



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Sechshundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 11.–14. September 2006

Punkt 7 d) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC56/9 Rev.1

2. Oktober 2006

61676

ORIGINAL: ENGLISCH

Förderung der Gesundheitssicherheit: Antwort des Gesundheitssektors auf die Herausforderungen in der Europäischen Region der WHO

Was geschieht, wenn Länder rasch auf plötzliche gesundheitliche Gefährdungen reagieren müssen? Welches sind die wichtigsten Lehren, die Politiker aus Erfahrungen auf diesem Gebiet ziehen können?

Sinn und Zweck dieses Papiers ist es, gegenwärtige wie auch potenzielle zukünftige Gefährdungen der menschlichen Gesundheit mit möglichen Auswirkungen auf die Sicherheit aufzuzeigen, eine Bestandsaufnahme der gewonnenen Erkenntnisse durchzuführen, Wege zur Förderung der Gesundheitssicherheit in der Europäischen Region der WHO vorzuschlagen und dabei konkret:

- einen strategischen Handlungsrahmen zur Förderung von Gesundheit und Sicherheit auf gesamteuropäischer Ebene vorzuschlagen;
- einen Fahrplan zur Förderung von Gesundheit und Sicherheit durch Prüfung der Kapazitäten der Gesundheitssysteme und ein Konzept zur Stärkung der Gesundheitssysteme auszuarbeiten und zu vereinbaren; und
- effektive und umfassende Gegenmaßnahmen der Gesundheitssysteme zu fördern, indem die Mitgliedstaaten bei der Intensivierung von Vorsorgemaßnahmen für Gesundheitsgefährdungen mit Auswirkungen auf die öffentliche Sicherheit unterstützt werden.

Das Dokument wird den Mitgliedstaaten auf der 56. Tagung des Regionalkomitees zur Diskussion und Prüfung vorgelegt. Das Regionalkomitee wird möglicherweise beschließen, den Regionaldirektor zu einer entsprechenden Fortsetzung dieser Arbeit in den nächsten Jahren aufzufordern.

Inhalt

	<i>Page</i>
Einführung.....	1
Gesundheit und Sicherheit.....	3
Herausforderungen	3
Mögliche Handlungsstrategien des Gesundheitssektors	4
Umsetzung des rechtlichen Rahmens.....	4
Stärkung der Gesundheitssysteme.....	5
Information und Kommunikation	7
Erkenntnisse aus Fallstudien	7
Kosovo (Serbien): Fallstudie zur Bleibelastung (2006).....	7
Folgen einer Hitzewelle – Eine Fallstudie (2003).....	10
Hochwasser: Die Fallstudie Bulgarien (2005)	11
Türkei: Das Erdbeben von Marmara (1999)	13
Ausbrüche von Vogelgrippe und Influenza A/H5N1 in der Europäischen Region (2006).....	15
Schlussfolgerungen aus den Fallstudien	17
Die Rolle der WHO.....	17
Institutionelle Bereitschaft der WHO.....	18
Ausblick	18
Literatur.....	20
Bibliografie.....	21
Anhang: Begriffsbestimmungen.....	25

Dieses Papier basiert auf den folgenden Dokumenten und Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Regionalkomitees:

2006

A59/4 und A59/5 Bessere Vorbereitung auf eine Influenzapandemie und verbesserte Gegenmaßnahmen, u. a. durch Anwendung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)

A59/20 Katastrophenschutz

2005

WHA58.1 Gesundheitsmaßnahmen bei Krisen und Katastrophen mit besonderem Schwerpunkt auf dem Erdbeben und Tsunami vom 26. Dezember 2004

WHA58.3 Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften

WHA58.4 Resolution über die Bereitstellung der zweckgebundenen Mittel für den Finanzzeitraum 2006/2007

WHA58.5 Bessere Vorbereitung auf eine Influenzapandemie und verbesserte Gegenmaßnahmen

EUR/RC55/R8 Stärkung der europäischen Gesundheitssysteme als Fortsetzung der Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ des WHO-Regionalbüros für Europa

2004

EUR/RC54/R3 Umwelt und Gesundheit

2003

WHA56.29 Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom (SARS)

2002

WHA55.16 Globale Reaktion der Gesundheitspolitik auf das natürliche Vorkommen, die unfallbedingte Freisetzung oder die vorsätzliche Verwendung gesundheitsschädigender biologischer und chemischer Kampfstoffe oder radionuklearer Stoffe

2001

WHA54.14 Weltweite gesundheitliche Sicherheit: Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien

2000

EUR/RC50/Inf.Doc./4 Katastrophensoforthilfe in der Europäischen Region – Zwischenbericht

Einführung

1. In den letzten Jahrzehnten ist es in der Europäischen Region der WHO zu zahlreichen Ereignissen gekommen, die eine Gefährdung für Gesundheit und Sicherheit darstellten. Einige dieser Ereignisse haben Krisen und gesundheitliche Notstände von internationaler Tragweite ausgelöst, während andere in ihren geografischen Auswirkungen beschränkt blieben. Neu entstehende Risiken für die öffentliche Gesundheit wie Vogelgrippe haben weltweit Besorgnis hervorgerufen, und Gesundheitsfragen werden nun zunehmend unter dem Aspekt ihrer Bedeutung für die nationale Sicherheit und die Sicherheit der Menschen sowie für die nationalen Gesundheitssysteme diskutiert.

2. Die Region hat mehrere schwere Krisen erlebt. So kamen zwischen 1990 und 2006 bei 1469 Ereignissen – Katastrophen und Krisen – 95 700 Menschen ums Leben; insgesamt waren mehr als 42 Mio. Menschen betroffen. Dabei waren extreme Temperaturereignisse und Erdbeben für die meisten Todesfälle verantwortlich, während Hochwasser zwar die häufigsten Ereignisse waren, jedoch relativ wenige Menschenleben kosteten, wie aus Tabelle 1 hervorgeht.

Tabelle 1: Europäische Region der WHO – Wichtigste Ereignisse – Katastrophen und Krisen im Zeitraum 1990–2006

Art des Ereignisses	Zahl der Ereignisse	Todesfälle	Gesamtzahl der Betroffenen
Hochwasser	319	3 702	10 774 701
Sturm	160	1 375	> 8 000 000
Erdbeben	98	21 828	4 486 715
Dürre	31		1 594 675
Extreme Temperaturen	105	50 082	1 376 200
Epidemien u. Krankheitsausbruch	51	621	213 149
Unfall	593	15 976	108 182
Erdrutsch	48	1 891	70 513

(Quelle: EMDAT: The OFDA/CRED International Disaster Database, www.em-dat.net)

Tabelle 2: Wichtigste Ereignisse in der Europäischen Region der WHO nach Ländern, 1990–2006

	Sturm	Hochwasser	Extreme Temperaturen	Waldbrand	Epidemie	Erdbeben	Erdbeben	Unfälle insgesamt	Ereignisse insgesamt
Albanien	2	7	1	0	2	0	1	2	15
Andorra									
Armenien	0	3	0	0	0	0	1	5	9
Aserbajdschan	0	5	0	0	0	1	3	10	19
Belgien	3	10	3	0	0	0	1	10	27
Bosnien-Herzegowina	2	4	0	1	1	1	0	2	11
Bulgarien	4	7	4	2	0	0	1	2	20
Dänemark	4	0	0	0	0	0	0	3	7
Deutschland	12	10	4	0	2	0	2	24	54
Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien									
Estland	1	0	1	0	0	0	0	2	4
Finnland	0	1	0	0	0	0	0	2	3
Frankreich	16	28	7	3	2	3	0	38	97
Georgien	1	5	0	0	0	0	3	9	18
Griechenland	2	14	2	4	0	0	12	16	50
Irland	5	2	0	0	2	0	0	2	11
Island	0	0	0	0	0	2	2	0	4
Israel	2	2	2	1	1	0	0	7	15
Italien	3	18	3	4	2	1	7	29	67
Kasachstan	1	4	2	1	3	1	1	7	20
Kirgisistan	0	2	1	0	1	7	3	7	21
Kroatien	1	3	2	3	0	0	1	3	13
Lettland	1	0	3	0	1	0	0	0	5
Litauen	1	1	2	0	0	0	0	1	5
Luxemburg	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Malta	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Monaco									
Niederlande	4	3	3	0	1	0	1	14	26
Norwegen	3	3	0	0	0	0	0	9	15
Österreich	7	5	1	0	0	2	1	6	22
Polen	4	5	7	1	0	0	0	9	26
Portugal	1	6	1	5	0	0	0	6	19
Republik Moldau	2	5	1	0	1	0	0	0	9
Rumänien	8	25	10	0	3	1	3	12	62
Russische Föderation	18	41	16	19	10	11	15	136	266
San Marino									
Serbien und Montenegro	1	8	2	1	2	0	2	11	27
Schweden	2	0	1	0	2	0	0	3	8
Schweiz	6	4	2	0	1	2	0	9	24
Slowakei	1	5	1	1	0	0	0	2	10
Slowenien	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Spanien	7	6	5	8	2	1	1	36	66
Tadschikistan	2	17	0	0	4	9	4	5	41
Tschechische Republik	2	3	1	0	0	0	0	2	8
Türkei	7	20	5	3	0	4	27	80	146
Turkmenistan	0	1	0	0	0	0	1	1	3
Ukraine	4	7	2	0	3	0	0	24	40
Ungarn	3	10	2	0	0	0	0	8	23
Usbekistan	0	1	0	0	1	2	1	3	8
Vereinigtes Königreich	14	15	5	0	1	0	1	26	62
Weißrussland	1	3	1	0	2	0	0	2	9
Zypern	2	0	2	1	1	0	1	2	9
Insgesamt	160	319	105	58	51	48	98	593	1 432

(Quelle: EMDAT: The OFDA/CRED International Disaster Database, www.em-dat.net)

Gesundheit und Sicherheit

3. Es gibt keine allgemein anerkannte Definition des Begriffs „Gesundheitssicherheit“. Als Arbeitsdefinition wird hier vorgeschlagen, die Analyse auf Gesundheitsfragen mit potenzieller Relevanz für die Sicherheit zu konzentrieren, d. h. diejenigen Gesundheitsnotstände akuter (und nicht chronischer) Natur, die ernsthafte – und möglicherweise grenzüberschreitende – Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben.

4. „Krise“ wird als eine instabile und extrem gefährliche oder schwierige Situation definiert, bei der örtliche Gesundheitssysteme, von denen die Menschen versorgt werden, so überlastet sind, dass sie deren Bedürfnisse nicht mehr erfüllen oder die gestiegene Nachfrage nicht mehr bewältigen können.

5. Die Bedeutung der Gesundheit für die Sicherheit – oder Stabilität – und ihre Auswirkung auf diese spiegeln sich in dem neuen internationalen Konsens wider, dass wir uns unserer gemeinsamen Verantwortung für die kollektive Sicherheit sowie der Aufgabe der Prävention stellen müssen: „ein Ereignis oder Prozess, das bzw. der zu einer hohen Zahl von Todesfällen oder einer erheblichen Verschlechterung der Lebenschancen führt und Staaten als die Basiseinheit des internationalen Systems untergräbt, ist eine Bedrohung für die internationale Sicherheit.“ Diese Aussage findet sich im Bericht der Hochrangigen Gruppe für Bedrohungen, Herausforderungen und Wandel des Generalsekretärs der Vereinten Nationen (1).

