



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Neunundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 14.–17. September 2009

Punkt 7 d) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC59/10
+EUR/RC59/Conf.Doc./8
10. August 2009
91379
ORIGINAL: ENGLISCH

**Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)
in der Europäischen Region der WHO**

Auf der 58. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2005 nahmen die Mitgliedstaaten der WHO mit der Resolution WHA58.3 die derzeit geltenden Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV (2005)) an, die im Juni 2007 in Kraft traten. Seitdem haben die Vertragsstaaten und die WHO ihr Bekenntnis zu den IGV erneuert und wichtige Maßnahmen zur Erfüllung der rechtsverbindlichen Anforderungen der IGV ergriffen. Zwischen Juni 2007 und Juli 2009 haben die nationalen IGV-Anlaufstellen und die IGV-Kontaktstelle der WHO Informationen über mehr als 200 für die öffentliche Gesundheit relevante Ereignisse in mehr als 40 Vertragsstaaten der Europäischen Region der WHO ausgetauscht.

Die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften ist ein kontinuierlicher Prozess, der von einer Überprüfung der Umsetzung und Wirksamkeit der Vorschriften begleitet wird. In Einklang mit dem von der Weltgesundheitsversammlung erhaltenen Mandat arbeitet das WHO-Regionalbüro für Europa an der Umsetzung der genannten Resolution.

Das vorliegende Dokument soll die Fortschritte zusammenfassen, die auf globaler und regionaler Ebene bei der Umsetzung der IGV erzielt wurden. Dabei wird auf die bisherigen Erfahrungen und die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der aktuellen Pandemie H1N1 2009 Bezug genommen.

Der Aufbau orientiert sich an der Reihenfolge der Arbeitsbereiche in Übereinstimmung mit der WHO-Publikation *International Health Regulations (2005): Areas of work for implementation*, die 2007 veröffentlicht wurde (WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1).

Das vorliegende Dokument sollte in Zusammenschau mit dem Papier gelesen werden, das für die Fachinformationssitzung zum Thema „Pandemie H1N1 2009: Überblick und Rolle des WHO-Regionalbüros für Europa bei Vorsorge- und Gegenmaßnahmen“ erstellt wurde. Die Fachinformationssitzung wurde im Rahmen der 59. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa abgehalten und enthält einen aktuellen Lagebericht sowie Informationen zu den bislang ergriffenen Maßnahmen und den identifizierten Schwierigkeiten.

Dem Regionalkomitee wird ein Resolutionsentwurf zur Prüfung vorgelegt.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Die Internationalen Gesundheitsvorschriften	1
Förderung globaler Partnerschaften	2
Stärkung der nationalen Systeme für die Prävention, Überwachung, Kontrolle und Bekämpfung von Krankheiten	3
Stärkung der öffentlichen Gesundheitssicherheit im Reise- und Verkehrsbereich	4
Stärkung der globalen/regionalen Warn- und Reaktionssysteme der WHO und Stärkung der Maßnahmen zur Bewältigung bestimmter Gefahren	6
Erhaltung von Rechten, Verpflichtungen und Verfahren	8
Durchführung von Studien und Überwachung von Fortschritten	9

Die Internationalen Gesundheitsvorschriften

1. Da die Mitgliedstaaten der WHO erkannt hatten, dass die Instrumente für eine wirksame gemeinsame Bewältigung internationaler Gefahren für die öffentliche Gesundheit verbessert werden mussten, beauftragten sie eine zwischenstaatliche Arbeitsgruppe, die bisherigen Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV (1969)) zu überarbeiten.¹ In der Folge nahmen die Mitgliedstaaten der WHO auf der 58. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2005 die derzeit geltenden IGV (2005) an, die schließlich im Juni 2007 in Kraft traten.²

2. Zweck und Anwendungsbereich der IGV bestehen darin, „die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, davor zu schützen und dagegen Gesundheitsschutzmaßnahmen einzuleiten, und zwar auf eine Art und Weise, die den Gefahren für die öffentliche Gesundheit entspricht und auf diese beschränkt ist und eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Verkehrs und Handels vermeidet“ (Artikel 2 IGV).

3. Deshalb wird in den IGV bewusst ein sektorenübergreifender Ansatz gewählt und ein breites Spektrum von Gefahren für die öffentliche Gesundheit (biologisch, chemisch, radioaktiv und von unbekannter Ätiologie) zugrunde gelegt. Die Umsetzung der IGV bietet die einzigartige Gelegenheit, Ressourcen zu mobilisieren und nachhaltige Kapazitäten für die öffentliche Gesundheit zu entwickeln, die sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene Wirkung entfalten.

4. Seit dem Inkrafttreten der IGV haben die IGV-Vertragsstaaten und die WHO mehrfach bestätigt, dass sie sich an diese Regelungen gebunden fühlen, und sie haben wichtige Maßnahmen ergriffen, um den rechtlich verbindlichen Anforderungen der IGV nachzukommen.³ Die Bewältigung dieser Herausforderung erfordert Zeit, Engagement und den Willen zur Veränderung. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat die Vertragsstaaten bei der Umsetzung der IGV unterstützt, und die vielfältigen Aktivitäten entsprachen im Allgemeinen den Arbeitsbereichen, die in der WHO-Publikation *International Health Regulations (2005): Areas of work for implementation* aus dem Jahr 2007 vorgesehen waren.⁴ Das vorliegende Dokument folgt diesem Aufbau. Dargelegt werden die aufgetretenen Schwierigkeiten, die bisherigen Erfahrungen und die Herausforderungen der Anfangsphase der aktuellen Notlage, die von der Generaldirektorin der WHO am 25. April 2009 anlässlich der Entstehung und raschen Verbreitung eines neuen Influenzavirus (Pandemie H1N1 2009) zur gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite erklärt wurde und anschließend am 11. Juni 2009 nach dem Erhalt überzeugender Erkenntnisse über eine nachhaltige, die gesamte Bevölkerung betreffende Übertragung des Virus zur Ausrufung der Pandemie-Alarmstufe 6 geführt hat.

