



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Fünfundfünfzigste Tagung**

Bukarest, Rumänien, 12.–15. September 2005

Punkt 7 der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC55/13
+EUR/RC55/Conf.Doc./8
20. Juni 2005
53688
ORIGINAL: ENGLISCH

**Weiterverfolgung von Themen aus früheren Tagungen
des WHO-Regionalkomitees für Europa**

Das vorliegende Dokument enthält Informationen über Maßnahmen zur Weiterverfolgung einiger der auf früheren Tagungen des Regionalkomitees diskutierten Themen und über die Umsetzung der Resolutionen oder Vorbereitung von größeren Veranstaltungen oder Strategien. Zusammen mit den Themen, die sich aus den Tagungen des Exekutivrats und der Weltgesundheitsversammlung ergeben, und der Ansprache des Regionaldirektors dient der neue Tagesordnungspunkt dazu, das Regionalkomitee über die Aktivitäten seit der letzten Tagung zu informieren.

Die in diesem Dokument erläuterten Folgemaßnahmen betreffen folgende Themen:

- a) Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit,
- b) die Vorbereitungen für die Ausarbeitung einer Europäischen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten,
- c) die Umsetzung der Resolution EUR/RC52/R9 zur Intensivierung der Bekämpfung von HIV/Aids,
- d) der Europäische Ausschuss für Umwelt und Gesundheit,
- e) Gesundheit am Arbeitsplatz,
- f) Re reproduktive Gesundheit,
- g) Erkenntnisse für den Bereich der öffentlichen Gesundheit und
- h) WHO-Kooperationszentren.

Inhalt

	<i>Seite</i>
A. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit	1
Zusammenfassung	1
Hintergrund.....	1
Programm und Aktivitäten	1
Anhang 1 Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit	5
Anhang 2 Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit.....	13
B. Auf dem Weg zu einer Europäischen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten: Folgemaßnahmen zu Resolution EUR/RC54/R4	25
Zusammenfassung	25
Einleitung.....	25
Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten: Nationale Ansprechpartner und Redaktionsgruppe.....	25
Zusammenarbeit mit zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Gremien und anderen einschlägigen Partnern.....	26
Bereits bestehende Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und damit verbundene Strategien.....	26
Schwerpunkt auf der Umsetzung in einer heterogenen Region.....	27
C. Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO: Umsetzung der Resolution EUR/R52/R9.....	28
Epidemiologische Entwicklung von HIV/Aids in der Europäischen Region der WHO	28
Prävention, Behandlung und Pflege von HIV/Aids.....	28
Anpassung der Angebote des Regionalbüros an die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten.....	29
Überzeugungsarbeit und Aufbau von Partnerschaften auf regionaler Ebene	30
Normative und Grundsatzleitlinien.....	30
Strategische Informationen.....	31
D. Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC)	33
Zusammenfassung	33
Einleitung.....	33
Zentrale Aufgaben des EEHC und Wege zur ihrer Erfüllung	33
Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit.....	34
Thematische Sitzungen.....	34
Arbeitsgruppe zum CEHAPE.....	34
Überwachung der Entwicklung eines Informationssystems für Umwelt und Gesundheit	35
Umsetzung nach Ländern im Internet.....	35
Vertretung und Einbeziehung der Jugend.....	35
Finanzielle Erfordernisse des EEHC	36
Anhang 3 Aufgabenbereich der Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit.....	37
Anhang 4 Aufgabenbereich und Arbeitsplan 2005–2007 der CEHAPE-Arbeitsgruppe.....	39

E. Gesundheit am Arbeitsplatz.....	41
Anforderungen an den Schutz der Gesundheit in der Arbeitswelt	41
Die Reaktion der WHO	41
Der weitere Weg	42
F. Reproduktive Gesundheit.....	44
G. Erkenntnisse für den Bereich der öffentlichen Gesundheit	47
Zusammenfassung	47
Fortschritte bei der Arbeit an den Erkenntnissen 2001–2004.....	47
Was wurde erreicht?	47
Das integrierte Evidenzsystem	48
Die nächste Dimension: Health Intelligence	48
H. WHO-Kooperationszentren	50
Zusammenfassung	50
Das Konzept	50
Überprüfung der Handhabung der WHO-Kooperationszentren	50
Kriterien für die Auswahl von WHO-Kooperationszentren.....	50
Designierungsverfahren für WHO-Kooperationszentren.....	51
Überprüfungsausschüsse	51
Administration der Kooperationszentren	51
Aufräumprozess.....	51
Auswirkungen auf das Regionalbüro	52
Gegenwärtiger Stand.....	52
Künftige Strategie.....	52
Die nächsten Schritte	53

A. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit

Zusammenfassung

1. Das WHO-Regionalbüro hat die positive Aufnahme der Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit und dem von dieser unterstützten Aktionsplan (Anhang 1 und 2) verzeichnet, die beide ein Ergebnis der in Helsinki vom 12. bis 15. Januar 2005 veranstalteten Ministerkonferenz sind. Das Regionalbüro ist jetzt dabei ein Programm zu erarbeiten und durchzuführen, das die Arbeit auf den fünf vordringlichen Gebieten unterstützt und den Mitgliedstaaten hilft, die im Aktionsplan aufgestellten Etappenziele zu erreichen. Dieses Umsetzungsprogramm ist ausgedehnt und umfassend. Es deckt zwölf in der Erklärung genannte Aktionsfelder ab und bezieht die WHO-Kooperationszentren, Sachverständige sowie nicht- und zwischenstaatliche Organisationen dabei mit ein. Dem Papier liegt ein Resolutionsentwurf zur Prüfung durch das Regionalkomitee bei.

Hintergrund

2. Psychische Gesundheit ist heute in jedem Land der Europäischen Region der WHO eine der größten Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Psychische Gesundheitsprobleme betreffen mindestens jede vierte Familie einmal im Leben. Neuropsychiatrische Störungen machen auch über 40% der chronischen Krankheiten aus und sind die größte Ursache für die mit Behinderungen verbrachten Lebensjahre. In vielen Ländern gehen 35 bis 45% der Fehlzeiten am Arbeitsplatz auf psychische Gesundheitsprobleme zurück. Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen werden auch von Stigma, Diskriminierung und in manchen Fällen Menschenrechtsverletzungen berührt.

3. Die Länder der Europäischen Region sind nicht nur mit dieser hohen Krankheitslast konfrontiert, sondern auch mit einer Kluft zwischen dem Behandlungsbedarf und den verfügbaren Angeboten. Selbst in Industrieländern mit gut organisierten Gesundheitssystemen werden ca. 50% aller depressiven Menschen überhaupt nicht behandelt. Gleichzeitig kosten psychische Störungen (insbesondere Depressionen) die Volkswirtschaften in Form von Ausgaben und Produktivitätsverlusten Milliardenbeträge.