6. Die Europäische Union (EU) arbeitet derzeit an einer weiteren Konkretisierung ihrer Rolle im Sicherheitsbereich – mit Schwerpunkt auf dem Aspekt Krisenmanagement. Es gibt gegenwärtig eine breit angelegte Debatte über das Ausmaß der Bedrohung der Sicherheit der EU und über die Befugnisse der EU-Institutionen in Bezug auf Koordination und Gegenmaßnahmen. Dies wird teilweise als Versuch interpretiert, künftigen Sicherheitsbedrohungen dadurch zu begegnen, dass eine europäische Sicherheitsgemeinschaft in eine sichere Gemeinschaft in Europa umgewandelt wird (2).

7. In den letzten Jahren haben in einigen der 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO dramatische politische und sozioökonomische Veränderungen stattgefunden, die für die Gesundheitssysteme und die Menschen in vielen Ländern ein unsicheres Umfeld und unzureichende Mittel und Kapazitäten für die Bewältigung der neuen Aufgaben zur Folge haben.

8. Mehrere Untersuchungen aus jüngster Zeit belegen, in welchem Maße die Ausbreitung von Krankheiten wie dem schweren akuten respiratorischen Syndrom, der bovinen spongiformen Enzephalopathie und der Vogelgrippe sowie die gesundheitlichen Auswirkungen anderer Krisen und Notstände die Sicherheit auf nationaler wie auch internationaler Ebene beeinträchtigen können.

9. Die Möglichkeit terroristischer Anschläge mit biologischen, chemischen oder nuklearen Waffen und die Gefahr von Konflikten oder Naturkatastrophen, die zu großen Flüchtlingsströmen und Gesundheitsnotständen führen, können zur Ausbreitung von Instabilität über Grenzen hinweg beitragen.

Herausforderungen

10. Die zunehmenden sozialen Ungleichheiten, die Verschlechterung und der weitgehende Zusammenbruch der Gesundheitssysteme in einigen Teilen der Europäischen Region, die wachsenden Zusammenhänge zwischen den übertragbaren Krankheiten und die Wiederkehr einiger fast ausgerotteter Krankheiten, die zunehmende Häufigkeit extremer Wetterereignisse, andere natürliche oder vom Menschen verursachte Katastrophen und bewaffnete Konflikte, die komplexe Notstandssituationen auslösen, sowie das unerhörte Ausmaß an Gewalt in der Gesellschaft haben allesamt die Europäische Region noch verwundbarer gemacht.

11. Es wird mit einer zunehmenden Häufigkeit und Intensität extremer Wetterereignisse gerechnet. Hochwasserereignisse sind die häufigste Art von Naturkatastrophe in der Europäischen Region. Hitzeperioden haben ernsthafte Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit, und die zunehmende Wasserknappheit in der Europäischen Region macht eine Veränderung der Gewohnheiten bei der Wassernutzung

in allen Sektoren ebenso erforderlich wie die Nutzung einer Vielzahl von Verfahren der Umwelt- und Gesundheitsverträglichkeitsprüfung sowie von wirtschaftlichen Instrumenten. Diese Bedrohungen verdeutlichen die Notwendigkeit, im Rahmen umfassender Vorsorgestrategien wirksame Frühwarnsysteme und -mechanismen und entsprechende Sofortmaßnahmen zu schaffen.

12. Neue globale Bedrohungsszenarien wie eine potenzielle Influenzapandemie oder der absichtliche Einsatz biologischer, chemischer oder nuklearer Kampfstoffe, kriegerische Auseinandersetzungen, globale Umweltveränderungen und der Handel mit gefährlichen Stoffen stellen die Gesundheitssysteme und Regierungen der Länder vor neue Herausforderungen. Die realistische Möglichkeit einer weltweiten Influenzapandemie, die die Gefahr einer schwerwiegenden Gesundheits- und Sicherheitskrise mit sich bringt, hat ein neues Gefahrenbewusstsein bewirkt: Bei einer gleichzeitigen Infektion von zwischen 25% und 30% der Bevölkerung könnte eine Pandemie sozioökonomische Folgen haben, die weit über den Gesundheitssektor hinausgehen.

13. Globale Umweltveränderungen wie der Verlust von Ökosystemfunktionen oder der Klimawandel könnten ferner zu Veränderungen der Krankheitsmuster beitragen und Migration auslösen und anfälligen Bevölkerungsgruppen wirtschaftliche Verluste zufügen.

14. Überdies zeigt ein Blick auf die Geschichte der Europäischen Region, dass die Gefahr von zwischen- und innerstaatlichen Konflikten und Bürgerkriegen durchaus besteht. Die umfassenden Erfahrungen und Erkenntnisse, die die Region aus den Reaktionen auf die gesundheitlichen Herausforderungen infolge der komplexen Notstandssituationen im Balkan gewinnen konnte, unterstreichen, wie wichtig es ist, dass die nationalen Gesundheitssysteme auf eine wirksame Bewältigung der Gesundheits- und Sicherheitsaspekte solcher Krisen angemessen vorbereitet sind. Sie verdeutlichen auch die Bedeutung der Bereitschaft der WHO als Institution, ihre Mitgliedstaaten und deren Gesundheitssysteme und Grundversorgung wirksam zu unterstützen.

15. Diese aktuellen Entwicklungen mit ihren teilweise dramatischen Veränderungen werfen die Frage auf, ob die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region ausreichend auf diese neuen Herausforderungen vorbereitet sind.

Mögliche Handlungsstrategien des Gesundheitssektors

Umsetzung des rechtlichen Rahmens

16. Das erste rechtsverbindliche Instrument der WHO, die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), wurde überarbeitet, und die überarbeitete Fassung wurde im Mai 2005 von allen Mitgliedstaaten gebilligt. Die unter der Bezeichnung „IGV 2005“ geführten Vorschriften bilden einen erneuerten Rechtsrahmen, innerhalb dessen die Mitgliedstaaten und die WHO gemeinsam auf gesundheitliche Notstandssituationen von internationaler Tragweite unabhängig von deren Art (biologische, chemische oder nukleare Waffen usw.) oder Ursprung (Natur, Unfall, Absicht) reagieren können. Die IGV 2005 treten am 15. Juni 2007 in Kraft. Allerdings hat der Exekutivrat der WHO auf seiner 117. Tagung die Resolution EB117.R7 angenommen, in der der 59. Weltgesundheitsversammlung (WHA59) empfohlen wird, zu einer frühzeitigen Umsetzung der IGV 2005 auf freiwilliger Basis aufzurufen. In der von der 59. Weltgesundheitsversammlung verabschiedeten Resolution werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, unverzüglich auf freiwilliger Basis diejenigen Bestimmungen der IGV 2005 umzusetzen, die in Bezug auf die Gefahr einer Vogelgrippe- und Influenzapandemie relevant sind, und wird der Regionaldirektor ersucht, bei der Erfüllung dieser Aufgabe mit den Mitgliedstaaten zusammenzuarbeiten.

17. Die Resolution WHA58.1 zu Gesundheitsmaßnahmen bei Krisen und Katastrophen verstärkt das Mandat der WHO, die Mitgliedstaaten bei der Vorbereitung ihrer Gesundheitssysteme auf eine effektive Bewältigung der gesundheitlichen Aspekte von Krisen zu unterstützen und die institutionelle Bereitschaft der Organisation selbst zu stärken.

Stärkung der Gesundheitssysteme

18. Gesundheits- und Sicherheitsrisiken machen komplexe Präventions- und Vorsorgestrategien innerhalb der Gesundheitssysteme erforderlich. Mit Vorsorge sind im Voraus durchgeführte Maßnahmen gemeint, die ein effektives Handeln gegen die Auswirkungen der Gefahren ermöglichen, darunter rechtzeitige und wirksame Frühwarnungen und vorübergehende Evakuierung von Personen und Sachgütern aus bedrohten Gebieten.

19. Die Gesundheitssysteme in der gesamten Region stehen vor einer Vielzahl von Gesundheitskrisen und vor hohen Erwartungshaltungen angesichts knapper Mittel. Eine gute Steuerung und ordnungsgemäße Verwaltung der Gesundheitssysteme sind besonders wichtige Voraussetzungen für effektives Handeln in Krisensituationen und sind von gut funktionierenden Gesundheitsinformationssystemen abhängig, die auf eine Erleichterung operationeller und strategischer Entscheidungsprozesse sowie auf Rechenschafts-ablage ausgerichtet sind.

20. Koordinierungsmechanismen für den Gesundheitssektor, Weisungs- und Kontrollstrukturen, Verfahren zur Ausweitung des gesundheitspolitischen Handelns in Krisensituationen, einschließlich der Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen und Mitarbeiter, und grundlegende, vordefinierte Behandlungsprotokolle sowie viele andere Krisenmanagementmaßnahmen müssen allesamt lange im Voraus festgelegt werden. Funktionierende und bewährte Netzwerke privater und öffentlicher Einrichtungen unter Mitwirkung von Zivilschutz und Sicherheitskräften, die Beteiligung von nichtstaatlichen Organisationen und von Freiwilligen sowie eine solide Kommunikationsstrategie sind Schlüsselemente, ohne die ein Gesundheitssystem in Krisenzeiten, in denen es am meisten benötigt wird, keine Menschenleben retten kann. Eine weite Verbreitung von besten Praktiken und evidenzbasierten Konzepten für die Ausarbeitung von Notfallplänen für Krankenhäuser und Primärversorgung, in denen Fragen der Bewältigung von Massensterben sowie die Themenbereiche Triage und Notfallinterventionen behandelt werden, ist von wesentlicher Bedeutung.

21. Krankenhäuser und Angebote der Primärversorgung sind in Krisen- und Katastrophensituationen ebenso von entscheidender Bedeutung wie Einrichtungen, die die grundlegende Versorgung sichern (Wasserwerke, Energieversorger usw.). Die gesundheitlichen Bedingungen sind in hohem Maße von anderen Schlüsselfaktoren wie Sicherheit, Basisinfrastruktur (z. B. Strom und Verkehr), Aufklärung, Regierungsarbeit und wirtschaftliche Stabilität abhängig. Das Gesundheitssystem reagiert in Bezug auf Sicherheitsaspekte besonders sensibel, was den Zugang der Patienten zur Gesundheitsversorgung und die normale Funktionsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen betrifft. Patienten werden u. U. aus Sicherheitserwägungen von lebenswichtigen Gesundheitsleistungen ferngehalten. Die Effektivität der Gesundheitssysteme wird auch erheblich von der Tätigkeit anderer Sektoren beeinflusst, darunter die Basisinfrastruktur, ihre Sanierung und Wiederherstellung und die Präsenz stabiler, bewährter Finanz-, Justiz- und Bildungssysteme.

22. Abhilfemaßnahmen müssen als grundlegend wichtige Komponenten von Programmen zur Förderung der Gesundheitssicherheit und von Katastrophenschutzstrategien betrachtet und als wesentliches Element einer effektiven Führungsrolle der Gesundheitsministerien gefördert werden. Eine Verringerung der funktionalen und strukturellen Anfälligkeit von Gesundheitseinrichtungen und lebenswichtigen Versorgungswegen ist für wirtschaftliche Kontinuität unverzichtbar. Krankenhäuser und andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung müssen so geplant und gebaut werden, dass sie auch in Krisensituationen noch funktionsfähig bleiben. Der Bau von für Katastrophenfälle gerüsteten Krankenhäusern ist eine der wichtigsten Empfehlungen des Aktionsrahmens von Hyogo (3), der auf der Weltkonferenz für Katastrophenvorsorge im Januar 2005 in Kobe (Japan) angenommen wurde. Überleben und Wiederaufbau einer Gemeinschaft nach einer größeren Katastrophe sind in erheblichem Maße vom reibungslosen Funktionieren der Gesundheitseinrichtungen und von ihrer Fähigkeit zur Bewältigung der zusätzlichen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung während einer Krise und nach Katastrophenereignissen abhängig.

