad gemeldeter Tuberkulosepatienten mit HIV-Tests 60% erreicht, und 62% der HIV-positiven Tuberkulosepatienten erhielten eine ART. Alle drei Länder mit einer hohen Belastung durch HIV/Aids und Tuberkulose waren dabei, das Zwölf-Punkte-Paket über gleichzeitige Maßnahmen gegen Tuberkulose und HIV umzusetzen. Zehn Länder im Osten folgten der Empfehlung der WHO, allen Personen mit HIV und Tuberkulose eine ART zu ermöglichen, und acht Länder schrieben vor, die ART innerhalb von acht Wochen nach Beginn der Tuberkulosebehandlung einzuleiten.

26. Auch wenn die Untersuchung auf Virushepatitis als Teil einer umfassenden Versorgung von HIV-Infizierten empfohlen wird, so wurden doch im Zeitraum 2010–2011 im Osten nur ein Drittel der Personen, die wegen HIV versorgt werden, auf Hepatitis B und C untersucht.

27. Das Regionalbüro hat durch Unterstützung kooperativer Maßnahmen und durch Verflechtung der Programme für HIV und Tuberkulose direkt zur Bekämpfung von Tuberkulose-HIV-Koinfektion sowie von sexuell übertragbaren Infektionen beigetragen: Dies geschah konkret durch:

- bereichsübergreifende Bestandsaufnahmen der nationalen Programme für HIV, sexuell übertragbare Infektionen sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit, jeweils in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen;
- Bewertung der Verfügbarkeit von Untersuchungen auf Infektionskrankheiten bzw. andere für die HIV-Behandlung relevante Einflussfaktoren (Tuberkulose, Virushepatitis B und C, sexuell übertragbare Infektionen, Schwangerschaft) in sieben vorrangigen Ländern;
- Evaluation von Kooperationen zwischen den Bereichen HIV und Tuberkulose und Verflechtung der Angebote in sieben Ländern;
- Ausarbeitung von Empfehlungen für die Verbesserung der Zugänglichkeit der Untersuchung, Diagnose, Behandlung und Beobachtung von Patienten mit Tuberkulose-HIV-Koinfektion;

- Veröffentlichung eines Schulungshandbuchs für die Entwicklung von Tuberkuloseangeboten für Drogenkonsumenten zusammen mit dem Eurasian Harm Reduction Network und der Europäischen Kommission;
- Förderung der Sensibilisierung für Angebote zur Stärkung der Prävention und Behandlung der Virushepatitis sowie der Ausweitung solcher Angebote, u. a. durch eine regionsweite Kampagne zum Welt-Hepatitis-Tag, und Veröffentlichung einer Studie über die Prävalenz von Hepatitis B und C;
- Veröffentlichung von Artikeln und Dokumenten über erschwerende und erleichternde Faktoren für die Behandlung von HIV, Hepatitis C und Tuberkulose und Stärkung der Verknüpfungen zwischen Gesundheit im Strafvollzug und den öffentlichen Gesundheitsdiensten.

Strategischer Schwerpunkt 3: Aufbau starker und nachhaltiger Systeme

28. Beim Aufbau starker und nachhaltiger Gesundheitssysteme haben die Mitgliedstaaten in unterschiedlichem Maße Fortschritte erzielt. Insgesamt vermelden 38 von ihnen die Schaffung einer ressortübergreifenden Strategie zur Bekämpfung von HIV-Infektionen, während 33 über ein offiziell anerkanntes, ressortübergreifendes nationales Gremium zur Koordinierung in Aids-Fragen verfügen; 24 haben bisher Maßnahmen im Bereich HIV in ihre Entwicklungspläne aufgenommen.

29. Zahlreiche Länder im Osten erhielten Unterstützung durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (Globaler Fonds). Die Regierungen haben eine stärkere Führungsrolle angenommen, und mindestens drei Länder (Estland, Kasachstan, Russische Föderation) haben nach Auslaufen der Fördermittel des Globalen Fonds in vollem Maße die Verantwortung für die Finanzierung ihrer ART-Programme übernommen. Im Durchschnitt wurden 93% der Programme für Prostituierte, 96% der Programme für Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten und 78% der Programme für injizierende Drogenkonsumenten mit Finanzmitteln aus internationalen Quellen bestritten.

30. Versorgungsengpässe bei antiretroviralen Medikamenten sind nach wie vor problematisch, vor allem im Osten, auch wenn im Jahr 2012 solche Engpässe nur noch aus fünf Einrichtungen in zwei Ländern gemeldet wurden (s. Anhang A1). Einige Länder haben in entlegenen Gebieten neue Einrichtungen für die Durchführung von ART eröffnet oder ihre Angebote dezentralisiert, um maßgebliche Bevölkerungsgruppen wie Migranten durch mobile Kliniken zu erreichen.

31. Das Regionalbüro hat direkt dazu beigetragen, starke und nachhaltige Systeme aufzubauen:

- durch Unterstützung einer regionsweiten Initiative zur Ausdehnung der Versorgung mit ART mittels Dokumentierung der bestehenden Angebote in elf vorrangigen Ländern im Osten (gemeinsam mit UNAIDS);
- durch Förderung und Bereitstellung fachlicher Hilfe bei der Dezentralisierung von Therapie- und Versorgungsangeboten im Bereich HIV;
- durch Aufbau einer Initiative zur Verbesserung der Qualität der HIV-Prävention in der Europäischen Region (zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und AIDS Action Europe).

32. Das Regionalbüro hat den Ausbau der strategischen Informationssysteme in der Europäischen Region für die Surveillance, Überwachung und Evaluation im Bereich HIV/Aids weiter vorangetrieben:

- durch Abstimmung der Surveillance-Maßnahmen mit dem ECDC [Das Regionalbüro und das ECDC veröffentlichen jährliche Berichte, zuletzt 2013 über die Daten von 2012. Alle 53 Mitgliedstaaten sind aufgerufen, jährlich ihre nationalen Daten aus der Surveillance von HIV/Aids vorzulegen, und erhalten dabei die nötige Unterstützung. 2013 legten 51 der 53 Mitgliedstaaten (96%) Daten vor.];
- durch Veranstaltung regelmäßiger gemeinsamer Tagungen des HIV-Surveillance-Netzwerks mit allen Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region der WHO (zusammen mit dem ECDC), zuletzt im Mai 2014 in Dubrovnik (Kroatien);
- durch Überarbeitung der HIV-Surveillance in der Europäischen Region zusammen mit dem ECDC, etwa durch Verflechtung von HIV-Surveillance und Aids-Surveillance; durch Vereinfachung der Daten über Exposition und durch Aufnahme biomedizinischer Marker; und durch Beobachtung der von den Ländern ergriffenen Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV-Infektionen (in Zusammenarbeit mit ECDC, UNAIDS und UNICEF) mittels jährlicher Datenerhebung und eines von UNAIDS betreuten gemeinsamen Online-Meldetools mit vereinheitlichten Indikatoren und regelmäßigen Fortschrittsberichten über Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV auf regionsweiter und globaler Ebene;
- durch Einberufung einer Fachkonsultation zur Überprüfung von Modellen für die Abschätzung der HIV-Prävalenz und des Bedarfs an ART (in Zusammenarbeit mit UNAIDS und den United States Centers for Disease Prevention and Control);
- durch Fortsetzung der Stärkung der Kapazitäten der Länder für die Realisierung wirksamer, nachhaltiger und kontextspezifischer Systeme für Surveillance, Beobachtung und Evaluation im Bereich HIV;
- durch das Angebot von Schulungen und fachlicher Hilfe in den Bereichen Surveillance, Beobachtung und Evaluation über das Kooperationszentrum für HIV-Surveillance in Zagreb (Kroatien).

Strategischer Schwerpunkt 4: Abbau sozial und strukturell bedingter Hindernisse für den Zugang zu Angeboten

33. 13 von 28 Ländern (46%) gaben an, dass ihre Rechtsvorschriften oder politischen Handlungskonzepte teilweise wirksame Maßnahmen zur Prävention, Therapie, Versorgung und Betreuung im Bereich HIV zugunsten der einschlägigen Bevölkerungsgruppen und anderer anfälliger Gruppen behinderten. Die am häufigsten betroffenen Gruppen sind injizierende Drogenkonsumenten, Prostituierte, Häftlinge und Migranten.

34. Die meisten Mitgliedstaaten haben bei der Reduzierung der Anfälligkeit Fortschritte erzielt, etwa durch konkrete Thematisierung von Menschenrechten oder ihre Einbeziehung in ihre nationalen Aids-Strategien und durch Befragung und Einbindung der Zivilgesellschaft in die Gestaltung von Konzepten und Entscheidungsprozessen zur Bekämpfung von HIV und Virushepatitis.

35. Einige Länder haben die Anfälligkeit reduziert und konkret strukturelle Hindernisse für eine Senkung der Neuinfektionsrate ins Visier genommen. In anderen Ländern konnten durch Modellierung die potenziellen Auswirkungen auf die Inzidenz und Prävalenz von HIV veranschaulicht werden.

36. Insgesamt 24 Länder verfügen nach eigenen Angaben über Programme zur Bekämpfung der durch HIV bedingten Stigmatisierung und Diskriminierung, die auf Gesundheitspersonal, Medien und Berufswelt ausgerichtet sind. 30 aus 35 Ländern (86%) erwähnen in ihren nationalen HIV-Konzepten oder -Strategien konkret den Schutz und die Propagierung von Menschenrechten.

37. Das Regionalbüro arbeitet in der Beobachtung von Aspekten wie Versorgungslücken bei HIV-Medikamenten sowie HIV-Tests, HIV-Beratung und Maßnahmen der HIV-Programme eng mit der Zivilgesellschaft zusammen. Das Regionalbüro hat auch zeitnah auf Sachfragen reagiert, die von nationalen Bündnissen aus der Zivilgesellschaft sowie von regionsweiten Netzwerken zu verschiedenen Themen aufgeworfen wurden, etwa durch fachliche Unterstützung bei der Ausarbeitung eines Geschäftsszenarios für die Einführung eines Präqualifikationsverfahrens für Medikamente in der Ukraine als Voraussetzung für den Erwerb antiretroviraler Medikamente.

38. Das Regionalbüro hat in Ländern wie Aserbaidschan, Griechenland, Kasachstan und der Ukraine aktiv eine Einbeziehung der Zivilgesellschaft sowie Beiträge zur Entwicklung einer nationalen Strategie und zur Überprüfung des nationalen Programms unterstützt.

39. Das Regionalbüro hat die Tätigkeit von regionsweiten Netzwerken wie dem Eurasian Harm Reduction Network (durch Kooperationen und Finanzmittel), der Eurasian Coalition on Men's Health (in fachlicher und finanzieller Hinsicht) und der International Treatment Preparedness Coalition for eastern Europe and central Asia und dem European Civil Society Forum (durch Informationsaustausch und Einbindung in wichtige regionsweite Prozesse) unterstützt.

40. In den meisten Ländern ist die Zivilgesellschaft in unterschiedlichem Maße an der Planung und Veranschlagung der nationalen Strategiepläne beteiligt; nur 11% der Länder gaben an, es gebe keine Beteiligung der Zivilgesellschaft. Organisationen der Zivilgesellschaft bieten in zunehmendem Maße bürgernahe HIV-Schnelltests und Kontakte zu Angeboten der HIV-Versorgung an. Die Beteiligung der Zivilgesellschaft an der Bereitstellung von Präventionsangeboten ist in vielen Mitgliedstaaten relativ stark ausgeprägt. Die Ausgaben der nationalen HIV-Programme für Maßnahmen der Zivilgesellschaft fielen innerhalb der Europäischen Region unterschiedlich hoch aus und waren im Westen (nahe 50%) tendenziell höher als in der Mitte (19%) und im Osten (7%).

41. 2013 veröffentlichten das Regionalbüro und die Weltbank eine systematische Übersichtsarbeit, in der die Evidenz zur Anfälligkeit für HIV-Infektionen und die diesbezüglichen Gegenmaßnahmen in allen Ländern der Region untersucht werden.

42. Das Regionalbüro hat die Länder bei der Bekämpfung der Anfälligkeit und bei der Beseitigung struktureller Hindernisse unterstützt:

- durch Reaktion auf Versuche einer Ausdehnung von Vorschriften und Verfahren für obligatorische HIV-Untersuchungen und durch konsequente Ablehnung obligatorischer HIV-Tests;
- durch Überzeugungsarbeit gegen Gesetze und Praktiken, die den Zugang zu Präventions- und Behandlungsangeboten beeinträchtigen und die Hochrisikogruppen marginalisieren oder kriminalisieren;
- durch einen Beitrag zu einer systematischen Übersichtsarbeit mit dem Ziel der Bestimmung und Aufbereitung von Prävalenzschätzungen und Risikofaktoren unter injizierenden Drogenkonsumenten, die zu dem Ergebnis kam, dass sich bei Kontakt mit Strafverfolgungsbehörden und bei Vorhandensein bestimmter Rechtsvorschriften das Risiko einer HIV-Infektion erhöht;
- durch Überzeugungsarbeit und Hilfe bei der Propagierung und Umsetzung von Konzepten und Praktiken zur Bekämpfung von HIV auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Menschenrechten.

Herausforderungen und Zukunftsausblick

43. In jüngster Zeit gewonnene Erkenntnisse und Empfehlungen aus aller Welt zu einem von den öffentlichen Gesundheitsdiensten getragenen Konzept für den Einsatz antiretroviraler Medikamente zur Behandlung und Prävention von HIV bringen uns heute einer erfolgreichen Bekämpfung der HIV-Epidemie näher. Um die Übertragung von HIV zu verhindern bzw. eine erfolgte Infektion zu behandeln und die Zielvorgaben des Europäischen Aktionsplans für 2015 zu erfüllen, wird eine umfassendere Nutzung der ART benötigt.

44. Zwar sind in neuen Leitlinien erweiterte Auswahlkriterien für die Einleitung einer ART vorgesehen, doch dürfte es den meisten Ländern mit begrenzten Mitteln und Kapazitäten schwer fallen, bis 2015 80% der Personen mit Therapiebedarf zu behandeln. Zu den entscheidenden Herausforderungen bei der Erhöhung des Versorgungsgrades mit ART gehören die Senkung der Zahl der nicht diagnostizierten HIV-Infektionen und der Diagnosen in einem fortgeschrittenen Stadium der Infektion, die Schaffung besserer Verknüpfungen zu Angeboten der HIV-Versorgung und deren konsequente Nutzung sowie die Verbesserung des Zugangs zur ART und zur Virussuppression. Die „HIV-Versorgungskaskade“ setzt sich aus den aufeinander folgenden Stadien des Kontinuums der Versorgung zusammen: von der HIV-Diagnose über die Vermittlung und konsequente Nutzung von Versorgungsangeboten bis zur Verschreibung der ART und zur Virussuppression. Die Konstruktion, die Evaluation und der Vergleich von HIV-Behandlungskaskaden und besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen in diesen Ländern wären bei der Messung von Fortschritten auf dem Weg zu einem allgemeinen Zugang und vor allem bei der Bestimmung von Stärken und Schwächen der HIV-Programme von Nutzen.

45. Die Länder könnten die Behandlungskosten dadurch senken, dass sie etwa die Leitlinien der WHO für die Optimierung der medikamentösen Behandlung einhalten und einfachere Instrumente zur Diagnose und Beobachtung verwenden; die so erzielten Einsparungen könnten sie zur Erhöhung des Versorgungsgrades mit ART nutzen.

46. Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind unverhältnismäßig stark von der HIV-Epidemie in der Europäischen Region betroffen, und durch die ökonomische Ungewissheit und die mit der Rezession verbundenen Risiken erhöht sich ihre Anfälligkeit für HIV und andere Infektionen. Die Verfahren und Praktiken für HIV-Tests sollten primär darauf abzielen, die in Bezug auf eine HIV-Infektion besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu erreichen, also auch Personen mit Virushepatitis oder aktiver Tuberkulose. Opioidsubstitutionstherapie und Nadel- und Spritzentauschprogramme müssen in allen Ländern (und insbesondere im Osten) weiter ausgebaut werden. Die Prävention der sexuellen Übertragung von HIV ist vor allem für Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten im östlichen Teil der Region, wo Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung Prävention und Therapie behindern, mit besonderen Herausforderungen verbunden.

47. Trotz der erreichten Fortschritte bleibt der Bereich der Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung problematisch, da es immer noch HIV-infizierte Schwangere gibt, die keinen Zugang zur vorgeburtlichen Versorgung haben oder die erst spät zur Untersuchung kommen, namentlich injizierende Drogenkonsumentinnen, Prostituierte, Angehörige ethnischer Minderheiten, Migrantinnen und Häftlinge. Die Kontakte zwischen den für injizierende Drogenkonsumenten und den für die Gesundheit von Müttern und Kindern zuständigen Stellen sind nach wie vor unzureichend, und es fehlt oft der nötige Sachverstand in Bezug auf die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung während der Schwangerschaft (mit der Drogensucht als weiterem komplizierendem Faktor).

48. Die unzureichende Befolgung standardmäßiger Vorsichtsmaßnahmen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen ist in einigen Ländern nach wie vor ein Problem.

49. Auch die Tuberkulose-Hepatitis-Koinfektion und die mangelnde Verflechtung der Angebote geben Anlass zur Besorgnis. Die Untersuchung von gemeldeten Tuberkulosepatienten auf HIV muss weiter ausgebaut werden, um eine wirksame HIV-Therapie zu gewährleisten. Die „Drei I“⁵ für die Reduzierung der Zahl der tuberkulosebedingten Todesfälle bei HIV-infizierten Personen sind noch nicht vollständig umgesetzt worden. Die Anstrengungen zur Prävention und Bekämpfung von Hepatitis und die Behandlungskosten sind mit besonderen Herausforderungen verbunden und machen eine weitere Verflechtung der bestehenden Angebote für Hepatitis erforderlich, insbesondere für injizierende Drogenkonsumenten. Der Aufbau stärkerer und nachhaltigerer Systeme bietet Chancen für eine stärker integrierte Leistungserbringung, vor allem für Hochrisikogruppen und im Hinblick auf eine wirksamere Bekämpfung von HIV.

50. Die Länder werden künftig zunehmend auf nationale Mittel zurückgreifen und in ihren HIV-Programmen mehr Verantwortung für die Finanzierung von Präventions- und Therapiemaßnahmen in anfälligen Bevölkerungsgruppen und namentlich für die Schadensminderung bei injizierenden Drogenkonsumenten übernehmen müssen.

51. Die strukturellen Hindernisse für den Zugang zu Angeboten für HIV, andere sexuell übertragbare Infektionen und Virushepatitis sowie zu anderen unentbehrlichen Angeboten (unter Einbeziehung der sozialen Determinanten von Gesundheit) müssen beseitigt werden.

52. Für die jeweils gewählten Handlungskonzepte sind starke Partnerschaften mit der Zivilgesellschaft und mit staatlichen Akteuren unverzichtbar. Als entscheidende Herausforderungen sind die Rechtsvorschriften anzusehen, die ein effektives Handeln behindern, aber auch die Stigmatisierung und Diskriminierung sowie die relative Schwäche der kommunalen Systeme in manchen Ländern. Die Verfügbarkeit von Mitteln und die sich wandelnde Sichtweise vieler Regierungen bilden die Grundlage für eine konstruktive und nachhaltige Beteiligung der Zivilgesellschaft an der Bekämpfung der HIV-Epidemie.

53. In dem Ergebnisdokument der Vierten Konferenz über HIV/Aids in Osteuropa und Zentralasien (Moskau, 12.–13. Mai 2014) wurden besondere Fortschritte in zentralen Bereichen der Bekämpfung von HIV/Aids festgestellt: Verbesserung des Zugangs zur ART, der Beschaffungsverfahren und des Bestands an Medikamenten; Erhöhung des Versorgungsgrades in Bezug auf die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV; Verbesserung des Informationsaustauschs unter den Ländern und der Weitergabe neuer Daten über die epidemiologische und ökonomische Effizienz von Präventionsmaßnahmen in maßgeblichen Bevölkerungsgruppen. Auf der Konferenz wurden außerdem folgende Herausforderungen angesprochen: unzureichende Finanzierung der HIV/Aids-Programme in den Ländern; unzureichende Umsetzung umfassender evidenzbasierter Strategien für Prävention und Untersuchung sowie innovativer Methoden in der HIV-Prävention, insbesondere zugunsten von Hochrisikogruppen; geringer Versorgungsgrad mit ART und geeigneten Diagnostika, vor allem im Strafvollzug; schwache Einbeziehung aller potenziellen Interessengruppen (u. a. Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Menschen mit HIV) in Konzepte zur Bekämpfung von HIV/Aids; unzureichende Berücksichtigung der Programme und Angebote im Bereich HIV für Frauen und Mädchen; und eine generell unzureichende Aufklärung junger Menschen in Bezug auf HIV-Infektion.

