



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

EUR/RC67/8

67. Tagung

Budapest, 11.–14. September 2017

5. September 2017

170637

Punkt 5 h) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Fortschrittsberichte

Das vorliegende Dokument enthält die Fortschrittsberichte zu folgenden Themen:

- A. Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) (Resolution EUR/RC61/R4);
- B. Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020) (Resolution EUR/RC64/R7);
- C. Umsetzung des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit (Resolution EUR/RC63/R10); und
- D. Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC59/R5).

Inhalt

	Seite
A. Fortschritte bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) (Resolution EUR/RC61/R4).....	3
Notwendigkeit verstärkter Maßnahmen in der Europäischen Region	3
Entwicklungen im Bereich der Alkoholpolitik – die zehn Handlungsfelder	4
Wesentliche Entwicklungen in der Alkoholpolitik.....	7
Rolle des Regionalbüros	7
Anhang A1: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenen nach Land in der Europäischen Region der WHO	10
Anhang A2: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenen nach Land in der Europäischen Region der WHO (1990 bis 2016) ^a	12
B. Fortschritte bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020) (Resolution EUR/RC64/R7)	17
Einführung und Hintergrund.....	17
Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020)	18
Kooperationszentren	24
Schlussfolgerung und Ausblick	24
C. Fortschrittsbericht zur Umsetzung des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit (Resolution EUR/RC63/R10)	25
Einführung und Hintergrund.....	25
Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit	26
Kooperationszentren	34
Fazit und Ausblick	34
Anhang: Übersicht der Daten aus dem WHO-Atlas für psychische Gesundheit 2014 für Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region	36
D. Abschlussbericht über die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC59/R5).....	37
Einführung und Hintergrund.....	37
Anwendung der IVG in der Europäischen Region	38
Umsetzung der IGV in der Europäischen Region	39
Befolgung der IGV in der Europäischen Region.....	41
Schlussfolgerungen	41

Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten

A. Fortschritte bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) (Resolution EUR/RC61/R4)

Notwendigkeit verstärkter Maßnahmen in der Europäischen Region

1. Mit der im Jahr 2011 angenommenen Resolution EUR/RC61/R4 ersuchte die 61. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa die Mitgliedstaaten¹, den Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) (Dokument EUR/RC61/13) als Ausgangspunkt für die Formulierung bzw. Neuformulierung nationaler Konzepte und Aktionspläne zur Bekämpfung des schädlichen Alkoholkonsums zu nutzen. Außerdem wurde die Regionaldirektorin gebeten, den Mitgliedstaaten und Organisationen bei der Vorbereitung und Umsetzung nationaler Konzepte zur Prävention und Verringerung der durch Alkoholkonsum entstehenden Schäden behilflich zu sein, Fortschritte, Auswirkungen und Umsetzung des Aktionsplans zu verfolgen und das Informationssystem der Europäischen Region für Alkohol und Gesundheit mit den erhobenen Daten zu aktualisieren.

2. Europa hat von den sechs Regionen der WHO den höchsten Alkoholkonsum unter Erwachsenen. 2016 lag der durchschnittliche Alkoholkonsum Erwachsener (≥ 15 Jahre) in der Europäischen Region bei 10,2 Litern reinen Alkohols – ein Rückgang gegenüber 2007 (11,9 l) und 2010 (11,2 l). Länderspezifische Trends aus 51 Mitgliedstaaten sind in den Anhängen A1 und A2 dargestellt. Von 2012 bis 2016 war der Alkoholkonsum unter Erwachsenen in 53% der Mitgliedstaaten rückläufig, während er in 37% der Mitgliedstaaten stieg und in 10% der Mitgliedstaaten unverändert blieb. Der durchschnittliche nicht registrierte Konsum wurde für 2016 auf 1,9 Liter reinen Alkohols geschätzt, was 18,6% des Gesamtkonsums in der Europäischen Region entspräche; dieser Anteil ist den vergangenen zehn Jahren stabil geblieben. 2016 lag die 12-Monats-Abstinenzrate im Durchschnitt bei 30%; die niedrigsten Abstinenzraten wurden in Westeuropa, die höchsten in Mitgliedstaaten mit hohem muslimischem Bevölkerungsanteil wie etwa der Türkei und den Ländern Zentralasiens verzeichnet. Männer trinken in der Regel mehr als Frauen: 2014 betrug der Durchschnittskonsum der Alkohol trinkenden Männer 19,4 Liter reinen Alkohols, der der Frauen dagegen nur 12,9 Liter. Als sporadisches Rauschtrinken gilt der Konsum von mindestens 60 g Alkohol pro Trinkgelegenheit. Im Durchschnitt geben 31,8% der männlichen und 12,6% der weiblichen Alkoholkonsumenten an, sich im Verlauf des jeweils zurückliegenden Monats einen Rausch gemäß dieser Definition angetrunken zu haben, wobei zwischen den Mitgliedstaaten aber erhebliche Unterschiede bestehen.

3. Schätzungen zufolge sind 6,4% der erwachsenen Männer und 1,2% der erwachsenen Frauen in der Europäischen Region alkoholabhängig und leiden 12,6% der Männer und 2,9% der Frauen an einer alkoholbedingten Erkrankung.

¹ und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration.

Entwicklungen im Bereich der Alkoholpolitik – die zehn Handlungsfelder²

Führungsstärke, Bewusstsein und Entschlossenheit

4. Seit der Annahme des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) im Jahr 2011 haben die Länder entweder eine nationale Alkoholpolitik entwickelt oder ihre bestehende Politik umgestaltet. Von den 53 Mitgliedstaaten, die bis Dezember 2016 Informationen an das WHO-Regionalbüro für Europa übermittelt hatten, verfügten 38 über eine schriftlich formulierte nationale Alkoholpolitik, und 13 von diesen waren im Begriff, ihre Politik zu aktualisieren. Von den 15 Mitgliedstaaten, die noch über keine nationale Alkoholpolitik verfügten, waren zehn im Begriff, eine solche zu entwickeln.

5. Seit 2011 haben folgende Länder eine Alkoholpolitik eingeführt oder ihre bestehende Politik geändert: Albanien, Aserbaidschan, Belarus, Bulgarien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Irland, Island, Israel, Kasachstan, Lettland, Litauen, Montenegro, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, die Republik Moldau, die Russische Föderation, San Marino, die Slowakei, Slowenien, Schweden, die Schweiz, Tadschikistan, die Tschechische Republik, Usbekistan, das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland und Zypern.

Maßnahmen des Gesundheitswesens

6. Das Gesundheitswesen spielt eine wichtige Rolle dabei, sowohl Personen mit schädlichem Alkoholkonsum als auch Personen mit therapiebedürftigen alkoholbedingten Störungen zu ermitteln. Eine Reihe von Ländern strebt Kontrollen und Kurzinterventionen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung an, und 30 Mitgliedstaaten³ verfügen über klinische Leitlinien für derartige Kurzinterventionen, die von mindestens einem Fachgremium im Gesundheitswesen angenommen bzw. gebilligt wurden.

Maßnahmen im örtlichen Umfeld und am Arbeitsplatz

7. Bürgernahe Interventionsprojekte unter Beteiligung der maßgeblichen Interessengruppen existieren in 43 Mitgliedstaaten.⁴ Am häufigsten sind nichtstaatliche Organisationen (in 41 Mitgliedstaaten) und örtliche Lokalverwaltung (in 32 Mitgliedstaaten) als Partner engagiert.⁴ 20 Mitgliedstaaten berichten von einer Einbeziehung einzelner Unternehmen, die in der Regel aus der Alkoholbranche stammen.⁴

8. 22 Mitgliedstaaten verfügen über nationale Leitlinien für die Prävention von Alkoholproblemen am Arbeitsplatz und entsprechende Beratungsangebote,⁵ und in 19 Mitgliedstaaten existieren Rechtsvorschriften für Alkoholtests am Arbeitsplatz.

² Einzelheiten zu den Maßnahmen der Mitgliedstaaten können Sie dem Informationssystem der Europäischen Region für Alkohol und Gesundheit (<http://who.int/gho/eisah>, eingesehen am 10. April 2017) entnehmen.

³ Aus drei Mitgliedstaaten liegen keine Daten vor.

⁴ Aus zwei Mitgliedstaaten sind keine Daten verfügbar.

⁵ Für einen Mitgliedstaat sind keine Daten verfügbar.

Promillegrenzen im Verkehr und Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer

9. Mit zwei Ausnahmen haben alle Länder für Führer von Kraftfahrzeugen eine zulässige Höchstgrenze des Blutalkoholspiegels von 0,5 g/l oder weniger festgelegt. In sieben Ländern gilt eine Promillegrenze null.

10. Stichproben, bei denen jeder Verkehrsteilnehmer von der Polizei angehalten und zu einem Atemtest aufgefordert werden kann, kommen in 47 Mitgliedstaaten zur Anwendung. In 32 Mitgliedstaaten ermöglichen es Kontrollposten oder Straßensperren an öffentlichen Straßen der Polizei, den Alkoholspiegel der Fahrer zu überprüfen und so die gesetzliche Promillegrenze durchzusetzen.

Verfügbarkeit von Alkohol

11. In allen Mitgliedstaaten gibt es Altersgrenzen für den Verkauf alkoholischer Getränke. Am häufigsten ist ein Mindestalter von 18 Jahren für alle Arten von alkoholischen Getränken vorgeschrieben, doch in acht Ländern ist der Verkauf von Bier und Wein in Verkaufsstellen ohne Schankerlaubnis an Personen ab 16 Jahren immer noch zulässig. In 24 Ländern gelten in Verkaufsstellen ohne Schankerlaubnis Beschränkungen hinsichtlich der Verkaufszeiten, in 33 Ländern gibt es Beschränkungen bei bestimmten Veranstaltungen, und in 23 Ländern ist der Verkauf an Tankstellen eingeschränkt. In 31 Mitgliedstaaten ist Alkoholkonsum in Gesundheitseinrichtungen,⁵ in 33 Mitgliedstaaten in Bildungseinrichtungen, in 20 Mitgliedstaaten in staatlichen Gebäuden⁵ und in 25 Mitgliedstaaten im öffentlichen Personenverkehr verboten.

12. 34 Mitgliedstaaten geben an, für Betriebe mit Schankerlaubnis Beschränkungen für den Verkauf von Alkohol an angetrunkene Personen eingeführt zu haben.⁴ Zwischen 30 und 32 Mitgliedstaaten berichten von Einschränkungen der Verkaufsorte je nach Art der Getränke und der Verkaufsstelle, doch nur sehr wenige beschränken die Verkaufstage bzw. die Dichte des Verkaufstellennetzes.

Vermarktung alkoholischer Getränke

13. In 49 Mitgliedstaaten gibt es gesetzliche Vorschriften für Alkoholwerbung, und in 39 Ländern Einschränkungen hinsichtlich der Platzierung von Alkoholprodukten. 13 Mitgliedstaaten berichten von einem kompletten landesweiten Verbot für Bierwerbung im Fernsehen, und in 13 bzw. 20 Mitgliedstaaten gilt dort ein komplettes Verbot von Werbung für Wein und Spirituosen. Sechs Mitgliedstaaten geben an, dass es für Bierwerbung im nationalen Fernsehen keine Einschränkungen gibt, und für Wein und Spirituosen gelten in fünf bzw. drei Mitgliedstaaten keine Werbeverbote. In allen übrigen Ländern gelten partielle oder freiwillige Regelungen.

Preispolitik

14. Mit einer Ausnahme werden alkoholische Getränke in allen Mitgliedstaaten mit einer gesonderten Mehrwertsteuer belegt, deren Bandbreite von 4,5% bis 27% reicht,⁵ die jedoch in den meisten Ländern zwischen 15% und 20% liegt. Alle Mitgliedstaaten mit einer Ausnahme gaben an, dass auf Spirituosen eine Verbrauchssteuer erhoben wird, und bis auf zwei Mitgliedstaaten gilt dies auch für Bier. Wein wird in 15 Mitgliedstaaten nicht gesondert besteuert.⁵ In 16 Mitgliedstaaten wird die Abgabe regelmäßig an die Inflation angepasst.

15. Einige Länder (Kasachstan, Kirgisistan, Russische Föderation, Slowakei, Ukraine und Usbekistan) gaben an, für alkoholische Getränke Mindestpreise für den Einzelhandel festgelegt zu haben. Auch Schottland hat ein Gesetz zur Einführung von Mindestpreisen verabschiedet.

Verringerung der negativen Folgen des Trink- und Rauschverhaltens

16. 19 Mitgliedstaaten gaben an, regelmäßig systematische Schulungen für Alkoholausschenker anzubieten. Die Teilnahme an solchen Kursen kann von Staat oder Kommune als Voraussetzung für eine Schank- oder Verkaufslizenz für alkoholische Getränke verlangt werden.

17. 13 Mitgliedstaaten schreiben per Gesetz Sicherheits- und Gesundheitshinweise auf Flaschen, Dosen oder anderen Verpackungen alkoholischer Getränke vor, um die Verbraucher auf mit dem Alkoholkonsum verbundene Risiken aufmerksam zu machen bzw. an diese zu erinnern.

18. 16 Mitgliedstaaten berichten von gesetzlich vorgeschriebenen Verbraucherhinweisen in Bezug auf Kalorien, Zusätze und Vitamine auf den Etiketten alkoholischer Getränke.⁵

Verringerung der gesundheitlichen Folgen illegalen und schwarz gebrannten Alkohols

19. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung gaben alle Mitgliedstaaten mit zwei Ausnahmen an, über nationale Gesetze zur Prävention der illegalen Herstellung oder des illegalen Verkaufs von nicht lizenzierten oder in Eigenproduktion hergestellten alkoholischen Getränken zu verfügen.

20. Die Verwendung von Abgabe-, Zoll- oder Steuermarken bzw. -etiketten für alkoholische Getränke wurde aus neun Mitgliedstaaten für Bier, aus 22 Mitgliedstaaten für Wein und 33 Mitgliedstaaten für Spirituosen gemeldet.

Beobachtung und Überwachung

21. 37 Mitgliedstaaten gaben an, über ein nationales Beobachtungssystem für den Alkoholkonsum und seine gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen zu verfügen, das ein Depot für ein breites Spektrum bevölkerungsbezogener und aus Gesundheitseinrichtungen gewonnener Daten beinhaltet.

22. 41 Mitgliedstaaten gaben an, regelmäßig umfassende Berichte über die Alkoholsituation im Lande zu veröffentlichen. 35 Mitgliedstaaten erwähnten die Veröffentlichung nationaler Berichte mit epidemiologischen Daten über Prävalenz und Muster von Alkoholkonsum und damit verbundenen Störungen.⁵ 38 Mitgliedstaaten erwähnten die Veröffentlichung nationaler Berichte mit Daten aus Gesundheitseinrichtungen über Alkoholkonsum und damit verbundene Störungen.⁵

Wesentliche Entwicklungen in der Alkoholpolitik

23. Seit der Annahme des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) haben in der Europäischen Region eine Reihe von Veränderungen stattgefunden. Es ist natürlich nicht möglich, diese Veränderungen direkt auf konkrete Maßnahmen der Mitgliedstaaten bzw. der WHO zurückzuführen, doch haben seit der Veröffentlichung des *Europäischen Sachstandsberichts Alkohol und Gesundheit 2010*⁶ einige Länder eine restriktivere Alkoholpolitik eingeführt. Beispiele:

- a) Die Zahl der Mitgliedstaaten mit schriftlich formulierten nationalen oder subnationalen Konzepten erhöhte sich von 30 auf 38, sodass nun 72% aller Mitgliedstaaten in der Europäischen Region über eine solche Politik verfügen.
- b) Die Gesamtzahl der Mitgliedstaaten, die nationale Sensibilisierungskampagnen durchgeführt haben, erhöhte sich von 39 auf 49.
- c) Die Zahl der Mitgliedstaaten, in denen für die Allgemeinbevölkerung eine Obergrenze für den Blutalkoholspiegel von 0,5 g/l oder darunter gilt, stieg von 42 auf 51, und stichprobenartige Atemtests werden jetzt in 47 Mitgliedstaaten durchgeführt; im Jahr 2010 war dies nur in 27 Ländern der Fall.
- d) Die Zahl der Mitgliedstaaten, in denen für den Verkauf von alkoholischen Getränken in Verkaufsstellen ohne Schankerlaubnis ein Mindestalter von 18 Jahren vorgeschrieben ist, erhöhte sich von 31 auf 43.
- e) Die Zahl der Mitgliedstaaten, in denen die Alkoholwerbung gesetzlich geregelt ist, stieg von 42 auf 49.
- f) Die Zahl der Mitgliedstaaten, in denen die Platzierung von Alkoholprodukten gesetzlich geregelt ist, erhöhte sich von 31 auf 39.
- g) Die Zahl der Mitgliedstaaten, die in Verbindung mit Alkoholwerbung gesundheitliche Warnhinweise vorschreiben, stieg von 12 auf 22.
- h) Die Zahl der Mitgliedstaaten, in denen die Höhe der Besteuerung alkoholischer Getränke an die Inflation angepasst wird, erhöhte sich von 7 auf 16.
- i) Die Zahl der Mitgliedstaaten, die über Gesetze gegen die illegale Herstellung oder den illegalen Verkauf von nicht lizenzierten oder in Eigenproduktion hergestellten alkoholischen Getränken verfügen, stieg von 41 auf 51.