23. Strukturierte Schulungsmaßnahmen für Gesundheitspersonal im Bereich der Bewältigung von gesundheitlichen Notständen sollten zum festen Bestandteil ihrer Ausbildung werden – und zum wesentlichen

Teil von nationalen Katastrophenschutzplänen für das Gesundheitswesen. Die nationalen Pläne sollten Strategien für einen koordinierten Kapazitätenaufbau, eine Aufgabenbeschreibung für alle institutionellen Ebenen des Gesundheitssystems sowie die Regelung administrativer und operationeller Verfahren beinhalten.

24. In modernen Vorsorgekonzepten wird meist von Mehrfachgefahren ausgegangen, einschließlich aller Arten natürlicher und vom Menschen verursachter Katastrophen, Epidemien, Systemversagen sowie Anschläge mit biologischen, chemischen, radiologischen oder nuklearen Kampfstoffen. Die Gesundheitsministerien müssen dafür Sorge tragen, dass die lebenswichtigen Gesundheitsleistungen in die sektorübergreifenden Koordinierungsbemühungen einbezogen werden. Institutionalisierte Programme für Katastrophenschutz und die Senkung von Gesundheitsrisiken müssen dem gesamten Gesundheitssektor als Orientierung dienen und sollten fest in sektor- und bereichsübergreifende Koordinierungsmechanismen mit Beteiligung von staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen sowie anderen Akteuren eingebunden sein.

25. In Krisenzeiten werden im Rahmen der humanitären Hilfe oft große Mengen an medizinischen Hilfsgütern, insbesondere lebenswichtigen Impfstoffen und Arzneimitteln, gespendet. Diese retten ohne Zweifel viele Menschenleben und lindern das Leid, doch können solche Spenden manchmal unbeabsichtigt durchaus auch die Probleme der Empfängerländer verschärfen. Die von der WHO zusammen mit ihren Partnern ausgearbeiteten Leitlinien für die Zusammenarbeit zwischen Hilfsorganisationen bei Arzneimittelspenden (4) und die Leitlinien für die sichere Beseitigung von unerwünschten Arzneimitteln während und nach Notständen (5) sollten allgemein verbreitet werden und vor einer möglichen Krise als vorbeugende Maßnahme aktiv an die Spender und ihre Partner sowie mögliche Empfängerländer herangetragen werden. Der Aufbau logistischer Überwachungs- und Lieferverfolgungssysteme und fest verankerte Verfahren für die Entgegennahme humanitärer Hilfe, einschließlich beschleunigter Registrierungsverfahren für pandemische Impfstoffe, können dazu beitragen, eine Überlastung lokaler Systeme durch externe Hilfslieferungen zu verhindern.

26. Die Organisation und Verwaltung der Gesundheitssysteme ist von Land zu Land verschieden. Daher beschränkt sich die Debatte nicht auf die reine Konzeptualisierung des Gesundheitssystems als Rahmen, sondern befasst sich primär mit den entscheidenden Maßnahmen, die ein Land bei der Verwirklichung seiner Ziele im Gesundheitssystem durchführen kann; dazu gehören auch wirksame Handlungsstrategien für verschiedene Arten von Gesundheitskrisen.

27. Der Wiederaufbau von Gesundheitswesen und Gesundheitsversorgung ist ein wichtiger Bestandteil der Anstrengungen zum Aufbau eines Staatswesens nach größeren Konflikten. Die wenigen Studien, die eine Dokumentierung und Untersuchung einer größeren Zahl von Fallstudien beinhalten und quantitative wie qualitative Ergebnisse vergleichen und beste Praktiken beschreiben, haben Hinweise auf zwei Faktoren ergeben, die die Wahrscheinlichkeit positiver Gesundheitsergebnisse erhöhen: Planung und Koordination sowie Infrastruktur und Ressourcen. Gesundheit kann sich während des staatlichen Aufbauprozesses in instabilen Staaten nach Konflikten gleichermaßen auf die übergeordneten politischen, ökonomischen und sicherheitsbezogenen Ziele auswirken.

28. In der Europäischen Region werden gesundheitliche Herausforderungen traditionell meist mittels vertikaler technischer Hilfe für die Länder angegangen, bei der der professionelle Sachverstand aus den vertikalen Programmen als wirksame Gegenmaßnahme zur Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen bei einer bestimmten Krise verstanden wird. Allerdings weist dieser Ansatz i.d.R. erhebliche systembedingte Mängel auf, denn er ist nicht nur sehr kostenintensiv, sondern birgt auch die Gefahr der Schaffung von Parallelstrukturen und Doppelarbeit.

29. Die Umsetzung von Erfolgsgeschichten vertikaler technischer Hilfe in nachhaltige, langfristige Verbesserungen bei der Gesundheitssicherheit erfordert eine allmähliche Einbindung vertikaler Programmansätze in einen kohärenten und systematischen horizontal angelegten Rahmen. Eine wirksame Erhöhung der langfristigen Krisenvorsorge und der Aufbau eines übergeordneten gemeinsamen Systems zur Bewältigung gesundheitlicher Gefahren machen eine starke Systeminfrastruktur auf nationaler Ebene erforderlich. Ein Mechanismus mit „einem System“, der einen Ausbau der Kapazitäten der nationalen

Gesundheitssysteme beinhaltet, kann ein geeignetes Mittel sein, um auf bekannte wie auch auf noch unbekannt zukünftige Bedrohungen für Gesundheit und Sicherheit zu reagieren.

Information und Kommunikation

30. Risikokommunikation ist für öffentliche Gesundheitsprogramme lebenswichtig. Die Risikowahrnehmung prägt in hohem Maße das individuelle Verhalten, und soziale Mobilisierung und Gesundheitsaufklärung können die Risikominderung erheblich begünstigen und die Bewältigungsfähigkeit von Gemeinschaften verbessern. Durch einfache, leicht verständliche Botschaften in den Massenmedien kann die Öffentlichkeit über Schutzmaßnahmen zur Verringerung der Gesundheitsrisiken informiert werden. Die rechtzeitige Bereitstellung zuverlässiger Informationen für die Öffentlichkeit ist bei jedem gesundheitspolitischen Notstand von großer Bedeutung. Gerüchte sowie der wahrgenommene Versuch, wichtige Informationen zu verbergen, können Panikreaktionen auslösen und somit die Sicherheit gefährden.

31. Gesundheitskrisen sind meist auch Kommunikationskrisen. Aus den Erfahrungen mit Krisenkommunikation in der Europäischen Region lassen sich verschiedene Lehren ziehen:

- Die Ursachen für die Entstehung von Gesundheitsrisiken und das Versagen der öffentlichen Hand bei ihrer Bewältigung liegen häufig in einem Klima, das durch Misstrauen, Argwohn, Schuldzuweisung und Vergeltung gekennzeichnet ist und durch unzureichende und widersprüchliche Information entsteht.
- Die Öffentlichkeit unterscheidet sich in ihrem Verständnis und ihrer Risikowahrnehmung erheblich von den Gesundheitsfachkräften – eine Tatsache, die bei Kommunikationsstrategien berücksichtigt werden muss.
- Eine Organisationskultur der Transparenz ist für eine effektive Bewältigung und Kommunikation von Gesundheitsrisiken lebenswichtig.
- Ein klarer Rahmen für die Risikoabschätzung ist die Voraussetzung für fundierte Entscheidungen über geeignete Risikokontrollmaßnahmen.
- Präzise und zuverlässige Kommunikation und ein entsprechender Informationsaustausch sind lebenswichtige Instrumente für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse.

Erkenntnisse aus Fallstudien

32. Dieses Kapitel basiert auf in jüngster Zeit durchgeführten Fallstudien und enthält eine Analyse der Erkenntnisse über Maßnahmen zur Bewältigung verschiedener Gesundheitskrisen in der Region. Konkret befasst es sich mit den Maßnahmen zur Bewältigung der umweltbedingten Gesundheitskrise in Verbindung mit der Bleibelastung in der von den Vereinten Nationen verwalteten Provinz Kosovo (Serbien), den gesundheitlichen Auswirkungen der Hitzewelle im Jahr 2003, den Überschwemmungen in Osteuropa (Bulgarien), dem Erdbeben in der Türkei und den Ausbrüchen von Vogelgrippe und Influenza in der Türkei und in Aserbaidschan.

Kosovo (Serbien): Fallstudie zur Bleibelastung (2006)

Beschreibung der Situation

33. Nach jahrzehntelangem Betrieb der Mine der Firma TREPČA in Mitrovica/ë, einer Stadt mit ca. 110 000 Einwohnern in der von den Vereinten Nationen verwalteten Provinz Kosovo (Serbien), ist eine starke Bleibelastung der Umwelt festzustellen,¹ die insbesondere für Kinder unter sechs Jahren mit erheblichen Gesundheitsrisiken verbunden ist. Besonders ernst ist die Situation in den Lagern der im eigenen

¹ Die Mine TREPČA in Mitrovica/ë wurde 1927 eröffnet. Die Schmelzanlage bei Zvečan ging 1939 in Betrieb.

Land vertriebenen Menschen nahe der Abraumhalden in Nord-Mitrovica/ë und Zvecan,² wo 560 Angehörige der Ethnien der Roma, Ashkali und Ägypter (RAE) seit Beginn der Kosovo-Krise 1999 unter schlechten hygienischen Bedingungen und mit unregelmäßiger Wasser- und Stromversorgung leben. Die Nähe der Lager zu den Abraumhalden und Schmelzanlagen von TREPÇA macht eine Verlegung der betroffenen Gruppen in ein weniger belastetes Gebiet dringend erforderlich.

34. Der jahrzehntelange Schmelz- und Metallverarbeitungsbetrieb ist zusammen mit den drei großen Abraumhalden der Fabrik für die Umweltbelastung in Mitrovica/ë verantwortlich. Daher wurde die Schmelzanlage 2000 auf Anordnung der Übergangsverwaltungsmission der Vereinten Nationen im Kosovo (UNMIK) geschlossen, um die von ihr ausgehenden Gesundheitsrisiken zu senken. Dennoch gelangt aufgrund der Abraumhalden und Schmelzanlagen nach wie vor Blei durch Staub und über den Boden in die Nahrungskette.

35. Die Region Mitrovica/ë ist ethnisch geteilt: Im nördlichen Teil leben Serben unter der Kontrolle der jugoslawischen Behörden, im Süden Albaner unter der provisorischen Selbstregierung im Kosovo (PISG) und der UNMIK. Seit Beginn der komplexen Notstandssituation im Jahr 1999 gilt in der Provinz Kosovo (Serbien) und insbesondere in der Region Mitrovica/ë eine erhöhte Sicherheitsstufe der Vereinten Nationen.

36. Das Regionalbüro unterstützt den Kosovo (Serbien) in der vorstehend beschriebenen Situation seit 2002. Eine 2004 von der WHO durchgeführte Gesundheitsrisikobewertung ergab eine hohe Bleibelastung im Raum Nord-Mitrovica/ë und extrem hohe Blutbleiwerte in den betroffenen Gemeinschaften. Dementsprechend wurden dringend gesundheitspolitische Interventionen gefordert.

Auswirkungen auf den Bereich Gesundheit und Sicherheit

37. Die Aussage über eine weit verbreitete Bleibelastung der Bevölkerung stieß allgemein auf Skepsis und Widerstand, da Blei bis dahin primär als berufsbedingtes Risiko eingestuft wurde. Über die möglichen gesundheitlichen Folgen für die Bevölkerung in der Umgebung der Bergbau- und Metallstandorte herrschte allgemein Unwissenheit.