⁵ Verstärkte Fallsuche, präventive Therapie mit Isoniazid und Infektionsschutzmaßnahmen gegen Tuberkulose (engl.: intensified case-finding, isoniazid preventive therapy and infection control for TB)

Anhang A1: Indikatoren für Fortschritte bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans nach Handlungsfeld

	2010				2012				Veränderung (in %)
	Europäische Region ^a	Westen ^b	Mitte ^c	Osten ^d	Europäische Region	Westen	Mitte	Osten	
HIV-Diagnosen									
Zahl der neu gemeldeten HIV-Diagnosen									
	122 684	25 659	2 478	90 258	131 202	27 315	3 715	100 172	7%
HIV-Tests und HIV-Beratung									
Prozentualer Anteil der Personen in den Risikogruppen, die in den vergangenen 12 Monaten einen HIV-Test durchgeführt haben und das Ergebnis kennen ^e									
Prostituierte	49% (n = 21)	54% (n = 9)		45% (n = 12)	50% (n = 20)	55% (n = 9)		46% (n = 11)	
MSM	48% (n = 29)	51% (n = 10)	50% (n = 8)	42% (n = 10)	38% (n = 33)	44% (n = 12)	33% (n = 8)	37% (n = 13)	
PWID	46% (n = 29)	61% (n = 8)	41% (n = 8)	40% (n = 13)	45% (n = 27)	53% (n = 7)	48% (n = 9)	38% (n = 11)	
Prozentualer Anteil der Personen mit neu diagnostizierter HIV-Infektion mit CD4-Zahl < 350/mm ³ Blut zum Zeitpunkt der Diagnose									
	50% (n = 25)				50% (n = 29)				
Prozentualer Anteil der Schwangeren, die auf HIV-Infektion getestet wurden und den Befund erhielten ^f									
				63%				69%	10% (Osten)
Prozentualer Anteil der Neugeborenen von HIV-infizierten Müttern, bei denen innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt ein virologischer HIV-Test durchgeführt wurde ^g									
									> 95% (69% bis > 95%)
HIV-Übertragung durch injizierenden Drogenkonsum									
Neu diagnostizierte HIV-Infektionen infolge injizierenden Drogenkonsums									
	29 313	1 244	121	27 948	27 511	1 390	273	25 848	-6%
Zahl der opioidabhängigen Personen, die eine Opioidsubstitutionstherapie absolvieren									
	713 000 (n = 45)			11 300 (n = 12)					
Zahl der Einrichtungen für Opioidsubstitutionstherapie je 1000 PWID									
		33 (n = 9)	2,4 (n = 9)	0,3 (n = 12)			2,0 (n = 6)	0,2 (n = 8)	
Zahl der Einrichtungen für Nadel- und Spritzenaustauschprogramme je 1000 PWID									
		4,5 (n = 7)	1,8 (n = 9)	3,6 (n = 12)			1,3 (n = 6)	1,0 (n = 8)	
Sexuelle Übertragung von HIV									
Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei Männern infolge gleichgeschlechtlicher Sexualkontakte									
	13 092	11 792	758	542	12 944	11 378	975	591	-1%
Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen infolge heterosexueller Kontakte									
	37 175	12 035	687	24 453	38 466	9 654	915	27 897	3%
Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen infolge von Sexualkontakten (MSM und heterosexuelle Kontakte)									
	50 267	23 827	1 445	24 995	51 410	21 032	1 890	28 488	2%
Prozentualer Anteil der Personen in den Risikogruppen, die nach eigenen Angaben beim letzten Geschlechtsverkehr bzw. Kunden ein Kondom verwendet haben ^e									
Prostituierte	79% (n = 22)				88% (n = 11)				
MSM	56% (n = 26)				56% (n = 13)				
PWID	42% (n = 23)				42% (n = 15)				

	2010				2012				Veränderung (in %)
	Europäische Region ^a	Westen ^b	Mitte ^c	Osten ^d	Europäische Region	Westen	Mitte	Osten	
Mutter-Kind-Übertragung von HIV									
Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen infolge Mutter-Kind-Übertragung									
	1 009	282	31	696	912	193	33	686	-10%
Prozentualer Anteil der HIV-infizierten Schwangeren, die zur Senkung des Risikos der Mutter-Kind-Übertragung ART erhalten haben									
		> 95%		88%		> 95%		> 95%	8% (Osten)
Prozentualer Anteil der HIV-positiven PWID, die zur Senkung des Risikos der Mutter-Kind-Übertragung ART erhalten haben									
			66% (50% bis > 95%) (n = 7)						
Prozentualer Anteil der Neugeborenen von HIV-infizierten Müttern, die zur Vorbeugung gegen Mutter-Kind-Übertragung ART erhalten									
			75% (63% bis 91%)				94% (50% bis > 95%)		25% (Osten)
Behandlung und Betreuung von HIV-Infizierten									
Zahl der Personen, die aktuell ART erhalten									
	559 000	430 000		129 000	759 000	560 000		199 000	36%
Prozentualer Anteil der anspruchsberechtigten Erwachsenen und Kinder, die aktuell ART erhalten									
				23%				35%	52% (Osten)
Geschätzte Zahl der Aids-bedingten Todesfälle									
		7 700		83 000		7 600		91 000	10% (Osten)
Gemeldete Zahl der Todesfälle unter Aids-Fällen									
	6 661	1 949	283	4 429	5 983	713	252	5 018	13% (Osten)
HIV-Übertragung in Gesundheitseinrichtungen									
Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen infolge nosokomialer Übertragung									
	37	20	1	16	103	6	1	96	178%
Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen infolge der Transfusion von Blut und Blutprodukten sowie unter Blutern									
	80	79	1	0	63	55	1	7	-21%
Zahl der in allen Gesundheitseinrichtungen erworbenen neu diagnostizierten HIV-Infektionen									
	117	99	2	16	166	61	2	103	42%
Tuberkuloseprogramme									
Prozentualer Anteil der Tuberkulosepatienten mit bekanntem HIV-Status (Anteil der Getesteten, der HIV-Infektion hatte)									
	55% (5,9%)				60% (6,2%)				9%
Prozentualer Anteil der HIV-positiven Tuberkulosepatienten, die ART begonnen bzw. fortgesetzt haben									
	61%				62%				2%
Programme für Virushepatitis									
Prozentualer Anteil der zur HIV-Versorgung registrierten Erwachsenen und Kinder, die auf Hepatitis B und Hepatitis C untersucht wurden									
Hepatitis B	36% (n = 25)	88% (n = 6)	38% (n = 9)	30% (n = 10)					
Hepatitis C	39% (n = 25)	97% (n = 4)	29% (n = 12)	38% (n = 9)					
Medikamente, Diagnostika und andere Gebrauchsgüter									
Zahl der ART anbietenden Gesundheitseinrichtungen, die in den vergangenen 12 Monaten mindestens einen Versorgungsengpass in Bezug auf ART erlebt haben									
				20 (n = 7)				5 (n = 2)	

n: Zahl der Länder, die Daten übermittelt haben; MSM: Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten; PWID: injizierende Drogenkonsumenten; ART: antiretrovirale Therapie.

^a Europäische Region: alle 53 Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region

^b Westen: Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Spanien, Vereinigtes Königreich

^c Mitte: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Montenegro, Polen, Rumänien, Serbien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, Zypern

^d Osten: Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan

^e Daten beziehen sich auf die Jahre 2009 und 2011

^f Daten beziehen sich ausschließlich auf das Jahr 2011

^g Daten beziehen sich auf die Jahre 2009 und 2012

B. Fortschritte zum Thema schädlicher Alkoholkonsum in der Europäischen Region der WHO

Einführung und Hintergrund: Verstärkte Maßnahmen in der Region erforderlich

1. Durch Resolution EUR/RC61/R4 ersuchte das Regionalkomitee die Mitgliedstaaten, den Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) (Dokument EUR/RC61/13) als Ausgangspunkt für die Formulierung bzw. Reformulierung nationaler Alkoholstrategien und Aktionspläne zu nutzen. Außerdem wurde die Regionaldirektorin gebeten, Mitgliedstaaten und Organisationen in der Vorbereitung und Umsetzung nationaler Strategien zur Prävention und Reduktion der durch Alkoholkonsum entstehenden Schäden zu unterstützen, Fortschritt, Auswirkung und Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zu beobachten und das Informationssystem der Europäischen Region für Alkohol und Gesundheit mit den gesammelten Daten, zu aktualisieren.

2. Die Europäische Region ist die WHO-Region mit dem höchsten Alkoholkonsum Erwachsener, der hier fast das Zweifache des Weltdurchschnitts beträgt. Im Zeitraum 2008–2010 lag der Alkoholkonsum Erwachsener (≥ 15 Jahre) in der Europäischen Region bei insgesamt 10,9 Litern reinen Alkohols, was gegenüber dem Zeitraum 2003–2005 einen Rückgang bedeutet, als er bei 12,2 Litern lag. Länderspezifische Trends sind aus dem Anhang B ersichtlich. Der nicht registrierte Konsum wurde für den Zeitraum 2008–2010 mit 1,9 Litern reinen Alkohols veranschlagt, was 17% des registrierten Gesamtkonsums in der Region entspräche; 2003–2005 wurde diese Menge auf 2,7 Liter bzw. 22% des Gesamtkonsums geschätzt. Die Abstinenzrate über einen Zeitraum von 12 Monaten lag im Durchschnitt der Region bei 33,6% und fiel im Westen der Region aber am niedrigsten, dagegen in Ländern mit hohem muslimischen Bevölkerungsanteil wie etwa in der Türkei und in Ländern Zentralasiens am höchsten aus. Männer trinken in der Regel mehr als Frauen: im Zeitraum 2008–2010 betrug der Durchschnittskonsum der Alkohol trinkenden Männer 22,7 Liter, der Frauen dagegen nur 10,1 Liter reinen Alkohols. Als sporadisches Rauschtrinken gilt der Konsum von mindestens 60 g reinen Alkohols pro Anlass. Im Durchschnitt geben 31,8% der männlichen und 12,6% der weiblichen Alkoholkonsumenten an, sich im Verlauf des jeweils zurückliegenden Monats einen Rausch gemäß dieser Definition angetrunken zu haben, wobei zwischen den Mitgliedstaaten aber erhebliche Unterschiede bestehen. Der Anteil der Alkoholkonsumenten an der Gesamtbevölkerung der Region ging von 68,8% im Zeitraum 2003–2005 auf 66,4% im Zeitraum 2008–2010 zurück.

3. Schätzungen zufolge sind 6,4% der Männer und 1,2% der Frauen in der Europäischen Region der WHO alkoholabhängig und leiden 12,6% der Männer und 2,9% der Frauen an einer Störung durch Alkoholkonsum.

Entwicklungen im Bereich der Alkoholpolitik – die zehn Handlungsfelder¹

Führungsstärke, Bewusstsein und Entschlossenheit

4. Seit Billigung des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) haben einige Länder ihre nationale Alkoholpolitik fortentwickelt bzw. umgestaltet. Bis April 2014 hatte das Sekretariat von den 53 Mitgliedstaaten in Erfahrung gebracht, dass 38 über eine schriftlich formulierte nationale Alkoholpolitik verfügten und dass 20 ihre Konzepte derzeit aktualisieren. Von den 15 Staaten, die noch über keine nationale Politik verfügen, sind neun im Begriff, eine solche zu entwickeln. Seit 2012 haben zehn Mitgliedstaaten eine neue Alkoholpolitik angenommen, die der Linie des Europäischen Aktionsplans Alkohol folgt.

5. Seit 2011 haben die folgenden Länder ihre Alkoholpolitik revidiert oder ratifiziert: Albanien, Belarus, Deutschland, Estland, Finnland, Irland, Island, Lettland, Litauen, Montenegro, Norwegen, Polen, Republik Moldau, San Marino, Schweden, die Schweiz, Tadschikistan, die Türkei, Turkmenistan, Usbekistan und das Vereinigte Königreich.

Maßnahmen des Gesundheitswesens

6. Der Gesundheitssektor spielt eine wichtige Rolle sowohl dabei, Menschen mit schädlichem Alkoholkonsumpegel und mit therapiebedürftigen alkoholbedingten Störungen aufzuspüren. Eine Reihe von Ländern strebt Kontrollen und Kurzinterventionen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung an und 27 Mitgliedstaaten² verfügen über klinische Leitlinien für derartige Kurzinterventionen, die von mindestens einem Fachgremium im Gesundheitswesen angenommen bzw. gebilligt wurden.

Maßnahmen in der Gemeinschaft und am Arbeitsplatz

7. Bürgernahe Interventionsprojekte unter Beteiligung der Betroffenen existieren in 43 Mitgliedstaaten.² Am häufigsten sind nichtstaatliche Organisationen (in 41 Mitgliedstaaten) und örtliche Lokalverwaltung (in 32 Mitgliedstaaten) als Partner engagiert.² 20 Mitgliedstaaten berichten von einer Einbeziehung einzelner Unternehmen, die in der Regel aus der Alkoholbranche stammen.²

8. 18 Mitgliedstaaten² verfügen über nationale Leitlinien für Vorsorge und Beratung zu Alkoholproblemen am Arbeitsplatz und in 17 Mitgliedstaaten² existieren Rechtsvorschriften für Alkoholtests am Arbeitsplatz. In 19 Mitgliedstaaten³ sind die Tarifpartner (Arbeitgeber wie Arbeitnehmer) auf nationaler Ebene an Maßnahmen zur Vorsorge und Abwendung von alkoholbedingten Schäden am Arbeitsplatz beteiligt.

Promillegrenzen und Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer

9. Bis auf zwei Länder (Malta und das Vereinigte Königreich) haben alle eine Höchstgrenze des Blutalkoholspiegels von 0,5 g/l oder weniger für das Führen von Kraftfahrzeugen festgelegt. In neun Ländern darf man mit Alkohol im Blut gar nicht hinter dem Steuer sitzen.

¹ Einzelheiten zu den Maßnahmen der Mitgliedstaaten sind im Europäischen Informationssystem der Europäischen Region für Alkohol und Gesundheit verfügbar [Website] (<http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main=euro>).

² Aus zwei Mitgliedstaaten sind keine Daten verfügbar.

³ Für vier Mitgliedstaaten sind keine Daten verfügbar.

10. Bis auf einen gaben alle Mitgliedstaaten an, Atemtests zur Messung des Blutalkoholspiegels einzusetzen. Blut- und Urintests sind auch weit verbreitet (in 44 Mitgliedstaaten). Stichproben, bei denen jeder Verkehrsteilnehmer von der Polizei angehalten und zu einem Atemtest aufgefordert werden kann, kommen in 46 Mitgliedstaaten zur Anwendung. Kontrollposten oder Straßensperren an öffentlichen Straßen ermöglichen der Polizei in 29 Mitgliedstaaten die Nüchternheit der Fahrer festzustellen und so die gesetzliche Promillehöchstgrenze für sie durchzusetzen.

Verfügbarkeit von Alkohol

11. In allen Mitgliedstaaten gibt es Altersgrenzen für den Verkauf alkoholischer Getränke. Am häufigsten ist die Mindestaltergrenze von 18 Jahren für alle Arten von alkoholischen Getränken, doch gibt es in zehn Ländern noch eine Bestimmung, die den Verkauf von Bier und Wein an Personen ab 16 Jahren erlaubt. Beschränkungen für den Verkauf außerhalb von Geschäftsräumen bestehen in 21 Ländern hinsichtlich der Verkaufszeiten, in 32 Ländern sind sie auf bestimmte Veranstaltungen beschränkt und in 20 Ländern ist der Verkauf an Tankstellen reguliert. Alkoholkonsum ist generell untersagt in den Gesundheitseinrichtungen von 25 Mitgliedstaaten, den Bildungseinrichtungen von 26 Mitgliedstaaten, den staatlichen Gebäuden von 22 Mitgliedstaaten und im öffentlichen Personenverkehr von 17 Mitgliedstaaten.

12. 36 Mitgliedstaaten (68%) geben an, dass Beschränkungen für den Verkauf von Alkohol an angetrunkene Personen gelten. Die Mehrzahl der Mitgliedstaaten schränken auch den Verkauf innerhalb- wie außerhalb von Geschäftsräumen während bestimmter Veranstaltungen ein. Zwischen 43% und 57% der Mitgliedstaaten berichten von Einschränkungen der Verkaufsorte je nach Getränkeart, doch nur sehr wenige beschränken die Verkaufstage bzw. die Dichte des Verkaufsstellenetzes.

Vermarktung alkoholischer Getränke

13. In 47 Mitgliedstaaten ist Werbung für Alkohol gesetzlich reglementiert und in 36 Ländern gibt es Einschränkungen hinsichtlich der Produktplatzierung von Alkohol. Zehn Mitgliedstaaten berichten von einem kompletten Verbot für Bierwerbung im nationalen Fernsehen und 14 bzw. 23 Mitgliedstaaten verbieten dort auch Werbung für Wein und Spirituosen. Zwölf Mitgliedstaaten geben an, dass Bierwerbung im nationalen Fernsehen nicht verboten ist und neun bzw. sechs Mitgliedstaaten verbieten dort auch nicht Werbung für Wein und Spirituosen. In den übrigen Ländern bestehen teilweise oder freiwillige Reglementierungen.

Preispolitik

14. Außer in zwei Mitgliedstaaten werden alkoholische Getränke mit einer gesonderten Mehrwertsteuer belegt, die von 8% bis 30% reicht,² in den meisten Ländern jedoch um 15–20% liegt. Alle Mitgliedstaaten gaben, dass auf Spirituosen eine Abgabe erhoben wird und bis auf einen Mitgliedstaat galt dies auch für Bier,⁴ doch wird Wein in zwölf Mitgliedstaaten nicht gesondert besteuert.⁴ In 13 Mitgliedstaaten wird die Abgabe regelmäßig der Inflation angepasst.

15. Einige Länder (Belarus, Kirgisistan, die Republik Moldau, die Russische Föderation und die Ukraine) melden, dass sie für alkoholische Getränke Mindestpreise festlegen. Schottland hat ebenfalls einen gesetzlichen Mindestpreis festgesetzt. Polen hat kürzlich beschlossen, Mindestpreise einzuführen.

⁴ Für einen Mitgliedstaat sind keine Daten verfügbar.

Verringerung der negativen Folgen des Trink- und Rauschverhaltens

16. Ca. 36% der Mitgliedstaaten melden, dass Alkoholausschenker regelmäßig systematisch geschult werden. Die Teilnahme an solchen Kursen kann von Staat oder Kommune als Voraussetzung für eine Schank- oder Verkaufslizenz für alkoholische Getränke verlangt werden.

17. Acht Mitgliedstaaten schreiben per Gesetz Sicherheits- und Gesundheitshinweise auf Flaschen, Dosen oder anderen Verpackungen alkoholischer Getränke vor, um die Verbraucher auf die mit dem Alkoholkonsum verbundenen Risiken aufmerksam zu machen bzw. an diese zu erinnern.⁵

18. Neun Mitgliedstaaten⁴ berichten von gesetzlich vorgeschriebenen Verbraucherhinweisen in Bezug auf Kalorien, Zusätze und Vitamine auf den Etiketten der Alkoholbehälter.

Verringerung der gesundheitspolitischen Folgen illegal gehandelten und schwarz gebrannten Alkohols

19. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung meldeten alle Mitgliedstaaten bis auf vier, dass sie über nationale Gesetze zur Prävention der illegalen Erzeugung und des Handels mit Eigen- und Schwarzbrand verfügten.

20. Die Verwendung von Abgabe-, Zoll- oder Steuermarken bzw. -etiketten für alkoholische Getränke wurde aus 14 Mitgliedstaaten für Bier, 20 Mitgliedstaaten für Wein und 34 Mitgliedstaaten für Spirituosen gemeldet.⁴

Beobachtung und Überwachung

21. 32 Mitgliedstaaten⁴ gaben an, dass sie über nationale Beobachtungssysteme für den Alkoholkonsum und seine Auswirkungen auf Gesundheit und Gesellschaft verfügten, die jeweils eine Sammlung demografischer und gesundheitlicher Daten enthielten.

22. 20 Mitgliedstaaten berichteten, dass sie regelmäßig umfassende Berichte über die Alkoholsituation im Lande anfertigten.⁶ Die am häufigsten behandelten Themen sind Alkoholkonsum Erwachsener (17 Mitgliedstaaten), Alkohol am Steuer sowie alkoholbedingte Verkehrsunfälle (17 Mitgliedstaaten) und Alkoholkonsum Minderjähriger (16 Mitgliedstaaten). Über die Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Alkohol im Einzelhandel wird weniger regelmäßig berichtet, obwohl die WHO gerade hier einen Bereich sieht, in dem Maßnahmen gegen alkoholische Getränke die durch nichtübertragbare Krankheiten verursachte Last maximal verringern könnten.

Zentrale Entwicklungen in der Alkoholpolitik

23. Seit Annahme des Aktionsplans hat es in der Region einige Entwicklungen gegeben. Es ist natürlich nicht möglich, diese Veränderungen direkt auf die Maßnahmen der Mitgliedstaaten bzw. der WHO zurückzuführen, doch führen seit der Veröffentlichung des *Europäischen Sachstandsberichts Alkohol und Gesundheit*⁷ (2010)⁸ einige Länder eine restriktivere Alkoholpolitik:

⁵ Dies spiegelt die 2013 in der Türkei geänderte Gesetzgebung wider.

⁶ Für fünf Mitgliedstaaten sind keine Daten verfügbar.