4. Diese Herausforderung annehmend veranstaltete das WHO-Regionalbüro für Europa im Januar 2005 im finnischen Helsinki die erste WHO-Ministerkonferenz zum Thema psychische Gesundheit, die Gesundheitsminister und hochrangige Entscheidungsträger aus den 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region zusammenführte. Die Konferenz wurde gemeinsam mit der Europäischen Kommission und dem Europarat veranstaltet. Auf der Konferenz billigten die Minister die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit sowie den von dieser unterstützten Aktionsplan, die beide voraussichtlich die konzeptionelle Arbeit in der Europäischen Region der WHO auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit in den nächsten fünf bis zehn Jahren bestimmen werden. Erklärung und Aktionsplan wurden auch von nichtstaatlichen Organisationen (NGO) der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie von Fachverbänden und internationalen Organisationen unterstützt.

5. In der Erklärung wird anerkannt, dass Politik und Dienste gesellschaftliche Integration und Gerechtigkeit anstreben sollen und zwar unter einem umfassenden Blickwinkel, der Ausgewogenheit sucht zwischen dem Bedarf an und dem Nutzen aus verschiedenen psychosozialen Angeboten für Gesamtbevölkerung, gefährdete Gruppen und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Programm und Aktivitäten

6. Der Aktionsplan nennt Einzelheiten zu den Verpflichtungen und Aufgaben der Mitgliedstaaten und der WHO. Auf der Grundlage der in Erklärung und Aktionsplan genannten Prioritäten und als Ausdruck der Werte und Prinzipien der Europäischen Region hat das Regionalbüro ein Programm erarbeitet, durch das es seinen Verpflichtungen unter Konzentration auf vier zentrale Ziele nachkommt:

- Abbau von Stigma, Förderung des psychischen Wohlbefindens und Verhütung psychischer Gesundheitsprobleme,
- Umsetzung der Konzepte und Angebote durch kompetente Mitarbeitende,
- Beschaffung und Verbreitung von Informationen und Forschungsergebnissen,
- Eintreten für die Menschenrechte und für die Übertragung von Verantwortung an Betroffene.

7. Diese vier Kernziele werden durch Aktivitäten in allen zwölf in Erklärung und Aktionsplan angegebenen Bereichen erreicht. Um die verfügbaren Ressourcen möglichst effizient zu nutzen und die größtmögliche Wirkung in den Ländern zu erzielen wurde die Zusammenarbeit zwischen Kollegen in den Länderbüros und in dem Regional- und Hauptbüro der WHO belebt und in der Europäischen Region wurden Projekte unter Einbeziehung angesehener zuverlässiger Organisationen und Einzelpersonen auf den Weg gebracht.

8. Das Regionalbüro hat die WHO-Kooperationszentren dazu aufgefordert, die Verantwortung für die Koordinierung bestimmter Arbeitsbereiche zu übernehmen. In einem Großteil der Mitgliedstaaten der Europäischen Region werden Aktivitäten in Partnerschaft mit zahlreichen Experten und NGO durchgeführt. Bislang wurden federführende Zentren für die folgenden Arbeitsbereiche gefunden:

- Stigma und Diskriminierung
- Förderung der psychischen Gesundheit
- Prävention, einschließlich Suizidprävention
- Weiterentwicklung der Angebote
- Informationen und ihre Verbreitung
- Einbeziehung der Betroffenen und der Betreuenden und Übertragung von Verantwortung
- Arbeitskräfteangebot.

9. In vielen dieser Bereiche gibt es Unterstützung durch die Staaten und Partnerorganisationen einschließlich NGO. Mit jedem der führenden Kooperationszentren wird ein Ziele, Aufträge und Mittel beschreibender Arbeitsplan auf Grundlage der im Aktionsplan erwähnten Punkte vereinbart. Eine spannende Option, deren Machbarkeit momentan untersucht wird, wäre ein jährliches Sommerseminar mit einem Programm für alle Bereiche.

10. Viele Länder überarbeiten gegenwärtig ihre Konzepte und Angebote dahingehend, dass sie den Aktionsplan widerspiegeln. Im Anschluss an die Ministerkonferenz beteiligte sich die WHO an vielen nationalen und internationalen Debatten und Seminaren und erörterte ihre Aktivitäten in einer Reihe von Mitgliedstaaten. Die Organisation hat hierbei mit Andorra, Belgien, Israel, Lettland, Litauen, Kirgisistan, Luxemburg, Polen, der Russischen Föderation, der Slowakei, Spanien, der Tschechischen Republik, der Ukraine, Usbekistan, dem Stabilitätspakt für Südosteuropa zusammengearbeitet.

11. Vor der Ministerkonferenz hatte die WHO bereits mit vielen mittel- und osteuropäischen Staaten sowie den neuen unabhängigen Staaten im Rahmen der zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) zwischen dem Regionalbüro und den Gesundheitsministerien in verschiedenen Psychiatrieprojekten zusammengearbeitet. Seit der Konferenz haben 15 Länder psychische Gesundheit zu einem vordringlichen Thema ihrer kommenden Arbeit gemacht (Albanien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kirgisistan, Kroatien, Lettland, Litauen, Polen, Republik Moldau, Rumänien, Serbien und Montenegro, Ungarn und Usbekistan). Die WHO wird die Staaten bei der Gestaltung ihrer nationalen Politik und Gesetzgebung im Bereich psychische Gesundheit und bei der Einleitung einer Psychiatriereform auf der Grundlage des Aktionsplans unterstützen.

12. Die Europäische Kommission und der Europarat haben in Helsinki ihre Entschlossenheit zum Erreichen der in der Erklärung aufgestellten Ziele zum Ausdruck gebracht. Zu beiden Partnern wurden

enge Arbeitsbeziehungen aufgebaut mit dem Ziel, Aktivitäten von gemeinsamem Interesse auf der Grundlage der jeweiligen Zuständigkeiten in Angriff zu nehmen. Das Regionalbüro untersucht gerade die Möglichkeiten für ein gemeinsames Menschenrechtsprojekt mit dem Europarat. Die Europäische Kommission unterstützt ein Projekt zu Leistungsvergleichen und zur Erbringung gewisser Elemente aus Erklärung und Aktionsplan und hat die WHO eng in die Erarbeitung eines so genannten Grünbuchs zu psychischer Gesundheit mit einbezogen.