Rolle des Regionalbüros

Politiksteuerung

24. Seit 1992 der erste Europäische Aktionsplan Alkohol (Dokument EUR/RC42/8) von der 42. Tagung des Regionalkomitees mit der Resolution EUR/RC42/R8 angenommen wurde, organisiert das Regionalbüro Konsultationen mit den Verantwortlichen der Länder für die Alkoholpolitik. Nach der Annahme des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) im Jahr 2011 sind die nationalen Verantwortlichen für die Alkoholpolitik in Warschau (2012), Istanbul (2013), Genf (2014) und Ljubljana (2016)

⁶ Auf der Grundlage von Daten aus 45 Mitgliedstaaten.

zu regionsweiten Konsultationen zusammengetroffen. Die jüngste regionsweite Konsultation fand auf Einladung des slowenischen Gesundheitsministeriums im November 2016, unmittelbar im Anschluss an die Siebte Konferenz über Alkoholpolitik in der Europäischen Region, statt. Auf einem speziellen Workshop über die Prävention des fetalen Alkoholsyndroms, der im Rahmen der Konsultation stattfand, präsentierte das Regionalbüro eine Publikation mit dem Titel *„Prävention von Schäden aufgrund von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft: Eine schnelle Übersicht und Fallstudien aus den Mitgliedstaaten“*. 2016 veröffentlichte das Regionalbüro auch den Bericht mit dem Titel *„Erfolge und verpasste Chancen im Bereich der öffentlichen Gesundheit: Entwicklung von Alkoholkonsum und alkoholbedingter Mortalität in der Europäischen Region der WHO (1990–2014)“*. Die nationalen Ansprechpersonen haben das Regionalbüro durch Bereitstellung von Daten über Alkoholkonsum, daraus resultierende Schäden und politische Handlungskonzepte unterstützt, die in das Informationssystem der Europäischen Region für Alkohol und Gesundheit eingegeben wurden.

25. Das Regionalbüro hat den Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) als eine eigenständige Publikation in englischer und russischer Sprache veröffentlicht und verteilt, die den Text der Resolution EUR/RC61/R4 sowie Definitionen der Indikatoren für die zehn Handlungsfelder beinhaltet. Der Aktionsplan folgt den fünf Zielen und zehn Handlungsfeldern der Globalen Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums, die 2010 von der 63. Weltgesundheitsversammlung mit der Resolution WHA63.13 verabschiedet wurde. Alle in dem Aktionsplan definierten Indikatoren wurden in das Informationssystem der Europäischen Region für Alkohol und Gesundheit aufgenommen.

26. Das Regionalbüro hat zusammen mit den Mitgliedstaaten, mit zwischenstaatlichen Organisationen sowie mit den wichtigsten Partnerorganisationen aus dem System der Vereinten Nationen darauf hingearbeitet, ressortübergreifende Maßnahmen zu fördern, nationale Kapazitäten aufzubauen, Chancen für neue Partnerschaften zu erkunden und für wirksame und kosteneffektive Ansätze zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums zu werben, um die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten voranzutreiben. Es sich für die Verwirklichung der Zusagen aus der Agenda 2030 der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung, dem Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO und dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“, eingesetzt.

27. Das Regionalbüro hat in ausgewählten Ländern der Europäischen Region Schulungen über die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten in der Alkoholpolitik unterstützt, die auch mit der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten verknüpft sind, und so die Entwicklung der Alkoholpolitik gefördert. Seit 2012 wurden Fachtagungen zur Alkoholpolitik in folgenden Mitgliedstaaten unterstützt: Armenien, Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Italien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Montenegro, Norwegen, Polen, Portugal, Republik Moldau, Russische Föderation, Slowakei, Türkei und Vereinigtes Königreich. Das Sekretariat arbeitet eng mit einer Reihe von Mitgliedstaaten zusammen, die nach Maßgabe des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) ihre Alkoholpolitik modernisieren oder eine neue Alkoholpolitik entwerfen wollen. Das Regionalbüro steht in einem ständigen Dialog mit einer Vielzahl von nichtstaatlichen Organisationen und Berufsverbänden über die Frage, wie diese zur Verringerung des schädlichen

Alkoholkonsums beitragen können. Das Regionalbüro hat an Tagungen nichtstaatlicher Organisationen teilgenommen, die wiederum teilweise zu Tagungen der nationalen Ansprechpersonen für die Alkoholpolitik eingeladen wurden.

Stärkung der Surveillance, Beobachtung, Evaluation und Forschung

28. Die Gewinnung und Verbreitung von Wissen über Alkoholkonsum, alkoholbedingte Schäden und einschlägige Handlungskonzepte in den Mitgliedstaaten wurde durch eine verfeinerte Erhebung und Analyse von Daten sowie eine größere Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse weiter verbessert. Das Regionalbüro arbeitet gemeinsam mit dem Hauptbüro und der Europäischen Kommission an dieser Aufgabe. Zusammen mit der Europäischen Kommission wurde im Zeitraum 2011–2013 ein Projekt durchgeführt, das die Nutzung identischer Indikatoren und ein einheitliches System für die Datenerhebung und -analyse sicherstellen sollte. Ein neues Projekt mit der Europäischen Kommission begann im Januar 2016 und läuft bis 31. Dezember 2018. Seine inhaltlichen Schwerpunkte sind die Beobachtung des Alkoholkonsums, neue Publikationen zum Thema Alkoholpolitik sowie regionsweite Konsultationen und Berichterstattung in Bezug auf den Aktionsplan über Alkoholkonsum von Jugendlichen und Rauschtrinken (2014–2016). Das Projekt wird mit Unterstützung des Ausschusses „Nationale Alkoholpolitik und -maßnahmen“ der Europäischen Kommission durchgeführt.

29. 2016 wurde die Globale Studie der WHO über Alkohol und Gesundheit in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region durchgeführt. Hierbei wurden eine Reihe konkreter Indikatoren für die Europäische Region verwendet, und die erhobenen Daten werden in einen Bericht mit Länderprofilen in Bezug auf Alkoholkonsum, alkoholbedingte Schäden und einschlägige Handlungskonzepte einfließen.

30. Das Regionalbüro hat auf der Grundlage seiner Datenbank „Gesundheit für alle“ neue Indikatoren für alkoholbedingte Sterberaten entwickelt und verwendet und will die Qualität der Daten über alkoholbedingte Schäden weiter verbessern.

31. Derzeit wird ein neues Bewertungsverfahren entwickelt, mit dem sich die Wirksamkeit der Alkoholpolitik eines Landes abschätzen lässt. Zu jedem der zehn Handlungsfelder des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) wird für sämtliche Länder ein Profil erstellt. Dieses kann als Orientierungshilfe bei der Umsetzung neuer Konzepte gegen den schädlichen Alkoholkonsum dienen. Ein Bericht zu diesem Thema wurde im Mai 2017 veröffentlicht. Die Bewertung der Umsetzung der Konzepte erfolgt anhand einer Reihe unterschiedlicher evidenzbasierter Indikatoren für jedes der zehn Handlungsfelder.

Anhang A1: Gesamtkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in der Europäischen Region der WHO¹

Tabelle 1: Gesamtkoholkonsum pro Erwachsenem in Litern nach Land in der Europäischen Region der WHO (2012 und 2016)¹

Land	Gesamtverbrauch pro Erwachsenem L		Differenz (in %)
	2012	2016	
Albanien	7,2	6,4	-11,1
Andorra	11,6	12,0	3,4
Armenien	5,4	5,4	0,0
Aserbajdschan	3,1	3,1	0,0
Belarus	18,7	15,0	-19,8
Belgien	10,9	11,4	4,6
Bosnien und Herzegowina	6,8	6,2	-8,8
Bulgarien	12,2	12,5	2,5
Dänemark	10,6	10,6	0,0
Deutschland	12,7	13,4	5,5
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	6,5	6,5	0,0
Estland	13,1	11,1	-15,3
Finnland	11,6	10,5	-9,5
Frankreich	13,0	13,3	2,3
Georgien	10,2	9,8	-3,9
Griechenland	9,6	8,5	-11,5
Irland	12,6	13,4	6,3
Island	7,2	8,6	19,4
Israel	3,3	3,9	18,2
Italien	7,7	7,9	2,6
Kasachstan	8,8	7,8	-11,4
Kirgisistan	9,4	7,2	-23,4
Kroatien	13,2	10,7	-18,9
Lettland	12,1	12,7	5,0
Litauen	16,3	15,2	-6,7
Luxemburg	12,8	13,4	4,7
Malta	7,0	7,8	11,4
Monaco	n. v.	n. v.	n. v.
Montenegro	8,6	7,6	-11,6
Niederlande	9,6	8,7	-9,4
Norwegen	7,9	7,1	-10,1
Österreich	10,3	10,8	4,9
Polen	12,0	12,2	1,7

¹ Alle Daten sind dreijährige Durchschnittswerte und beinhalten drei Komponenten: den registrierten und den nicht registrierten Konsum sowie den Konsum von Touristen. Die Daten wurden validiert, aber die meisten Mitgliedstaaten sind nur in der Lage, den registrierten Konsum zu validieren.

Land	Gesamtverbrauch pro Erwachsenem L		Differenz (in %)
	2012	2016	
Portugal	13,0	12,6	-3,1
Republik Moldau	18,0	14,4	-20,0
Rumänien	12,1	11,5	-5,0
Russische Föderation	15,2	12,2	-19,7
San Marino	n. v.	n. v.	n. v.
Schweden	9,4	9,1	-3,2
Schweiz	10,6	10,8	1,9
Serbien	11,3	10,8	-4,4
Slowakei	12,4	11,7	-5,6
Slowenien	11,6	13,3	14,7
Spanien	10,2	10,8	5,9
Tadschikistan	2,6	3,4	30,8
Tschechische Republik	14,1	14,6	3,5
Türkei	2,3	2,1	-8,7
Turkmenistan	6,5	6,2	-4,6
Ukraine	12,7	9,8	-22,8
Ungarn	12,9	12,4	-3,9
Usbekistan	2,8	2,7	-3,6
Vereinigtes Königreich	11,8	11,6	-1,7
Zypern	10,8	10,8	0,0

n. v.= nicht verfügbar.

Anhang A2: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in der Europäischen Region der WHO (1990 bis 2016)^{1a}

Abb. 1: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in Gruppe 1 (1990–2016)

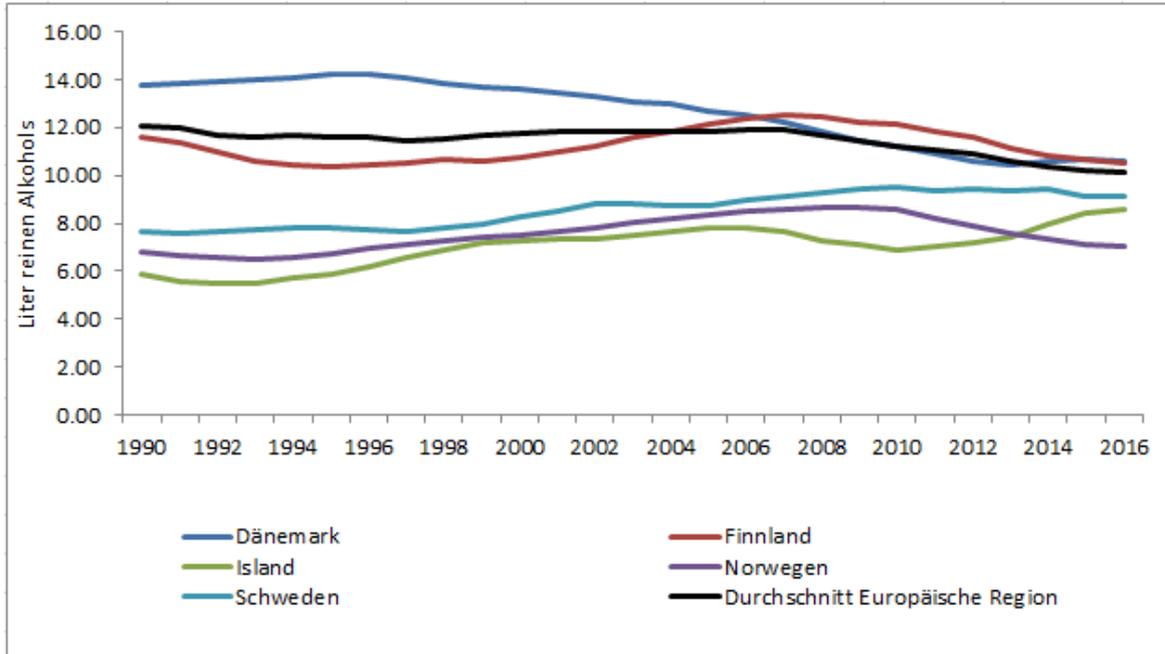
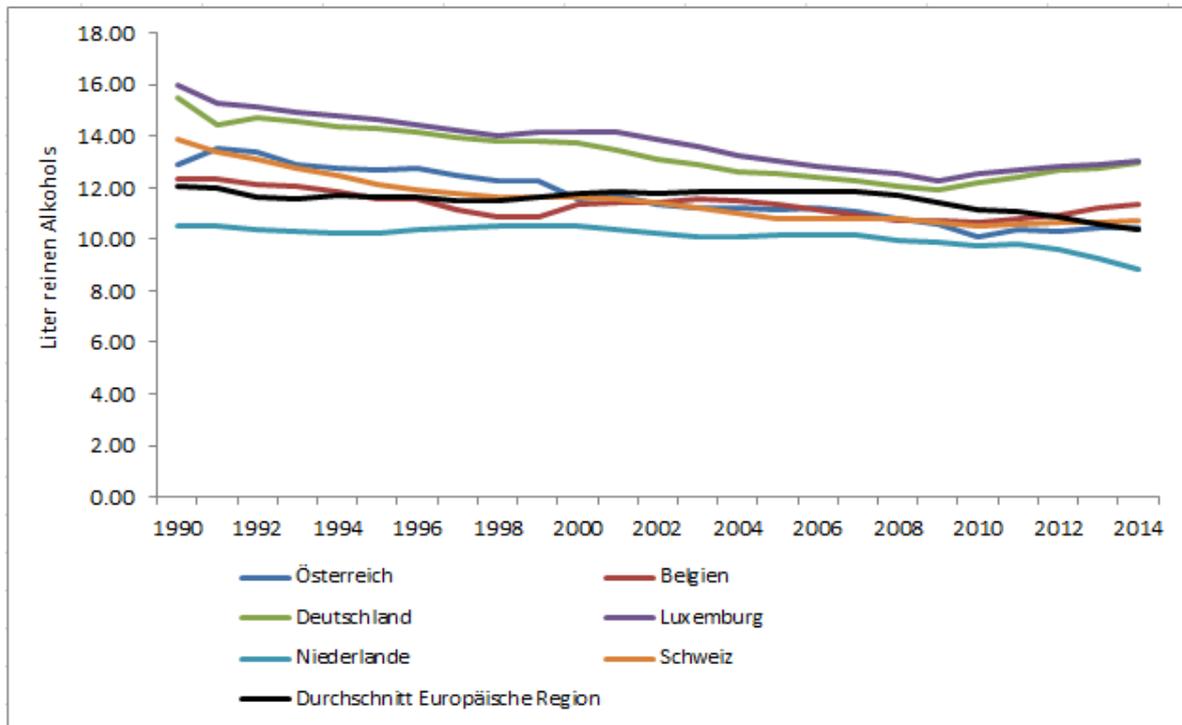


Abb. 2: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in Gruppe 2 (1990–2016)



¹Daten für 2016 sind erst im April 2017 verfügbar.