⁷ Europäischer Sachstandsbericht „Alkohol und Gesundheit 2010“ Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e95953.pdf).

⁸ Auf Grundlage von Daten aus 45 Mitgliedstaaten.

- Die Zahl der Mitgliedstaaten mit schriftlich formulierten nationalen oder teilnationalen Konzepten und Strategien erhöhte sich von 30 auf 38, womit nun 72% aller Mitgliedstaaten in der Region über eine Politik verfügen.
- Die Gesamtzahl der Mitgliedstaaten, die nationale Bewusstseinskampagnen durchgeführt haben, ist von 39 auf 51 gestiegen.
- Die Zahl der Mitgliedstaaten, in denen eine Höchstgrenze für den Alkoholspiegel des Fahrers von 0,5 g/l oder darunter besteht, stieg von 42 auf 51, und Stichprobenkontrollen der Atemluft werden jetzt in 46 Mitgliedstaaten durchgeführt im Vergleich zu nur 27 im Jahr 2010.
- Die Zahl der Mitgliedstaaten, in denen alkoholische Getränke außerhalb von Geschäftslokalen nur an Personen im Alter von mindestens 18 Jahren verkauft werden dürfen, stieg von 31 auf 43.
- Die Zahl der Mitgliedstaaten, welche die Alkoholwerbung gesetzlich geregelt haben, ist von 42 auf 47 gestiegen.
- Die Zahl der Mitgliedstaaten, welche den Alkoholvertrieb gesetzlich geregelt haben, ist von 31 auf 36 gestiegen.
- Die Zahl der Mitgliedstaaten, die in Verbindung mit Alkoholwerbung Warnhinweise vorschreiben, ist von 12 auf 15 gestiegen.
- Die Zahl der Mitgliedstaaten, in denen die Höhe der Besteuerung alkoholischer Getränke an die Inflation angepasst wird, hat sich von sieben auf dreizehn erhöht.
- Die Zahl der Mitgliedstaaten, die gesetzlich gegen die illegale Heim- und Schwarzbrennerei und den Verkauf vorgehen, stieg von 41 auf 49.

Rolle des Sekretariats

Politiksteuerung

24. Das Netzwerk der nationalen Ansprechpersonen aus der Europäischen Region der WHO zur Umsetzung des Aktionsplans hat seine Zusammenarbeit ausgebaut und die Mitgliedstaaten weiter tatkräftig unterstützt. Nach Annahme des Aktionsplans traten die Mitgliedstaaten vom 30. Mai bis 1. Juni 2012 in Warschau (Polen) zu einer Tagung zusammen, deren Mitveranstalter die für die Alkoholprävention zuständige polnische Behörde und die Europäische Kommission waren. Das wichtigste Ziel der Tagung war ein Informationsaustausch zur Alkoholpolitik und ein Bericht der WHO über den Alkoholkonsum sowie konzeptionelle Ansätze in der Europäischen Union⁹ wurde vorgestellt. 2013 kamen die Ansprechpersonen auf Einladung des türkischen Gesundheitsministeriums und der türkischen nichtstaatlichen Organisation Grüner Halbmond vom 26. bis 27. April nach Istanbul zu einem Informationsaustausch über Alkoholpolitiken und einer Erörterung des bevorstehenden Sachstandsberichts Alkohol und Gesundheit. Die Ansprechpersonen unterstützten das Regionalbüro durch die Bereitstellung von Daten zum Alkoholkonsum und den entsprechenden Entwicklungen, was Schäden und Politiken betrifft, die für das Informationssystem der Europäischen Region der WHO für Alkohol und Gesundheit sowie zwei neue Publikationen genutzt wurden.^{9, 10}

⁹ Alkoholkonsum in der Europäischen Region: Konsum, Folgeschäden und Gegenstrategien. Kopenhagen: Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/E92150.pdf, eingesehen am Mittwoch, 6. November 2013).

¹⁰ Europäischer Sachstandsbericht 2013 „Alkohol und Gesundheit in 35 Ländern der Europäischen Region“ Kopenhagen: Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013

25. Das Sekretariat hat den Europäischen Aktionsplan¹¹ mit dem entsprechenden Resolutionstext (EUR/RC61/R4) und den Definitionen und Indikatoren für die zehn Handlungsfelder herausgegeben in englischer und russischer Sprache und veröffentlicht. Der Aktionsplan folgt den fünf Zielsetzungen und zehn Handlungsfeldern der globalen Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums, die von der Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA63.13 verabschiedet wurde. Alle Indikatoren wurden in das Informationssystem der Region für Alkohol und Gesundheit aufgenommen.

26. Das Sekretariat hat mit den Mitgliedstaaten, zwischenstaatlichen Organisationen und wichtigen Partnerorganisationen der Vereinten Nationen sektorübergreifende Maßnahmen gefördert, nationale Kapazitäten aufgebaut, Chancen für neue Partnerschaften erkundet, effektive und kosteneffektive Ansätze zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums gefördert und sich für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten¹² sowie die Verwirklichung der Zusagen von der Tagung auf hoher Ebene der Generalversammlung der Vereinten Nationen zur gleichen Thematik und „Gesundheit 2020“ des Regionalbüros¹³ eingesetzt.

27. Das Sekretariat hat in ausgewählten Ländern der Region Schulungsseminare zur Entwicklung von Alkoholkonzepten sowie deren Umsetzung unterstützt, die auch mit der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten verknüpft sind, und so die Fortentwicklung der Alkoholpolitik gefördert. Seit 2012 wurden Fachtagungen zur Alkoholpolitik in folgenden Mitgliedstaaten unterstützt: Armenien, Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Italien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Montenegro, Norwegen, Polen, Portugal, Republik Moldau, Russische Föderation, Slowakei, Türkei und Vereinigtes Königreich. Außerdem arbeitete das Sekretariat eng mit Mitgliedstaaten zusammen, die ihre Alkoholpolitik gemäß dem Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) neu entworfen oder aufgefrischt hatten. Der Dialog mit nichtstaatlichen Organisationen und Fachverbänden über Wege zur Minderung des schädlichen Alkoholkonsums wird fortgeführt. Das Sekretariat nimmt an Treffen nichtstaatlicher Organisationen teil, die wiederum zum Teil zu Tagungen der nationalen Ansprechpersonen für die Alkoholpolitik eingeladen werden.

Stärkung der epidemiologischen Überwachung, Beobachtung, Auswertung und Forschung

28. 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

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/E92150.pdf, eingesehen am Mittwoch, 6. November 2013).

¹¹ Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020).

Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2012

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf, eingesehen am 6. November 2013).

¹² Resolution A/RES/66/2 der Generalversammlung der Vereinten Nationen, Anhang: *Politische Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten*. 66. Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen, 24. Januar 2012. Vereinte Nationen: New York; 2012

(http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf, eingesehen am 6.

November 2013).

¹³ Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert.

Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf, eingesehen am 6. November 2013).

verbessert. Das Regionalbüro geht an diese Aufgabe gemeinsam mit dem Hauptbüro sowie der Europäischen Kommission heran. Mit der Europäischen Kommission zusammen wurde im Zeitraum 2011–2013 ein Projekt begonnen, das die Nutzung identischer Indikatoren und ein einheitliches System für die Datenerhebung und -analyse sichern sollte. Es wird erwartet, dass das Projekt noch bis September 2014 fortgesetzt wird. 2012 wurde der Beitrag der Europäischen Region zur globalen Studie über Alkohol und Gesundheit in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten durchgeführt. Eine Reihe konkreter Indikatoren für die Region wurden hierbei verwendet und die erhobenen Daten zur Alkoholpolitik in den 53 Mitgliedstaaten wurden für den Europäischen Sachstandsbericht Alkohol¹⁴ genutzt, der über die Website des Regionalbüros zugänglich ist.

29. 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 Informations- und Wissensaustausch über bewährte Praktiken in den Mitgliedstaaten zu befördern. Die für den Zeitraum 2006–2012 gesammelten Daten wurden schon dem Sachstandsbericht 2013¹⁰ als Anhang beigefügt und werden für eine 2014 online geschaltete Datenbank genutzt und dort mit den zehn Aktionsfeldern aus dem Aktionsplan verknüpft. Das Regionalbüro beabsichtigt, die Datenbank jährlich auf den neuesten Stand zu bringen. Sie wird beim Global Health Observatory untergebracht sein und so unter einem Dach mit anderen maßgeblichen Datenbanken, hierunter das Informationssystem der Europäischen Region für Alkohol und Gesundheit.

30. Das Regionalbüro hat neue Indikatoren für alkoholbedingte Sterberaten auf der Grundlage seiner Datenbank „Gesundheit für alle“¹⁵ (HFA-DB) entwickelt und genutzt und will die Qualität der Daten über alkoholbedingte Schädigungen weiter verbessern. Das Regionalbüro ist auch an Aktivitäten zu Schäden beteiligt, die Alkoholkonsumenten anderen Menschen zufügen, etwa alkoholbedingte Schädigungen am Fötus, Gewalttaten und HIV-Infektionen.

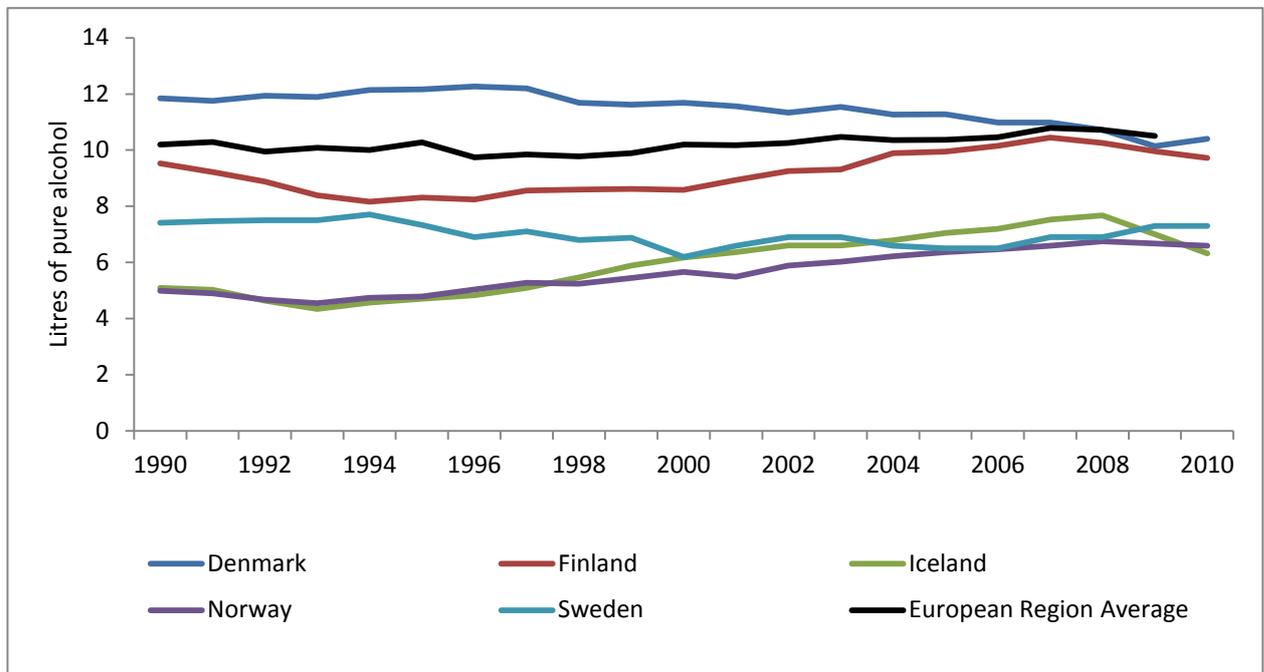
31. Derzeit wird ein Bewertungsverfahren entwickelt, mit dem sich die Wirksamkeit der Alkoholpolitik eines Landes abschätzen lässt. Zu jedem der zehn Handlungsfelder des Europäischen Aktionsplans wird ein Profil für alle Mitgliedstaaten erstellt, das als Orientierungshilfe in der Umsetzung neuer Konzepte gegen den schädlichen Konsum von Alkohol dienen kann. 2014 soll auch eine Veröffentlichung zu der Thematik erscheinen.

¹⁴ Europäischer Sachstandsbericht „Alkohol und Gesundheit 2014“ Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2014/03/european-status-report-on-alcohol-and-health-2014>, eingesehen am 26. März 2014).

¹⁵ Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ [Online-Datenbank]. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, eingesehen am 5. November 2013).

Anhang B1: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land in der Europäischen Region der WHO,¹ 1990–2010

Abb. B1: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land, 1990–2010, in Gruppe 1



¹ Für diesen Bericht wurden die Mitgliedstaaten in neun subregionale Kategorien unterteilt. Diese Gruppen wurden teils nach geografischen Gesichtspunkten, teils nach Trinkverhalten und -gewohnheiten gebildet.

- Gruppe 1: Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden
- Gruppe 2: Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweiz
- Gruppe 3: Andorra, Frankreich, Irland, Monaco, San Marino, Vereinigtes Königreich
- Gruppe 4: Polen, Slowakei, Tschechische Republik
- Gruppe 5: Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Russische Föderation, Ukraine
- Gruppe 6: Estland, Lettland, Litauen
- Gruppe 7: Kasachstan, Kirgisistan, Usbekistan, Tadschikistan, Turkmenistan
- Gruppe 8: Griechenland, Israel, Italien, Malta, Portugal, Spanien, Türkei, Zypern
- Gruppe 9: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Israel, Kroatien, Montenegro, Republik Moldau, Rumänien, Serbien und Slowenien.

Abb. B2: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land, 1990–2010, in Gruppe 2

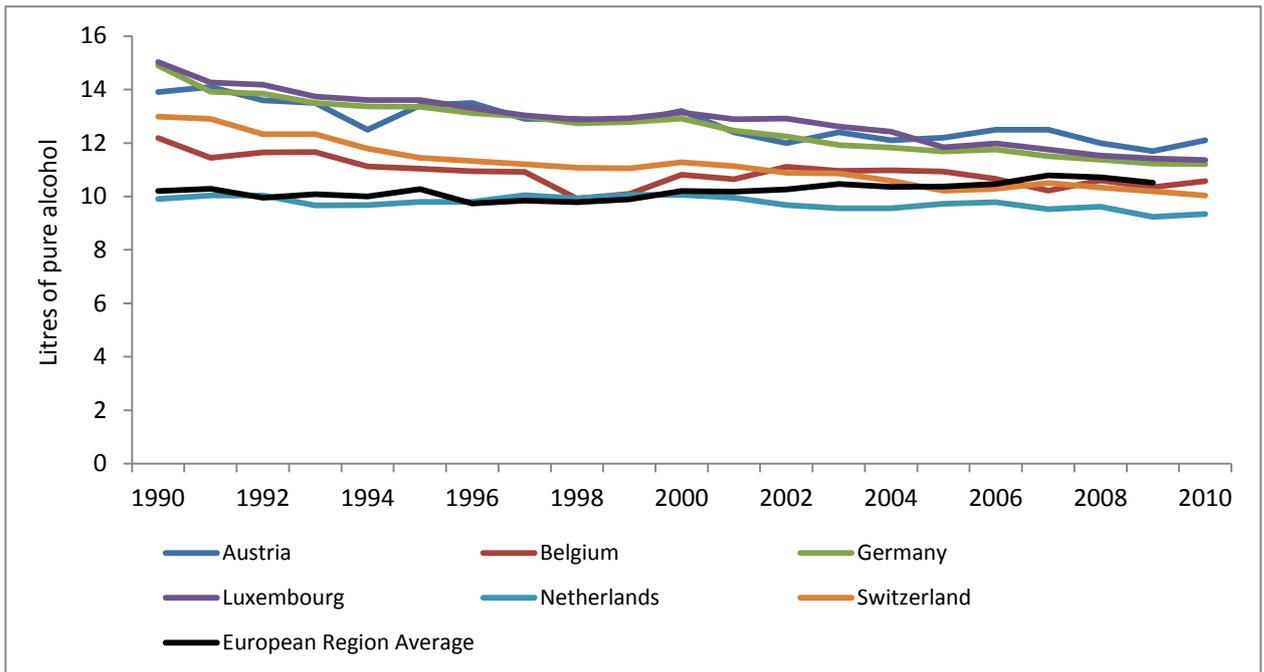
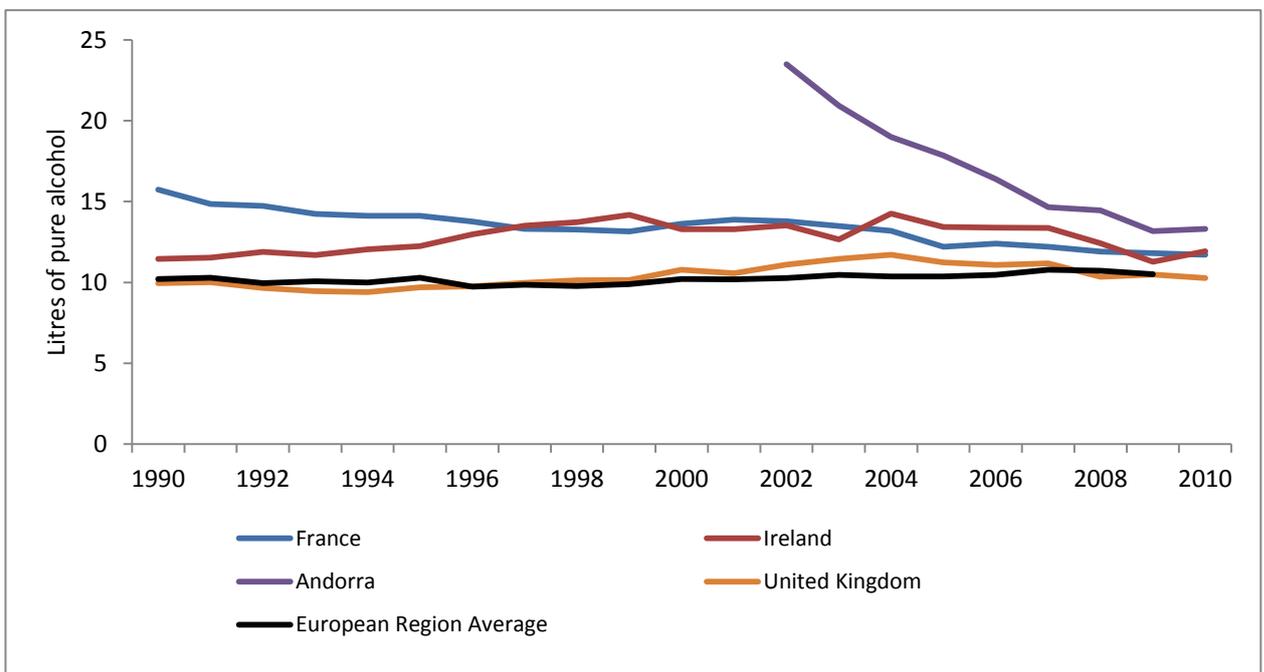


Abb. B3: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land,² 1990–2010, in Gruppe 3



² Daten für Monaco und San Marino nicht verfügbar

Abb. B4: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land, 1990–2010, in Gruppe 4

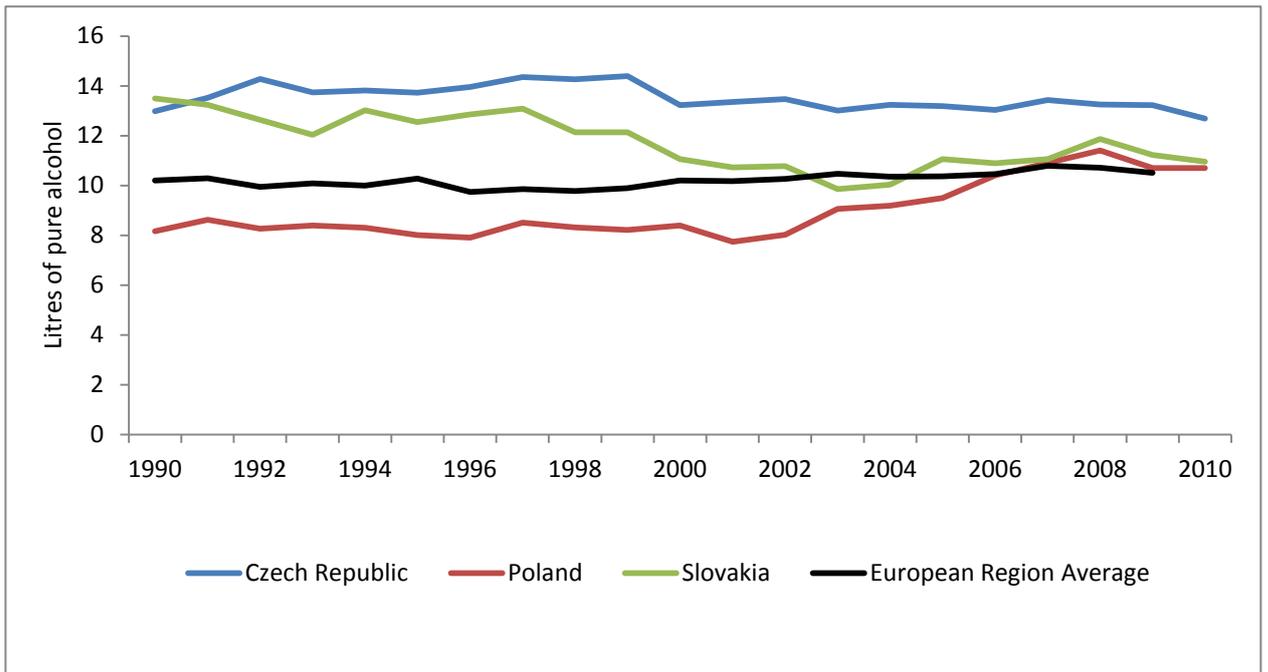


Abb. B5: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land, 1990–2010, in Gruppe 5