Anhang 1 Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit

Präambel

1. Wir, die bei der Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit vom 12. bis 15. Januar in Helsinki versammelten Gesundheitsminister¹ der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in Gegenwart des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz und gemeinsam mit dem WHO-Regionaldirektor für Europa, erklären, dass psychische Gesundheit und psychisches Wohlergehen grundlegend für die Lebensqualität des einzelnen Menschen sowie von Familien, Gemeinschaften und Nationen sind und es den Menschen ermöglichen, ihr Leben als sinnvoll zu erfahren und sich als kreative und aktive Bürger zu betätigen. Wir glauben, dass das primäre Ziel der Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit das Wohlbefinden und Wirken der Menschen ist, indem auf ihre Stärken und Möglichkeiten gesetzt und dadurch ihre Resilienz gesteigert wird und äußere schützende Faktoren gefördert werden.
2. Wir erkennen an, dass die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention sowie die Behandlung, Pflege und Rehabilitation bei psychischen Gesundheitsproblemen für die WHO und ihre Mitgliedstaaten, die Europäische Union (EU) und den Europarat ein vorrangiges Anliegen darstellen, wie dies in Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats der WHO, des WHO-Regionalkomitees für Europa und des Rates der Europäischen Union zum Ausdruck gebracht wurde. In diesen Resolutionen werden die Mitgliedstaaten, die WHO, die EU und der Europarat eindringlich gebeten, Maßnahmen zu ergreifen, um die durch psychische Gesundheitsprobleme bewirkte Krankheitslast zu verringern und das psychische Wohlergehen zu steigern.
3. Wir erinnern an unsere Verpflichtung durch Resolution EUR/RC51/R5 zur Erklärung von Athen über psychische Gesundheit, durch menschliches Einwirken verursachte Katastrophen, Stigmatisierung und gemeindenaher Versorgung und durch die vom WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2003 verabschiedete Resolution EUR/RC53/R4, in der die Sorge zum Ausdruck gebracht wurde, dass die durch psychische Störungen in der Europäischen Region verursachte Krankheitslast nicht abnimmt und dass viele Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen trotz der Entwicklung wirksamer Interventionsmöglichkeiten nicht die erforderliche Behandlung und Versorgung erhalten. Das Regionalkomitee ersuchte den Regionaldirektor:
 - bei der Organisation und Durchführung von Tätigkeiten zur Aktualisierung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ Problemen der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO hohe Priorität einzuräumen,
 - im Januar 2005 in Helsinki, Finnland, eine Ministerielle WHO-Konferenz zum Thema psychische Gesundheit zu veranstalten.
4. Wir nehmen die Resolutionen zur Kenntnis, die ein Aktionsprogramm für psychische Gesundheit unterstützen. In der vom WHO-Exekutivrat im Januar 2002 verabschiedeten und durch Resolution WHA55.10 der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2002 unterstützten Resolution EB109.R8 werden die WHO-Mitgliedstaaten aufgefordert:
 - die im *Weltgesundheitsbericht 2001* enthaltenen Empfehlungen anzunehmen,

¹ Das in diesem Text verwendete generische Maskulinum bezeichnet gleichermaßen weibliche und männliche Personen. Es wurde weitgehend versucht, geschlechtsneutrale Formen zu finden.

- in Rücksprache mit allen beteiligten Akteuren im Bereich psychische Gesundheit eine Politik, Programme und gesetzliche Regelungen zur psychischen Gesundheit zu schaffen, die sich auf den aktuellen Wissensstand und die Achtung der Menschenrechte gründen,
 - sowohl innerhalb der Länder als auch in der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit mehr in die psychische Gesundheit als einen untrennbaren Bestandteil des Wohlergehens der Bevölkerungen zu investieren.
5. Seit 1975 haben Entschlüsse des Rates der Europäischen Union, Empfehlungen des Europarats und Resolutionen der WHO wiederholt den wichtigen Stellenwert der Förderung von psychischer Gesundheit und den schädlichen Zusammenhang zwischen psychischen Gesundheitsproblemen, sozialer Ausgrenzung, Arbeits- und Obdachlosigkeit sowie Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch anerkannt. Wir erkennen das Gewicht der Bestimmungen der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, des Übereinkommens über die Rechte des Kindes, des Europäischen Übereinkommens zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe und der Europäischen Sozialcharta an, ebenso wie das Engagement des Europarats für den Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit, das sich durch die Erklärung seiner Ministerkonferenz zum Thema psychische Gesundheit in der Zukunft (Stockholm, 1985) und andere von ihm verabschiedete Empfehlungen für diesen Bereich entwickelt hat, insbesondere durch die Empfehlungen R(90)22 zum Schutz der psychischen Gesundheit bestimmter gefährdeter Gesellschaftsgruppen und Empfehlung Rec(2004)10 über den Schutz der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischen Störungen.

Anwendungsbereich

6. Wir nehmen zur Kenntnis, dass viele Aspekte von Politik und Diensten im Bereich psychische Gesundheit in der gesamten Europäischen Region einem Wandel unterliegen. Politik und Dienste streben gesellschaftliche Integration und Gerechtigkeit an und zwar unter einem umfassenden Blickwinkel, der Ausgewogenheit sucht zwischen dem Bedarf an und dem Nutzen aus verschiedenen psychosozialen Angeboten für Gesamtbevölkerung, gefährdete Gruppen und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Dienste werden heute in einem breiten Spektrum gemeindenaher Umfelder erbracht und nicht mehr ausschließlich in abgeschotteten großen Anstalten. Wir glauben, dass dies eine richtige und notwendige Entwicklung ist. Wir begrüßen die Tatsache, dass Politik und Praxis im Bereich psychische Gesundheit heute stehen für:
- i. die Förderung des psychischen Wohlergehens,
 - ii. die Bekämpfung von Stigma, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung,
 - iii. die Prävention von psychischen Gesundheitsproblemen,
 - iv. die Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen durch wirksame Dienste und Interventionen, die Betroffenen und Betreuenden² Beteiligung und Entscheidungsmöglichkeiten bieten,
 - v. die Rehabilitation und gesellschaftliche Integration von Menschen, die schwere psychische Gesundheitsprobleme durchlebt haben.

Prioritäten

7. Wir müssen auf dem Fundament aus Reform und Modernisierung in der Europäischen Region der WHO aufbauen, aus unseren gemeinsamen Erfahrungen lernen und uns dabei der einzigartigen

² Mit den Betreuenden sind Angehörige, Freunde oder sonstige ehrenamtliche Betreuer gemeint.

Charakteristika jedes Landes bewusst sein. Wir glauben, dass unsere vorrangigen Aufgaben im kommenden Jahrzehnt darin bestehen:

- i. das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
- ii. gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichheit anzugehen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen, damit sie sich an diesem Prozess aktiv beteiligen können,
- iii. umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, die Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen,
- iv. dem Bedürfnis nach kompetenten und in allen diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden zu entsprechen,
- v. die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten anzuerkennen.