38. Die von der WHO Ende 2004 durchgeführte Gesundheitsrisikobewertung bestätigte eine Bedrohung der Gesundheitssicherheit durch die Bleibelastung in nie da gewesenem Ausmaß. So hatten in Mitrovica/ë und Zvecan insgesamt 25% der untersuchten Kinder von 2–3 Jahren erhöhte Blutbleiwerte. Noch alarmierender ist eine Schätzung, nach der mindestens 100 der 160 RAE-Kinder in den Lagern für Binnenvertriebene aufgrund schwerer akuter und chronischer Bleivergiftung als medizinische Notfälle einzustufen sind.

39. Die Aufnahme von Blei mit der Nahrung und durch Einatmen kann besonders bei Kleinkindern Gesundheitsfolgen wie Hirn- oder Nervenschäden, Sprachstörungen, Hörprobleme, geistige Behinderungen, Lernstörungen, Hyperaktivität, dissoziales Verhalten und Wachstumsstörungen hervorrufen. Bleibelastung wird auch für Bluthochdruck und Nierenfunktionsstörung bei Erwachsenen verantwortlich gemacht.

40. Die ethnischen Spannungen in der Region sind nach wie vor stark, und die daraus resultierenden Probleme der Minoritäten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung dauern an. Die Serben aus dem Raum Nord-Mitrovica/ë meiden die Sekundär- und Tertiärversorgung in Pristina und fahren stattdessen oft eher

² Die in Mitten eines von Umwelterstörung gezeichneten Gebiets gelegenen RAE-Lager waren nie als semi-permanente Siedlungen vorgesehen. Das Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR) errichtete die drei Lager für Binnenvertriebene in Chesminluk, Kablare und Ztikovac für Angehörige der RAE-Ethnien, die während der komplexen Notstandssituation 1999 von Süd-Mitrovica/ë nach Nord-Mitrovica/ë geflohen waren. Beim Bau dieser als Übergangslösung gedachten Lager war das UNHCR von einer Aufenthaltsdauer zwischen 45 und 90 Tagen ausgegangen, danach war eine Rückkehr der RAE nach Süd-Mitrovica/ë vorgesehen. Dies wurde jedoch infolge des andauernden Konfliktes zwischen den ethnischen Gruppen verhindert, so dass die Lager nun schon seit 1999 bestehen.

nach Belgrad; durch die vierstündige Fahrt kommt es teilweise zu erheblichen Behandlungsverzögerungen.

41. Unter der gegenwärtigen Situation leiden auch wirtschaftliche Entwicklung und Beschäftigung. Die Spannungen haben sich angesichts der Unsicherheit bezüglich des endgültigen politischen Status des Kosovo (Serbien) und der Zukunft der Region Mitrovica/ë verschärft. Eine Abwanderung aus dem Kosovo (Serbien) nach einer diesbezüglichen Entscheidung könnte in Nord-Mitrovica/ë einen Personalengpass im Gesundheitswesen zur Folge haben.

42. Durch kontroverse Botschaften in den Medien wird in der lokalen Bevölkerung ein Klima des Misstrauens geschaffen, das mit wachsender Instabilität und einer zunehmenden Bedrohung der Sicherheit verbunden ist. Interessenkonflikte im Gesundheitssektor und in der Politik führen zu Komplikationen und Ungewissheit sowie zu Verzögerungen bei der Umsetzung geplanter Maßnahmen.

Ergriffene Maßnahmen

43. Das Regionalbüro hat die Situation hinsichtlich der Gesundheitssicherheit nach Auswertung einer Reihe von Risikoabschätzungen und Sondermissionen von WHO-Experten als Krise und als gesundheitspolitischen Notstand bezeichnet. Es hat deshalb einen sofortigen Umzug der davon am stärksten betroffenen Bewohner der drei RAE-Lager auf freiwilliger Basis in eine weniger bleibelastete Umgebung empfohlen.

44. So wurde zwischen dem Sonderbeauftragten des Generalsekretärs, der Zivilverwaltung (UNMIK) und den Partnerorganisationen der Vereinten Nationen, der PISG und Kommunalbeamten aus der Region Mitrovica/ë ein Notfall-Evakuierungsplan für die betroffenen RAE-Gemeinschaften vereinbart. Aufgrund von Widerständen der Angehörigen der binnenvertriebenen RAE-Ethnien und in Ermangelung eines für einen Umzug geeigneten Standortes konnte die WHO-Empfehlung erst Ende 2005 umgesetzt werden.

45. Nachdem der Regionaldirektor für Europa auf der 55. Tagung des Regionalkomitees im September 2005 an alle Mitgliedstaaten appelliert hatte, den der Zuständigkeit der UNMIK unterstehenden Umzugsprozess zu unterstützen, wurde eine Sonderarbeitsgruppe des Regionalbüros unter Federführung des WHO-Länderbüros in Serbien und Montenegro und seiner Außenstelle im Kosovo (Serbien) eingesetzt, die am 1. November 2005 ihre Arbeit vor Ort aufnahm. Die Arbeitsgruppe, der Experten aus den Bereichen Umwelt und Gesundheit, Ernährung, psychische Gesundheit und Kommunikation angehören, entwickelte und realisierte einen Aktionsplan zur Bewältigung der Bleikrise im Einklang mit der Koordinations- und Führungsrolle der WHO und unter Beteiligung der wichtigsten Partner sowie gemischtethnischer und sektorübergreifender Arbeitsgruppen.

46. Das WHO-Regionalbüro für Europa arbeitet seit November 2005 mit kontinuierlicher Unterstützung führender Experten der WHO und aus aller Welt an der Ausweitung der bestehenden Gesundheitsprogramme für die Binnenvertriebenenlager. Im März 2006 hatten sich die meisten Angehörigen der RAE-Minderheiten in zweien der Lager zum Umzug an einen sichereren Ort entschlossen, nämlich das ehemals vom französischen Militär genutzte Camp Osterode. Inzwischen wurde mit der Umsetzung eines medizinischen Therapieplans begonnen. Mit einer Informationskampagne wird das Risiko einer weiteren Bleiexposition zusehends reduziert. Die Aktivitäten der WHO wurden in den letzten Jahren von der Regierung der Niederlande finanziert, die Arbeit der Sonderarbeitsgruppe des Regionalbüros und das von ihr ausgearbeitete Programm wurden durch eine großzügige Zuwendung der norwegischen Regierung ermöglicht.

Analyse und Erkenntnisse

47. Die allgemeine Situation in der Region Mitrovica/ë ist weiterhin äußerst unsicher und für schnelle Veränderungen anfällig, da die durch den ungeklärten Status des Kosovo (Serbien) bedingte unsichere politische und sicherheitspolitische Konstellation sich negativ auf die Gesundheitssicherheit auswirken könnte.

48. Die Sofortmaßnahmen zur Bewältigung der Umweltkrise sollten schrittweise ausgeweitet und in umfassende Vorsorgestrategien für das lokale Gesundheitssystem eingebunden werden. Die Unterstützung auf der Grundsatzebene durch die WHO sollte weiter intensiviert werden.

49. Die Führungsrolle und die Überzeugungsarbeit der WHO, die in dieser Gesundheitskrise konsequent eine klare Position vertreten hat, waren bei der Bewältigung dieses komplexen gesundheitspolitischen Notstands, bei dem politische, gesundheitliche, soziale und sicherheitsrelevante Fragen auf dem Spiel standen, von wesentlicher Bedeutung. Ebenso wichtig war auch die umgehende fachliche Hilfe durch die WHO bei der Bewertung und Bewältigung von Gesundheitsrisiken nach internationalen Normen, und der regelmäßige Austausch zuverlässiger Informationen mit den maßgeblichen Akteuren war bei der Vertrauensbildung entscheidend.

50. Informations- und Öffentlichkeitsarbeit und die Unterstützung der Entscheidungsträger waren wirksame Instrumente bei der erfolgreichen Umsetzung der erforderlichen Präventionsmaßnahmen. Der Dialog mit den maßgeblichen Beteiligten am Entscheidungsprozess und die kontinuierliche Kommunikation mit den RAE-Gruppen waren bei der Verhinderung von Fehlinformation und Unsicherheit ausschlaggebend. Eine solide Informations- und Kommunikationsstrategie der WHO bei Krisen ist lebenswichtig; deshalb sind hier noch weitere Verbesserungen erforderlich.

Folgen einer Hitzewelle – Eine Fallstudie (2003)

Beschreibung der Situation

51. Bei einer schweren Hitzewelle in weiten Teilen Europas wurden 2003 an vielen Orten der Region die in den 1940er und frühen 1950er Jahren gemessenen Rekordtemperaturen übertroffen. Die Hitzewelle von 2003 hatte negative Auswirkungen auf Ökosysteme, Stromnachfrage und -erzeugung, Landwirtschaft, Nahrungsmittelvorräte, Gewässersysteme, Tourismusbranche und das Gesundheitswesen. So wurden die Schäden in der Landwirtschaft auf über 11 Mrd. € geschätzt. Viele größere Flüsse (z. B. Po, Rhein und Loire) erreichten die niedrigsten je gemessenen Pegelstände, was bei der Bewässerung wie auch bei der Kühlung von Kraftwerken zu Beeinträchtigungen führte. Die erhöhten Temperaturen bewirkten ein Abschmelzen des Permafrosts und hatten in den Alpen eine Zunahme von Steinschlag zur Folge. In Österreich, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, Portugal und Spanien wurden insgesamt 25 000 Waldbrände registriert, bei denen ca. 650 000 Hektar Wald vernichtet wurden. In 25% bis 30% der Lebensmittel verarbeitenden Betriebe funktionierten die Kühlsysteme nur noch unzureichend.

Auswirkungen auf den Bereich Gesundheit und Sicherheit

52. Die Zahl der zusätzlichen Todesfälle wird auf 50 000 geschätzt. In Belgien, der Tschechischen Republik, Frankreich, Deutschland, Italien, Portugal, Spanien, der Schweiz, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich wurde eine erhöhte Mortalität registriert. Bei der Sterblichkeitsrate gab es in manchen Ländern erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Städten, die möglicherweise auf Unterschiede hinsichtlich der klimatischen Bedingungen bzw. der Vorbereitung des Gesundheitssektors auf die Gesundheitsrisiken älterer Menschen zurückzuführen waren. Am stärksten gefährdet waren Menschen mit chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen bzw. Menschen, die bestimmte Medikamente einnahmen. Zu der erhöhten Mortalität trugen verschiedene umweltbezogene, soziale und durch die Gesundheitsversorgung bedingte Risikofaktoren bei; die wichtigsten waren Stadtleben, Alleinleben und Wohnen in höheren Stockwerken. Hitzeperioden zu Beginn des Sommers sind mit höheren Mortalitätsraten verbunden als Hitzeperioden später im Jahr. Episodenstudien haben ergeben, dass die Auswirkungen deutlich überwiegend in den höheren Altersgruppen auftraten und dass ein Großteil der Todesfälle auf Hitzschlag, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Störungen und Diabetes zurückzuführen war. Die Todesfälle unter jüngeren Erwachsenen betrafen vor allem die stark gefährdeten Gruppen, einschließlich der Obdachlosen, sowie Alkoholabhängige, psychisch Kranke und Menschen mit schweren körperlichen Behinderungen.

