



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
66. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 12.–15. September 2016

Fortschrittsberichte



© WHO



Arbeitsdokument



Regionalkomitee für Europa

EUR/RC66/18

66. Tagung

Kopenhagen, 12.–15. September 2016

10. August 2016

160603

Punkt 5 m) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Fortschrittsberichte

Das vorliegende Dokument enthält die konsolidierten Fortschrittsberichte bzw. Abschlussberichte zu folgenden Themen:

- A. Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015);
- B. Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015 und nachhaltige Unterstützung für den poliofreien Status in der Europäischen Region der WHO;
- C. Eliminierung der Malaria in der Europäischen Region der WHO;
- D. Umsetzung des Aktionsplans zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016);
- E. Erklärung und Aktionsplan der Europäischen Region der WHO zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien;
- F. Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020);
- G. Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – gewonnene Erkenntnisse;
- H. Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen.

Inhalt

| | Seite |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten | 4 |
| A. Abschlussbericht über die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015) (Resolution EUR/RC61/R8) | 4 |
| Einführung und Hintergrund | 4 |
| Situationsanalyse | 4 |
| Erfolge und Herausforderungen | 6 |
| Der weitere Weg | 13 |
| Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO | 14 |
| Quellenangaben | 15 |
| B. Fortschrittsbericht über den Stand der Eliminierung der Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015 und nachhaltige Unterstützung für den poliofreien Status in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC60/R12) | 17 |
| Einführung und Hintergrund | 17 |
| Geleistete Arbeit und Erfolge bei der Eliminierung | 18 |
| Situationsanalyse | 19 |
| Herausforderungen | 21 |
| Der weitere Weg | 22 |
| Fazit | 23 |
| C. Abschlussbericht über die Eliminierung der Malaria in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC52/R10) | 26 |
| Einführung und Hintergrund | 26 |
| Maßnahmen seit dem letzten Bericht an das Regionalkomitee | 27 |
| Herausforderungen | 30 |
| Der weitere Weg | 31 |
| Quellenangaben | 31 |
| Quellenangaben Anhang | 34 |
| Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten | 35 |
| D. Abschlussbericht über den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) (Resolution EUR/RC61/R3) | 35 |
| Einführung und Hintergrund | 35 |
| Zentrale konzeptionelle und strategische Entwicklungen | 35 |
| Fortschritte und Erfolge | 36 |
| Herausforderungen | 44 |
| Quellenangaben | 45 |
| E. Abschlussbericht über die Umsetzung der Erklärung und des Aktionsplans der Europäischen Region zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien (Resolution EUR/RC61/R5) | 48 |
| Hintergrund und Einführung | 48 |
| Erfolge, Fortschritte und Herausforderungen | 50 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf | 54 |
| F. Fortschrittsbericht über die Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) (Resolution EUR/RC62/R6) | 54 |
| Hintergrund und Einführung | 54 |
| Vorrangige Handlungsfelder und vorrangige Interventionen..... | 55 |
| Ausblick auf den Zeitraum 2017–2020..... | 59 |
| G. Abschlussbericht zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (Resolution EUR/RC57/R2) | 62 |
| Hintergrund und Einführung | 62 |
| Fortschritte und Erfolge | 63 |
| Quellenangaben..... | 72 |
| Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen..... | 73 |
| H. Fortschrittsbericht über die Umsetzung des Strategischen Aktionsplans der Europäischen Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen (Resolution EUR/RC61/R6)..... | 73 |
| Hintergrund und Einführung | 73 |
| Ergriffene Maßnahmen und erzielte Fortschritte | 75 |

Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten

A. Abschlussbericht über die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015) (Resolution EUR/RC61/R8)

Einführung und Hintergrund

1. 2011 nahm das Regionalkomitee für Europa auf seiner 61. Tagung mit Resolution EUR/R61/R8 den Europäischen Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015) (1) an und ersuchte die Regionaldirektorin, ihm auf seiner 64. und 66. Tagung in den Jahren 2014 bzw. 2016 über dessen Umsetzung Bericht zu erstatten. In diesem Bericht, der in Verbindung mit dem Aktionsplan gelesen werden sollte, werden die Fortschritte bei der Umsetzung des Aktionsplans in der Zeit von 2012 bis 2015 geschildert und die noch verbleibenden Herausforderungen aufgezeigt.

Situationsanalyse

2. Während sich auf globaler Ebene die Investitionen in Maßnahmen gegen HIV durch sinkende Zahlen an Neuinfektionen und HIV-bedingten Todesfällen auszahlen, findet in der Europäischen Region der WHO immer noch in signifikantem Umfang eine Übertragung von HIV statt. Die Zunahme der jährlich gemeldeten HIV-Neudiagnosen um 23% in vier Jahren seit Ausarbeitung des Aktionsplans (2010–2014) unterstreicht, welche Bedrohung HIV nach wie vor für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region darstellt. Dieser Anstieg ist in erster Linie auf eine hohe und weiter zunehmende Zahl von Neuinfektionen in Osteuropa und Zentralasien zurückzuführen, wo die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen oft nicht die benötigten umfassenden Angebote im Bereich HIV erhalten. 2014 wurde bei rund 142 000 Menschen HIV diagnostiziert – mehr als je zuvor in einem Jahr: 77% der neuen Fälle entfielen auf den Osten¹ (43,2/100 000 EW) und davon allein 80% auf die Russische Föderation, 19% auf den Westen (6,4/100 000 EW) und 3% auf die Mitte der Europäischen Region (2,6/100 000 EW) (2).

3. Die Epidemie erstreckt sich primär auf die durch HIV besonders gefährdeten Gruppen und ihre Sexualpartner: injizierende Drogenkonsumenten, Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, Prostituierte, Häftlinge und Migranten. Dabei gibt es allerdings innerhalb der Europäischen Region eine Vielzahl unterschiedlicher

¹ Die Ländergruppierungen entsprechen jenen, die in den gemeinsamen Jahresberichten der WHO und des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) über HIV/Aids-Surveillance in Europa verwendet werden, die auf epidemiologischen Überlegungen 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 und Usbekistan; zum mittleren Teil der Region („Mitte“) gehören: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Montenegro, Polen, Rumänien, Serbien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn und 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 und Vereinigtes Königreich.

epidemiologischer Muster und Trends. Die Übertragung von HIV durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr wird im Osten als häufigste Art der Übertragung gemeldet, obwohl es Anzeichen dafür gibt, dass tatsächlich ein erheblicher Anteil der als heterosexuell infiziert registrierten Männer sich aufgrund von gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten oder Drogeninjektion infiziert hat (3). Die Übertragungsraten in Verbindung mit Injektionsdrogen bleiben im Westen und in der Mitte der Region auf niedrigem Niveau und sind in der Mehrzahl der Länder im Osten rückläufig. Allerdings steht in der Russischen Föderation die Übertragung per Drogeninjektion weiter im Vordergrund und ist im Osten für fast die Hälfte aller HIV-Neudiagnosen mit bekanntem Übertragungsweg verantwortlich². Im Westen und in der Mitte der Region überwiegt die Übertragung durch Geschlechtsverkehr unter Männern, und auch im Osten der Region ist sie auf dem Vormarsch.

4. 2014 waren in der Region 31% der Menschen mit einer neu diagnostizierten HIV-Infektion Migranten³: 22% waren Migranten aus Ländern außerhalb und 9% aus Ländern innerhalb der Europäischen Region. Zwischen 2005 und 2014 fiel die Zahl der neuen Diagnosen bei den „nicht-europäischen“ Migranten um 41%, stieg dagegen bei den europäischen Migranten um 48% (2).

5. In manchen Ländern wissen bis zur Hälfte der mit HIV lebenden Menschen nichts von ihrer Infektion. Und selbst wo eine Diagnose vorliegt, erfolgte diese oft in einem späten Stadium der Infektion. 2014 wurden bei 48% der neu diagnostizierten Fälle eine CD4-Zahl von <350 pro mm³ festgestellt, wobei es je nach Land (27% – 77%) und Übertragungsweg beträchtliche Unterschiede gab, ohne dass hier Veränderungen im Vergleich zu 2010 zu verzeichnen wären.

6. Die Zahl der Menschen, die antiretrovirale Therapie (ART) erhalten, stieg 2015 in der Europäischen Region weiter auf 1 Mio., und dieser Trend ist in allen Ländern festzustellen. Der stärkste Anstieg wurde im Osten verzeichnet, wo sich die Zahl der Menschen, die ART erhalten, um 187% erhöhte: von 112 100 (2010) auf 321 800 (2015) (4). Im westlichen Teil der Region war der Versorgungsgrad mit ART mit durchschnittlich 75% hoch⁴. Dagegen erhielten im Osten 2015 nur 21% der mit HIV lebenden Menschen ART, was weit unter dem weltweiten Durchschnitt von 46% liegt (5).

7. Teilweise aufgrund der vorstehend genannten Faktoren erhöhte sich zwischen 2010 und 2014 im Osten der Region die jährliche Zahl der Aids-Diagnosen um 49%, während die geschätzte Zahl der AIDS-bedingten Todesfälle zwischen 2010 und 2015 um 24% zurückging.

8. HIV-infizierte Personen in der Europäischen Region weisen weiterhin hohe Koinfektionsraten auf: so wurde bei 8% der 2014 gemeldeten Tuberkulosefälle auch eine HIV-Infektion nachgewiesen – mit steigender Tendenz im Osten und fallender Tendenz im Westen (6). Die Gesamtzahl der HIV-positiven Personen mit einer Tuberkulose-Koinfektion in der Europäischen Region verringerte sich zwischen 2005 und 2014 um 43%. Zwar war Tuberkulose 2014 weiter die häufigste auf Aids

² Dies betrifft die Fälle, in denen ein vermuteter Übertragungsweg registriert wurde.

³ Definiert als Menschen, die ursprünglich nicht aus dem Meldeland stammen.

⁴ Gemessen als prozentualer Anteil der mit HIV lebenden Menschen (diagnostiziert und nicht diagnostiziert und ohne Berücksichtigung der CD4-Zellzahl), die ART erhalten.

hinweisende Indikatorerkrankung im Osten der Region (2), doch verringerte sich die Zahl der tuberkulosebedingten Sterbefälle unter Menschen mit HIV zwischen 2004 und 2013 um 34%. Von den weltweit geschätzt 2,3 Mio. Menschen mit HIV, die mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert sind, leben 27% in Osteuropa und Zentralasien. Außerdem wird davon ausgegangen, dass im Osten 83% und im Westen und in der Mitte der Region 70% der HIV-infizierten Konsumenten von Injektionsdrogen auch mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert sind. (7).

Erfolge und Herausforderungen

9. 2011 billigten die Mitgliedstaaten den ersten Europäischen Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015), der ein dringender Aufruf zur Bewältigung der Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit in Europa durch HIV war. Der Aktionsplan verfolgte drei Zielsetzungen:

- Eindämmung der Ausbreitung von HIV in der Europäischen Region und Einleitung einer Trendwende bis 2015;
- Schaffung eines allgemeinen Zugangs zu Prävention, Behandlung, Pflege und Betreuung im Bereich HIV bis 2015; und
- Beitrag zur Verwirklichung des Millenniums-Entwicklungsziels 6 und der anderen gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele. Während das dritte Ziel zum Teil erreicht wurde (8), gilt dies nicht für die ersten beiden Ziele.

Strategische Stoßrichtung 1: Optimierung von Prävention, Diagnose, Therapie und Resultaten im Bereich HIV

10. In den vergangenen vier Jahren war das Regionalbüro den Mitgliedstaaten dabei behilflich, ihre Konzepte und Praktiken gemäß den Empfehlungen der WHO zu überprüfen, anzupassen und zu verabschieden. Hierbei wurden folgende Schwerpunkte gesetzt: HIV-Tests; eine umfassende Versorgung und Therapie, einschließlich Vorsorgeuntersuchung und Behandlung von Koinfektionen; Schadensminderungsmaßnahmen; und Prävention der Mutter-Kind-Übertragung.

11. HIV-Tests werden in der Europäischen Region immer leichter verfügbar, zugänglich und bezahlbar, sowohl im Rahmen der Gesundheitsversorgung als auch vor Ort in der Gemeinschaft, wobei gemeindenahere Tests ebenso wie Schnelltests im Osten der Region weiter die Ausnahme bilden. Die qualitativen und ethischen Normen in Bezug auf HIV-Tests sind von Land zu Land unterschiedlich, und manche Länder halten sich nicht an Normen wie die Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, die Schweigepflicht und die schnelle Anbindung an geeignete Behandlungs-, Versorgungs- und Betreuungsangebote.

12. Der Anteil der getesteten Personen in den Hauptrisikogruppen blieb auch 2015 unterhalb der Zielmarke von 90% für die Europäische Region, wobei die durchschnittlichen Testquoten zwischen 40% und 60% lagen (Stand: 2014). In der Europäischen Region insgesamt war die Rate unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten am niedrigsten, in Osteuropa und Zentralasien unter injizierenden Drogenkonsumenten; die höchsten Raten innerhalb der Europäischen Region wiesen Prostituierte auf, und im Westen und in der Mitte der Region waren es injizierende Konsumenten (8). Da die Gesamtzahl der durchgeführten HIV-Tests dennoch steigt,

sind die Teststrategien offensichtlich nicht ausreichend auf die wichtigsten Zielgruppen zugeschnitten.

13. Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten darin unterstützt, den Zugang zu hochwertigen, evidenzbasierten und mit den Menschenrechten konformen HIV-Testangeboten auszuweiten, indem es die Konsolidierten Leitlinien für die Durchführung von HIV-Tests (9) verbreitete und übersetzte, ein Rahmenkonzept für die Ausweitung von HIV-Tests und HIV-Beratung in der Europäischen Region der WHO als wesentlichen Bestandteil der Maßnahmen zur Verwirklichung eines allgemeinen Zugangs zu Prävention, Behandlung, Pflege und Betreuung im Bereich HIV veröffentlichte (10), mehrere gesamteuropäische Initiativen für HIV-Tests und einschlägige Konferenzen unterstützte und die Mitgliedstaaten fachlich beriet.

14. Das Ziel des Aktionsplans, die Zahl der HIV-Neuinfektionen unter den Konsumenten von Injektionsdrogen zu halbieren, wurde nach Daten aus der epidemiologischen Überwachung (2010–2014) in acht Ländern erreicht, während in neun Ländern immerhin ein Rückgang um 40% bis 50% erreicht wurde. Weitere 16 Länder meldeten in diesem Vier-Jahres-Zeitraum weniger als zwei Fälle pro Jahr.

15. Die Mehrzahl der Länder in der Europäischen Region hat die zur Prävention und Behandlung von HIV unter Konsumenten von Injektionsdrogen empfohlenen Maßnahmen umgesetzt (11). Zwar hat dies dazu geführt, dass die Zahl der HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in Teilen der Europäischen Region auf niedrigem Niveau gehalten werden konnte, so sind doch in manchen Ländern der Versorgungsgrad und die Verfügbarkeit mancher Komponenten begrenzt oder nicht gegeben; beispielsweise gab es in fünf Ländern keine Opioid-Substitutionstherapie und in vier Ländern keine Spritzen- und Nadeltauschprogramme.

16. 2014 nahmen über 745 000 Menschen in 46 Ländern an einem Opioid-Substitutionsprogramm teil. Doch obwohl im Osten der Drogenkonsum relativ hoch ist, kamen dort nur 3% der in Frage kommenden Personen in den Genuss des Programms, was aber im Vergleich zu 2010 immerhin einen Anstieg um 50% bedeutete. Der Versorgungsgrad der Personen, die eine derartige Therapie benötigen, lag insgesamt zwischen unter 1% und 81%, blieb jedoch bis auf drei Länder im Osten der Region stets unter 5%.

17. Das Regionalbüro hat zusammen mit seinen wichtigsten Partnern die Mitgliedstaaten bei der Prävention von Neuinfektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten unterstützt. Dies geschah durch:

- Veranstaltung von Seminaren und Veröffentlichung von Leitfäden für die Einführung bzw. Ausdehnung der Opioid-Substitutionstherapie;
- Veranstaltung einer Fachkonsultation der Europäischen Region über Präventionsmaßnahmen gegen HIV bei injizierenden Drogenkonsumenten in Zentralasien;
- Ernennung eines neuen WHO-Kooperationszentrums für Schadensminderung,⁵ um Kapazitäten aufzubauen und fachliche Unterstützung bei der Förderung

⁵ Institut für öffentliche Gesundheit, Fakultät für Medizin, Universität Vilnius, Litauen.

hochwertiger evidenzbasierter Konzepte zur Bekämpfung des Drogenkonsums zu leisten; und

- Forschungsarbeiten über die Verbesserung des Zugangs zu Maßnahmen der Schadensminderung, Therapie und Versorgung für injizierende Drogenkonsumenten und Bestimmung struktureller Hindernisse und umweltbedingter Risikofaktoren.

18. Das in dem Aktionsplan für die Europäische Region festgelegte Ziel einer Reduzierung der Zahl der sexuell übertragenen HIV-Infektionen um 50% wurde nur in zwei Ländern erreicht, in acht Ländern gab es im Vergleich zwischen 2010 und 2014 immerhin einen Rückgang um 20% oder mehr. Die Nutzung von Kondomen war in den Hauptrisikogruppen unterschiedlich stark ausgeprägt. So war der Gebrauch unter Prostituierten am stärksten verbreitet (90%); unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (Osten: 72%; Westen und Mitte: 60%) und unter injizierenden Drogenkonsumenten (Osten: 42%; Westen und Mitte: 47%) lag die Rate niedriger (Stand: 2014).

19. Das Regionalbüro unterstützte die Mitgliedstaaten bei der Prävention sexuell übertragener HIV-Infektionen und anderer sexuell übertragbarer Infektionen durch Übersetzung bzw. Verbreitung von Konsolidierten Leitlinien zur Prävention, Diagnose, Therapie und Versorgung im Bereich HIV (12) für die wichtigsten Risikogruppen, von Hintergrundpapieren zur Präexpositionsprophylaxe, von WHO-Leitlinien zur Prävention und Therapie von HIV und anderen sexuell übertragenen Infektionen unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten und Transgendern (13) und von Leitlinien für die Labordiagnostik sexuell übertragener Infektionen sowie durch Fachbeistand an die Mitgliedstaaten.

20. Bei der Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV konnten beachtliche und nachhaltige Fortschritte erzielt werden. Die Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV sowie der kongenitalen Syphilis bleibt eine Priorität für die Europäische Region, und eine Reihe von Ländern bereiten sich offiziell auf eine Validierung der Eliminierung gemäß den globalen Kriterien der WHO vor (14).

21. Die Europäische Region hat die Versorgung HIV-infizierter Schwangerer mit antiretroviralen Arzneimitteln (92%) zur Prävention einer Mutter-Kind-Übertragung (76–95%) sowie den Anteil der frühzeitigen Diagnosen bei Neugeborenen (2014: 70%) sowie der HIV-Tests und -Beratung für Schwangere (2013: 75%) auf hohem Niveau gehalten. Die Mehrzahl der Länder im Osten der Region setzt zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung auf die von der WHO empfohlene „Option B+“⁶. Trotz dieser Fortschritte gibt es weiter Herausforderungen aufgrund der Mutter-Kind-Übertragung von HIV und Syphilis in einigen besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen.

22. Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten bei der Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV und kongenitaler Syphilis durch folgende Maßnahmen unterstützt:

⁶ Option B+ bezeichnet den Ansatz, wonach all schwangeren und stillenden Frauen mit HIV unabhängig von CD4-Helferzellenzahl oder klinischem Zustand ART erhalten, um die Gesundheit dieser Frauen zu schützen, aber auch um eine vertikale Übertragung von HIV zu verhindern und weitere Präventionseffekte zu erzielen.

- Werben für die Empfehlungen der WHO und Erleichterung der Verzahnung von HIV- und Syphilis-Prävention mit Gesundheitsangeboten für Mutter und Kind; und
- Durchführung zweier Konsultationen innerhalb der Europäischen Region zur Bestandsaufnahme der Fortschritte und Unterstützung des Kapazitätsaufbaus zur Validierung der gleichzeitigen Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV und kongenitaler Syphilis sowie Durchführung mehrerer Ländermissionen zusammen mit Partnerorganisationen⁷.

23. Die Mitgliedstaaten haben Fortschritte bei der Bereitstellung von Therapie- und Versorgungsangeboten für Menschen mit HIV erzielt. Eine wachsende Zahl von Menschen beginnen mit ART bzw. setzen die Behandlung fort. Allerdings ist die Verteilung innerhalb der Europäischen Region und auf der globalen Ebene ungleichmäßig, und im Osten der Region erhalten nur 21% der Menschen mit HIV eine ART.

24. Die Mitgliedstaaten setzen die Konsolidierten Leitlinien der WHO für die Anwendung antiretroviraler Medikamente zur Behandlung bzw. Prävention von HIV-Infektionen um (15). Sieben Länder aus der Mitte und dem Osten der Region haben ihre Kriterien für die Einleitung einer ART so geändert, dass sie alle unabhängig vom Stadium der Krankheit behandeln, oder wollen dies ab 2016 tun; und sieben Länder wenden als Kriterium eine Zahl von < 500 CD4-Zellen pro mm^3 an. Die Mehrheit der Personen, die im Osten ART erhielten, wurde mit einer von der WHO empfohlenen festdosierten Kombination aus antiretroviralen Medikamenten der ersten Wahl behandelt; dabei standen Tests zur Feststellung der Viruslast sowie der CD4-Zellzahl zur Verfügung, auch wenn es in manchen Ländern Schwierigkeiten in Bezug auf die routinemäßige Untersuchung der Viruslast bei allen Patienten gab.

25. Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten bei der Sicherung des Zugangs aller Menschen mit HIV zu Therapie- und Versorgungsangeboten unterstützt; dies geschah durch:

- Übersetzung und Verbreitung von Leitlinien und Empfehlungen der WHO und Einberufung fachlicher Konsultationen der Europäischen Region zur Unterstützung der Umsetzung der Leitlinien;
- Ernennung eines neuen WHO-Kooperationszentrums für HIV und Virushepatitis⁸, um das Regionalbüro bei der Bereitstellung fachlicher Hilfe für die Länder zu unterstützen; und
- fachliche Unterstützung der für Gelder des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria in Frage kommenden Länder bei der Erstellung von Konzeptpapieren, der Evaluation ihrer staatlichen HIV-Programme und der Bewältigung konkreter Probleme bei der Optimierung von ART-

⁷ UNAIDS, das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, die Centers for Disease Control and Prevention der Vereinigten Staaten, Kooperationszentren der WHO, Organisationen von Zivilgesellschaft und Wissenschaft u. a.

⁸ Forschungszentrum für Gesundheit und Infektionskrankheiten, Abteilung Infektionskrankheiten, Universität Kopenhagen, Dänemark.

Behandlungsplänen, der Ausarbeitung von Plänen zur Ausweitung der ART und der Anpassung der staatlichen Politik im Sinne der neuen Empfehlungen der WHO sowie bei der Aktualisierung der verbindlichen Leitlinien.

26. Auch wenn 2014 nur 0,2% der neuen HIV-Fälle im Gesundheitswesen erworben wurden, so hat sich doch die Zahl der neuen nosokomialen Infektionen im Osten der Region erhöht. Zwar werden in den Mitgliedstaaten qualitätsgesicherte Untersuchungen des gesamten Spenderbluts auf HIV durchgeführt, doch müssen die im Gesundheitswesen auftretenden Ausbrüche von HIV wirksamer verhindert bzw. bekämpft werden.

Strategische Stoßrichtung 2: weiter reichende gesundheitliche Resultate durch Bekämpfung von HIV

27. Bei der Vernetzung von Gesundheitsangeboten für HIV, Tuberkulose, Hepatitis, sexuell übertragbare Infektionen, Drogenabhängigkeit und andere Gesundheitsprobleme konnten einige Fortschritte erzielt werden. So hatte 2014 der Versorgungsgrad gemeldeter Tuberkulosepatienten mit HIV-Tests 89% erreicht, und 59% der HIV-positiven Tuberkulosepatienten erhielten eine ART. Einige Länder im Osten der Region haben auch Opioid-Substitutionstherapien mit der Bereitstellung von ART verknüpft und diese Leistung in Tuberkulosekliniken erbracht. Alle Länder mit einer hohen Belastung durch HIV und Tuberkulose waren dabei, das Zwölf-Punkte-Paket über gleichzeitige Maßnahmen gegen Tuberkulose und HIV umzusetzen.

28. Es sind jedoch weitere beträchtliche Verbesserungen erforderlich, um eine umfassende, bürgernahe Versorgung zu gewährleisten und die Zahl derjenigen zu senken, deren Behandlung nicht abgeschlossen wird. Die Untersuchung auf Virushepatitis wird als Teil einer umfassenden Versorgung von HIV-Infizierten empfohlen. Doch bis 2014 wurden im Osten nur ein Drittel der Personen, die wegen HIV versorgt werden, auf Hepatitis B und C untersucht; somit gab es gegenüber 2010 keine Änderung in diesem Bereich.

29. Das Regionalbüro hat Kooperationen und die Verflechtung zwischen den Programmen durch folgende Maßnahmen unterstützt:

- Unterstützung integrierter Tuberkuloseangebote für Drogenkonsumenten durch Veröffentlichung eines Handbuchs zusammen mit dem Eurasian Harm Reduction Network und der Europäischen Kommission;
- Förderung von Doppeltests auf HIV und Hepatitis auch im Rahmen einer Europäischen HIV- und Hepatitis-Testwoche und die Vernetzung der Angebote für HIV und Hepatitis durch Ausarbeitung miteinander verknüpfter einschlägiger Aktionspläne für das Gesundheitswesen; und
- 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.

Strategische Stoßrichtung 3: Aufbau starker und nachhaltiger Systeme

30. Beim Aufbau starker und nachhaltiger Gesundheitssysteme haben die Mitgliedstaaten in unterschiedlichem Maße Fortschritte erzielt. Die überwältigende Mehrzahl der Länder gibt an, über ressortübergreifende Strategien gegen HIV-Infektionen zu verfügen, und in den meisten Ländern der Mitte und des Ostens der Region gibt es offiziell anerkannte, ressortübergreifende nationale Aids-Koordinationsstellen.

31. Einige Länder haben in entlegenen Gebieten neue Einrichtungen für die Durchführung von ART eröffnet oder ihre Angebote dezentralisiert, um die Hauptrisikogruppen wie Migranten durch mobile Kliniken zu erreichen.

32. Die Abhängigkeit von Spendengeldern und das Fehlen einer nachhaltigen staatlichen Finanzierung der Maßnahmen zur HIV-Bekämpfung bleiben im Osten der Region, wo viele Länder bisher durch den Globalen Fonds unterstützt wurden, eine Herausforderung. Allerdings übernehmen die Länder inzwischen in größerem Umfang selbst die Führung: So haben sechs Länder zwischen 2009 und 2014 ihre eigenen Ausgaben im Bereich HIV verdoppelt (8), und vier Länder finanzieren ihre ART-Programme heute vollständig in Eigenverantwortung. Die Finanzierung von Präventionsprogrammen für die Hauptrisikogruppen sowie von Programmen zur Schadensminderung ist weiterhin stark von Mitteln des Globalen Fonds abhängig.

33. Versorgungsentpässe bei antiretroviralen Medikamenten sind im Osten der Region nach wie vor ein Problem, auch wenn solche Entpässe inzwischen aus immer weniger Einrichtungen gemeldet werden. Für 2012 wurden insgesamt fünf solche Entpässe bei mindestens einem der erforderlichen antiretroviralen Medikamente gemeldet; 2014 waren es zwei.

34. Das Regionalbüro hat durch folgende Maßnahmen direkt dazu beigetragen, starke und nachhaltige Systeme aufzubauen:

- Förderung und Bereitstellung fachlicher Hilfe bei der Dezentralisierung von Therapie- und Versorgungsangeboten im Bereich HIV;
- Aufbau einer Initiative zur Verbesserung der Qualität der HIV-Prävention in der Europäischen Region (zusammen mit der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und AIDS Action Europe); und
- Stärkung der personellen Kapazitäten durch Entwicklung einer Online-Schulung über die klinische Handhabung von HIV in englischer und russischer Sprache in Zusammenarbeit mit dem WHO-Kooperationszentrum für HIV und virale Hepatitis und der European AIDS Clinical Society.