Maßnahmen

8. Wir stellen uns hinter die Feststellung, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt. Psychische Gesundheit ist von zentraler Bedeutung für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital der Nationen und sollte daher als integraler und wesentlicher Teil anderer Politikbereiche wie z. B. Sozialwesen, Bildung und Beschäftigung betrachtet werden. Deshalb verpflichten wir, die für Gesundheit zuständigen Minister, uns im Rahmen der verfassungsrechtlichen Strukturen und Zuständigkeiten in unseren Ländern dazu, die Notwendigkeit einer umfassenden, auf gesellschaftliche Integration zielenden evidenzbasierten Politik im Bereich psychische Gesundheit zu erkennen und Wege und Mittel zur Entwicklung, Umsetzung und Stärkung einer solchen Politik zu erwägen. Eine solche auf das psychische Wohlbefinden und die gesellschaftliche Teilhabe der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen gerichtete Politik erfordert folgende Maßnahmen:
 - i. Das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung insgesamt durch Maßnahmen fördern mit dem Ziel, Bewusstsein zu schaffen und positive Änderungen im Hinblick auf Einzelpersonen und Familien, gesellschaftliche Gruppen, Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Regierungen und Behörden zu bewirken,
 - ii. die möglichen Auswirkungen jeglicher Politik auf den Bereich der psychischen Gesundheit berücksichtigen und dabei besonderes Augenmerk auf gefährdete Gruppen legen sowie Bewusstsein für die zentrale Stellung der psychischen Gesundheit beim Aufbau einer gesunden, integrativen und produktiven Gesellschaft zeigen,
 - iii. gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen, den Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen sichern und die erforderliche Gesetzgebung implementieren, die gefährdete oder an psychischen Gesundheitsproblemen leidende Menschen dazu befähigen soll, voll und gleichberechtigt an der Gesellschaft teilzuhaben,
 - iv. gezielte Unterstützung und Maßnahmen anbieten, die auf die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Personen in bestimmten Lebensabschnitten zugeschnitten sind, insbesondere bei der Erziehung und Ausbildung von Kindern und Jugendlichen sowie bei der Betreuung älterer Menschen,
 - v. Maßnahmen entwickeln und umsetzen, um die vermeidbaren Ursachen von psychischen Gesundheitsproblemen, Komorbidität und Suizid zu reduzieren,
 - vi. die Kapazitäten und die Kompetenz von Hausärzten und Primärversorgung ausbauen und dabei mit spezialisierten medizinischen und nichtmedizinischen Diensten im Verbund arbeiten, die Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen wirksamen Zugang sowie die Erkennung und Behandlung ihrer Probleme bieten,

- vii. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen eine wirksame und umfassende Behandlung und Versorgung in einer Palette verschiedener Settings anbieten, in denen ihre persönlichen Wünsche berücksichtigt werden können und wo sie vor Vernachlässigung und Missbrauch geschützt sind,
 - viii. Partnerschaft, Koordinierung und Führung zwischen Regionen, Ländern, Sektoren und Organisationen herstellen, die auf psychische Gesundheit und die gesellschaftliche Integration von Einzelpersonen und Familien, Gruppen und Gemeinschaften einen Einfluss haben,
 - ix. Programme zur Anwerbung, Ausbildung und Schulung von Mitarbeitenden entwerfen, um ein ausreichendes und kompetentes multidisziplinäres Arbeitskräfteangebot zu schaffen,
 - x. den psychischen Gesundheitszustand und die Bedürfnisse der Bevölkerung, bestimmter Gruppen und Einzelpersonen in einer Weise abschätzen, die Vergleiche auf nationaler und internationaler Ebene zulässt,
 - xi. angemessene und ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, damit diese Ziele erreicht werden können,
 - xii. Forschung veranlassen und die Auswertung und Weiterverbreitung der oben genannten Maßnahmen unterstützen.
9. Wir erkennen die Wichtigkeit und Dringlichkeit der Annahme der Herausforderungen und der Schaffung evidenzbasierter Lösungen. Wir unterstützen daher den Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit und seine Umsetzung in der gesamten Europäischen Region der WHO, wobei jedes Land die einzelnen Punkte auf geeignete Weise an seine Erfordernisse und Möglichkeiten anpassen muss. Wir sind auch entschlossen, Solidarität mit der ganzen Region zu üben und Wissen, vorbildliche Praxisbeispiele und Sachverstand miteinander auszutauschen.

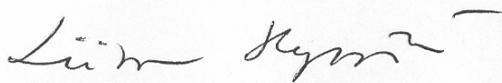
Aufgaben

10. Wir, die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, verpflichten uns zur Unterstützung der folgenden Maßnahmen in Übereinstimmung mit den verfassungsrechtlichen Strukturen und der politischen Praxis unserer Länder und den nationalen und teilnationalen Erfordernissen, Gegebenheiten und Mitteln:
- i. Umsetzung einer Politik und Gesetzgebung für den Bereich psychische Gesundheit, die Standards für einschlägige Aktivitäten setzt und die Menschenrechte wahrt,
 - ii. Koordination der verantwortlichen Stellen für die Ausarbeitung, Verbreitung und Umsetzung von Politik und Gesetzgebung mit Bezug auf psychische Gesundheit,
 - iii. Abschätzung der Auswirkungen behördlicher Maßnahmen auf den Bereich der allgemeinen psychischen Gesundheit,
 - iv. Beseitigung von Stigma und Diskriminierung sowie verstärkte Integration, indem das Bewusstsein in der Öffentlichkeit erhöht und die Handlungsfähigkeit gefährdeter Personen gestärkt wird,
 - v. Wahlmöglichkeiten und Beteiligung für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen an einer Versorgung, die ihre Bedürfnisse und Kultur berücksichtigt,
 - vi. Überprüfung und gegebenenfalls Einführung von Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsgesetzen,
 - vii. Förderung der psychischen Gesundheit in der Ausbildung und am Arbeitsplatz, in den Gemeinden und in anderen relevanten Umfeldern durch verstärkte Zusammenarbeit der für Gesundheit zuständigen Organisationen und anderer maßgeblicher Sektoren,