¹ Siehe die folgenden Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung: WHA54.14 zur globalen Gesundheitssicherung durch Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien; WHA55.16 zur globalen Reaktion der Gesundheitspolitik auf das natürliche Vorkommen, die unfallbedingte Freisetzung oder die vorsätzliche Verwendung gesundheitsschädigender biologischer und chemischer Wirkstoffe oder radioaktiver Materialien; und WHA56.28 zur Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2001, 2002 und 2003 (<http://apps.who.int/gb/archive>, eingesehen am 27. Juli 2009).

² Resolution WHA58.3 der Weltgesundheitsversammlung. *Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften*. Genf, Weltgesundheitsversammlung, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf, eingesehen am 10. August 2009).

³ Resolution WHA61.2 der Weltgesundheitsversammlung zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften. Genf, Weltgesundheitsversammlung, 2008 (http://apps.who.int/gb/or/e/e_wha61r1.html, eingesehen am 27. Juli 2009).

⁴ *International Health Regulations (2005). Areas of work for implementation*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2007 (Dokument WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1).

5. Die positiven Auswirkungen, die die Umsetzung der IGV mit sich bringt, werden erst zu einem späteren Zeitpunkt spürbar sein, da zunächst die Herausforderungen im Zusammenhang mit der aktuellen Pandemie H1N1 2009 und die bisherigen Erfahrungen ausgewertet werden müssen. Die Vertragsstaaten und die WHO müssen sich darum bemühen, Anwendungsbereich und Inhalt der IGV und der mit ihnen verbundenen Praktiken einheitlich auszulegen, indem sie die Grundsätze berücksichtigen, die bei der Festlegung der IGV maßgebend waren. Dies würde zu einem umfassenden politischen Engagement und der Mobilisierung aller erforderlichen Ressourcen führen. Beides sind Grundvoraussetzungen für die weitere Umsetzung der IGV auf allen Ebenen mit dem Ziel, die mit ihnen verbundenen Vorteile optimal zu nutzen.

Förderung globaler Partnerschaften

6. Für die erfolgreiche Umsetzung der IGV sind globale und regionale Partnerschaften von entscheidender Bedeutung. Unterschiedliche Sektoren (z. B. Gesundheit, Landwirtschaft, Reisebranche, Handel, Bildung, Verteidigung) müssen in partnerschaftlicher Zusammenarbeit einheitliche Warn- und Reaktionssysteme aufbauen, die alle Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit abdecken und bei Bedarf eine schnelle, flexible und situationsgerechte Mobilisierung der erforderlichen Ressourcen ermöglichen.

7. Das Mandat der WHO, sich für den Schutz der öffentlichen Gesundheit einzusetzen, die Beziehungen zwischen der WHO und ihren Partnern sowie nationale, regionale und weltweite Netzwerke nehmen bei der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften ebenfalls eine wichtige Rolle ein. Das WHO-Regionalbüro für Europa arbeitet auf regionaler Ebene mit verschiedenen nationalen Einrichtungen, internationalen Initiativen, Organisationen der zwischenstaatlichen und regionalen Wirtschaftsintegration, Geberorganisationen, Entwicklungsbanken und Fachstellen zusammen, um die Umsetzung der IGV zu unterstützen. Auf internationaler Ebene werden die folgenden Netzwerke und Projekte gefördert: Response to Emerging infectious disease: Assessment and Development of Core capacities and Tools (REACT), Epi-North und EpiSouth, Ship Sanitation Programme and Coordinated Action for the Control of Communicable Diseases in Cruise Ships and Ferries (SHIPSAN) sowie der Stabilitätspakt für Südosteuropa.

8. Aus dem Bericht der Vertragsstaaten des Jahres 2009 geht hervor, dass 79% (23/29) der Vertragsstaaten der Europäischen Region der WHO in bi- oder multilateralen Gruppen zusammenarbeiten, die sich regelmäßig treffen, um sich auf grenzüberschreitende Ereignisse, die die öffentliche Gesundheit betreffen, vorzubereiten und Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

9. In der Europäischen Region der WHO haben die WHO-Mitarbeiter der regionalen und nationalen Ebenen IGV-Schulungen erhalten, um die jeweils zuständigen nationalen Behörden beraten zu können. Um die Sensibilisierung zu stärken, die internationale Zusammenarbeit zu erleichtern und den Aufbau IGV-relevanter Kapazitäten zu unterstützen, hat das Regionalbüro vier subregionale Tagungen der nationalen IGV-Anlaufstellen durchgeführt. Die Tagungen organisierte das Regionalbüro häufig in Zusammenarbeit und mit wesentlicher Unterstützung nationaler Einrichtungen, internationaler Initiativen, Organisationen der zwischenstaatlichen und regionalen Wirtschaftsintegration und Geberorganisationen wie z. B. der Europäischen Kommission und anderen Organen der Europäischen Union, der Asiatischen Entwicklungsbank und seinem Programm für regionale wirtschaftliche Zusammenarbeit in Zentralasien (CAREC), der Weltbank, der Internationalen Entwicklungsbehörde der Vereinigten Staaten (USAID), den US-Zentren für Krankheitskontrolle und -prävention (CDC), dem Hamburg Port Health Centre des Zentralinstituts für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin in Deutschland, dem niederländischen Nationalen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt und der Gesundheitsbehörde des Vereinigten Königreichs.