Abb. 3: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in Gruppe 3² (1990–2016)

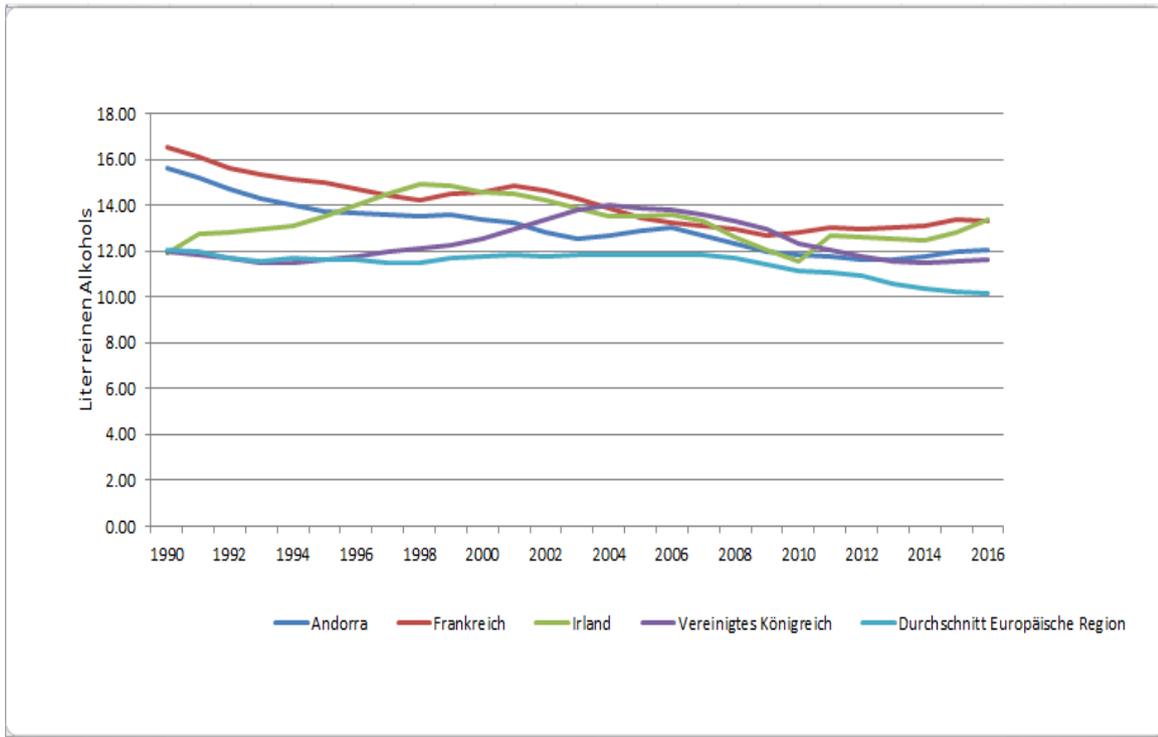
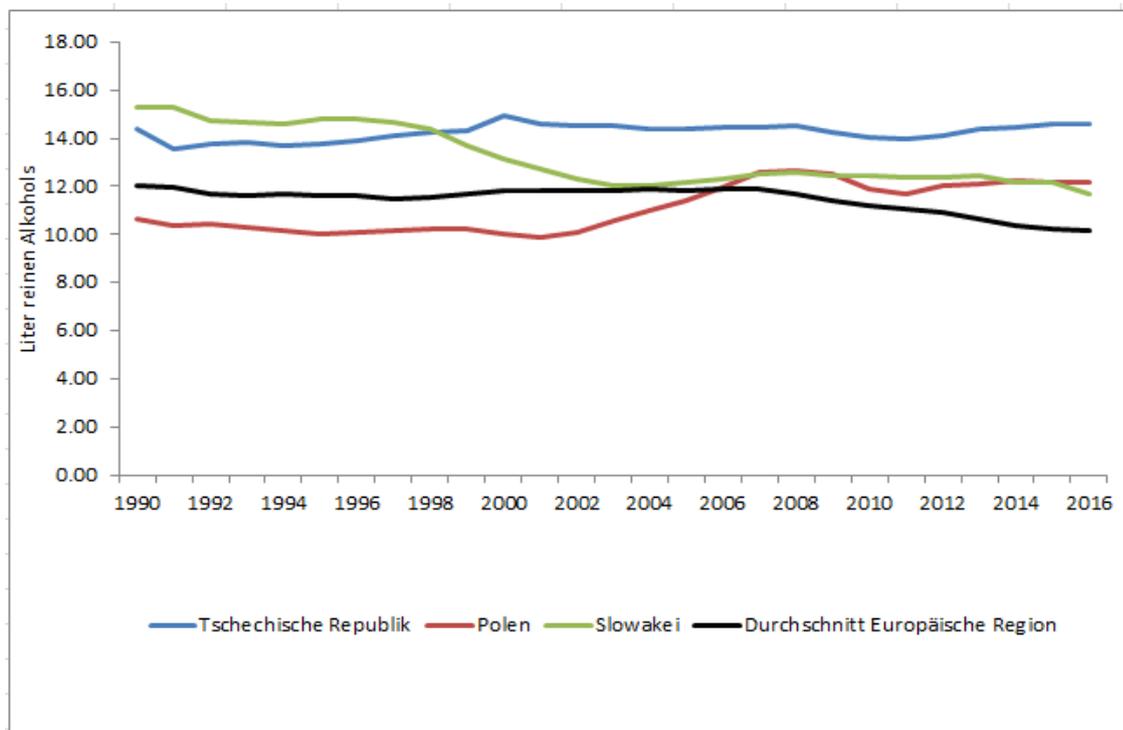


Abb. 4: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in Gruppe 4 (1990–2016)



² Daten für Monaco und San Marino nicht verfügbar.

Abb. 5: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in Gruppe 5 (1990–2016)

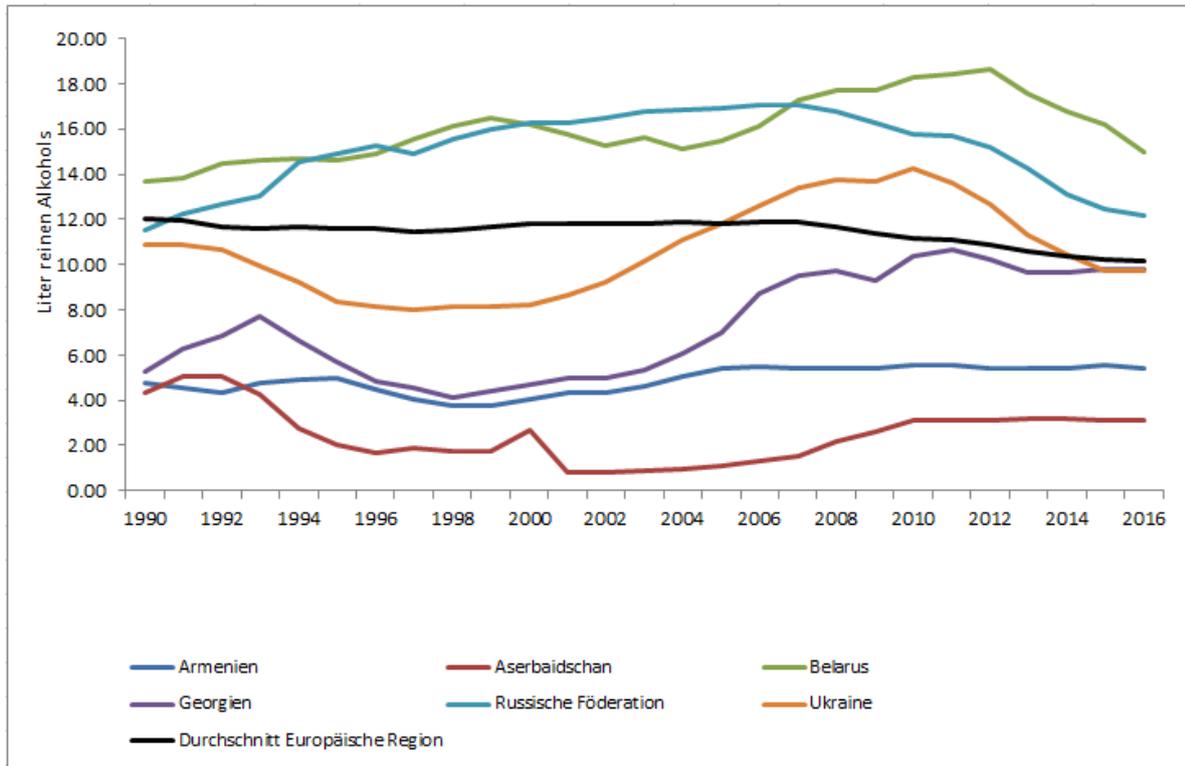


Abb. 6: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in Gruppe 6 (1990–2016)

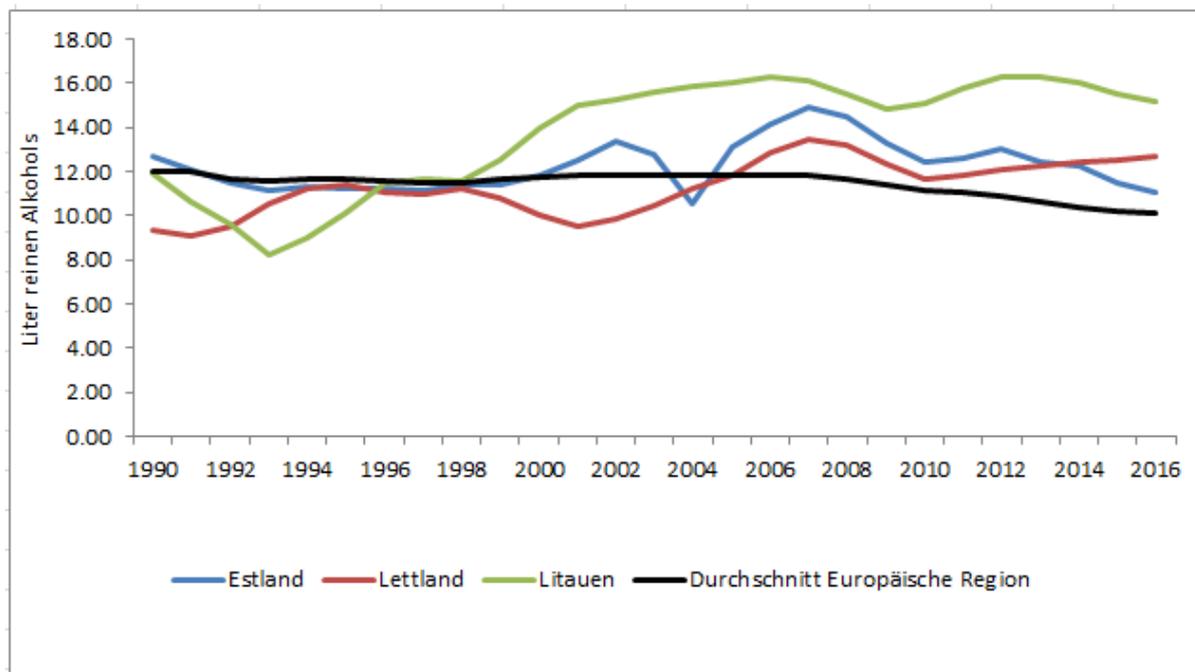


Abb. 7: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in Gruppe 7 (1990–2016)

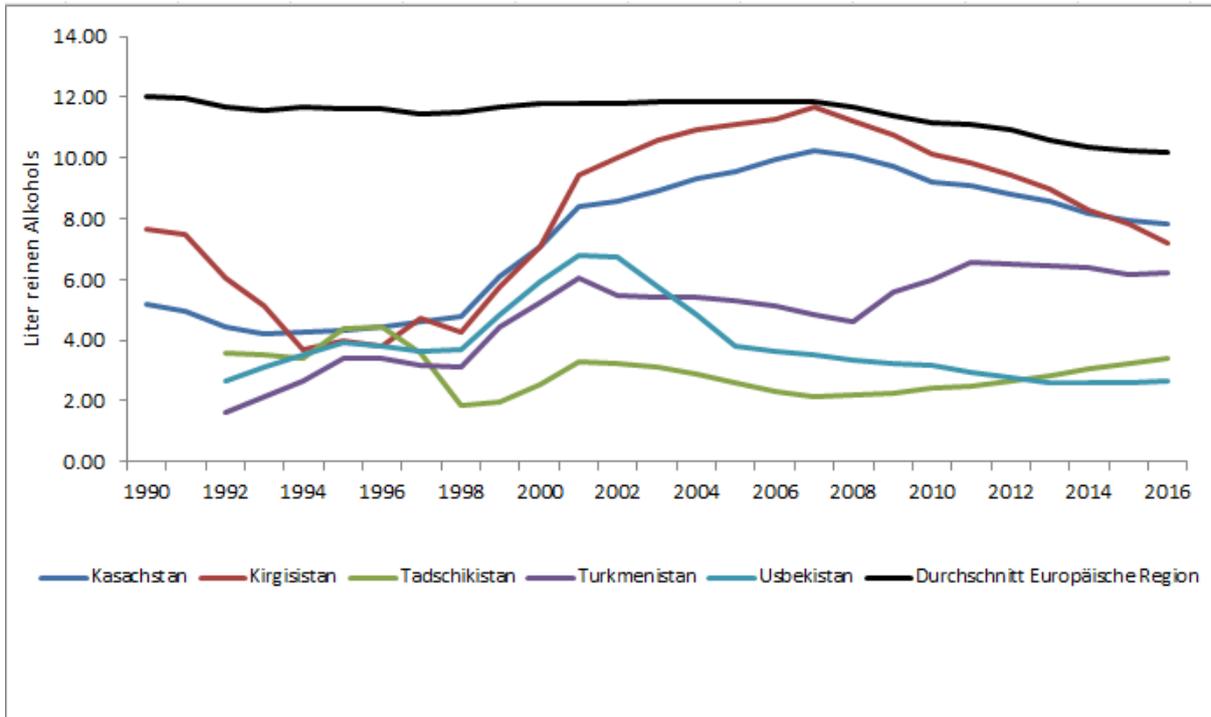


Abb. 8: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in Gruppe 8 (1990–2016)