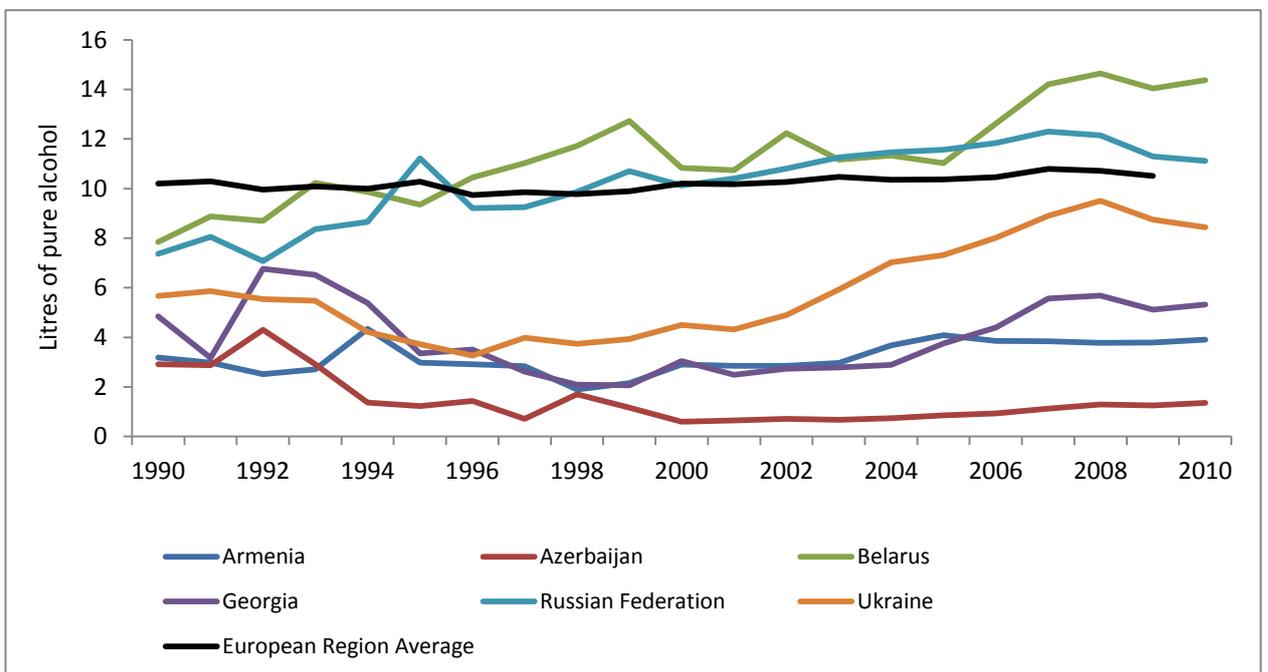


Abb. B6: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land, 1990–2010, in Gruppe 6

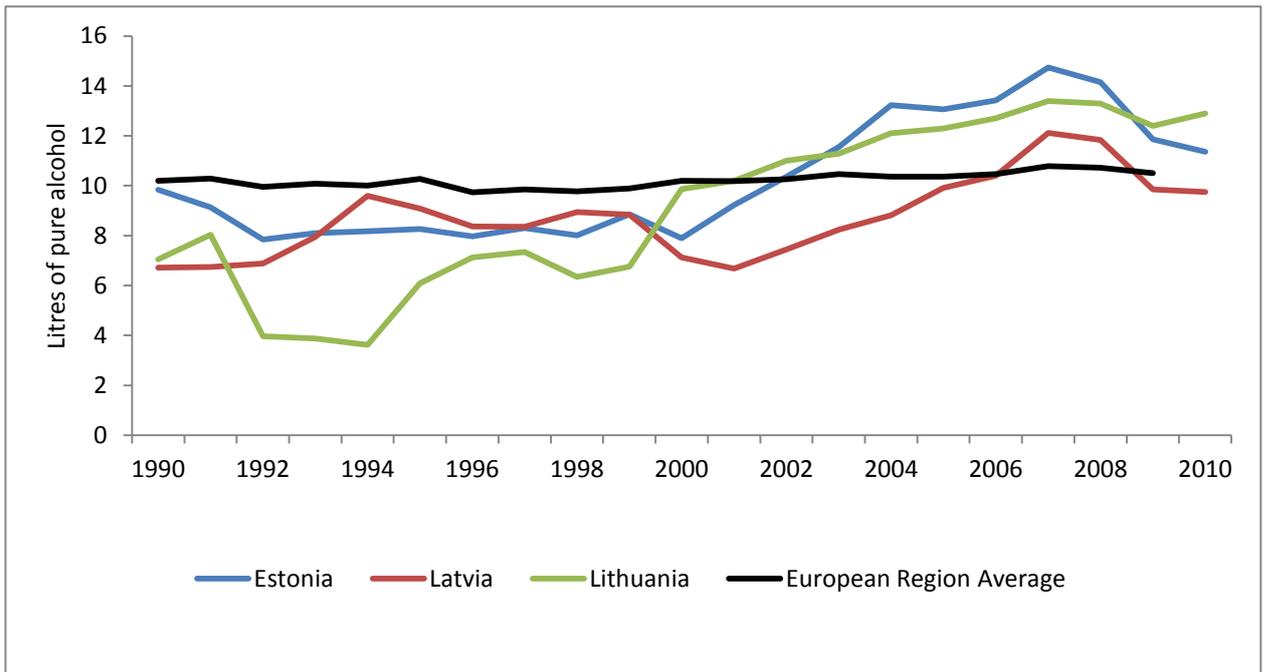


Abb. B7: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land, 1990–2010, in Gruppe 7

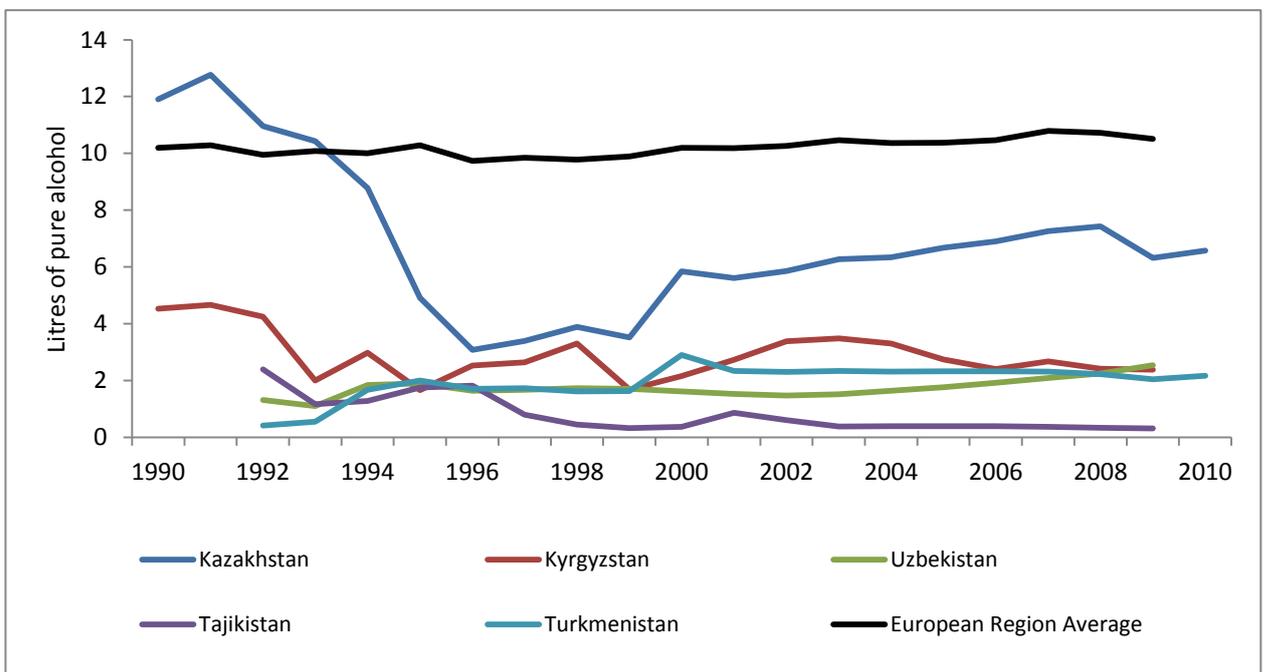


Abb. B8: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land, 1990–2010, in Gruppe 8

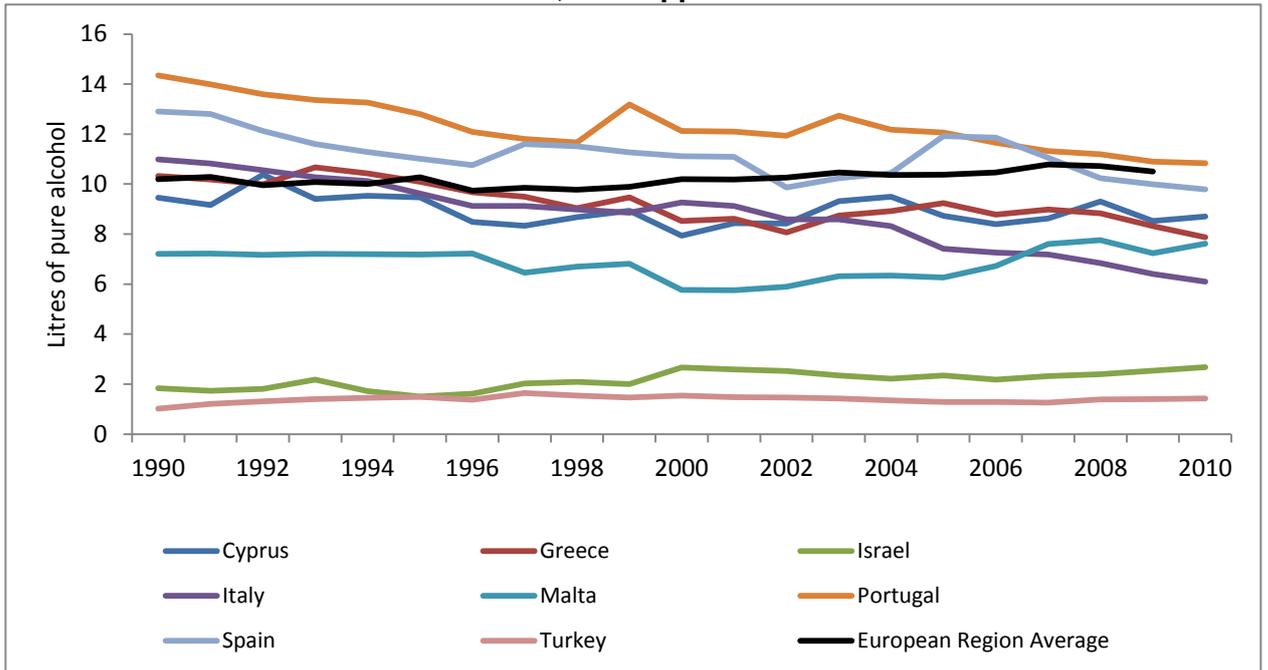
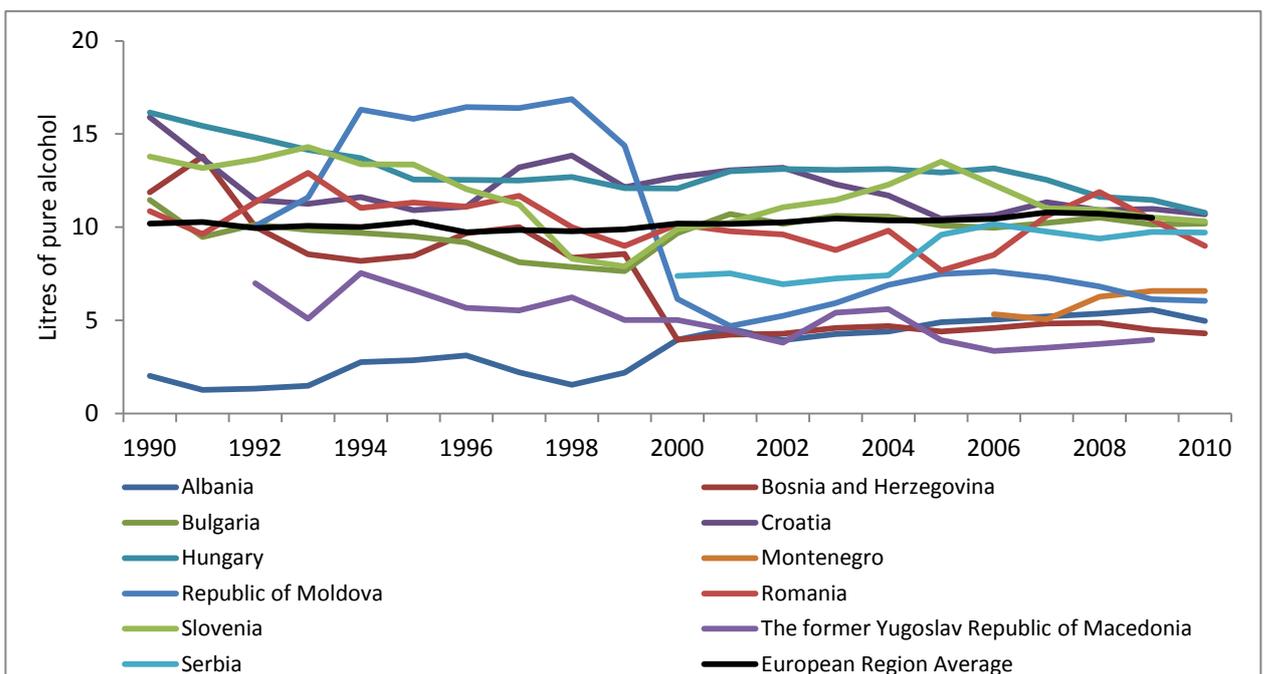


Abb. B9: Konsum registrierten Alkohols pro Erwachsenem nach Land, 1990–2010, in Gruppe 9



C. Fortschritte bei der Umsetzung der Resolution EUR/RC55/R9 über Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO

Einführung

1. Das Regionalkomitee für Europa verabschiedete 2005 Resolution EUR/RC55/R9 Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO, in der die Regionaldirektorin darum ersucht wird:

- a) die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen um eine bessere Verletzungsprävention und den Entwurf nationaler Aktionspläne zu unterstützen,
- b) das Erkennen und den Austausch beispielhafter Praktiken bei der Prävention von Gewalt und Unfallverletzungen zu erleichtern,
- c) den Verbund nationaler Ansprechpartner mit Leben zu füllen und zu unterstützen und die Zusammenarbeit mit anderen einschlägigen Netzwerken aus Sachverständigen und Fachleuten weiterzuentwickeln,
- d) den Kapazitätsausbau auf fachlicher und konzeptioneller Ebene zu unterstützen, um die nationalen Maßnahmen gegen Verletzungen durch die Einbeziehung von Überwachung, evidenzbasierter Praxis und Evaluation zu stärken,
- e) Fachunterstützung für eine bessere Versorgung der Unfall- und Gewaltopfer in der prä-hospitalen Phase zu liefern,
- f) eine geeignete Entwicklung der Partnerschaft und Zusammenarbeit mit der Europäischen Union und anderen internationalen Organisationen ... und nichtstaatlichen Organisationen zu fördern, um der Herausforderung durch Verletzungen aufgrund unterschiedlicher Ursachen besser begegnen zu können,
- g) dem Regionalkomitee 2008 über den bei der Umsetzung dieser Resolution durch Sekretariat und Mitgliedstaaten erzielten Fortschritt zu berichten.

2. In dem vorliegenden Bericht werden die Fortschritte bei der Umsetzung von Resolution EUR/RC55/R9 in dem Jahrzehnt seit ihrer Annahme erläutert. Inzwischen hat sich die Lage verbessert: Die Zahl von damals jährlich 790 000 Todesfällen aufgrund von Unfallverletzungen und Gewalt ist nach Schätzungen auf heute 555 000 gesunken¹ (Anhang C1). In fast allen Mitgliedstaaten ist die Zahl der Todesfälle rückläufig, und insbesondere in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Volkseinkommen ist das im Vergleich zu Ländern mit hohem Volkseinkommen erhöhte Risiko, an den Folgen einer Verletzung zu sterben, zwischen 2000 und 2011 vom Faktor 3,6 auf den Faktor 2,4 gesunken. Doch die Fortschritte sind ungleich auf die Altersgruppen verteilt. Bei Kindern unter 15 Jahren hat sich die Kluft in Bezug auf die Mortalität zwischen den Ländern mit höherem Volkseinkommen und den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen vergrößert (Anhang C1).

3. Die Mitgliedstaaten haben mit Unterstützung des Sekretariats auf die Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch Verletzungen mit gezielten Gegenmaßnahmen in allen Teilen der Gesellschaft reagiert. So verfügen inzwischen alle Länder über eine landesweite Politik für Straßenverkehrssicherheit, 92% haben gesetzliche Regelungen für alle fünf Risikofaktoren in Bezug auf Verletzungen eingeführt, und in 49% der Länder ist die gesetzliche Regelung

¹ Injuries in Europe: a call for public health action. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2014.

umfassend.² In Bezug auf Geschwindigkeit hat der genannte Anteil der Länder jeweils eine landesweite gesetzliche Regelung, eine Geschwindigkeitsbegrenzung bei 50 km/h innerhalb geschlossener Ortschaften sowie Kommunalbehörden, die die geltende Regelung ändern können. Als Promillegrenze haben sie landesweit eine Blutalkoholkonzentration von maximal 0,05 g/dl festgelegt. Für die Helmpflicht verfügen sie über eine landesweite gesetzliche Regelung, die für alle Motorradfahrer, alle Motortypen und alle Mitfahrer gilt; auch für die Helme selbst gelten verpflichtende Normen. In Bezug auf Sitzgurte gilt jeweils ein landesweites Gesetz für alle Fahrzeuginsassen, und auch für Kindersitzvorrichtungen gibt es ein nationales Gesetz. Auch wenn nicht alle Fortschritte bei der Verringerung der Zahl der Verletzungen auf die Umsetzung der Resolution zurückgeführt werden können, so hat diese doch, wie aus dem Bericht hervorgeht, ihren Beitrag dazu geleistet. Derartige Präventionsmaßnahmen sollten aufrechterhalten werden, um die kontinuierlich hohe Zahl zu senken, denn Verletzungen stellen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen die dritthäufigste Todesursache in der Europäischen Region dar. Für die Altersgruppe von 5 bis 49 Jahren sind Verletzungen und Gewalt die führenden Todesursachen in der Europäischen Region. Die Verringerung der Ungleichheiten innerhalb der Region in Bezug auf Verletzungen und Gewalt bleibt ein vorrangiges Anliegen in dem Streben nach mehr sozialer Gerechtigkeit.

4. In diesem Bericht werden die wichtigsten Erfolge des Sekretariats der WHO im Bereich der Gewalt- und Verletzungsprävention präsentiert, wobei der Schwerpunkt auf der konzeptionellen Entwicklung in den Mitgliedstaaten liegt.

Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Stärkung der Verletzungsprävention und der Ausarbeitung von Aktionsplänen

5. Die Mitgliedstaaten erkennen in zunehmendem Maße die Schwere des Problems und die Bedeutung kosteneffektiver Präventionsmaßnahmen, wie durch die stetige Zunahme der Länder mit zweijährigen Kooperationsvereinbarungen verdeutlicht wird: von 5 im Zeitraum 2004–2005 über 9 (2006–2007), 15 (2008–2009), 18 (2010–2011) und 19 (2012–2013) auf 20 (2014–2015). Die im Rahmen dieser Vereinbarungen ergriffenen Maßnahmen zielen auf fünf Prioritäten ab: Politikentwicklung, Straßenverkehrssicherheit, Gewaltprävention, Kapazitätsaufbau und Surveillance.

6. Aus den im Rahmen einer Evaluationsuntersuchung im Jahr 2009 eingegangenen Antworten von 47 Mitgliedstaaten geht hervor, dass die Resolution dazu beigetragen hat, der Gewalt- und Verletzungsprävention einen höheren Stellenwert auf der politischen Tagesordnung zu verschaffen und entsprechende Maßnahmen in die Wege zu leiten; dies wurde von 75% der Mitgliedstaaten berichtet. Diese Daten sollten aktualisiert werden.