35. Das Regionalbüro hat den Ausbau der strategischen Informationssysteme in der Europäischen Region für epidemiologische Überwachung, Beobachtung und Evaluation im Bereich HIV weiter vorangetrieben; dies geschah durch:

- Koordinierung der epidemiologischen Überwachung in der Europäischen Region zusammen mit dem ECDC, mit jährlicher Datenerhebung und Veröffentlichung von Berichten als wesentlichen Ergebnissen: 2014 legten 50 Mitgliedstaaten (94%) Daten vor;

- Organisation zweijährlicher Tagungen des HIV-Surveillance-Netzwerks in Zusammenarbeit mit dem ECDC für alle Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region;
- Beiträge zum Globalen Berichtsverfahren über Fortschritte bei der Aids-Bekämpfung (GARPR) durch einen gemeinsamen organisationsübergreifenden jährlichen Bericht⁹ mit vereinheitlichten Indikatoren und der regelmäßigen Veröffentlichung von Fortschrittsberichten zu den Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV;
- Übersetzung und Verbreitung der Konsolidierten strategischen Leitlinien der WHO für die HIV-Aufklärung im Gesundheitswesen (16) zur Unterstützung der vorrangigen Erhebung und Untersuchung strategischer Daten als Orientierungshilfe für Maßnahmen des Gesundheitswesens im Bereich HIV¹⁰;
- Unterstützung der Entwicklung nationaler HIV-Schätzungen durch Workshops mit dem UNAIDS in Zusammenarbeit mit dem ECDC; und
- fachliche Unterstützung und Kapazitätsaufbau für die HIV-Surveillance sowie für die Beobachtungs- und Bewertungssysteme, auch durch das WHO-Kooperationszentrum für strategische Informationen im Bereich HIV in Zagreb (Kroatien).

Strategische Stoßrichtung 4: Abbau sozial und strukturell bedingter Hindernisse für den Zugang zu Angeboten

36. Die meisten Mitgliedstaaten haben beim Abbau der Vulnerabilität Fortschritte erzielt, etwa durch konkreten Schutz von Menschenrechten oder deren Einbeziehung in nationale Strategien und Konzepte gegen HIV, durch Programme zum Abbau HIV-relatierter Stigmatisierung und Diskriminierung und durch Einbindung der Zivilgesellschaft in die Gestaltung staatlicher Konzepte. Allerdings sind die Fortschritte ungleichmäßig über die Europäische Region verteilt und treten im Osten am wenigsten in Erscheinung.

37. Ein Drittel der Länder berichteten, dass wirksame Maßnahmen zur Prävention, Therapie, Versorgung und Betreuung im Bereich HIV für die Hauptrisikogruppen und andere anfällige Gruppen teilweise durch gesetzliche oder politische Rahmenbedingungen behindert würden.

38. Das Regionalbüro hat die Arbeit verschiedener regionsweiter Netzwerke der Zivilgesellschaft¹¹ durch Bereitstellung fachlicher Hilfe und finanzieller Mittel, durch Informationsaustausch und durch Einbindung in Prozesse und Fachkonsultationen auf der Ebene der Europäischen Region und in den Ländern unterstützt.

⁹ Zusammen mit dem UNAIDS, dem UNICEF und dem ECDC.

¹⁰ Die 90-90-90-Ziele lauten: bis 2020 sollen 90% der Menschen mit HIV von ihrer Infektion wissen, 90% der diagnostizierten HIV-Infektionen sollen ART erhalten, und 90% der Menschen, die ART erhalten, sollen eine Virussuppression erreichen. Dies bedeutet, dass mindestens 81% der Menschen mit HIV ART erhalten sollen.

¹¹ Beispiele hierfür sind das Eurasian Harm Reduction Network, die Eurasian Coalition on Male Health, die International Treatment Preparedness Coalition for eastern Europe and central Asia und das Eastern Partnership Civil Society Forum, die European AIDS Treatment Group, AIDS Action Europe und die East Europe & Central Asia Union of People Living With HIV/AIDS.

39. Organisationen der Zivilgesellschaft sind in zunehmendem Maße an der Erstellung von Präventionsangeboten, der Bereitstellung bürgernaher HIV-Schnelltests und der Verknüpfung zu Angeboten der HIV-Versorgung beteiligt, könnten aber in diesen Bereichen oftmals noch wesentlich wirksamer Unterstützungsarbeit leisten. Die Ausgaben der nationalen HIV-Programme für Maßnahmen der Zivilgesellschaft fielen innerhalb der Europäischen Region sehr unterschiedlich aus und waren tendenziell im Westen am höchsten, in der Mitte niedriger und im Osten am niedrigsten.

40. Das Regionalbüro hat die Länder bei der Bekämpfung von Vulnerabilität und bei der Beseitigung struktureller Hindernisse unterstützt; dies geschah durch:

- Überzeugungsarbeit gegen Gesetze, Konzepte und Praktiken, die den Zugang zu Präventions- und Behandlungsangeboten beeinträchtigen und Hauptrisikogruppen marginalisieren oder kriminalisieren;
- Unterstützung der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten und Praktiken, die die soziale Unterstützung gefährdeter Gruppen fördern, um die Fortsetzung der ART zu begünstigen und den Verlust von HIV-Patienten entlang des Kontinuums der Versorgung zu minimieren;
- Beiträge zu einer systematischen Übersichtsarbeit zur Bestimmung und Aufbereitung von Prävalenzschätzungen und Risikofaktoren unter injizierenden Drogenkonsumenten, deren Fazit lautete, dass es eine Verknüpfung zwischen dem Kontakt zu Strafverfolgungsbehörden und Gerichtsbarkeit einerseits und einem erhöhten Risiko einer HIV-Infektion andererseits gibt; und
- fachliche Beratung und Überzeugungsarbeit im Sinne einer Ausweitung von gemeindenahen HIV-Tests und einer Inanspruchnahme von Schnelltests unter Vermeidung von obligatorischen HIV-Tests.

Der weitere Weg

41. Die Beendigung der Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch Aids bis 2030 ist eine globale Vision, die von den Mitgliedstaaten als Teil der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und der ressortübergreifenden UNAIDS-Strategie (17) unterstützt wird, in der die Bedeutung von Zugewinnen durch beschleunigte Maßnahmen vor 2021 hervorgehoben wird.

42. Das Erreichen der 90-90-90-Ziele wird erheblich dadurch erschwert, dass viele Menschen mit HIV nichts von ihrer Infektion wissen oder erst spät diagnostiziert werden, dass der Versorgungsgrad mit ART niedrig ist und dass es im Osten der Region eine unzureichende Erfolgskontrolle in Bezug auf Behandlungsergebnisse gibt.

43. Eine Ausweitung umfassender Präventions- und Untersuchungsangebote im Bereich HIV, die den Empfehlungen der WHO entsprechen und auf die Hauptrisikogruppen – insbesondere injizierende Drogenkonsumenten und Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten – ausgerichtet sind, ist von entscheidender Bedeutung. Das Angebot von Opioid-Substitutionstherapie und Nadel- und Sprizentauschprogrammen muss insbesondere im Osten der Region weiter ausgebaut werden. Erheblich gefährdete Menschen sollten eine orale Präexpositionsprophylaxe zur Vorbeugung gegen eine HIV-Infektion erhalten.

44. Die Überwindung der sozialen und rechtlichen Stigmatisierung und Diskriminierung von Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, injizierenden Drogenkonsumenten und Prostituierten spielt eine entscheidende Rolle, da hierdurch Maßnahmen zur Förderung von Prävention und Therapie in vielen Umfeldern behindert werden; dies gilt vor allem für den östlichen Teil der Region.

45. Strukturelle Hindernisse beim Zugang zu integrierten Angeboten für HIV und Nebenerkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis, Drogenabhängigkeit, sexuell übertragbare Infektionen) sollten beseitigt und bürgernahe Angebote zur Erreichung der Hauptrisikogruppen ausgeweitet werden.

46. Führungskompetenz, politischer Wille und Partnerschaften zwischen Zivilgesellschaft, Staat und Privatwirtschaft sind eine entscheidende Voraussetzung für effizientes Handeln auf der Grundlage einer nachhaltigen inländischen Finanzierung staatlicher HIV-Programme.

47. Bei der Formulierung von Lösungsansätzen zur Beendigung der Aids-Epidemie bis 2030 sollten eine Vielzahl ökonomischer, politischer, sozialer und sonstiger Herausforderungen berücksichtigt werden, die sich in zahlreichen Ländern auf die Bekämpfung von HIV auswirken.

48. Innovative Gegenmaßnahmen sind entscheidend für die Senkung der Zahl der Neuinfektionen, die Erhöhung der Zahl der Empfänger von HIV-Therapien mit erfolgreicher Virussuppression sowie die Verringerung der Zahl der Aids-bedingten Todesfälle. Die HIV-Epidemie in der Europäischen Region der WHO breitet sich derzeit so schnell aus, dass die Programme zu ihrer Bekämpfung kaum Schritt halten können. Hier muss sich etwas ändern, damit die Ziele in der Europäischen Region und auf der globalen Ebene erreicht werden können.

Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO

49. Im Mai 2016 nahm die 69. Weltgesundheitsversammlung mit der Resolution WHA69.22 (5) eine neue globale Strategie für das Gesundheitswesen zur Bekämpfung von HIV (2016–2021) an, die sich an breiter angelegten strategischen Rahmenkonzepten wie den Zielen für nachhaltige Entwicklung und der Strategie des UNAIDS (2016–2021) orientiert.

50. Der Entwurf eines Aktionsplans für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO dient dem Ziel, die internationalen Maßnahmen an die besonderen epidemiologischen, sozialen und politischen Rahmenbedingungen in der Europäischen Region anzupassen.

51. Der Aktionsplan appelliert dringend an die Mitgliedstaaten, der wachsenden HIV-Epidemie in der Europäischen Region unverzüglich entgegenzutreten, und wird dem Regionalkomitee für Europa auf seiner 66. Tagung vorgelegt.

Quellenangaben

1. European action plan for HIV/AIDS 2012–2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-action-plan-for-hivaids-20122015>).
2. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/publications/2015/ecdc-who-report-hivaids-surveillance-in-europe-2014>).
3. Čakalo JI, Božičević I, Vitek CR, Mandel JS, Salyuk TO, Rutherford GW. Misclassification of men with reported HIV infection in Ukraine. *AIDS Behav.* 2015;19(10):1938–40 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26070886>).
4. Global AIDS update 2016. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016>).
5. Global health sector strategy on HIV, 2016–2021. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/31; <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/en/>).
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1452).
7. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2016; 2016 Feb 24: pii: S1473-3099(15)00485-5. doi:10.1016/S1473-3099(15)00485-5 [Epub ahead of print].
8. How AIDS changed everything. MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse).
9. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>).
10. Scaling up HIV testing and counselling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_testing_counseling/en/).

11. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Office on Drugs and Crime. WHO, UNAIDS, UNODC technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users: 2012 revision. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/).
12. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Policy brief. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/keypopulations/en/>).
13. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/).
14. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/emtct-validation-guidance/en/>).
15. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>).
16. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>).
17. UNAIDS 2016–2021 strategy: on the fast-track to end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18).

B. Fortschrittsbericht über den Stand der Eliminierung der Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015 und nachhaltige Unterstützung für den poliofreien Status in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC60/R12)

Einführung und Hintergrund

1. Dieser Bericht enthält eine Zusammenfassung der Fortschritte bei der Verwirklichung des Ziels der Eliminierung der Masern und Röteln und der konkreten Vorgabe, dieses Ziel in der Europäischen Region der WHO bis 2015 zu erreichen (Resolution EUR/RC60/R12). In den vergangenen fünf Jahren wurden bei der Verwirklichung dieses regionsweiten Ziels erhebliche Fortschritte erzielt. So konnte in einer Reihe von Mitgliedstaaten die Übertragung der Masern und Röteln durch energische Regelimpfprogramme für Kinder unterbrochen werden, die eine Impfung mit zwei Dosen eines kombinierten Masern- und Röteln-Impfstoffs beinhalteten. Doch trotz dieser Anstrengungen ist nach Einschätzung der Verifizierungskommission der Europäischen Region für die Eliminierung der Masern und Röteln auf ihrer Tagung im Oktober 2015 das für die Europäische Region gesteckte Ziel einer Eliminierung der Masern und Röteln bis zum Jahr 2015 nicht erreicht worden.

2005 verabschiedete das WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner 55. Tagung die Resolution EUR/RC55/R7 mit dem Titel „Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO“ (1), in der als Zieldatum das Jahr 2010 genannt wird.

2008 berichtete das WHO-Regionalbüro für Europa in seinem Folgebericht an die 58. Tagung des Regionalkomitees für Europa über Strategien zur Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (einschließlich Immunisierung) über die Fortschritte auf dem Weg zur Eliminierung von Masern und Röteln in der Europäischen Region (2).

2010 nahm die 60. Tagung des Regionalkomitees für Europa die Resolution EUR/RC60/R12 (3) an, mit der das Zieldatum für die Eliminierung der Masern und Röteln von 2010 auf 2015 verschoben wurde, und appellierte dringend an die Mitgliedstaaten, ihr Engagement zu erneuern und zu gewährleisten, dass ausreichende Ressourcen bereitgestellt werden, um Maßnahmen zur Eliminierung von Masern und Röteln und zur Prävention der Rötelnembryopathie zu forcieren und parallel dazu die aktuellen Strategien zur Aufrechterhaltung des Status der Europäischen Region als poliofrei weiter umzusetzen.

Im Gegenzug kam das Regionalbüro für Europa der Verpflichtung zu neuerlichen Anstrengungen nach, indem es ein *Paket aus beschleunigten Maßnahmen zur Eliminierung von Masern und Röteln (2013–2015)* (4) in der Europäischen Region entwickelte, das die Unterstützung der WHO an die Länder zur Verwirklichung dieser Ziele aktualisieren und verbessern soll. Das *Paket aus beschleunigten Maßnahmen* wurde im Rahmen eines konsultativen und partizipatorischen Prozesses erarbeitet, der

sich an dem von der 65. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 angenommenen *Globalen Impfkaktionsplan für die Impfstoff-Dekade (2011–2020)* (5) orientierte.

Im Januar 2012 setzte das Regionalbüro für Europa die Verifizierungskommission der Europäischen Region für die Eliminierung der Masern und Röteln (RVC) ein. Diese ist ein unabhängiges Fachgremium, dessen Auftrag lautet, den Prozess der Eliminierung der Masern und Röteln in der Europäischen Region zu überwachen. Seit ihrer ersten Zusammenkunft im Jahr 2012 hat die RVC weitere drei Tagungen abgehalten, um den Stand der Eliminierung der Masern und Röteln in der Europäischen Region zu bestimmen. Hierzu veröffentlichte sie für die Jahre 2010–2012 (6), 2013 (7) und 2014 (8) jeweils einen Lagebericht. Der Stand der Eliminierung in einem Land wird jeweils anhand von Berichten der zuständigen Nationalen Verifizierungskommission und weiteren von ihr erstellten und übermittelten Unterlagen bestimmt. Diese Berichte enthalten Daten zur Epidemiologie von Masern und Röteln, zur Durchimpfungsrate, zu den Impfprogrammen, zur Leistungsfähigkeit der Surveillance und zur molekularen Epidemiologie sowie zusätzliche Angaben, auf die sich die Nationalen Verifizierungskommissionen bei ihrer Erklärung zum Stand der Eliminierung der Masern und Röteln für einen konkreten Zeitraum stützen. Das Regionalbüro fungiert als Sekretariat der RVC.

2014 wurde nach ausführlichen Konsultationen mit den Ländern und Partnerorganisationen ein Europäischer Impfkaktionsplan ausgearbeitet, der dazu dient, den Globalen Impfkaktionsplan (2011–2020) (GVAP) im Einklang mit „Gesundheit 2020“ und anderen maßgeblichen Gesundheitsstrategien und -konzepten der Europäischen Region zu ergänzen und an die Gegebenheiten und Erfordernisse in der Region anzupassen. Der Europäische Impfkaktionsplan (2015–2020) (EVAP) (9) wurde im September 2014 auf der 64. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa einstimmig angenommen. Mit der Billigung des EVAP verpflichteten sich die Länder erneut zur Eliminierung der Masern und Röteln (Ziel 2 des EVAP) sowie zu den damit zusammenhängenden strategischen Zielen und Maßnahmen und gaben ihr politisches Bekenntnis zur Verwirklichung dieses Ziels ab.

Geleistete Arbeit und Erfolge bei der Eliminierung

Eliminierung ist definiert als die Unterbrechung endemischer Krankheitsübertragung in einem definierten geografischen Gebiet über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten aufgrund einer hohen Immunisierung der Bevölkerung durch nachhaltige, qualitativ hochwertige Routine- bzw. Zusatzimpfungen nach Erkenntnissen aus einem gut funktionierenden Surveillance-System. Die Verifizierung der Eliminierung erfolgt, wenn der Nachweis über eine Unterbrechung der endemischen Übertragung der Masern oder Röteln für die Dauer von mindestens 36 Monaten erbracht worden ist.

Das Regionalbüro für Europa hat sich verstärkt darum bemüht, die Länder bei der Verwirklichung des Eliminierungsziels zu unterstützen. Neben der Entwicklung des *Pakets aus beschleunigten Maßnahmen* zur Eliminierung von Masern und Röteln überwacht das Regionalbüro regelmäßig die Lage in Bezug auf diese Krankheiten und setzt bei der Unterstützung der Länder Prioritäten. So hat es einer Reihe von Ländern direkt fachliche Unterstützung in Form zielgerichteter Missionen gewährt und war bei der Umsetzung maßgeschneiderter Impfprogramme, der Konzeption von Aufklärungsmaterial und der Durchführung zusätzlicher Impfkampagnen behilflich.

2014 arbeitete das Regionalbüro für Europa den Rahmen für den Verifizierungsprozess in der Europäischen Region der WHO (10) aus, in dem im Detail die Schritte erläutert werden, die zur Dokumentierung und Überprüfung der Eliminierung von Masern und Röteln vorgesehen sind, um so die Mitgliedstaaten bei der Verwirklichung der Eliminierung zu unterstützen. Die RVC überprüft die von den Nationalen Verifizierungskommissionen vorgelegten jährlichen Lageberichte und bestimmt dann den Stand der Eliminierung.

Auf ihrer letzten Tagung im Oktober 2015 empfahl die RVC den zuständigen nationalen Gesundheitsbehörden und den Verifizierungskommissionen der Länder, in denen noch eine endemische Übertragung von Masern und/oder Röteln stattfindet, ihr Bekenntnis zu dem Ziel der Europäischen Region erneut zu bekräftigen und so bald wie möglich eine Eliminierung der beiden Krankheiten herbeizuführen. Zudem legte die RVC allen Nationalen Verifizierungskommissionen eindringlich nahe, die von ihr abgegebenen länderspezifischen Empfehlungen umzusetzen, und empfahl den Gesundheitsbehörden der drei Länder, die noch keine jährlichen Lageberichte vorgelegt haben (Albanien, Monaco und San Marino), nachdrücklich, eine Nationale Verifizierungskommission einzusetzen und derartige Berichte einzureichen.

Eine außerordentliche Sitzung des Europäischen Beirats für Immunisierungsfragen (ETAGE) speziell über die Eliminierung der Masern und Röteln fand im Januar 2015 in Kopenhagen statt. Der ETAGE billigte einen Vorschlag der RVC zur Änderung des Verifizierungsprozesses. Demnach ist unter anderem vorgesehen, die Länder je nach dem Grad der Umsetzung des Eliminierungsziels in Gruppen einzuteilen und die Eliminierung auf der Länderebene zu überprüfen. Aus diesen Änderungen, zu denen auch die Vergabe von Eliminierungsbescheinigungen an Länder zählt, die die endemische Übertragung der Masern und Röteln für die Dauer von mindestens 36 Monaten unterbrochen haben, ergeben sich folgende Vorteile:

- a) Die programmbezogene Unterstützung kann schwerpunktmäßig dort ansetzen, wo sie am meisten benötigt wird.
- b) Das für die Bewertung des Grades der Umsetzung verwendete „Ampelformat“ macht die Risiken deutlich.
- c) Anhand dieses Formats kann den Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen auf einfache Weise vermittelt werden, welche Fortschritte erzielt wurden, welche Länder am besten abgeschnitten haben und welche Bereiche am meisten unterstützungsbedürftig sind.
- d) Durch die Rangliste werden die Mitgliedstaaten dazu angeregt, ihren Status aufrechtzuerhalten oder zu verbessern.
- e) Durch die Verifizierung der Eliminierung auf der Länderebene werden die Erfolge der einzelnen Staaten bekannt gegeben und hervorgehoben.

Situationsanalyse

2015 stieg die Zahl der gemeldeten Masernfälle auf 30 762 an; im Vorjahr wurden nur 16 156 Fälle gemeldet. Dies war das Ergebnis von Ausbrüchen in einigen Ländern, die 2014 begannen und sich 2015 fortsetzten, während sich in anderen Ländern die Übertragung der Masern intensivierte (11,12).

Von den 10 630 Fällen, in denen das Alter angegeben war, traten 43% bei Erwachsenen im Alter von 20 Jahren und darüber auf – eine Altersverteilung, wie sie in den letzten Jahren häufig war.

Von der Gesamtzahl der für 2015 gemeldeten Fälle entfielen 88% (n=27 085) auf nur vier Länder: Kirgisistan (17 779; 58%), Bosnien und Herzegowina (4583; 15%), Deutschland (2383; 8%) und Kasachstan (2340; 8%). Kirgisistan verzeichnete auch die höchste Inzidenz (2993,1 Fälle je Mio. EW) in der Europäischen Region.

Röteln wird nach wie vor aus weniger Ländern gemeldet als Masern. Die Zahl der gemeldeten Fälle in der Europäischen Region für das Jahr 2015 (n=2368) ist um 64% niedriger als die für 2014 gemeldete Zahl (n=6607). Dies wird auf den Rückgang der Zahl der gemeldeten Rötelnfälle in Polen um 66% (2014: 5899; 2015: 2029) zurückgeführt. Auch wenn die meisten Fälle bei Kindern gemeldet wurden, so kam es doch auch zu Fällen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – überwiegend aufgrund der Tatsache, dass die Aufnahme einer allgemeinen Impfung gegen Röteln in das Impfprogramm erst vor relativ kurzer Zeit erfolgte.

Seit 2013 werden in Ländern wie Aserbaidschan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, der Türkei und dem Vereinigten Königreich zusätzliche Impfkampagnen durchgeführt, nachdem es dort zuvor zu umfangreichen Masernausbrüchen gekommen war.

Die RVC bewertete den Stand der Eliminierung von Masern und Röteln in 50 Ländern für den Zeitraum 2010–2014 und zog folgendes Fazit:

- a) 21 Länder haben die Masern eliminiert, zwei Länder haben die Übertragung für die Dauer von mindestens 24 Monaten unterbrochen, und neun Länder haben die Übertragung für die Dauer von mindestens 12 Monaten unterbrochen. In 18 Ländern findet weiterhin eine endemische Übertragung der Masern statt.
- b) 20 Länder haben die Röteln eliminiert, drei Länder haben die Übertragung für die Dauer von mindestens 24 Monaten unterbrochen, und neun Länder haben die Übertragung für die Dauer von mindestens 12 Monaten unterbrochen. In 18 Ländern werden die Röteln weiterhin endemisch übertragen.
- c) Bei drei Ländern war kein Fazit möglich, da diese keine jährlichen Lageberichte vorgelegt hatten.

71 der 72 WHO-Referenzlaboratorien für Masern und Röteln in der Europäischen Region sind akkreditiert. Die Mitgliedstaaten haben Labordaten öffentlicher, privater oder gewerblicher Labore, die außerhalb des WHO-Labornetzwerks angesiedelt sind, in ihre Surveillance-Berichte und sonstigen Berichte (u. a. Berichte der Nationalen Verifizierungskommission) aufgenommen. Zwar ist die Kompetenz vieler dieser Labore belegt, doch gibt in mehreren Ländern der Mangel an Informationen über solche Labore weiter Anlass zu großer Besorgnis.

Bis auf einige Ausnahmen übermitteln alle Länder nun Angaben zur Genom-Sequenzierung bei Masernfällen an die Datenbank MeaNS (Measles Nucleotide Surveillance) (13). Zu den für 2014 gemeldeten vorherrschenden Genotypen gehören mehrere Stämme von D8, der als vorherrschender Genotyp in der Europäischen Region gilt, Stämme von B3, der häufig auf eine Einschleppung aus Ländern Südasiens und des Westlichen Pazifikraums zurückgeführt wird, und eine relativ niedrige Inzidenz von D4-Isolaten. Im Gegensatz dazu

übermitteln nur wenige Länder Angaben zur Genom-Sequenzierung bei Rötelfällen an die Datenbank RubeNS (Rubella Nucleotide Surveillance) (14). Für 2014 wurden vor allem die Röteln-Genotypen 2B und 1E gemeldet.

Herausforderungen

Einige Länder führen nur ungern Kampagnen zur Schließung von Impflücken durch, da Massenimpfungen bei Gesundheitsbehörden und in der Allgemeinheit auf geringe Akzeptanz stoßen und es an zweckgebundenen Finanzmitteln, politischem Engagement und sicheren Impfstoffvorräten mangelt.

Die Ermittlung und Bewältigung wesentlicher Defizite beim Impfschutz in der Bevölkerung und die gleichzeitige Aufrechterhaltung einer hohen routinemäßigen Durchimpfung stellen in vielen Ländern eine Herausforderung dar. Zusätzliche Schwierigkeiten treten in Ländern auf, in denen die Ausbrüche zumeist höhere Altersgruppen betreffen, da es an Konzepten und fachlichen Kapazitäten für die systematische Deckung des Impfbedarfs Erwachsener fehlt.

Die epidemiologischen und labortechnischen Komponenten der Surveillance sind in vielen Ländern nicht optimal. Darüber hinaus kommt es auf der Ebene der Europäischen Region nach wie vor zu Verzögerungen bei der Berichterstattung und zur Vorlage unvollständiger Daten. Dies erweist sich als Hindernis für eine ordnungsgemäße Evaluierung des Standes der Eliminierung der Masern und Röteln in der Europäischen Region und für eine rasche Erkennung von Ausbrüchen, die möglicherweise nur durch Inanspruchnahme von Hilfe bewältigt werden können.

Nicht alle Länder reagieren angemessen auf Ausbrüche und lassen damit zu, dass die Übertragung über längere Zeiträume, mitunter mehr als ein Jahr lang, anhält. Verbesserungsbedarf besteht auch bei der aktiven Fallermittlung und Rückverfolgung der Kontakte. Rasche und angemessene Gegenmaßnahmen bei Ausbrüchen sind eine entscheidende Voraussetzung für die Begrenzung der Dauer der Übertragung dieser Krankheiten.

Auch wenn die meisten Eltern und Gesundheitsfachkräfte eine positive Haltung zu Impfungen haben, sind in letzter Zeit doch immer mehr Menschen sorglos geworden. So schieben Eltern die Impfung ihrer Kinder häufig hinaus oder halten sie bei Krankheiten, die nicht als Gefahr für deren Gesundheit wahrgenommen werden, nicht für nötig. Dieser paradoxe Effekt ist dadurch bedingt, dass impfpräventable Krankheiten dank erfolgreicher Impfprogramme in der gesamten Europäischen Region drastisch zurückgedrängt werden konnten. Daher besteht ein stetiger Bedarf an hochwertigen, evidenzbasierten Informationen über Immunisierung, um der Öffentlichkeit und den Gesundheitsfachkräften ein besseres Verständnis der Vorteile und Risiken von Impfungen zu vermitteln. Es werden zuverlässige wissenschaftliche Quellen und Sachverständige benötigt, die von gut informierten und geschulten öffentlichen Führungspersonlichkeiten und Aktivisten unterstützt werden, um durch Überzeugungs- und Kommunikationsarbeit eine positive Einstellung gegenüber Impfungen herbeizuführen.

Der weitere Weg

Die Eliminierung der Masern und Röteln ist eine zentrale Zielsetzung des EVAP und ein wichtiger Bestandteil der weltweiten Bemühungen um mehr Gesundheit und einen Abbau von Ungleichheiten (Nachhaltigkeitsziele 3 und 10). Voraussetzungen für eine Eliminierung sind vor allem ein starkes Engagement der Politik, eine hohe Durchimpfung und die Schließung von Impflücken sowie eine hochwertige fallbasierte Surveillance.