53. Schätzungen gehen davon aus, dass sich im Vereinigten Königreich der Anstieg der hitzebedingten Mortalität bis zu den 2050er Jahren um 250% erhöhen wird und dass in Portugal bis zu den 2020er Jahren

die hitzebedingten Mortalitätsraten zwischen 5,8 und 15,1 Todesfälle pro 100 000 Einwohner betragen werden – verglichen mit einer Basislinie von 5,4 bis 6 Todesfällen pro 100 000 Einwohner im Zeitraum 1970–1990 (6). Angesichts der wachsenden Zahl älterer Menschen in der Region und ihrer zunehmenden sozialen Isolation dürften in Zukunft immer mehr Menschen bei Hitzewellen bedroht sein. Die Hitzewelle und die hohen Todesfallzahlen lösten in Frankreich eine gesundheitspolitische Krise aus, die die französische Regierung zu verschiedenen Maßnahmen zur Eindämmung der Auswirkungen künftiger Hitzeperioden veranlasste.

Ergriffene Maßnahmen

54. Eine parlamentarische Untersuchung in Frankreich kam zu dem Ergebnis, dass die gesundheitlichen Auswirkungen „unvorsehbar“ gewesen seien, dass die Häufung der Todesfälle erst verspätet entdeckt worden sei und dass das Handlungsdefizit der Gesundheitspolitik sowohl durch einen Mangel an Experten als auch durch einen unzureichenden Informationsaustausch zwischen den staatlichen Stellen bedingt sei, die aufgrund der Urlaubszeit personell unterbesetzt und deren Zuständigkeiten nicht klar festgelegt gewesen seien (7). Die Gesundheitseinrichtungen waren durch den starken Zustrom von Patienten überlastet, und die Friedhöfe und Krematorien konnten die hohe Zahl der Leichen nicht bewältigen (8). Die französischen Behörden arbeiteten im Jahr 2004 nationale und lokale Aktionspläne aus, zu denen Hitzefrühwarnsysteme, Maßnahmen der Gesundheits- und Umweltüberwachung und Wettervorhersagen gehörten (9).

Analyse und Erkenntnisse

55. Bei dem von der WHO koordinierten Forschungsprojekt über Klimaveränderungen und Anpassungsstrategien zum Schutz der menschlichen Gesundheit (cCASHh) wurden die nach 2003 ergriffenen Maßnahmen in anderen Ländern der Region untersucht. In vielen Ländern bestand die unmittelbare Reaktion der Gesundheitssysteme darin, die gesundheitlichen Auswirkungen im Land zu untersuchen und Präventionspläne für Hitzeperioden auszuarbeiten. Diese beinhalten Komponenten wie Frühwarnung und -erkennung sowie Empfehlungen für Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen. Darüber hinaus werden inzwischen auch die Versorgung der älteren Menschen und mögliche strukturelle Verbesserungen in Wohneinrichtungen (z. B. Schaffung von kühlen Räumen) neu bewertet. Eine Bewertung der Effektivität dieser Maßnahmen steht noch aus.

Hochwasser: Die Fallstudie Bulgarien (2005)

Beschreibung der Situation

56. Hochwasserereignisse sind die häufigste Art von Naturkatastrophe in der Europäischen Region. Im Sommer 2005 kam es in Mittel- und Osteuropa zu schweren Überschwemmungen, die große Schäden an der Infrastruktur und in der Landwirtschaft anrichteten. Dabei erwiesen sich einige Länder und Bevölkerungsgruppen als anfälliger und konnten sich nicht so schnell von den Folgen erholen wie andere.

57. In Bulgarien waren 2 Mio. Menschen von sintflutartigen Regenfällen betroffen, die 20 Menschen das Leben kosteten und ca. 10 000 Menschen obdachlos machten. Der Schaden für die Wirtschaft wurde auf ca. 624 Mio. US-\$ geschätzt, und große landwirtschaftliche Flächen und lebenswichtige Infrastruktureinrichtungen wurden zerstört. Am stärksten betroffen waren die Regionen Targovishte, Rousse, Velico Tarnovo, Stara Zagora, Haskovo, Pazardzik, Shoumen und Bourgas.

Auswirkungen auf den Bereich Gesundheit und Sicherheit

58. Nach dem Hochwasser führte die WHO eine Schnellbewertung der Gesundheitssituation in den betroffenen Gebieten durch. Zwar wurden keine größeren Krankheitsausbrüche gemeldet, doch stellte die Kontaminierung von Wasservorräten und Lebensmittelquellen eine potenzielle Gefahr für Gesundheit, Lebensgrundlagen und öffentliche Sicherheit dar. Ackerflächen, auf denen normalerweise Grundnahrungsmittel für Familien erzeugt werden, wurden überschwemmt und durch den Inhalt von Senkgruben kontaminiert. Von den dadurch bedingten ökonomischen Verlusten waren breitere Bevölkerungsschichten betroffen als die unmittelbaren Flutopfer, so dass viele Menschen, insbesondere die benachteiligten

Gruppen, in eine schwierige Situation gerieten. Zwar wurde die Wasserversorgung nicht unterbrochen, doch wurden die meisten Brunnen in Privathäusern durch Abwässer verunreinigt. Die örtlichen Behörden warnten die Bevölkerung vor dem Risiko einer Verunreinigung des Wassers und empfahlen, nur Mineralwasser zu verwenden – eine weitere Belastung für die ohnehin schon angespannten Finanzen der ländlichen Familien. In den Medien wurde von Todesfällen durch Ertrinken in den Fluten berichtet, und ein Mann wurde durch Blitzschlag getötet, als er sein Vieh retten wollte.

59. Bei der Bewertung durch die WHO wurde auch vor allem bei älteren Menschen ein hohes Maß an Stress festgestellt. Untersuchungen früherer Hochwasserereignisse deuten darauf hin, dass neben der eigentlichen Erfahrung einer Überschwemmung viele der psychischen Probleme, etwa eine erhöhte Inzidenz von Angstzuständen und Depressionen, durch die Folgen der Evakuierung, die Schäden am Haus oder den Verlust von Familienbesitz verursacht werden. Eine Besserung der Lage wird durch fehlenden Versicherungsschutz zusätzlich erschwert. Es gibt Untersuchungsergebnisse, die auf einen Anstieg der Selbstmordraten nach Hochwasserereignissen hindeuten, wofür es jedoch im Falle Bulgariens keinen Beleg gibt.

Ergriffene Maßnahmen

60. In den vom Hochwasser betroffenen Gebieten wurde der Notstand ausgerufen. Die staatliche Zivilschutzbehörde führte in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und anderen staatlichen Stellen eine unmittelbare Lagebewertung und sofortige Such- und Rettungsmaßnahmen durch. Das vorhandene Überwachungssystem für übertragbare Krankheiten kam zum Einsatz, und die Impfmaßnahmen wurden ohne Unterbrechung fortgesetzt. Die Gesundheitseinrichtungen blieben von den Fluten weitgehend verschont, und es wurden keine Engpässe bei Arzneimitteln oder Impfstoffen gemeldet. Die gesundheitliche Grundversorgung wurde nicht beeinträchtigt.

61. In einer internationalen Aktion wurden Notvorräte wie Trinkwasser, Decken und Lebensmittel sowie technische Hilfe für die Regierung bereitgestellt. Die Federführung lag beim Landesteam der Vereinten Nationen. Zu den beteiligten Organisationen gehörten die WHO (die dem Gesundheitsministerium bei der Bestimmung der umweltbedingten Gesundheitsrisiken und bei der Bewältigung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung behilflich war), das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen, das Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen sowie CARE und das Bulgarische Rote Kreuz.

Analyse und Erkenntnisse

62. Während zur Bewältigung der unmittelbaren Gesundheitsfolgen des Hochwassers in Bulgarien gesundheitspolitische Maßnahmen wie Krankheitskontrollen, Wasseruntersuchungen und Wasserbehandlung sowie Gesundheitsaufklärung und -information für die Allgemeinheit zum Einsatz kamen, war eine ausreichende Bewältigung der längerfristigen Gesundheitsfolgen, wie der Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und eines verschlechterten Zugangs zur Gesundheitsversorgung für die benachteiligten Gruppen, oft nicht gegeben.

63. Das Fallbeispiel Bulgarien belegt, dass Hochwasserereignisse die Sicherheit der Bevölkerung auf zweierlei Weise bedrohen: durch ihre Auswirkungen auf die Gesundheit wie auch auf die wirtschaftliche Stabilität, durch die sich die Anfälligkeit von Gemeinschaften und Einzelpersonen hinsichtlich der Bewältigung der Geschehnisse erhöht.

64. Deshalb müssen Maßnahmen zur Verstärkung der Katastrophenvorsorge und Strategien zur Risikominderung im Vorfeld von Hochwasserereignissen mehr in den Vordergrund gestellt werden. Ein derartiger sektorübergreifender Ansatz kann etwa folgende Elemente umfassen: Gesetzliche Regelungen zur Verlagerung von baulichen Anlagen aus überschwemmungsgefährdeten Gebieten, eine sachgerechte Raumordnungspolitik, Planung und Wartung von Binnenschifffahrtsstraßen, verbesserte Frühwarnsysteme und Hochwasservorhersagen sowie Versicherungsschutz. Dazu kann auch internationale Zusammenarbeit erforderlich sein, etwa im Bereich der Nutzung von Flächen und Wasserläufen oder der Hochwasserprognose.

65. Schwieriger zu bewerten und zu quantifizieren ist der Einfluss des Hochwassers auf die Sicherheit, die wirtschaftliche und gesundheitliche Situation sowie die Politik in der Region allgemein. Wenn jedoch die Vorhersagen über die Häufung von Hochwasserereignissen infolge eines möglichen Klimawandels zutreffen, so muss sich die Europäische Region dieser Herausforderung stellen: durch gemeinsames und abgestimmtes Planen und Handeln.

Türkei: Das Erdbeben von Marmara (1999)

Beschreibung der Situation

66. Am 17. August 1999 wurde die Region Marmara in der Türkei von einem Erdbeben der Stärke 7,8 auf der Richter-Skala erschüttert. Die Erdstöße trafen das dicht besiedelte Gebiet um 3.02 Uhr morgens. Insgesamt waren ca. 2 Mio. Menschen in fünf Städten betroffen. Somit kann von einem städtischen Erdbeben gesprochen werden. Nach amtlichen Angaben starben dabei 18 256 Menschen, 48 905 wurden verletzt und 357 322 Gebäude wurden beschädigt, von denen ein Drittel einstürzte. Die Zahl der Obdachlosen wurde auf 200 000 geschätzt.

Auswirkungen auf den Bereich Gesundheit und Sicherheit

67. Bei 639 der aus den Trümmern geborgenen Überlebenden wurde das Crush-Syndrom diagnostiziert. Die Krankenhäuser waren nur unzureichend mit Dialyseeinrichtungen ausgestattet, um das damit verbundene Nierenversagen zu behandeln, und weder die Rettungskräfte noch die ärztlichen Notteams konnten die Crush-Syndrom-Patienten vor Ort sofort ärztlich versorgen. Deshalb wurde das Crush-Syndrom für die Überlebenden des Erdbebens zur häufigsten Todesursache.

68. In den türkischen Medien wurden zahlreiche Mythen und falsche Vorstellungen über die von dem Erdbeben ausgehenden gesundheitlichen Gefahren verbreitet. So waren die in den Medien geäußerten Befürchtungen im Hinblick auf Cholera- und Typhusepidemien weitgehend unbegründet, wie Erfahrungen aus früheren Erdbeben belegen. Auch die Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch herumliegende Leichen wurde übertrieben dargestellt.

69. Die längerfristigen Auswirkungen des Erdbebens auf die Gesundheitssituation wurden durch die Prävalenz von psychischen Gesundheitsproblemen verdeutlicht, insbesondere in Form von posttraumatischen Belastungsstörungen. Nur wenige Betroffene erhielten eine ordnungsgemäße Behandlung. Anfällige Gruppen wie ältere Menschen, Kinder, Frauen und Arbeitslose hatten nach dem Erdbeben zunehmend Probleme beim Zugang zur Gesundheitsversorgung. Diese Gruppen waren nicht in der Lage, die Kosten dieser durch die Naturkatastrophe bedingten Mehrbelastung zu tragen, und ihre wirtschaftliche Sicherheit und gesundheitliche Sicherheit wurden so noch stärker beeinträchtigt.