10. Besonders wertvoll sind die Beiträge der Vertragsstaaten mit gut ausgebauten Kapazitäten, die im Zusammenwirken mit dem Engagement der Länder mit weniger entwickelten Kapazitäten sicherstellen, dass die Kernkapazitäten in der gesamten Europäischen Region der WHO in gleichem Umfang vorhanden sind. Zu diesem Zweck hat das Regionalbüro bei zahlreichen Gelegenheiten nationale Experten und Behörden mobilisiert, um die Ziele der IGV zu fördern und den Erfahrungsaustausch der Vertragsstaaten auf Tagungen und Workshops und im Rahmen von Länderbesuchen zu erleichtern.

Herausforderungen

- Berücksichtigung der Unterschiede zwischen und innerhalb der Mitgliedstaaten der Region im Hinblick auf Kapazitäten, Sprachen, institutionelle Rahmenbedingungen, Zustand der öffentlichen Gesundheit, Prioritäten der beteiligten Interessengruppen und verfügbare Ressourcen;
- Förderung des Engagements der Länder und innerhalb der Länder aller maßgeblichen Sektoren, die für die fachliche Unterstützung benötigt werden, und gegebenenfalls Mobilisierung der Ressourcen, die für eine wirksame Umsetzung der IGV erforderlich sind;
- in Zeiten der Weltwirtschaftskrise die Aufrechterhaltung der Solidarität und die Verpflichtung der Vertragsstaaten mit und ohne ausreichende Ressourcen, sich beim Aufbau der Kapazitäten gegenseitig zu unterstützen, damit die Ressourcen den bedürftigsten Staaten zugute kommen;
- Optimierung der Zusammenarbeit und Koordination zwischen dem Regionalbüro und anderen globalen und regionalen Organisationen und Netzwerken; und
- Förderung regionaler Koordinationsverfahren, die die nationalen und regionalen Unterschiede und Bedürfnisse der Mitgliedstaaten berücksichtigen und gleichzeitig die IGV durch globale Initiativen vorantreiben.

Stärkung der nationalen Systeme für die Prävention, Überwachung, Kontrolle und Bekämpfung von Krankheiten

11. Um die Sicherheit der öffentlichen Gesundheit in den einzelnen Ländern und weltweit zu erhöhen, müssen die Systeme gestärkt werden, die die Länder für die Überwachung und Bekämpfung von Krankheiten eingerichtet haben. Die IGV fordern den Aufbau zuverlässiger Kernkapazitäten, mit deren Hilfe sich ungewöhnliche Gesundheitsereignisse zeitnah feststellen lassen, so dass risikoadäquate Schutzmaßnahmen ergriffen werden können. In dieser Hinsicht besteht das Ziel darin, das Ereignis an der Quelle einzudämmen und so eine weitere grenzüberschreitende Ausbreitung zu verhindern. Die Vertragsstaaten sind gehalten, eine Bestandsaufnahme ihrer Kernkapazitäten für die Überwachung und Reaktion auf der lokalen/kommunalen, subnationalen und nationalen Ebene des Gesundheitswesens vorzunehmen und diese aufrechtzuerhalten (IGV, Anlage 1 Teil A). Bis Juni 2009 sollten die Vertragsstaaten ihre Kernkapazitäten einer Bewertung unterzogen und nationale IGV-Aktionspläne ausgearbeitet haben, die die festgestellten Schutzlücken berücksichtigen. Die Umsetzung der Aktionspläne soll sicherstellen, dass die Kernkapazitäten für die Überwachung und Reaktion bis Juni 2012 vorhanden sind. Allerdings sollten die nationalen IGV-Aktionspläne jeweils als Arbeitsdokumente betrachtet werden, die auch noch nach Juni 2009 aktualisiert werden können, falls dies für ihre reibungslose Umsetzung notwendig ist.

12. Aus dem Bericht der Vertragsstaaten des Jahres 2009 geht hervor, dass 93% (28/30) der Vertragsstaaten der Europäischen Region der WHO ihre Überwachungs- und Frühwarnkapazitäten in Bezug auf Ereignisse der öffentlichen Gesundheit und 90% (27/30) ihre Kapazitäten in Bezug auf die Reaktion auf dringende Ereignisse der öffentlichen Gesundheit einer Bewertung

unterzogen hatten. 54% (17/31) der Vertragsstaaten berichteten, dass sie Aktionspläne im Sinne von Anlage 1 Teil A Absatz 2 der IGV entwickelt hatten.