Die Umsetzung der folgenden von den Ländern im Jahr 2010 gebilligten Strategien ist weiterhin wichtig und verdient auf Dauer Aufmerksamkeit:

- a) Erreichung und Aufrechterhaltung einer sehr hohen Durchimpfung ($\geq 95\%$) durch qualitativ hochwertige Regelimpfungen mit zwei Dosen Masernimpfstoff und mindestens einer Dosis Rötelnimpfstoff;
- b) Bereitstellung von Impfangeboten gegen Masern und Röteln, einschließlich ergänzender Impfmaßnahmen, für alle Bevölkerungsgruppen, die in Bezug auf Masern und Röteln gefährdet und anfällig sind;
- c) Stärkung der Surveillance-Systeme durch konsequente Falluntersuchung und Laborbestätigung sporadischer Verdachtsfälle und Ausbrüche; insbesondere frühzeitige Entdeckung, Untersuchung und umfassende Ausbruchsbekämpfung sowie Verbesserung der Qualität der Surveillance von Röteln und Rötelnembryopathie durch Verbesserung der Meldung genetischer Sequenzdaten über Röteln; und
- d) Verbesserung der Verfügbarkeit hochwertiger, evidenzbasierter Informationen für Gesundheitsfachkräfte und die Öffentlichkeit über Nutzen und Risiken von Impfungen gegen Masern und Röteln.

Durch die Feststellung des Standes der Eliminierung und die Erstellung einer Rangliste der Mitgliedstaaten sind das Regionalbüro für Europa und seine Partnerorganisationen in der Lage, die Unterstützung für die Länder mit dem dringendsten Bedarf zu verfeinern und auf sie abzustimmen. Seit 2015 entwickelt das Regionalbüro für Europa jährliche Mobilisierungspläne, die den Ländern konkrete Aktivitäten und Prioritäten sowie feste Etappenziele zur Messung der Fortschritte auf nationaler Ebene vorgeben.

Die einzelstaatlichen Behörden sollten in die Verbesserung ihrer Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf Impfmaßnahmen und in Werbung für die Stärkung der Impfprogramme investieren. Dazu gehören Aktivitäten und Initiativen mit dem Ziel:

- a) die Nachfrage nach Regel- und Zusatzimpfungen anzukurbeln;
- b) Bedenken über die Impfstoffsicherheit und damit verbundenen Krisen angemessen Rechnung zu tragen;
- c) die Kommunikationskapazitäten für den Fall von Krankheitsausbrüchen zu stärken; und
- d) Foren für die Überzeugungsarbeit über traditionelle wie soziale Medien zu fördern.

Die Hindernisse für die Nachfrage nach Impfstoffen sind komplex und kontextspezifisch. Sie beinhalten soziale, kulturelle und andere verhaltensbezogene Determinanten. Die Programme müssen deshalb im Hinblick auf ihre Umsetzung und

Tätigkeit die Einstellungen, den Wissensstand und die Verhaltensweisen der Allgemeinheit wie auch bestimmter Untergruppen häufiger erkunden und bewerten. Ein erfolgreiches Gegensteuern gegen Impfskepsis und Sicherheitsbedenken setzt eine Überwindung dieser Barrieren voraus.

Die Kampagne zur Europäischen Impfwoche und die dazugehörigen Foren, darunter das im April 2015 in Betrieb genommene Online-Forum Immunize Europe (15), sollten in der Europäischen Region und auf der Länderebene weiter gefördert werden. Die Europäische Impfwoche arbeitet weiter erfolgreich darauf hin, durch Sensibilisierung von Eltern und Betreuern, Gesundheitsberufen, politischen Entscheidungsträgern und Medien für die Bedeutung von Impfungen höhere Durchimpfungsraten zu erreichen.

Fazit

Im Verifizierungsprozess hat sich deutlich gezeigt, dass viele Länder der Europäischen Region Masern und Röteln eliminiert und dass weitere Länder ihre Übertragung bis zu einem gewissen Grad unterbrochen haben, während sie in anderen Ländern nach wie vor endemisch sind.

Die Inzidenz der Masern und Röteln in der Europäischen Region ist seit 2013 rückläufig, und die einheimische Übertragung ist nun in mehr Ländern als je zuvor unterbrochen. Erfreulich ist auch die Erkenntnis, dass die Eliminierung beider Krankheiten 2014 und 2015 mit Dringlichkeit vorangetrieben wurde, indem Maßnahmen zur Reaktion auf Ausbrüche, zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit und Bereitschaftsplanung der Länder und zur aktiven Schließung von Impflücken durchgeführt wurden.

Die Eliminierung der Masern wie auch der Röteln ist greifbar nahe. Mit einem verbesserten Verifizierungsprozess, der die Eliminierung auf der Länderebene fördert, und mit verstärkten Anstrengungen der Gesundheitsbehörden sowie der einschlägigen Dienststellen und der mit ihrer Unterstützung beauftragten Partnerorganisationen hat die Europäische Region eine sehr reelle Chance, die Eliminierung der Masern und Röteln zu erreichen.

Quellenangaben

1. Resolution EUR/RC5/R7. Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (EUR/RC55/R7; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-fifth-session/resolutions/eurrc55r7>).

2. Bericht über die Achtundfünfzigste Tagung des Regionalkomitees für Europa. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (EUR/RC58/REC/1; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-eighth-session/documentation/report-of-the-fifty-eighth-session>).
3. Resolution EUR/RC60/R12. Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015 und nachhaltige Unterstützung für den poliofreien Status in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2010 (EUR/RC60/R12; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/resolutions/eurrc60r12>).
4. Package for accelerated action: 2013–2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Measles and rubella elimination 2015; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2013/measles-and-rubella-elimination-2015.-package-for-accelerated-action-2013-2015>).
5. Global vaccine action plan 2011–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/).
6. Second meeting of the European Regional Verification Commission for measles and rubella elimination: summary report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2014/second-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination>).
7. Third meeting of the European Regional Verification Commission for measles and rubella elimination: summary report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2015/third-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc>).
8. Fourth meeting of the European Regional Verification Commission for measles and rubella elimination: summary report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2016/4th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc>).
9. European vaccine action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020>).
10. Eliminating measles and rubella: framework for the verification process in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/elimination/framework-for-the-verification-process>).

rubella/publications/2014/eliminating-measles-and-rubella.-framework-for-the-verification-process-in-the-who-european-region).

11. WHO EpiBrief No. 1/2015. A report on the epidemiology of selected vaccine-preventable diseases in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/who-epibrief-and-who-epidata/who-epibrief/who-epibrief,-no.-12015>).
12. WHO EpiBrief No. 1/2016. A report on the epidemiology of selected vaccine-preventable diseases in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/who-epibrief-and-who-epidata/who-epibrief/who-epibrief,-no.-12016>).
13. MeaNs: Measles Nucleotide Surveillance [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (www.who-measles.org).
14. RubeNS: Rubella Nucleotide Surveillance [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (www.who-rubella.org).
15. Immunize Europe Forum: a new online resource for the immunization community [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.immunize-europe.org>)

C. Abschlussbericht über die Eliminierung der Malaria in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC52/R10)

Einführung und Hintergrund

2. In den Ländern der Europäischen Region der WHO hat sich die Wahrnehmung in Bezug auf die Malariafreiheit in den letzten Jahrzehnten rapide verändert. Zu Beginn der 1990er Jahre bestanden aufgrund des Zusammenwirkens zwischen dem verbleibenden Reservoir für Malariainfektionen und den politischen und sozioökonomischen Problemen sowie massiven Migrationsbewegungen, umfangreichen Entwicklungsprojekten und dem nahezu vollständigen Erliegen aller Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung der Malaria äußerst günstige Rahmenbedingungen für die Übertragung des Virus. In der Folgezeit kam es zu größeren Epidemien in den Ländern Zentralasiens und der Kaukasusregion sowie in der Türkei. So wurden 1995 für die Europäische Region offiziell insgesamt 90 712 Malariafälle gemeldet. Damals erlebten Aserbaidschan, Tadschikistan und die Türkei große und sich rasant ausbreitende Epidemien, während die Ausbrüche in Armenien, Kirgisistan und Turkmenistan deutlich kleiner ausfielen.

3. Das WHO-Regionalbüro für Europa verpflichtete sich zu einer energischen Reaktion auf die Bedrohung durch Malaria und entwickelte bis 1999 eine Strategie zur Zurückdrängung der Seuche (1) aus den betroffenen Ländern der Europäischen Region. Ihre Zielsetzung lautete, die Auswirkungen der Krankheit auf die Gesundheit der Bevölkerung mit den verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen sowie den vorhandenen Technologien und Instrumenten auf das geringstmögliche Maß zu reduzieren. Mit der Strategie wurde konkret angestrebt:

- a) malariabedingte Todesfälle zu verhindern;
- b) die Malariainzidenz zu halbieren;
- c) etwaige Malariaepidemien einzudämmen;
- d) in Ländern, in denen eine Eradikation der Malaria gelungen ist, die Zertifizierung als malariafrei aufrechtzuerhalten.

4. 2002 nahm die 52. Tagung des Regionalkomitees für Europa die Resolution EUR/RC52/R10 über die Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO (2) an. Darin wurden die Länder der Europäischen Region, in denen ein Wiederaufleben der Malaria erfolgt war, eindringlich aufgefordert, alle möglichen Maßnahmen zu ergreifen, um die erzielten Ergebnisse zu festigen und die durch Malaria bedingte Krankheitslast weiter zu verringern.

5. 2005 war das Wiederaufleben der Malaria eingedämmt und die Inzidenz der Krankheit auf ein Maß reduziert, mit dem das Ziel einer Unterbrechung der Übertragung in der gesamten Europäischen Region in greifbare Nähe gerückt wurde. Zur Unterstützung der neuerlichen Bemühungen zur Eliminierung der Malaria wurde die Erklärung von Taschkent mit dem Titel „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria“ (3) von sämtlichen von der Krankheit betroffenen Ländern der Europäischen Region der WHO gebilligt.

6. Mit dieser Erklärung als politischer Grundlage konnte das Regionalbüro seine neue, auf den Zeitraum 2006–2015 angelegte Strategie „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria in der Europäischen Region der WHO“ in Gang setzen, deren Ziel die Unterbrechung der Malariaübertragung durch *Plasmodium falciparum* in Zentralasien bis 2010 und schließlich die Eliminierung der Krankheit in der gesamten Europäischen Region bis 2015 war (4).

7. 2006 erstattete das Regionalbüro unter dem Tagesordnungspunkt „Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa“ (EUR/RC56/12) (5) Bericht über die bei der Umsetzung der Resolution EUR/RC52/R10 erzielten Fortschritte und informierte das Regionalkomitee über die Annahme der Erklärung von Taschkent sowie die neue regionsweite Strategie.

8. 2012 nahm das Regionalkomitee das Dokument „Gesundheit 2020 – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden“ (EUR/RC62/R4) (6) an, das ein auf Werte und Evidenz gestütztes gesundheitspolitisches Rahmenkonzept zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO darstellt. In „Gesundheit 2020“ wird die Eliminierung der Malaria in der Europäischen Region bis 2015 als ein Schlüsselziel festgelegt (7).

9. 2014 entwickelte das Regionalbüro angesichts der erfolgreichen Umsetzung der Strategie „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria in der Europäischen Region der WHO (2006–2015)“ sowie als Antwort auf die Erfordernisse in den inzwischen malariafreien Ländern das Rahmenkonzept der Europäischen Region zur Verhinderung der Wiedereinführung der Malaria und zur Zertifizierung ihrer Eliminierung (2014–2020) (8), um den verantwortlichen Politikern und den Leitern der Programme zur Malariabekämpfung bei der Planung, Organisation und Durchführung von Maßnahmen zur Verhinderung einer Wiedereinführung der Malaria und zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung als malariafrei behilflich zu sein.

10. Der Prozess der Zertifizierung durch die WHO ist in Turkmenistan und Armenien abgeschlossen, die in den Jahren 2010 (9) bzw. 2011 (10) für malariafrei erklärt wurden. 2014 wurde der Zertifizierungsprozess in Bezug auf die Eliminierung der Malaria für Kirgisistan eingeleitet. 2016 bat Usbekistan das Regionalbüro offiziell um fachliche Hilfe bei der Erstellung der erforderlichen Unterlagen für das Zertifizierungsverfahren.

11. 2015 erreichte die Europäische Region als erste WHO-Region überhaupt die Unterbrechung der heimischen Übertragung der Malaria, nachdem die Zahl der einheimischen Malariafälle von 90 712 im Jahr 1995 auf Null im Jahr 2015 gefallen war.

Maßnahmen seit dem letzten Bericht an das Regionalkomitee

12. In den vergangenen zehn Jahren hat das Regionalbüro alle betroffenen Länder durch fachliche Hilfe bei der Ausarbeitung bzw. Überarbeitung nationaler Strategien zur Bekämpfung und Eliminierung der Malaria und bei der Erstellung nationaler Leitlinien für die Surveillance, die Vektorenbekämpfung, die Diagnostik und Behandlung sowie die Bereitschaftsplanung für Epidemien und die operative Forschung unterstützt.

13. Regelmäßige Besuche von Mitarbeitern und Beratern der WHO in den Mitgliedstaaten spielten eine wesentliche Rolle bei der Bewertung und Überwachung

der Malariasituation. Ihre Empfehlungen haben bei Bedarf zur Neuausrichtung der nationalen Programme beigetragen.

14. Um einen Erfahrungsaustausch zwischen Ländern und Regionen der WHO – insbesondere zwischen den Regionen Europa und Östlicher Mittelmeerraum – zu fördern, wurde 2007 in Aschgabat (Turkmenistan) (11) sowie 2015 in Duschanbe (Tadschikistan) je eine Tagung der Leiter der Malariaprogramme der beiden Regionen abgehalten.

15. Das Regionalbüro hat eine Reihe von Leitfäden wie die Praktischen Leitlinien zur Surveillance der Malaria (2006), die Leitlinien für Maßnahmen der Vektorbekämpfung (2006, 2007, 2008), die Praktischen Leitlinien zur Eliminierung der Malaria in den Ländern der Europäischen Region (2010), den Operativen Rahmen für eine integrierte Vektorbekämpfung (2012) und das Schulungsmodul für Entomologen über Malaria-Vektoren und ihre Bekämpfung (2012) entwickelt und veröffentlicht, die allesamt den Gesundheitsfachkräften in den von Malaria betroffenen Ländern der Region bei Fragen der Planung, Organisation, Umsetzung und Evaluation nationaler Eliminierungsprogramme sowie bei der Vorbereitung auf den Prozess der Zertifizierung der Eliminierung behilflich sein sollen.

16. Das Regionalbüro legt besonderen Wert auf die Stärkung der Kompetenz der Mitarbeiter der nationalen Malariaprogramme. In den letzten Jahren haben in mehreren Ländern Schulungen zu verschiedenen Aspekten der Bekämpfung und Eliminierung der Malaria stattgefunden: Malaria-Surveillance – Moskau (2012, 2013, 2014); Vektorbekämpfung – Almaty (2012), Duschanbe (2014); Eliminierung der Malaria – Baku (2013); Verhinderung der Wiedereinführung der Malaria – Aschgabat (2013), Batumi (2015).

17. Im Zuge der Eliminierung der Malaria wird ein besonderes Augenmerk auf Situationen gerichtet, in denen eine Ausbreitung der Malaria auf andere Länder oder Regionen droht. Die wichtigsten Ziele dieser grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sind:

- a) Einrichtung operativer Modalitäten für einen regelmäßigen Informationsaustausch über Malaria, insbesondere in Grenzgebieten;
- b) Synchronisierung von Aktionsplänen zur Koordinierung der Umsetzung von Maßnahmen zur Eliminierung der Malaria in Grenzgebieten;
- c) Sicherstellung einer frühzeitigen Benachrichtigung in Bezug auf jegliche Veränderungen der epidemiologischen Situation der Malaria in Grenzgebieten;
- d) Abstimmung der Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen, um die Anstrengungen der Länder zur Eliminierung der Malaria zu unterstützen;
- e) Maßnahmen zur verstärkten Sensibilisierung für die Erfolge der Programme zur Eliminierung der Malaria.

18. Angesichts der Problematik der Eliminierung der Malaria in Grenzgebieten hat das Regionalbüro grenzüberschreitende Kooperationen sowohl innerhalb der Europäischen Region als auch mit anderen WHO-Regionen – namentlich der Region Östlicher Mittelmeerraum – initiiert und vorangetrieben. Zu dieser Thematik haben bereits eine Reihe von Tagungen stattgefunden, u. a. 2006 in Duschanbe

(Tadschikistan), 2009 in Antalya (Türkei) und in Baku (Aserbaidschan) und 2010 in Bischkek (Kirgisistan).

19. Gemeinsame Erklärungen über grenzüberschreitende Kooperationen wurden bisher zwischen Aserbaidschan und Georgien (2009) (12), Turkmenistan und Afghanistan (2009) (13), Tadschikistan und Afghanistan (2010) (14) sowie zwischen Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan (2010) (15) unterzeichnet. Auf operativen Tagungen der beteiligten Länder wurden praktische Modalitäten und gemeinsame Pläne für die Eliminierung der Malaria und die Verhinderung ihrer Wiedereinführung in Grenzgebieten erörtert bzw. ausgearbeitet.

20. Die Erfolge und die Wirkung der grenzüberschreitenden Kooperation zwischen Aserbaidschan und Georgien zur Eliminierung der Malaria wurden im *Welt-Malaria-Bericht 2010* (16) als eine der Erfolgsgeschichten präsentiert.

21. Um eine Strategie und Umsetzungsmechanismen für eine verbesserte Koordinierung der Eliminierung der Malaria bzw. der Verhinderung ihrer Wiedereinführung sowie für die Bekämpfung der Leishmaniose in Afghanistan und Tadschikistan, unter besonderer Schwerpunktlegung auf Grenzgebiete, zu erörtern und zu vereinbaren, soll am 24. und 25. Mai 2016 in Duschanbe eine länderübergreifende Koordinationstagung stattfinden. An der Tagung beteiligten sich die Programmleiter der nationalen Ebene und der Grenzregionen beider Länder. In intensiven Erörterungen wurde ein gemeinsamer Plan für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Afghanistan und Tadschikistan erarbeitet und vereinbart.

22. 2010 wurde von der Globalen Umweltfazilität, dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen, Green Cross International, dem WHO-Regionalbüro für Europa, Milieukontakt International sowie einer Reihe nationaler Regierungen ein Projekt mit dem Titel „Demonstration und Verbreitung nachhaltiger Alternativen für DDT¹ bei der Bekämpfung von Vektorkrankheiten in der südlichen Kaukasusregion (Georgien) und in Zentralasien (Kirgisistan und Tadschikistan) im Zeitraum 2010–2014“ finanziert und umgesetzt. Die Begründung für das Projekt bestand in der Notwendigkeit, beim Schutz der öffentlichen Gesundheit die Abhängigkeit der Länder von persistenten Insektiziden zu verringern und Alternativen für die Vektorenbekämpfung auf umfassende Weise einzuführen bzw. zu fördern, um die Zertifizierung als malariafrei aufrechtzuerhalten und eine Wiedereinbürgerung der Malaria und anderer Vektorkrankheiten zu verhindern. Die folgenden zentralen Botschaften wurden anhand der Ergebnisse der versuchsweise durchgeführten Feldstudien über die Anwendung verschiedener Optionen zur Vektorbekämpfung ausgearbeitet:

- Eine Kombination nicht-chemischer Alternativen zu DDT und anderen persistenten Insektiziden bei der Vektorenbekämpfung hat, wenn sie auf umfassende Weise angewandt wird, fast dieselbe entomologische Wirkung wie der Einsatz von Insektizid-Innenraumsprays und kann den ökologischen und epidemiologischen Bedingungen vor Ort angemessen sowie umweltverträglich sein und ein Höchstmaß an Kosteneffektivität und Nachhaltigkeit bieten, gleichzeitig aber zur Vermeidung etwaiger Probleme aufgrund der Entstehung von Resistenzen gegen Insektizide beitragen.

¹ Die Abkürzung DDT steht für das synthetische Insektizid Dichlordiphenyltrichlorethan.

- Die erhaltenen Ergebnisse sprechen deutlich für den Nutzen der integrierten Anwendung nicht-chemischer Alternativen in der Vektorbekämpfung. Diese Erkenntnisse können Entscheidungsprozesse erleichtern und bei der Zuteilung von Mitteln für solche Maßnahmen eine Unterstützung und Priorisierung bewirken.

23. Das Regionalbüro hat den Mitgliedstaaten fachliche Hilfe bei der Ausarbeitung von Anträgen an den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie bei deren weiterer Umsetzung gewährt. Aserbaidschan, Georgien, Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan haben Mittel des Globalen Fonds zur Malariabekämpfung erhalten und erfolgreich eingesetzt.

24. Um das wissenschaftliche Fachwissen über Malaria zu aktualisieren, hat das Regionalbüro für Europa ein Programm für die operative Erforschung der Entomologie der Malaria und der Vektorenbekämpfung ins Leben gerufen, das mit Hilfe von Forschungseinrichtungen und Partnerorganisationen in den betroffenen Ländern Zentralasiens und der südlichen Kaukasusregion erfolgreich durchgeführt wurde. Die Ziele dieser Forschungsarbeit sind eng mit der speziellen Situation und den Problemen einzelner Länder bzw. ihrer Nachbarländer verknüpft. Die Identifizierung und geografische Verteilung von Stechmücken der Gattung Anopheles, die Prävalenz von Schwesterarten und ihre Rolle bei der Malariaübertragung sowie die Taxonomie, Biologie und Ökologie der Malariavektoren sind für die Europäische Region von besonderem Interesse.

25. Um den verantwortlichen Politikern und den Leitern der Programme zur Malariabekämpfung bei der Planung, Organisation und Durchführung von Maßnahmen zur Verhinderung einer Wiedereinführung der Malaria und zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung als malariafrei wurde das Rahmenkonzept der Europäischen Region zur Verhinderung der Wiedereinführung der Malaria und zur Zertifizierung ihrer Eliminierung (2014–2020) entwickelt und an die Mitgliedstaaten übermittelt. Es skizziert die wichtigsten Themen in Verbindung mit einer möglichen Rückkehr der Malaria nach ihrer Eliminierung, die Zielsetzungen und Ziele der Programme, die wichtigsten Ansätze und Maßnahmen zur Verhinderung einer Wiedereinführung der Malaria sowie die wissenschaftlichen, operativen, organisatorischen und methodischen Aspekte des Prozesses der Zertifizierung von Ländern als malariafrei.

Herausforderungen

26. Auch wenn in der Europäischen Region die Unterbrechung der heimischen Übertragung der Malaria gelungen ist, so steht dieser Erfolg doch noch auf tönernen Füßen. Denn die Erfahrung zeigt, dass die Länder der Europäischen Region nach wie vor der Gefahr einer Wiedereinführung der Malaria ausgesetzt sind.

27. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist das unerwartete Wiederauftreten von Malariafällen in Griechenland im Jahr 2010, das sich direkt auf den Zustrom von Migranten zurückführen ließ. Ende 2013 konnte die Übertragung des Virus nach intensiven Anstrengungen zu seiner Bekämpfung unterbrochen werden, sodass 2014 keine autochthon übertragenen Fälle aus Griechenland mehr gemeldet wurden. Darüber hinaus sind mehrere Länder in der Europäischen Region, insbesondere Tadschikistan und die Türkei, in Bezug auf eine Wiedereinführung der Malaria stark gefährdet, was

auf die hohen Flüchtlingsströme und Migrationsbewegungen aus Ländern wie Afghanistan bzw. der Arabischen Republik Syrien zurückzuführen ist.

28. Diese anhaltende Gefahr macht es erforderlich, den nötigen politischen Willen aufrechtzuerhalten, wachsam zu bleiben und weiter in die Stärkung der Gesundheitssysteme zu investieren, damit ein etwaiges Wiederaufleben von Krankheiten schnell eingedämmt werden kann.

Der weitere Weg

29. Das Regionalbüro für Europa wird den Mitgliedstaaten auch weiterhin dabei behilflich sein, die Wiedereinführung der Malaria zu verhindern und ihren Status als malariefrei sowie die Zertifizierung der Eliminierung der Seuche durch die WHO aufrechtzuerhalten.

30. Weil das Engagement der Länder für die Aufrechterhaltung des Status als malariefrei und eine Verhinderung der Wiedereinführung von Malaria erneuert und bestärkt werden sollte, wurde am 21. und 22. Juli 2016 in Aschgabat (Turkmenistan) eine Hochrangige Konsultation über die Verhinderung der Wiedereinführung der Malaria in die Europäische Region der WHO veranstaltet.

Quellenangaben

1. Strategy to roll back malaria in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999
2. Resolution EUR/RC52/R10: Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002.
3. The Tashkent declaration: the move from malaria control to elimination in the WHO European Region – a commitment to action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
4. Regional strategy: from malaria control to elimination in the WHO European Region 2006–2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
5. Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa (EUR/RC56/12). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006
6. Resolution EUR/RC62/R4: „Gesundheit 2020“ – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012.
7. Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden (EUR/RC62/9). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012.

8. Ejoy M, Davidyants V, Zvantsov A. Regional framework for prevention of malaria reintroduction and certification of malaria elimination 2014–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
9. Turkmenistan: free of malaria [e-news]. Geneva: World Health Organization; 27 October 2010.
10. Armenia: free of malaria [e-news]. Geneva: World Health Organization; 14 October 2011.
11. WHO meeting on progress achieved with malaria elimination in the WHO European Region (Turkmenistan, November 2007) [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
12. Joint statement on cooperation between the Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan and the Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia on malaria elimination. Baku: 19 March 2009.
13. Joint statement on cross-border cooperation on malaria in Turkmenistan and Afghanistan [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Ashgabat) 20 November 2009.
14. Joint statement on cross-border cooperation on malaria in Tajikistan and Afghanistan. Kurgan-Tube, 13 October 2010.
15. Joint statement on cross-border cooperation on malaria in Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan and Uzbekistan. Bishkek: 2 November 2010.
16. World malaria report 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.

Anhang: Begriffsbestimmungen für die Programme zur Eliminierung der Malaria

1. Unter Eliminierung der Malaria wird die Unterbrechung der durch einheimische Stechmückenarten erfolgenden Übertragung der Malaria verstanden. Sie macht weder eine Eliminierung der Krankheitsüberträger noch das vollständige Fehlen gemeldeter Malariafälle in dem betreffenden Land erforderlich, denn eingeschleppte Malariafälle sind aufgrund des internationalen Reiseverkehrs weiterhin zu erwarten und können gelegentlich zum Auftreten eingeführter Fälle führen, bei denen die Infektion in der ersten Generation nach der autochthonen Übertragung infolge eines eingeschleppten Falls erfolgt (1).

2. In der Phase der Eliminierung sind alle Malariainfektionen wichtig, da sie zu einer Weiterübertragung führen können. Deshalb werden alle Fälle von Parasitämie (nur Gametozytämie) als „Malariafälle“ angesehen – unabhängig vom Vorhandensein oder Fehlen klinischer Symptome (2).

3. Falldefinitionen der Malaria für die Eliminierungsprogramme (2):

Autochthon: Ein vor Ort erworbener Fall einer Übertragung durch Stechmücken, d. h. ein heimischer oder eingeführter Fall (auch als „lokal übertragener Fall“ bezeichnet).

Eingeschleppt: Ein Fall, dessen Ursprung in ein bekanntes Malariagebiet außerhalb des Landes, in dem der Fall diagnostiziert wurde, zurückverfolgt werden kann.

Heimisch: Jeder Fall, der lokal (d. h. innerhalb der Landesgrenzen) erworben wurde und für den es keine deutlichen Hinweise auf eine direkte Verknüpfung zu einem eingeschleppten Fall gibt. Dazu gehören verzögerte erste Anfälle von Malaria *P. vivax*, die von lokal erworbenen Parasiten mit einer langen Inkubationszeit stammen.

Induziert: Ein Fall, dessen Ursprung sich auf eine Bluttransfusion oder eine andere Form der parenteralen Inokulation, jedoch nicht auf eine normale Übertragung durch eine Stechmücke zurückführen lässt.