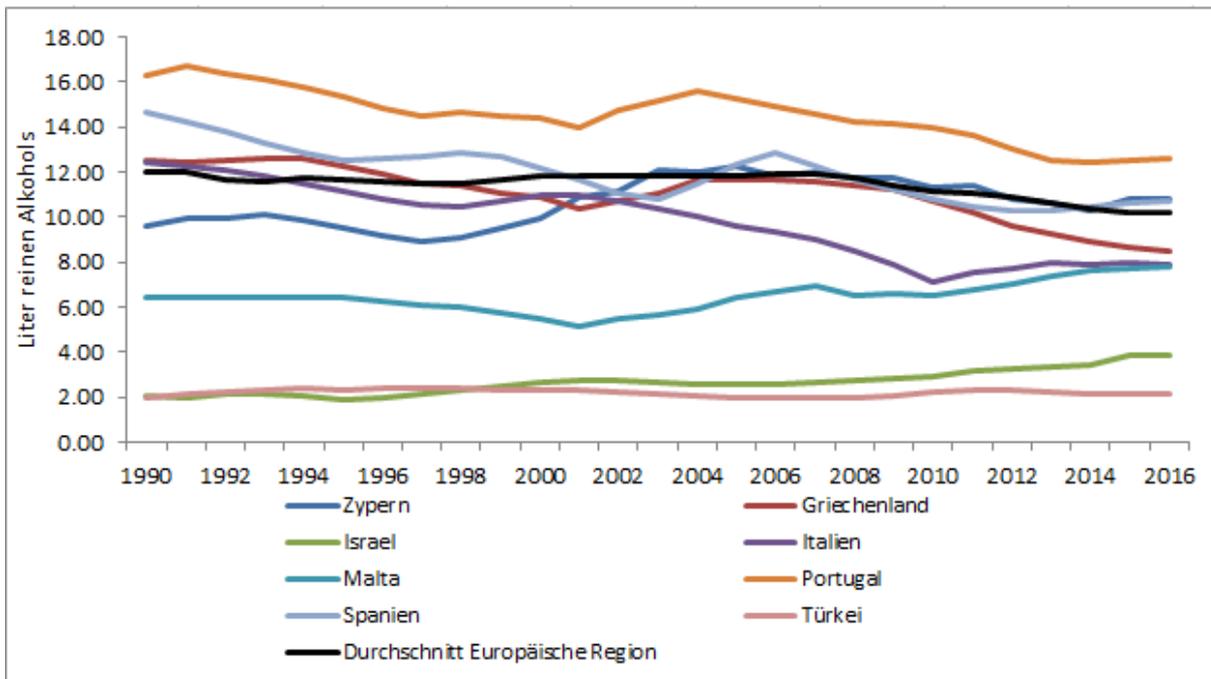
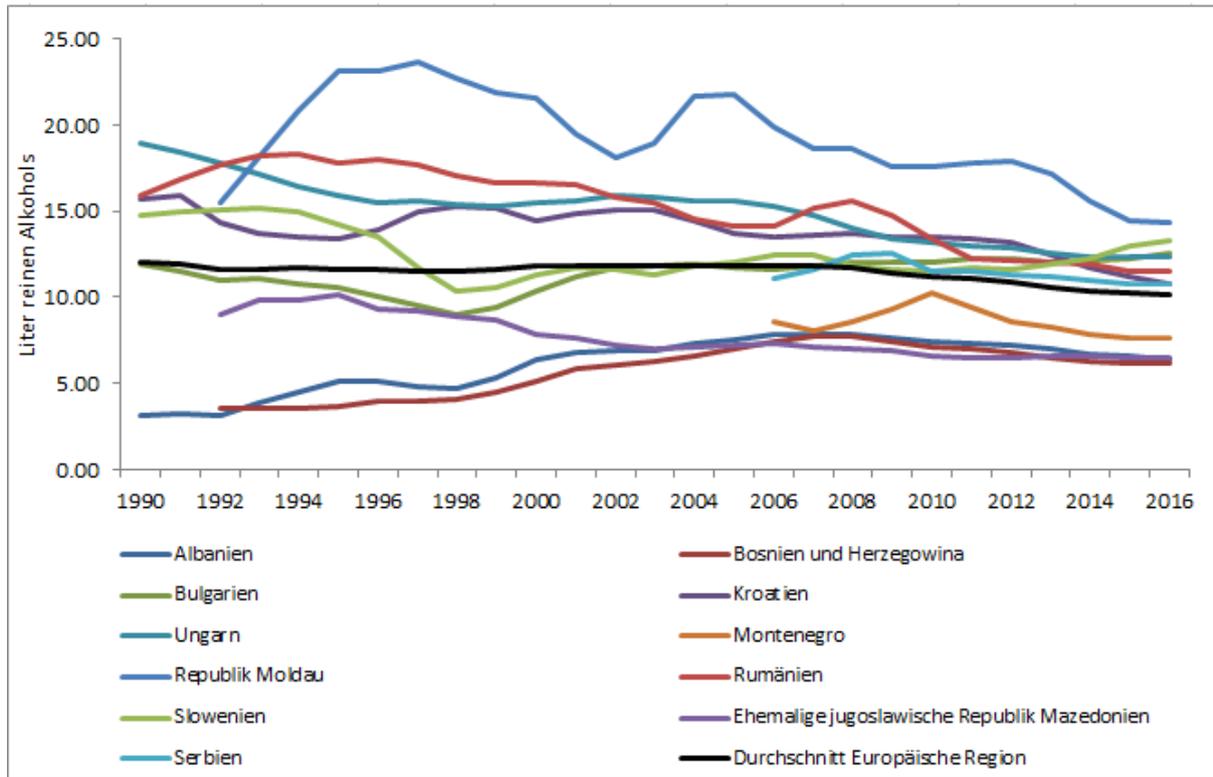


Abb. 9: Gesamtalkoholkonsum pro Erwachsenem nach Land in Gruppe 9 (1990–2016)



^a Für diesen Anhang wurden die Mitgliedstaaten in neun subregionale Gruppen unterteilt. Diese Gruppen wurden teils nach geografischen Gesichtspunkten, teils nach Trinkmustern und -traditionen gebildet.

Gruppe 1: Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden.

Gruppe 2: Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweiz.

Gruppe 3: Andorra, Frankreich, Irland, Monaco, San Marino, Vereinigtes Königreich.

Gruppe 4: Polen, Slowakei, Tschechische Republik.

Gruppe 5: Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Russische Föderation, Ukraine.

Gruppe 6: Estland, Lettland, Litauen.

Gruppe 7: Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan, Usbekistan.

Gruppe 8: Griechenland, Israel, Italien, Malta, Portugal, Spanien, Türkei, Zypern.

Gruppe 9: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Montenegro, Ungarn, Republik Moldau, Rumänien, Serbien, Slowenien.

= = =

B. Fortschritte bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020) (Resolution EUR/RC64/R7)

Einführung und Hintergrund

1. Der Bericht enthält Informationen über die in den drei Jahren erzielten Fortschritte, seitdem das WHO-Regionalkomitee für Europa den Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung auf seiner 64. Tagung in Kopenhagen im September 2014 durch Resolution EUR/RC64/R7 annahm. Der Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) (Dokument EUR/RC64/14) ergänzt Vision und Mission von „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, welches das Regionalkomitee 2012 billigte.

2. Durch die Annahme des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020) vollzogen die Mitgliedstaaten einen wichtigen und entscheidenden Schritt zur Förderung gesunder Ernährung und zur Bekämpfung der hohen Raten an Adipositas sowie ernährungsbedingten nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO. In dem Aktionsplan wird ein breit gefächertes Maßnahmenspektrum gefordert, damit sich Menschen aus allen Schichten ausgewogener ernähren und ein gesundes Körpergewicht erreichen können.

3. Es ist hinreichend belegt, dass ungesunde Ernährung, ungesundes Körpergewicht und Fehlernährung die Europäische Region weiterhin sehr stark belasten. In einer signifikanten Zahl von Mitgliedstaaten behindern energiereiche Ernährung, hoher Konsum an Fetten, Transfetten, freiem Zucker und Salz sowie geringer Konsum an Obst und Gemüse und hohe Übergewichtsraten den Fortschritt hinsichtlich der globalen Ziele für nichtübertragbare Krankheiten.

4. Der Aktionsplan ist mit den globalen Rahmenkonzepten für Ernährung und die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten abgestimmt, insbesondere mit dem Globalen Aktionsplan der WHO zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) und dem umfassenden Plan der WHO zur Verbesserung der Ernährung von Mutter, Säugling und Kind. Freiwillige Zielvorgaben aus diesen globalen Prozessen wurden in den Plan eingearbeitet:

- a) Anstieg von Adipositas und Diabetes aufhalten,
- b) Anstieg der Prävalenz des Übergewichts von Kindern im Alter von unter fünf Jahren aufhalten,
- c) Aufnahme von Salz und Natrium durch die Bevölkerung um durchschnittlich 30% verringern,
- d) Stillrate für die ersten sechs Lebensmonate um mindestens 50% erhöhen,
- e) Anteil der minderwüchsigen Kinder im Alter von unter fünf Jahren um 40% verringern,
- f) Prävalenz der Anämie unter nicht schwangeren Frauen im gebärfähigen Alter um 50% verringern.

Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020)

5. Dieser Bericht markiert das Zurücklegen der halben Distanz auf dem Weg zur Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020) in der Europäischen Region der WHO. Mit dem Aktionsplan soll die Belastung der Europäischen Region durch vorzeitige Todesfälle und ernährungsbedingte nichtübertragbare Krankheiten samt Adipositas und alle übrigen prävalenten Formen von Fehlernährung signifikant verringert werden.

6. In Resolution EUR/RC64/R7 bat das Regionalkomitee im September 2014 die Regionaldirektorin darum, auf der 67. Tagung des Regionalkomitees im September 2017 über die Umsetzung des Aktionsplans zu berichten. Dieser Bericht kommt dieser Bitte nach durch:

- ein aktuelles Lagebild, Meldungen über Fortschritte und das Aufzeigen von Bereichen künftiger Aktivitäten,
- die Vorlage eines objektiven, mit Fakten untermauerten Entwicklungsbildes auf der Grundlage von aktuellen Analysen epidemiologischer Daten, von Informationen über Ernährung und Lebensmittelzusammensetzung sowie von Antworten der Länder auf standardisierte Fragebögen zur Strategieumsetzung.

7. In Kasten B1 sind fünf vorrangige Handlungsfelder gemäß den fünf Zielen des Aktionsplans (Dokument EUR/RC64/14) dargestellt. Durch jedes vorrangige Handlungsfeld werden den Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro eine Reihe von Maßnahmen nahe gebracht, mit denen messbare Ergebnisse und Fortschritte auf die globalen Ziele zu erzielt werden sollen.

8. Mit dem vorliegenden Bericht werden die seit der Annahme des Aktionsplans im Jahr 2014 erzielten Fortschritte der Mitgliedstaaten in Partnerschaft mit dem Regionalbüro in den einzelnen vorrangigen Handlungsfeldern geschildert und erläutert.

Kasten B1. Vorrangige Handlungsfelder des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020)

Handlungsfeld 1 Umfeld für gesundheitsförderliches Essen und Trinken schaffen.

Handlungsfeld 2 Förderung der gesundheitlichen Zugewinne aufgrund einer gesunden Ernährung im gesamten Lebensverlauf, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen.

Handlungsfeld 3 Gesundheitssysteme für die Förderung gesunder Ernährung und das Angebot ernährungsbezogener Leistungen rüsten.

Handlungsfeld 4 Epidemiologische Überwachung, Beobachtung, Auswertung und Forschung in Bezug auf den Ernährungszustand der Bevölkerung sowie ihr Verhalten und den Stand und die Wirksamkeit der umgesetzten Konzepte unterstützen.

Handlungsfeld 5 Stärkung von Führungsstrukturen, Bündnissen und Netzwerken und Sicherung eines Ansatzes der Gesundheit in allen Politikbereichen sowie Befähigung der Bürger zur Beteiligung an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Handlungsfeld 1 Umfeldler für gesundheitsförderliches Essen und Trinken schaffen

9. Das Regionalbüro sammelte Informationen zu unterschiedlichen Konzepten (regulatorischer wie nicht regulatorischer Art), welche die Mitgliedstaaten in Bezug auf die Vermarktung von Lebensmitteln an Kinder verfolgten, und beleuchtete die Reichweite der Konzepte und der angewandten Kriterien. Es erstellte auch einen Bericht über die digitale Vermarktung von Lebensmitteln an Kinder, der Politiker auf Risiken und Probleme durch diese neue Lebenswirklichkeit aufmerksam machen sollte. Auf der Hochrangigen Konferenz zur Förderung ressort- und organisationsübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO, die am 7. und 8. Dezember 2016 in Paris stattfand, wurden ein Bericht und eine Videoanimation vorgestellt.

10. Das Regionalbüro hat gemeinsam mit einigen Mitgliedstaaten ein Ernährungsprofil zur Steuerung der Vermarktung von Lebensmitteln an Kinder entwickelt. Dieses Instrument wurde in einem Dutzend Länder erprobt und in nationale Konzepte und Rahmenpläne übernommen. Einige Mitgliedstaaten haben das vom Regionalbüro entworfene Modell dazu genutzt, Leitlinien und Regeln für den Einkauf von Lebensmitteln in öffentlichen Einrichtungen und insbesondere Schulen zu gestalten. Das Instrument wurde auch von anderen Regionen der WHO sowie von der Privatwirtschaft und weiteren Akteuren als Muster zur Verbesserung eigener Profile benutzt.

11. Obwohl wirtschaftliche Hebel, insbesondere Steuern oder Vergünstigungen, zur Förderung einer gesünderen Ernährung weiterhin umstritten sind, gibt es hier signifikante Fortschritte zu verzeichnen. In einigen Mitgliedstaaten wurden neue Maßnahmen beschlossen, hierunter in Estland, Ungarn, Irland, Portugal, Spanien und im Vereinigten Königreich.

12. Erhebliche Fortschritte lassen sich in der Reformulierung der Rezepte und der Verbesserung des Nährstoffgehalts von Lebensmitteln beobachten. Die WHO unterstützte das European Salt Action Network (ESAN) und dessen Initiativen und Tagungen sowie Maßnahmen betreffend die Vermarktung von Nahrungsmitteln an Kinder. 28 Mitgliedstaaten beteiligen sich unter Leitung der Schweiz an ESAN, während die Thematik Vermarktung von Nahrungsmitteln an Kinder unter Führung Portugals von derzeit 27 Mitgliedstaaten bearbeitet wird. Das Regionalbüro hat mit den Niederlanden und der Slowakei während der Präsidentschaft dieser Länder im Rat der Europäischen Union insbesondere im Rahmen der Konferenz für bessere Lebensmittel zusammengearbeitet, die am 22. und 23. Februar 2016 in Amsterdam stattfand und die Reformulierung von Lebensmittelrezepten und die Verbesserung der Lebensmittel zum Gegenstand hatte. Das Regionalbüro will diese Arbeit mit Malta fortsetzen, das die Präsidentschaft im Rat der Europäischen Union vom 1. Januar bis 30. Juni 2017 innehält.

13. In Bezug auf ressortübergreifende Zusammenarbeit zur Erleichterung der Entscheidung für gesünderes Essen insbesondere in Schulen sind in fast allen Mitgliedstaaten der Region Konzepte für Lebensmittel in der Schule anzutreffen. Weitere Anstrengungen des Regionalbüros werden sich der Frage widmen, welche Elemente die Wirksamkeit der Lebensmittelkonzepte in Schulen erhöhen können. Beispiele für derartige Konzepte, die als Maßstab dienen könnten, kommen aus Lettland und Schweden.

14. Fortschrittliche Beschriftungen der Vorderseite von Lebensmitteln wurden dokumentiert. Unterschiedliche Ansätze für leichtverständliche, verbraucherfreundliche

Angaben zum Nährwert wurden aufgezeigt, insbesondere durch Beispiele aus Kroatien, Finnland, den Niederlanden, den nordischen Ländern und dem Vereinigten Königreich. Das Regionalbüro veranstaltete Ende 2015 unter Beteiligung der Mitgliedstaaten eine Fachtagung zu diesem Thema in Portugal. Der Bericht von dieser Tagung und das Hintergrundpapier zur vorderseitigen Beschriftung von Lebensmitteln sollen 2017 erscheinen.

Handlungsfeld 2 Förderung der gesundheitlichen Zugewinne aufgrund einer gesunden Ernährung im gesamten Lebensverlauf, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen

15. Der Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung fordert Investitionen zugunsten gesunder Ernährung in den frühesten Lebensphasen und auch schon der Mutter vor und während der Schwangerschaft sowie Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens, Beseitigung von Barrieren und gleichzeitige Ermöglichung angemessener Beikost. Das Regionalbüro begutachtete die Beratungs- und Unterstützungspraxis einiger Mitgliedstaaten in Bezug Stillen und Beikost. Es wurden Daten zur Umsetzung des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und zur Initiative Babyfreundliches Krankenhaus in der Europäischen Region der WHO erhoben. Das Regionalbüro arbeitete zur Förderung der Initiative Babyfreundliches Krankenhaus mit der Russischen Föderation und anderen Mitgliedstaaten zusammen. Das Regionalbüro erstellte einen Bericht mit einer systematischen Übersicht der Bedeutung von Ernährung während der Schwangerschaft. Außerdem analysierte es Ernährungsempfehlungen und -hinweise für die Schwangerschaft und stellte hier so große Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten fest, dass mehr gemeinschaftliche Arbeit an dem Thema erforderlich scheint. Das Regionalbüro lud neun Mitgliedstaaten nach Lettland ein, um ihnen den Bericht vorzustellen und mögliche konzeptionelle Entwicklungen in den beteiligten Ländern zu erörtern. Das Regionalbüro unterstützte Lettland in der Ausarbeitung von Empfehlungen für die Ernährung während der Schwangerschaft. Armenien, Georgien und Usbekistan entwickeln derzeit eigene Empfehlungen.

16. Der Aktionsplan betont auch, wie wichtig die Befähigung der Bürger zu gesundheitsförderlichen Entscheidungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Altersgruppen ist. Das Regionalbüro sammelte in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern Informationen über das Vorhandensein, die Art und den Inhalt von Leitlinien für die Ernährung von Säuglingen, insbesondere auch im Hinblick auf Beikost. Erste Diskrepanzen wurden bereits aufgezeigt und weitere Arbeit soll im Laufe der Umsetzung des Aktionsplans geleistet werden. Das Regionalbüro hat auch Daten zum Zuckergehalt in handelsüblicher Babynahrung erhoben und einen methodischen Ansatz für künftige Forschungsarbeiten entwickelt.

17. Der Aktionsplan fordert zudem die Annahme von Instrumenten und Strategien für die besonderen Ernährungsbedürfnisse anfälliger Gruppen und älterer Menschen, egal ob sie in der Gesellschaft oder in Heimen leben. Das Regionalbüro bereitet mit seinen Kooperationszentren im Bereich von Ernährung und gesundem Altern ein gemeinsames Hintergrundpapier vor. Ein Bericht über Initiativen für gesundes Altern und gesunde Ernährung ist in Vorbereitung.