Ergriffene Maßnahmen

70. Aufgrund der Beschädigung der Wasser- und Abwasserinfrastruktur und des daraus resultierenden Mangels an sicherem Trinkwasser stieg die Gefahr von Durchfallerkrankungen. Diese Gefahr konnte jedoch durch die Verteilung von Tausenden von Flaschen mit sauberem Trinkwasser wirksam entschärft werden. Die WHO half der türkischen Regierung beim Aufbau eines Frühwarn-Überwachungssystems für fünf wichtige Krankheiten, darunter Diarrhoe und Masern; dabei wurde ein besonderes Augenmerk auf diejenigen gerichtet, die durch das Erdbeben obdachlos geworden waren.

71. Die übermäßige Bedeutung, die der vermeintlichen Gefährdung durch verwesende Leichen beigegeben wurde, hatte eine Verschwendung von Finanzmitteln und Zeit für gesundheitspolitische Interventionen wie das Streuen von Kalk um Gebäude, das Sprühen von Desinfektionsmittel und die schnelle Massenverbrennung von Leichen zur Folge. Diese fehlgeleiteten Bemühungen gingen zu Lasten der schwerwiegenderen Gesundheitsgefährdungen, etwa der Behandlung des Crush-Syndroms, und trugen keineswegs zu mehr Stabilität bei, da die Familien nicht einmal genügend Zeit hatten, um ihre Angehörigen zu identifizieren und um sie zu trauern.

Analyse und Erkenntnisse

72. Unter den wichtigsten Erkenntnissen aus dem Erdbeben in der Türkei ist vor allem die Notwendigkeit zuverlässiger Informationen über erdbebenbedingte Gesundheitsrisiken und geeignete Gesundheitsinterventionen hervorzuheben; dies betrifft Staat und Medien gleichermaßen. Im Gesundheitsministerium wurde daher eine zentrale Anlaufstelle für Katastrophensituationen eingerichtet, und es wurde eine große Anstrengung unternommen, Informationen über die häufigsten Arten von Verletzungen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Sachgütern und Hilfspersonal nach Erdbebenereignissen zu recherchieren und zu erfassen.

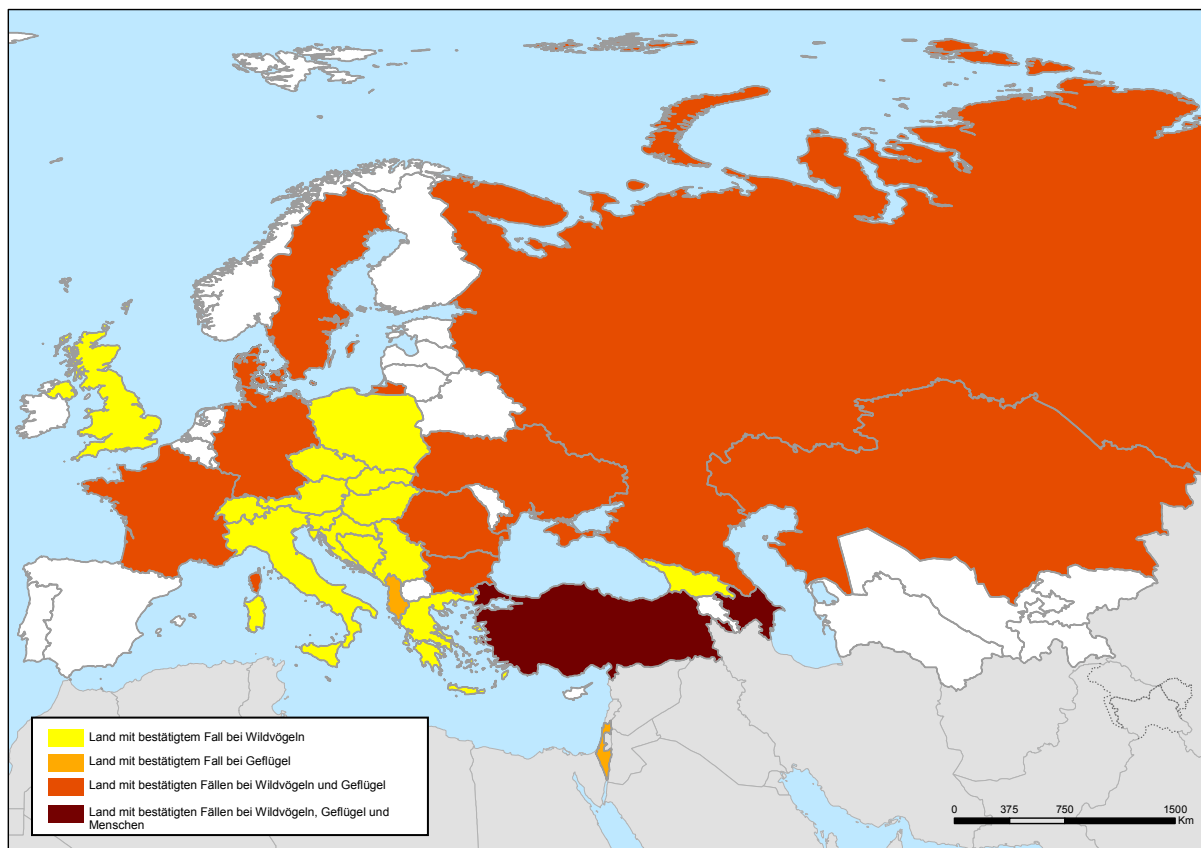
73. Ein wesentliches Hindernis bei der Bewältigung der Erdbebenfolgen lag in der mangelnden Abstimmung zwischen den zuständigen Ministerien und den humanitären Hilfsorganisationen. So kam es in Ermangelung eines abgestimmten Spendenaufrufs teilweise zu ungeeigneten Spenden und zu einem Überangebot an Freiwilligen aus dem Gesundheitssektor aus aller Welt. Voraussetzung für eine gelungene Koordinierung ist ein Informationsaustausch, bei dem die Bedürfnisse und die Versorgungslücken möglichst zuverlässig bestimmt werden.

74. Nach dem Erdbeben mussten bestimmte Gebäude wie Krankenhäuser, Schulen und Verwaltungseinrichtungen umgebaut werden, um bestehenden Gefahren zu begegnen und eine Tauglichkeit in etwaigen künftigen Katastrophensituationen sicherzustellen. Ingenieurwissenschaftliche Fakultäten haben Postgraduiertenprogramme zum Thema Katastrophenvorsorge eingeführt, und auch die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten und die einschlägigen Gesetze wurden im Sinne einer wirksameren Katastrophenvorsorge geändert.

75. Diese Maßnahmen müssen parallel zu nachhaltigen Entwicklungsbemühungen realisiert werden. Gemeinschaften aus gebildeten, gesundheitsbewussten und organisierten Bürgern, die in einer gesundheitsförderlichen Umgebung wohnen und arbeiten, sind i.d.R. widerstandsfähiger und besser gerüstet für die gesundheitlichen Folgen von Katastrophenereignissen.

Ausbrüche von Vogelgrippe und Influenza A/H5N1 in der Europäischen Region (2006)

Abb. 1: Bestätigte Fälle von Vogelgrippe A/H5N1 in der Europäischen Region der WHO



Die auf dieser Karte eingezeichneten Grenzen sowie die darauf verwendeten Namen und Bezeichnungen beinhalten keinerlei Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation zum rechtlichen Status eines Landes oder Gebiets, einer Stadt oder Gegend oder ihrer jeweiligen Behörden oder zum Verlauf ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gepunktete Linien auf Landkarten können einen ungefähren Grenzverlauf darstellen, über den möglicherweise noch keine vollständige Einstimmigkeit herrscht.

Quellen: Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation; nationale Regierungen; Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE)

Beschreibung der Situation

76. Infolge einer geografischen Ausbreitung mit beispielloser Geschwindigkeit (s. Abb. 1) waren bisher 32 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO von Ausbrüchen der Influenza A/H5N1 bei Tieren betroffen (Stand: Mai 2006), hauptsächlich bei Geflügel und Wandervögeln; einige wenige Fälle wurden auch bei fleischfressenden Arten dokumentiert.

77. Die WHO setzt sich gemeinsam mit ihren Partnern für die Ausarbeitung nationaler Pandemiepläne ein. Inzwischen verfügen alle 52 Mitgliedstaaten über solche Pläne, mit denen ihre Gesundheitssysteme auf eine mögliche Pandemie eingestellt und eine Abstimmung mit anderen Sektoren erreicht werden soll. In einigen Ländern hat die WHO mit technischer Hilfe zur Gestaltung der nationalen Pläne in den Bereichen Gesundheitspolitik und Kommunikation sowie zur Bewältigung der möglichen humanitären Folgen bei einem Worst-Case-Szenario für eine Pandemie mittels effektiver sektorübergreifender Abstimmung beigetragen. Die WHO arbeitet eng mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zusammen, um die Stärken und Schwächen der bestehenden Pläne zu ermitteln und Empfehlungen zur Verbesserung zu geben. Beide Organisationen werden auch in Abstimmung mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen und mit Gebern auf eine wirksame Mobilisierung von Ressourcen für die Mitgliedstaaten hinarbeiten, die eine weitergehende Unterstützung der internationalen Staatengemeinschaft benötigen.

78. In der Türkei und in Aserbaidschan kam es im Januar bzw. März 2006 zu menschlichen Infektionen innerhalb von Familien. Dabei wurde in der Türkei der enge Kontakt mit krankem oder totem Geflügel als wichtigste Risikoquelle ausgemacht, während in Aserbaidschan erstmals als Infektionsquelle ein direkter Kontakt mit toten Wildvögeln vermutet wurde, namentlich in Verbindung mit dem Rupfen toter Schwäne.

79. Beide Ausbrüche konnten von den zuständigen örtlichen Gesundheitsbehörden mit internationaler technischer Unterstützung durch interinstitutionelle Missionen unter Leitung der WHO schnell unter Kontrolle gebracht werden.

Auswirkungen auf den Bereich Gesundheit und Sicherheit

80. In der Türkei wurden 12 menschliche Fälle (davon vier mit tödlichem Ausgang) registriert und von einem Referenzlabor der WHO in London bestätigt, in Aserbaidschan wurden acht bestätigte Fälle registriert (fünf Tote). Bei den untersuchten Familien und den bestätigten Fällen aus der Türkei war immer enger Kontakt mit krankem Geflügel vorhanden, während es keine Anzeichen für eine Übertragung von Mensch zu Mensch gab. Aufgrund von Besorgnis um die Gesundheitssicherheit in den Nachbarstaaten wie auch in einigen europäischen Ländern fanden die Ereignisse in der Türkei eine enorme Resonanz in den Medien. In Aserbaidschan spielten Aspekte der Gesundheitssicherheit eine Rolle bei der Entwicklung geeigneter Botschaften zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit dafür, dass erstmals erkrankte Wildvögel die wahrscheinliche Infektionsquelle waren.

81. Viele Länder in der Region verhängten Handels- und Einfuhrbeschränkungen und -verbote für Geflügelprodukte aus den betroffenen Ländern, was wirtschaftliche Auswirkungen hatte.