Eingeführt: Ein lokal erworbener Fall mit starken epidemiologischen Hinweisen auf einen direkten Zusammenhang mit einem bekannten eingeschleppten Fall (erste Generation aus einem eingeschleppten Fall, d. h. die Stechmücke wurde durch einen als eingeschleppt eingestuften Fall infiziert).

4. Länder, in denen in drei aufeinander folgenden Jahren keine lokale Übertragung der Malaria stattgefunden hat und die dies anhand ausreichend leistungsfähiger Surveillance-Systeme nachweisen können, dürfen die WHO um eine Zertifizierung der Eliminierung der Malaria ersuchen. Dazu sind eine Überprüfung der von dem Land präsentierten Unterlagen sowie Besuche an Orten der Übertragung in jüngerer Zeit erforderlich, die der Vergewisserung dienen, dass die Evidenz, dass keine Übertragung der Malaria mehr stattgefunden hat, glaubwürdig ist, dass das nationale Surveillance-System in der Lage wäre, etwaige Fälle einer lokalen Übertragung zu entdecken, und

dass ein finanziell abgesichertes nationales Programm zur Prävention einer Wiedereinführung vorhanden ist (2).

5. Vigilanz ist eine Funktion des Gesundheitsschutzes innerhalb des Programms zur Verhinderung der Wiedereinführung der Virusübertragung, die ein Ausspähen nach jedem Auftreten der Malaria in einem Gebiet, in dem diese zuvor nicht existierte oder in dem sie eliminiert wurde, sowie eine Veranlassung der jeweils erforderlichen Gegenmaßnahmen beinhaltet. Während der Phase der Verhinderung der Wiedereinführung werden die intensiven Surveillance-Maßnahmen, wie sie für die Eliminierung der Übertragung erforderlich sind, zurückgefahren und durch Maßnahmen der Vigilanz ersetzt (2).

6. Unter Wiedereinführung der Übertragung wird die erneute Präsenz einer konstanten messbaren Inzidenz von Fällen und einer Übertragung durch Stechmücken in einem bestimmten Gebiet über mehrere Jahre hinweg verstanden. Ein Indiz für eine mögliche Wiedereinführung der Übertragung wäre das Auftreten von drei oder mehr eingeführten bzw. heimischen Fällen von Malariainfektion in demselben geografischen Gebiet für die Dauer von zwei Jahren (*P. falciparum*) bzw. drei Jahren (*P. vivax*) (2).

Quellenangaben Anhang

1. Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Geneva: World Health Organization; 2012.

Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten

D. Abschlussbericht über den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) (Resolution EUR/RC61/R3)

Einführung und Hintergrund

1. 2006 wurde die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten erarbeitet und von den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO gebilligt. 2011 entwickelte das Regionalbüro den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016), der vom Regionalkomitee für Europa auf seiner 61. Tagung durch Resolution EUR/RC61/R3 gebilligt wurde. Mit dem Plan sollten die Mitgliedstaaten dazu gebracht werden, sich verstärkt für das Erreichen des Ziels der globalen Ebene und der Europäischen Region einzusetzen und die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten abzubauen.

2. Dieses Dokument enthält eine Übersicht der hinsichtlich Aktionsplan und globalen sowie regionalen Zielen erzielten Fortschritte im Bereich der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region im Zeitraum 2012 bis 2016.

Zentrale konzeptionelle und strategische Entwicklungen

3. Nichtübertragbare Krankheiten werden mittlerweile global als wesentliche Bedrohung der öffentlichen Gesundheit erkannt. Im Jahr 2013 waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen für 86% der Todesfälle in der Europäischen Region verantwortlich. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen und Diabetes gelten als die wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten, die im Fokus der intensivierten Maßnahmen stehen. Diese nichtübertragbaren Krankheiten wirken sich als führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit stark auf die gesundheitliche und menschliche Entwicklung aus und stehen für 67% der Todesursachen in den produktivsten Altersgruppen (30 bis 69 Jahre). Relevanz und Visibilität der nichtübertragbaren Krankheiten wurden durch ihre Berücksichtigung in nationalen Entwicklungs- und Gesundheitsplänen als Gesundheitsdeterminanten erhöht.

4. Die erhöhte Wahrnehmung in Kombination mit neuem Wissen über Determinanten und Erkenntnisse über wirksame Interventionen veranlassten das Regionalbüro zur Entwicklung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (1), die vom Regionalkomitee für Europa 2006 auf seiner 56. Tagung durch Resolution EUR/RC56/R2 gebilligt wurde, sowie, zur Verstärkung der Maßnahmen, des Aktionsplans zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) (2), der vom Regionalkomitee 2011 auf seiner 61. Tagung durch Resolution EUR/RC56/R2 gebilligt wurde.

5. 2011 versammelten sich die Regierungen der Welt am Sitz der Vereinten Nationen (VN) und gaben eine politische Erklärung zur Bewältigung der nichtübertragbaren Krankheiten (3) ab. Ein Ergebnis hieraus war der Auftrag an die WHO, einen globalen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten (2013–2020) (4) und einen globalen Kontrollrahmen (5) hierfür zu entwickeln. Der globale Kontrollrahmen stellt neun globale Zielvorgaben auf, die bis 2025 erreicht werden sollen, beschreibt Gesundheitsfolgen, Risikofaktoren und Gegenmaßnahmen der Gesundheitssysteme und nutzt 25 Indikatoren zur Messung der Fortschritte.

6. 2014 beriefen die Vereinten Nationen eine Tagung auf hoher Ebene ein, um die Mitgliedstaaten erneut auf ihre Zusagen bezüglich der Zielvorgaben aus dem globalen Kontrollrahmen zu verpflichten. Es wurde vereinbart, vier zeitgebundene Zusagen, die mit dem Europäischen Aktionsplan auf einer Linie lagen, beschleunigt anzugehen: Führungsaspekte, epidemiologische Überwachung und Beobachtung, Maßnahmen zu Risikofaktoren und Determinanten sowie Stärkung der Gesundheitssysteme für besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine bessere Verwaltung (6).

7. 2010 begann das Regionalbüro mit der Entwicklung seines neuen Rahmenkonzepts für die Europäische Region „Gesundheit 2020“. Ihm zufolge sollen die vorzeitige Sterblichkeit abgebaut, gesundheitliche Benachteiligung verringert, Gesundheit und Wohlbefinden gesteigert und die Gesundheitssysteme so ausgebaut werden, dass der allgemeine Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtert wird. Die Berücksichtigung der nichtübertragbaren Krankheiten in den Zielvorgaben für „Gesundheit 2020“ führte zu neuen Impulsen in der Arbeit für Prävention und Bekämpfung (7).

8. 2015 nahmen die Vereinten Nationen ein neues Mandat an, die Agenda 2030 mit ihren 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung, zu denen das konkrete Ziel der Sicherung gesunder Lebensweisen und Förderung des Wohlbefindens ebenso zählt wie eine Reihe von Zielvorgaben, die der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten weiteren Schwung verleihen (8).

Fortschritte und Erfolge

9. Der zentrale Zweck des Aktionsplans war ein Abbau der vorzeitigen Sterblichkeit und vermeidbaren Krankheitslast aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten durch die Konzentration auf zwei Schwerpunkte: integrierte Maßnahmen zu Risikofaktoren und den zugrunde liegenden Determinanten über die Sektoren hinweg und Stärkung der Gesundheitssysteme für die Prävention und Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten. Der Aktionsplan war in vier vorrangige Handlungsfelder, fünf vorrangige Interventionen und zwei unterstützende Interventionen unterteilt.

Trends innerhalb von vorzeitiger Mortalität und Krankheitslast

10. Zielvorgabe 1 des globalen Kontrollrahmens lautet, die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten in der Altersgruppe 30 bis 69 Jahre bis 2025 um 25% zu verringern. In der Europäischen Region der WHO gab es zwischen 1995 und 2010 einen Rückgang um 24,6% (oder fast 1,5% jährlich). Fortschreibungen bis 2025 lassen also bei ähnlichen Bedingungen einen Rückgang um

40,4% möglich erscheinen. Außerdem zeichnet sich als Trend die Konvergenz der Länder in Richtung Verbesserung ab, wobei die größten Fortschritte in Ländern mit hohen Mortalitätsraten für Männer und Frauen erzielt werden.

11. Trotz der positiven Entwicklung ist der Abstand zwischen den Ländern hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit früh an einer nichtübertragbaren Krankheit zu sterben noch so groß, dass die höchsten Raten (27%) ein Dreifaches der niedrigsten Raten (9%) betragen. Die zweifach höhere Rate unter Männern (23%) im Vergleich zu Frauen (12%) ist ein Indiz für bedeutende geschlechtsbezogene Unterschiede. Zwar leben Frauen in der Europäischen Region im Durchschnitt acht Jahre länger als Männer, jedoch verbringen sie einen größeren Anteil ihres Lebens bei schlechter Gesundheit. Dies macht örtlich angepasste Maßnahmen erforderlich, deren Fokus auf die vulnerablen Gruppen gerichtet sein sollte.

12. Die Priorität der Maßnahmen richtet sich nach der relativen Bedeutung der Ursachen nichtübertragbarer Krankheiten. Heute sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem Anteil von 50% noch immer die wichtigste Ursache vorzeitiger und vermeidbarer Sterblichkeit, gefolgt von Krebs (43%), Atemwegserkrankungen (6%) und Diabetes (6%). Es gibt ein Ost-West-Gefälle mit höheren Raten der Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Osten und niedrigeren Raten im Westen, wo sie ungefähr auf dem Niveau der Krebs-Raten liegen. Die unterschiedlichen Zahlen für Todesursachen legen den Schluss nahe, dass manche Länder durch die Überwindung einer Krisenlage die Chance zu schnellen Verbesserungen besitzen, während für andere das Absenken der Mortalitätsrate für Herz-Kreislauf-Erkrankungen schwieriger ist.

13. Ähnlich wie bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ändert sich auch das Gesamtbild für Krebs hinsichtlich der Art von Erkrankungen und die Risikofaktoren. Lungenkrebs ist unter Männern immer noch die führende Todesursache, nimmt jedoch, anders als unter Frauen, in den meisten Ländern mit der fallenden Prävalenz des Rauchens an Bedeutung ab. Die Mortalität der Frauen aufgrund von Brustkrebs, der häufigsten Krebserkrankung unter Frauen, fiel sogar noch stärker, obwohl die Inzidenz ungebrochen hoch ist. Das bedeutet, dass die Überlebensrate gestiegen ist und somit dass frühere Diagnosen sowie verbesserte Behandlungsmöglichkeiten und Krankheitsstrategien auf unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung tatsächlich etwas bewirken können.

Führungsaspekte der nichtübertragbaren Krankheiten: Strategien, Planung und Beobachtung

14. Eine besondere Herausforderung ergibt sich daraus, dass die für nichtübertragbare Krankheiten so wichtigen sozioökonomischen Determinanten in Verantwortungsbereiche außerhalb des Gesundheitswesens fallen. Zudem wurden früher unterschiedliche Krankheiten aufgrund der Struktur der Gesundheitsprogramme gesondert angegangen und werden erst in neuerer Zeit auf gemeinsame Risikofaktoren zurückgeführt.

15. 2015 gaben 45 Länder in der Europäischen Region an, über einen integrierten nationalen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu verfügen, während es 2010 nur 34 waren. Außerdem arbeiten 17 Mitgliedstaaten derzeit gemeinsam mit dem Regionalbüro an einer Aktualisierung ihre Pläne für

nichtübertragbare Krankheiten bzw. an der Vorbereitung ihrer Umsetzung. 24 Länder haben bereits nationale Zielsetzungen gemäß den VN-Verpflichtungen formuliert, doch ist hier noch weitere Arbeit erforderlich.

16. Die Mitgliedstaaten haben die Verknüpfung zwischen nichtübertragbaren Krankheiten und Entwicklung erkannt und deren Bewältigung zu einer Priorität ihrer nationalen multisektoralen Entwicklungspläne gemacht. Seit 2014 haben alle Länder, deren Entwicklungshilferahmen mit den Vereinten Nationen (UNDAF) auslief, nichtübertragbare Krankheiten in die Vereinbarungen aufgenommen, die bis 2019/2020 gelten.

Verstärkte epidemiologische Überwachung nichtübertragbarer Krankheiten

17. Epidemiologische Überwachung und Beobachtung sind eine Voraussetzung für gezieltes Handeln, die Messung von Fortschritten und Rechenschaftsablage verschiedener Politikbereiche.

18. In der globalen Befragung der Länder durch die WHO zu Kapazitäten und Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten im Jahr 2015 gaben 41 Länder in der Europäischen Region an, über statistische Systeme zu verfügen, die ihnen eine Beobachtung von vorzeitiger Sterblichkeit und Ungleichheiten nach Alter und Geschlecht, weniger oft auch nach anderen Gerechtigkeitsaspekten, ermöglichen. Die Erfassung von Sterbefällen gelingt mit über 80% relativ gut und muss nur in wenigen Ländern verbessert werden. Derzeit sind eher die Verlässlichkeit der Daten und ihre Aktualität ein Problem.

19. 49 Länder aus der Europäischen Region gaben an über ein Krebsregister zu verfügen, das der Schlüssel zur Beobachtung der Inzidenz ist, doch nur 29 dieser Register sind bevölkerungsweltweit angelegt und ihre Funktionalität reicht von einer begrenzten Aufzeichnung histologischer Befunde bis zur vollständigen Erfassung der Verläufe. Das Regionalbüro bietet fachliche Unterstützung zum Ausbau der Register, Informationssysteme und personellen Kapazitäten.

20. Um den Anforderungen an epidemiologische Überwachung zu genügen, setzt die Europäische Region neue Instrumente ein, hierunter solche mit Bezug auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (z. B. Initiative der Europäischen Region der WHO zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (COSI), Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC) und integrierte Studie zu Risikofaktoren (STEPS)), auf Risikofaktoren (z. B. weltweite Umfrage zum Rauchverhalten von Erwachsenen (GATS), Europäisches Informationssystem für Alkohol und Gesundheit verfügbar (EISAH), Datenbank für Ernährung, Adipositas und körperliche Betätigung (NOPA) und STEPS) und auf Maßnahmen der Gesundheitssysteme (STEPS, Service Availability and Readiness Assessment (SARA) und Bessere Ergebnisse im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten: Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitssysteme: Leitfaden für Länderbewertungen). STEPS und ähnliche Befragungen werden in den meisten Ländern unter Einbeziehung von Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten genutzt, was die Effizienz der Surveillance erhöht.

21. Weniger traditionelle, jedoch viel versprechende großformatige Arten der Datengewinnung werden derzeit erprobt (z. B. elektronische Gesundheitskarten, soziale Medien, digitale Spuren und mobile Informationstechnologien und Geräte) als Hilfswerkzeuge zu unterschiedlichen Bereichen der epidemiologischen Überwachung (z. B. Umsetzung und Annahme der Konzepte, Biometrie und andere Maße), für die Daten bisher nicht in großem Umfang oder nicht fast zeitgleich erhoben werden konnten.

Prioritäre Maßnahmen: Förderung gesunden Konsums zum Abbau von Risikofaktoren in der Bevölkerung

22. In der Umsetzung des Aktionsplans wurde auf die Begrenzung verbreiteter Risikofaktoren und ihrer Auswirkung auf die Bevölkerung gesetzt, insbesondere schädlicher Alkoholkonsum, Tabakkonsum, ungesunde Ernährung und Fettleibigkeit (9).

Schädlicher Alkoholkonsum

23. Nach Schätzungen der WHO sind 13,3% der Sterblichkeit in der Europäischen Region dem Alkoholkonsum zuzuschreiben, wobei die Spanne von Land zu Land von 2% bis 35% reicht. Zielvorgabe 2 des globalen Kontrollrahmens besagt, dass bis 2025 eine relative Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums um 10% erreicht werden soll.

24. Der durchschnittliche Alkoholkonsum Erwachsener wird für 2014 in Ländern der Europäischen Region mit 10,68 Litern veranschlagt, was einen Rückgang gegenüber 2010 um 3,9% bedeutet. Die Prävalenz des starken Trinkens (> 60 g) lag bei durchschnittlich 11,0% und war bei Männern mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (15,8% gegenüber 6,3%). Zunehmender Konsum unter Jugendlichen gibt auch Anlass zu Sorge: In der HBSC-Studie 2013/2014 (10) gaben zwischen 3% und 32% der 15-jährigen Jungen und zwischen 2% und 29% der Mädchen an, mindestens einmal wöchentlich Alkohol zu trinken. Nach Schätzungen der WHO betranken sich 30% der 15- bis 19-jährigen im Jahr 2010 exzessiv (11). Zusammengenommen zeigen diese Ergebnisse, dass der Absenkung des Alkoholkonsums in der Region mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte (12,13).

25. Der Europäische Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums 2012–2020 (14) enthielt konkrete Vorschläge für das Erreichen der Zielvorgabe aus dem Kontrollrahmen. Eine Konsequenz hieraus war die stärkere Regulierung des Zugangs zu Alkohol. Die Zahl der Mitgliedstaaten mit Höchstgrenze 0,5 g/l Alkohol am Steuer stieg weiter und Stichprobenkontrollen der Atemluft werden jetzt in 46 Mitgliedstaaten durchgeführt im Vergleich zu nur 27 im Jahr 2010. Verstärkt wurden auch Altersgrenzen für den Verkauf alkoholischer Getränke außer Haus und Gesetze gegen das Schwarzbrennen eingeführt.

26. Die Anzahl der Länder mit Vermarktungsregeln zur Einschränkung von Konsum und Verfügbarkeit von Alkohol sowie mit gesetzlicher Regulierung der Alkoholwerbung stieg von 42 auf 47 und auch die Zahl der Länder mit Warnhinweisvorschriften nahm zu. Mehr Länder passten ihre Besteuerung alkoholischer Getränke der Inflation an und führten nationale Bewusstseinskampagnen durch.

27. Diese Befunde unterstreichen, wie notwendig die Fortsetzung und Ausweitung der Bemühungen um eine Reduzierung des schädlichen Alkoholkonsums auf der Grundlage evidenzbasierter Interventionsstrategien auf Ebene der Bevölkerung ist.

Verringerung des Tabakkonsums

28. Die Europäische Region hat die weltweite höchste Prävalenz des Rauchens unter Erwachsenen (28%) und eine der höchsten Prävalenzraten unter Jugendlichen. Zielvorgabe 5 des Kontrollrahmens lautet, in der Altersgruppe der über 15-Jährigen eine relative Reduzierung der heutigen Prävalenz des Tabakkonsums um 30% bis zum Jahr 2025 zu erreichen.

29. Die WHO veranschlagte 2013, dass 38% aller Männer und 18% aller Frauen im Alter von über 15 Jahren in der Europäischen Region rauchten und dass der Unterschied zwischen den Geschlechtern langsam geringer wird. Nach Zukunftsprojektionen läge die Prävalenz unter Männern 2025 bei 31% und unter Frauen bei 16%, was einer relativen Verringerung von nur 22% bzw. 25% gleichkäme, so dass die Region ihre Steuerungsmaßnahmen hier ausweiten sollte.

30. Der Tabakkonsum nimmt unter Jugendlichen sogar zu und die Prävalenz liegt hier in manchen Ländern auf dem Niveau der Erwachsenen. Infolge der HBSC-Studie 2013/2014 (10) rauchten 15 Jahre alte Jungen wöchentlich weniger als früher, während gleichaltrige Mädchen ähnlich viel rauchten und die Hälfte der rauchenden Jugendlichen angab, im Alter von 13 Jahren oder darunter das erste Mal geraucht zu haben. Diese Trends ähneln denen unter Erwachsenen und zeigen, dass ein zielgerichteter Einsatz unter Mädchen erforderlich ist, um einer Zunahme der Raucherquote entgegenwirken zu können.

31. Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen (15) sind zentrale Antriebskräfte und äußerst wirksame Rechtsinstrumente gegen die Tabakepidemie. 50 Länder aus der Europäischen Region sind Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens einschließlich der Leitlinien zu seiner Umsetzung, Grundsatzoptionen und Entscheidungen. Allerdings verlief die Umsetzung des Rahmenübereinkommens weniger zufriedenstellend, denn nur 25 Länder führten Steuern zur Begrenzung des Zugangs von Tabakerzeugnissen ein, 9 verboten das Rauchen an öffentlichen Plätzen und nur 7 boten Entwöhnungsprogramme an. 2015 erneuerten die Gesundheitsminister aus der Europäischen Region ihr Bekenntnis und stellten sich hinter den Fahrplan von Maßnahmen für ein tabakfreies Leben (16).

Verringerung der Adipositas

32. Übergewicht unter Erwachsenen im Alter von über 18 Jahren ist die Ursache von ungefähr 35% aller ischämischen Herz-Erkrankungen, 55% aller Hypertonie-Erkrankungen und 80% aller Typ-2-Diabetes-Erkrankungen.

33. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas hat sich in der Europäischen Region jährlich erhöht, was das Erreichen von Zielvorgabe 7 des Kontrollrahmens gefährdet, wonach Diabetes und Adipositas Einhalt geboten werden soll. 2014 waren nach Schätzungen der WHO 59% der Erwachsenen in der Europäischen Region übergewichtig, was gegenüber 2010 einen Anstieg um 3,5% bedeutete. Generell waren

Männer 2014 eher übergewichtig als Frauen (62,6% gegenüber 54,9%), doch waren die übergewichtigen Frauen häufiger zugleich adipös. 2030 wird für die Mehrzahl der Länder eine Prävalenz von über 50% befürchtet, so dass sie stärker von Erkrankung und Behinderung sowie den damit verbundenen Belastungen für das Gesundheitssystem betroffen wären.

34. Laut der durch COSI gefundenen Trends würde ein Drittel der Kinder im Alter von 6 bis 9 Jahren übergewichtig oder adipös sein. Außerdem waren laut HBSC-Studie 2013/2014 bereits zwischen 15% und 39% der 11-jährigen Jungen und zwischen 9% und 32% der Mädchen übergewichtig oder adipös.

35. Angesichts der vielen unterschiedlichen Faktoren und Phasen im Lebensverlauf, die diesen Trends zu Grunde liegen, haben die Regierungen ihr Bekenntnis zur Bewältigung der Adipositas mit Resolution EUR/RC64/R7 erneuert und Maßnahmen gemäß dem Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015-2020) sowie durch die Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) (18) gemäß Resolution EUR/RC65/R3 auf der 64. bzw. 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa in den Jahren 2014 und 2015 eingeleitet.

36. Konkrete Grundsatzmaßnahmen aus dem Aktionsplan Nahrung und Ernährung wurden angenommen. Zum Beispiel erarbeiteten 27 Länder Regeln, die unter anderem die Vermarktung von Lebensmitteln mit hohem Gehalt an gesättigten Fettsäuren, freien Zuckern und Salz an Kinder beschränken. Außerdem haben 26 Länder Konzepte entwickelt, die den Fettgehalt der Lebensmittel durch neue Rezepturen begrenzen sollen. Andere haben klar verständliche Etiketten auf der Vorderseite der Verpackung gefördert oder strenge Standards für die Ernährungsqualität von Schulessen geschaffen.

Prioritäre Maßnahmen: Risikoabschätzung und -management für Herz, Kreislauf und Stoffwechsel sowie Krebsfrüherkennung

Grundsätze, Leitlinien und Protokolle zur Einschätzung und Handhabung nichtübertragbarer Krankheiten

37. Einige Länder der Europäischen Region haben sich bemüht Konzepte, Strategien und Pläne hinsichtlich der nichtübertragbaren Krankheiten zu entwickeln oder zu aktualisieren bzw. zu realisieren. In dieser Hinsicht stieg die Zahl der Länder mit konkreten integrierten Strategien gegen nichtübertragbare Krankheiten von 2010 bis 2015 von 34 auf 45, allerdings wurden nicht alle Pläne vollständig umgesetzt bzw. durchführbar gemacht. Einige Länder gaben an, krankheitsspezifische Konzepte entwickelt zu haben, wobei Konzepte gegen Krebs überwiegen (46 Länder), gefolgt von Diabetes (38), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (33) und abgeschlagen auf dem letzten Platz Atemwegserkrankungen (17).

38. 34 Mitgliedstaaten gaben an, über nationale evidenzbasierte Leitlinien und Protokolle zur Bewertung der Risiken durch nichtübertragbare Krankheiten sowie für verhaltensbezogene und pharmakologische Interventionen zu verfügen, die eine Voraussetzung für ein kosteneffektiveres Gesundheitswesen sind, sich allerdings in einem Drittel der Länder noch im Genehmigungsverfahren befanden. Außerdem gaben 43 Länder an, konkrete Werkzeuge für Krebs zu besitzen, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren es 38 und für Diabetes 24.

Risikoabschätzung und -management für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen

39. Die Abschätzung und Handhabung kardiometabolischer Risikofaktoren und ihre frühe klinische Aufdeckung sind entscheidend für die Begrenzung einer Gefährdung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Krebs und eine fortschreitende Verschlechterung bis hin zu Behinderung und Tod. In der Europäischen Region richteten sich die Umsetzungsbemühungen auf Früherkennung von Erkrankungen, integriertes Risikomanagement, Behandlung und Bewältigung unter Betonung des Ansatzes einer primären Gesundheitsversorgung.

40. Zielvorgabe 6 des Kontrollrahmens sieht je nach den einzelstaatlichen Gegebenheiten bis 2025 die Verringerung der Prävalenz des Bluthochdrucks um 25% oder ihre Eindämmung vor. Die Prävalenz des Bluthochdrucks ging laut Schätzungen von 2010 bis 2014 um 7% (25,1% auf 23,3%) zurück, wobei sich die Werte für Länder und Geschlechter um das Zweifache unterscheiden konnten (Spannweite 15,2% bis 31,7%). Aktuelle STEPS-Befragungen zeigen, dass 22% bis 80% der Menschen mit Bluthochdruck nicht medikamentös hiergegen behandelt werden.

41. Erhöhte Blutzuckerspiegel sind ein Risikofaktor für Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, weshalb diese ebenso wie Adipositas unter Zielvorgabe 7 des Kontrollrahmens beobachtet werden können. Die Prävalenz erhöhter Blutzuckerspiegel betrug in der Europäischen Region 2008 laut Schätzungen 9,4% und lag damit ungefähr auf Höhe des globalen Durchschnitts. Dieser Durchschnitt steht für ein Spektrum der Länder, das von 5,1% bis zu 12,2% reicht. Die durchschnittliche Prävalenz betrug unter Männern 10,2% und unter Frauen 8,7% und dieses Muster wiederholt sich auch auf Ebene der Länder.

42. Das gleichzeitige Vorhandensein solcher biologischen oder sonstigen Risikofaktoren erhöht das Risiko eines Herz-Kreislauf-Ereignisses auf synergetische Weise. Diese Erkenntnis führte zur Entwicklung und Anwendung von Hochrisikotabellen, die regionale und nationale Unterschiede in der Belastung und kulturelle sowie sozioökonomische Hintergründe berücksichtigen. Derzeit leistet die WHO Beiträge zur Entwicklung solcher länderspezifischer Tabellen und ihrer Anwendung in den Mitgliedstaaten.

43. Zielvorgabe 8 des Kontrollrahmens besagt, dass mindestens 50% der in Frage kommenden Personen durch Arzneimitteltherapie sowie Beratung vor Herzinfarkten und Schlaganfällen bewahrt werden sollen. Die STEPS-Befragungen ergaben, dass ungefähr jede fünfte Person im Alter von 40 bis 64 Jahren stark gefährdet war. Allerdings erhielten mindestens 50% von ihnen eine Arzneimitteltherapie oder Beratung, was die Nützlichkeit der Risikobewertung und einer gezielten bedarfsgerechten Intervention zeigt.

44. Zur weiteren Verbesserung der Gesamtsteuerung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen hat die WHO ein Paket essenzieller Maßnahmen (PEN) zusammengestellt, deren Fokus auf der Handhabung nichtübertragbarer Krankheiten einschließlich ihrer Beobachtung und Bewertung liegt. Ausgehend von einer Situationsanalyse und der Benennung von Problemen und prioritären Maßnahmen richtet sich die Umsetzung einiger Länder der

Region derzeit auf eine Verbesserung des Zugangs zu Diagnose und Therapie in der primären Gesundheitsversorgung und deren effizientere Handhabung.