Handlungsfeld 3 Gesundheitssysteme für die Förderung gesunder Ernährung und das Angebot ernährungsbezogener Leistungen rüsten

18. Im Aktionsplan werden die Mitgliedstaaten eindringlich gebeten, Prioritäten für Ernährung und gesundes Essen in einer personenzentrierten Gesundheitsversorgung zu setzen, u. a. durch Kurzinterventionen und Ernährungsberatung. Das Regionalbüro hat einen Bericht über die thematische Einbeziehung von Ernährung, körperlicher Betätigung und Gewichtskontrolle in die primäre Gesundheitsversorgung erstellt, der Fallbeispiele aus den Ländern und Ratschläge für die Mitgliedstaaten enthält.

19. Das Regionalbüro hat gemeinsam mit Mitgliedstaaten die Schulung von Fachpersonal gefördert, um eine allgemeine Gesundheitsversorgung für vermeid- und behandelbare Ernährungsstörungen sowie eine kontinuierliche Versorgung mit hochwertigen Ernährungsangeboten durch gut qualifiziertes Fachpersonal zu sichern. Ein Lehrplan für Personal der primären Gesundheitsversorgung steht zur Weiterverbreitung zur Verfügung. Die Schulung behandelt kurzfristige Maßnahmen ebenso wie die längerfristig angelegte Motivation. Schulungen wurden in Malta, der Republik Moldau, Tadschikistan und Usbekistan initiiert.

20. Das Regionalbüro dokumentiert die Prävention und Handhabung von Adipositas und ungesunder Ernährung in Gesundheitsumfeldern, insbesondere in der primären Gesundheitsversorgung. Hierfür stellten die Mitgliedstaaten weniger Daten zur Verfügung, doch ließen sich aus einer aktuellen globalen Ernährungsstudie folgende Elemente für einen Lagebericht über nichtübertragbare Krankheiten nutzen: Leitlinien für die Handhabung von Adipositas unter Kindern und Erwachsenen in der primären Gesundheitsversorgung sowie für die Handhabung von Fehlernährung in Krankenhäusern und primärer Gesundheitsversorgung, Leitlinien für das Lebensmittelangebot in Krankenhäusern und die Sicherung einer besseren Verfügbarkeit von Daten für die Setzung von Vergleichsmarken.

Handlungsfeld 4 Epidemiologische Überwachung, Beobachtung, Auswertung und Forschung in Bezug auf den Ernährungszustand der Bevölkerung sowie ihr Verhalten und den Stand und die Wirksamkeit der umgesetzten Konzepte unterstützen

21. Das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten haben die Initiative der Europäischen Region der WHO zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (COSI) geschaffen, eine einzigartige Initiative zu wiederholter Messung von Trends mit einheitlichem Protokoll und sehr gut vergleichbaren Daten. Insbesondere den Mitgliedstaaten im Osten der Region bietet dies ein etabliertes Netzwerk aus Länderexperten, ein erprobtes und bewährtes Protokoll sowie Unterstützung für Datenanalyse und -aufbereitung.

22. Die Festigung, Feinabstimmung und Ausweitung nationaler und internationaler Beobachtungs- und Überwachungssysteme wie COSI und HBSC (Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter) werden seit Annahme des Aktionsplans fortgesetzt. Einige der aussagekräftigsten epidemiologischen Daten wurden durch COSI verfügbar gemacht. Mehr als 300 000 Kinder im Alter von 6 bis 9 Jahren wurden in 36 Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region gemessen. Die Prävalenz der Adipositas nimmt mit dem Alter zu und ist unter Jungen generell höher als unter Mädchen. Trends beginnen sich in den Daten abzuzeichnen. In einigen Mitgliedstaaten kündigt sich gute Nachrichten an, denn in manchen Altersgruppen in Irland, Italien, Portugal und Slowenien ist

ein Abklingen bzw. ein Rückgang der Epidemie zu beobachten. Einige signifikante Rückgänge wurden festgestellt. Allerdings sind die Raten insgesamt noch sehr hoch und die Rückgänge wurden meist in Ländern verzeichnet, welche die höchsten Niveaus aufwiesen. Schwere und ausgedehnte Adipositas in Ländern geringen Volkseinkommens bleibt ein wichtiges Problemfeld.

23. Das Regionalbüro hat mit 38 Mitgliedstaaten an der Umsetzung von COSI gearbeitet. Seit der Annahme des Aktionsplans im Jahr 2014 wurden drei Tagungen des Netzwerks durchgeführt. Das Regionalbüro veranstaltete für den Stapellauf von COSI eine lange Reihe von Schulungen in Zusammenarbeit mit einem großen Netz aus Forschern in den Mitgliedstaaten, hierunter Österreich, Kirgisistan, Montenegro, Polen, die Russische Föderation, Tadschikistan und Turkmenistan. Weitere Forschungsberichte und -papiere sind geplant, allerdings erfordert dies zusätzliche Anstrengungen und eine kontinuierliche Beobachtung.

24. Der Ruf aus dem Aktionsplan nach Überwachungssystemen für Ernährung und anthropometrischer Erfassung von Ernährungsrisikofaktoren, die eine Aufschlüsselung nach sozioökonomischen Status und nach Geschlecht ermöglichen, wurde als Priorität behandelt. Die sich aus der HBSC-Studie ergebenden Trends zeigen Fortschritte für alle Indikatoren an. Es müsste allerdings geprüft werden, ob die Mitgliedstaaten insgesamt oder nur in bestimmten Bereichen besser abschneiden. Eine Trendanalyse für Kinder im Alter von 11 bis 15 Jahren zeigt, dass die Prävalenz der Adipositas zwischen den Mitgliedstaaten variiert, jedoch allgemein unter Jungen und Jugendlichen sowie in weniger gut begüterten Gruppen höher ist. Während sich das Ausmaß der Adipositas in einigen Mitgliedstaaten stabilisiert hat, so hat die Prävalenz in mehr als der Hälfte der Länder seit 2002 noch zugenommen. Allerdings erfolgen die Anstiege nicht einheitlich und unabhängig von Alter und Geschlecht. Die markantesten Zunahmen waren im Osten der Region zu verzeichnen, wo das Ausmaß der Adipositas 2002 noch relativ gering war. Nur ein Land verzeichnete einen signifikanten Rückgang der Adipositas-Prävalenz. Soziale Ungleichheiten spiegeln sich in den meisten Mitgliedstaaten über längere Zeit in der Adipositas wider.

25. Der Aktionsplan empfiehlt die Beobachtung und Bewertung ernährungsbezogener Aktivitäten, Interventionen und Konzepte in verschiedenen Kontexten zur Bestimmung ihrer Wirksamkeit und zur Weitergabe guter Praktiken. Vom Regionalbüro erhobene Daten zeigten Folgendes:

- a) Zwischen 2002 und 2014 gab es eine leichte Zunahme im Verzehr von Obst und Gemüse, allerdings fehlten Anzeichen für eine spürbare Abnahme sozialer Ungleichheiten in diesem Zeitraum. Der tägliche Konsum verharrt auf niedrigem Niveau.
- b) Es mag zwischen 2002 und 2014 einen Rückgang im täglichen Konsum von Softdrinks und Süßigkeiten gegeben haben, doch ist die Datenlage zu komplex, um dies abschließend beurteilen zu können. Der mögliche Rückgang ginge in erster Linie auf verringerten Konsum der Jugendlichen aus begüterten Familien zurück.
- c) Unter Erwachsenen hat sich die Adipositas seit 1980 mehr als verdreifacht. Die Mitgliedstaaten haben versprochen, den Anstieg der Adipositas bis 2025 aufzuhalten. Um die Erreichbarkeit dieses Ziels im Auge zu behalten, hat das Regionalbüro künftige Trends der Adipositas (bei Body-Mass-Index ≥ 30) für

jeden der 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO bis in das Jahr 2025 projiziert.

- d) Bis 2025 wird in 44 Mitgliedstaaten ein Anstieg der Adipositas vorhergesagt. Wenn sich der aktuelle Trend fortsetzt, wird die Prävalenz der Adipositas dann in 33 der 53 Mitgliedstaaten bei 20% oder darüber liegen.
- e) In einer Übersicht der verfügbaren Ernährungsdaten zeigte die WHO, dass weniger als zwei Drittel der Mitgliedstaaten der Europäischen Region auf nationaler Ebene Ernährungsdaten erheben. Allerdings sind die Daten, dort wo sie vorliegen, sehr aktuell. Die WHO empfiehlt eine tägliche Aufnahme an gesättigten Fettsäuren von < 10% der täglichen Energieaufnahme [%E]. Nach Umrechnung der Aufnahme in %E erreicht keine Gruppe von Männern oder Frauen eines Mitgliedstaats diesen Zielwert. Die höchste Aufnahme an Zuckerezusätzen betrug unter Frauen 53 g/Tag und unter Männern 71g/Tag. Die Empfehlung der WHO lautet 5% was ungefähr 25 g/Tag entspricht.
- f) Einige Mitgliedstaaten im Osten der Region (Griechenland, Kirgistan, Montenegro, Republik Moldau, Usbekistan) führen 24-stündige Untersuchungen der Natriumaufnahme durch. Das Regionalbüro berechnet aktuelle Zahlen und veröffentlicht, welche Länder einen Rückgang der Salzaufnahme der Bevölkerung verzeichnen können. Die Daten werden in Zusammenarbeit mit ausgewählten Ländern zur Darstellung von Trends verfügbar gemacht. Bislang konnten neun Mitgliedstaaten der Europäischen Region signifikante Rückgänge in der Salzaufnahme nachweisen. Zwei von ihnen haben durch Natriumreduktion wichtige Erfolge und Wirkungen für die öffentliche Gesundheit insgesamt erzielen können (Finnland und das Vereinigte Königreich). Dennoch ist das Erreichen des globalen Ziels für den Abbau der Natriumaufnahme immer noch in weiter Ferne. In Modellrechnungen der WHO für das Erreichen der Salzreduktionen fließen die erforderlichen Rückgänge im Salzgehalt ein und werden Fallstudien aus Finnland, der Russischen Föderation, der Türkei und Usbekistan berücksichtigt.
- g) Das FEEDCities-Projekt bietet ein Beispiel für eine schnelle Bewertung von Lebensmitteln nach Ernährungsgesichtspunkten in Ländern mit begrenzten Ressourcen. Das Regionalbüro hat mit Fachleuten aus den Mitgliedstaaten eine Zusammenfassung der Daten über Transfettsäuren und Natrium aus Kirgisistan, der Republik Moldau und Tadschikistan erstellt.

Handlungsfeld 5 Stärkung von Führungsstrukturen, Bündnissen und Netzwerken und Sicherung eines Ansatzes der Gesundheit in allen Politikbereichen sowie Befähigung der Bürger zur Beteiligung an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

26. In einer großen Zahl von Mitgliedstaaten wurden in jüngster Zeit Ernährung und Adipositas in nationalen oder subnationalen Strategien priorisiert.

27. Das Regionalbüro hat eine Übersicht der Fortschritte erstellt, die mit der Annahme von Konzepten für Ernährung und gegen Adipositas in den Ländern erzielt wurden, und dabei von den Mitgliedstaaten validierte Quellen dazu genutzt zu bestimmen, welche Bereiche die Konzepte erfassen.

28. Beispielhafte gesellschaftliche Neuerungen in der Ernährung werden als mögliche Peilmarken für andere Mitgliedstaaten je nach ihren Prioritäten und Kontexten vollständig dokumentiert:

- Estland: Grundsatzoptionen gegen gezuckerte Getränke;
- Ungarn: Folgenabschätzung für gesundheitspolitische Produktsteuer;
- Türkei: Auswertung des Programms für gesunde Ernährung und aktives Leben.

Kooperationszentren

29. Die Kooperationszentren der WHO für Ernährung und Adipositas-Prävention in Dänemark, Deutschland, den Niederlanden, Portugal und dem Vereinigten Königreich haben signifikant zur Umsetzung des Aktionsplans in den fünf vorrangigen Handlungsfeldern beigetragen.

Schlussfolgerung und Ausblick

30. Der aktuelle Fortschrittsbericht ist Zeugnis einer epidemiologischen Herausforderung, belegt jedoch auch einen beispiellosen Einsatz der Mitgliedstaaten für die Bewältigung der Adipositas und die Förderung gesunder Ernährung. Die bemerkenswerten Beispiele und Fallstudien aus der gesamten Europäischen Region sollen Theorie und Praxis mitgestalten und auch Optionen für wirksame Naturversuche eröffnen. Allerdings gibt es noch Defizite und Herausforderungen auf dem Weg zur Erfüllung der globalen Zielvorgaben, der Beseitigung anhaltender Ungleichheiten und der Förderung ressortübergreifender Maßnahmen durch die Mitgliedstaaten.

31. Seit Annahme des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020) im Jahr 2014 hat das Regionalbüro zusammen mit über 40 Mitgliedstaaten – davon 23 im Rahmen einer zweijährigen Kooperationsvereinbarung (BCA) – auf seine Umsetzung in den Bereichen Ernährung und Adipositasprävention hingearbeitet. Interesse und Nachfrage in den Mitgliedstaaten haben signifikant zugenommen, und die Aktivitäten werden voraussichtlich ausgeweitet, wenn sich in den Jahren 2018 bis 2020 weitere Mitgliedstaaten beteiligen.

32. Zu den bemerkenswerten Aktivitäten des Regionalbüros zur Unterstützung der Mitgliedstaaten in der Umsetzung des Aktionsplans zählen: die Entwicklung von Instrumenten (Ernährungsprofilmodell, Schulung für primäre Gesundheitsversorgung), Vorlage der Erkenntnisse (digitale Vermarktung, Preispolitik, Transfette), Zukunftsszenarien (Adipositas und Schätzungen aus Salz-Modellen, Salz- und Zucker-Reduktion) und Ideen über die Gesundheit hinaus (Gesetzgebung und Lebensmittelversorgungskette).

33. Das Regionalbüro wird den Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) weiter in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und unter ihrer Anleitung umsetzen. Der nächste Bericht hierüber wird dem Regionalkomitee auf seiner 71. Tagung im Jahr September 2021 vorgelegt.

C. Fortschrittsbericht zur Umsetzung des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit (Resolution EUR/RC63/R10)

Einführung und Hintergrund

1. Dieser Bericht informiert über Fortschritte seit Annahme der Resolution EUR/RC63/R10 vor vier Jahren, mit der das WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2013 in Izmir (Türkei) dem Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit (Dokument EUR/RC63/11) zustimmte. Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit ist ein Beitrag zur Verwirklichung von „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, das auf der 62. Tagung des Regionalkomitees im September 2012 mit Resolution EUR/RC62/R4 angenommen wurde.

2. Psychische Störungen sind gemessen an ihrer Prävalenz sowie ihrem Anteil an Krankheit und Behinderung eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. In der Europäischen Region haben neuropsychiatrische Störungen mit 19% den zweitgrößten Anteil an der Krankheitslast (ausgedrückt in DALY bzw. um Behinderungen bereinigte Lebensjahre). Nach Schätzungen ist mehr als ein Drittel der Bevölkerung jedes Jahr von psychischen Störungen, hauptsächlich Depressionen und Angstzustände, betroffen. Depressive Störungen sind bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern. Bei ca. 1 bis 2% der männlichen wie weiblichen Bevölkerung wird gleichermaßen eine psychotische Störung diagnostiziert, doch leiden immerhin 5,6% der Männer gegenüber nur 1,3% der Frauen an durch Substanzgebrauch bewirkten Störungen. In der Europäischen Region führt die Alterung der Bevölkerung zu einer zunehmenden Prävalenz von Demenzerkrankungen: in der Regel leiden 5% der über 65-Jährigen und 20% der über 80-Jährigen an Demenz. In allen Mitgliedstaaten der Region ist die Prävalenz psychischer Störungen in den gesellschaftlich am stärksten benachteiligten Gruppen tendenziell am höchsten.

3. Der relative Anteil bestimmter Gruppen an den chronischen Erkrankungen insgesamt (mit Behinderungen verbrachten Jahren) ist ein wichtiger Indikator der Krankheitslast für Gesellschaft und Gesundheitssystem. Psychische Störungen liegen in der Europäischen Region mit Abstand an der Spitze der chronischen Erkrankungen und machen in einigen Mitgliedstaaten bis zu 40% der Gesamtbelastung der Bevölkerung durch letztere aus. Ein hoher Anteil der Empfänger von Sozialleistungen oder Behindertenrenten weist als primäre Erkrankung eine psychische Störung auf und darunter hauptsächlich depressive Störungen.