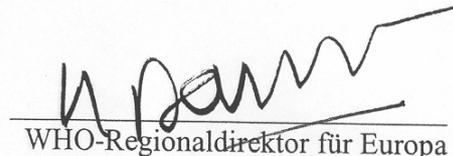
- viii. Prävention von Risikofaktoren am Entstehungsort, z. B., indem die Entwicklung eines der psychischen Gesundheit zuträglichen Arbeitsmilieus unterstützt wird und Anreize geschaffen werden für eine Unterstützung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen an ihrem Arbeitsplatz bzw. für eine frühestmögliche Rückkehr an diesen nach der Genesung.
 - ix. Suizidprävention angehen, ebenso wie die Ursachen von schädlichem Stress, Gewalt, Depressionen, Angstzuständen sowie von Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch,
 - x. Anerkennung und Ausbau der zentralen Rolle von Primärversorgung und Hausärzten sowie Stärkung ihrer Fähigkeit zu mehr Verantwortung für die psychische Gesundheit,
 - xi. Aufbau von gemeindenahen Diensten mit dem Ziel, die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen in großen Anstalten zu ersetzen,
 - xii. Durchsetzung von Maßnahmen zur Beendigung inhumaner und entwürdigender Versorgung,
 - xiii. Förderung von Partnerschaften zwischen für Versorgung und Unterstützung zuständigen Einrichtungen wie z. B. Gesundheitsdiensten, Sozialämtern, Wohnungsbehörden, Bildungseinrichtungen und Arbeitsvermittlungen,
 - xiv. Aufnahme des Themas psychische Gesundheit in die Lehrpläne aller Gesundheitsberufe und Entwicklung von Fortbildungs- und Schulungsprogrammen für Arbeitskräfte im psychosozialen Bereich,
 - xv. Förderung der Fachkenntnis der Beschäftigten im psychosozialen Bereich, damit die Bedürfnisse bestimmter Gruppen wie die von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen sowie von Menschen mit chronischen und schweren psychischen Gesundheitsproblemen aufgegriffen werden können,
 - xvi. Bereitstellung ausreichender Mittel für den Bereich psychische Gesundheit unter Berücksichtigung der Krankheitslast und Ausweisung als erkennbarer Teil der Gesundheitsausgaben, damit im Vergleich zu den Investitionen in andere Gesundheitsbereiche eine Ausgewogenheit erreicht wird,
 - xvii. Entwicklung eines Surveillance-Systems für gutes psychisches Wohlbefinden und für psychische Gesundheitsprobleme, das Risikofaktoren und Hilfesuchverhalten einschließt, und begleitende Beobachtung seiner Anwendung,
 - xviii. Vergabe von Forschungsaufträgen, sofern Wissensstand oder Methoden unzureichend sind, und Verbreitung der Ergebnisse.
11. Wir werden im Bereich psychische Gesundheit tätige nichtstaatliche Organisationen unterstützen und die Schaffung von nichtstaatlichen Organisationen und Betroffenenverbänden fördern. Wir begrüßen insbesondere Organisationen, die sich dafür einsetzen:
- i. Betroffene zu organisieren, die sich an der Entwicklung eigener Aktivitäten beteiligen, u. a. der Einrichtung und Durchführung von Selbsthilfegruppen und der Vermittlung von Krankheitsbewältigung,
 - ii. besonders vulnerablen und ausgegrenzten Menschen zu Selbstbestimmung zu verhelfen und ihre Sache zu vertreten,
 - iii. gemeindenahe Dienste anzubieten, die die Betroffenen einbeziehen,
 - iv. auf die Situation bezogene Umgangs- und Bewältigungsmöglichkeiten sowie weitere Kompetenzen von Angehörigen und Betreuenden zu verbessern und diese in die Versorgungsprogramme einzubeziehen,

- v. die Erarbeitung von Projekten zu fördern, die einer kompetenten Erziehung, Aufklärung und Toleranz, der Bekämpfung von Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch sowie von Gewalt und Kriminalität dienen,
 - vi. zum Aufbau örtlicher Dienste beizutragen, die die Bedürfnisse von Randgruppen ins Auge fassen,
 - vii. Telefondienste und Internetberatung für Menschen in Krisensituationen zu ermöglichen, z. B. für Menschen, die Gewalt erfahren oder die suizidgefährdet sind,
 - viii. Beschäftigungsmöglichkeiten für Behinderte zu schaffen.
12. Wir fordern die Europäische Kommission und den Europarat dazu auf, im Rahmen ihrer jeweiligen Kompetenzen die Umsetzung dieser Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit zu unterstützen.
13. Wir ersuchen den WHO-Regionaldirektor für Europa, auf folgenden Gebieten Maßnahmen zu ergreifen:
- a) *Partnerschaften*
 - i. Förderung der Kooperation in diesem Bereich mit zwischenstaatlichen Organisationen, darunter der Europäischen Kommission und dem Europarat.
 - b) *Gesundheitsinformationen*
 - i. Unterstützung der Mitgliedstaaten bei dem Aufbau eines Surveillance-Systems für psychische Gesundheit,
 - ii. Erhebung vergleichbarer Daten über den Zustand und die Entwicklung von psychischer Gesundheit und psychosozialen Diensten in den Mitgliedstaaten.
 - c) *Forschung*
 - i. Errichtung eines Netzwerks von Kooperationszentren im Bereich psychische Gesundheit, das Möglichkeiten für internationale Partnerschaften, qualitativ hochwertige Forschung und Forscheraustausch bietet,
 - ii. Gewinnung und Verbreitung der besten verfügbaren Erkenntnisse über eine gute Praxis, die die ethischen Aspekte von psychischer Gesundheit berücksichtigt.
 - d) *Weiterentwicklung von Politik und Diensten*
 - i. Unterstützung der Regierungen durch Sachkenntnis, damit die Psychiatriereform von einer wirkungsvollen Politik getragen wird, die Gesetzgebung, Dienstausgestaltung, Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Gesundheitsprobleme einschließt,
 - ii. Hilfe bei der Einrichtung von Schulungsprogrammen für Ausbilder,
 - iii. Initiative für Austauschprogramme mit Innovatoren,
 - iv. Hilfe bei der Formulierung von Forschungsstrategien und -themen,
 - v. Förderung von Anwälten des Wandels (change agents) durch Schaffung eines Netzwerks aus führenden nationalen Reformern und Beamten in Schlüsselpositionen.
 - e) *Anwaltschaftliches Eintreten*
 - i. Beeinflussung und laufende Beobachtung von Strategien und Aktivitäten, welche die Menschenrechte und Integration fördern und Stigma und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen verringern,

- ii. Befähigung von Betroffenen, Betreuenden und nichtstaatlichen Organisationen zu mehr Selbstbestimmtheit durch Information und Koordinierung von Aktivitäten zwischen den Ländern,
 - iii. Unterstützung der Mitgliedstaaten bei dem Aufbau einer Informationsbasis, die hilft, die Selbstbestimmtheit der Nutzer psychosozialer Dienste zu stärken,
 - iv. Ermöglichung eines internationalen Erfahrungsaustausches zwischen wichtigen regionalen und lokalen nichtstaatlichen Organisationen,
 - v. Bereitstellung objektiver und konstruktiver Informationen für die Medien, für nichtstaatliche Organisationen und andere interessierte Gruppen und Einzelpersonen.
14. Wir ersuchen das WHO-Regionalbüro für Europa, die notwendigen Schritte zu unternehmen um sicherzustellen, dass die Weiterentwicklung und Umsetzung der Politik im Bereich psychische Gesundheit voll unterstützt wird, den Aktivitäten und Programmen angemessener Vorrang eingeräumt wird und ihnen geeignete Mittel zur Verfügung stehen, damit sie die Vorgaben aus dieser Erklärung erfüllen können.
15. Wir verpflichten uns dazu, der WHO über die Fortschritte bei der Umsetzung dieser Erklärung in unseren Ländern auf einer zwischenstaatlichen Tagung zu berichten, die vor dem Jahr 2010 stattfinden soll.



Finnische Ministerin für
Gesundheit und Soziales



WHO-Regionaldirektor für Europa

Anhang 2 **Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit**

Dieser Aktionsplan wird in der Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit durch die Gesundheitsminister³ der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO befürwortet. Sie unterstützen seine Umsetzung in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen und Möglichkeiten jedes einzelnen Landes.