45. Die Krebsmortalität geht in der Europäischen Region langsamer zurück, als die Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Allerdings wurden in vielen Ländern neue Fälle erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit diagnostiziert, so dass die Früherkennung hier versagt hat. 2015 erklärten 40 Länder in der CCS-Befragung, über Programme zur Früherkennung und Behandlung von Krebs und sowie zur Versorgung der Erkrankten zu verfügen; 40 gaben unentbehrliche Arzneimittel auf Ebene der primären Gesundheitsversorgung aus (z. B. oral verabreichte Morphiate) und 34 verfügen über eine gemeindenahere Versorgung der Menschen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung. Außerdem gaben 47 Länder an, Vorsorgeuntersuchungen für Brust- und Gebärmutterhalskrebs anzubieten, 37 auch für Kolonkrebs, von denen aber höchstens zwei Drittel bevölkerungsweit angeboten wurden.

46. Unter Zielvorgabe 9 des Kontrollrahmens wird die Verfügbarkeit bezahlbarer grundlegender Technologien und unentbehrlicher Arzneimittel, hierunter auch Generika, zur Behandlung von mindestens 80% der wichtigen nichtübertragbaren Krankheiten angestrebt. Neben der Krebsvorsorgeuntersuchung ist auch die Impfung gegen Hepatitis B als Prävention gegen Leberkrebs in der Region stark verbreitet und erfasst in den meisten Ländern > 85% der einjährigen Kinder. Außerdem gaben 30 Länder an, Impfprogramme gegen das humane Papillomavirus als Präventionsmaßnahme gegen Gebärmutterhalskrebs anzubieten.

Gesundheitssysteme für nichtübertragbare Krankheiten rüsten

47. Dass die Gesundheitssysteme für die Bewältigung nichtübertragbarer Krankheiten und der ihnen zugrunde liegenden Determinanten durch eine bürgernahe primäre und allgemeine Gesundheitsversorgung im gesamten Lebensverlauf gerüstet werden, ist für das Erreichen der Zielvorgaben des Kontrollrahmens und der VN-Verpflichtungen ebenfalls unabdingbar.

48. Um eine allgemeine Gesundheitsversorgung und wirksamere Gesundheitssysteme zu erreichen, müssen einige Barrieren und Chancen erkannt sowie Vorschläge zu ihrer Überwindung bzw. Nutzung formuliert werden. Die WHO hat einen Prozess zur Bewertung der Länder eingeleitet, hierunter die Erstellung von Punktetabellen, welche das Aufgreifen der wichtigsten Hindernisse und das Erstellen einer Liste der länderspezifischen Prioritäten ebenso ermöglicht wie konkrete Verbesserungsvorschläge. Bis heute haben 14 Länder aus unterschiedlichen Teilen der Europäischen Region solche Bewertungen durchgeführt und daraus konkrete und innovative Konzepte gewonnen.

Unterstützende Interventionen

Umwelt und Umfeld verbessern

49. Umweltbelastungen und Belastungen am Arbeitsplatz sind für einen beträchtlichen Teil der nichtübertragbaren Krankheiten verantwortlich. Die Berücksichtigung der sozioökonomischen Umfeldler und Settings, in denen Personen

aufwachsen, spielen, leben und altern, fördert gemeinsame Lösungsansätze in Bezug auf Risikofaktoren und Determinanten.

50. Zielvorgabe 3 des Kontrollrahmens bezweckt eine Verringerung der Prävalenz des Bewegungsmangels bis 2025 um mindestens 10%. Nach Schätzungen litten 2010 in der Europäischen Region zwischen 10,1% und 38,6% der Männer und 11,7% bis 47,2% der Frauen an Bewegungsmangel. Auch unter älteren Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren herrschte Bewegungsarmut und zwar unter 65,6% bis 91,0% der Jungen und 79,6% bis 91,2% der Mädchen.

51. Durch Veränderung der räumlichen Rahmenbedingungen ist es möglich, körperliche Betätigung als Teil des täglichen Lebens im Rahmen des Arbeits- oder Schulwegs (mit dem Rad oder zu Fuß) sowie der Freizeitaktivität zu fördern. Körperliche Betätigung wird auch durch städtisches Umfeld und Verkehrspolitik beeinflusst: Die Entscheidung für Radfahren und Gehen als Mittel der Fortbewegung und Verhaltensänderungen werden durch die Schaffung einer sicheren Infrastruktur sowie zugänglicher Grünflächen für körperliche Freizeitbetätigung begünstigt. Die Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) berücksichtigt unterschiedliche konzeptionelle Prioritäten.

Herausforderungen

52. Nachstehend sind ungelöste oder neue Probleme ohne Rücksicht auf ihre Priorität aufgeführt:

- Das beständige und bedeutsame Gefälle zwischen den Ländern in Bezug auf vorzeitige Sterblichkeit, wesentliche Risikofaktoren und Determinanten und insbesondere in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter Männern erfordert größere Aufmerksamkeit und entschlosseneres Handeln. Die Bewältigung dieser Herausforderung kann den Ländern helfen, ihre Zielvorgaben für nichtübertragbare Krankheiten zu erfüllen.
- Der begrenzte Rückgang bei der Krebsmortalität und ihren wichtigsten Ursachen, veränderte Rollenmuster und unzureichende Früherkennung deuten allesamt darauf hin, dass Krebsregister sowie Früherkennung und Behandlung verbessert werden müssen.
- Mehrere Risikofaktoren verweilen auf hohem Niveau und in vielen Ländern hat sich wenig geändert, obwohl die Bedeutung der Risikofaktoren erkannt wird. Die Annahme konkreter Strategien ist erforderlich, damit die Umsetzung der „aussichtsreichsten Optionen“ (wirkungsvolle, kosteneffektive Maßnahmen zur verbesserten Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten) beschleunigt erfolgt.
- Die Verbesserung der Gesundheitssysteme, hierunter Früherkennung, Versorgung und Beobachtung der Ergebnisqualität, die unter Beteiligung unterschiedlicher Fachabteilungen der WHO angestoßen wurde, ist eine Erfolgsgeschichte, die fortgesetzt werden muss.
- Die ausgeweitete Beobachtung und epidemiologische Überwachung von nichtübertragbaren Krankheiten sowie Gesundheitssystemindikatoren ist erforderlich, um Fortschritte in konkreten Bereichen der globalen und europäischen Strategien zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten abschätzen zu können. Bisher wurde mit großem Nachdruck der Abbau vorzeitiger Sterblichkeit betrieben, doch könnten andere gesundheitliche Ergebnisse wie etwa ein Absenken der Behinderungsraten sowie ein Anheben der gesunden Lebenserwartung und des Wohlbefindens in Zukunft stärker berücksichtigt werden und in die Zielsetzungen und Fortschrittsindikatoren einfließen.

- Luftqualität und Klimawandel stehen bekanntlich als Gesundheitsdeterminanten in enger Beziehung zu den nichtübertragbaren Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen, und wirken sich stark auf die Bevölkerung aus. Luftverschmutzung betrifft Menschen in Großstädten und in der Nähe viel befahrener Straßen immer stärker. Es wird erforderlich sein, Verkehrsdichte und Luftbeschaffenheit sowie ihre Bedeutung für die Gesundheit zu beobachten. Allerdings müssen die genaue und verlässliche Erfassung chronischer Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung sowie die Bewertung und wirksame Leitung der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region der WHO auch weiter verbessert werden.

53. Angesichts unerledigter Aufgaben sowie neuer Forderungen nach Rationalisierung und ausgeweiteten Aktionen bietet der jetzt vorgeschlagene Europäische Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (2016–2025) die Chance, einige der hier genannten sowie weitere neue Themen in Angriff zu nehmen.

Quellenangaben

3. Zugewinn an Gesundheit. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/gaining-health.-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases>).
4. Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2012/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>).
5. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. New York: United Nations; 2011 (http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/).
6. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>).
7. Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2013 (A66/8; http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/).
8. United Nations General Assembly resolution A/RES/68/300. Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases. New York: United Nations; 2014 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r68_resolutions_table_en.htm&Lang=E).

9. Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“. In: Der Europäische Gesundheitsbericht 2015: Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015>).
10. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/#>).
11. Noncommunicable diseases progress monitor 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/>).
12. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/growing-up-unequal-gender-and-socioeconomic-differences-in-young-peoples-health-and-well-being.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-international-report-from-the-20132014-survey>).
13. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>).
14. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/).
15. Poznyak V, Fleischmann A, Rekke D, Rylett M, Rehm J, Gmel G. The World Health Organization's global monitoring system on alcohol and health. Alcohol Res Health. 2013; 35:244–9 (<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/244-249.htm>).
16. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>).
17. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/en/).
18. Resolution EUR/RC65/R4. Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015 – 2025). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (<http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional>).

committee-for-europe/65th-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc65r4-roadmap-of-actions-to-strengthen-the-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-20152025).

19. Resolution EUR/RC64/R7. Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (<http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/resolutions/eurrc64r7-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).
20. Resolution EUR/RC65/R3. Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016 – 2025). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (<http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc65r3-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>).

E. Abschlussbericht über die Umsetzung der Erklärung und des Aktionsplans der Europäischen Region zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien (Resolution EUR/RC61/R5)

Hintergrund und Einführung

1. Die Europäische Erklärung über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien¹ wurde auf der Hochrangigen Konferenz „Bessere Gesundheit, besseres Leben: Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen und ihre Familien“ im November 2010 in Bukarest angenommen. Die Erklärung, die auch einen Aktionsplan enthält, wurde im September 2011 mit der Resolution EUR/RC61/R5 vom Regionalkomitee gebilligt. In diesem Bericht werden die Fortschritte des Regionalbüros für Europa bei der Verwirklichung der Ziele der Erklärung durch die in der Resolution EUR/RC61/R5 genannten fünf Maßnahmen zusammengefasst.

2. Es kann davon ausgegangen werden, dass 1% bis 3% der Kinder mit einer geistigen Behinderung leben. Mindestens 300 000 Kinder in der Europäischen Region leben immer noch in segregierenden Wohneinrichtungen. Die Feststellung einer genauen Zahl der Kinder mit geistigen Behinderungen in diesen Einrichtungen ist schwierig, weil dort in der Regel auch Kinder mit anderen (körperlichen und/oder sensorischen) Arten von Behinderung sowie Kinder, die verlassen oder aus sozialen Gründen in Obhut gegeben wurden, untergebracht werden. Schätzungen zufolge weisen jedoch mindestens 80% der Kinder in solchen Einrichtungen einen gewissen Grad von Entwicklungsstörung oder geistiger Behinderung auf. Ein Langzeitaufenthalt in solchen Einrichtungen kann eine bestehende geistige Behinderung weiter verschlimmern oder bei Kindern, die anfangs nicht geistig behindert waren, zu schwerwiegenden Entwicklungsstörungen führen.

3. Die Hochrangige Konferenz war einberufen worden, um das Bewusstsein für die große Zahl von in Einrichtungen lebenden Kindern mit geistigen Behinderungen zu schärfen und den beteiligten Ländern Ziele und Maßnahmen vorzuschlagen, die in Übereinstimmung mit dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes Unabhängigkeit, Inklusion und Chancen dieser Kinder verbessern sollen.

4. In der Erklärung wurden zehn vorrangige Handlungsfelder genannt, die jungen Menschen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien ein gesundes und erfülltes Leben ermöglichen sollen, und in der Resolution EUR/RC61/R5 hervorgehoben:

- Schutz von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen vor Schaden und Misshandlung bzw. Missbrauch;
- Eröffnung der Möglichkeit für Kinder und Jugendliche, im familiären Umfeld aufzuwachsen;
- Verlagerung der Betreuung von der institutionellen auf die gemeindenahere Ebene;

¹ Dokument EUR/51298/17/6.

- Bestimmung der individuellen Bedürfnisse jedes Kindes und Jugendlichen;
- Gewährleistung der Koordination und Aufrechterhaltung qualitativ hochwertiger Angebote im Bereich der psychischen und körperlichen Gesundheit;
- Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden betreuender Angehöriger;
- Befähigung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen zur Teilnahme an sie betreffenden Entscheidungen;
- Aufbau personeller Kapazitäten und deren Motivierung;
- Zusammenstellung wesentlicher Informationen über Bedarf und Angebot und Gewährleistung der Qualität der Angebote; und
- Investition mit dem Ziel der Herstellung von Chancengleichheit und der Ergebnisoptimierung.

5. In der Resolution EUR/RC61/R5 wurde die WHO-Regionaldirektorin für Europa ersucht, „dafür Sorge zu tragen, dass die Maßnahmen und Programme, die der Erfüllung der Anforderungen der Erklärung und des Aktionsplans dienen, im Einklang mit dem Auftrag der WHO den ihnen gebührenden Vorrang und die entsprechenden Mittel erhalten, u. a. durch:

- a) Ausübung von Führungskompetenz hinsichtlich der Aufgaben und der Funktionsfähigkeit der Gesundheitssysteme im Einklang mit sämtlichen Normen und Grundsätzen auf europäischer und globaler Ebene, um den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihrer Familien gerecht zu werden,*
- b) Bereitstellung fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit dem Ziel der Qualitätsförderung in der Leistungserbringung sowie der Herstellung nachhaltiger Kapazitäten,*
- c) Unterstützung von Forschungsvorhaben, die zu ethisch begründeten und evidenzbasierten Konzepten in Politik und Praxis führen,*
- d) Überwachung des gesundheitlichen Status von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien und Bewertung der Fortschritte bei der Umsetzung dieser Erklärung und des dazugehörigen Aktionsplans,*
- e) Eingehen einer Partnerschaft mit dem UNICEF, der Europäischen Kommission und dem Europarat sowie anderen zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen in Bereichen, in denen gemeinsames Handeln die Umsetzung erleichtern kann ...“.*

6. Dieser Bericht befasst sich mit den Fortschritten des Regionalbüros für Europa bei der Verwirklichung der fünf Ziele der Resolution bis zum Jahr 2020.

Erfolge, Fortschritte und Herausforderungen

Ausübung von Führungskompetenz hinsichtlich der Aufgaben und der Funktionsfähigkeit der Gesundheitssysteme im Einklang mit sämtlichen Normen und Grundsätzen auf europäischer und globaler Ebene, um den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihrer Familien gerecht zu werden

7. In dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und im Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ wird die Gesundheit von Kindern mit geistigen Behinderungen mit mangelnder Chancengleichheit in Verbindung gebracht und als ein Querschnittsthema eingestuft, das von einem breiten Spektrum von Maßnahmen in allen Teilen staatlicher Politik beeinflusst wird. Das Regionalbüro für Europa hat in Bezug auf die Aufgaben und die Funktionsweise von Gesundheitssystemen, die für den Bedarf von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien von Belang sind, Führungskompetenz ausgeübt, indem es die Arbeiten von Programmen miteinander verknüpft hat, die zu diesem Ziel beitragen.

8. Das Dokument „In Kinder investieren: Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020)“,² das im September 2014 von der 64. Tagung des Regionalkomitees für Europa mit Resolution EUR/RC64/R6 angenommen wurde, befasst sich auch mit psychischen Störungen und Behinderungen bei jungen Menschen und legt dabei einen auf den gesamten Lebensverlauf angelegten, evidenzgeleiteten und auf Rechte gestützten Ansatz mit starken Partnerschaften und einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit zugrunde. Die Strategie ist in hohem Maße geeignet, zur Entwicklung von Konzepten beizutragen, die Kinder und Jugendliche in der Europäischen Region in die Lage versetzen, ihr Potenzial in Bezug auf Gesundheit, Entwicklung und Wohlbefinden voll auszuschöpfen.

9. Der ebenfalls mit der Resolution EUR/RC64/R6 gebilligte Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)³ spielt eine ebenso wichtige Rolle bei der Bewältigung der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen. In diesem Aktionsplan, der in Übereinstimmung mit der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgearbeitet wurde, wird darauf hingewiesen, dass bei Kindern mit einer Behinderung oder verhaltensbezogenen Problemen und bei Kindern in institutioneller Betreuung (z. B. in Waisenhäusern) die Gefahr von Misshandlungen möglicherweise erhöht ist. Die Ziele des Aktionsplans ergänzen die vorrangigen Handlungsfelder der Initiative „Bessere Gesundheit, besseres Leben“, und gemeinsame Anstrengungen im Bereich der Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans, einschließlich Überwachungsmaßnahmen, sind bereits im Gange.

10. Im Mai 2014 nahm die 67. Weltgesundheitsversammlung die Resolution WHA67.8 an, in der die Mitgliedstaaten ersucht wurden, die besonderen Bedürfnisse von Personen gebührend anzuerkennen, die von Störungen des Autismusspektrums und anderen Entwicklungsstörungen betroffen sind, und in der die WHO ersucht wurde, sich zusammen mit den Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen um ihre angemessene

² Dokument EUR/RC64/12.

³ Dokument EUR/RC64/13.

Unterstützung zu bemühen. Gemäß der Erklärung von Bukarest fällt Autismus explizit unter die geistigen Behinderungen, weil 75% der Personen mit Autismus eine geistige Behinderung aufweisen und häufig in den gleichen Einrichtungen untergebracht werden. Die Dringlichkeit von Bedarfsabschätzungen und die Bereitstellung evidenzbasierter Interventionen durch Spezialisten sind Themen, auf die sich die WHO in der nächsten Phase der Umsetzung konzentrieren wird.

Bereitstellung fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit dem Ziel der Qualitätsförderung in der Leistungserbringung sowie der Schaffung nachhaltiger Kapazitäten

11. Durch Analysen der Wirksamkeit der psychischen Gesundheitsversorgung in den Ländern hat das Regionalbüro für Europa die Ausarbeitung von Gesundheitsstrategien und die Einführung von Leistungen unterstützt. Die meisten Analysen werden im Rahmen der zweijährigen Kooperationsvereinbarungen mit den Mitgliedstaaten durchgeführt, manche auf ausdrücklichen Wunsch der Ministerien. Im Zeitraum 2012–2013 war das Programm für psychische Gesundheit an zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) mit insgesamt 24 Ländern beteiligt, in den Zeiträumen 2014–15 und 2016–2017 an 26 BCA, in denen meist um Unterstützung bei Maßnahmen zur Entinstitutionalisierung und zur Entwicklung bürgernahe Angebote ersucht wurde. Mehrere Länder (Albanien, Armenien, Bulgarien, Georgien, Kirgisistan, Republik Moldau, Rumänien, Tadschikistan, Tschechische Republik, Türkei, Turkmenistan, Ukraine und Ungarn) haben das Regionalbüro gebeten, Landesbewertungen durchzuführen und Empfehlungen abzugeben, auch zum Status von Einrichtungen.

12. In einigen Ländern wurden hierbei Fortschritte registriert. In Bulgarien, der Republik Moldau und Rumänien ist die Zahl der Plätze in Einrichtungen beträchtlich zurückgegangen. Alle Länder, die um Unterstützung gebeten hatten, befanden sich in einem Reformprozess. Es wurden eine Reihe durchgehend vorhandener Herausforderungen ermittelt. Die Verringerung der Bettenzahl bedeutet eine Verlagerung der Zuständigkeit von der nationalen auf die kommunale Ebene, die nicht immer in der Lage ist, die haushaltsmäßigen Konsequenzen zu bewältigen. Die bürgernahe Versorgung ist meist unzureichend, und das zuständige Personal nicht angemessen vorbereitet. Stigmatisierung und Diskriminierung verhindern noch immer eine umfassende Integration in die Gesellschaft.

13. In der Türkei wurde das Regionalbüro eingeladen, ein großes Projekt durchzuführen, das auf die Förderung von Personen mit Behinderungen und schwerpunktmäßig von Personen mit psychischen Behinderungen abzielt. Diese Gruppe wurde folgendermaßen definiert: Personen mit einer Kombination aus geistigen Behinderungen und langfristigen psychischen Störungen. Das von der Europäischen Kommission mitfinanzierte Projekt begann 2011, und die erste Phase wurde 2014 abgeschlossen. An diesem Projekt waren auch junge Menschen beteiligt. Durch die wirksame Zusammenarbeit zwischen Ministerien, Institutionen, Kommunalbehörden, Hochschulen, Organisationen der Vereinten Nationen, nichtstaatlichen Organisationen, der Zivilgesellschaft, Meinungsführern in der Gesellschaft und Akteuren aus der Privatwirtschaft koordinierte das Regionalbüro die Entwicklung von Angeboten für Personen mit Behinderungen. Das Projekt unterstützte die türkische Regierung erfolgreich bei der Senkung der Zahl von Institutionen sowie bei der Einrichtung von 75

Gemeindezentren und mehr als 40 „Häusern der Hoffnung“ (kleinen Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen) im ganzen Land.

Unterstützung von Forschungsvorhaben, die zu ethisch begründeten und evidenzbasierten Konzepten in Politik und Praxis führen

14. Eine Reihe von Forschungsaktivitäten wurden in Partnerschaft mit der WHO auf den Weg gebracht. 2014 schloss die Lumos-Stiftung das Projekt „Turning words into action“ ab. Dieses von der Europäischen Kommission finanzierte Pilotprojekt zielte darauf ab, Möglichkeiten zur Durchführung der Maßnahmen zu finden, die in der Europäischen Erklärung über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien genannt werden. Die Europäische Kommission stimmte der Erklärung und ihren Prioritäten uneingeschränkt zu und erkannte die Entinstitutionalisierung sowie die Rechte von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen als wesentliche Anliegen an. Das Projekt schloss Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen, ihre Eltern, politische Entscheidungsträger sowie Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Bildungswesen ein. Es wurde in Bulgarien, Serbien und der Tschechischen Republik durchgeführt. Diese Länder wurden wegen der Probleme, mit denen sie aufgrund der Zahl der in Einrichtungen untergebrachten Kinder und der signifikanten Unterschiede in Bezug auf Kultur und wirtschaftliche Entwicklung konfrontiert sind, sowie aufgrund des Umstands ausgewählt, dass vor dem Projekt keines der drei Länder über eine etablierte Struktur für eine sinnvolle Einbeziehung von Kindern mit geistigen Behinderungen in den Prozess der Politikgestaltung verfügte.

15. Das Projekt kam zu dem Schluss, dass die Einbeziehung von Kindern mit geistigen Behinderungen in die Gestaltung von sie betreffenden Konzepten und Aktivitäten von entscheidender Bedeutung ist; Gleiches gilt für das Engagement aller beteiligten Akteure mit dem Ziel, den Bedarf und die Fähigkeiten dieser Kinder zu verstehen und sich daran anzupassen. Damit partizipatorische Entscheidungsprozesse nachhaltig und in die Gesellschaften eingebettet werden, bedarf es eines stützenden Umfelds, einer Kultur der Inklusion und eines festen politischen Willens.

Überwachung des gesundheitlichen Status von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien und Bewertung der Fortschritte bei der Umsetzung dieser Erklärung und des dazugehörigen Aktionsplans

16. Im Kontext der 2015 begonnenen Bestandsaufnahme der Institutionen für Erwachsene mit psychischen Behinderungen in der Europäischen Region plant die WHO für den Zeitraum 2016–2017 eine aktuelle Bestandsaufnahme des Status von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien. Obwohl dieses Projekt auf die Zahl und die Qualität von Institutionen für Erwachsene mit geistigen Behinderungen und psychischen Langzeitstörungen ausgerichtet ist, hat es ein Netzwerk eingerichtet, das im Rahmen des ihm durch Resolution EUR/RC61/R5 übertragenen Mandats auch Informationen über Plätze in Einrichtungen für junge Menschen bereitstellen kann. Das Regionalbüro wird die für die Umsetzung des Projektes erforderlichen Mittel bereitstellen.

Eingehen einer Partnerschaft mit dem UNICEF, der Europäischen Kommission und dem Europarat sowie anderen zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen in Bereichen, in denen gemeinsames Handeln die Umsetzung erleichtern kann

17. Seit der gemeinsamen Veranstaltung der Hochrangigen Konferenz in Bukarest im Jahr 2010 besteht eine enge partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem UNICEF. Beide Seiten treffen auch regelmäßig mit Vertretern der Europäischen Kommission zusammen und beraten über den Prozess der Entinstitutionalisierung. Das Regionalbüro informiert die Europäische Kommission über den Stand in den Ländern der Europäischen Union und hat Fördermittelanträge von Mitgliedstaaten an sie unterstützt.

18. Das Regionalbüro steht auch in regelmäßigem Kontakt mit dem Europäischen Vertreter im Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen zu Fragen in Verbindung mit Rechten und Institutionen. Es hat an Tagungen des Europarates zum Thema Behinderung teilgenommen.

19. Das Regionalbüro engagiert sich weiterhin in Partnerschaften mit auf diesem Gebiet tätigen nichtstaatlichen Organisationen und Fachzentren wie der Lumos-Stiftung. Die Mental Health Foundation und das Picker Institute im Vereinigten Königreich haben Qualitätsbewertungen und Personalschulungen unterstützt. Kooperationszentren der WHO, einschließlich der Zentren in Verona und Triest in Italien, Queen Mary's in London und des Moskauer Serbsky-Instituts sowie des Bechterew-Instituts in St. Petersburg haben zur Bewertung von Einrichtungen beigetragen. Auf Tagungen des Südosteuropäischen Netzwerks wurden Fortschritte bei der Senkung der Zahl der Institutionen und die Entwicklung von Kapazitäten auf der Gemeindeebene erörtert.

20. Das Regionalbüro hat auch eine Tagung von auf diesem Gebiet tätigen europäischen Berufsverbänden einberufen und sich mit ihnen auf eine Absichtserklärung in Bezug auf gemeinsame Herausforderungen bei der Leistungserbringung und der Personalentwicklung geeinigt. Ferner wurde die Durchführung einer Untersuchung über das Gesundheitspersonal in der Europäischen Region beschlossen, bei der das Regionalbüro die Federführung übernehmen wird.

Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf

F. Fortschrittsbericht über die Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) (Resolution EUR/RC62/R6)

Hintergrund und Einführung

1. Im September 2012 nahm die 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa die Strategie und den Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) an (Dokument EUR/RC62/10 Rev.1). Darin wurden vier vorrangige Handlungsfelder, fünf vorrangige Interventionen und drei unterstützende Interventionen für die Förderung eines gesunden Alterns präsentiert, das angesichts einer rapide alternden Bevölkerung in der Europäischen Region zu einem zunehmend wichtigen Aspekt von Gesundheit und Wohlbefinden geworden ist. Der vorliegende Zwischenbericht skizziert die bei der Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans erzielten Fortschritte und wird gemäß Resolution EUR/RC62/R6 der 66. Tagung des Regionalkomitees vorgelegt.

2. Gesundes Altern ist eine abteilungsübergreifende Thematik, an der eine Reihe von Fachprogrammen innerhalb des WHO-Regionalbüros für Europa beteiligt sind. Auf der Länderebene sind grundsatzpolitische Initiativen für gesundes Altern oft bereichsübergreifender Natur und erfordern eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen staatlichen Ressorts durch den Aufbau von Partnerschaften und Bündnissen mit einem breiten Spektrum von Akteuren. In diesem Sinne steht die Arbeit zum Thema Altern und Gesundheit in der Europäischen Region im Einklang mit zentralen Aspekten der in „Gesundheit 2020“ dargelegten Zukunftsvision.

3. Angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung in allen Teilen Europas kommt dem Anliegen, ein aktives und gesundes Altern zu fördern, weiter ein hoher Stellenwert auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung der Länder der Europäischen Region zu. Seit der Annahme der Strategie und des Aktionsplans haben die meisten Mitgliedstaaten Maßnahmen zur Förderung eines gesunden und aktiven Alterns ergriffen, die entweder Gegenstand eigenständiger Konzepte oder Bestandteil weiter gefasster nationaler Strategien oder Aktionspläne sind. Dies geschah entweder durch Änderung bestehender Konzepte oder durch neue Initiativen. Zudem nehmen immer mehr Mitgliedstaaten (bisher insgesamt acht) im Rahmen einer zweijährigen Kooperationsvereinbarung die Unterstützung des Sekretariats bei der Gestaltung und Umsetzung von Politikkonzepten für gesundes Altern in Anspruch.

4. Seit 2012 gewährt das Regionalbüro einer Reihe von Mitgliedstaaten Unterstützung durch:

- Überprüfung der nationalen Ausgangslage (zum Beispiel ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien);
- Gestaltung umfassender nationaler Aktionspläne für aktives und gesundes Altern (Slowenien); und

- Entwicklung von Konzepten für konkrete Bereiche im Rahmen übergeordneter Reformen, insbesondere die Einrichtung oder Reformierung von Systemen für die Langzeitpflege (Tschechische Republik, Republik Moldau, Slowakei, Slowenien, Türkei) und die Verbesserung der Koordinierung und Integration der Versorgung älterer Menschen (Serbien).
5. Ein weiterer wichtiger Arbeitsbereich des Regionalbüros ist die Aktualisierung und Ausweitung des Rahmens der WHO samt Instrumentariums für seniorenrechtliche Umfelder, der nunmehr in den Ländern der Region allgemein auf verschiedenen Verwaltungsebenen eingesetzt wird.