4. Psychische Störungen und Suizid sind eng miteinander verbunden. Die Suizidraten in der Europäischen Region sind im Vergleich zu anderen Teilen der Welt hoch. Im Durchschnitt beträgt die Suizidrate in der Region 11,2 pro 100 000 Einwohner (2013), doch bestehen zwischen den Mitgliedstaaten starke Unterschiede.

5. Es herrscht Konsens darüber, dass Versorgung und Behandlung im örtlichen Umfeld erfolgen sollten, weil große psychiatrische Anstalten oft zu Vernachlässigung und Anstaltsmentalität führen können. Dennoch sind viele Länder nach wie vor in erster Linie auf psychiatrische Krankenhäuser angewiesen. Das Bekenntnis zur Entinstitutionalisierung der Psychiatrie und zum Aufbau gemeindenaher psychosozialer Dienste besteht jedoch fort, auch wenn die Fortschritte in der Region unterschiedlich ausfallen. So ist die Ausweitung der Rolle der primären Gesundheitsversorgung in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit

multidisziplinärem, psychiatrisch geschultem Gesundheitspersonal in gemeindenahen Einrichtungen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt.

6. Gegen viele psychische Störungen und Begleiterkrankungen gibt es Behandlungs- und Versorgungsangebote, deren Wirksamkeit gut belegt ist. Durch eine solche Behandlung und Betreuung könnten die psychische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden verbessert, die Produktivität erhöht und viele Suizide verhindert werden. Allerdings wird ein Großteil der Menschen mit psychischen Störungen wegen der schlechten Zugänglichkeit von Angeboten – der sog. „Behandlungslücke“ – überhaupt nicht oder nur mit großer Verzögerung therapiert.

7. Viele Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen entscheiden sich aufgrund von Stigmatisierung und Diskriminierung dagegen, psychosoziale Dienste aufzusuchen oder sich längerfristig auf sie einzulassen. Das fehlende Interesse erklärt sich auch aus negativen Erfahrungen aus Behandlung und Betreuung. Durch Reformen muss mehr Vertrauen in die Sicherheit und Wirksamkeit der Versorgung geschaffen werden. Die Psychiatriepolitik muss die Angebote neu strukturieren, sie qualitativ verbessern und dafür sorgen, dass kompetentes Personal sichere, wirksame und annehmbare Therapien durchführt.

8. Das Bewusstsein für die Bedeutung psychischer Gesundheit und psychischen Wohlbefindens verbessert sich allmählich. So wird in der Zielvorgabe 3.4 des Ziels 3 für nachhaltige Entwicklung auf die psychische Gesundheit Bezug genommen: „Bis 2030 die Frühsterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern“. Dies schlägt sich seit der Annahme des Aktionsplans im Jahr 2013 auch in einer Vielzahl von Aktivitäten des Programms Psychische Gesundheit beim Regionalbüro nieder, das gegenwärtig mit etwa 25 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region zusammenarbeitet.

Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit

9. Mit Resolution EUR/RC63/R10 wird der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit¹ unterstützt und die Mitgliedstaaten² werden eindringlich aufgefordert,

- a) die psychische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung zu verbessern und, unter besonderer Beachtung vulnerabler Gruppen, ihre Belastung durch psychische Störungen zu verringern und zugleich für Förderungs- und Vorsorgemaßnahmen sowie Interventionen zu den Determinanten der psychischen Gesundheit zu sorgen, in denen allgemeine und gezielte Maßnahmen miteinander kombiniert werden,
- b) die Rechte der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu achten, ihre soziale Inklusion zu fördern und ausgewogene Chancen auf höchste Lebensqualität zu bieten und dabei gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolierung vorzugehen,
- c) den Zugang zu sicheren, kompetenten, bezahlbaren, wirksamen und gemeindenahen psychosozialen Angeboten oder deren angemessene Nutzung zu stärken bzw. zu schaffen.

¹¹ Dokument EUR/RC63/11

² und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration.

10. In der Resolution wird die Regionaldirektorin ersucht „für die Umsetzung des Aktionsplans fachliche Unterstützung anzubieten“ und „im Jahr 2017 über Fortschritte zu berichten.“

11. Die sieben Ziele des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit³ sind in Kasten C1 aufgeführt. Jedes Ziel enthält eine Reihe von Handlungsempfehlungen für die Mitgliedstaaten und das Regionalbüro, die zu messbaren Ergebnissen führen sollen.

12. Dieser Bericht präsentiert Fortschritte, die die Mitgliedstaaten in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Sekretariat der WHO von 2013 bis 2017 in Bezug auf jedes der sieben Ziele des Aktionsplans erreicht haben.

Kasten C1: Ziele des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit

Ziel 1: Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind.

Ziel 2: Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden.

Ziel 3: Psychosoziale Angebote sollen bedarfsgerecht in der Gemeinschaft zugänglich sein, fachkundig erbracht werden und bezahlbar bleiben.

Ziel 4: Menschen haben ein Recht auf respektvolle, sichere und wirksame Behandlung.

Ziel 5: Gesundheitssysteme bieten allen eine gute physische und psychische Versorgung.

Ziel 6: Systeme für die psychische Gesundheit funktionieren in gut koordinierter Partnerschaft mit anderen Sektoren.

Ziel 7: Leitung und Leistung im Bereich der psychischen Gesundheit werden durch solide Tatsachen und Kenntnisse vorangebracht.

Ziel 1: Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind

13. Die Chancengleichheit in Bezug auf psychisches Wohlbefinden im gesamten Lebensverlauf ist eng mit den Prioritäten von „Gesundheit 2020“ verknüpft, und eine Vielzahl von Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO haben zur Arbeit auf diesem Gebiet beigetragen. Als wichtigste Beispiele zu nennen wären die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020 (Minsk, Oktober 2015), auf der psychische Gesundheit im Lebensverlauf thematisiert wurde, und die Hocharrangige Konferenz „Gemeinsam für mehr Gesundheit und Wohlbefinden: Förderung ressort- und organisationsübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der

³ Dokument EUR/RC63/11.

Europäischen Region der WHO“, die im Dezember 2016 in Paris stattfand und auf der psychisches Wohlbefinden als eine zentrale Komponente des Wohlbefindens insgesamt bezeichnet wurde.

14. Das Programm Psychische Gesundheit des Regionalbüros trug zur Arbeit anderer Teile der Organisation in Bereichen bei, die für dieses Ziel 1 von Bedeutung sind, wie etwa Maßnahmen der Bewusstseinsbildung für psychische Gesundheit in Bezug auf sämtliche SDG und die darin enthaltenen Zielvorgaben sowie die Unterstützung für die Erstellung der Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC), in der nach Gesundheit und Wohlbefinden, Mobbing und Familienkultur gefragt wird. Die WHO engagiert sich in einer einjährigen Kampagne gegen Depressionen, die weltweit führende Ursache für Erkrankung und Behinderung sind. Ca. 300 Millionen Menschen leben mit einer Depression und zwischen 2005 und 2015 stieg ihre Zahl um 18% an. Depressionen waren am 7. April 2017 auch Gegenstand des Weltgesundheitstags und das Regionalbüro sowie die Länderbüros arbeiteten aktiv mit Gesundheitsministerien und anderen Partnern für die Erstellung von Informationsmaterialien und die Durchführung von Veranstaltungen.

15. Das Programm Psychische Gesundheit hat mit der Europäischen Kommission an der Gemeinsamen Aktion für psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden (2013–2016) gearbeitet, deren inhaltliche Schwerpunkte auf dem Wohlbefinden junger Menschen, gesunden Schulen und Beschäftigung sowie der Prävention von Depression und Suizid lagen. Die WHO war auf Sitzungen der Europäischen Kommission vertreten und an der Organisation mehrerer Konferenzen über die Förderung der psychischen Gesundheit beteiligt.

16. Das Programm Psychische Gesundheit arbeitete mit seinen Kooperationszentren in den Niederlanden und Finnland für Bewusstseinsbildung und veröffentlichte das Hintergrundpapier „Prävention von Depressionen in der Europäischen Region der WHO“, das auf der Website des Regionalbüros erhältlich ist.

17. Es hat auch die konkreten Bedürfnisse von anfälligen Bevölkerungsgruppen wie Flüchtlingen thematisiert. Auf einer Tagung des Kompetenzzentrums für psychische Gesundheit in Südosteuropa in Sarajewo (Bosnien und Herzegowina) legte das Programm Erkenntnisse in Bezug auf die Prävalenz psychischer Störungen in besonders anfälligen Gruppen sowie die Möglichkeiten von Therapie und Prävention vor. Das Programm unterstützte das Health Evidence Network (HEN) bei der Erstellung eines Berichts über psychische Gesundheit: *Bevölkerungsbezogene Aspekte der psychischen Gesundheit von Migranten und Flüchtlingen: eine Untersuchung der Erkenntnisse über die psychische Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und irregulären Migranten in der Europäischen Region der WHO (2016)*.

18. In vielen Mitgliedstaaten der Europäischen Region gibt es besorgniserregend hohe Suizidraten. Das Programm Psychische Gesundheit hat zusammen mit dem Hauptbüro den ersten Weltsuizidbericht der WHO erarbeitet, der den Titel „Suizid verhindern: ein weltweites Gebot“ trägt, und war Ländern wie Estland und Kasachstan bei der Ausgestaltung von Maßnahmen und Konzepten behilflich.

19. Das Programm stand außerdem Mitgliedstaaten wie Bulgarien, Estland, Montenegro, Norwegen und Portugal beratend beim Entwurf ihrer Pläne zur Förderung der psychischen Gesundheit zur Seite.

Ziel 2: Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden

20. Zentrale Zielsetzung des Aktionsplans ist der Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung und die Unterstützung einer personenzentrierten psychischen Gesundheitsversorgung, in der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in ihre eigene Versorgung eingebunden werden. Patienten und Angehörige waren aktiv an der Entwicklung des Aktionsplans beteiligt, was sich alleine an der Zahl der Einladungen an das Regionalbüro zeigte, den Aktionsplan auf Konferenzen von Patienten- und Familienverbänden zu präsentieren.

21. In Partnerschaft mit dem Programm Psychische Gesundheit hat das Kooperationszentrum für Forschung und Schulung im Bereich der psychischen Gesundheit in Lille (Frankreich) eine Tagung über Indikatoren für die Befähigung von psychisch kranken Menschen und ihren Betreuern organisiert. Die vereinbarten Indikatoren wurden verbreitet und werden inzwischen angewandt.

22. In den vergangenen Jahren ist auch das Thema Menschenrechte mehr in den Vordergrund gerückt, was sich etwa am Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahr 2006 zeigte, das in der Folge von vielen Mitgliedstaaten der Europäischen Region ratifiziert wurde. Die Bedeutung des Übereinkommens für den Themenkomplex psychische Gesundheit wurde intensiv erörtert und das Programm Psychische Gesundheit hat das Regionalbüro auf einer Reihe einschlägiger Tagungen vertreten, von denen einige vom Europäischen Vertreter des UN-Menschenrechtsbüros einberufen worden waren.

23. Das Programm Psychische Gesundheit war auf Tagungen des von der Europäischen Union finanzierten Aufklärungsnetzwerks gegen Radikalisierung vertreten, wo es über die Bedeutung der Wahrung der Rechte von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sowie ihres Schutzes vor Diskriminierung aufgrund einer falschen Verknüpfung von psychischen Störungen mit Gewalt informierte. Eine der größten Herausforderungen der letzten Jahre bestand darin, ein Gleichgewicht zwischen individuellen Rechten und dem Schutz der Öffentlichkeit zu finden – in einer Zeit, die von erhöhter Angst und dem Wunsch nach Risikovermeidung geprägt ist.

24. Das Programm Psychische Gesundheit hat einer Reihe von Mitgliedstaaten, darunter Litauen, der Türkei und Turkmenistan, bei der Ausarbeitung von Gesetzen zum Abbau von Diskriminierung im Bereich der psychischen Gesundheit geholfen. Dabei trat wiederholt die Herausforderung auf, einen diskriminierenden gesetzlichen Ausschluss von Personen mit diagnostizierten psychischen Störungen aus dem Arbeitsmarkt zu verhindern.

25. Ziel 2 wird auch durch die Unterstützung für das Konzept der Entinstitutionalisierung in den Mitgliedstaaten verfolgt. Im Programm Psychische Gesundheit gibt es ein Bewusstsein davon, dass Erwachsene mit psychischen Behinderungen in hohem Maße Diskriminierung und Vernachlässigung ausgesetzt sind, insbesondere wenn sie für Jahrzehnte in Institutionen untergebracht sind und keine Chance auf ein erfülltes Leben haben. Auf Wunsch der Mitgliedstaaten hat das Programm ein Projekt für Erwachsene mit chronischen psychischen Gesundheitsproblemen bzw. geistigen Behinderungen ins Leben gerufen, die in Institutionen und oft unter ungünstigen Bedingungen untergebracht sind. Das Projekt analysiert in den 36

beteiligten Ländern die jeweiligen Konzepte, untersucht Anzahl und Art der Institutionen und bewertet die Qualität einer Stichprobe aus diesen Institutionen. Ein Bericht über das Projekt wird dem Regionalkomitee auf seiner 68. Tagung im September 2018 zur Beratung vorgelegt werden.

Ziel 3: Psychosoziale Angebote sollen bedarfsgerecht in der Gemeinschaft zugänglich sein, fachkundig erbracht werden und bezahlbar bleiben

Ziel 4: Menschen haben ein Recht auf respektvolle, sichere und wirksame Behandlung

26. Die Ziele 3 und 4 sind untrennbar miteinander verknüpft, da die Verzahnung von Struktur und Prozess eine wesentliche Voraussetzung für die Bereitstellung einer hochwertigen psychischen Gesundheitsversorgung ist. Deshalb werden diese Ziele zusammen präsentiert.

27. In dem Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit wird ein Modell der gemeindenahen psychosozialen Versorgung vorgeschlagen, in dem die Hausärzte in die Bestimmung, Diagnose und Behandlung verbreiteter psychischer Gesundheitsprobleme einbezogen sind und komplexe und schwere psychische Störungen an gemeindenahe fachärztliche Teams überwiesen werden. Für Personen, die für sich selbst oder andere eine Gefahr darstellen, ist als letzter Ausweg eine Krankenhausunterbringung notwendig.

28. Seit der Billigung des Aktionsplans im Jahr 2013 unterstützt das Regionalbüro zahlreiche Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung ihrer Strategien und der grundlegenden Umgestaltung der Versorgung von einem Krankenhausmodell hin zu einer gemeindenahen Versorgung, die für Patienten und ihre Angehörigen zugänglich ist und weniger stigmatisierend wirkt.

29. In der Türkei hat das Programm mit finanzieller Hilfe des Gesundheitsministeriums und des Ministeriums für Familie und Soziales eine umfassende gemeindenahe Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen bzw. geistigen Behinderungen unterstützt. Das Projekt erhielt auch Fördermittel von der Europäischen Kommission. Das türkische Versorgungsmodell, in dessen Mittelpunkt familienorientierte Gemeindezentren stehen, versucht Einweisungen zu vermeiden, und bietet Angehörigen psychologische Schulung. Für langfristig hilfebedürftige Menschen wurden kleine Wohnheime, die sog. „Häuser der Hoffnung“, geplant. Außerdem wurden Qualitätsbewertungen in Institutionen vorgenommen, mehr als 100 gemeindenahe Teams und über 50 Häuser der Hoffnung geschaffen und rund 350 Fachkräfte geschult. Derzeit tritt das Projekt in seine zweite Phase.

30. In der Ukraine war das Regionalbüro bei der Schaffung und Schulung von vier Gemeindeteams behilflich, die Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen aufsuchen, die noch keinen Kontakt zu psychosozialen Diensten haben, unter ihnen auch Binnenvertriebene. Dieser Einsatz war sehr beliebt und erfolgreich und das Programm Psychische Gesundheit unterstützt dort inzwischen die Überarbeitung der Rechtsvorschriften zur Eingliederung der Teams in die reguläre psychische Gesundheitsversorgung.

31. Das Programm Psychische Gesundheit hat in Armenien, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau, Slowenien, Tadschikistan, Tschechien, Turkmenistan und Ungarn Missionen zur Bewertung der psychischen Gesundheitsversorgung

durchgeführt und Empfehlungen für Reformen abgegeben. Trotz der Unterschiedlichkeit dieser Länder in Bezug auf ihre geografische Lage und die Verfügbarkeit von Ressourcen waren die Herausforderungen sehr ähnlich:

- a) ein hoher Anteil des Etats wird für Krankenhäuser ausgegeben, die in schlechtem Zustand sind und nur eine kleine Anzahl von Patienten versorgen;
- b) personell schlecht ausgestattete Polikliniken können die hohe Nachfrage kaum bewältigen;
- c) Hausärzte befassen sich nicht mit psychischen Gesundheitsproblemen;
- d) unzureichende Personalausstattung, oft infolge von Abwanderung;
- e) eine veraltete Gesetzgebung;
- f) zögerliche Inanspruchnahme der Angebote durch Patienten und Angehörige aufgrund der Furcht vor Stigmatisierung und Diskriminierung.