Die Herausforderungen der nächsten fünf bis zehn Jahre bestehen in der Erarbeitung, Umsetzung und Auswertung einer Politik und einer Gesetzgebung, die Angebote im Bereich psychische Gesundheit hervorbringt, durch die das Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung verbessert, psychische Gesundheitsprobleme verhütet und die Integration und das Wirken von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen gefördert werden können. In den kommenden zehn Jahren gilt es vorrangig:

- i. das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
- ii. gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichbehandlung anzugehen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen und sie an diesem Prozess aktiv zu beteiligen,
- iii. umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, welche Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen,
- iv. dem Bedürfnis nach kompetenten und in allen diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden zu entsprechen,
- v. die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden⁴ als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von Diensten anzuerkennen.

Der Aktionsplan schlägt Mittel und Wege zur Entwicklung, Umsetzung und Durchführung einer umfassenden Politik für den psychosozialen Bereich in den Ländern der Europäischen Region der WHO vor, wofür Maßnahmen in den nachstehend aufgeführten zwölf Gebieten erforderlich sind. Die Länder werden diese Politik in ihre eigenen Strategien und Pläne für die psychosoziale Versorgung der kommenden fünf bzw. zehn Jahre einfließen lassen.

1. Psychisches Wohlbefinden für alle fördern

Herausforderung

Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden sind grundlegend für die Lebensqualität. Sie ermöglichen es den Menschen, ihr Leben als sinnvoll zu erleben und sich als kreative und aktive Bürger zu betätigen. Psychische Gesundheit ist ein wesentliches Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts, der Produktivität und eines stabilen und friedlichen Lebensumfelds. Sie trägt dadurch zum gesellschaftlichen Vermögen und zur wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft bei. Public Mental Health und dem psychischen Wohlbefinden förderliche Lebensweisen sind entscheidend dafür, dass dieses Ziel erreicht wird. Die Förderung der psychischen Gesundheit verbessert die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung, einschließlich der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und der sie Betreuenden. Die Entwicklung und Umsetzung von wirksamen Plänen zur Förderung der psychischen Gesundheit wird das psychische Wohlbefinden aller steigern.

³ Das in diesem Text verwendete generische Maskulinum bezeichnet gleichermaßen weibliche und männliche Personen. Es wurde weitgehend versucht, geschlechtsneutrale Formen zu finden.

⁴ Mit den Betreuenden sind Angehörige, Freunde oder sonstige ehrenamtliche Betreuer gemeint.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Umfassende Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit im Zusammenhang einer Politik für Gesundheit, einschließlich psychischer Gesundheit, und einer Politik insgesamt entwickeln, die die Förderung der psychischen Gesundheit über das gesamte Leben hinweg aufgreifen.
- ii. Förderung psychischer Gesundheit als eine langfristige Investition annehmen und Aufklärungs- und Informationsprogramme auf lange Sicht entwickeln.
- iii. Wirksame Programme zur Unterstützung und Aufklärung von Eltern ab der Schwangerschaft entwickeln und anbieten.
- iv. Evidenzbasierte Programme entwickeln und anbieten, die Fähigkeiten fördern, Informationen bereitstellen und sich auf die Resilienz, die emotionale Intelligenz und die psychosoziale Funktion von Kindern und Jugendlichen konzentrieren.
- v. Den Zugang älterer Menschen zu gesunder Ernährung und körperlicher Betätigung verbessern.
- vi. Gemeindenahe, vielschichtige Interventionen unter Einbezug von Awareness-Kampagnen für die Öffentlichkeit, von Mitarbeitenden in der Primärversorgung und von Multiplikatoren vor Ort wie Lehrern, Geistlichen und Medien fördern.
- vii. Elemente der Förderung psychischer Gesundheit in bestehende allgemeine Konzepte und Programme für Gesundheitsförderung und Public Health einbetten, z. B. in die von den Netzwerken der WHO für Gesundheitsförderung unterstützten.
- viii. Den Konsum gesunder Produkte fördern und die Einnahme schädlicher Produkte mindern.
- ix. Gesunde Arbeitsplätze schaffen durch Maßnahmen wie Gymnastik, geänderte Arbeitsmuster, vernünftige Arbeitszeiten und einen gesundheitsförderlichen Managementstil.
- x. Wirksame Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit für Menschen mit andauernden psychischen oder physischen Gesundheitsproblemen und die sie Betreuenden anbieten.
- xi. Klare Mechanismen für eine Befähigung der Bevölkerung zur Übernahme von Verantwortung für Ziele der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention aufzeigen, z. B. durch ein erhöhtes öffentliches Bewusstsein für die Bedeutung von Lebensentscheidungen.

2. Die zentrale Position der psychischen Gesundheit aufzeigen

Herausforderung

Psychische Gesundheit ist zentral für den Aufbau einer gesunden, integrativen und produktiven Gesellschaft. Eine vernünftige und zusammenhängende Politik, z. B. in den Bereichen Arbeit, Stadtplanung und sozioökonomische Fragen, wirkt sich auch positiv auf die psychische Gesundheit aus und vermindert das Risiko für psychische Gesundheitsprobleme. Die Konsequenzen jeder Politik für die psychische Gesundheit und insbesondere mögliche Auswirkungen auf gefährdete Gruppen müssen daher in Betracht gezogen werden. Eine Politik für psychische Gesundheit erfordert eine sektorübergreifende Vernetzung und sollte ein multisektorales und multidisziplinäres Vorgehen beinhalten.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Psychische Gesundheit untrennbar mit Public Health verbinden.
- ii. Die Perspektive psychischer Gesundheit und einschlägige Maßnahmen in aktuelle und künftige nationale Politik und Gesetzgebung einbeziehen.

- iii. Psychische Gesundheit in Programme für Gesundheit am Arbeitsplatz einbeziehen.
- iv. Die möglichen Folgen einer neuen Politik auf das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung vor ihrer Einführung abschätzen und nach ihrer Einführung auswerten.
- v. Die relativen Folgen einer Politik auf Menschen, die bereits an psychischen Gesundheitsproblemen leiden oder gefährdet sind, besonders berücksichtigen.

3. Gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen

Herausforderung

Die Entwicklung und Einführung einer Politik für psychische Gesundheit darf nicht durch das weit verbreitete Stigma gefährdet werden, das psychischen Gesundheitsproblemen anhaftet und zu Diskriminierung führt. In vielen Fällen werden Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen aufgrund von Diskriminierung nicht die gleichen Möglichkeiten geboten. Die Menschenrechte und die Würde dieser Personen müssen geschützt werden. Eigenverantwortung ist ein entscheidender Schritt auf diese Zielsetzungen zu, da sie Integration und gesellschaftliche Eingliederung fördert. Fehlende Einflussmöglichkeiten für die Organisationen von Betroffenen und Betreuenden sowie unzureichende Vertretung verhindern die Gestaltung und Einführung von Konzepten und Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen zugeschnitten sind. Gegen die Ausgrenzung der Nutzer psychosozialer Dienste, ob sie in Anstalten und Einrichtungen oder in der Gesellschaft erfahren wird, muss auf vielfältige Weise angegangen werden.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Maßnahmen gegen Stigma und Diskriminierung anregen und dabei betonen, wie allgegenwärtig psychische Gesundheitsprobleme sind, wie gut die Heilungsaussichten und Behandlungschancen im Allgemeinen sind und wie selten sie mit Gewalt verbunden sind.
- ii. Behindertengesetzgebung einführen oder überprüfen, um sicherzustellen, dass psychische Gesundheit gleichberechtigt und chancengleich umfasst ist.
- iii. Nationale, sektorale und betriebliche Konzepte entwickeln und einführen, die bei Anstellungsverfahren jede Form von Stigma und Diskriminierung in Verbindung mit psychischen Gesundheitsproblemen beseitigen.
- iv. Die gemeindenahe Beteiligung an psychosozialen Programmen vor Ort stimulieren, indem Initiativen nichtstaatlicher Organisationen unterstützt werden.
- v. Ein stimmiges Programm aus Politik und Gesetzgebung erarbeiten, das gegen Stigma und Diskriminierung vorgeht und internationale und regionale Menschenrechtsnormen einschließt.
- vi. Einen konstruktiven Dialog mit den Medien aufnehmen und sie systematisch mit Informationen versorgen.
- vii. Standards für die Vertretung von Betroffenen und Betreuenden in Ausschüssen und Gruppen schaffen, welche für die Planung, Erbringung, Überprüfung und Inspektion von psychosozialen Angeboten verantwortlich sind.
- viii. Lokale und nationale nichtstaatliche und von den Betroffenen betriebene Organisationen schaffen und entwickeln, die die Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, die sie Betreuenden und die Gemeinschaften, in denen sie leben, vertreten.
- ix. Die Integration von Kindern und jungen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Behinderungen in das allgemeine Bildungs- und Berufsausbildungssystem fördern.

- x. Berufliche Ausbildungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen schaffen und die Anpassung von Arbeitsplätzen und -methoden an ihre besonderen Bedürfnisse mit dem Ziel unterstützen, ihren Eintritt in den Arbeitsmarkt zu sichern.

4. Geeignete Angebote für vulnerable Lebensphasen fördern

Herausforderung

Kleinkinder, Kinder, junge Menschen und ältere Menschen sind sozialen, psychologischen, biologischen und umweltbedingten Risikofaktoren besonders ausgesetzt. In Anbetracht ihrer Vulnerabilität und ihrer Bedürfnisse sollten junge und ältere Menschen bei Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention und Versorgung psychischer Gesundheitsprobleme eine hohe Priorität genießen. Allerdings verfügen viele Länder in diesem Bereich nur über unzureichende Kapazitäten und die Dienste und ihre Mitarbeitenden sind nur mangelhaft auf das Hantieren entwicklungs- und altersbedingter Probleme vorbereitet. Dabei können Störungen in der Kindheit wichtige Vorläufer für Störungen im Erwachsenenalter sein. Die Unterstützung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte als eine strategische Investition betrachtet werden, die langfristig viele Erträge für den Einzelnen, die Gesellschaft und das Gesundheitssystem abwirft.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Dafür Sorge tragen, dass die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen als Prioritäten in eine Politik für psychische Gesundheit eingehen.
- ii. Die internationalen Rechte von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen in die psychische Gesundheit betreffenden Gesetze aufnehmen.
- iii. Junge und ältere Menschen möglichst weitgehend an dem Entscheidungsprozess beteiligen.
- iv. Marginalisierten Gruppen besondere Aufmerksamkeit widmen, u. a. Kindern und älteren Menschen aus Migrantenfamilien.
- v. Psychosoziale Dienste entwickeln, die gegenüber den Bedürfnissen junger und älterer Menschen sensibel sind und in enger Zusammenarbeit mit den Familien, Schulen, Tageszentren, Nachbarn, der weiteren Familie und Freunden betrieben werden.
- vi. Die Entwicklung von Gemeindezentren für ältere Menschen fördern, um die soziale Unterstützung und den Zugang zu Interventionen zu verbessern.
- vii. Dafür Sorge tragen, dass sowohl die Primärversorgung als auch die spezialisierten Dienste altersgerechte und geschlechtsbezogene psychosoziale Angebote machen und als ein integrierter Verbund auftreten.
- viii. Ansätze zur Anstaltsversorgung von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen begrenzen, da sie soziale Ausgrenzung und Vernachlässigung erzeugen.
- ix. Durch Schaffung oder Ausbau von Kapazitäten für spezialisierte Interventionen und für die psychosoziale Versorgung von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen sowie durch Schulung und Anstellung einer angemessenen Zahl von Spezialisten die Qualität bestimmter psychosozialer Dienste verbessern.
- x. Die Koordination zwischen Organisationen, die mit Alkohol- und Drogenprogrammen und der Gesundheit und psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf nationaler und internationaler Ebene befasst sind, sowie die Zusammenarbeit zwischen ihren jeweiligen Netzwerken verbessern.
- xi. Für eine im Verhältnis zu vergleichbaren Gesundheitsdiensten ausgewogene Finanzierung sorgen.

5. Psychische Gesundheitsprobleme und Suizid verhüten

Herausforderung

In vielen Ländern sind Menschen einem schädlichen Stress erzeugenden Gesellschaftswandel ausgesetzt, der den sozialen Zusammenhalt, die Sicherheit und die Beschäftigung beeinflusst und zu einem Anstieg von Angst und Depressionen, Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch sowie von Gewalt- und Suizidverhalten führt. Die sozialen Auslöser psychischer Gesundheitsprobleme sind vielfältig und reichen von individuellen Ursachen zu Belastungen ganzer Gruppen oder Gesellschaften. Sie können in sehr unterschiedlichen Umfeldern auftreten oder verstärkt werden, u. a. zu Hause, am Ausbildungsplatz, am Arbeitsplatz oder in Einrichtungen. Marginalisierte und vulnerable Gruppen wie Flüchtlinge und Migranten, Arbeitslose, Gefängnisinsassen und Haftentlassene, Menschen mit abweichender sexueller Orientierung, Menschen mit physischen oder sensorischen Behinderungen und Menschen, die bereits psychische Gesundheitsprobleme erleben, sind besonders gefährdet