13. Das Regionalbüro ist der Auffassung, dass der Aufbau von Kapazitäten auf der Grundlage des IGV-Rahmenwerks die Möglichkeit eröffnet, die Synergieeffekte zwischen aktuellen und künftigen fachlichen Projekten und Initiativen zu maximieren. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass die kosteneffiziente Mobilisierung nationaler und regionaler Ressourcen durch das IGV-Rahmenwerk zur Stärkung der Kapazitäten erleichtert wird. In diesem Zusammenhang ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Kapazitäten auf der Grundlage der bisherigen und aktuellen Maßnahmen zur Bekämpfung der Vogelgrippe sowie der Dynamik, die durch die Influenza-Pandemie H1N1 2009 entstanden ist, aufgebaut werden, indem vorrangig Kapazitäten gefördert werden, die unerlässlich sind, um für den weiteren Verlauf der Pandemie eine angemessene Reaktionsfähigkeit zu gewährleisten.

14. Seit 2007 unterstützt und ermöglicht das Regionalbüro subregionale, nationale und subnationale Workshops und Schulungen, die sowohl die Frühwarn- und Reaktionsfähigkeit als auch Laborkapazitäten fördern. Das Regionalbüro hat ein übergeordnetes Instrument zur Bewertung der IGV sowie drei gefahrenspezifische Bewertungsinstrumente (für übertragbare Krankheiten, chemische Gefahren und radionukleare Gefahren) entwickelt, die es den nationalen IGV-Anlaufstellen in der Region zur Verfügung gestellt hat.

15. Zusätzliche fachliche Leitlinien und sonstige Informationen für Bewertung und Aufbau von Kernkapazitäten zur Umsetzung der IGV werden regional und weltweit zunehmend verfügbar gemacht und vor allem durch die Unterstützung der Sachverständigen der Europäischen Region der WHO ermöglicht.

Herausforderungen

- Aufrechterhaltung des kontinuierlichen Einsatzes sowohl der nationalen Behörden als auch der Partner in Zusammenarbeit mit der WHO, damit die Mobilisierung der notwendigen Ressourcen gewährleistet ist und die Umsetzung der nationalen IGV-Aktionspläne erleichtert wird;
- Nutzung der nationalen IGV-Aktionspläne zur Mobilisierung personeller und finanzieller Ressourcen mit dem Ziel der Stärkung von Kernkapazitäten;
- optimale Berücksichtigung der Synergieeffekte zwischen den vorhandenen Ressourcen, Strukturen und Initiativen zur Vermeidung überflüssiger Überschneidungen und zur Maximierung der Kosteneffizienz von Partnerschaften, insbesondere während der Entwicklung und Umsetzung der nationalen IGV-Aktionspläne;
- Realisierung der in Anlage 1 Teil A der IGV vorgeschriebenen Kernkapazitäten im Sinne konkreter und sinnvoller Kapazitäten für unterschiedliche lokale Rahmenbedingungen; und
- Unterstützung der nationalen IGV-Aktionspläne durch die nationalen Behörden unter Anerkennung des Umstands, dass Entwicklung und Umsetzung der IGV-Aktionspläne an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst werden müssen.

Stärkung der öffentlichen Gesundheitssicherheit im Reise- und Verkehrsbereich

16. Die Vertragsstaaten müssen auch die Kernkapazitäten an benannten Grenzübergangsstellen bewerten und aufrechterhalten (IGV, Anlage 1 Teil B). Solche Grenzübergangsstellen sind Flughäfen, Häfen und Landübergänge, wobei die Benennung von Landübergängen nach den

IGV ausdrücklich freiwilliger Natur ist. In diesem Arbeitsbereich schlägt sich der multisektorale Ansatz der IGV deutlich nieder.

17. Aus dem Bericht der Vertragsstaaten des Jahres 2009 geht hervor, dass die Vertragsstaaten in unterschiedlichem Umfang Häfen (59%, 16/27), Flughäfen (52%, 14/27) und Landübergänge (11%, 3/28) für die Entwicklung der Kernkapazitäten gemäß Anlage 1 Teil B der IGV benannt haben. 57% (16/28) der Vertragsstaaten hatten eine Bewertung der damit verbundenen Kapazitäten durchgeführt. Bei der Benennung von Grenzübergangsstellen für die Entwicklung der Kernkapazitäten gemäß Anlage 1 Teil B der IGV gehen die Vertragsstaaten unterschiedlich vor. Einige Vertragsstaaten haben keine oder nur wenige Häfen, Flughäfen und Landübergänge benannt, während andere zahlreiche Grenzübergangsstellen designiert haben. Aus den Informationen des Berichts von 2009 geht hervor, dass 14 Vertragsstaaten 124 Häfen, 13 Vertragsstaaten 91 Flughäfen und drei Vertragsstaaten 150 Landübergänge benannt hatten.

18. Neben der Benennung von Häfen können die Vertragsstaaten auch andere oder dieselben Häfen ermächtigen, Schiffshygienebescheinigungen auszustellen oder zu verlängern. Am 23. Juli 2009 waren über 600 Häfen in 29 Vertragsstaaten der Europäischen Region der WHO in der Liste der ermächtigten Häfen aufgeführt.

19. Um bei der Schaffung der IGV-bezogenen Kapazitäten in Häfen behilflich zu sein, hat das Regionalbüro in Zusammenarbeit mit zuständigen deutschen und niederländischen Behörden einen Workshop zur Umsetzung der IGV in Häfen konzipiert, der inzwischen zweimal abgehalten wurde. Die nationalen IGV-Anlaufstellen der Region erhielten darüber hinaus Leitfäden für Grenzübergangsstellen. Außerdem hat das Regionalbüro im Zusammenhang mit diesem Arbeitsbereich eine begrenzte Zahl von Länderbesuchen ermöglicht.