32. In Armenien, Kirgisistan, der Republik Moldau, Tschechien, Turkmenistan und Ungarn hat das Programm Psychische Gesundheit im Rahmen mehrerer Besuche die Ausarbeitung von Strategien unterstützt und Seminare mit Meinungsführern und maßgeblichen Interessengruppen durchgeführt. Diese Workshops umfassten die Entwicklung von Strategien und Rechtsvorschriften, die Fähigkeiten der Fachkräfte und Methoden des Veränderungsmanagements.

33. In Portugal hat das Programm zusammen mit dem Gesundheitsministerium und der Europäischen Kommission eine Tagung zum Zustand der psychischen Gesundheitsversorgung organisiert.

34. Das Programm Psychische Gesundheit hat schon wiederholt Tagungen mit Gruppen von Mitgliedstaaten einberufen, die sich jeweils in ähnlichen Stadien der Entwicklung ihrer psychischen Gesundheitsversorgung befinden oder die über eine gemeinsame Sprache oder einen gemeinsamen kulturellen Hintergrund verfügen. So fanden drei Tagungen mit acht Ländern statt, in denen Russisch Verkehrssprache ist: Armenien, Belarus, Kasachstan, Kirgisistan, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan. Die Tagungen ermöglichten den Austausch von Erfahrungen und bewährten Praktiken in einem für diese Länder relevanten Themenspektrum, darunter Suizidprävention, die Rolle der psychischen Gesundheit im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung, die Entinstitutionalisierung, die Bereitstellung einer gemeindenahen psychosozialen Versorgung und die Erfordernisse in der Personalentwicklung. Von besonderem Interesse war in diesem Zusammenhang der Vorschlag, ein gemeinsames zentralasiatisches Zentrum für Personalentwicklung einzurichten, was jedoch an der Finanzierung scheiterte.

35. Das Regionalbüro hat das in Sarajewo (Bosnien und Herzegowina) ansässige Kompetenzzentrum für psychische Gesundheit in Südosteuropa unterstützt. Es war Mitveranstalter dreier Tagungen zur Fortentwicklung der eingerichteten gemeindenahen Zentren und zur Erörterung von Suizidprävention, Qualitätssicherung und der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen. Es beteiligten sich Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Israel, Montenegro, die Republik Moldau und Rumänien. Die Türkei wohnte als Beobachterin bei.

36. Das Programm Psychische Gesundheit hat auch mit Partnern wie der Europäischen Kommission und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) eng kooperiert. Die Europäische Kommission nahm gemeindenahe Dienste als eine Komponente in ihre Gemeinsame Aktion für psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden auf. Die Empfehlungen standen im Einklang mit den Zielen des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit. Die OECD führte einige Länderbewertungen durch.

37. Im gesamten Zeitraum hat das Programm Psychische Gesundheit eng mit nichtstaatlichen Organisationen zusammengearbeitet und sie in seine Arbeit einbezogen. Darunter waren EUFAMI (Europäische Angehörigenorganisation von Menschen mit psychischen Erkrankungen), die European Psychiatric Organization, GAMIAN (Verband der europäischen psychiatrischen Patienten) sowie eine Vielzahl nationaler Verbände auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit. Das Programm hat den Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit auch auf einer großen Anzahl von nationalen und internationalen Tagungen und Konferenzen (Albanien, Armenien, Belgien, Bulgarien, Deutschland, Estland, Frankreich, Irland, Italien, Kasachstan, Litauen, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Portugal, Russische Föderation, Serbien, Spanien, Tschechien, Türkei, Turkmenistan, Ungarn und Vereinigtes Königreich) vorgestellt.

Ziel 5: Gesundheitssysteme bieten allen eine gute physische und psychische Versorgung

38. Dieses Thema hat wegen der hohen Morbidität von Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten und wegen der hohen Prävalenz von Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum und Adipositas in dieser Gruppe viel Aufmerksamkeit erzielt.

39. Das Programm Psychische Gesundheit arbeitet in enger Abstimmung mit anderen Fachprogrammen darauf hin, alle für die psychische Gesundheit relevanten Aktivitäten in deren Strategien und Aktionspläne einzubeziehen. Ferner hat es auch zu themenübergreifenden Konferenzen und Tagungen wie der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020 in Minsk und zu der in Paris abgehaltenen Hochrangigen Konferenz zur Förderung ressort- und organisationsübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden inhaltlich beigetragen.

40. Das Programm Psychische Gesundheit setzt sich mit der Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Lehrpläne für das medizinische und psychiatrische Personal auseinander, die der Herausbildung von Fähigkeiten zur Bestimmung und Behandlung von Komorbiditäten dient. Insbesondere die Rolle der Hausärzte und des Personals von Polikliniken in Mitgliedstaaten, in denen eine gemeindenahe Versorgung aufgebaut wird, wird sehr ernst genommen.

41. Das Programm Psychische Gesundheit hat mit Unterstützung durch das Programm Nichtübertragbare Krankheiten einen Bericht über die Bewältigung von Komorbidität erstellt, in dem einschlägige Erkenntnisse und Fallstudien über eine gleichzeitige psychische und physische Erkrankung (etwa Herz-Kreislauf-Erkrankung, Krebs, Diabetes und Asthma) präsentiert und Empfehlungen für eine gute Praxis abgegeben wurden.

Ziel 6: Systeme für die psychische Gesundheit funktionieren in gut koordinierter Partnerschaft mit anderen Sektoren

42. Da viele der Maßnahmen, die dem Wohlbefinden und den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zugute kommen, in Zuständigkeitsbereichen außerhalb der Gesundheitspolitik liegen, bemüht sich das Regionalbüro Verbindungen über Ressortgrenzen hinweg zu schaffen. Der Beitrag der Thematik psychische Gesundheit zu den Konferenzen von Minsk und Paris wurde bereits erwähnt.

43. Suizid hat oft sozioökonomische Auslöser und deshalb engagieren sich in der Suizidprävention auch eine Reihe einschlägiger Organisationen. Das Programm Psychische Gesundheit will solche Risikofaktoren unter Einbeziehung sämtlicher maßgeblicher Organisationen in Angriff nehmen. So unterstützte es Maßnahmen in Estland und Kirgisistan sowie ein Seminar mit Ländern, in denen Russisch als Verkehrssprache dient.

44. In den meisten Mitgliedstaaten fällt die Langzeitpflege von Personen mit psychischen Behinderungen in die Zuständigkeit der Sozialministerien. Deshalb hat das Programm Psychische Gesundheit diese Ministerien in die Arbeit zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Erwachsenen mit langfristigem Pflegebedarf einbezogen.

45. Auch wenn Demenzerkrankungen nicht ausdrücklich Gegenstand des Aktionsplans für psychische Gesundheit sind, so hat das Programm Psychische Gesundheit sich doch in enger Partnerschaft mit dem Hauptbüro und der Europäischen Kommission dafür eingesetzt, diese Erkrankung zu thematisieren, die für mehrere Mitgliedstaaten zu einer hohen Priorität geworden ist. Das Programm hat das Thema auch mit Delegationen in den Büros der WHO sowie im Rahmen von Ländermissionen mit Gesundheitsministerien erörtert.

46. Der Querschnittscharakter der psychischen Gesundheitsversorgung spiegelt sich im multidisziplinären Profil des Personals wider, das fachübergreifend arbeitet und von einem breiten Spektrum von Dienststellen und Ressorts beschäftigt wird. Das schlägt sich in unterschiedlichen Wertvorstellungen und Arbeitsmethoden nieder, welche die Zusammenarbeit beeinträchtigen können. Das Regionalbüro lud daher eine Gruppe von Verbänden ein, die in der psychiatrischen Versorgung tätige Berufsgruppen vertreten, darunter Pflegekräfte, Beschäftigungstherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen, Psychiater und Sozialarbeiter. Diese vereinbarten eine Konsenserklärung und wollen als Gruppe weiter erkunden, wie die Arbeit im Bereich der psychischen Gesundheit durch Vereinbarung gemeinsamer Positionen verbessert werden kann.

Ziel 7: Leitung und Leistung im Bereich der psychischen Gesundheit werden durch solide Tatsachen und Kenntnisse vorgebracht

47. Für eine verantwortungsvolle Planung und Umsetzung der Angebote sind Informationen und Erkenntnisse erforderlich, was etwa den Gesundheitsstatus der Bevölkerung, die Prävalenz von psychischen Gesundheitsproblemen, die Bedürfnisse der Patienten und die Qualität der Versorgung betrifft. Ein Vergleich mit dem Status der psychischen Gesundheit in anderen Ländern kann als Indikator der Leistungserbringung dienen.

48. Mit dem Hauptbüro hat das Programm an der Sammlung, Analyse und Verbreitung von Daten über psychische Gesundheit aus den Ländern der Europäischen Region gearbeitet, die der Reihe WHO-Atlas für psychische Gesundheit aus den Jahren 2001, 2005, 2011 und 2014

entnommen wurden. Diese Reihe bietet detaillierte Daten über Konzepte, Leistungsangebote, Beschäftigte und Finanzierungsmodelle in der psychosozialen Versorgung der einzelnen Länder. Auf der Website zum WHO-Atlas für psychische Gesundheit sind Länderprofile verfügbar. Die Tabelle im Anhang C1 enthält eine Übersicht der Daten für die Europäische Region laut WHO-Atlas für psychische Gesundheit des Jahres 2014 und zeigt Lücken in der Leitungsstruktur, Dienstleistung und Leistungsmessung auf. 2017 soll eine neue Studie für den WHO-Atlas für psychische Gesundheit die Beobachtung von Veränderungen in den Mitgliedstaaten seit 2014 ermöglichen.

49. Das Programm Psychische Gesundheit hat die Europäische Kommission bei der Erfassung von Informationen über die Länder und bei der Bestimmung bewährter Praktiken im Rahmen der Gemeinsamen Aktion für psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden und des Kompasses für psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden unterstützt.

Kooperationszentren

50. Die Kooperationszentren der WHO haben das Programm Psychische Gesundheit des Regionalbüros aktiv unterstützt. Ihre Beiträge umfassten Aktivitäten in folgenden Bereichen:

- Befähigung von Patienten und gute psychische Gesundheitsversorgung (Centre Frontières im französischen Lille);
- Suizidprävention in Ländern, in denen Russisch als Verkehrssprache dient (Föderales medizinisches Forschungsinstitut V. Serbsky für Psychiatrie und Narkose in Moskau);
- Bewusstseinsbildung für gute Praxis und Unterstützung für die Leistungsgestaltung (Azienda per i Servizi Sanitari N.1 im italienischen Trieste);
- Erkenntnisse über Prävention und gute Praktiken von e-Gesundheit (Trimbos-Institut im niederländischen Utrecht);
- psychische Gesundheit von Flüchtlingen (Queen Mary University of London);
- Auswertung der gemeindenahen psychosozialen Versorgung und der Personalentwicklung in diesem Bereich (Universität Verona, Italien).

Fazit und Ausblick

51. Das Programm Psychische Gesundheit des Regionalbüros wird die kontinuierliche Umsetzung des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit durch Unterstützung der Mitgliedstaaten weiter vorantreiben. Zwischen 2013 und 2017 haben 25 Mitgliedstaaten psychische Gesundheit in ihren Zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) zu einem vorrangigen Thema gemacht. Für den Zweijahreszeitraum 2018–2019 hat eine ähnliche hohe Zahl von Ländern psychische Gesundheit als vorrangigen Themenbereich eingestuft, hier insbesondere den Ausbau der primären Gesundheitsversorgung sowie gemeindenahe Konzepte und Leistungsangebote.

52. Das Programm Psychische Gesundheit wird auch seine engen Partnerschaften mit Verbänden fortsetzen, die Berufsgruppen, Patienten und Angehörige vertreten, aber auch mit wissenschaftlichen Gremien und nichtstaatlichen Organisationen, die sich mit speziellen Erkrankungen wie Autismus und Demenz beschäftigen.

53. Der nächste Fortschrittsbericht zur Umsetzung des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit wird dem Regionalkomitee auf seiner 70. Tagung im September 2020 vorgelegt werden.

Anhang: Übersicht der Daten aus dem WHO-Atlas für psychische Gesundheit 2014 für Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region

Tabelle 1: Daten zur psychischen Gesundheit in Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region der WHO für konkrete Bereiche und Indikatoren ausgedrückt in Zahl der Länder oder prozentualem Anteil

Bereich/Indikator	Zahl	%
1 Fragebogen zum Atlas ausgefüllt vorgelegt	48	91%
2 Meldung von Daten zur psychischen Gesundheit	37	70%
<i>Bericht zur psychischen Gesundheit innerhalb der vergangenen zwei Jahre</i>	19	36%
<i>Daten Teil der allgemeinen Statistik</i>	18	34%
3 Meldung von Daten zu den Ausgaben für psychische Gesundheit	25	47%
<i>Ausschließlich stationäre Versorgung</i>	25	47%
<i>Stationäre und ambulante Versorgung</i>	20	38%
4 Meldung von Daten zum Personal im Bereich psychische Gesundheit	30	57%
<i>Teilweise Aufschlüsselung</i>	30	57%
<i>Vollständige Aufschlüsselung</i>	18	34%
5 Meldung verfügbarer Angebote	41	77%
<i>Nur stationäre Plätze</i>	41	77%
<i>Stationäre Plätze und Hausbesuche</i>	24	45%
6 Meldung der Nutzung von Angeboten <i>(für Personen mit einer Reihe schwerer psychischer Störungen)</i>	19	36%
7 Meldung über Zwangseinweisungen	23	43%
8 Umsetzung der Psychiatriepolitik	41	77%
<i>Vollständig</i>	13	25%
<i>Teilweise</i>	28	53%
9 Psychiatriegesetz durchgeführt	41	77%
<i>Vollständig</i>	25	47%
<i>Teilweise</i>	16	30%
10 Beteiligung der Nutzer der Angebote und ihrer Angehörigen*	36	68%
<i>Vollständig</i>	13	25%
<i>Teilweise</i>	23	43%
11 Förderungs- und Präventionsprogramme <i>(Land mit zwei oder mehr funktionstüchtigen Programmen)</i>	27	51%

* Beteiligung von Personen mit psychischen Störungen und Angehörigen an Planung, Politik, Angebotsentwicklung und Auswertung.

Quelle: Atlas für psychische Gesundheit 2014. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2015.

Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen

D. Abschlussbericht über die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC59/R5)

Einführung und Hintergrund

1. Wie das WHO-Regionalkomitee für Europa es auf seiner 59. Tagung im September 2009 durch Resolution EUR/RC59/R5 zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)(IGV) gefordert hat, gibt dieser Fortschrittsbericht einen Überblick zur Umsetzung der IGV in der Europäischen Region. Gemäß Resolution EUR/RC63/R8 ist dies der Abschlussbericht im Rahmen von Resolution EUR/RC59/R5.
2. In jüngerer Zeit hat etwa der Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit verdeutlicht, wie wichtig leistungsfähige nationale und internationale Mechanismen und Kapazitäten dafür sind, schwerwiegende Bedrohungen für die öffentliche Gesundheit schnell entdecken und bekämpfen sowie wirksame Präventionsmaßnahmen zu ihrer Eindämmung ergreifen zu können. Es ist außerdem umfassend belegt, dass starke und widerstandsfähige Gesundheitssysteme einer der Grundlagen für gut funktionierende Kernkapazitäten gemäß IGV sind.
3. Obwohl sich die Ebola- und Zika-Ausbrüche außerhalb der Europäischen Region der WHO ereigneten, haben sie doch die Notwendigkeit einer starken und abgestimmten Bereitschaft der Region gezeigt, damit Gefahren bekämpft und bis zur Katastrophe eskalierende sekundäre Ereignisse verhindert werden können. Zu den Vorsorge- und Gegenmaßnahmen gehören auch eine abgestimmte Risikokommunikation.
4. Der Prüfungsausschuss zur Bewertung der Rolle der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in Bezug auf den Ebola-Ausbruch und die ergriffenen Gegenmaßnahmen hat darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der IGV und insbesondere die Stärkung der Kernkapazitäten als kontinuierlicher Prozess zu betrachten seien, der Bereitschaftsplanung, Risikobewertung und Maßnahmen gegen alle gesundheitlichen Notlagen einschließt.
5. Der Prüfungsausschuss empfahl als ein zentrales Merkmal der Verbesserung strategischer Aktionspläne einen kontinuierlichen Kreislauf aus Bewertung, Maßnahme und Neubewertung. Er stellte auch fest, dass gegenwärtig keine Prozesse oder Systeme vorhanden seien, die eine Institutionalisierung der Erfassung und Verbreitung ereignisbezogener Beobachtungen und Lehren ermöglichten. Der Bericht des Prüfungsausschusses ebnete den Weg für einen überarbeiteten Überwachungs- und Evaluationsrahmen, der die Selbstbewertung von Fortschritten in der Umsetzung der IGV durch die Vertragsstaaten um freiwillige Simulationsübungen, Maßnahmenüberprüfungen und externe Evaluationen erweiterte und so einen genaueren Überblick über die operativen Kapazitäten der Länder ermöglichte. Im Rahmen seiner Aufgaben gemäß Artikel 44(2) der IGV hat das Sekretariat der WHO Instrumente für jede der drei freiwilligen Komponenten entwickelt.