7. Der Anteil der Mitgliedstaaten, die über landesweite Handlungskonzepte verfügen, ist für je nach Verletzungsursache und Art der Gewalt unterschiedlich. So gibt es zwar in allen Ländern nationale Konzepte für Straßenverkehrssicherheit, doch verfügen nicht alle von ihnen über Konzepte zur Vorbeugung gegen Ertrinken (nur 40%), zur Vorbeugung gegen Gewalt durch Intimpartner (76%), zur Prävention von Jugendgewalt (62%) und zur Prävention der Misshandlung älterer Menschen (40%).

8. Ferner wurden die Mitgliedstaaten auch durch zwei Wochen der Vereinten Nationen für die weltweite Straßenverkehrssicherheit (23.–29. April 2007 und 6.–12. Mai 2013) sowie durch globale PR-Veranstaltungen unter der Federführung des WHO-Hauptbüros unterstützt, in denen der Stellenwert der Sicherheit von Jugendlichen und Fußgängern sowie generell im

² Fakten aus der Europäischen Region und der Globale Lagebericht zur Straßenverkehrssicherheit (2013). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2013.

Straßenverkehr thematisiert wurde. In der Europäischen Region wurden mehr als 20 Länder aktiv dadurch unterstützt, dass Grundsatzdialoge in Zusammenarbeit mit den Länderbüros der WHO veranstaltet und den Gesundheitsministerien dabei geholfen wurde, sich an ressortübergreifenden Maßnahmen zur Verbesserung der Straßenverkehrssicherheit zu beteiligen. Das Regionalbüro unterstützt zusammen mit der Europäischen Kommission den Europäischen Tag der Sicherheit im Straßenverkehr.

9. Das Thema Straßenverkehrssicherheit steht auch im Mittelpunkt des *Globalen Lageberichts zur Straßenverkehrssicherheit*,³ für den in dem Jahren 2008, 2012 und 2014 jeweils Umfragen durchgeführt wurden. Dieses globale Projekt wird von Bloomberg Philanthropies finanziert und vom WHO-Hauptbüro koordiniert. Die 51 Mitgliedstaaten, in denen bisher nationale Untersuchungen durchgeführt und in ressortübergreifender Zusammenarbeit Länderprofile erstellt wurden, haben nationale Datenkoordinatoren ernannt. Berichte über die globale Ebene und die Regionen der WHO wurden auf der ersten globalen Ministerkonferenz zum Thema Straßenverkehrssicherheit präsentiert, die 2009 auf Einladung der Russischen Föderation stattfand, und sollen auch auf der zweiten globalen Ministerkonferenz zu diesem Thema vorlegt werden, die 2015 von Brasilien im Rahmen der Halbzeitbilanz der Aktionsdekade der Vereinten Nationen für Straßenverkehrssicherheit 2011–2020 ausgerichtet wird.

10. Zu dem *Globalen Lagebericht zur Gewaltprävention*⁴ tragen insgesamt 42 Mitgliedstaaten bei. Die Studie, an der Akteure aus verschiedenen Politikbereichen teilnehmen und die eine wichtige Ausgangsposition für die spätere Feststellung von Fortschritten in der Gewaltprävention (einschließlich der Prävention von Kindesmisshandlung) bilden soll, wird vom Regionalbüro unterstützt. Es wird davon ausgegangen, dass der Bericht Ende 2014 auf einer Veranstaltung auf Einladung der belgischen Regierung präsentiert wird; eine begleitendes Dokument zur Erläuterung der Lage in der Europäischen Region ist ebenfalls vorgesehen.

11. Insgesamt erhielten 14 Länder Unterstützung bei der Ausarbeitung nationaler Handlungskonzepte für die Verletzungs- und Gewaltprävention (Belarus, Deutschland, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Estland, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Österreich, Rumänien, Russische Föderation, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, Zypern). Grundsatzdialoge wurden in Aserbaidshan, Kasachstan, Montenegro, der Republik Moldau, Tadschikistan und Usbekistan abgehalten.

Bestimmung und Austausch geeigneter Praktiken in der Prävention

12. Aufgrund eines stetigen Stroms von Publikationen, Grundsatzpapieren und Faktenblättern existiert inzwischen ein hochaktuelles Wissen über das Ausmaß von Gewalt und Verletzungen in der Europäischen Region sowie über geeignete evidenzbasierte Lösungskonzepte. Diese wurden an einen breiten Kreis aus politischen Entscheidungsträgern, Praktikern und Wissenschaftlern verteilt, um den Austausch und die Umsetzung vorbildlicher Praktiken zu ermöglichen, nicht nur durch das Netzwerk der Ansprechpersonen, sondern auch durch andere Netzwerke. Die fachlichen Berichte wurden vom Regionalbüro in Abstimmung mit dem Hauptbüro und den

³ *Globaler Lagebericht zur Straßenverkehrssicherheit 2013: Unterstützung einer Aktionsdekade*. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2013 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/en, eingesehen am 14. April 2014).

⁴ Der *Globale Lagebericht zur Gewaltprävention* wird Ende 2014 veröffentlicht. Weitere Informationen zu diesem Projekt finden Sie unter: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/en/ (eingesehen am 14. April 2014).

Kooperationszentren der WHO erstellt. Eine vollständige Liste der Publikationen seit 2005 findet sich in Anhang C2.

13. Die Publikationen wurden auf Veranstaltungen wie der 58. und 63. Tagung des Regionalkomitees, auf Sitzungen des Europäischen Parlaments, auf der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, auf Konferenzen über Verletzungsprävention und Sicherheit auf der globalen und der europäischen Ebene, auf nationalen und regionsweiten Veranstaltungen im Rahmen der Woche der Vereinten Nationen für die weltweite Straßenverkehrssicherheit, auf von der EU-Kommission veranstalteten Tagungen der maßgeblichen Interessengruppen sowie auf sämtlichen sieben Tagungen des Netzwerks der Ansprechpersonen bei den Gesundheitsministerien verteilt.

Unterstützung des Netzwerks der nationalen Ansprechpersonen und Zusammenarbeit mit anderen Netzwerken

14. Bisher wurden in 49 Mitgliedstaaten Ansprechpersonen in den Gesundheitsministerien für den Bereich der Verletzungs- und Gewaltprävention ernannt, und es wurden insgesamt sieben Tagungen des Europäischen Netzwerks abgehalten, die von den Gesundheitsministerien der Niederlande (2005), Österreichs (2006), Portugals (2007), Finnlands (2008), Deutschlands (2009), Norwegens (2011) und der Türkei (2012) ausgerichtet wurden. Sämtliche Tagungen befassten sich mit zentralen Aspekten der Resolution EUR/RC55/R9, wie Straßenverkehrssicherheit, Gewaltprävention, Kapazitätsaufbau, Surveillance und Überzeugungsarbeit. Die Teilnehmer der siebten Tagung des Netzwerks befürworteten die Ausarbeitung eines Aktionsplans zur Prävention von Kindesmisshandlung als ein vorrangiges Anliegen für die Europäische Region. Darüber hinaus fand im Rahmen der Weltkonferenz über Verletzungsprävention und Sicherheit, die 2006 von Südafrika, 2008 von Mexiko und 2010 vom Vereinigten Königreich ausgerichtet wurde, je eine Tagung der fachlichen Ansprechpersonen auf globaler Ebene statt, auf der die Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region jeweils stark vertreten waren.

15. Die Ansprechpersonen haben das Regionalbüro durch Erhebung von Daten über Straßenverkehrssicherheit und Gewaltprävention unterstützt und wertvolle Beiträge zur Konzeptentwicklung geleistet, etwa durch den Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung.

16. Auch mit anderen Netzwerken wurde eine Zusammenarbeit in die Wege geleitet, etwa mit den Generaldirektionen Gesundheit und Verbraucher, Justiz und Verkehr und Mobilität, dem Alcohol Policy Network in Europe, dem Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk (SEEHN) und der Global Campaign for Violence Prevention (mit Tagungen im Vereinigten Königreich und Italien in den Jahren 2007 bzw. 2010).

Kapazitätsaufbau

17. Es ist viel Mühe darauf verwendet worden, die Kapazitäten der nationalen Gesundheitssysteme für Konzepte gegen Unfallverletzungen zu stärken, wobei die Schwerpunkte auf den Bereichen Surveillance, evidenzbasierte Praxis und Evaluation lagen. Neben dem Austausch vorbildlicher Praktiken auf Tagungen der fachlichen Ansprechpersonen stand im Vordergrund der vom WHO-Hauptbüro ausgearbeitete Lehrplan der WHO-Initiative „Schulung, Bildung und Förderung der gesundheitsbezogenen Zusammenarbeit im Bereich der Gewalt- und Verletzungsprävention“ (TEACH-VIP), der inzwischen auch ins Russische übersetzt wurde.

18. Zur Ausgestaltung der Führungsrolle des Gesundheitswesens bei der Einleitung einer ressortübergreifenden Antwort auf dem Gebiet der Verletzungsprävention wurden für die Ansprechpersonen im Bereich der Gewalt- und Verletzungsprävention Workshops zum Kapazitätsaufbau durchgeführt. Train-the-trainer-Schulungen für Teilnehmer aus dem russischsprachigen Raum und aus dem SEEHN wurden in den Jahren 2007 und 2009 abgehalten. Die WHO hat Albanien, Aserbaidshan, Belarus, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Portugal, die Republik Moldau, Rumänien, die Russische Föderation, Serbien, Spanien, Tadschikistan, die Tschechische Republik, Turkmenistan, die Türkei, Usbekistan und das Vereinigte Königreich bei der Übersetzung und Anpassung von TEACH-VIP unterstützt. Die Einführung des Materials in die Lehrpläne der Berufsausbildung und die Schulung von Ausbildern hat in vielen Ländern zur Nachhaltigkeit des Informationsprozesses beigetragen. In den Ländern des Baltikums, Skandinaviens und des SEEHN wurden spezielle Workshops zum Kapazitätsaufbau im Bereich der Prävention von alkoholbedingter Gewalt abgehalten. Insgesamt wurden Aktivitäten im Rahmen der Initiative TEACH-VIP für Teilnehmer aus 39 Ländern durchgeführt, sodass etwa 8500 Personen geschult wurden.

19. Die Dokumentation nicht tödlicher Verletzungen und ihrer gesundheitlichen und sozialen Folgen ist in den meisten Ländern lückenhaft. Deshalb wurde in Litauen und der Russischen Föderation eine krankenhausgestützte Verletzungsüberwachung unterstützt. Durch Schulungen für einen Kapazitätsaufbau in der Verletzungsüberwachung wurde angestrebt, den Austausch von Fachwissen innerhalb des Netzwerks der Ansprechpersonen sowie innerhalb des SEEHN zu erleichtern. Darüber hinaus ist die WHO in Ländern wie der Tschechischen Republik, der Slowakei und Ungarn im Beratungsausschuss der Verletzungsregister vertreten und auch an dem von der EU-Kommission finanzierten Projekt, der Europäischen Verletzungsdatenbank, beteiligt.

20. In Bezug auf Kindesmisshandlung wurden in zehn Ländern Untersuchungen unter jungen Menschen über negative Kindheitserfahrungen durchgeführt, um das Ausmaß vergangener Misshandlungen zu dokumentieren und darüber zu informieren. Die Ergebnisse wurden auf Grundsatzdialogen zur Prävention von Kindesmisshandlung präsentiert, wie sie in Albanien, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Lettland, Litauen, Montenegro, Rumänien und der Tschechischen Republik durchgeführt wurden und für die Russische Föderation, Serbien und die Türkei geplant sind.

Fachliche Hilfe zur Verbesserung der Versorgung der Opfer

21. Im Juni 2008 wurde von der italienischen Regierung eine Konsultation für die Europäische Region im Hinblick auf die Ausarbeitung des *Weltberichts Behinderung*⁵ veranstaltet, und im August 2013 fand eine Konsultation der Europäischen Region über den *Entwurf des globalen Aktionsplans der WHO für mehr Gesundheit für Menschen mit Behinderungen (2014–2021)*⁶ statt. Ferner wurden Leitlinien über grundlegende Traumaversorgung, prähospitale Versorgung und medizinisch-rechtliche Betreuung von Opfern sexueller Gewalt verteilt. Die Übersetzung ins Russische ist im Gange, und in der Russischen Föderation und der Türkei wurden Workshops zur Verbesserung der Traumaversorgung durchgeführt.

⁵ Weltgesundheitsorganisation, Weltbank. Weltbericht Behinderung. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2011.

⁶ Entwurf des globalen Aktionsplans Behinderung der WHO für den Zeitraum 2014–2021: Mehr Gesundheit für Menschen mit Behinderungen Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2014 (EB134/16; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-en.pdf, eingesehen am 14. April 2014).

Entwicklung von Partnerschaften und Zusammenarbeit mit der Europäischen Union und anderen internationalen staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen

22. Die Partnerschaften mit den Generaldirektionen Gesundheit und Verbraucher (mittels eines gemeinsam finanzierten Vorschlags von 2007), Justiz und Verkehr und Mobilität wurden ausgebaut. Auch mit der Weltbank und dem International Transport Forum ist eine Zusammenarbeit im Gange. Ferner werden Beiträge zu internationalen Projekten wie „Straßenverkehrssicherheit in zehn Ländern“ geleistet. In der Russischen Föderation und der Türkei konnten erhebliche Fortschritte bei der Verwendung von Sitzgurten und Kindersitzvorrichtungen sowie ein Rückgang der Zahl der Geschwindigkeitsüberschreitungen verzeichnet werden. Auch die Zusammenarbeit mit dem Europarat, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen ist im Gange. Die European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe) ist ein starkes Netzwerk wissenschaftlicher und öffentlicher Institutionen, die in den EU-Staaten auf dem Gebiet der Verletzungsprävention tätig sind – und damit eine wichtige Partnerorganisation für die WHO.

Berichterstattung

23. Eine formelle Evaluation der Umsetzung der Resolution wurde von den Mitgliedstaaten und vom Sekretariat in den Jahren 2008⁷ und 2010⁸ durchgeführt; 2008 wurde dem Regionalkomitee ein Fortschrittsbericht vorgelegt.

Schlussfolgerungen und Anhaltspunkte für die künftige Arbeit

24. Die Resolution war für die Zusammenarbeit des Regionalbüros mit den Mitgliedstaaten und anderen Partnern zur Senkung der Zahl der Verletzungen von maßgeblicher Bedeutung. Doch trotz der erreichten Fortschritte ist das Verletzungsaufkommen immer noch hoch, und auch die Ungleichheiten innerhalb der Mitgliedstaaten stellen eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit dar. Die wachsende Kluft zwischen den Ländern mit höherem Volkseinkommen und den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen verdeutlicht die Notwendigkeit erneuter Anstrengungen auf diesem Gebiet.

25. Handlungskonzepte zur Gewalt- und Verletzungsprävention sind bereichsübergreifend und machen einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz erforderlich, der den gesamten Lebensverlauf umspannt und besonders auf mehr Chancengleichheit abzielt. Hierfür ist eine starke Steuerungsfunktion der Gesundheitssysteme erforderlich, wie sie in „Gesundheit 2020“ propagiert wird. Es gibt mögliche Synergieeffekte mit anderen Bereichen der Gesundheitspolitik in der Europäischen Region, etwa mit dem Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (Dokument EUR/RC61/13), dem Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit (Dokument EUR/RC63/11), dem Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer

⁷ Sethi D, Racioppi F, Frerick B, Frempong N. Progress in preventing injuries in the WHO European Region: implementing the WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on prevention of injuries in the WHO European Region and the recommendation of the Council of the European Union on the prevention of injury and promotion of safety. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98423/E91710.pdf, eingesehen am 14. April 2014).

⁸ Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Preventing injuries in Europe. from international collaboration to local implementation. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf, eingesehen am 14. April 2014).

Krankheiten (2012–2016) (Dokument EUR/RC61/12) und der überarbeiteten Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

26. Die künftige Umsetzung der Resolution hängt vom anhaltenden Engagement der Mitgliedstaaten und von stetigen Investitionen in Netzwerke wie das Netzwerk der Ansprechpersonen bei den Gesundheitsministerien ab, durch die Kompetenz aufgebaut und Fachwissen ausgetauscht wird, sodass eine Wissensgemeinschaft entsteht. Es wird vorgeschlagen, im Jahr 2018 einen Fortschrittsbericht vorzulegen.

27. Gewalt- und Verletzungsprävention ist ein Bestandteil des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms der WHO 2014–2019, und das Regionalbüro ist der Europäischen Kommission sowie Deutschland, Finnland, Italien, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden und dem Vereinigten Königreich für die Beisteuerung von Mitteln zu seiner Arbeit auf diesem Gebiet dankbar.

Anhang C1: Verletzungen durch Unfälle und Gewalt in der Europäischen Region

Im Jahr 2011 waren in der Europäischen Region der WHO nach Schätzungen 555 000 Todesfälle (6,1%) auf Verletzungen zurückzuführen. Dabei waren Unfallverletzungen (397 000 Fälle) für 72% aller Todesfälle verantwortlich. Die Verteilung war wie folgt: Straßenverkehrsunfälle: 92 000 Tote; Stürze: 78 000 Tote; Ertrinken: 37 000 Tote; Brände: 27 000 Tote; Vergiftungen: 22 000 Tote. Die Todesfälle infolge absichtlicher Verletzungen (158 000 Tote) entfielen hauptsächlich auf Suizid (124 000 Tote) und zwischenmenschliche Gewalt (32 000 Tote). Ein Viertel aller Verletzungen (140 000 Tote) entfiel auf die heterogene Kategorie „sonstige unbeabsichtigte Verletzungen“. Drei führende Todesursachen – Suizid, Straßenverkehrsverletzungen und Stürze – waren für mehr als 50% aller verletzungsbedingten Todesfälle verantwortlich (1).

Für die Altersgruppe von 5 bis 49 Jahren waren Verletzungen und Gewalt die führenden Todesursachen in der Europäischen Region; in der Altersgruppe von 5 bis 29 Jahren waren Straßenverkehrsunfälle die häufigste Todesursache, gefolgt von Suizid, anderen Unfallverletzungen, Ertrinken und zwischenmenschlicher Gewalt. Sieben von zehn dieser Todesfälle betrafen Männer, deren Mortalitätsrate um den Faktor 3,1 höher war als für Frauen. Die Verletzungslast ist innerhalb der Europäischen Region ungleich verteilt. Einige der Länder mit niedrigem bis mittlerem Volkseinkommen weisen mit die höchsten Mortalitätsraten der Welt auf, während die Länder mit hohem Volkseinkommen meist extrem niedrige Raten haben: 60% der Todesfälle ereigneten sich in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, wo die Mortalitätsraten um den Faktor 2,4 höher lagen als in Ländern mit hohem Einkommen. Aber auch innerhalb von Ländern sind beträchtliche Unterschiede festzustellen, und Verletzungen und Gewalt sind eng mit sozioökonomischen Determinanten verknüpft. So sind die Todesraten bei Radfahrern und Fußgängern im Kindesalter in den am stärksten benachteiligten Gruppen um das 20-fache höher als in anderen Gruppen. Kinder und ältere Menschen sind besonders anfällig für Verletzungen und Gewalt, wie in den Berichten über Verletzungsprävention bei Kindern (2), Kindesmisshandlung (3) und die Misshandlung älterer Menschen (4) erläutert wird.

Im vergangenen Jahrzehnt hat sich die Situation in der Europäischen Region erheblich verbessert. Seit Erreichen einer Höchstmarke im Jahr 2002 sind die Mortalitätsraten in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten deutlich gesunken. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union erleben seit 1980 einen stetigen, aber weniger steilen Rückgang: von einer Mortalitätsrate von 63,1 je 100 000 EW auf 35,6 je 100 000 EW (2011). Dennoch besteht nach wie vor eine große Kluft, denn 2010 lag die Mortalitätsrate aufgrund von Verletzungen in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten noch dreimal so hoch wie in den EU-Staaten (5) (s. Abb 1). Besonders große Fortschritte wurden auf dem Gebiet der Straßenverkehrssicherheit erzielt, wo sich zwischen 2007 und 2010 trotz eines Anstiegs der Zahl der registrierten Fahrzeuge um 6% die Mortalität um 25% verringerte (6).