20. Auf der globalen Ebene haben nationale Sachverständige und die WHO erhebliche Anstrengungen unternommen, um Standards und Standardarbeitsverfahren für Maßnahmen zu entwickeln, die gemäß dem IGV-Rahmenwerk in Bezug auf Häfen und Schiffe ergriffen werden. Die Beiträge und der richtungweisende Einsatz der nationalen Sachverständigen der Europäischen Region der WHO sind für diesen Arbeitsbereich von unschätzbarem Wert.

21. Durch die aktuelle Influenza-Pandemie H1N1 2009 ist offenkundig geworden, dass die WHO Orientierung bieten muss, damit die maßgeblichen IGV-Bestimmungen von den Vertragsstaaten und den betroffenen Interessengruppen einheitlich ausgelegt werden. Die WHO sollte das Umsetzungsverfahren in Übereinstimmung mit den Fristen, die in den IGV festgelegt sind, einheitlich steuern, insbesondere im Hinblick auf die Berücksichtigung der Empfehlungen des Notfallausschusses. Außerdem hat die aktuelle Pandemie gezeigt, dass im Hinblick auf den Beschluss und die Umsetzung von Maßnahmen der Vertragsstaaten, die den Handel unnötig beeinträchtigen könnten, die Funktionen der Welthandelsorganisation (WTO) und der WHO voneinander abgegrenzt werden müssen.

Herausforderungen

- Festlegung der oft unklaren und überlappenden Zuständigkeiten der Hafengesundheitsbehörden (bzw. gleichwertiger Einrichtungen) und eindeutige Beschreibung der Verfahren für die Kommunikation mit den nationalen IGV-Anlaufstellen, was gegebenenfalls die Koordinierung oder Anpassung der (sub)nationalen Verwaltungsstrukturen erforderlich macht;
- Definition und eindeutige Beschreibung der Grundsätze, Verfahren und Leitlinien für die Benennung und Zertifizierung der Grenzübergangsstellen, wobei Letzteres nur für Flughäfen und Häfen gilt;
- Zusammenarbeit zur Schaffung von Synergieeffekten in Bezug auf die vorhandenen Ressourcen, Strukturen, Initiativen und Organisationen (z. B. Internationaler Luftverkehrsverband

- (IATA), Internationale Zivilluftfahrt-Organisation (ICAO), WTO) für eine harmonisierte und kosteneffiziente Umsetzung der maßgeblichen IGV-Bestimmungen;
- Mobilisierung der personellen und finanziellen Ressourcen auf allen Ebenen für eine wirksame Vernetzung der verschiedenen Sektoren/Disziplinen, um auf diese Weise die Prävention, Identifikation und Reaktion in Bezug auf Ereignisse der öffentlichen Gesundheit zu fördern.

Stärkung der globalen/regionalen Warn- und Reaktionssysteme der WHO und Stärkung der Maßnahmen zur Bewältigung bestimmter Gefahren

22. Die nationale IGV-Anlaufstelle ist die primäre funktionale IGV-Einheit auf Länderebene und jeder Vertragsstaat muss eine solche nationale IGV-Anlaufstelle benennen. Die sechs Regionalbüros der WHO haben IGV-Kontaktstellen eingerichtet. Die nationale IGV-Anlaufstelle muss jederzeit für die Verständigung und den Informationsaustausch mit der IGV-Kontaktstelle der WHO und anderen nationalen Interessengruppen erreichbar sein.

23. Seit April 2008 verfügen sämtliche 54 Vertragsstaaten der Europäischen Region der WHO über eine von ihnen benannte nationale IGV-Anlaufstelle. Die Vertragsstaaten haben für ihre nationalen IGV-Anlaufstellen unterschiedliche Strukturen gewählt. Meist sind die Anlaufstellen jedoch im Gesundheitsministerium oder in einem nationalen Institut für öffentliche Gesundheit angesiedelt. Die IGV-bezogenen Aufgaben werden normalerweise auf der Grundlage der jeweiligen Entscheidungsbefugnisse und Fachkenntnisse zwischen den nationalen IGV-Anlaufstellen und sonstigen nationalen Interessengruppen aufgeteilt.

24. Aus dem Bericht der Vertragsstaaten des Jahres 2009 geht hervor, dass 86% (24/28) der Vertragsstaaten im Zusammenhang mit der IGV-Umsetzung Informationsveranstaltungen durchgeführt haben, die teilweise mit und teilweise ohne die aktive Beteiligung der WHO stattfanden. Darüber hinaus hatten 72% (21/29) der Vertragsstaaten Aktionspläne für die Umsetzung der IGV entwickelt, 93% (25/27) hatten die IGV übersetzt und 43% (12/28) hatten Standardarbeitsverfahren für IGV-Maßnahmen ausgegeben. 84% (26/31) der Vertragsstaaten berichteten, dass sie das Entscheidungsschema in Anlage 2 der IGV als Leitfaden zugrunde legen, wenn sie der WHO Ereignisse der öffentlichen Gesundheit melden.

25. Zahlreiche Vertragsstaaten der Europäischen Region der WHO haben überseeische Territorien bzw. sonstige vergleichbare Hoheitsgebiete, was bei der Definition der Funktionen und Zuständigkeiten (z. B. für den Informationsaustausch) im Rahmen der Feststellung und Bewältigung von Ereignissen, die die öffentliche Gesundheit betreffen, eine zusätzliche Herausforderung darstellt.