Ergriffene Maßnahmen

82. Zu den Gegenmaßnahmen nach dem Ausbruch in der Türkei gehörte eine interinstitutionelle Mission unter Führung der WHO mit Beteiligung von 15 internationalen Experten, deren Hauptaufgabe darin bestand, die epidemiologische Untersuchung zu unterstützen, fachliche Unterstützung für Infektionsbekämpfungsmaßnahmen und Labordiagnostik zu leisten und ihr Handeln mit den zuständigen Ministerien, den örtlichen Gesundheitsbehörden und den Partnern bei den Vereinten Nationen abzustimmen, insbesondere in Fragen der Informationspolitik und der Krisenkommunikation. Die technische Unterstützung für Aserbaidschan auf Ersuchen des dortigen Gesundheitsministeriums betraf die Bereiche Labordiagnostik (einschließlich der logistischen Aspekte des Transports von Blutproben in Referenzlabors), Fallmanagement und soziale Mobilisierung.

Analyse und Erkenntnisse

83. Da insbesondere in der Türkei der primäre Schwerpunkt auf einer sofortigen Gegenstrategie lag, wurden möglicherweise bestimmte Aspekte und Chancen zur Initiierung und Koordinierung von Forschungsmaßnahmen in den Hintergrund gerückt. Aufgrund der begrenzten Ressourcen der WHO-Länderbüros ergaben sich Probleme in Bezug auf die notwendige Logistik und die schnelle Entsendung von Expertenteams. Eine wesentliche Rolle bei der Strategie der WHO spielten Medienkontakte und Öffentlichkeitsarbeit sowie Informationsaustausch und Abstimmung mit nationalen Behörden und internationalen Akteuren.

84. Bei einem potenziellen Pandemie-Szenario spielen Sicherheitsaspekte jedweder Art möglicherweise für alle Teile der Gesellschaft eine gewichtige Rolle, und bei Pandemieplänen müssen solche Sicherheitsaspekte unter Einbeziehung aller maßgeblichen Ressorts und staatlichen Institutionen berücksichtigt werden.

85. Aufgrund der jüngsten Ereignisse, etwa der Hinweise auf eine mögliche Übertragung von Mensch zu Mensch in einer Familie in Indonesien, steigt die Besorgnis über mögliche Auswirkungen auf die globale Gesundheitssicherheit.

Schlussfolgerungen aus den Fallstudien

86. Eine Analyse der beschriebenen Geschehnisse legt zusammen mit den Erfahrungen aus früheren Fällen folgende Schlüsse nahe:

- Unerwartete Ereignisse, die plötzlich eintreten und sich schnell entwickeln, können selbst in hoch entwickelten Gesundheitssystemen eine Krisensituation auslösen, die durch Verwirrung und Handlungsverzögerungen gekennzeichnet ist. Das Antizipieren möglicher Gefahren ist für die Planung in Gesundheitssystemen unverzichtbar.
- Gut gerüstete öffentliche Gesundheitssysteme und bewährte Präventionsmaßnahmen (z. B. hochwasser- und erdbebensichere Gebäude, widerstandsfähige Wasser- und Abwassersysteme und Notversorgungseinrichtungen) können negative Auswirkungen auf die Gesundheit und Sicherheit des Menschen wirksam verringern.
- Ereignisse haben Auswirkungen auf Versorgungssysteme und in verschiedenen Bereichen, so dass die Bevölkerung mehrfach betroffen sein kann und sich die negativen Folgen für Gesundheit und Sicherheit verschärfen können.
- Eine sektorübergreifende Abstimmung und vorher festgelegte straffere Entscheidungsprozesse sind in Krisen- und Notstandssituationen Voraussetzung für eine wirksame Eindämmung der Auswirkungen auf Gesundheit und Sicherheit.
- Benötigt werden schnelle und zuverlässige Informationen über mögliche gesundheitliche Auswirkungen sowie effektive, evidenzbasierte Interventionen zu ihrer Minimierung.
- Die Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die Bereitstellung von Entscheidungsgrundlagen für die Politik sind effektive Instrumente zur Förderung und Umsetzung der wesentlichen Präventionsmaßnahmen. Durch kontinuierlichen Dialog mit den wichtigsten Interessengruppen innerhalb des Entscheidungsprozesses und durch zuverlässige Informationen können Misstrauen und Ungewissheit vermieden werden.

Die Rolle der WHO

87. Der Hauptauftrag der WHO besteht in der Verwirklichung eines größtmöglichen Maßes an Gesundheit. Die im Programmhaushalt vorgeschlagene Ausrichtung für den Zeitraum 2006–2007 umfasst mehrere Ziele, die den Bereich Gesundheit und Sicherheit betreffen (10).

88. Durch Epidemiewarnungen soll eine globale gesundheitliche Sicherheit erreicht und sollen Maßnahmen zur Verringerung der Auswirkungen übertragbarer Krankheiten gefördert werden.

89. Durch Maßnahmen im Bereich Umwelt und Gesundheit soll eine sichere, nachhaltige und gesundheitsförderliche Umwelt für die Menschen geschaffen werden, die vor biologischen, chemischen und natürlichen Gefahren geschützt und vor den Auswirkungen globaler Umweltbedrohungen sicher ist.

90. Durch Bereitschaftsplanung und durch Gegenmaßnahmen des Gesundheitssystems sollen der vermeidbare Verlust von Menschenleben und die Belastung durch Krankheit und Behinderung in den von Krisen, Notständen und Katastrophen betroffenen Bevölkerungsgruppen vermindert, die Gesundheitssituation in der Nachkrisenzeit verbessert und ein Beitrag zu Erholung und Entwicklung geleistet werden; dabei liegt ein starker Akzent auf dem Aufbau nachhaltiger Kapazitäten vor Ort.

91. Die WHO ist ein aktiver Partner für verschiedene Organisationen der Vereinten Nationen und unterstützt die effektive Koordinierung von Nothilfe und humanitärer Hilfe. Sie beteiligt sich aktiv an der Tätigkeit der Arbeitsgruppe des Ständigen Interinstitutionellen Ausschusses der Vereinten Nationen und anderer interinstitutioneller Initiativen und arbeitet auch eng mit dem Amt der Vereinten Nationen für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten zusammen. Die WHO pflegt auch eine aktive Zusammenarbeit mit der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, der Internationalen Strategie der Vereinten Nationen zur Katastrophenvorsorge und der Weltorganisation für Meteorologie bei der

Entwicklung und Realisierung von Produkten wie den Leitlinien für nachhaltigen Hochwasserschutz (11) und der Entwicklung von gesundheitsbezogenen Hitzewarnsystemen. Aufgrund der jüngsten Reformen der Vereinten Nationen auf dem Gebiet der humanitären Hilfe und der damit verbundenen Einführung des Konzeptes von federführenden Organisationen in bestimmten Bereichen (wie der WHO im Bereich Gesundheit) erhält die WHO ein noch stärkeres Mandat bei humanitären Aktionen.

Institutionelle Bereitschaft der WHO

92. Eine gut abgestimmte, horizontale Handlungsstrategie der Gesundheitssysteme ist für das Regionalbüro zu einem wesentlichen Bezugspunkt geworden. Nur durch kontinuierliche interne Anstrengungen und enge Zusammenarbeit zwischen sämtlichen Ebenen der Organisation, d. h. Hauptbüro, Regionalbüros und Länderbüros, kann die WHO dafür sorgen, dass abgestimmte gesundheitspolitische Interventionen passend auf sich schnell verändernde Notfall-Szenarien und die Anforderungen der Gesundheitssicherheit zugeschnitten sind.

93. Mit dem Globalen Verbund zur Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen (GOARN) verfügt die WHO über einen effektiven weltweiten Mechanismus zur schnellen Mobilisierung von internationalem Sachverstand aus einem etablierten Netzwerk renommierter internationaler Experten. Zur Herstellung bzw. Verbesserung der eigenen institutionellen Bereitschaft muss die WHO ihre Handlungsfähigkeit in Krisen- und Notstandssituationen weiterentwickeln und verbessern, u.a. durch Verfeinerung der Mechanismen zur Mobilisierung ihres internen Sachverstands auf regionaler Ebene sowie der externen Expertennetze nach Maßgabe des GOARN-Modells und unter Einbeziehung der Kooperationszentren und der Geberorganisationen. Das Aktionsteam für Gesundheitsmaßnahmen in Krisensituationen beim WHO-Hauptbüro hat vor kurzem das Health Emergency Action Response Network gestartet. Dieses könnte durch Schaffung eines effektiven regionalen Systems zur Steuerung von Rekrutierung und Einsatz von Gesundheitsexperten im Hinblick auf künftige Notstandssituationen zu einem effektiven Mechanismus für Ausbildung und Mobilisierung ausgebaut werden.

94. Die Erfahrungen aus der Beteiligung von Experten des Regionalbüros an Hilfsaktionen in Krisensituationen wie dem Tsunami in Asien und dem Erdbeben in Pakistan, bei sicherheitsrelevanten Vorfällen wie der Geiselnahme von Beslan im Nordkaukasus und der Krise der Andischan-Flüchtlinge in Kirgisistan, sowie bei der umweltbedingten Gesundheitskrise in der von den Vereinten Nationen verwalteten Provinz Kosovo (Serbien), den Maßnahmen anlässlich der Hitzewelle in Westeuropa und der Reaktion auf die Ausbrüche von Influenza A/H5N1 in der Türkei und Aserbaidschan verdeutlichen allesamt, wie wichtig es ist, aus derartigen Erkenntnissen zu lernen, um in Zukunft besser gerüstet zu sein und die geeigneten Handlungskonzepte zu wählen.

95. Durch den Aufbau einer gemeinsamen Handlungsplattform der Region für die frühzeitige Mobilisierung internationalen Sachverstands und entsprechender Mittel würde die Logistik künftiger Krisenbekämpfungsmaßnahmen erheblich verbessert. Dafür wäre eine enge Zusammenarbeit mit den einschlägigen Programmen im WHO-Hauptbüro wie auch in anderen Regionalbüros erforderlich, um die notwendige Unterstützung sowie die Abstimmung mit externen Partnern zu gewährleisten.

Ausblick

96. Das Regionalbüro wird seine Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten, den Partnern innerhalb der Vereinten Nationen sowie auf europäischer Ebene mit den Institutionen der EU, der Europäischen Kommission und dem ECDC, auch in Zukunft fortsetzen, damit die Erkenntnisbasis und die daraus gezogenen Lehren, einschließlich der Einrichtung von Systemen zur Frühwarnung bzw. rechtzeitigen Reaktion, in den Bereitschaftsstrategien der nationalen Gesundheitssysteme angemessene Berücksichtigung finden und dass dabei die Bedeutung einer umfassenden sektorübergreifenden Bereitschaft unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitssicherheit betont wird.

97. In weiteren Konsultationen mit den Mitgliedstaaten werden die vorrangigen Bereiche für Abstimmung, Zusammenarbeit und Intervention entsprechend den vorstehenden Vorschlägen eruiert, bestimmt und vereinbart.
98. Das Regionalbüro setzt sich für einen auf mehrere Gefahren ausgerichteten Ansatz für die Gesundheitskrisenvorsorge und -bewältigung ein, bei dem das gesamte Gesundheitssystem in eine koordinierte Reaktion auf mögliche Notfälle eingebunden wird und der eine starke Verantwortung für die Förderung von Prävention und Abhilfemaßnahmen beinhaltet.
99. Eine gute Regierungsarbeit zur Stärkung der Verantwortlichkeiten innerhalb von Gesundheitssystemen ist auch Voraussetzung für die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005), um eine umfassende Reaktion auf nationaler wie internationaler Ebene zu gewährleisten.
100. Ein institutionalisiertes und speziell zweckgerichtetes Bereitschaftsprogramm für Gesundheitssicherheit und Krisensituationen mit einer starken institutionellen Verankerung in den Gesundheitsministerien ist ein wesentliches Element beim Ausbau der sektorübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitssicherheit.
101. Die grundlegenden Gesundheitsmaßnahmen sollten in sektorübergreifende Koordinierungsbemühungen unter Beteiligung von Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft integriert werden.
102. Durch die Festlegung von Grundsätzen für die Kommunikation mit der Öffentlichkeit sowie deren Aufklärung und Sensibilisierung mittels einer ausreichend im Voraus ausgearbeiteten und erprobten Kommunikationsstrategie für künftige Krisensituationen kann verhindert werden, dass eine Gesundheitsbedrohung eine politische Krise oder Sicherheitskrise auslöst.