Vorrangige Handlungsfelder und vorrangige Interventionen

6. Gesundes Altern im gesamten Lebensverlauf ist maßgeblich für die Verwirklichung der Ziele von „Gesundheit 2020“, da die in jüngerer Zeit erzielten Zugewinne bei der Lebenserwartung in den Mitgliedstaaten zunehmend die Folge einer besseren Gesundheit und einer sinkenden Sterblichkeit in den höchsten Altersgruppen sind, wie die Datenbank zur globalen Krankheitslast belegt (1). Strategien und Konzepte für gesundes Altern im gesamten Lebensverlauf standen daher ganz oben auf der Tagesordnung der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020, die im Oktober 2015 in Minsk (Belarus) stattfand.

7. Mehr Investitionen in gesundes Altern im gesamten Lebensverlauf sind eine unverzichtbare Voraussetzung für die Inangriffnahme der großen und wachsenden Diskrepanzen in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen, wie sie sowohl innerhalb von als auch zwischen Mitgliedstaaten auftreten. Diese Ungleichheiten werden in zwei Publikationen thematisiert:

- Bewältigung gesundheitlicher Ungleichheiten unter älteren Menschen in der Europäischen Region gemäß Abschlussbericht der Untersuchung zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO (2) sowie laufenden Arbeiten des Regionalbüros über seniorenrechtliche Umfelder; und
- ein Bericht über die Gesundheit und Lebensqualität älterer Bewohner der Region Pomurje, der als Evidenzgrundlage für die Politik in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheiten unter älteren Menschen in einer ländlichen Region Sloweniens diente.

8. Die geschlechtsspezifischen Aspekte gesunden Alterns werden auf vielfache Weise angegangen, u. a. durch Verbesserung der staatlichen Unterstützung für die Langzeitpflege, die von pflegenden Angehörigen erbracht wird, sowie durch Verbesserung von Reichweite und Qualität der Betreuung älterer Menschen mit funktionellen Einschränkungen. In beiden Gruppen sind überwiegend Frauen vertreten. Diese und andere Aspekte werden in dem Bericht mit dem Titel *Beyond the mortality advantage. Investigating women's health in Europe* (4) erörtert, den das Regionalbüro 2016 veröffentlichte.

9. In der Ausgabe Nr. 77 von *Entre nous*, dem Fachjournal der Europäischen Region für sexuelle und reproduktive Gesundheit (Titel: *Ageing and sexual health*) (4), werden verschiedenste Aspekte des Alterns und der sexuellen Gesundheit thematisiert, von

konkreten medizinischen Problemen bis hin zu allgemeinen sozialen Trends, in denen zum Ausdruck kommt, dass Sexualität und sexuelle Gesundheit einen integralen Bestandteil von Gesundheit und Wohlbefinden im Alter bilden. In mehreren Artikeln dieser Ausgabe wird untersucht, wie eine längere Lebensdauer bei höheren Altersgruppen auch mehr Gesundheit und Wohlbefinden mit sich bringen kann. Dabei werden die intimsten Aspekte gesunden Alterns, etwa Fragen der sexuellen Gesundheit, erörtert.

10. Seit 2012 werden einige zentrale gesundheitliche Aspekte der in der Strategie und dem Aktionsplan für gesundes Altern enthaltenen vorrangigen und unterstützenden Interventionen durchgängig in die neueren Aktionspläne des Regionalbüros integriert, etwa den Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit (Dokument EUR/RC63/11), den Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) (Dokument EUR/RC64/14), die Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) (EUR/RC65/9) und den Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC66/11), der der 66. Tagung des Regionalkomitees vorgelegt wird.

11. Darüber hinaus setzt sich in der Europäischen Region zunehmend die Erkenntnis durch, dass bestimmte Gruppen potenziell anfälliger älterer Menschen mehr Aufmerksamkeit erfordern. So wurden in der Erklärung von Pécs über gesundes Altern in Roma-Gemeinschaften, die im Anschluss an einen 2014 in Pécs (Ungarn) abgehaltenen zweitägigen Workshop verabschiedet wurde, Grundsatzempfehlungen zur Thematik des gesunden Alterns in der Roma-Bevölkerung abgegeben. Die Teilnehmer der Veranstaltung gelangten zu dem Schluss, dass die gesundheitlichen Ungleichgewichte zwischen den Roma und der übrigen Bevölkerung im Alter am ausgeprägtesten sind und dass daher die Frage des gesunden Alterns bei älteren Roma verstärkt erforscht und politisch thematisiert werden muss, auch um die speziellen Probleme zu mildern, die ältere Mitglieder von Roma-Gemeinschaften beim Zugang zu altersgerechten Gesundheits- und Sozialangeboten erleben.

12. In der 2014 erschienenen Publikation des Regionalbüros für Europa mit dem Titel *Gesundheit im Strafvollzug (5)* ist ein Kapitel den Erkenntnissen für die Gesundheitspolitik im Hinblick auf die Verbesserung der Lage älterer Strafgefangener gewidmet, die innerhalb der Gefängnispopulation zunehmend eine anfällige Gruppe darstellen. Dabei laufen insbesondere Demenzkranke Gefahr, nicht die ihren besonderen Bedürfnissen angemessene Betreuung zu erhalten.

13. Auch wenn Strategien zur Sturzprävention mittlerweile in die meisten nationalen Aktionspläne integriert sind und bei der Gestaltung zugänglicher städtischer Räume sowie bei Wohnungsstandards Berücksichtigung finden, so stellen sie doch weiter eine Herausforderung dar, nicht nur was förderliche Umfeld für ein gesundes Altern betrifft, sondern auch in Bezug auf das Bemühen um Verbesserung der Versorgungsqualität in Gesundheitseinrichtungen und sozialen Betreuungseinrichtungen. In Litauen fand ein Grundsatzdialog über einen umfassenden Ansatz für die Sturzprävention statt, der die Umsetzung der nationalen Strategie für gesundes Altern unterstützen soll.

14. Bei den Qualitätsstandards für die Langzeitpflege sind in einer Reihe von Ländern Fortschritte zu verzeichnen, u. a. aufgrund von kommunalpolitischen Initiativen zur

Schaffung gesundheitsförderlicher Wohnanlagen für ältere Menschen. Allerdings deutet einiges darauf hin, dass mehr getan werden kann, etwa zur Verhütung von Stürzen in Betreuungseinrichtungen oder durch bessere Anpassung des baulichen Umfelds.

15. Die Qualität der Langzeitpflege ist Gegenstand der laufenden abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit innerhalb des Regionalbüros zwischen der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf und der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit, die sich an dem Dokument „Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme: Ein Europäischer Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen“ (EUR/RC66/15) orientiert und Bestandteil der Arbeit des Regionalbüros zu bürgernahen Gesundheits- und Pflegesystemen ist.

16. Im Zuge dieser Arbeiten wurde im November 2015 in Serbien ein Patientenpfad für Demenzerkrankte entwickelt, der die Qualität und Koordinierung der Pflege und damit letztlich die Lebensqualität älterer Menschen verbessern soll. Solche Patientenpfade geben Patienten eine Route vor, die die Prävention, Bekämpfung und Bewältigung von Krankheiten veranschaulicht und Verlaufspläne für Patienten im Gesundheitswesen sowie in Verbindung mit anderen Bereichen aufzeigt.

17. In der Tschechischen Republik war die Zukunft der Langzeitpflege Thema einer Studie, in der der aktuelle Stand des Pflegewesens untersucht wurde, insbesondere die wirtschaftlichen Aspekte der Langzeitpflege. Diese Studie floss in einen nationalen Grundsatzdialog über die künftige Reform der Langzeitpflege ein. Eine erste Bestandsaufnahme, die ähnliche Grundsatzdialoge und Reformdebatten erleichtern soll, findet derzeit in der Türkei und in Slowenien statt.

18. Im Europäischen Impfkaktionsplan (2015–2020) (Dokument EUR/RC64/15) wird für einen Lebensverlaufansatz in Bezug auf Impfmaßnahmen geworben. Für die Wintersaison 2015 wurde eine gesonderte Werbe- und Sensibilisierungskampagne zur Förderung von Grippeimpfungen für ältere Menschen eingeleitet. Der Nutzen von Impfungen für ältere Menschen muss besser bekannt gemacht werden, um den rückläufigen Trend der Grippe-Infektionen der letzten Jahre umzukehren, der in den Fällen mit ausreichender Datenlage beobachtet wurde.

19. Der *Globale Lagebericht zur Gewaltprävention 2014 (6)*, der von der WHO, dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen und dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung gemeinsam veröffentlicht wurde, zeugt zusammen mit den ihn ergänzenden Länderprofilen von dem wachsenden Bewusstsein für die Misshandlung älterer Menschen in der Europäischen Region sowie dem politischen Willen, entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Die Erkenntnisse in dem Bericht stammen aus einer globalen Erhebung über Gewalt- und Verletzungsprävention, die auch ein nützliches Instrument für die künftige Beobachtung der Fortschritte in der Europäischen Region auf diesem Gebiet darstellt.

20. Die Zahl der Städte und Gemeinden, die bei ihren Aktionsplänen zur Schaffung besser unterstützender, stärker seniorengerechter Umfelder auf den Rahmen der WHO für seniorengerechte Städte und Umfelder zurückgreifen, wächst weiter. Seit 2012 erhält diese Initiative in einer Reihe von Ländern (z. B. in Finnland, Frankreich, Irland und dem Vereinigten Königreich) auch verstärkt direkte staatliche Unterstützung, sogar auf

der nationalen Ebene. Maßnahmen auf der kommunalen Ebene spielen anerkanntermaßen eine zentrale Rolle im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit Fragen der Bewegungsförderung bei älteren Menschen und die Bewältigung von Einsamkeit und sozialer Isolation.

21. Während der Phase V (2009–2013) des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region (EHCN) war die seniorengerechte Politikgestaltung eine der von den Städten am häufigsten thematisierten politischen Fragestellungen. Sie ist nach wie vor ein vorrangiges Handlungsfeld für die Städte, die hier auch in der Phase VI (2014–2018) ein Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro bekundet haben. Etwa ein Dutzend Städte arbeiten im Verbund mit dem Regionalbüro in der Arbeitsgruppe Gesundes Altern zusammen, um voneinander zu lernen und das Regionalbüro bei der Entwicklung eines für den Einsatz in anderen Städten und Gemeinden bestimmten Instrumentariums für seniorengerechte Umfelder zu unterstützen.

22. Die Thematik des gesunden Alterns kommt außerdem regelmäßig auf den jährlichen Geschäftssitzungen des EHCN zur Sprache. Das Spektrum der Themen ist breit und umfasst politische Fragestellungen, etwa soziale Teilhabe, Bewegungsförderung und seniorengerechte bauliche Umfelder, ebenso wie ebenenübergreifende Politiksteuerung, Erfolgskontrolle, Indikatoren und Schnellbewertungen von Fortschritten bei der Umsetzung.

23. Von der Zusammenarbeit des Regionalbüros mit Städten und Gemeinden in der Europäischen Region im Rahmen des EHCN und im Globalen Netzwerk seniorengerechter Städte und Gemeinden gingen wichtige Impulse für die Publikation *Seniorengerechte Umfelder in der Europäischen Region (8)* aus, die das Ergebnis eines gemeinsamen Projekts und der Kooperation zwischen dem Regionalbüro und der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration der Europäischen Kommission ist. Bei diesem gemeinsamen Projekt arbeitete das Regionalbüro von 2013 bis 2016 mit der Europäischen Kommission und anderen Partnern zusammen. Es war Bestandteil der Verpflichtung des Regionalbüros zu gemeinsamem Handeln im Rahmen der Europäischen Innovationspartnerschaft im Bereich „Aktives und gesundes Altern“.

24. Während der irischen Präsidentschaft im Rat der Europäischen Union fand im Juni 2013 in Dublin ein Gipfeltreffen zum Thema „Aktives und gesundes Altern“ statt, auf dem Wege zur Umsetzung von Konzepten zur Förderung seniorenfreundlicher Umfelder durch eine internationale Bewegung von Städten und anderen Kommunalbehörden erörtert wurde, die die Publikationen der WHO über seniorengerechte Städte zur Inspiration und Orientierung nutzen. Die Tagung mündete in der Annahme der Erklärung von Dublin über altersgerechte Städte und Gemeinden in Europa, in der die Rolle des WHO-Regionalbüros für Europa und seiner zentralen Rahmenkonzepte bei der weiteren Entwicklung der Bewegung für unterstützende Umfelder in Europa anerkannt wird.

25. Die konzeptionelle Unterstützung auf der nationalen Ebene setzte vor allem an folgenden Fragen an: Reform der Langzeitpflege; Palliativversorgung; Qualität der Gesundheits- und Pflegeangebote und Chancengleichheit beim Zugang zu ihnen; und integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen; dies sind allesamt Themen, die für das strategische Handlungsfeld 3 (personenzentrierte Gesundheits- und

Pflegesysteme für eine alternde Bevölkerung) der Strategie und des Aktionsplans für gesundes Altern von Relevanz sind. Dies wurde durch die Zusammenarbeit innerhalb des Regionalbüros zwischen der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf und der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit unterstützt.

26. In Slowenien war das Regionalbüro von Anfang an in die Debatte über die Entwicklung einer neuen, umfassenden nationalen Strategie für aktives und gesundes Altern eingebunden. Das Projekt wurde gemeinsam von der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration der Europäischen Kommission, dem Ministerium für Beschäftigung, Familie, Soziales und Chancengleichheit und dem Ministerium für Gesundheit finanziert.

27. In den letzten Jahren haben die Länder der Europäischen Region verstärkt in die Langzeitpflege investiert, und zwar sowohl durch Einführung spezieller Pflegekonzepte als auch im Rahmen der Gesundheits- und Sozialausgaben allgemein. Die Aufwendungen für die Langzeitpflege gehören zu den am schnellsten wachsenden Kategorien der Gesundheitsausgaben, und ihr Wachstum war von den Folgen der Finanzkrise von 2008 weniger stark betroffen als andere Bereiche der Gesundheitsausgaben.

28. Ebenso hat sich auch die Zahl der Maßnahmen erhöht, die eine konkrete Planung für die Verbesserung der Pflege und Integration von Demenzkranken vorsehen oder besonders darauf abstellen. Das nachdrückliche Engagement der Europäischen Region in diesem Politikbereich wurde durch die Stellungnahmen der Mitgliedstaaten auf der ersten Ministerkonferenz der WHO über ein globales Vorgehen gegen Demenz unterstrichen, die von der WHO mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums des Vereinigten Königreichs von Großbritannien und Nordirland und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) veranstaltet wurde. Das Regionalbüro wird sich an der Gemeinsamen Aktion der Europäischen Kommission zur Bekämpfung von Demenz beteiligen.

29. Der Rahmen des Regionalbüros zur Überwachung und Evaluierung seniorengerechter Umfelder in der Europäischen Region ist ein wichtiges Instrument für die Unterstützung der Kommunalbehörden beim Ausbau der Evidenzgrundlage und bei der Erhöhung der Forschungsanstrengungen im Bereich des gesunden Alterns. Er enthält eine Vielzahl an wichtigen Forschungsarbeiten und Praxiserfahrungen aus der rasch wachsenden Bewegung altersgerechter Städte und Gemeinden. Allerdings bestehen, wie aus dem *Weltbericht über Altern und Gesundheit (9)* hervorgeht, nach wie vor beträchtliche Wissensdefizite in Bezug auf die Trends und zugrunde liegenden Mechanismen für gesundes Altern und eine eigenständige Lebensführung. Diese müssen überwunden werden, um die Politikgestaltung zu unterstützen, und machen eine enge Zusammenarbeit mit Partnern wie der Europäischen Kommission, der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE), der OECD und der Weltbank erforderlich.

Ausblick auf den Zeitraum 2017–2020

30. In den kommenden vier Jahren wird ein Schwerpunkt der Arbeit darauf liegen, Fragen in Bezug auf das Gesundheitspersonal anzugehen, die sich vor dem Hintergrund

der Bevölkerungsalterung stellen, und die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen (Europäische Kommission, OECD, UNECE, UNFPA, Weltbank) zur Förderung eines gesunden Alterns (u. a. im Bereich der Indikatoren) sowie das Zusammenwirken zwischen den drei Ebenen der Organisation zu verstärken. Dies umfasst auch die Zusammenarbeit in Bezug auf den Index für aktives Altern (Active Ageing Index – AAI) der UNECE und der Europäischen Kommission sowie im Rahmen der Überwachung der Strategie der Europäischen Region zur Umsetzung des Internationalen Aktionsplans von Madrid über das Altern durch die UNECE und der diesbezüglichen Berichterstattungsrunde für das Jahr 2017.

31. Der *Weltbericht über Altern und Gesundheit (8)* und die neue *Globale Strategie samt Aktionsplan für gesundes Altern (9)*, an deren Ausarbeitung das Regionalbüro beteiligt war, werden zu einer größeren Kohärenz und Bedeutung der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten im Bereich des gesunden Alterns beitragen.

32. Im Zeitraum von 2017 bis 2020 soll die Überwachung der Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans für gesundes Altern in der Europäischen Region durch die weitere Entwicklung von Zielvorgaben und Indikatoren im globalen Maßstab und auf der Ebene der Region im Laufe des Jahres 2016 unterstützt werden. Das Augenmerk, das in der Globalen Strategie und dem Aktionsplan für gesundes Altern auf die Notwendigkeit gerichtet wird, in allen Ländern Systeme für die Langzeitpflege einzurichten, steht auch im Einklang mit den künftigen Plänen des Regionalbüros, die Arbeiten in diesem Bereich in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zu intensivieren.

Quellenangaben

1. Global Burden of Disease (GBD) [online database] Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/).
2. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (updated reprint) (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>).
3. Beyond the mortality advantage: investigating women's health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2015/beyond-the-mortality-advantage.-investigating-womens-health-in-europe>).
4. Ageing and sexual health. *Entre Nous*. 2013;77:1–31. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/entre-nous/entre-nous/ageing-and-sexual-health.-entre-nous-no.-77,-2013>).
5. Prisons and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>).

6. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (published jointly with United Nations Office on Drugs and Crime and United Nations Development Programme (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/)).
7. Age-friendly environments in Europe (AFEEEE) [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/activities/age-friendly-environments-in-europe-afee>).
8. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>).
9. Global strategy and plan of action on ageing and health (draft). Geneva: World Health Organization; 2015 (World Health Assembly document A69/17, <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>)

G. Abschlussbericht zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (Resolution EUR/RC57/R2)

Hintergrund und Einführung

1. Die Annahme der Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen (Resolution A/RES/55/2 der Generalversammlung der Vereinten Nationen) im September 2000 und die daraus abgeleitete Formulierung der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) stellten eine wesentliche Errungenschaft dar, da hiermit ein Rahmen zur Förderung einer inklusiven Entwicklung geschaffen wurde. Die Umsetzung des Rahmens erwies sich jedoch als komplex, und die dabei gewonnenen Erkenntnisse bildeten eine Grundlage für die Vorbereitung und Aushandlung der Entwicklungsagenda für die Zeit nach 2015 sowie für das letztendliche Ergebnisdokument „Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung“.

2. Seit der Annahme der MZ hat sich in der gesamten Europäischen Region der WHO die Gesundheit, ein wichtiger Teil des menschlichen Wohlbefindens, stark verbessert – allerdings nicht überall und nicht für alle. Gesundheitliche Ungleichheiten bestehen innerhalb von wie auch zwischen Ländern fort. Die rasche Zunahme von nichtübertragbaren Krankheiten, Behinderungen und psychischen Störungen sowie von umweltbedingten Gesundheitsrisiken und finanziellen Unwägbarkeiten führen zu neuen Belastungen für Gesundheits- und Sozialsysteme. Die Schwierigkeiten vieler Länder im östlichen Teil der Europäischen Region bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen MZ sind hierfür ein Beleg.

3. Um die bislang erreichten gesundheitlichen Zugewinne insgesamt aufrechtzuerhalten und das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit als eines der Grundrechte aller Menschen in allen Ländern und Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten, muss noch viel getan werden.

4. Dazu gehört es, dem noch bestehenden Handlungsbedarf aus den MZ Rechnung zu tragen, die Herausforderungen in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten, psychische Gesundheit sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit zu bewältigen und eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu verwirklichen. „Gesundheit 2020“ und die neu angenommene Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung bieten einen hervorragend geeigneten konzeptionellen Rahmen, um die Gesundheit zu verbessern, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und die Führungsarbeit und die partizipatorische Politikgestaltung zugunsten der Gesundheit in der Europäischen Region zu stärken.

5. In diesem Bericht werden die Fortschritte hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele sowie konkreter Zielvorgaben in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC57/R2) zusammengefasst.

Fortschritte und Erfolge

MZ 4: Senkung der Kindersterblichkeit

6. Ein guter Start ins Leben macht es einfacher, die Gesundheit in späteren Lebensabschnitten zu schützen und zu fördern. Daher ist die Verbesserung der Gesundheit der Kinder und der Mütter ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt des WHO-Regionalbüros für Europa, wie sich an der vor kurzem angenommenen Strategie „In Kinder investieren: Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020)“¹ ersehen lässt, die 2014 von der 64. Tagung des Regionalkomitees für Europa mit Resolution EUR/RC64/R6 angenommen wurde.

7. Diese Strategie sieht die Sammlung von Daten über ältere Kinder und Jugendliche sowie die Untersuchung der Umwelteinflüsse auf die Gesundheit von Kindern in allen Altersgruppen (einschließlich vor der Geburt) vor. Sie ist Ausdruck einer Vision, nach der Kinder einen sichtbaren Platz haben und versorgt werden, keine Armut leiden, enge Bande mit liebevollen Eltern haben, in den ersten Lebensmonaten ausschließlich gestillt werden und eine ausreichende Bildung erhalten, um sie zu funktionsfähigen Mitgliedern der Gesellschaft zu machen.

8. Auch wenn die Europäische Region beträchtliche Fortschritte bei der Senkung der Sterblichkeitsraten von Säuglingen und Kindern unter fünf Jahren erzielt hat, so bestehen doch weiter Unterschiede auf diesem Gebiet. Die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren sank in der Europäischen Region zwischen 1990 und 2015 von 32 auf (in einer Modellrechnung) geschätzte 11 Fälle pro 1000 Lebendgeburten; dies entspricht einem Rückgang von 4,2% pro Jahr (1). Insgesamt war es ein Rückgang um fast zwei Drittel, womit die für 2015 festgelegte Zielvorgabe erfüllt werden konnte. Für Säuglinge alleine sank die Sterblichkeitsrate in der Europäischen Region insgesamt zwischen 1990 und 2015 von 26 auf 10 pro 1000 Lebendgeburten (Modellierung). 2015 hatten 26 Länder in der Region die Zielvorgabe 4.A („Zwischen 1990 und 2015 die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel senken“) erfüllt.

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

10. Das Regionalbüro unterstützt den Aufbau von Kapazitäten bei politischen Entscheidungsträgern, bei den Verantwortlichen im Gesundheitswesen und bei den Leistungserbringern mit dem Ziel, eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen. Die von der WHO und ihren Partnern entwickelten evidenzbasierten Instrumente werden an die jeweiligen nationalen Rahmenbedingungen angepasst und zur Bewertung und Verbesserung der Versorgung von Kindern in Krankenhäusern und Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung herangezogen. Ferner wird eine Neufassung von Lehrplänen für Leistungserbringer unterstützt. Außerdem setzt sich die WHO gemeinsam mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen und weiteren Partnern für die Entwicklung von Instrumenten zum Kapazitätsaufbau ein, durch die Ungleichgewichte hinsichtlich MZ 4 und 5 bewältigt werden können, insbesondere auch mit Blick auf die Roma-Bevölkerung.

11. Als eine Priorität, die von der Ausrichtung des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ und des Europäischen Impfkaktionsplans (2015–2020) profitiert hat, haben Impfungen in den letzten Jahrzehnten maßgeblich zu einer bemerkenswerten Senkung der Kindersterblichkeit in der Europäischen Region beigetragen.

12. Bei der Entwicklung und Einführung neuer Impfstoffe und der Erhöhung der Reichweite der Impfprogramme mit dem Ziel, Morbidität und Mortalität zu senken, sind große Fortschritte erzielt worden. Heute werden mehr Menschen als je zuvor geimpft, und der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Impfungen weisen für alle Altersgruppen eine steigende Tendenz auf. Im letzten Jahrzehnt wurden mit Unterstützung der WHO neue und zunehmend hochentwickelte Impfstoffe verfügbar. Dazu zählen der konjugierte Pneumokokkenimpfstoff (34 Länder) sowie Impfstoffe gegen Infektionen mit dem Rotavirus (15 Länder) und dem humanen Papillomavirus (42 Länder). Dies hat signifikante Fortschritte bei der Verwirklichung des MZ 4 ermöglicht.

13. Doch trotz allgemein leistungsfähiger Impfprogramme und hoher Impfraten in den Ländern kam es in der Europäischen Region während der vergangenen vier Jahre zu mehreren Ausbrüchen impfpräventabler Krankheiten. Anfang 2016 war klar, dass das Ziel der Eliminierung der Masern und Röteln bis Ende 2015 verfehlt worden war. Doch es gibt Anzeichen für eine neue Dynamik angesichts eines erneuerten Engagements und des Umstands, dass die Mehrzahl der Länder die einheimische Übertragung beider Krankheiten unterbrochen hat.

MZ 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern

14. Für Mütter sank die Sterblichkeitsrate in der Europäischen Region insgesamt zwischen 1990 und 2015 von 44 auf 16 Fälle pro 100 000 Lebendgeburten (2). Trotz dieses Fortschritts lag die durchschnittliche Abnahme mit 4% unter den in Zielvorgabe 5.A geforderten 5,5% („Senkung der Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel im Zeitraum zwischen 1990 und 2015“). In den Ländern Zentralasiens und der Kaukasusregion fällt der jährliche Rückgang sogar noch geringer aus (3%). In den Mitgliedstaaten der Europäischen Union ist die Müttersterblichkeit weiter niedrig, doch hat eine genauere Analyse der Daten gezeigt, dass innerhalb der Länder ein Gefälle zwischen den sozialen Gruppen besteht, gegen das gezielte Interventionen entwickelt wurden.

15. In vielen Ländern fehlen verlässliche und vergleichbare Daten über die Prävalenz der Empfängnisverhütung, den ungedeckten Bedarf an Familienplanungsangeboten und die Geburtenrate von Jugendlichen (Indikatoren für Zielvorgabe 5.B). Die Anwendungsrate moderner und wirksamer Verhütungsmittel ist in vielen Ländern Osteuropas und Zentralasiens auf einem erschreckend niedrigen Stand. Die mangelnde Verbreitung von Verhütungsmitteln in Osteuropa und die verbreitete Nutzung von Methoden mit relativ hohen Misserfolgsquoten sind Gründe für konstant hohe Abtreibungsraten nach einer Phase mit starken Rückgängen Ende der 1990er und Anfang der 2000er Jahre. In manchen Ländern bestehen Barrieren für sichere Schwangerschaftsabbrüche, was bei den betroffenen Frauen eine erhöhte Morbidität und sogar Mortalität zur Folge hat.

16. Das Regionalbüro unterstützt die Einbeziehung der Reproduktionsgesundheit und der Gesundheit von Mutter und Kind in die Handlungskonzepte der nationalen Gesundheitssysteme und legt großen Wert auf einen chancengleichen Zugang zu hochwertigen Angeboten. Die Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC66/14) und der Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Auf dem Weg zur Verwirklichung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Europa – Niemanden zurücklassen (Dokument EUR/RC66/13) werden den Mitgliedstaaten auf der 66. Tagung des Regionalkomitees für Europa zur Prüfung vorgelegt.

17. Außerdem setzt sich die WHO gemeinsam mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen und weiteren Partnern für die Entwicklung von Instrumenten zum Kapazitätsaufbau ein, durch die Ungleichgewichte hinsichtlich der Verwirklichung der MZ 4 und 5 bewältigt werden können, insbesondere mit Blick auf die Roma-Bevölkerung.