6. Die globale Dynamik und Prozesse in Bezug auf die IGV und Gesundheitssicherheit bedeuten, dass die Europäische Region Führungsstärke zeigen muss, wenn sie auf die globale Debatte zu Vorsorge- und Gegenmaßnahmen Einfluss nehmen will. Damit der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees für Europa dieses umfassend über die globalen Erörterungen zur beschleunigten Anwendung der IGV in der Europäischen Region informieren und auf diese Einfluss nehmen konnte, setzte er hierfür 2015 eine Arbeitsgruppe ein. Diese berät seither das Sekretariat maßgeblich in Bezug auf die Formulierung und Priorisierung einschlägiger Aktivitäten sowie die Anpassung der globalen Ansätze an den Kontext der Region.

Anwendung der IGV in der Europäischen Region

7. Das Netzwerk der nationalen IGV-Anlaufstellen trug im gesamten Berichtszeitraum wesentlich zu Erfolgen in der Europäischen Region bei. So meldeten und verifizierten die Anlaufstellen aktiv Ereignisse, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite hätten auslösen können, und ermöglichten einen zügigeren Informationsaustausch unter den Vertragsstaaten in der Region. Es gab auch sichtliche Fortschritte bei der Meldung unterschiedlicher Gefahren für die öffentliche Gesundheit, zu denen neben Infektionskrankheiten auch Chemie-, Strahlen- und Lebensmittelunfälle sowie vom Menschen herbeigeführte Katastrophen zählen.

8. Die Vertragsstaaten und das Regionalbüro beteiligten sich in der Region und weltweit an der Reaktion auf große, für die öffentliche Gesundheit relevante Ereignisse. Das für Informationen und Risikoabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen zuständige Team dient als IGV-Kontaktstelle der WHO, die jederzeit zu erreichen ist. Das Team überwacht fortlaufend und je nach Bedarf in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und Partnern aus einer Vielzahl von Quellen Alarmsignale, die auf Ereignisse von Bedeutung für die öffentliche Gesundheit hinweisen. Zwischen September 2016 und Juni 2017 wurden ca. 15 000 derartige Signale aus unterschiedlichen Quellen überprüft. Die Analyse von rund 1500 Signalen führte zur Aufdeckung von 32 für die öffentliche Gesundheit gravierenden Ereignissen. Damit sie potenziell gefährliche Ereignisse entdecken kann, pflegt die WHO mit ihren Partnern, insbesondere der Europäischen Kommission und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) eine geregelte Zusammenarbeit. Ein betroffener Mitgliedstaat ist immer an der Einschätzung der Lage beteiligt ebenso wie das Länderbüro der WHO, sofern eines vorhanden ist. Das neue interne Schema für eine schnelle Risikoabschätzung, welches das Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen im Februar 2017 einführte, wurde in der Europäischen Region schon auf vier Ereignisse angewendet. 29 Ereignisse wurden gemeinsam mit den relevanten Fachabteilungen der WHO einer detaillierten, iterativen Risikoabschätzung unterzogen. Drei der oben genannten 32 Ereignisse bedurften keiner weiteren Verifizierung durch die maßgebliche Anlaufstelle, doch wurde in 29 Fällen in der Zeit vom 1. September 2016 bis zum 10. Juli 2017 um Bestätigung gebeten. Fast alle Anfragen wurden von den Anlaufstellen in Übereinstimmung mit den IGV zeitnah und unter Bereitstellung der verfügbaren Gesundheitsinformationen beantwortet. Die WHO unterstützte die Maßnahmen der Mitgliedstaaten in sechs Fällen, die Ausbrüche von Botulismus, Poliomyelitis, Zika, Legionärskrankheit und Krim-Kongo-Fieber betrafen.

Umsetzung der IGV in der Europäischen Region

9. Umsetzung der IGV und Bereitschaftsplanung für gesundheitliche Notlagen sollten zyklisch durch maßgeschneiderten Kapazitätsaufbau auf der nationalen Ebene gemäß Beobachtung, Auswertung und Erfahrung aus früheren Reaktionen auf für die öffentliche Gesundheit relevante Ereignisse verwirklicht werden. Defizite sollten im Rahmen budgetierter und finanzierter nationaler Aktionspläne behoben werden, welche die Entwicklung von Kapazitäten und Strukturen sowie operative Planung bzw. Verfahren in Angriff nehmen.

10. Im Juli 2017 waren weltweit bereits 50 externe Evaluationen abgeschlossen und 27 weitere waren für den Zeitraum 2017–2018 geplant. Das Regionalbüro hat bislang eine freiwillige externe Evaluation in acht Ländern unterstützt: Albanien, Armenien, Belgien, Finnland, Kirgisistan, Lettland, Slowenien und Turkmenistan. Liechtenstein und die Schweiz bereiten sich derzeit auf eine externe Evaluierung vor und mehrere Mitgliedstaaten haben ihr Interesse für das kommende Jahr bekundet. Externe Evaluationen haben sich als wirksames Instrument für ein Zusammenführen verschiedener Bereiche erwiesen, die in den Ländern an der Umsetzung der IGV beteiligt sind, was auch durch die kollegiale Diskussion zwischen externen und nationalen Experten in den relevanten Bereichen unterstützt wird. Außerdem machen sie politische Entscheidungsträger in den Ländern auf das Thema Gesundheitssicherheit und die Verpflichtungen aus den IGV aufmerksam.

11. Auch Simulationsübungen und Maßnahmenüberprüfungen profitieren von der Teilnahme externer Gutachter etwa durch fachlichen Dialog und fachliche Vernetzung in der Europäischen Region und weltweit. Im Juli 2017 waren weltweit 34 Simulationsübungen abgeschlossen und 25 weitere für den Zeitraum 2017–2018 geplant. Das Regionalbüro unterstützte die Planung und Durchführung von fünf Simulationsübungen zur Erprobung funktioneller Kapazitäten in den Bereichen Vorsorge, Aufdeckung und Bekämpfung auch zur Vorbereitung von Massenveranstaltungen. So wurde in Vorbereitung auf die 5. Asiatischen Hallen- und Kampfsportspiele im September 2017 in Turkmenistan das Auftreten des Nahost-Atemwegssyndrom-Coronavirus (MERS-CoV) simuliert und in Bosnien und Herzegowina wurden vier Tage lang die Koordinierung von Maßnahmen und die Anwendung von Verfahren im Falle einer gesundheitlichen Notlage gemäß IGV theoretisch erprobt.

12. Das Regionalbüro beteiligte sich auch zusammen mit der Europäischen Union, mehreren Organisationen der Vereinten Nationen und über 80 Ländern an einer Simulationsübung für die G20 und an der ConvEx-Übung unter Leitung der Internationalen Atomenergie-Organisation. In Ungarn wurde ein Strahlenunfall simuliert und die organisations- und länderübergreifende Zusammenarbeit auch mit den IGV-Anlaufstellen erprobt.

13. Das Regionalbüro erstellte in enger Zusammenarbeit mit dem ECDC ein Handbuch für Maßnahmenüberprüfungen. Es ist das Ergebnis einer Konsultation mit Fachleuten und Anlaufstellen in der Europäischen Region und soll selbst für die Entwicklung eines globalen Instruments genutzt werden.

14. In enger Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und ihren Institutionen unterstützt das Regionalbüro die Mitgliedstaaten darin, die vollständige Umsetzung der IGV zu erreichen. Zum Beispiel wurde das Regionalbüro um Beiträge gebeten zum Bereich Bereitschaftsplanung und Beobachtung gemäß Artikel 4 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden

grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. Das Regionalbüro plant auch im Zeitraum 2017–2018 in mehreren Bereichen etwa durch Simulationsübungen, Maßnahmenüberprüfungen und Risikokommunikation mit der Europäischen Kommission zusammenzuarbeiten.

15. In der Europäischen Region haben einige Mitgliedstaaten wichtige Fortschritte erzielt, insbesondere in Bezug auf Kapazitätsausbau der Labore, epidemiologische Überwachung, Gesetzgebung und Politik, Bereitschafts- und Personalplanung, wie sich aus der relativ guten Selbstbewertung durch die Vertragsstaaten in einer Fragebogenuntersuchung ergibt. Die Anwendbarkeit der IGV kann operativ beschränkt sein, zum Beispiel aber nicht nur, durch ein fehlendes Bewusstsein von den Kapazitäten und eine allgemeine Unfähigkeit, sie zu handhaben, Ausbildungsdefizite zu überwinden, maßgebliche Bereiche unter Verwendung eines alle Gefahren berücksichtigenden gesamtstaatlichen Ansatzes einzubinden sowie Mechanismen und Prozesse für eine ressort- und grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu entwickeln. Einige Länder missdeuten auch die in Anlage 1 der IGV genannten Mindestanforderungen und Kernkapazitäten so, als ob die IGV nur einzuhalten wären, wenn alle Kapazitäten optimal entwickelt sind.

16. Das Regionalbüro führte verschiedene Aktivitäten zur Überwindung von Defiziten und Unterstützung der Länder bei der Stärkung und Erhaltung ihrer Kapazitäten durch. Eine Tagung der nationalen IGV-Anlaufstellen fand im Februar in Sankt Petersburg statt. Sie bot Gelegenheit, die erzielten Fortschritte und weiteren Schritte zu erörtern, Erfahrungen auszutauschen und konkrete Defizite und Herausforderungen bei der Anwendung, Umsetzung und Einhaltung der IGV zu thematisieren. Insbesondere diente sie aber als Forum für eine konzentrierte Debatte, den Austausch vorbildlicher Praktiken und die Förderung länder- und regionsübergreifender Partnerschaften.

17. In jüngerer Zeit fanden auch Aktivitäten zu den für viele Mitgliedstaaten in der Europäischen Region so wichtigen Grenzübergangsstellen statt:

- die 6. Tagung zum Kooperationsabkommen zur Prävention und Bewältigung von die öffentliche Gesundheit betreffenden Ereignissen in der Zivilluftfahrt (CAPSCA-EUR/06) in Minsk (Belarus) vom 12. bis 14. Juli 2017;
- Überprüfung der Einhaltung der IGV an internationalen Flughäfen in Kasachstan, Tadschikistan und Turkmenistan durch Sachverständige. Weitere derartige Kontrollbesuche sind für Armenien sowie Bosnien und Herzegowina geplant.

18. Das Regionalbüro unterstützte die Länder bei der Entwicklung nationaler Aktionspläne, Überprüfung der gemachten Erfahrungen und Befolgung von Empfehlungen aus Evaluierungen und Bewertungen. Im Juni 2017 unterstützte die WHO eine dreitägige Konsultation in Kirgisistan, die der Entwicklung und Budgetierung eines nationalen Aktionsplans dienen sollte, mit dem erkannte Prioritäten gemäß den Empfehlungen aus der externen Evaluierung in Angriff genommen werden können. Zu den vom Gesundheitsministerium priorisierten IGV-Schwerpunkten zählten: Koordinierung, ressortübergreifende Verständigung und Überzeugungsarbeit, Bereitschaftsplanung, Grenzübergangsstellen, antimikrobielle Resistenzen und Risikokommunikation. Fachleute der für die Umsetzung der IGV in Kirgisistan zuständigen Bereiche (Gesundheitsämter, Veterinärmedizin, Katastrophenschutz, Verkehrswesen, Zoll und andere) haben aufgezeigt, mit welchen Maßnahmen die Lücken wirksam geschlossen werden können. Diese Aktivität wurde auch vom Büro des Ministerpräsidenten und vom Gesundheitsminister unterstützt. Am Ende der Konsultation fand eine partnerschaftliche Begegnung mit Botschaftsvertretern, Entwicklungsagenturen und weiteren Organisationen der

Vereinten Nationen als Nachbesprechung statt, auf der die Teilnehmer auch künftige Möglichkeiten der Zusammenarbeit besprechen konnten.

Befolgung der IGV in der Europäischen Region

19. Die Anlaufstellen der Europäischen Region zeigen ein anhaltend hohes und noch wachsendes Interesse am EIS-Portal (Event Information Site) für IGV-relevante Ereignisse, wie sich an der Zahl der Anmeldungen durch die Vertragsstaaten seit 2007 zeigt. Im Durchschnitt melden sich die Vertragsstaaten der Region 198 Male im Jahr (viermal pro Woche) bei EIS an. Allerdings bestehen hier große Unterschiede, denn einige Länder melden sich seltener als einmal pro Monat an.

20. Generell erfolgt wie in Artikel 10 der IGV vorgesehen die erste Antwort auf eine Bitte um Bestätigung binnen 24 Stunden und nur wenige Vertragsstaaten fallen hier aus dem Rahmen. Dort können jedoch oft die Länderbüros entscheidend dazu beitragen, eine Bestätigung zu erreichen. Auch bilateral verständigen sich die Anlaufstellen heute untereinander besser. Die Möglichkeit zur fachlichen Konsultation mit der WHO gemäß Artikel 8 der IGV wird derzeit noch zu wenig genutzt.

21. Bei der Überprüfung von Maßnahmen, die über die vorläufigen Empfehlungen der WHO anlässlich des Ebola-Ausbruchs hinausgingen, wurde festgestellt, dass sämtliche Vertragsstaaten aus der Europäischen Region dies mit Artikel 43 der IGV begründeten, während weltweit 23 Vertragsstaaten es unterließen.

22. Bisher haben 42 Vertragsstaaten mindestens eine Person für die IGV-Sachverständigenliste gemäß Artikel 47 der IGV nominiert. Dreizehn Staaten aus der Region haben noch keine Person nominiert.

23. In der Europäischen Region wenden zusehends mehr Vertragsstaaten Artikel 44(1) der IGV an und bieten anderen Vertragsstaaten Unterstützung und Zusammenarbeit an, in erster Linie für die Entwicklung, Stärkung und Erhaltung von Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Mehrere Vertragsstaaten unterstützten Aktivitäten des Regionalbüros, indem sie Bedienstete für den fachlichen Austausch entsandten sowie fachliche und finanzielle Unterstützung für Workshops, Schulungen, Übungen und Maßnahmenüberprüfungen anboten.

Schlussfolgerungen

24. Die Vertragsstaaten in der Europäischen Region haben sich die Umsetzung der IGV zu eigen gemacht und erkennen den Mehrwert des Gewinnens epidemiologischer Erkenntnisse durch gegenseitigen und rechtzeitigen Informationsaustausch sowie das Berichten und Melden von Ereignissen.

25. Das Regionalbüro hat seine Dienste als IGV-Kontaktstelle ausgeweitet und die Vertragsstaaten bei Risikoabschätzung und Gegenmaßnahmen unterstützt.

26. Das Regionalbüro hat durch seine Weiterverfolgung und Auswertung von Aktivitäten die Entwicklung und Umsetzung nationaler Aktionspläne zusätzlich unterstützt. Ferner sind als sinnvolle Maßnahmen in der Europäischen Region zu erwähnen: Schulungen für Anlaufstellen auf nationaler Ebene und regionsweit durch e-Learning oder Präsenzsulungen,

Überzeugungsarbeit in anderen Bereichen, Überprüfung von Gesetzgebung, Seminare zur Risikokommunikation und bilaterale Workshops. Die Unterstützung des Regionalbüros im Rahmen der IGV ist eng mit der Stärkung der Gesundheitssysteme auf Ebene der Länder verknüpft.

27. Vertragsstaaten mit höherer Anfälligkeit und geringerer Kapazität erfordern die besondere Aufmerksamkeit des Regionalbüros. Bilaterale und multilaterale Zusammenarbeit gemäß Artikel 44 der IGV sind wichtige Elemente der allgemeinen Bereitschaft sowie der konkreten Reaktion auf für die öffentliche Gesundheit relevante Ereignisse.

= = =