26. Das Regionalbüro nutzt die Kommunikationskanäle, die zu den nationalen IGV-Anlaufstellen bestehen, indem es mit den nationalen IGV-Anlaufstellen gemeinsame Aktivitäten zu Ereignissen der öffentlichen Gesundheit durchführt, u. a. nationale, subregionale und weltweite Simulationsszenarien und IGV-bezogene Verwaltungsmaßnahmen.

27. Bei einer Teststudie des Regionalbüros waren 82% (36/44) der nationalen IGV-Anlaufstellen telefonisch (November 2007), 70% (38/54) per E-Mail (Juni 2008 im Rahmen einer weltweiten Übung) und 48% (23/48) per Fax (Januar 2007) erreichbar.

28. Zwischen Juni 2007 und Juli 2009 haben die nationalen IGV-Anlaufstellen und die IGV-Kontaktstelle für die Europäische Region der WHO kontinuierlich Informationen über mehr als 200 Ereignisse der öffentlichen Gesundheit in mehr als 40 Vertragsstaaten ausgetauscht. Für zwei Drittel der betreffenden Ereignisse wurde der Austausch von der WHO infolge einer

Routineprüfung informeller Informationsquellen initiiert. Der größte Anteil der untersuchten Ereignisse entfiel auf übertragbare Krankheiten (~45%), gefolgt von Zoonosen (~20%), Lebensmitteln (~20%), Chemikalien (10%), Strahlung (<5%) und Arzneimitteln (<5%). Diese Kategorien schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern beruhen auf organisatorischen und operationalen Gesichtspunkten.

29. Die Aktivierung der Kommunikationsmechanismen der IGV zieht eine von den nationalen Anlaufstellen und der WHO gemeinsam durchgeführte Risikobewertung nach sich, anhand derer entschieden wird, ob Handlungsbedarf besteht. Je nach der Natur des Ereignisses initiierte das Regionalbüro auch Risikobewertungen, die von den nationalen Anlaufstellen und der WHO gemeinsam unter Beteiligung weiterer WHO-Regionen, anderer Sonderorganisationen der Vereinten Nationen und der Organe der Europäischen Union durchgeführt wurden. Diese ereignisbezogenen Risikobewertungen haben vielfältige internationale Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit in Gang gesetzt, z. B. weltweiter Austausch von Informationen, Förderung und Koordinierung der Zusammenarbeit der Landesansprechpartner, fachliche Beratung und Vor-Ort-Entsendung von Sachverständigen.

30. Seit 2006 hat das Regionalbüro in zahlreichen Ländern nationale sektorenübergreifende Workshops organisiert und durchgeführt, um die IGV stärker in den Vordergrund zu rücken und nationale Interessengruppen unterschiedlicher Sektoren einzubinden.

31. Die aktuelle Influenza-Pandemie hat gezeigt, dass die direkte Kommunikation zwischen der WHO und den Vertragsstaaten gut funktioniert. Für den Informationsaustausch und die Abstimmung von Schutzmaßnahmen unter Beteiligung zahlreicher Interessengruppen hat es sich als äußerst hilfreich erwiesen, dass sowohl die WHO (IGV-Kontaktstelle der WHO) als auch die Vertragsstaaten (nationale IGV-Anlaufstelle) jeweils einen zentralen primären Ansprechpartner benannt haben. Was z. B. den Informationsaustausch betrifft, stellt die WHO ihren Mitgliedstaaten aktuelle Informationen über die weltweite Entwicklung der Pandemie zur Verfügung, damit die Schutzmaßnahmen und Strategien der Länder an die laufenden Veränderungen angepasst werden können. Darüber hinaus haben sich gemeinsame Risikobewertungen als sinnvoll erwiesen, um die Prioritäten aus Sicht des Regionalbüros zu definieren, z. B. für die Bereitstellung der regionalen und weltweiten Oseltamivir-Bestände der WHO zugunsten der bedürftigsten Mitgliedstaaten.

Herausforderungen

- kontinuierliche und verbesserte transparente und zeitnahe Kommunikation, Kooperation und koordinierte Aktion zwischen den nationalen IGV-Anlaufstellen und der IGV-Kontaktstelle der WHO;
- Festlegung institutioneller Vereinbarungen für eine wirksame Kommunikation zwischen der WHO und den Vertragsstaaten, die über Hoheitsgebiete in mehreren WHO-Regionen verfügen, im Hinblick auf Ereignisse in ihren überseeischen Gebieten, die von internationaler Tragweite sein könnten;
- Festlegung eindeutiger Lösungen und Verfahren für die Meldung, Risikobewertung und Bewältigung von Ereignissen der öffentlichen Gesundheit im Zusammenhang mit Gefahren durch Lebensmittel, chemische und radionukleare Stoffe (sowohl innerhalb der Netzwerke, die von der WHO koordiniert werden, wie z. B. International Food Safety Authorities Network (INFOSAN), Global Chemical Incident Alert and Response Network (CHEMINET) und Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance Network (REMPAN), als auch durch andere internationale Organisationen, z. B. die Internationale Atomenergie-Organisation (IAEA), und Netzwerke (z. B. das Schnellwarnsystem für Lebens- und Futtermittel der EU (RASFF)));

- Festlegung von Verfahren für Schutzmaßnahmen, die auf allen Ebenen einheitlich sind und auf den vorhandenen Erkenntnissen und Risikobewertungen basieren und der Gefahr entsprechen, die mit einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite im Sinne der IGV verbunden ist;
- Einführung von Verfahren, die von der WHO gefördert werden, um Informationen auszutauschen und Erfahrungen, die im Rahmen tatsächlich stattfindender Ereignisse gewonnen werden, zu sammeln und auszuwerten, um die Steuerung von Ereignissen, die Risikobewertung und den Aufbau von Kapazitäten zu beeinflussen und zu verbessern;
- Analyse der potenziellen Vorteile einer Beteiligung der WHO an der Bewältigung von Ereignissen, die die öffentliche Gesundheit betreffen und von internationaler Tragweite sind, und Festlegung der Bereiche, auf die die WHO ihre Ressourcen und Bemühungen konzentrieren sollte.