Literatur

1. *A more secure world: Our shared responsibility. Report of the Secretary General's High-level Panel on Threats, Challenges and Change*. New York, United Nations, 2004
(<http://www.un.org/secureworld/report2.pdf>, eingesehen am 23. Juni 2006).
2. Ekengren M, Matzen N, Svantesson M. *The New Security Role of the European Union – Transnational Crisis Management and the Protection of Union Citizens*. Stockholm, Swedish National Defence College, 2006
(http://www.eucm.leidenuniv.nl/content_docs/eucm_report_ii_march2006_web_publication_version.pdf, eingesehen am 29. Juni 2006).
3. *Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. Geneva, International Strategy for Disaster Reduction, 2005
(<http://www.unisdr.org/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf>, eingesehen am 27. Juni 2006).
4. *Guidelines for drug donations*. Geneva, World Health Organization, 1999
(http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EDM_PAR_99.4.pdf, eingesehen am 26. Juni 2006).
5. *Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies*. Geneva, World Health Organization, 1999
(http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/unwantpharm.pdf, eingesehen am 26. Juni 2006).
6. Kovats S, Jendritzky G, et al. 2006 Heat-waves and Human Health. In: Menne B, Ebi KL, eds. *Climate change and adaptation strategies for human health*. Steinkopff Verlag, Darmstadt, 63–90.
7. Sénat (2004). Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information « La France et les Français face à la canicule: les leçons d'une crise ». Les Rapports du Sénat, Paris (N° 195).
8. Michelon T, Magne P, Simon-Delavelle F. Lessons Learnt from the 2003 Heat Wave in France and Actions Taken to Limit the Effects of New Heat Waves. In: Kirch W, Menne B, Bertolini R, eds. *Extreme weather events and Public Health Responses*. Berlin, Springer, 2005.
9. Laaidi K et al., Empereur-Bissonnet, 2004. Le système français d'alerte canicule et santé (SACS 2004): Un dispositif intégré au Plan National Canicule. Rapport opérationnelle, Institut de veille sanitaire.
10. *Proposed programme budget 2006–2007*. Geneva, World Health Organization, 2005.
11. Flood prevention guidelines: Menne, B., 2000. Floods and public health consequences, prevention and control measures. UN 2000 (MP.WAT/SEM.2/1999/22).
12. *OCHA orientation handbook on complex emergencies*, New York, Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 1999
(http://www.reliefweb.int/library/documents/ocha__orientation__handbook_on__.htm#1, eingesehen am 29. Juni 2006).

Bibliografie

- A more secure world: Our shared responsibility. Report of the Secretary General's High-level Panel on Threats, Challenges and Change.* New York, United Nations, 2004
(<http://www.un.org/secureworld/report2.pdf>, eingesehen am 23. Juni 2006).
- Benson C, Clay E. Developing countries and the economic impacts of natural disasters. In: Kreimer A, Arnold M, eds. *Managing disaster risk in emerging economies.* Washington, DC, World Bank, 2000.
- Berlinguer G. Health and equity as a primary global goal. *Development*, 1999, 42(4):17–21.
- Christopolos I, Mitchell J, Liljelund A. Re-framing risk: the changing context of disaster mitigation and preparedness. *Disasters*, 2001, 25(3):185–198.
- Competence and Readiness for Disaster Reduction. Draft project proposal for institutional capacity building.* Geneva, World Health Organization, 2001.
- Consultation on planning ahead for the health impact of complex emergency.* Geneva, World Health Organization, 1999.
- Contingency Planning – Disaster Prevention and Mitigation.* Addis Ababa, WHO Emergency Health Training Programme for Africa, Emergency Training Centre, 1998.
- Daulaire N. Globalization and health. *Development*, 1999, 42(4):22–24.
- Disaster Preparedness and Mitigation. In: *Information for Health: Annual Report of the Director.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 1998:74–81
(<http://www.paho.org/English/D/P73.pdf>, eingesehen am 27. Juni 2006).
- Disaster Preparedness and Response.* Summary presented at the closure of the 2nd Global Meeting of WHO Country Representatives and Liaison Officers, Geneva, March 2001.
- Katastrophensoforthilfe in der Europäischen Region – Zwischenbericht.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (EUR/RC50/Inf.Doc./4)
(<http://www.euro.who.int/Document/RC50/ginfdoc4.pdf>, eingesehen am 27. Juni 2006).
- Draft: Strengthening of the coordination of emergency humanitarian assistance of the United Nations: Report of the Secretary-General to the Substantive session of 2002.* New York, United Nations Economic and Social Council, 2002.
- Duffield M. *Global Governance and the New Wars.* London, Zed Books, 2001.
- Ekengren M, Matzen N, Svantesson M. *The New Security Role of the European Union – Transnational Crisis Management and the Protection of Union Citizens.* Stockholm, Swedish National Defence College, 2006
(http://www.eucm.leidenuniv.nl/content_docs/eucm_report_ii_march2006_web_publication_version.pdf, eingesehen am 27. Juni 2006).
- Emergency and Humanitarian Action, Disasters, Emergencies and WHO.* Second meeting of the Global Program Management Group, Geneva, 17 March 2000.
- Final Statement, Symposium on Best Practices in Humanitarian Information Exchange.* Geneva, United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2002.
- Firket H. Wars of the 1990s. *Medicine, Conflict and Survival.* 2001, 17 (4):337–347.

Griekspoor, A. *Health effects of conflicts and disasters: where is the evidence?* Contribution to Forum 5 conference of the Global Forum for Health Research, Geneva, October 2001.

Guidelines for assessing disaster preparedness in the health sector. Pan American Health Organization, Washington, D.C. 1995.

Hannan, C. *Mainstreaming gender perspectives in environmental management and mitigation of natural disasters.* Presentation to the Roundtable Panel and Discussion organized by the United Nations Division for the Advancement of Women and the NGO Committee on the Status of Women in preparation for the 46th Session of the Commission on the Status of Women, 17 January 2002 (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/presnat%20disaster.PDF>, eingesehen am 27. Juni 2006).

Health facility seismic vulnerability evaluation: a handbook. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

Health in emergencies, WHO humanitarian assistance in Europe: 1996–1998. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.

Health information management in crises: report on a WHO regional workshop. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

Ingram A, ed. *Health, foreign policy and security: Towards a conceptual framework for research and policy.* London, The Nuffield Trust and Nuffield Health and Social Services Fund, UK Global Health Programme, 2004 (UK Global Health Working Paper No 2) (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomm/files/301104hfpsconceptworking.pdf>, eingesehen am 27. Juni 2006).

Jones SG et al. *Securing health: Lessons from Nation-Building Missions.* Santa Monica, CA, RAND Center for Domestic and International Health Security, 2006 (http://www.rand.org/pubs/monographs/2006/RAND_MG321.pdf, eingesehen am 27. Juni 2005).

Kirch W, Menne B, Bertollini R. *Extreme Weather Events and Public Health Responses.* Published on behalf of the WHO Regional Office for Europe by Springer-Verlag, 2005.

Manenti A. *Decentralized cooperation: A new tool for conflict situations,* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.

Menne B, Ebi K. *Climate Change and Adaptation Strategies for Human Health.* Published on behalf of the WHO Regional Office for Europe by Steinkopff Verlag, 2006.

Natural disasters and sustainable development: understanding the links between development, environment and natural disasters. Geneva, United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2001.

Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (EUR/RC51/8) (<http://www.euro.who.int/Document/RC51/gdoc8.pdf>, eingesehen am 27. Juni 2006).

Promoting disaster reduction in Europe – a concept paper and a two-year project proposal, internal WHO Regional Office for Europe document, 2002.

Strengthening health systems' response to crisis: towards a new focus on disaster preparedness: report on a WHO workshop. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.

SUMA the WHO/PAHO supply management system. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001 (<http://www.paho.org/English/ped/suma.pdf>, eingesehen am 27. Juni 2006).

Terminology: Basic terms of disaster risk reduction. Geneva, International Strategy for Disaster Reduction, 2004 (<http://www.unisdr.org/eng/library/lib-terminology-eng%20home.htm>, eingesehen am 27. Juni 2006).

WHO and the International Strategy for Disaster Reduction. Fifty-sixth session of the United Nations General Assembly Second Committee, item 98, Environment and sustainable development, Geneva, October 2001.

WHO Humanitarian Assistance in The former Yugoslav Republic of Macedonia, lessons learnt. Skopje, WHO Humanitarian Assistance Office, 2000.

WHO in Disaster reduction and Humanitarian Action, Mission Brief. Geneva, World Health Organization, 2000.

WHO/DFID Peace through Health Program, a case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.

WHO's Contribution to the second and final preparatory committee meeting of the World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance: Health and freedom from discrimination: A regional perspective. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.

Anhang

Begriffsbestimmungen

„Krise“: eine instabile und extrem gefährliche oder schwierige Situation, bei der örtliche Gesundheitssysteme, von denen die Menschen versorgt werden, so überlastet sind, dass sie deren Bedürfnisse nicht mehr erfüllen oder die gestiegene Nachfrage nicht mehr bewältigen können.

„Notstand“: ein Zustand, in dem normale Verfahren eingestellt und außergewöhnliche Maßnahmen ergriffen werden, um die Folgen einer Gefahr für eine bestimmte Gemeinschaft abzuwenden; Auslöser ist ein Katastrophenereignis, bei dem zwischen bestehenden Bedürfnissen und verfügbaren Ressourcen ein Ungleichgewicht herrscht. Die WHO hat dieses Konzept überwiegend auf Entwicklungsländer angewandt.

„Katastrophe“: eine ernsthafte Störung des normalen Funktionierens einer Gemeinschaft oder Gesellschaft, die menschliche, materielle, ökonomische oder ökologische Verluste in einem Ausmaß verursacht, das die Kapazität der betroffenen Gemeinschaft oder Gesellschaft, die Situation mit ihren eigenen Mitteln zu bewältigen, übersteigt.

In Verbindung mit dem Begriff „Krise“ wird auch das Konzept der Zusammenhänge zwischen Risiko, Gefahren und Anfälligkeit verwendet: *Risiko = Gefahren x Anfälligkeit*.

„Risiko“: die Wahrscheinlichkeit schädlicher Folgen oder erwarteter Verluste (Tod, Verletzung, Verlust von Eigentum oder Lebensgrundlagen, Störung der wirtschaftlichen Aktivität oder Umweltschäden) infolge der Wechselwirkung zwischen natürlichen oder vom Menschen verursachten Gefahren einerseits und Anfälligkeit andererseits.

„Komplexer Notstand“: eine humanitäre Krise in einem Land, einer Region oder einer Gesellschaft, in denen ein interner oder externer Konflikt zu einem totalen oder erheblichen Zusammenbruch der Staatsgewalt geführt hat und die eine internationale und sektorübergreifende Reaktion erfordert, welche über das Mandat oder die Kapazität einer einzelnen Organisation und/oder des laufenden Landesprogramms der Vereinten Nationen hinausgeht (12).