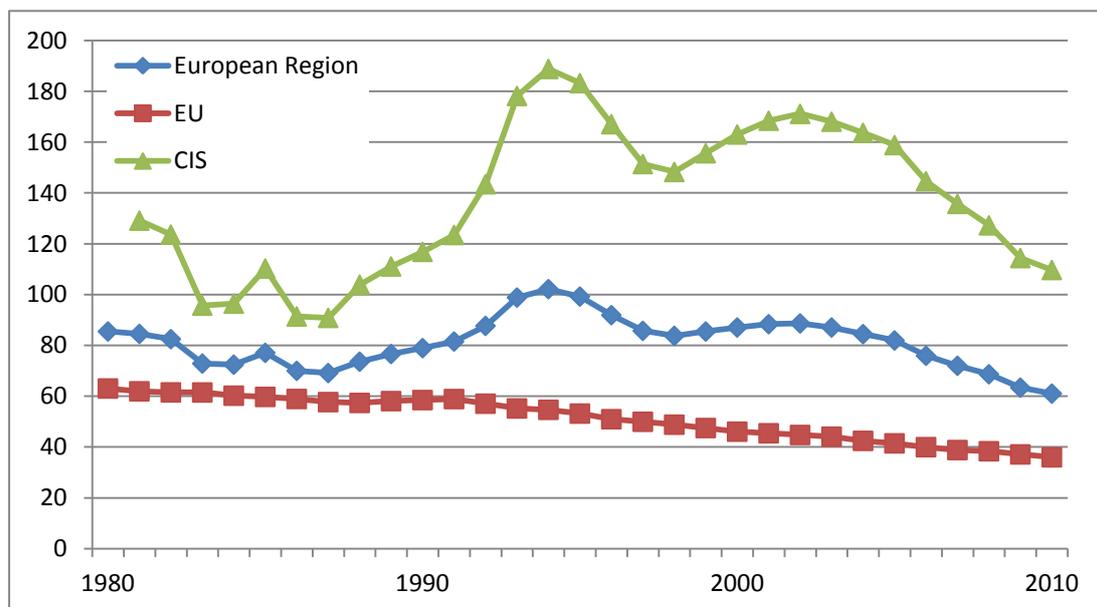
Der *Europäische Bericht über die Verletzungsprävention bei Kindern* (2) verdeutlicht den dringenden Handlungsbedarf auf diesem Gebiet, da Verletzungen in der Altersgruppe bis 19 Jahre mit jährlich 42 000 Fällen die häufigste Todesursache darstellen. Über nicht tödliche Verletzungen sind die Statistiken unzureichend, doch gibt es in der Europäischen Region nach Schätzungen jährlich Millionen von Krankenhauseinweisungen und Einlieferungen in die Notaufnahme. Straßenverkehrsunfälle sind die häufigste Todesursache unter Kindern, gefolgt von Ertrinken, Vergiftungen, Verbrennungen und Stürzen. Die Verletzungsprävention bei Kindern bleibt ein vorrangiges Anliegen für die Europäische Region. Ein Vergleich der Sterblichkeitsquotienten in Bezug auf Straßenverkehrsunfälle zwischen Ländern mit niedrigem bis mittlerem und Ländern mit hohem Einkommen für die Altersgruppe unter 15 Jahren zeigt, dass sich die Kluft vergrößert hat. Der Sterblichkeitsquotient für alle unbeabsichtigten Verletzungen stieg zwischen 2000 und 2011 von 4,2 auf 6,1 an; im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Quotient für

Straßenverkehrsverletzungen von 1,9 auf 3,8 (Abb. C2). Deshalb sind vor allem in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen neuerliche Anstrengungen erforderlich, um dieser Zunahme der Ungleichheiten entgegenzuwirken.

In der Europäischen Region werden 852 Tötungsdelikte an Kindern unter 15 Jahren auf Kindesmisshandlung zurückgeführt (3). Da dies jedoch eine versteckte Form der Gewalt ist, dürfte die Prävalenz tatsächlich deutlich höher liegen. Aufgrund einer Meta-Analyse wurde geschätzt, dass etwa 18 Mio. Kinder sexuellen Missbrauch, 44 Mio. körperliche Misshandlungen und 55 Mio. psychischen Missbrauch erlebt haben.

Stürze stellen vor allem für die ältere Menschen ein besonderes Problem dar. Mehr als 50% der durch Stürze bedingten Todesfälle (44 000) ereigneten sich in der Altersgruppe der über 70-Jährigen. Eine große Anzahl der in Haus und Freizeit erlittenen tödlichen und nicht tödlichen Verletzungen bei Senioren sind auf Stürze zurückzuführen. Deshalb ist die Schaffung einer seniorengerechten Umwelt anzustreben.

Abb. C1: Äußere Ursachen wie Verletzungen und Vergiftungen in der Europäischen Region der WHO, der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) und der Europäischen Union (EU) (altersstandardisierte Mortalitätsraten je 100 000 EW, 1980–2011)

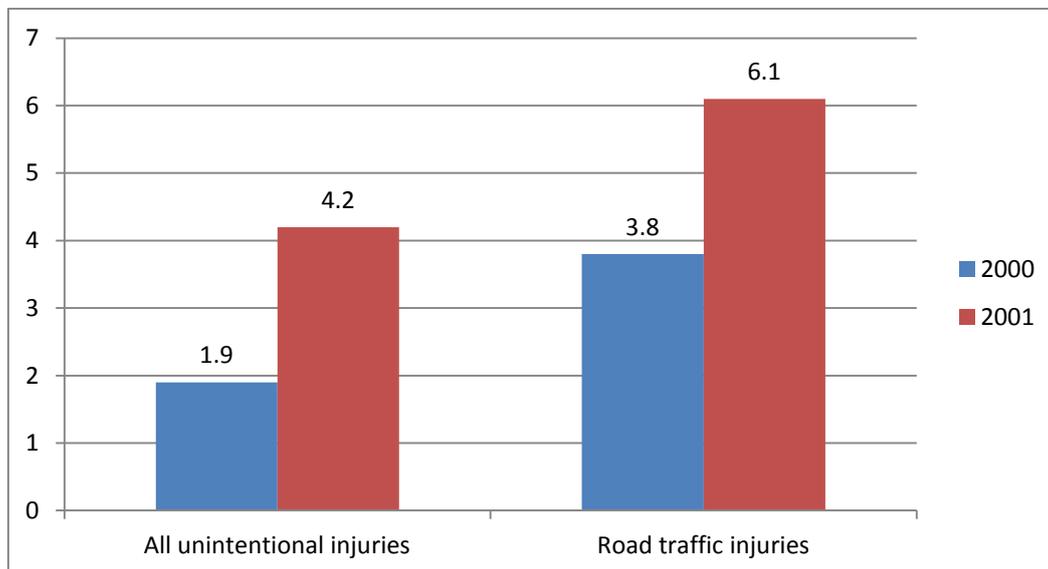


Ältere Menschen sind auch in erhöhtem Maße der Gewalt ausgesetzt: Jedes Jahr fallen 8500 Menschen über 60 Jahren Tötungsdelikten zum Opfer. Doch damit wird das wahre Ausmaß des Problems noch unterschätzt, denn Untersuchungen haben ergeben, dass 4 Mio. ältere Menschen körperlicher Misshandlung, 1 Mio. sexuellem Missbrauch, 29 Mio. psychischem Missbrauch und 6 Mio. finanziellen Betrügereien ausgesetzt sind.

Verletzungsbedingte Todesfälle sind nur die Spitze des Eisbergs. Denn nach Schätzungen kommen auf jeden Todesfall 24 Krankenhauseinweisungen und 145 Einlieferungen in die Notaufnahme. Dies deutet darauf hin, dass Verletzungen eine enorme Belastung für die Gesundheitssysteme darstellen. Die für die Europäische Region geschätzten 13 Mio. Krankenhauseinweisungen und 80 Mio. Einlieferungen in die Notaufnahme haben hohe Kosten für Gesundheitswesen und Gesellschaft zur Folge und belasten die ohnehin angespannten Finanzen. Nach Schätzungen von Experten gehen bis zu 3,9% des Bruttoinlandsproduktes aufgrund der Folgen von Verkehrsunfällen verloren (6). In England und Wales werden die Folgen

von Gewalt unter Jugendlichen auf jährlich 13 Mrd. £ beziffert (7). Ferner haben Untersuchungen ergeben, dass die gesellschaftlichen Kosten von Gewalt unter Intimpartnern sich auf bis zu 2% des Bruttoinlandsproduktes belaufen (8).

Abb. C2: Sterblichkeitsquotienten in Bezug auf alle unbeabsichtigten Verletzungen sowie Straßenverkehrsunfälle im Vergleich zwischen Ländern mit niedrigem bis mittlerem und Ländern mit hohem Einkommen für die Altersgruppe unter 15 Jahren (2000 und 2011)



Quellenangaben

1. Global health estimates 2011. Genf: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/, accessed 14 April 2014).
2. Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf, accessed 14 April 2014).
3. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, eds. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf, accessed 14 April 2014).
4. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf, accessed 14 April 2014).
5. Mortalitätsindikatoren nach 67 Todesursachen, Alter und Geschlecht (HFA-MDB). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb>, eingesehen am 25. Juni 2014).
6. Mitis F, Sethi D. European facts and “Global status report on road safety 2013”. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2013/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, accessed 14 April 2014).

7. Sethi D, Mitis F, Racioppi F. European report on preventing violence and knife crime among young people. WHO European Centre for Environment and Health; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf, accessed 14 April 2014).
8. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. WHO European Centre for Environment and Health; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006
(<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>, accessed 14 April 2014).

Anhang C2: Einschlägige Publikationen

Beschlüsse

Resolution EUR/RC55/R9. Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/88103/RC55_gres09.pdf, eingesehen am 14. April 2014).

Fachliche Berichte

Injuries and violence in Europe—why they matter and what can be done. Summary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e87321.pdf>, accessed 14 April 2014).

Shields N, Sethi D, Racioppi F, Yordi Aguirre I, Baumgarten I. National responses to preventing violence and unintentional injuries: WHO European survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89258.pdf>, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>, accessed 14 April 2014).

Sethi, D, Racioppi F, Mitis F. Youth and road safety in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007 (www.euro.who.int/document/e90142.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Racioppi F, Frerick B, Frempong N. Progress in preventing injuries in the WHO European Region. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98423/E91710.pdf, eingesehen am 14. April 2014).

Laflamme L, Sethi D, Burrows S. Addressing the socioeconomic safety divide: A policy briefing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111036/E91823.pdf, accessed 14 April 2014).

European status report on road safety. Towards safer roads and healthier transport choices. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/43314/E92789.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Preventing injuries in Europe. From international collaboration to local implementation. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2010. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F, Racioppi F. European report on preventing violence and knife crime among young people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf, accessed 14 April 2014).

Polinder S, Toet H, Panneman M, van Beeck E. Methodological approaches for cost-effectiveness and cost-utility analysis of injury prevention measures, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/144196/e95096.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, eds. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf, accessed 14 April 2014).

Mitis F, Sethi D. European facts and “Global status report on road safety 2013”. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2013/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, accessed 14 April 2014).

Grundsatzpapiere

Sethi D. Developing national policy for injury and violence prevention. Amsterdam: EuroSafe; 2006

([http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/\\$file/Policy%20briefing%202.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/$file/Policy%20briefing%202.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D. The role of public health in injury prevention in the WHO European Region. Amsterdam: EuroSafe; 2006 (http://www.euro.who.int/document/VIP/policy_briefing_1.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D. Inequality in injury risks. Amsterdam: EuroSafe; 2006 ([http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/\\$file/Policy%20briefing%203.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/$file/Policy%20briefing%203.pdf), accessed 14 April 2014).

The cycles of violence: The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence: Key facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E90619.pdf>, accessed 14 April 2014).

Breaking the cycle: Public health perspectives on interpersonal violence in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89855.pdf>, accessed 14 April 2014).

Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E88757.pdf>, accessed 14 April 2014).

Preventing child maltreatment in Europe: A public health approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98778/E90618.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D. Road traffic injuries among vulnerable road users. Amsterdam: EuroSafe; 2008
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98779/polbrief_road_injuries.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F. Alcohol and injuries. Amsterdam: EuroSafe; 2009
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/157929/Policy-briefing-5-Alcohol-and-injuries-final.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Bei H, Frerick B.. Youth violence prevention. Amsterdam: EuroSafe; 2009
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/157931/Policy-briefing-6-Youth-violence_FINAL.pdf, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F. Using advocacy for injury prevention. Amsterdam; EuroSafe: 2009
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/157935/Policy-briefing-8-Using-advocacy-for-injury-prevention.pdf, accessed 14 April 2014).

Jackson J, Mitis F, Sethi D. Injuries in Europe: A call for public health action. An update from the 2008 WHO Global Burden of Disease. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/171973/Injuries-in-Europe-a-call-for-public-health-action-An-update-from-2008-WHO-Global-Burden-of-Disease.pdf, accessed 14 April 2014).

Barone A, Mitis F, Sethi D. Injuries in Europe: A call for public health action. An update from the 2011 WHO Global Burden of Disease. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2014.

Artikel in Fachzeitschriften

Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Bertollini R. Reducing inequalities in injuries in Europe. *Lancet* 2006;368:2243–50.

Racioppi F, Sethi D, Baumgarten I. Stepping up the effort to reduce violence and unintentional injuries in Europe. *Eur J Public Health* 2006;16:337–8.

Sethi D, Waxweiler R, Racioppi F. Developing a national policy for injury and violence prevention. *Int J Injury Control Saf Promot* 2007;15:53–5.

Sethi D, Racioppi F, Bertollini R. Preventing the leading cause of death in young people in Europe. *J Epidemiol Commun Health* 2007;61:842–3.

Racioppi F, Sethi D. The first United Nations global road safety week: Addressing the leading cause of death in young Europeans. *Eur J Public Health* 2007;17:232–4.

Sethi D, Racioppi F. The role of public health in injury prevention in the WHO European Region. *Int J Injury Control Saf Promot* 2008;14:271–3.

Parekh N, Mitis F, Sethi D. Progress in preventing injuries: A content analysis of national policies in Europe. *Int J Injury Control Saf Promot* (in press).

Kapitel in Büchern

Sethi D, Racioppi F. Road traffic injury prevention in children and young people in the European Region. In: Tellnes G (Ed.). Urbanisation and health. Oslo: Oslo Academic Press; 2005.

Sethi D, Butchart A. Violence/Intentional injuries: Prevention and control. In: Heggenhougen K, Quah S (Eds). International Encyclopaedia of Public Health. London: Elsevier; 2008.

Sethi D, Mitis F. Road traffic injuries. In: Mackenbach JP, McKee M (Eds). Successes and failures of health policy in Europe. Four decades of diverging trends and converging challenges. Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 2012.

Mitis F, Sethi D. Male on male violence. In: Donnelly P, Ward C (Eds). Oxford textbook of violence prevention: Epidemiology, evidence and policy. Oxford: Oxford University Press; 2014.

Berichte der Tagungen der fachlichen Ansprechpersonen

WHO, Ministry of Health, Welfare and Sport, Netherlands. Joint meeting of the European national focal points for violence and injury prevention. Noordwijkerhout, 14, 17, 18 November 2005
(http://www.euro.who.int/document/VIP/FPs_%20meeting_%20report_FINAL_edited.pdf, accessed 14 April 2014).

Reports on “Workshop on strengthening capacity for violence and injury prevention”, Salzburg, 21–23 June 2006, and “Second meeting of the violence and injury prevention focal persons for WHO Europe”, Salzburg, 23–24 June 2006
(http://www.euro.who.int/Document/VIP/2nd_VIP_FocalPerMtg.pdf, accessed 14 April 2014).

First VIP focal points consultation meeting: Third annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health: report of a joint meeting of the WHO and the High Commissariat of Health at the Ministry of Health, Portugal, Lisbon, 21–22 November 2007 (http://www.euro.who.int/document/VIP/3rd_vip_focalpermtg.pdf, accessed 14 April 2014).

Meeting report of the fourth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health, Helsinki, 10–11 November 2008.

Report of the fifth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health, Bonn, 16–17 December 2009
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/83992/E93692.pdf, accessed 14 April 2014).

Report of the sixth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health. Oslo, 11–12 October 2011.

Report of the seventh annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health. Antalya, 17–18 October 2012
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/180946/e96749.pdf, accessed 14 April 2014).

D. Fortschritte mit der Umsetzung der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Einführung

1. Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen,¹ die vom Regionalkomitee für Europa 2005 auf seiner 55. Tagung angenommen wurde, basierte auf einem breiten Spektrum von Daten über das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen, die Aufschluss über lebensstil- und verhaltensbezogene sowie kulturelle und sozioökonomische Einflussfaktoren geben. Mit der Strategie werden drei Hauptziele verfolgt:

- Schaffung eines Rahmens für eine evidenzbasierte Überprüfung und Verbesserung nationaler Konzepte und Programme zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus der Lebensverlaufperspektive;
- Förderung ressortübergreifender Maßnahmen zur Lösung der für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wichtigsten Fragen. Dabei werden Kooperationen mit Bereichen außerhalb des Gesundheitswesens als entscheidend und auch Bildungseinrichtungen als besonders wichtig angesehen;
- Bestimmung der Rolle des Gesundheitswesens bei der Ausarbeitung und Koordinierung von Konzepten und bei der Gestaltung von Angeboten, die den gesundheitlichen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht werden.

2. Diese Strategie beruht auf vier Leitprinzipien:

- **Lebensverlaufansatz:** Die Konzepte und Programme sollten die gesundheitlichen Herausforderungen in jeder Phase der Entwicklung – von der Vorgeburtsphase bis ins Jugendalter – ins Visier nehmen.
- **Chancengleichheit:** Die Bedürfnisse der am stärksten benachteiligten Gruppen sollten bei der Bewertung des Gesundheitsstatus sowie bei der Formulierung der Gesundheitspolitik und Planung der Gesundheitsversorgung ausdrückliche Berücksichtigung finden.
- **Ressortübergreifende Maßnahmen:** Bei der Ausarbeitung von Konzepten und Plänen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte ein ressortübergreifender gesundheitspolitischer Ansatz verfolgt werden, der die grundlegenden Determinanten von Gesundheit berücksichtigt.
- **Beteiligung:** Bei der Planung, Umsetzung und Überwachung der Konzepte und Angebote sollten die Öffentlichkeit sowie insbesondere die jungen Menschen selbst einbezogen werden.

¹ European strategy for child and adolescent health and development. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/european-strategy-for-child-and-adolescent-health-and-development>, eingesehen am 16. April 2014).

Das Instrumentarium

3. Zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung und Umsetzung der Strategie wurde ein Instrumentarium¹ entwickelt. Anfangs bestand es aus einer Reihe von Leitfäden zur Selbsteinschätzung, die darauf ausgerichtet waren:

- bereits vorhandene Konzepte und Strategien zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu bewerten;
- die zur Ausarbeitung von Konzepten und Strategien für Kinder und Jugendliche erforderlichen Daten und Informationen zu bestimmen;
- vorrangige Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Gang zu setzen;
- Programme zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf Gleichstellungsaspekte zu analysieren und wirksame Interventionen mit Relevanz für den Bereich Gleichstellung zu bestimmen.

4. Später wurden ein Instrumentarium für evidenzbasierte Maßnahmen zugunsten der Gesundheit von Jugendlichen und ein Instrument zur Mitverfolgung der Erfüllung der Ziele und Grundsätze der Strategie auf der nationalen Ebene entwickelt. Die Länder haben die Instrumente für die Planung und Mitverfolgung der Umsetzung der nationalen Strategien angewendet (s. Anhang E1).

Umsetzung der Strategie

5. Seit der Einführung der Strategie im Jahr 2005 hat das WHO-Regionalbüro für Europa insgesamt 20 Mitgliedstaaten aktiv bei der Gestaltung und Überarbeitung von Strategien für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Anhang D1) unterstützt und dabei folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Durchführung einer Situationsanalyse in den beteiligten Ländern, jeweils mit einem detaillierten Länderprofil und Informationen über die Struktur des Gesundheitssystems, den Status der Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen und die Herausforderungen bei der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen;
- Durchführung von Workshops in den Ländern, um die Strategie einzuführen, gegenwärtige Entwicklungen in der Kindergesundheit und in damit verbundenen Programmen zu dokumentieren und das weitere Vorgehen auf der nationalen Ebene zu bestimmen;
- Unterstützung der Ausarbeitung einer Strategie und eines kostenkalkulierten Aktionsplans zur Vorlage an Regierung oder Parlament.

6. Die Fortschritte bei der Umsetzung von Strategien zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurden von 2006 bis 2008² in zwei Schritten eingehend ausgewertet: einer Untersuchung mittels eines Fragebogens, die einfache Daten lieferte, die sich auf die verschiedenen Länder und Regionen übertragen lassen; und der Durchführung von Fallstudien in den Ländern.

² European strategy for child and adolescent health and development: from resolution to action, 2005–2008. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2008/european-strategy-for-child-and-adolescent-health-and-development-from-resolution-to-action,-20052008>, eingesehen am 31. März 2014).

7. Der Hauptzweck der Untersuchung bestand darin, Informationen über die Umsetzung der Strategie zu erfassen, und zwar:

- politische und organisatorische Aktivitäten, die sich aus der Umsetzung und der Einbeziehung von Partnern ergeben;
- die politische Entschlossenheit;
- die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen;
- die Informationssysteme;
- das Gesundheitspersonal.

Ergebnisse der Untersuchung

Die Konzepte und Programme sollten die gesundheitlichen Herausforderungen in jeder Phase der Entwicklung – von der Vorgeburtsphase bis ins Jugendalter – ins Visier nehmen (Lebensverlaufansatz).

8. Die Zahl der Länder, die sich in ihren nationalen Strategien mit verschiedenen Altersgruppen befasst haben, ist 2008 von zwei auf acht gestiegen. Inzwischen nehmen mindestens zwölf Länder in ihren nationalen Strategien verschiedene Altersgruppen ins Visier. Sechs Länder haben nach eigenen Angaben in ihren nationalen Strategien einen Lebensverlaufansatz eingeführt.

Die Bedürfnisse der am stärksten benachteiligten Gruppen sollten bei der Bewertung des Gesundheitsstatus sowie bei der Formulierung der Gesundheitspolitik und Planung der Gesundheitsversorgung ausdrückliche Berücksichtigung finden.