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

HIV/Aids

18. 2014 wurden in der Europäischen Region mehr als 142 000 HIV-Neuinfektionen gemeldet (16,4 pro 100 000 EW), sodass die kumulative Fallzahl (Summe aller gemeldeten Fälle seit Beginn der Berichterstattung) nun bei über 1,8 Mio. liegt. Dies bedeutet gegenüber 2005, als knapp 81 000 neue Fälle diagnostiziert wurden, eine Zunahme um 76%. Dieser Trend beruht vor allem auf einem Anstieg der Fallzahlen in Osteuropa und Zentralasien, wo die Zahl der Neudiagnosen in den letzten zehn Jahren um 115% gestiegen ist. Diese Entwicklung steht in deutlichem Gegensatz zu anderen Regionen der WHO, wo die Zahl neuer HIV-Infektionen im Allgemeinen rückläufig ist. Von den 142 000 Neudiagnosen im Jahr 2014 entfielen 77% auf Osteuropa und Zentralasien.

19. 2014 wurden insgesamt 16 037 neue Fälle von Aids diagnostiziert (2,3 pro 100 000 EW), wobei in Osteuropa und Zentralasien deutlich mehr Fälle (11 890) verzeichnet wurden als in West- und Mitteleuropa (4147). Die Mehrzahl der Länder Osteuropas und Zentralasiens meldeten zwischen 2005 und 2014 einen anhaltenden Anstieg der Zahl der Aids-Neudiagnosen, der sich insgesamt auf 141% belief. In Westeuropa fiel dagegen die Zahl der neu diagnostizierten Aids-Fälle um 63%.

20. Tests durch Selbsthilfegruppen werden im westlichen Teil der Europäischen Region zunehmend akzeptiert und sind weit verbreitet, während im Osten noch Nachholbedarf besteht. Der insgesamt verzeichnete Anstieg der Zahl der getesteten Personen in der Europäischen Region geht jedoch oftmals nicht mit einer besseren Versorgung der bedürftigsten Gruppen einher; so lagen die durchschnittlichen Quoten in Bezug auf HIV-Tests unter injizierenden Drogenkonsumenten, Prostituierten und Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten zwischen 40% und 60% – und damit weit unter der von der Europäischen Region für 2015 angestrebten Zielmarke von 90%. Darüber hinaus bleibt die verspätete Erkennung ein Problem: Der Anteil der in einem späteren Stadium diagnostizierten HIV-Infektionen betrug im Jahr 2014 48%¹.

¹ CD4-Zahl < 350 pro ml Blut zum Zeitpunkt der Diagnose.

Dies hat negative Auswirkungen auf die Behandlungswirksamkeit, die Aids-Inzidenz, die Sterblichkeit und die Weiterübertragung des HIV auf andere Menschen.

21. In der Europäischen Region haben einige Länder signifikante Fortschritte in der Bereitstellung von Therapie- und Versorgungsangeboten für Patienten mit HIV erzielt. Antiretrovirale Therapien (ART) sind im westlichen Teil der Europäischen Region weithin verfügbar – die Schätzungen hinsichtlich des Versorgungsgrades lagen im Durchschnitt bei 75% (Stand: Ende 2015) – und sind inzwischen auch in Osteuropa und Zentralasien besser zugänglich: In den fünf Jahren von 2010 bis 2015 stieg die Zahl der Patienten, die ART erhielten, um 210 000 (von 112 100 auf 321 800) bzw. 187%. Im Vergleich zu 2005, als nur 15 600 Patienten die Therapie erhielten, hat sich die Zahl verzwanzigfacht. Dennoch erhielten Ende 2015 von den schätzungsweise 1,5 Mio. Menschen, die in Osteuropa und Zentralasien mit HIV leben (diagnostiziert und nicht diagnostiziert), nur 21% ART.

22. Die Reduzierung der Zahl der Mutter-Kind-Übertragungen gehört zu den Erfolgsgeschichten der Europäischen Region im Kampf gegen die HIV/Aids-Epidemie. Diese Art der Übertragung war 2014 nur noch für weniger als 1% aller Neuinfektionen verantwortlich, und die Zahl der so infizierten Kinder fiel zwischen 2005 und 2014 um 11%, wobei 2014 74% der Fälle von Mutter-Kind-Übertragung auf den östlichen Teil der Region entfielen. Die Europäische Region hatte von allen Regionen der WHO weiterhin den höchsten Versorgungsgrad mit ART bei HIV-infizierten Schwangeren: er lag bei geschätzt 92% (76% bis 95%) in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (Stand: Ende 2014).

23. Große Fortschritte wurden auch bei der Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung des HIV und der kongenitalen Syphilis erzielt, die in der Europäischen Region als Doppelziel verfolgt wird. Bisher haben drei Länder (Armenien, Belarus und die Republik Moldau) erfolgreich die Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV bzw. kongenitaler Syphilis gemäß den globalen Kriterien der WHO validiert, und mehrere andere Länder bereiteten sich darauf vor. Die in Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Organisationen der Vereinten Nationen und anderen wichtigen Partnern im Jahr 2015 durchgeführten regionsweiten Fachkonsultationen in Astana (Kasachstan) haben zusammen mit einer Reihe von Missionen zur Bewertung der Validierungsbereitschaft die Bemühungen um die Verwirklichung und die Validierung der Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV und kongenitaler Syphilis in der gesamten Europäischen Region beschleunigt.

24. Es bleibt noch viel zu tun, um die Ausbreitung von HIV/Aids zu beenden und eine Trendwende herbeizuführen, und die Arbeit auf Ebene der Europäischen Region soll im Rahmen der Verwirklichung des Nachhaltigkeitsziels 3 (Gesundheit und Wohlbefinden) der jüngst verabschiedeten Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung weitergeführt werden. Die Mitgliedstaaten erhalten weiterhin fachliche Hilfe und Unterstützung bei der Einführung evidenzgeleiteter Handlungskonzepte zur Therapie und Prävention von HIV, insbesondere in Risikogruppen, und bei der Umsetzung von Interventionen zur Schadensminderung sowie bei Programmen zur Prävention der sexuellen Übertragung, die im Rahmen nationaler HIV-Aktionspläne angesiedelt sind. In Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und den Partnerorganisationen hat das Regionalbüro einen neuen Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO ausgearbeitet, der der 66. Tagung des Regionalkomitees für Europa

im September 2016 vorgelegt wird. Er dient als Orientierungshilfe für die grundlegende Umgestaltung der Maßnahmen des Gesundheitswesens, die für eine Trendwende in Bezug auf die HIV-Epidemie in der Europäischen Region notwendig ist, und wirbt für eine Forcierung der Maßnahmen im Bereich HIV durch Priorisierung hochwirksamer evidenzbasierter Schnellmaßnahmen. Zur erfolgreichen Durchführung des Aktionsplans ist ein energisches politisches Engagement der Mitgliedstaaten erforderlich.

Malaria

25. Die 2005 von den zehn betroffenen Ländern in der Europäischen Region unterzeichnete Erklärung von Taschkent: „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria“ (3) war ein Wendepunkt bei der Verwirklichung einer malariafreien Europäischen Region. Die Erklärung mündete in der neuen Strategie der Europäischen Region für den Zeitraum 2006–2015, die den betroffenen Ländern als Anleitung für die Reduzierung der autochthonen Malariafälle auf Null diente.

26. Die Europäische Region hat als erste Region weltweit die Unterbrechung der einheimischen Malariaübertragung erreicht. In Übereinstimmung mit dem Ziel aus der Erklärung von Taschkent, Malaria bis 2015 in der Europäischen Region zu eliminieren, sank die Zahl der einheimischen Malariafälle von 90 712 im Jahr 1995 auf 0 im Jahr 2015. Turkmenistan wurde 2010, Armenien 2011 und Kasachstan 2012 als malariafrei zertifiziert. Die Zertifizierung der Eliminierung von Malaria in Kirgisistan dürfte bis Ende 2016 abgeschlossen sein. Auch in Aserbaidschan, Georgien, Tadschikistan, der Türkei und Usbekistan wurde die autochthone Übertragung der Malaria unterbrochen.

27. Dieser Erfolg wurde durch eine Kombination aus starkem politischem Willen, einer verbesserten Entdeckung und Surveillance von Malariafällen, integrierten Strategien zur Bekämpfung von Stechmücken mit aktiver Beteiligung der Bevölkerung, einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit und einer gezielten Kommunikation mit den Risikogruppen möglich. Die Anstrengungen zur Eliminierung der Krankheit in den Ländern der Europäischen Region wurden in erheblichem Umfang von einer Reihe maßgeblicher Partner finanziert.

28. Das Rahmenkonzept der Europäischen Region zur Prävention der Wiedereinschleppung der Malaria und zur Zertifizierung ihrer Eliminierung (2014–2020) (4) wurde ausgearbeitet und veröffentlicht. Es enthält zentrale Maßnahmen für die Prävention einer Wiederkehr der Krankheit in Länder, in denen sie bereits eliminiert wurde, und nennt methodische Aspekte einer Zertifizierung von Ländern als malariafrei.

29. Auch wenn 2015 keine einheimischen Fälle gemeldet wurden, so besteht noch die Möglichkeit, dass Fälle mit langer Inkubationszeit erst 2016 auftreten.

30. Die Errungenschaft ist also noch fragil. Die aus der Vergangenheit gezogenen Lehren verdeutlichen die ständige Gefahr einer Wiedereinschleppung der Malaria und zeigen, wie dringend erforderlich es ist, den politischen Willen aufrechtzuerhalten, wachsam zu bleiben und weiter in die Stärkung der Gesundheitssysteme zu investieren, um ein etwaiges Wiederauftreten schnell eindämmen zu können.

Tuberkulose

31. Die Zielvorgabe, der Prävalenz der Tuberkulose und der mit ihr verknüpften Todesfälle Einhalt zu gebieten und eine Trendwende bei der Inzidenz zu erreichen, wurde in der Europäischen Region nur zum Teil erfüllt. 2014 lagen Inzidenz und Prävalenz der Tuberkulose nach Schätzungen bei 37 bzw. 48 Fällen pro 100 000 Einwohner (5). Die Inzidenz der Tuberkulose ist seit 2005 pro Jahr um durchschnittlich 5,2% gesunken – und damit schneller als in allen anderen WHO-Regionen. Statt der angestrebten Verringerung um 50% gegenüber dem Ausgangswert von 1990 sank die Prävalenz nur um 28,4%, ging aber gegenüber dem Wert von 2000 um mehr als die Hälfte zurück. Die Mortalität infolge von Tuberkulose betrug 2014 nach Schätzungen 3,7 Todesfälle pro 100 000 Einwohner, ein Rückgang um 20% im Vergleich zu 1990 und mehr als eine Halbierung seit 2000.

32. In den letzten fünf Jahren wurden mehr als 1 Mio. Tuberkulose-Patienten, darunter 53 000 mit einer multiresistenten Form (MDR-Tb), geheilt, und es wurden ungefähr 200 000 Fälle von MDR-Tb abgewendet und mehr als 2,6 Mio. Menschenleben gerettet (6). Trotz eines konstanten Rückgangs der Krankheitslast und bemerkenswerter Wirksamkeit der konzertierten Interventionen hat die Region die Zielvorgaben zum MZ 6 nicht vollständig erfüllt.

33. Die Belastung der Europäischen Region durch Tuberkulose ist innerhalb von wie auch zwischen den Ländern sehr uneinheitlich: von nur zwei Fällen pro 100 000 Einwohnern in einigen Mitgliedstaaten bis zu über 150 Fällen in anderen. Selbst innerhalb einzelner Länder treten große Schwankungen auf, und manche Hauptstädte und Bezirke in Westeuropa weisen Raten von über 100 Fällen pro 100 000 Einwohner auf. Die größte Last tragen die 18 Hochprävalenzländer, in denen 83% aller neuen Tuberkulosefälle, 92% aller tuberkulosebedingten Todesfälle, 88% aller mit HIV koinfizierten Tuberkulosepatienten und 99% aller MDR-Tb-Fälle auftreten.

34. 2014 wurden etwa die Hälfte der geschätzten 73 000 MDR-Tb-Fälle entdeckt. Die Prävalenz der MDR-Tb unter den neuen Tuberkulosefällen in der Europäischen Region betrug 18,4%, unter schon früher behandelten Patienten sogar 46,2%. Auch wenn die Prävalenz von HIV-Tb-Koinfektionen nicht so hoch ist wie andernorts, so ist Europa doch die einzige WHO-Region mit einer steigenden Prävalenz von HIV-Infektionen bei Tuberkulosepatienten; ihr Anteil stieg von 2,8% im Jahr 2007 auf 8,0% im Jahr 2014.

35. 2013 erreichte die Europäische Region eine allgemeine Versorgung mit Erst- und Zweitrangmedikamenten zur Behandlung der Tuberkulose. Im letzten Jahrzehnt blieb die Therapieerfolgsquote bei neuen und rückfälligen Tuberkulosepatienten jedoch durchgängig niedrig. 2014 betrug sie 76% und lag damit deutlich unter der Zielvorgabe von 85%. Die Therapiererfolgsquote bei MDR-Tb-Patienten war ebenfalls rückläufig und stieg 2014 zum ersten Mal gegenüber dem Vorjahr von 46% auf 49%.

36. Das Regionalbüro unterstützt auch weiterhin die Mitgliedstaaten fachlich bei der Beobachtung und Bewertung nationaler Interventionen sowie bei der Verbesserung des Umgangs mit Antituberkulotika, der Infektionsbekämpfung, der Labornetzwerke, der Zahl der Tb-HIV-Koinfektionen, der Überzeugungs- und Öffentlichkeitsarbeit, der Überwachung und der Gegenmaßnahmen, des klinischen Managements und der Aufzeichnung und Meldung von Fällen, der ressortübergreifenden Zusammenarbeit, der

sozialen Determinanten der Tuberkulose und der Konzepte für den allgemeinen Zugang zur Tuberkuloseversorgung im Sinne von mehr Bürgernähe, im Einklang mit „Gesundheit 2020“.

37. 2015 lief der Konsolidierte Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO aus. Um weitere Fortschritte bei der Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose allgemein und speziell der MDR-Tb sowie bei der Versorgung der betroffenen Patienten zu erzielen und die noch bestehenden Herausforderungen zu bewältigen, hat das Regionalbüro den neuen Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) ausgearbeitet. Im Einklang mit der globalen Endspielstrategie für Tuberkulose und „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden (7), wurden dem neuen Aktionsplan, der auf der 65. Tagung des Regionalkomitees im September 2015 von den Mitgliedstaaten gebilligt wurde, Erkenntnisse zugrunde gelegt, die bei der Umsetzung der sieben Handlungsfelder des Konsolidierten Aktionsplans gegen MDR-/XDR-Tb (2011–2020) gewonnen wurden.

Vernachlässigte Tropenkrankheiten

38. Die Arbeit des Regionalbüros in diesem Bereich konzentriert sich im Wesentlichen auf neu auftretende und wieder auftretende Vektorkrankheiten wie Zika-Viruskrankheit, Dengue-Fieber und Chikungunya-Fieber sowie Leishmaniose und über den Boden übertragene Helminthiasis.

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

40. Bisher wurde in der Europäischen Region noch kein Fall einer Übertragung des Zika-Virus durch Stechmücken gemeldet. Das Regionalbüro hat für die Europäische Region eine vorläufige Risikoabschätzung in Bezug auf das Zika-Virus vorgenommen, deren Fazit lautet, dass die Wahrscheinlichkeit einer lokalen Übertragung des Zika-Virus und einer nachfolgenden großflächigen Ausbreitung des Virus für die Region insgesamt zwar mäßig bis gering ist, dass es hier jedoch zwischen Ländern wie auch innerhalb von Ländern durchaus Unterschiede gibt. Mehrere Länder des Mittelmeerraums haben aufgrund der Verbreitung von Populationen von *Aedes albopictus* eine moderate Wahrscheinlichkeit einer lokalen Übertragung des Zika-Virus. Darüber hinaus gibt es auch drei geografische Gebiete mit verbreiteten Populationen von *Aedes aegypti*, die eine höhere Wahrscheinlichkeit einer lokalen Übertragung des Zika-Virus aufweisen: die Insel Madeira, die Schwarzmeerküste Georgiens und die Schwarzmeerküste der Russischen Föderation.

41. Leishmaniose ist eine vernachlässigte Krankheit, die unzureichend gemeldet wird, und die mit ihr verbundene Krankheitslast wird in den meisten Ländern der Europäischen Region unterschätzt bzw. ignoriert. Der Anteil der Inzidenz viszeraler und kutaner Leishmaniose in der Europäischen Region beträgt nach einer neuen Schätzung der WHO weniger als 2% der weltweiten Belastung. 2014 wurde der „Strategische Rahmen für die Bekämpfung der Leishmaniose in der Europäischen Region der WHO (2014–2020)“ entwickelt und veröffentlicht. Dieser Rahmen beschreibt die Zielsetzung und die Ziele für die Europäische Region, die bis 2020 verwirklicht werden sollen, sowie die empfohlenen strategischen Ansätze und vorrangigen Interventionen, mit folgenden Schwerpunkten: Programmmanagement, Fallaufdeckung und -management, epidemiologische Überwachung, Bekämpfung von Wirtstieren, integrierte Bekämpfung von Vektoren, Umweltmanagement und persönliche Schutzmaßnahmen, Epidemievorsorge und -bekämpfung, operative Forschung, Aufbau von Kapazitäten, Bürgerbeteiligung und Gesundheitserziehung, grenzüberschreitende Zusammenarbeit, ressortübergreifende Zusammenarbeit, Handeln im Rahmen von Partnerschaften sowie Beobachtung und Evaluation.

42. Die durch den Boden übertragenen Helminthen, gemeinhin als Eingeweidewürmer bezeichnet, verursachen weltweit die meisten parasitären Infektionen, wobei in erster Linie die am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen erkranken. Durch den Boden übertragene Helminthiasen (Wurmerkrankungen) äußern sich in einem breiten Spektrum von Symptomen, die die Arbeits- und Lernfähigkeit sowie die körperliche und geistige Entwicklung der Betroffenen beeinträchtigen können. Schätzungen der WHO zufolge benötigen mehr als 4 Mio. Kinder in der Europäischen Region präventive Chemotherapie (1% des globalen Bedarfs). Ein Rahmen für die Bekämpfung und Prävention durch den Boden übertragener Helminthiasen in der Europäischen Region wurde mit der Zielvorstellung entworfen, alle Kinder in der Europäischen Region vor den negativen Auswirkungen durch den Boden übertragener Helminthen zu schützen. Der Entwurf des Rahmens soll im Juli 2016 fertiggestellt und veröffentlicht werden.

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

43. 2015 hatte die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung in der Europäischen Region Zugang zu einer grundlegenden Trinkwasserversorgung (98,5%) und Abwasserentsorgung (93,1%) gemäß der Definition des Gemeinsamen Überwachungsprogramms von WHO und UNICEF für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung (8). Doch gibt es beträchtliche Gefälle in und zwischen den Ländern, zwischen städtischen und ländlichen Gebieten sowie zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Gruppen.

44. Die Europäische Region hat die Zielvorgabe in Bezug auf sanitäre Einrichtungen und Abwasserentsorgung nicht erreicht. Mehr als 62 Mio. Menschen haben noch immer keinen Zugang zu funktionierenden Toiletten und sicheren Möglichkeiten zur Entsorgung menschlicher Fäkalien. Fast 1,7 Mio. Menschen in elf Ländern verrichten ihre Notdurft im Freien: Ihre Exkremate werden auf Feldern, in Wäldern, Gebüsch, offenen Gewässern, an Stränden oder anderen öffentlichen Orten oder zusammen mit Festabfällen entsorgt. Diesen Menschen ohne Zugang zu geeigneten sanitären Einrichtungen wird es verwehrt, in einem gesunden Umfeld zu leben, und ihnen wird das Menschenrecht auf angemessene sanitäre Einrichtungen vorenthalten.

45. Die Europäische Region hat die Zielvorgabe in Bezug auf Trinkwasser erfüllt. Dennoch haben etwa 14 Mio. Menschen keinen Zugang zu einer einfachen Trinkwasserquelle, und 62 Mio. verfügen in ihrer Wohnung über keinen Trinkwasseranschluss. Mehr als 4 Mio. entnehmen weiterhin ihr Trinkwasser direkt aus Oberflächengewässern wie Flüssen, Stauseen, Kanälen, Bächen, Seen, Teichen oder Bewässerungskanälen, was mit großen Risiken für ihre Gesundheit verbunden ist.

46. Signifikante Ungleichheiten treten im Zugang zu Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung auf, wobei Landbewohner und ärmere Bevölkerungsgruppen am stärksten benachteiligt sind. Sieben von zehn Personen ohne Zugang zu einer einfachen Trinkwasserquelle leben in ländlichen Gebieten. Im Kaukasus und in Zentralasien beispielsweise leben 19% der Landbevölkerung, aber nur 2% der Stadtbewohner in Haushalten ohne Zugang zu einer einfachen Trinkwasserquelle. Noch schwerer wiegt, dass 62% der Landbevölkerung in Wohnungen ohne Wasseranschluss leben, während dies nur bei 10% der Stadtbewohner der Fall ist.

47. Daten über den Zugang zu Angeboten wie Wasserversorgung und Abwasserentsorgung können das wahre Bild in Bezug auf Qualität, Umfang, Funktionalität, Zuverlässigkeit, Kontinuität und Bezahlbarkeit verzerren bzw. verdecken. In den Ländern der Europäischen Region mit niedrigem bis mittlerem Einkommen sind laut Schätzungen täglich 10 Todesfälle aufgrund von Durchfallerkrankungen auf unzureichende Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und Hygiene zurückzuführen (9). Deshalb muss stärker darauf hingearbeitet werden, die Sicherheit und Nachhaltigkeit des Angebots rascher herbeizuführen. Beim Übergang von „einfachen“ Wasserquellen und sanitären Einrichtungen zu einer „systematisch bewirtschafteten“ Wasserver- und Abwasserentsorgung sind beträchtliche gesundheitliche Zugewinne zu erwarten. Das Regionalbüro ermutigt die Mitgliedstaaten, ihr systematisches Risikomanagement, etwa durch Wasser- und Abwassersicherheitspläne, in Theorie und Praxis auszuweiten.

48. Das Protokoll über Wasser und Gesundheit, auf das in der Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit von 2010 als das grundlegende multilaterale Politikinstrument für die Entwicklung integrierter Konzepte im Bereich Wasser, Abwasser und Gesundheit in der Europäischen Region Bezug genommen wird, wurde bislang von 26 Ländern der Europäischen Region ratifiziert, die 60% der Gesamtbevölkerung repräsentieren. Im Rahmen dieses Protokolls unterstützt das Regionalbüro zusammen mit seinen Partnern die Mitgliedstaaten bei der Festlegung nationaler politischer Zielvorgaben für die Zurückdrängung wasserbedingter Krankheiten, die Stärkung einer sicheren Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung, die Einrichtung wirksamer Überwachungssysteme und den Abbau sich hartnäckig haltender Ungleichheiten beim Zugang zur Wasserver- und Abwasserentsorgung. Die Bestimmungen und Grundsätze des Protokolls orientieren sich vollständig an den Zielen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Bezug auf Wasserver- und Abwasserentsorgung sowie Gesundheit und spielen eine entscheidende Rolle bei der „Übertragung“ und Operationalisierung globaler Verpflichtungen gemäß der Agenda 2030, insbesondere der Ziele 3 und 6, in nationale Zielvorgaben und Maßnahmen.

Quellenangaben

10. Levels & trends in child mortality: report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2015 (<http://childmortality.org/index.php?r=site/index>).
11. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>).
12. Tashkent Declaration: the move from malaria control to elimination. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/tashkent-declaration-the-move-from-malaria-control-to-elimination>).
13. Regional framework for prevention of malaria reintroduction and certification of malaria elimination 2014–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/2014/regional-framework-for-prevention-of-malaria-reintroduction-and-certification-of-malaria-elimination-20142020-2014>).
14. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2016/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-in-europe-2016>).
15. Towards the end of tuberculosis in the WHO European Region: people at the centre of care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2015/towards-the-end-of-tuberculosis-in-the-who-european-region-2015>).
16. Day 4 highlights: RC65 adopts new tuberculosis action plan and closes [e-news]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 17 September 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/news/news/2015/09/day-4-highlights-rc65-adopts-new-tuberculosis-action-plan-and-closes>).
17. United Nations Children's Fund and the World Health Organization. Progress on sanitation and drinking water – 2015 update and MDG assessment. New York: United Nations Children's Fund; 2015 (http://www.unicef.org/publications/index_82419.html).
18. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: exposures and impacts in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/preventing-diarrhoea/en/).

Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen

H. Fortschrittsbericht über die Umsetzung des Strategischen Aktionsplans der Europäischen Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen (Resolution EUR/RC61/R6)

Hintergrund und Einführung

Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region

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

- a) Stärkung der sektorübergreifenden Koordination bei der Eindämmung von Antibiotikaresistenzen auf nationaler Ebene;
- b) Stärkung der Surveillance von Antibiotikaresistenzen;
- c) Förderung von Strategien für einen vernünftigen Umgang mit Antibiotika und Stärkung der Surveillance des Antibiotikaverbrauchs;
- d) Stärkung der Infektionsbekämpfung und der Surveillance der Antibiotikaresistenzen in Gesundheitseinrichtungen;
- e) Prävention und Bekämpfung der Entstehung und Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen in Tiermedizin und Landwirtschaft;
- f) Förderung von Innovation und Forschung in Bezug auf neue Arzneimittel und Technologien; und
- g) Verbesserung von Sensibilisierung, Patientensicherheit und Partnerschaft.

2. Zur Förderung der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region werden die Mitgliedstaaten durch Resolution EUR/RC61/R6 dringend aufgefordert:

- a) den politischen Willen zur Umsetzung des Strategischen Aktionsplans sowie die dazu erforderlichen Ressourcen aufzubringen,
- b) eine umfassende Bestandsaufnahme ihrer jeweiligen nationalen Situation in Bezug auf antimikrobielle Resistenzen und Antibiotikagebrauch durchzuführen, die die Allgemeinbevölkerung, die Gesundheitseinrichtungen und die Fleischproduktion einschließt,
- c) den Aufbau nationaler Systeme für die Überwachung und Kontrolle von Antibiotikaverbrauch und Antibiotikaresistenzen zu unterstützen,
- d) sektorübergreifende und allumfassende Koordinationsmechanismen auf nationaler Ebene zu begründen und offiziell zu verankern,

- e) die Einhaltung nationaler Empfehlungen in Bezug auf Infektionsschutzmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen zu überprüfen und sicherzustellen,
- f) angesichts der Notwendigkeit der Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika und Diagnostika zur Eindämmung von Antibiotikaresistenzen die Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie, der Wissenschaft und anderen relevanten Akteuren auszubauen,
- g) 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.

Globale Anstrengungen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

4. Im Mai 2014 nahm die 67. Weltgesundheitsversammlung die Resolution WHA67.25 über antimikrobielle Resistenz (AMR) an, in der sie die Generaldirektorin darum bat, den Entwurf eines globalen Aktionsplans zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen (einschließlich Antibiotikaresistenzen) auszuarbeiten und den Entwurf durch den Exekutivrat der 68. Weltgesundheitsversammlung vorzulegen.

5. Während der Ausarbeitung des globalen Aktionsplans führte das Sekretariat intensive und ausführliche Konsultationen mit der fachlichen Beratungsgruppe für Fragen der antimikrobiellen Resistenz (STAG-AMR), mit internationalen Organisationen wie der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) und der Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) sowie mit Mitgliedstaaten und anderen maßgeblichen Akteuren. Darüber hinaus wurde die Arbeit des Sekretariats durch folgende hochrangige fachliche und politische Konferenzen unterstützt, deren Gastgeber die Niederlande, Norwegen und Schweden waren:

- a) die Bedeutung eines einheitlichen Gesundheitsansatzes (Den Haag, Niederlande, 25.–26. Juni 2014);
- b) der verantwortungsbewusste Umgang mit Antibiotika (Oslo, Norwegen, 13.–14. November 2014);
- c) die Entwicklung globaler Surveillancekapazitäten, -systeme und -standards (Stockholm, Schweden, 2.–3. Dezember 2014).