Erhaltung von Rechten, Verpflichtungen und Verfahren

32. Die IGV sind rechtlich verbindlich, daher müssen die Vertragsstaaten dafür sorgen, dass ihre nationalen Gesetze in Einklang mit den IGV stehen. Eine Reihe von Vertragsstaaten der Europäischen Region der WHO haben das Inkrafttreten der IGV zum Anlass genommen, um ihre nationalen Gesetze und/oder Vorschriften zur öffentlichen Gesundheit zu überprüfen und zu ändern. Das Regionalbüro hat in den Vertragsstaaten Fachwissen und Ressourcen mobilisiert und zur Verfügung gestellt, um die Überarbeitung der nationalen Gesetze zu unterstützen.

33. Aus dem Bericht der Vertragsstaaten des Jahres 2009 geht hervor, dass 52% (16/31) der Vertragsstaaten die einschlägigen nationalen Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften einer Bewertung unterzogen hatten, um festzustellen, ob sie eine vollständige Umsetzung der IGV ermöglichen. 53% (16/30) der Vertragsstaaten hatten neue Gesetze verabschiedet oder bestehende Gesetze geändert, um die vollständige Umsetzung der IGV zu ermöglichen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass in einigen Fällen eine weitere Überprüfung und ggf. Änderung des nationalen Rechtsrahmens notwendig ist, um die Strukturen und Kapazitäten, die mit den IGV verbunden sind, zu erleichtern und zu formalisieren. Auch der EU-Rechtsrahmen wird an die maßgeblichen Aspekte der IGV angepasst.

34. Die IGV enthalten Vorschriften, die die Verfahren und Zuständigkeiten für die WHO und die Vertragsstaaten definieren. Außerdem müssen einige Mitgliedstaaten ihre Verpflichtungen im Rahmen anderer Vereinbarungen und Rahmenwerke mit sonstigen Organisationen einhalten. Die Koordination, die in Bezug auf die IGV mit zwischenstaatlichen und regionalen Wirtschaftsorganisationen sowie regionalen und weltweiten Netzwerken stattfindet, ist aufgrund der unterschiedlichen Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und der spezifischen Mandate der jeweiligen Organisationen mit speziellen Herausforderungen verbunden, die bisweilen zu Verwirrung und Überschneidungen führen können. Werden das Mandat und die Verpflichtungen, die die WHO und die Vertragsstaaten gemäß den IGV rechtsverbindlich vereinbart haben, nicht vollständig anerkannt, führt dies dazu, dass die unmittelbare und bilaterale Kommunikation zwischen der WHO und den Vertragsstaaten beeinträchtigt wird und keine wirksame fachliche Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und anderen Organisationen in Arbeitsbereichen, die für die Umsetzung der IGV maßgeblich sind, stattfinden kann.

Herausforderungen

- Identifikation und Mobilisierung von Fachwissen an der Schnittstelle Gesetzgebung/öffentliche Gesundheit zur Anpassung des nationalen Rechtsrahmens, um die Grundsätze der öffentlichen Gesundheit in Übereinstimmung mit den Verpflichtungen aus den IGV und im Interesse der öffentlichen Gesundheit zutreffend wiederzugeben.

- Aufhebung der Aufteilung der Gesetzgebungskompetenzen zwischen den verschiedenen subnationalen und nationalen Ebenen. Dieser Aspekt ist in föderal organisierten Staaten besonders wichtig, da die subnationale Ebene dort über weit reichende gesundheitsbezogene Zuständigkeiten verfügen kann.
- Auslegung und Übernahme der IGV in die nationale Gesetzgebung unter Berücksichtigung des Umstands, dass ein Rechtstext nicht alle hypothetischen Situationen abdecken kann.
- Gewährleistung, dass einige Vertragsstaaten, z. B. die Mitgliedstaaten der EU, die Verpflichtungen, die sie gemäß den IGV gegenüber der WHO übernommen haben und die unabhängig von anderen rechtsverbindlichen Rahmenwerken bestehen, einheitlich auslegen.
- Festlegung der Koordinationsmechanismen verschiedener Organisationen im Hinblick auf ihre Mandate bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Verpflichtungen, die die Vertragsstaaten und Mitgliedstaaten gegenüber den anderen Organisationen übernommen haben.
- Verbesserung des Verständnisses für die Verfahren und Arbeitsweisen des Notfallausschusses (einschließlich der Formulierung befristeter Empfehlungen), der erstmals bei der Ausrufung der gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite in Bezug auf die Influenza-Pandemie H1N1 2009 zusammentrat.