9. Gesundheitliche Unterschiede innerhalb von oder zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen wurden in höherem Maße bewertet, und 15 Länder entdeckten beträchtliche Ungleichgewichte in Bezug auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Zahl der Länder, die in ihrer nationalen Strategie Ungleichgewichte zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen thematisiert haben, ist von neun auf 17 gestiegen.

Bei der Ausarbeitung von Konzepten und Plänen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte ein ressortübergreifender gesundheitspolitischer Ansatz verfolgt werden, der die grundlegenden Determinanten von Gesundheit berücksichtigt.

10. Die Zahl der Länder, die die Einrichtung einer ressortübergreifenden Sonderarbeitsgruppe gemeldet haben, ist von Null auf 13 gestiegen.

Bei der Planung, Umsetzung und Überwachung der Konzepte und Angebote sollten die Öffentlichkeit sowie insbesondere die jungen Menschen selbst einbezogen werden.

11. Der Anteil der Länder, die junge Menschen in die Ausarbeitung ihrer Strategien einbezogen haben, ist gestiegen. Oft wurden junge Menschen über nichtstaatliche Organisationen wie Jugendparlamente und andere Jugendinitiativen einbezogen. In Bezug auf eine breitere Beteiligung der Öffentlichkeit haben mehr als die Hälfte der Länder nichtstaatliche Organisationen in die Ausarbeitung der Strategie eingebunden. Dies deutet darauf hin, dass sich der Prozess einem breiteren Expertenkreis öffnet.

Fallstudien

12. Bisher wurden fünf Länder-Fallstudien³ durchgeführt, die ausführliche Informationen im Hinblick auf die künftige Arbeit in den betreffenden und anderen Ländern lieferten (s. Anhang E2).

Seit 2008

13. Im Zeitraum 2008–2013 hat das WHO-Regionalbüro für Europa seine Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern dadurch fortgesetzt, dass es die Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Strategien und Aktionspläne für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fachlich begleitet und so die Mitgliedstaaten bei der Verwirklichung des Millenniums-Entwicklungsziels 4 unterstützt hat. Das Regionalbüro hat insgesamt 18 Länder fachlich dabei unterstützt, politische Handlungskonzepte auszuarbeiten und die Gesundheitssysteme zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu befähigen.

14. Kasachstan hat die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als eine neue Komponente in seinen nationalen Gesundheitsplan aufgenommen. Armenien und Usbekistan haben ihre bestehenden Strategien evaluiert und bereiten derzeit neue Handlungskonzepte für die nächsten fünf bis sechs Jahre vor. In Kirgisistan, der Republik Moldau und Turkmenistan wird an einer nationalen Strategie gearbeitet, mit deren Annahme jeweils vor Ende 2014 gerechnet wird.

15. In acht Ländern wurden Kapazitäten für die Durchführung von Kostenanalysen in der Politikentwicklung aufgebaut, und die Republik Moldau, die Ukraine und Usbekistan wurden bei der Neuausrichtung und qualitativen Verbesserung der schulischen Gesundheitsdienste unterstützt.

16. Mit fachlicher Beratung durch die WHO haben Länder mit zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (Armenien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan) eine evidenzbasierte Bewertung der klinischen Praxis in der primären und sekundären Gesundheitsversorgung durchgeführt, Leitlinien und Instrumente für die Bereitstellung hochwertiger Angebote für Kinder entwickelt bzw. angepasst und verbreitet und die Gesundheitssysteme in Bezug auf gesundheitliche Interventionen für Kinder gestärkt. In Usbekistan etwa wurden konzeptionelle Empfehlungen und Instrumente für ein integriertes, unterstützendes Aufsichtssystem für die gesundheitliche Versorgung von Müttern und Kindern entwickelt, und es wurden mit Unterstützung durch Partnerorganisationen nationale Kapazitäten aufgebaut. In Armenien führte eine nationale Strategie für den Aufbau von Kinderkrankenhäusern zur Erhöhung der Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung, und die Einführung einer Gesundheitsbescheinigung für Kinder hatte eine Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen zur Folge und führte zu einer Abnahme der durch Lungenentzündung bedingten Todesfälle bei Säuglingen in Krankenhäusern um 45% und zu einer Senkung der Mortalität bei Kindern bis fünf Jahre um 35%.

17. Auf der Grundlage der Empfehlungen der WHO haben Armenien, Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan Konzepte zur landesweiten qualitativen Verbesserung der Gesundheitsversorgung entwickelt und entsprechende Kapazitäten aufgebaut. In vier Ländern (Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan, Usbekistan) wurde die Qualität der Krankenhausversorgung verbessert und wurden die Rechte von Kindern in der

³ Barnekow V, Smith L, Simonelli F, Majer K, Fernandes Guerreiro AI. Development of national strategies—case studies from five countries. European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Kopenhagen: Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/53929/e92117.pdf, eingesehen am 16. April 2014).

Gesundheitsversorgung gestärkt. Dies geschah nach Feststellung einer Diskrepanz zwischen dem Anspruch einer uneingeschränkten Achtung der Rechte von Kindern in Krankenhäusern und der tatsächlichen Praxis, in deren Folge konkrete Gegenmaßnahmen eingeleitet wurden.

Fazit

18. Die Länder haben ihre politische Entschlossenheit zur Unterstützung der Ausarbeitung einer Strategie unter Beweis gestellt, doch konkrete Maßnahmen waren bisher seltener. Die Zuweisung neuer bzw. Neuzuweisung bereits vergebener Mittel für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch den Staat hat sich als problematisch erwiesen, sodass in den meisten Ländern die Arbeit an der Strategie ohne staatliche Mittel erfolgte. Doch allmählich fließen mehr Finanzmittel in diesen Bereich, und der Anteil der Länder, die Mittel speziell für die Ausarbeitung einer Strategie bereitgestellt haben, stieg zwischen 2006 und 2008 von zwei auf vier; weitere sieben Länder gaben an, sie hätten einen Teil der für die Ausarbeitung einer Strategie erforderlichen Mittel gesichert.

19. Einer der Gründe für eine lückenhafte Finanzierung im Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist möglicherweise die bisher spärliche Datenlage. Anträge auf Bewilligung von Mitteln müssen auf solide Daten über den Gesundheitsstatus und die Verteilung von Gesundheit gestützt sein. Doch eine im Jahr 2008 durchgeführte Folgeuntersuchung ergab, dass nur etwa die Hälfte der Länder über eine nationale Datenbank mit einschlägigen Informationen über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verfügt. Manche Länder haben keine eigenständige Datenbank für Kindergesundheit eingerichtet, sodass die betreffenden Informationen in anderen Registern oder Datenbanken gespeichert sind. Daten über Morbidität und Mortalität werden in den meisten Ländern erhoben, und eine Aufschlüsselung nach Altersgruppe erfolgt immer häufiger, doch fehlen nach wie vor Daten über die sozioökonomischen Bedingungen und über einzelne ethnische Gruppen. Die Erhebung aufgeschlüsselter Daten ist eine anspruchsvolle und zeitraubende Aufgabe. Dennoch gehen einige Länder dazu über, Daten etwa nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselt zu erfassen. Aufgeschlüsselte Daten über den sozioökonomischen Status und die ethnische Zugehörigkeit sind schwieriger zu erheben.

20. Fazit: Es hat sich gezeigt, dass zur Einbindung der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Konzepte und Strategien der Länder folgende Bedingungen erfüllt sein müssen:

- Einbindung der Umsetzung der Strategie in den Gesundheitssystemansatz;
- Identifizierung anderer Strategien, Defizite und Bedarfslücken in einer Situationsanalyse;
- Führungskompetenz seitens des Gesundheitsministeriums (oder des jeweils primär zuständigen Ministeriums) bei der Situationsanalyse und bei der Festlegung von Prioritäten;
- politischer Wille, festes Engagement und tatkräftige Unterstützung für ressortübergreifende Maßnahmen zugunsten der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch den Staat;
- ein eindeutiges, gemeinsames und vom Staat finanziell unterstütztes System zur Abstimmung des Handelns der maßgeblichen Akteure, mit einem vorher festgelegten federführenden Ressort und einer hochrangigen ressortübergreifenden Arbeitsgruppe;
- Festlegung des Status der Strategie sowie der Zuständigkeiten jedes einzelnen Ressorts bei deren Umsetzung;

- Festlegung der vom jedem Partner beizusteuern den finanziellen und sonstigen Ressourcen mit klar definierten und kostenmäßig berechneten Aktionsplänen zur Umsetzung.

21. Es gibt zahlreiche Bedrohungen für Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen (z. B. Adipositas, sexuell übertragbare Krankheiten, psychosoziale Probleme und psychische Gesundheitsstörungen), die zu den bereits vorhandenen Gefährdungen wie Mangelernährung, perinatalen Problemen und Infektionskrankheiten hinzukommen. Auch die gegenwärtige und künftige Gefährdung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Umweltbelastung und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten junger Menschen gibt Anlass zur Besorgnis.

22. Die für den Zeitraum 2014–2025 geplante erneuerte Strategie wird sich direkt mit diesen Problemen auseinandersetzen.

Anhang D1: Entwicklung von Strategien nach Land (Stand: 2008)

Länder, die von der WHO intensive Unterstützung erhalten haben	Länder, die die WHO um intensive Unterstützung gebeten haben	Länder, die eine Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entworfen haben	Länder, die eine Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Kraft gesetzt haben
Albanien	Aserbaidschan	Armenien	Schottland*
Armenien	Irland	Georgien	Slowakei
Georgien	Kasachstan	Kirgisistan	Slowenien
Kirgisistan	Russische Föderation	Republik Moldau	Tadschikistan
Republik Moldau	Turkmenistan	Usbekistan	Ukraine
Rumänien			Ungarn
Slowakei			
Tadschikistan			
Türkei			
Ukraine			
Ungarn			
Usbekistan			

*Schottland verfügt nicht über eine eigene Strategie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, hat jedoch das Instrumentarium dazu herangezogen, einen Rahmen für Kinder und Jugendliche auszuarbeiten.

Viele der vorstehend aufgeführten Länder erhalten weiterhin Unterstützung bei der Mitverfolgung und Überarbeitung ihrer Strategien für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus haben auch Belarus und das Kosovo¹ Unterstützung erhalten.

¹ In Übereinstimmung mit Resolution 1244 (1999) des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen.

Anhang D2: Lehren aus den Fallstudien¹

Vom Grundsatz zum Handeln und zur Umsetzung ist ein kontinuierlicher Prozess, und in allen Ländern ist ein positiver Start gelungen. Im Hinblick auf die Beschaffung von Finanzmitteln für die Umsetzungsphase stecken die meisten Länder insofern in einer Klemme, als ohne Vorliegen einer kohärenten und vereinbarten Strategie in der Regel keine Mittel zur Verfügung gestellt werden, dass aber die Ausarbeitung einer solchen Strategie durch mangelnde Bereitschaft zur Finanzierung beeinträchtigt wird.

Politische Entschlossenheit ist für Fortschritte von überragender Bedeutung und muss durch ebenso entschlossenes politisches Handeln und eine entsprechende Mittelzuweisung unterstützt werden.

Der *Lebensverlaufansatz* kommt in den Ländern sichtbar zur Anwendung; diese ist allerdings nicht immer zusammenhängend, und es herrscht allgemein die Einschätzung, dass die Gesundheit von Jugendlichen in den nationalen Strategien einen höheren Stellenwert erhalten muss.

Es muss künftig verstärkt angestrebt werden, die Bedürfnisse besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen festzustellen und zu erfüllen, um mehr *Chancengleichheit* zu verwirklichen. Ungleichgewichte zwischen den Geschlechtern geben Anlass zur Besorgnis. Gleichstellungsaspekte werden in den Ländern zunehmend als Frage der Chancengleichheit erkannt und nun als solche in Konzepte und Maßnahmen einbezogen, doch generell werden Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nicht in ihrer vollen Tragweite anerkannt, und in den meisten Ländern fehlt es an Sachverstand auf diesem Gebiet. Gleichstellungsfragen sollten in systematischer Weise angegangen werden.

Ressortübergreifende Zusammenarbeit wurde in allen Ländern, in denen Fallstudien durchgeführt wurden, als wesentliche Stärke benannt, wobei den Gesundheitsministerien eine wichtige Führungsrolle zuerkannt wird. Das Ausmaß der *Verflechtung mit anderen politischen Entwicklungen* ist jedoch von Land zu Land sehr unterschiedlich. Arbeitsgruppen zur ressortübergreifenden Abstimmung können auch durch die Instabilität des politischen Umfeldes und durch übermäßig viele Wechsel der Vertreter beeinträchtigt werden.

¹ European strategy for child and adolescent health and development. from resolution to action, 2005–2008. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2008. Auszug von Seite 10 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf, eingesehen am 16. April 2014).

E. Fortschritte mit der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region

Einführung und Hintergrund

Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

1. Auf der 61. Tagung des Regionalkomitees für Europa im Jahr 2011 nahmen alle 53 Länder der Europäischen Region die Resolution EUR/RC61/R6 und den Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen (Dokument EUR/RC61/14) an. Der Strategische Aktionsplan enthält sieben strategische Ziele, die die komplexen Einflussfaktoren in Verbindung mit bakteriellen Resistenzen umfassend abdecken sollen.

2. In der Resolution EUR/RC61/R6 werden die Mitgliedstaaten nachdrücklich aufgefordert: den politischen Willen zur Umsetzung des Strategischen Aktionsplans sowie die dazu erforderlichen Ressourcen aufzubringen; den Aufbau nationaler Systeme für Überwachung und Kontrolle von Antibiotikaverbrauch und Antibiotikaresistenzen zu unterstützen; sektorübergreifende und allumfassende Koordinationsmechanismen auf nationaler Ebene zu begründen und offiziell zu verankern; und nationale Kampagnen zur Sensibilisierung für die Ursachen der Antibiotikaresistenz zu unterstützen.

3. In der Resolution wird ferner die Regionaldirektorin ersucht, die Mitgliedstaaten auch weiterhin durch Führungskompetenz und Bereitstellung geeigneter Instrumente, Leitlinien und fachlicher Hilfe bei der Einschätzung ihrer eigenen Lage in Bezug auf Antibiotikaresistenz und Antibiotikaverbrauch sowie ihrer Fähigkeit zur Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Aktionspläne zu unterstützen. Darüber hinaus wird das Regionalbüro auch ersucht, einen Informationsaustausch in Bezug auf Antriebskräfte für die Entstehung von Antibiotikaresistenzen und diesbezügliche Trends zu erleichtern, namentlich durch Schaffung eines regionsweiten Forums für Austausch und Analyse von Daten. Schließlich wird die Regionaldirektorin in der Resolution ersucht, dem Regionalkomitee bis 2014 jährlich und danach zweijährlich über Fortschritte bei der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans Bericht zu erstatten und im Jahr 2020 einen Abschlussbericht vorzulegen.

Globale Anstrengungen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

4. Am Weltgesundheitstag 2011 forderte die WHO mit dem Slogan „Wer heute nicht handelt, kann morgen nicht mehr heilen“ die Länder zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen (AMR) auf. Diese Botschaft unterstrich die dringende Notwendigkeit grenzüberschreitender ressort- und fachübergreifender Maßnahmen, um den Verlust hart erkämpfter Errungenschaften in den Bereichen Gesundheit und Entwicklung zu verhindern, die aufgrund zunehmender Resistenzen gegen antimikrobielle Mittel allgemein und speziell Antibiotika drohen. Gegenwärtig gibt es eine nie da gewesene globale Dynamik mit einem wachsenden Bewusstsein dafür, dass AMR eine der großen globalen Gesundheitsgefahren unserer Zeit darstellen.

5. Im September 2013 berief die Generaldirektorin der WHO die strategische und fachliche Beratungsgruppe für Fragen der antimikrobiellen Resistenz (STAG-AMR) ein, das wichtigste fachliche Beratungsgremium der WHO im Bereich AMR. Die STAG-AMR hielt ihre erste Tagung am 19. und 20. September 2013 beim WHO-Hauptbüro in Genf (Schweiz) ab. Ihre zentrale Empfehlung lautete, die WHO solle bei der Entwicklung eines globalen Aktionsplans zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen die Federführung übernehmen. Diese

Empfehlung wurde im Januar 2014 vom Exekutivrat befürwortet, der die Einrichtung einer globalen Sonderarbeitsgruppe der WHO zum Thema antimikrobielle Resistenz begrüßte, die eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den mit AMR befassten Fachprogrammen beim WHO-Hauptbüro und bei den Regionalbüros sicherstellen soll. Die STAG-AMR empfahl außerdem die Verabschiedung einer Resolution über die Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen auf der 67. Weltgesundheitsversammlung. Am 30. April, vor der Weltgesundheitsversammlung, veröffentlichte die WHO den ersten globalen Bericht zum Thema AMR, zu dem das Regionalbüro und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) maßgeblich beigetragen haben.

Ergriffene Maßnahmen und erzielte Fortschritte

Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

6. Beim Regionalbüro ist für die Umsetzung des Europäischen Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen eine enge Zusammenarbeit zwischen mehreren Fachprogrammen und ihren Partner-Netzwerken sowie mit den Regierungen der Mitgliedstaaten erforderlich. In diesem Bericht werden die Aktivitäten und Erfolge des Regionalbüros und seiner Partnerorganisationen bei der Umsetzung der sieben strategischen Ziele des Aktionsplans in jüngster Zeit geschildert.

Strategisches Ziel 1: Stärkung der sektorübergreifenden Koordination bei der Eindämmung der Antibiotikaresistenz auf nationaler Ebene

7. Das Regionalbüro führt in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM) in den Niederlanden und der Europäischen Gesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten (ESCMID) eine Bestandsaufnahme der Situation in den Ländern durch, um deren Fähigkeit zur Prävention und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen durch Surveillance, umsichtige Verwendung von Antibiotika und Infektionsschutzmaßnahmen zu bewerten. Dazu besuchen durch externe Experten verstärkte Teams der WHO die Mitgliedstaaten, um mit den neu ernannten Anlaufstellen und anderen maßgeblichen Akteuren in den Bereichen Human- und Tiermedizin den gegenwärtigen Stand der Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen zu erörtern und eine Reihe von Laboren und Gesundheitseinrichtungen zu besichtigen. Im Zeitraum 2013–2014 wurden Lageberichte für Armenien, Aserbaidschan, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Kirgisistan, die Republik Moldau und Usbekistan erstellt. Weitere Lageberichte sind im Zeitraum 2014–2015 für Albanien, Kasachstan, Tadschikistan, Turkmenistan und die Ukraine vorgesehen.

8. Auf Initiative des Sekretariats haben fast alle Mitgliedstaaten inzwischen eine nationale Anlaufstelle für AMR ernannt, deren Aufgabe darin besteht, die Einrichtung von ressortübergreifenden Koordinationsmechanismen für AMR (Sonderarbeitsgruppe, Lenkungsausschuss o. ä.) zu erleichtern und bei der Ausarbeitung eines nationalen Aktionsplans die Federführung zu übernehmen, der Ziele, Konzepte sowie Surveillance- und Bekämpfungsmaßnahmen umfasst. Durch den sektorübergreifenden Koordinationsmechanismus stellt die nationale Anlaufstelle für AMR eine regelmäßige Datenerhebung und einen entsprechenden Informationsaustausch sicher und erleichtert die Kommunikation und Abstimmung zwischen dessen Mitgliedern und ihrer Klientel. Seit der Annahme des Strategischen Aktionsplans haben Armenien, Belarus, Georgien, Kirgisistan, Montenegro, die Republik Moldau, die Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, die Türkei und Usbekistan entweder einen sektorübergreifenden Koordinationsmechanismus aufgebaut und einen nationalen Aktionsplan ausgearbeitet oder sind dabei, dies zu tun. Das Sekretariat leistet fachliche Unterstützungsarbeit und bietet Zugang zu Experten für die Erstellung und Weiterentwicklung nationaler Pläne und damit verbundener Steuerungsstrukturen.

Strategisches Ziel 2: Stärkung der Surveillance von Antibiotikaresistenzen

9. Die Surveillance der Antibiotikaresistenz wird als das Rückgrat des Strategischen Aktionsplans der Europäischen Region angesehen. Sie ist notwendig, um das Ausmaß des Problems zu dokumentieren, das Entstehen spezifischer Erreger-Wirkstoff-Kombinationen sowie sich abzeichnende Trends auf diesem Gebiet zu verfolgen und die Wirksamkeit gezielter Interventionen zu bewerten. Obwohl viele Länder in der Europäischen Region, die nicht der EU angehören, nicht systematisch Daten über Antibiotikaresistenzen erheben und austauschen, hat das Regionalbüro 2012 zusammen mit dem RIVM und der ESCMID das Surveillance-Netzwerk für antimikrobielle Resistenzen in Zentralasien und Osteuropa (CAESAR) ins Leben gerufen, um den Ländern beim Auf- bzw. Ausbau ihrer nationalen AMR-Surveillance-Systeme behilflich zu sein und zu einer regionsweiten AMR-Surveillance beizutragen.