6. Aufgrund der Arbeit des Sekretariats im Bereich AMR, die alle drei Ebenen der Organisation einbezieht, konnten zwei wichtige Berichte veröffentlicht werden: Der Bericht *Antimikrobielle Resistenz: Globaler Bericht über Surveillance-Maßnahmen 2014* (April 2014) und der *Weltweite Analysebericht zur Lage in den Ländern: Reaktion auf antimikrobielle Resistenzen* (April 2015). Diese beiden Berichte ermöglichen einen Überblick über die gegenwärtig weltweit vorhandene Handlungsfähigkeit zur Bewältigung der Bedrohung durch AMR sowie über die Anforderungen, die an den globalen Aktionsplan gestellt werden.

7. Im Mai 2015 unterstützte die 68. Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA68.7 den Globalen Aktionsplan zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen (Dokument WHA68/20). Der Globale Aktionsplan zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen, der mit den Antibiotikaresistenzen auch den besorgniserregendsten Trend unter den Medikamentenresistenzen aufgreift, stellt fünf strategische Ziele auf:

- a) Schärfung des Bewusstseins für AMR und Verbesserung des Verständnisses der Thematik;
- b) Stärkung der Wissensgrundlage durch Surveillance und Forschung;
- c) Senkung der Inzidenz von Infektionen;
- d) Optimierung des Gebrauchs antimikrobieller Mittel;
- e) Sicherstellung nachhaltiger Investitionen in die Bekämpfung von AMR.

8. In dem Globalen Aktionsplan werden die Mitgliedstaaten dringend aufgefordert, bis zur 70. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2017 umfassende nationale Aktionspläne gegen antimikrobielle Resistenzen einzuführen, die im Einklang zu ihm stehen. Solche Aktionspläne sollten folgenden Grundsätzen genügen:

- a) gesamtgesellschaftliche Beteiligung, einschließlich eines einheitlichen Gesundheitsansatzes;
- b) Vorrang der Prävention;
- c) Zugang;
- d) Nachhaltigkeit;
- e) zusätzliche Zielvorgaben für die Umsetzung.

Ergriffene Maßnahmen und erzielte Fortschritte

Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

9. Obwohl er vier Jahre vorher entstand, sind die Ziele des 2011 angenommenen Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region vollkommen im Einklang mit dem Globalen Aktionsplan. Daher ebnet die fortlaufende Umsetzung des Strategischen Aktionsplans den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO bereits den Weg für die Umsetzung des Globalen Plans. Die Anstrengungen des Regionalbüros für Europa und der Partnerorganisationen gaben wichtige Impulse für Maßnahmen und Initiativen auf der globalen Ebene für die Entwicklung und Umsetzung des globalen Aktionsplans.

10. Beim Regionalbüro ist zur Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen eine enge Zusammenarbeit der Fachprogramme und ihrer jeweiligen Partner-Netzwerke erforderlich, damit bei der Umsetzung sämtlicher sieben strategischer Ziele Fortschritte erreicht werden. Um eine umfassende Unterstützung für die Mitgliedstaaten zu leisten, werden eine Reihe gemeinsamer Missionen und Workshops organisiert.

11. Vom 24. bis 27. Februar 2015 veranstaltete das Regionalbüro daher einen Workshop für mehrere Länder zum Austausch von Erfahrungen und Verfahren für einen

rationellen Gebrauch von Antibiotika und ein umsichtiges Management antimikrobieller Mittel im Krankenhauswesen, die Überwachung antimikrobieller Resistenzen und die Sensibilisierung für die Problematik. Der Workshop verzeichnete eine gute Beteiligung: insgesamt nahmen 75 Vertreter von 17 Ländern (Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Montenegro, Republik Moldau, Russische Föderation, Serbien, Tadschikistan, Türkei, Ukraine und Usbekistan), 29 Vertreter von 17 Organisationen in 10 Ländern sowie eine Reihe von Mitarbeitern und Beratern der WHO teil. Er knüpfte an zwei bereits zuvor abgehaltenen Veranstaltungen an, die 2013 in Bilthoven (Niederlande) und 2014 in Tiflis (Georgien) stattgefunden hatten.

12. Um der wachsenden Nachfrage der Mitgliedstaaten nach fachlicher Unterstützung bei der nationalen Koordinierung, Surveillance und Labordiagnostik im Bereich AMR nachzukommen, hat das Regionalbüro für Europa zusammen mit seinen Partnern im Juni und September 2015 Schulungen von Ausbildern durchgeführt, die der Vorbereitung von Experten auf künftige Aufgaben in diesen Bereichen der AMR-Problematik dienten. Diese Maßnahme erhöhte die Fähigkeit des Regionalbüros zur maßgeschneiderten Hilfe für die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen und unterstützte gleichzeitig die Einhaltung der allgemein akzeptierten Ansätze und Normen.

13. In diesem Bericht werden aktuelle Maßnahmen und Erfolge des Regionalbüros und seiner Partner bei der Umsetzung der sieben strategischen Ziele des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region sowie sein Beitrag zur Ausarbeitung und Umsetzung des globalen Aktionsplans geschildert.

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

14. Das Regionalbüro hat sich bemüht, die gegenwärtige Situation der Mitgliedstaaten bei der Bewältigung der Herausforderungen aufgrund der Problematik der antimikrobiellen Resistenz zu beurteilen und dabei alle in dem Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen genannten Bereiche zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck haben Teams aus Mitarbeitern der WHO und externen Experten aus dem Nationalen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM) in den Niederlanden und der Europäischen Gesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten (ESCMID) verschiedene Mitgliedstaaten besucht, um mit deren hierfür ernannten Ansprechpersonen und anderen maßgeblichen Akteuren aus dem Bereich der Human- und Veterinärmedizin den aktuellen Stand bei der Bekämpfung von AMR zu erörtern; dies schloss auch Besuche in Laboren und Gesundheitseinrichtungen ein.

15. Zwischen 2013 und 2016 wurde in Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine und Usbekistan jeweils eine innerstaatliche Analyse durchgeführt.

16. Durch im Rahmen von nachfolgenden Ländermissionen organisierte Treffen mit maßgeblichen Akteuren wurde das Konzept einer ressortübergreifenden Koordinierung im Bereich AMR eingeführt, und es wurden Gruppen relevanter Akteure mit der

besonderen Zielsetzung einberufen, den einheitlichen Gesundheitsansatz einzuführen und den Aufbau ressortübergreifender Koordinierungsmechanismen sowie nationaler Netze und die Schaffung nationaler Aktionspläne im Bereich AMR zu erleichtern. Um diesen Prozess voranzutreiben, hat das Hauptbüro in enger Abstimmung mit den Regionalbüros ein Paket mit unterstützenden Tools und Schablonen zusammengestellt, das auf dem zusammen mit der FAO und der OIE organisierten Workshop der Europäischen Region über die Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Aktionspläne gegen antimikrobielle Resistenz (Istanbul, 15.–17. März 2016) an sieben Mitgliedstaaten (Albanien, Belarus, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan, Usbekistan) weitergegeben wurde.

17. Bisher haben insgesamt 15 Mitgliedstaaten und Kosovo¹ einen nationalen Aktionsplan gegen AMR ausgearbeitet. Seit der Annahme des Strategischen Aktionsplans 2011 haben eine Reihe weiterer Länder, hierunter Albanien Armenien, Belarus, Georgien, Kirgisistan, Montenegro, die Republik Moldau, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, die Russische Föderation, die Türkei, Turkmenistan und Usbekistan, entweder einen ressortübergreifenden Koordinationsmechanismus aufgebaut und einen nationalen Aktionsplan ausgearbeitet oder sind dabei, dies zu tun. Das Sekretariat leistet fachliche Unterstützungsarbeit und bietet die Hilfe von Experten für die Erstellung und Weiterentwicklung nationaler Pläne und damit verbundener Steuerungsstrukturen an.

Strategisches Ziel 2: Stärkung der Surveillance von Antibiotikaresistenzen

18. Die Surveillance der Antibiotikaresistenzen wird als das Rückgrat des Strategischen Aktionsplans der Europäischen Region wie auch des globalen Aktionsplans angesehen. In zahlreichen Ländern der Europäischen Region, die nicht Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind, gibt es keine systematische Erfassung und Weitergabe von Daten über Antibiotikaresistenzen. Deshalb 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 Aufbau bzw. Ausbau ihrer nationalen AMR-Surveillance-Systeme behilflich zu sein. Diese Arbeit wird auch dem neu geschaffenen Globalen System der WHO zur epidemiologischen Überwachung antimikrobieller Resistenzen zugute kommen, das im Oktober 2015 in Kopenhagen an den Start ging und das einen standardisierten Ansatz für die Erhebung, Analyse und Weitergabe von Daten über AMR auf der globalen Ebene vorantreiben soll.

19. Das Netzwerk CAESAR umfasst jene Länder, die nicht dem beim Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) angesiedelten Europäischen Netzwerk zur Überwachung von Resistenzen gegen antimikrobielle Wirkstoffe (EARS-Net) angehören. Es wird in enger Abstimmung mit dem ECDC und unter Anwendung einer kompatiblen Methodik die innerhalb der Europäischen Union durchgeführte Surveillance-Arbeit ergänzen und somit das Bild für die Europäische Region vervollständigen. Gegenwärtig befinden sich Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, die Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Montenegro, die Republik

¹ Gebietsbezeichnung „Kosovo“ in Übereinstimmung mit Resolution 1244 (1999) des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen.

Moldau, die Russische Föderation, die Schweiz, Serbien, Tadschikistan, die Türkei, Turkmenistan, die Ukraine und Usbekistan sowie Kosovo¹ in unterschiedlichen Phasen der Entwicklung bzw. Beteiligung am Netzwerk CAESAR.

20. Seit 2013 organisieren das Sekretariat und seine Partnerorganisationen jährlich eine Tagung des Netzwerks CAESAR im Rahmen der von der ESCMID organisierten Europäischen Konferenz für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten, auf der alle nationalen Ansprechpersonen für AMR aus den an CAESAR beteiligten Ländern dazu aufgefordert werden, über aktuelle Trends im Bereich AMR sowie über die Fortschritte des Netzwerks, die Ergebnisse einer externen Qualitätssicherung sowie eine Reihe spezieller Fragen und Probleme in Verbindung mit der AMR-Surveillance zu diskutieren. 2015 unterstützte das Sekretariat Belarus, Bosnien und Herzegowina, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Montenegro, Serbien und die Türkei durch finanzielle Zuwendungen bei der Organisation nationaler Tagungen im Bereich der AMR-Surveillance mit Ziel, nationale Netzwerke auf diesem Gebiet auf- bzw. auszubauen.

21. Das Sekretariat veröffentlichte den ersten Jahresbericht des Netzwerks CAESAR anlässlich der ersten Weltantibiotikawoche (WAAW) im November 2015. Er enthielt Daten aus Belarus, der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, der Schweiz, Serbien und der Türkei. Seitdem haben auch die Russische Föderation und Kosovo¹ Daten über AMR an die Datenbank des Netzwerks CAESAR übermittelt. Der zweite Jahresbericht des CAESAR wird während der WAAW im November 2016 veröffentlicht und wird Daten über AMR von drei Jahren und eine Übersicht der Fortschritte in Ländern enthalten, die derzeit ihre Surveillance-Systeme einrichten.

22. Zur Arbeit von CAESAR zur Verbesserung der Labore zählen externe Qualitätsbewertungen (seit 2013), die Veröffentlichung eines Surveillance-Handbuchs (2015), Schulungen über Qualitätssicherung in Laboren und nationale Workshops und Tagungen zur Einrichtung nationaler AMR-Referenzlabore und zur Stärkung ihrer Tätigkeit.

23. 2015 wurden insgesamt 250 Labore in 13 an CAESAR beteiligten Ländern und Gebieten einer externen Qualitätsbewertung in Bezug auf Tests zur Prüfung der antimikrobiellen Suszeptibilität unterzogen. Im September 2015 bot das Sekretariat eine Schulung über Qualitätsmanagement im Labor für Teilnehmer aus den nationalen AMR-Referenzlaboren Armeniens, Georgiens, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistans und der Türkei an und stellte fachliche Betreuer für die weitere Unterstützung dieser Länder vor.

24. Das Sekretariat und seine Partnerorganisationen veranstalteten nationale Workshops und Tagungen in Albanien, Armenien, Belarus, Georgien, Montenegro, der Republik Moldau, Tadschikistan und Usbekistan, die sich mit dem Auf- bzw. Ausbau nationaler AMR-Referenzlabore und der Umsetzung internationaler Leitlinien für antimikrobielle Suszeptibilitätstests und Qualitätskontrollen in Laboren befassten.

25. Im April 2015 lief in Georgien ein Probelauf der Hauptstudie über Routinediagnostik im Bereich der antimikrobiellen Resistenz an. Die Hauptstudie ist daher auf die Einführung einer nachhaltigen Routineprobenahme zur Verbesserung der Patientenbehandlung (Antibiotikagebrauch) und auf die Realisierung einer nationalen AMR-Surveillance in einem Land ausgerichtet. Im November 2015 organisierte das

Sekretariat zusammen mit einer Reihe von Partnern eine länderübergreifende Tagung, um den Ländern eine Einführung in die Grundsätze der Hauptstudie zu geben und mit den Vorbereitungen auf den Start der Studie zu beginnen.

26. Das Regionalbüro und seine Partner streben weiterhin an, auch 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.

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

27. Die Arbeiten zur Konsolidierung der Datenerhebung über den Verbrauch antimikrobieller Mittel in den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region wurden fortgesetzt. Bisher haben 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 Kosovo¹ für die Jahre 2012, 2013 und 2014 Daten eingereicht. Die Analyse der Daten wird derzeit vom Sekretariat durchgeführt.

28. Das Sekretariat unterstützt das Netzwerk zur Beobachtung des antimikrobiellen Arzneimittelverbrauchs durch regelmäßige Tagungen auf Länderebene und bei Netzwerktagungen aller teilnehmenden Länder, von denen eine im November 2015 in Kopenhagen stattfand und eine weitere für September 2016 geplant ist. Die Diskussionen konzentrieren sich auf länderspezifische Faktoren, die die beobachteten Entwicklungen und Muster für den Einsatz von Antibiotika erklären könnten. Das Sekretariat unterstützt derzeit die Länder dabei, über Schätzungen des Gesamtverbrauchs an antimikrobiellen Mitteln hinaus detailliertere Analysen der Daten, aufgeschlüsselt nach Medikamentenklasse und -art sowie nach Gebrauchsszenario (falls möglich), vorzunehmen.

29. Zur Gewährleistung der langfristigen Nachhaltigkeit des Netzwerks wurde eine kleine Lenkungsgruppe aus Mitarbeitern des Regionalbüros, externen Fachleuten und im Rotationsverfahren wechselnden beteiligten Mitgliedsländern eingerichtet, die die Aktivitäten und Programmplanung für das Netzwerk leitet. Die Sicherstellung der Sichtbarkeit ist von entscheidender Bedeutung für den Weiterbestand des Netzwerks und die verstärkte Nutzung der Daten auf Länderebene. Das Sekretariat unterstützt die Veröffentlichung der Analyseergebnisse zum Gebrauch von Antibiotika in Fachzeitschriften mit kritischer Begutachtung der Beiträge durch Fachkollegen. Darüber hinaus arbeitet das Sekretariat gegenwärtig mit Ländern zusammen, um dort die Verbreitung von Workshops zu fördern, in denen die Daten zum Einsatz antimikrobieller Mittel Entscheidungsträgern und maßgeblichen Interessengruppen präsentiert werden.

30. Die Erhebung von Daten zum Gebrauch von antimikrobiellen Mitteln ist auch eine entscheidende Verpflichtung im Rahmen des Globalen Aktionsplans zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen. Die Arbeit des AMC-Netzwerks in der Europäischen Region wird bei der Erarbeitung globaler Datenerhebungsmodelle herangezogen. Das Sekretariat hat an vom Hauptbüro der WHO einberufenen Sitzungen teilgenommen, bei denen Tools zur Datenerhebung erörtert, die Ergebnisse der Tätigkeit des AMC-

Netzwerks vorgestellt und Erfahrungen mit anderen Regionalbüros der WHO über die Entwicklung nachhaltiger regionsweiter Netzwerke ausgetauscht wurden.

31. Quantitative Schätzungen zum Antibiotikverbrauch sind wichtig. Doch die Interpretation der Daten stützt sich auf länderspezifische Informationen über den Pharmamarkt und den Zugang zu Arzneimitteln. Zusätzlich sind qualitative Studien erforderlich, um zu verstehen, warum Gesundheitsfachkräfte bestimmte antimikrobielle Mittel empfehlen und wie Konsumenten und Patienten die Rolle dieser Medikamente für den Erhalt ihrer Gesundheit wahrnehmen. Das Sekretariat fördert die Zusammenarbeit zwischen Forschern der Universität Kopenhagen und einer Reihe von nationalen Anlaufstellen für das AMC-Netzwerk, die Interviewstudien zur Erlangung eines besseren Verständnisses des Einsatzes von antimikrobiellen Mitteln durch Ärzte, Apotheker und Patienten nutzen. Diese Arbeit wird voraussichtlich auf andere am Netzwerk beteiligte Länder ausgedehnt werden.

32. Das Sekretariat unterstützt weiterhin die Länder bei Aktivitäten zur Förderung eines verantwortungsvollen Einsatzes antimikrobieller Mittel. Die im Rahmen der Aktivitäten des AMC-Netzwerks gewonnene Evidenz und eine Reihe weiterer Studien untermauern die Arbeit zur Entwicklung von Interventionen zur Verbesserung des verantwortungsvollen Gebrauchs dieser Mittel.

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

33. Eines der Leitprinzipien des Globalen Aktionsplans ist „Vorrang der Prävention“. Der Einsatz von Antibiotika dient häufig dazu, Mängel in Infektionsschutz und -bekämpfung zu kaschieren. Die Ländersituationsanalyse in der Europäischen Region hat gezeigt, dass eine alarmierende Notwendigkeit zur Umsetzung der Prinzipien von Infektionsschutz und -bekämpfung in Gesundheitseinrichtungen besteht. 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. Ferner beteiligt es sich an länderübergreifenden wie auch speziell auf einzelne Länder zugeschnittenen Folgemaßnahmen.

34. 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. Bei den im Juli 2014 in Tiflis, im Februar 2015 in Kopenhagen und im Oktober 2015 in Istanbul abgehaltenen Workshops der Europäischen Region wurden auch einführende Schulungsmodule zum verantwortungsbewussten Antibiotikagebrauch und zur guten klinischen Praxis für behandelnde Ärzte angeboten.

35. Das Sekretariat unterstützte 50 Ärzte aus der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien dabei, sich einen (von der University of Stanford in den USA entwickelten) Open-Source-Online-Kurs für die Optimierung der Antibiotikapraxis als medizinische Fortbildung anerkennen zu lassen. Es folgte eine Tagung an der medizinischen Universität in Skopje, auf der Vertreter des Sekretariats in Begleitung eines externen Experten für Antibiotikagebrauch der Präsentation der Ergebnisse des Online-Kurses

beiwohnten. Das Kursformat befindet sich derzeit auf dem Prüfstand im Hinblick auf die Entwicklung gezielter Schulungsmaterialien, von denen 2016 weitere Mitgliedstaaten profitieren könnten.

36. Auf Ersuchen des Staatlichen Amtes für Gesundheit in Estland um Verbesserung der Krankenhauskapazitäten bei hochinfektiösen Erkrankungen, einschließlich aufgrund multiresistenter Bakterien, führte das Sekretariat im April 2016 eine Simulationsplanübung durch. Darin wurden die gegenwärtigen Praktiken untersucht und vorbildliche Praktiken sowie Möglichkeiten für Verbesserungen ermittelt. Die Ergebnisse fließen in die Entwicklung von Strategien auf Krankenhausebene wie auch landesweit mit dem Ziel einer Reduzierung von in Gesundheitseinrichtungen erworbenen Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen ein.

37. Da das Regionalbüro nicht über ein spezielles Programm für Infektionsschutz und -bekämpfung verfügt, erfolgt ein Großteil der Unterstützung in enger Kooperation mit dem Hauptbüro und mit Experten des Global Infection Prevention and Control Network. Angesichts der hohen Nachfrage aus Mitgliedstaaten nach fachlicher Unterstützung sollte jedoch die Fähigkeit zur Deckung dieses Bedarfs auch im Regionalbüro verstärkt werden.

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

38. Das Sekretariat wirbt weiter dafür, AMR einschließlich ihrer Bedeutung für die Lebensmittelsicherheit auf der Grundlage eines einheitlichen Gesundheitsansatzes zu bekämpfen, und führt sowohl auf Ebene der Europäischen Region als auch in den Ländern entsprechende Maßnahmen durch.

39. Im Juli 2015 fand in Albanien eine fünftägige Schulung mit Schwerpunkt auf der Labordiagnostik von *Salmonella* und *Campylobacter* sowie der damit verbundenen AMR statt. An der von der Beratungsgruppe der WHO für die integrierte Surveillance antimikrobieller Resistenzen (AGISAR) finanzierten Veranstaltung nahmen Vertreter aus den Bereichen Gesundheit, Veterinärwesen und Landwirtschaft teil.

40. Im November 2015 wurde in Usbekistan eine fünftägige praktische Labor- und Epidemiologieschulung durchgeführt, um in den zentralasiatischen Republiken AMR-Kapazitäten unter dem Aspekt der Lebensmittelsicherheit aufzubauen. Der Schwerpunkt lag auf der koordinierten Surveillance von AMR in den durch Lebensmittel übertragenen Erregern *Salmonella* und *Campylobacter*. Im Mittelpunkt standen die ressortübergreifende Kooperation und der Informationsaustausch im Einklang mit „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden. An dieser Schulung nahmen rund 40 nationale Fachkräfte Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan teil; dabei handelte es sich sowohl um Mikrobiologen als auch um Epidemiologen aus den Bereichen öffentliche Gesundheit, Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen.

41. Von Januar bis Mai 2015 wurden in Usbekistan und von Oktober 2015 bis Februar 2016 in Albanien Studien zum Auftreten von *Salmonella* und *Campylobacter* bei Menschen und Geflügel und zu deren AMR durchgeführt. Die Ergebnisse der Studien entsprachen denjenigen von EU-Ländern und bestätigten, dass die Nahrungskette von Geflügel für die Übertragung resistenter *Salmonella* und *Campylobacter* auf Menschen in

Albanien und Usbekistan eine wichtige Rolle spielt und dass der Einsatz von Antibiotika in der Geflügelproduktion sich auf die Resistenzmuster auswirkt.

42. Die Ergebnisse der genannten Studien in Usbekistan und Albanien wurden auf ressortübergreifenden Workshops zum Thema Lebensmittelsicherheit/Einheitlicher Gesundheitsansatz vorgestellt. Im Mai 2015 wurde mit Unterstützung der WHO und der FAO ein nationaler Workshop in Taschkent (Usbekistan) durchgeführt. Im April 2016 fand in Tirana ein Workshop für Albanien und Kosovo¹ statt. Beide Workshops wurden von hochrangigen Vertretern der zuständigen Gesundheits- und Landwirtschaftsministerien eröffnet. Insgesamt nahmen rund 40 Fachkräfte aus den Bereichen öffentliche Gesundheit, Veterinärwesen und Landwirtschaft daran teil.

43. In Ankara, Türkei, (Mai 2015) und in Kiew, Ukraine, (Oktober 2015) wurden zweitägige ressortübergreifende Workshops zum Thema Lebensmittelsicherheit durchgeführt, bei denen eine Sitzung dem Thema AMR aus Sicht eines einheitlichen Gesundheitsansatzes gewidmet war. An den Veranstaltungen, in deren Verlauf sich lebhafte Diskussionen und aktives Engagement entwickelten, nahmen 50 bis 100 nationale Fachkräfte aus den Bereichen öffentliche Gesundheit, Veterinärwesen und Landwirtschaft teil. Der Workshop in der Türkei wurde gemeinsam mit der FAO veranstaltet und von hochrangigen Vertretern des Gesundheitsministeriums, des Ministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Viehzucht sowie der Universität Hacettepe eröffnet. Auch die Codex-Alimentarius-Kommission, das ECDC und die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) trugen zu der Veranstaltung bei. Der Workshop in Kiew wurde vom ukrainischen Gesundheitsminister eröffnet.

44. Das Sekretariat verfolgt aufmerksam das Projekt der EU-Kommission mit dem Titel „Europäische Surveillance des Antibiotikaverbrauchs in der Tiermedizin“, das von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) im Namen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union koordiniert wird. Das Regionalbüro beabsichtigt, die EMA bei der Durchführung ähnlicher Untersuchungen in Ländern, die nicht der Europäischen Union angehören, zu unterstützen.

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

45. Das Sekretariat ist Mitglied des Beirats der Gemeinsamen Programmplanungsinitiative für antimikrobielle Resistenzen, die im April 2014 mit der Umsetzung ihrer strategischen Forschungsagenda begonnen hat.

46. Das Sekretariat verfolgt fortlaufend die Entwicklung neuer Diagnoseverfahren und die Forschung in Bezug auf neue Arzneimittel. Die Regionaldirektorin für Europa ist Mitglied der Jury zur Vergabe des Horizon-Preises für einen sinnvolleren Umgang mit Antibiotika. Der Preis wird vergeben für einen Schnelltest zur Identifizierung von Patienten mit Infektionen der oberen Atemwege am Ort der Versorgung, die ohne Antibiotika sicher behandelt werden können.

47. 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 Bewusstsein, Patientensicherheit und Partnerschaft

48. Seit 2012 arbeitet das Regionalbüro mit dem ECDC und der Europäischen Kommission bei der Gestaltung des Europäischen Antibiotikages (EAAD) zusammen. Das Sekretariat hat die Beteiligung einer höheren Zahl von Ländern erreicht, indem es aktiv für den EAAD geworben und entsprechendes Werbematerial erstellt und verbreitet hat. 2014 beteiligten sich aus der Europäischen Region insgesamt 44 Länder am EAAD.

49. Im November 2015 fand zum ersten Mal die Weltantibiotikawoche (WAAW) statt. Die unter der Federführung der WHO durchgeführte Kampagne erregte weltweit viel Aufmerksamkeit und konnte Millionen von Menschen erreichen. In der Europäischen Region konnte die WAAW auf dem Erfolg des EAAD sowie auf der langjährigen Kooperation zwischen dem ECDC und dem Regionalbüro aufbauen. 2015 beteiligten sich noch mehr Länder aus der Europäischen Region an der WAAW bzw. am EAAD, und das Regionalbüro konnte die Kampagnen in Armenien, Bulgarien, der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, Estland, Georgien, Kasachstan, Litauen, Montenegro, Polen, der Russischen Föderation, Serbien, der Slowakei, Tadschikistan, der Tschechischen Republik, Turkmenistan, der Türkei und Usbekistan finanziell unterstützen.

50. Zur Vorbereitung auf die WAAW wurde eine weltweite Untersuchung durchgeführt, bei der die Europäische Region durch die Russische Föderation und Serbien vertreten wurde. Die Untersuchung zeigte wesentliche Lücken im Verständnis der AMR-Problematik auf, aber auch falsche Vorstellungen davon, wann und wie Antibiotika eingesetzt werden sollen. Dies verdeutlicht die nach wie vor bestehende Notwendigkeit, in der Öffentlichkeit wie auch in der Politik, in der Fachwelt und bei den Herstellern das nötige Bewusstsein zu schaffen.

51. Es wird allgemein anerkannt, dass Wissen allein nicht ausreicht, um Verhaltensänderungen herbeizuführen. Nach dem Erfolg der Publikation mit dem Titel *Ratgeber für maßgeschneiderte Impfprogramme*² 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 jene Zielgruppen bestimmen können, die wesentliche Beiträge zu Fragen der AMR leisten, und mit denen sie gezielte Strategien zur Herbeiführung von Verhaltensänderungen (umsichtiger Antibiotikagebrauch, wirksame Maßnahmen in Infektionsschutz und -bekämpfung) ausarbeiten können. Das Sekretariat plant die Erprobung des Ratgebers im Rahmen eines Pilotversuchs in Schweden und im Vereinigten Königreich und beabsichtigt, den Ratgeber Ende 2016 zu veröffentlichen.

= = =

² 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/en/health-topics/health-determinants/roma-health/publications/2013/guide-to-tailoring-immunization-programmes>).