Durchführung von Studien und Überwachung von Fortschritten

35. Die Anwendung der IGV ist ein kontinuierlicher Prozess, der von einer Überprüfung der Umsetzung und Wirksamkeit der Vorschriften begleitet wird. Wie schon 2008 forderte die WHO auch 2009 sämtliche 194 Vertragsstaaten auf, im Rahmen ihrer diesbezüglichen Verpflichtung zur Berichterstattung an die Weltgesundheitsversammlung einen Fragebogen zur Umsetzung der IGV auszufüllen. Im Jahr 2009 wurde bis zum Ablauf der Frist, die für die Berücksichtigung des Berichts durch die Weltgesundheitsversammlung festgesetzt worden war, von 57% (31/54) der Vertragsstaaten der Europäischen Region der WHO ein ausgefüllter Fragebogen eingereicht. Die vorgelegten Daten sind für die Überwachungsaufgaben von großem Nutzen. Aus Tabelle 1 geht hervor, inwieweit die Kernelemente der IGV bislang umgesetzt wurden.

36. Der Prozess der Umsetzung der IGV ist auf den unermüdlichen Einsatz von Fachleuten aus verschiedenen Disziplinen und Sektoren auf subnationaler, nationaler und internationaler Ebene angewiesen. Der Umsetzungsprozess wird auch durch die Auswertung und Dokumentation der bisherigen Erfahrungen abgerundet, damit Veränderungen bewirkt und die Bewältigung von Ereignissen und der Ausbau von Kapazitäten im Sinne des IGV-Rahmenwerks optimiert werden kann.

Herausforderungen

- Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zwischen theoretischen Überwachungsmaßnahmen und dem Geist der IGV zur Verbesserung der nationalen und internationalen Kapazitäten zum Schutz der öffentlichen Gesundheit;
- Förderung von Verfahren zur kontinuierlichen, zu Konsultationszwecken erfolgenden systematischen Sammlung und Auswertung der Erfahrungen mit dem Ziel einer einheitlichen Auslegung der IGV und der mit ihnen verbundenen Praktiken, um auf diese Weise die Anwendung der IGV weiter zu verbessern und den erhofften Nutzen zu maximieren;

- Prüfung der Instrumente, Mechanismen und Vorschriften der IGV unter Zugrundelegung der bisherigen Erfahrungen und ohne Gefährdung der Ziele der IGV und der Vorschriften, die den Interessen der öffentlichen Gesundheit effizient dienen.

Tabelle 1: Bislang realisierte Umsetzung bestimmter IGV-Elemente
Bericht der Vertragsstaaten an die 62. Weltgesundheitsversammlung, Europäische Region der
WHO, 2009

Element	Anteil zustimmender Vertragsstaaten (Umfrageteilnehmer insgesamt = 31)
Hat der Vertragsstaat Informationsveranstaltungen zur Förderung der IGV durchgeführt?	86% (24/28)
Haben Sie einen Aktionsplan zur Umsetzung der IGV entwickelt?	72% (21/29)
Haben Sie die IGV übersetzt?	93% (25/27)
Haben Sie Standardarbeitsverfahren für IGV-Maßnahmen entwickelt oder überarbeitet?	43% (12/28)
Wurden die maßgeblichen nationalen Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften einer Bewertung unterzogen, um festzustellen, ob sie eine vollständige Umsetzung der IGV ermöglichen?	52% (16/31)
Wurden neue Gesetze verabschiedet oder bestehende Gesetze geändert, um die vollständige Umsetzung der IGV zu erleichtern?	53% (16/30)
Nimmt der Vertragsstaat an bi- oder multilateralen Ländergruppen teil, die regelmäßige Treffen durchführen, um sich auf grenzüberschreitende Ereignisse, die die öffentliche Gesundheit betreffen, vorzubereiten und Gegenmaßnahmen zu ergreifen?	79% (23/29)
Wird das Entscheidungsschema in Anlage 2 der IGV als Leitfaden zugrunde gelegt, wenn der WHO Ereignisse der öffentlichen Gesundheit gemeldet werden?	84% (26/31)
Hat der Vertragsstaat die nationalen Kapazitäten, die die Überwachung und Frühwarnung in Bezug auf Ereignisse der öffentlichen Gesundheit ermöglichen, einer Bewertung unterzogen?	93% (28/30)
Hat der Vertragsstaat die nationalen Kapazitäten, die die Reaktion auf dringende Ereignisse der öffentlichen Gesundheit ermöglichen, einer Bewertung unterzogen?	90% (27/30)
Hat der Vertragsstaat Aktionspläne entwickelt, die in Übereinstimmung mit Anlage 1 Teil A Absatz 2 der IGV gewährleisten, dass die Kernkapazitäten in seinem gesamten Hoheitsgebiet vorhanden und funktionsfähig sind?	57% (17/31)
Hat der Vertragsstaat gemäß Anlage 1 Teil B der IGV Häfen für die Entwicklung der Kernkapazitäten benannt?	59% (16/27)
Hat der Vertragsstaat gemäß Anlage 1 Teil B der IGV Flughäfen für die Entwicklung der Kernkapazitäten benannt?	52% (14/27)
Hat der Vertragsstaat gemäß Anlage 1 Teil B der IGV Landübergänge für die Entwicklung der Kernkapazitäten benannt?	11% (3/28)
Hat der Vertragsstaat die nationalen Kapazitäten der benannten Flughäfen, Häfen und Landübergänge einer Bewertung unterzogen?	57% (16/28)
Hat der Vertragsstaat einen Umsetzungsplan entwickelt, der gewährleistet, dass die Kapazitäten der Grenzübergangsstellen bis 2012 vorhanden und funktionsfähig sein werden?	40% (12/30)