10. Das Netzwerk CAESAR umfasst jene Länder, die nicht dem beim ECDC angesiedelten Europäischen Netzwerk zur Überwachung von Resistenzen gegen antimikrobielle Wirkstoffe (EARS-Net) angehören. Es wird durch Ergänzung der Surveillance-Arbeit der Europäischen Union und der Europäischen Umweltagentur in enger Abstimmung mit dem ECDC und unter Anwendung kompatibler Methoden das Bild für die Europäische Region vervollständigen. Gegenwärtig befinden sich Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, die Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kirgisistan, Montenegro, die Republik Moldau, die Russische Föderation, die Schweiz, Serbien, die Türkei und Usbekistan sowie das Kosovo¹ in unterschiedlichen Phasen der Entwicklung bzw. Beteiligung am Netzwerk CAESAR.

11. Fünf Länder, nämlich Belarus, die Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Serbien, die Schweiz und die Türkei, haben bisher Daten an die CAESAR-Datenbank übermittelt. Das Regionalbüro und seine Partner streben weiterhin an, alle verbleibenden Länder einzubinden, da ein einheitliches und abgestimmtes Surveillance-Netzwerk in allen Ländern der Europäischen Region zum Schutz der Gesundheit vor neu entstehenden grenzüberschreitenden Bedrohungen durch AMR unverzichtbar ist. Bis Ende 2014 plant das Sekretariat die Veröffentlichung des ersten Jahresberichts des Netzwerks CAESAR, der zumindest Daten über Antibiotikaresistenzen aus den fünf vorstehend genannten Ländern enthalten soll.

12. Im November 2013 führte die britische Behörde für externe Qualitätsbewertung im Bereich der Mikrobiologie in 121 Laboren in neun an CAESAR beteiligten Ländern und Gebieten eine erste externe Qualitätsbewertung in Bezug auf Tests zur Prüfung der antimikrobiellen Suszeptibilität durch. Eine externe Qualitätsbewertung der antimikrobiellen Suszeptibilitätstests in Diagnoselaboren ist ein wertvolles Instrument zur Erprobung der Validität, das Datenvergleiche zwischen Laboren ermöglicht. Die Ergebnisse der Bewertung wurden auf der zweiten Tagung des Netzwerks CAESAR im Mai 2014 in Barcelona erörtert.

13. Im Juli 2014 organisierte das Sekretariat in Georgien zusammen mit einer Reihe von Partnern einen länderübergreifenden Workshop zum Thema AMR, der aus zwei Teilen bestand: einem länderübergreifenden Seminar für ein breites Publikum von Gesundheitsfachkräften mit Schwerpunkt auf der Sensibilisierung für die Thematik und einem labortechnischen Workshop für medizinische Mikrobiologen mit Schwerpunkt auf dem Ausbau der Laborkapazitäten für die nationale und grenzüberschreitende AMR-Surveillance. An dem Workshop nahmen Vertreter Armeniens, Aserbaidschans, Georgiens, Kirgisistans, Montenegros, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, der Türkei, Turkmenistans und Usbekistans teil. Im Anschluss fand eine Tagung der maßgeblichen Interessengruppen in Georgien statt, auf der der Entwurf des nationalen Aktionsplans erörtert wurde.

¹ In Übereinstimmung mit Resolution 1244 (1999) des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen.

14. Das Sekretariat hat die im November 2013 in Bulgarien abgehaltene erste Tagung der für Antibiotikaresistenz zuständigen Ansprechpersonen der elf Mitgliedstaaten des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks (SEEHN) unterstützt und an ihr teilgenommen. Der Zweck der Tagung bestand darin, die wichtigsten Fragen der Surveillance von Antibiotikaresistenzen in den Ländern des SEEHN zu erörtern und ihre Tätigkeit auf den Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen abzustimmen.

Strategisches Ziel 3: Förderung von Strategien für einen vernünftigen Umgang mit Antibiotika und Stärkung der Surveillance des Antibiotikaverbrauchs

15. Die Anstrengungen zur Ausweitung des Netzwerks für die Surveillance des Gebrauchs antimikrobieller Mittel in den Ländern der Europäischen Region werden fortgesetzt, um die aus dem EARS-Net gewonnenen Informationen mit denselben Methoden zu ergänzen. Bisher sind dem Netzwerk insgesamt 18 Länder, die nicht Mitgliedstaaten der EU sind (Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Montenegro, Republik Moldau, Russische Föderation, Schweiz, Serbien, Tadschikistan, Türkei, Ukraine, Usbekistan), sowie das Kosovo¹ beigetreten und haben entsprechende Daten erhoben. Das Netzwerk der WHO zur Erfassung des Gebrauchs antimikrobieller Mittel wurde in Zusammenarbeit mit externen Partnern und mit finanzieller Unterstützung durch die Niederlande eingerichtet. Die Arbeit an der Surveillance des Verbrauchs antimikrobieller Mittel in den Mitgliedstaaten hat in mehreren Ländern, u. a. in Armenien und der Türkei, politische Maßnahmen auf der nationalen Ebene sowie entsprechende Folgemaßnahmen ausgelöst.

16. So erhob das Netzwerk für 2011 in 13 Mitgliedstaaten, die nicht der EU angehören, Daten über den Verbrauch antimikrobieller Mittel; diese wurden dann in Zusammenarbeit mit der Universität Antwerpen (Belgien) analysiert und mit Daten des ECDC für das ESAC-Net verglichen. Aus den Ergebnissen, die im März 2014 in *The Lancet Infectious Diseases*² veröffentlicht wurden, geht hervor, dass unter den 42 untersuchten Ländern und Regionen in der Europäischen Region der WHO (inner- und außerhalb der Europäischen Union) Unterschiede um das fast Vierfache in Bezug auf die Menge des Verbrauchs an Antibiotika bestehen. Ferner ergibt sich auch ein klares Bild hinsichtlich der Verwendung der verschiedenen Gruppen von Antibiotika. Die an der Studie beteiligten Länder wiesen signifikante Unterschiede in Bezug auf den Antibiotikagebrauch auf. Im Vergleich zu den EU-Staaten lag der Verbrauch in einigen der beteiligten Länder (z. B. Montenegro, Tadschikistan, Türkei) sehr hoch, in anderen (z. B. Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina) dagegen sehr niedrig.

17. Ein niedriger Verbrauch von Antibiotika kann ein Indiz für eine unzureichende Anwendung aufgrund eines mangelnden Zugangs zu Medikamenten in erheblichen Teilen der Bevölkerung sein. Penicilline wurden in allen beteiligten Ländern am häufigsten eingesetzt, wobei die Breitspektrum-Penicilline (Amoxicillin und Ampicillin) besonders häufig zum Einsatz kamen, insbesondere in den Neuen Unabhängigen Staaten. In den beteiligten Ländern Südosteuropas wurden im Vergleich zu den nördlichen EU-Staaten größere Mengen an Cephalosporinen der ersten Generation verwendet. Vor allem in Montenegro und Serbien kam das langzeitwirkende Makrolid Azithromycin in großem Umfang zum Einsatz. In sämtlichen der Neuen Unabhängigen Staaten wurde bemerkenswert oft eine Behandlung durch Antibiotikainjektion beobachtet.

² Versporten A, Bolokhovets G, Ghazaryan L, Abilova V, Pyshnik G, Spasojevic T, et al. Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. *Lancet Infect Dis.* 2014; 2–14; doi: 10.1016/S1473-3099(14)70071-4 (<http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2814%2970071-4/>).

18. Die durch diese und andere Studien gewonnene Evidenz liefert Argumente für die Bekämpfung von AMR, auch wenn noch zusätzliche Ressourcen erforderlich sein werden, um die Aktivitäten aufrechtzuerhalten und auf die Ergebnisse zu reagieren. Um eine stärkere Dynamik zu erreichen, ist ein entschlossenes Engagement notwendig, vor allem die Bereitstellung von Finanzmitteln durch maßgebliche Akteure gemäß den Erfordernissen des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen.

19. Zusätzlich zu der Surveillance des Verbrauchs antimikrobieller Mittel führt das Sekretariat verschiedene andere Maßnahmen durch, die auf Verhaltensänderungen bei Gesundheitsfachkräften wie auch Verbrauchern in der Europäischen Region abzielen. So bemüht es sich u. a. um Klärung der Rolle und Verantwortung von Apothekern bei der Gewährleistung einer umsichtigen Verwendung antimikrobieller Mittel. Um Initiativen auf nationaler Ebene zu dokumentieren, die zur einer umsichtigeren Verwendung antimikrobieller Arzneimittel beigetragen haben, und um neue Initiativen vorzuschlagen und die Umsetzung sinnvoller pharmazeutischer Praktiken zur Förderung eines rationellen Einsatzes von Medikamenten zu unterstützen, wurde eine Zusammenarbeit mit Berufsverbänden wie dem Zusammenschluss der Apotheker der Europäischen Union und dem EuroPharm Forum eingerichtet.

Strategisches Ziel 4: Stärkung der Infektionsbekämpfung und der Surveillance der Antibiotikaresistenz in Gesundheitseinrichtungen

20. Bei der globalen Kampagne der WHO für 2014 unter dem Motto „Leben retten: Hände waschen“ wurde die Bedeutung der Handhygiene bei der Bekämpfung von AMR durch Schutz der Patienten vor resistenten Erregern in den Mittelpunkt gestellt und darauf hingewiesen, dass AMR auch bei der Versorgung von Patienten entstehen können.

21. Das Sekretariat setzt seine Zusammenarbeit mit dem Baltic Antibiotic Resistance Collaborative Network und dem Global Infection Prevention and Control Network fort. Es verfolgt außerdem die Ergebnisse von drei im Mai 2013 in Estland hintereinander abgehaltenen Tagungen weiter, um auf deren Grundlage einen nationalen Lehrplan für den Bereich Infektionsschutz und -bekämpfung auszuarbeiten.

22. In den unter dem strategischen Ziel 1 genannten Lageberichten werden Maßnahmen für Infektionsschutz und -bekämpfung in Gesundheitseinrichtungen jeweils vor Ort beobachtet und bewertet. Bei der Unterstützung der Ausarbeitung nationaler Aktionspläne gegen AMR setzt sich das Sekretariat aktiv für die Einbeziehung von Infektionsschutz- und -bekämpfungsmaßnahmen (einschließlich Impfungen) ein und gibt konkrete Empfehlungen ab.

23. Im März 2014 wurde das Sekretariat zu einer Debatte zum Thema AMR in Gesundheitseinrichtungen und in der Bevölkerung nach São Paulo (Brasilien) eingeladen, um über die Erfahrungen der Europäischen Region der WHO auf diesem Gebiet zu berichten. Die Veranstaltung fand im Rahmen einer Reihe von Debatten über staatliche Maßnahmen zur Verbesserung von Infektionsbekämpfung und Patientensicherheit statt, an denen Vertreter von Gesundheitsministerien und Universitäten sowie in vorderster Linie tätige Gesundheitsfachkräfte teilnahmen. Sie fügte sich in den immer intensiver werdenden regionübergreifenden Erfahrungsaustausch im Bereich AMR ein.

24. Das Regionalbüro unterstützt Workshops zum Kapazitätsaufbau im Bereich der klinischen Mikrobiologie und beim verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika in finanzieller und fachlicher Hinsicht und erhält hierbei Hilfe von Experten für Infektionskrankheiten und Intensivversorgung sowie aus anderen einschlägigen medizinischen Disziplinen.

Strategisches Ziel 5: Prävention und Bekämpfung der Entstehung und Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen in Tiermedizin und Landwirtschaft

25. Zur Sensibilisierung für AMR in Lebensmitteln und zur Stärkung der Surveillance von AMR in durch Lebensmittel übertragenen Erregern wurden eine Reihe von Maßnahmen in mehreren Ländern durchgeführt. So fand im Dezember 2013 in Albanien und im Mai 2014 in Serbien je ein ressortübergreifender Workshop zum Thema Lebensmittelsicherheit statt, der jeweils einen Abschnitt über AMR aus Sicht der Lebensmittelsicherheit beinhaltete und zu einer fruchtbaren Diskussion mit reger Beteiligung führte. In Usbekistan wurde auf einer hochrangigen internationalen Konferenz im Juni 2014 in Taschkent die Bedeutung der Antibiotikaresistenzen aus Sicht der Lebensmittelsicherheit unterstrichen.

26. Unter der Schirmherrschaft des WHO Global Foodborne Infections Network wurde in Tadschikistan (Mai 2013), Turkmenistan (September 2013) und Usbekistan (November 2013) je eine fünftägige bereichsübergreifende Schulung abgehalten, und im Juli 2014 fand in Albanien eine bereichsübergreifende Schulung für Albanien und das Kosovo¹ statt. An den Kursen nahmen Vertreter aus den Bereichen öffentliche Gesundheit, Veterinärmedizin und Landwirtschaft teil. Der thematische Schwerpunkt lag auf der Ausbildung in der Labordiagnostik in Bezug auf antibiotikaresistente *Salmonella* und *Campylobacter* und damit verbundene AMR.

27. Die Beratungsgruppe der WHO für die Surveillance antimikrobieller Resistenzen hat ein Projekt für die integrierte Surveillance von AMR im Kosovo finanziert, das im November 2012 anließ und im März 2014 erfolgreich zu Ende ging. Das Surveillance-Projekt lieferte Daten über AMR im Bereich der Veterinärmedizin, vor allem über Salmonellenbelastung in der Eierproduktion. Das Projekt befasste sich auch mit Ausmaß und Verteilung des Antibiotikaverbrauchs in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung. Dieses ressortübergreifende Projekt lieferte wichtige Informationen über den Gebrauch von Antibiotika und über Antibiotikaresistenzen im Kosovo¹, die in künftige Aktivitäten und Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von AMR einfließen werden.

28. Mit finanzieller Unterstützung durch die Weltbank und die Weltorganisation für Tiergesundheit wurden zwischen November 2013 und April 2014 in Albanien eine nationale Studie über AMR bei Salmonellen in der Nahrungskette und in Tadschikistan eine Studie über AMR in der Nahrungskette und unter Menschen durchgeführt. Die Studie „AMR-Surveillance in albanischen Geflügelzuchtbetrieben“ brachte im Ergebnis eine große Verbreitung antimikrobieller Resistenzen in bakteriellen Isolaten aus Geflügelbeständen und eine weite geografische Ausbreitung im ganzen Land. In dem Bericht über das Projekt wird die Einführung geeigneter Rechtsvorschriften und umsichtiger Konzepte für den Einsatz antimikrobieller Mittel in der Tierzucht in Albanien gefordert. Ähnliche Studien in anderen Ländern der Region werden benötigt, um Quellen antimikrobieller Resistenzen in der Lebensmittelproduktion sowie diesbezügliche Trends zu dokumentieren und gezielte Interventionen in die Wege zu leiten.

29. Die WHO verfolgt das Projekt der EU-Kommission mit dem Titel „Europäische Surveillance des Antibiotikagebrauchs in der Tiermedizin“, das von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) im Namen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union koordiniert wird, aufmerksam mit. Das Regionalbüro wird die EMA gegen Ende 2014 bei der Durchführung ähnlicher Untersuchungen in Ländern, die nicht der Europäischen Union angehören, unterstützen.

Strategisches Ziel 6: Förderung von Innovation und Forschung in Bezug auf neue Arzneimittel und Technologien

30. Die Gemeinsame Programmplanungsinitiative für antimikrobielle Resistenzen begann am 3. April 2014 in Brüssel (Belgien) mit der Umsetzung ihrer strategischen Forschungsagenda. Als Mitglied ihres Beirats trug das Regionalbüro zur Gestaltung der Forschungsagenda bei. Sowohl das WHO-Hauptbüro als auch das Sekretariat des Regionalbüros nahmen an einem Workshop zum Thema „Antibiotika und ihre Alternativen – Instandsetzung und Betrieb der Pipeline“ teil, den die Generaldirektion für Forschung und Innovation der Europäischen Kommission organisiert hatte. Das Sekretariat kooperiert auch weiterhin mit anderen nichtstaatlichen Gruppen und Netzwerken wie ReAct und Antibiotic Action, um Innovation zu fördern und neue Geschäftsmodelle zu entwickeln, die der Forschung zuträglich sind und negative Anreize für die aggressive Vermarktung neuer Antibiotika geben.

Strategisches Ziel 7: Verbesserung von Sensibilisierung, Patientensicherheit und Partnerschaft

31. Da der übermäßige Einsatz und generell der unsachgemäße Gebrauch von Antibiotika die wichtigsten Antriebskräfte für die Entstehung von Antibiotikaresistenzen sind, gilt es nun, auf die damit für den Einzelnen wie auch die Gesellschaft insgesamt verbundenen Risiken aufmerksam zu machen und eine Änderung dieser Praxis herbeizuführen. Im Rahmen eines von der belgischen Regierung finanziell unterstützten Projektes wird das Sekretariat kleine Zuwendungen für die Entwicklung und Umsetzung von Versuchskampagnen oder Bildungsprogrammen bereitstellen, die der Verbesserung des Infektionsschutzes und der umsichtigen Verschreibung und Anwendung von Antibiotika in Ländern der Europäischen Region, die nicht der EU angehören, dienen. Als solche Aktivitäten bzw. Produkte kämen Schulungsmaterial, Werbematerial, Instrumentarien, Kampagnen, Fernseh-Werbespots und digitale Medien in Frage, die jeweils auf den Bedarf in den Ländern zugeschnitten sind, aber auch Aktivitäten zur Präsentation solcher Produkte oder Aktivitäten (z. B. im Rahmen des Europäischen Antibiotikages im November 2014).

32. 2013 hat das Regionalbüro seine Zusammenarbeit mit dem ECDC und der Europäischen Kommission bei der Gestaltung des Europäischen Antibiotikages fortgesetzt. Wie schon 2012 hat das Sekretariat Werbematerial erstellt, um den Länderbüros der WHO die Unterstützung der teilnahmewilligen Mitgliedstaaten zu ermöglichen. 2013 beteiligten sich auch eine Reihe von Mitgliedstaaten, die nicht der EU angehören: Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, die Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Montenegro, die Republik Moldau, Serbien, Tadschikistan, die Türkei und Usbekistan, darüber hinaus auch das Kosovo.¹ Das Regionalbüro nahm auch an der offiziellen Eröffnungsveranstaltung zum Antibiotikage am 15. November in Brüssel teil.

33. Nach dem Erfolg der Publikation *Ratgeber für maßgeschneiderte Impfprogramme*³ erstellt das Sekretariat derzeit in Zusammenarbeit mit dem RIVM einen *Ratgeber für maßgeschneiderte AMR-Programme*. Dieser soll den Mitgliedstaaten Instrumente an die Hand geben, mit denen sie die Zielgruppen bestimmen können, die wesentliche Beiträge zu Fragen der AMR leisten, und mit denen sie gezielte Strategien zur Herbeiführung von Verhaltensänderungen (etwa durch umsichtigen Antibiotikagebrauch) ausarbeiten können. Das

³ The guide to tailoring immunization programmes (TIP): increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region [dt.: Ratgeber für maßgeschneiderte Impfprogramme (TIP): Erhöhung der Impfraten von Kindern und Säuglingen in der Europäischen Region der WHO]. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf).

Sekretariat plant die Erprobung des Ratgebers im Rahmen eines Pilotversuchs in Schweden und im Vereinigten Königreich.

34. Vom 6. bis 8. November 2013 organisierte das Regionalbüro in Zusammenarbeit mit der ESCMID, dem belgischen Koordinationsausschuss für Antibiotikafragen und der Universität Antwerpen einen vom RIVM ausgerichteten regionsweiten Workshop über die Surveillance von Antibiotikaresistenzen und Antibiotikagebrauch sowie die Bewusstseinsbildung in dieser Thematik. Ziel der Veranstaltung war es, drei Initiativen, die Bestandteil des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen sind, miteinander zu verknüpfen: 1) Surveillance antimikrobieller Resistenzen (CAESAR); 2) Überwachung des Verbrauchs antimikrobieller Mittel; und 3) Unterstützung der Länder beim Aufbau von Sensibilisierungskampagnen für den Themenkomplex AMR durch Förderung der Entwicklung von Netzwerken in Ländern, die nicht der Europäischen Union angehören.

35. Zum Workshop gehörten Plenarsitzungen und Segmente zu den Themen Labordiagnostik, Datenanalyse und Sensibilisierungskampagnen, die von geeigneten Experten aus dem Regionalbüro und mit ihm verbundenen Institutionen moderiert wurden. Die insgesamt 17 beteiligten Länder aus der Europäischen Region hielten einen Erfahrungsaustausch und entwickelten Folgepläne zur Aufrechterhaltung bzw. Stärkung der Surveillance-Maßnahmen, zur Eindämmung der AMR und zur Reaktion auf die Ergebnisse solcher Untersuchungen.

36. Aufgrund dieses Workshops bewarben sich mehrere der beteiligten Länder (Armenien, Bosnien und Herzegowina, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kirgisistan, Montenegro, Serbien) mit Erfolg um Finanzmittel für die Durchführung von Sensibilisierungskampagnen im Bereich AMR in der zweiten Jahreshälfte 2014. Die Vergabe der Mittel erfolgte durch einen gemeinsamen Überprüfungsausschuss aus Vertretern des belgischen Koordinationsausschusses für Antibiotikafragen, des RIVM, des ECDC und des Regionalbüros.