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Bewusstsein für die Prävalenz, die Symptome und die Therapierbarkeit von schädlichem Stress, Angst, Depression und Schizophrenie schärfen.
- ii. Gefährdeten Gruppen gezielt Präventionsprogramme gegen Depression, Angst, schädlichen Stress, Suizid und andere Risiken anbieten, die auf der Grundlage ihrer besonderen Bedürfnisse entwickelt wurden und die sensibel für ihren kulturellen Hintergrund sind.
- iii. Selbsthilfegruppen, Telefondienste und Webseiten gegen Suizid einrichten, die insbesondere auf stark gefährdete Gruppen ausgerichtet sind.
- iv. Maßnahmen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln einführen.
- v. Routinebeurteilung der psychischen Gesundheit junger Mütter durch Geburtshelfer und Gemeindefrauen einführen und bei Bedarf Interventionen anbieten.
- vi. Für gefährdete Familien Aufklärung zu Hause anbieten, um aktiv die elterliche Sorgefähigkeit, das Gesundheitsverhalten und das Zusammenspiel zwischen Eltern und Kindern verbessern zu helfen.
- vii. In Partnerschaft mit anderen Ministern Erziehungsprogramme einrichten, die Suizid, Depressionen und Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch bei jungen Menschen an Schulen und Universitäten aufgreifen und die bei der Gestaltung der Kampagnen Rollenvorbilder und junge Menschen einbeziehen.
- viii. Die Umsetzung von Plänen zur Entwicklung der Gemeinschaft in Risikozonen unterstützen und nichtstaatliche Organisationen stärken, insbesondere solche, die marginalisierte Gruppen vertreten.
- ix. Angemessene fachliche Unterstützung und Dienste für Leute sicherstellen, die schwere Krisen durchmachen und Gewalt erleben, u. a. Krieg, Naturkatastrophen und Terrorangriffe, um posttraumatische Belastungsstörungen zu verhüten.
- x. Das Bewusstsein von Mitarbeitenden in der Gesundheitsversorgung und ähnlichen Sektoren über ihre eigenen Einstellungen und Vorurteile gegenüber Suizid und psychischen Gesundheitsproblemen schärfen.
- xi. Die arbeitsbezogene psychische Gesundheit mithilfe speziell für diesen Zweck entwickelter Indikatoren und Instrumente laufend beobachten.
- xii. Die Fachkompetenz für den Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz durch Risikobewertung und Management von Stress und psychosozialen Faktoren, durch Schulung von Mitarbeitenden und durch bewusstseinsbildende Maßnahmen entwickeln.

- xiii. Für Beschäftigung, Wohnung und Bildung maßgebliche Behörden in die Ausarbeitung und Umsetzung von Präventionsprogrammen einbeziehen.

6. Gute Primärversorgung für psychische Gesundheitsprobleme sichern

Herausforderung

In vielen Ländern der Europäischen Region sind Hausärzte und die Mitarbeitenden der Primärversorgung bei allgemeinen psychischen Gesundheitsproblemen die erste und wichtigste Hilfsstelle. Allerdings werden psychische Gesundheitsprobleme von Hausärzten und Mitarbeitenden der Primärversorgung oft nicht entdeckt und wenn sie entdeckt werden, ist die Behandlung nicht immer angemessen. Viele Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, insbesondere die vulnerablen und marginalisierten, erfahren beim Zugang zu den Diensten und bei der Aufrechterhaltung des Kontakts mit ihnen Schwierigkeiten. Hausärzte und Primärversorgungsdienste müssen die Kapazitäten und die Kompetenz zum Aufspüren und Behandeln von Menschen mit allgemeinen psychischen Störungen in der Gemeinde entwickeln und bei Bedarf als Teil eines Verbunds aus spezialisierten psychosozialen Diensten unterstützt werden.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Dafür Sorge tragen, dass alle Menschen im Rahmen der Primärversorgung guten Zugang zu psychosozialen Diensten haben.
- ii. Primärversorgungsangebote entwickeln, die die Fähigkeit zum Aufdecken und, soweit angemessen, zur anfänglichen Behandlung allgemeiner psychischer Gesundheitsprobleme einschließlich Depression, Angst, stressbedingter Störungen, Substanzmissbrauch und psychotischer Störungen besitzen, indem für mehr und besser qualifizierte Mitarbeitende in der Primärversorgung gesorgt wird.
- iii. Zugang zu psychotropen Medikamenten und psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen der Primärversorgung für allgemeine ebenso wie schwere psychische Störungen bereitstellen, insbesondere für in der Gemeinschaft ansässige Personen mit stabilen chronischen psychischen Störungen.
- iv. Mitarbeitenden der Primärversorgung zu Förderungs- und Präventionsmaßnahmen im Bereich psychische Gesundheit anhalten, die insbesondere auf Gesundheitsdefizite bestimmende oder erhaltende Faktoren zielen.
- v. Behandlungs- und Überweisungsvorschriften für die Primärversorgung entwickeln und umsetzen und dabei bewährte Verfahren aufstellen und klar die jeweilige Zuständigkeit im Verbund aus Primär- und Spezialversorgung festlegen.
- vi. Kompetenzzentren schaffen und in jeder Region Netzwerke fördern, an die sich Gesundheitsfachkräfte, Betroffene, Betreuende und die Medien um Rat wenden können.
- vii. Psychosoziale Dienste bereitstellen und in andere Dienste der Primärversorgung einpassen und eine Versorgung in leicht zugänglichen Settings wie Gemeindezentren und Allgemeinkrankenhäusern anbieten.

7. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen durch gemeindenahe Dienste wirksam versorgen

Herausforderung

Die Psychiatriereform macht in der ganzen Region Fortschritte. Es ist dabei von entscheidender Bedeutung, dass das Recht der Menschen auf wirksamste Behandlungen und Maßnahmen bei geringstmöglichem Risiko anerkannt und unterstützt wird und zwar auf der Grundlage ihrer individuellen

Bedürfnisse, unter Berücksichtigung ihrer Kultur, ihrer Religion, ihres Geschlechts und ihrer Erwartungen. Erkenntnisse und Erfahrungen aus vielen Ländern stützen die Entwicklung eines Verbunds aus gemeindenahen Diensten, in den auch Krankenhausbetten eingehen. Das 21. Jahrhundert hat keinen Platz für eine inhumane und entwürdigende Behandlung und Versorgung in großen Anstalten: Eine wachsende Zahl von Ländern hat bereits viele dieser Anstalten geschlossen und ist jetzt dabei, wirksame gemeindenahere Dienste zu implementieren. Besondere Beachtung sollte den emotionalen und finanziellen Bedürfnissen und dem Informationsbedarf der Familien und Freunde geschenkt werden, die oft für die intensive Unterstützung und Betreuung verantwortlich sind und dabei selbst Unterstützung benötigen.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Betroffene und Betreuende befähigen, auf psychosoziale und andere wichtige Dienste zuzugreifen und in Partnerschaft mit den Erbringern Verantwortung für ihre Versorgung zu übernehmen.
- ii. Spezialisierte gemeindenahere Dienste planen und einführen, die täglich rund um die Uhr geöffnet sind, über einen multidisziplinären Mitarbeiterstab verfügen und Menschen mit schweren Störungen wie z. B. Schizophrenie, bipolaren Störungen, schweren Depressionen oder Demenz versorgen.
- iii. Krisenversorgung am Wohnort und am Arbeitsplatz der Menschen anbieten und dadurch eine Verschlechterung oder Krankenhauseinweisung wo möglich verhüten und nur wirklich bedürftige Menschen einweisen bzw. solche, die für sich selbst oder andere ein Risiko ausmachen.
- iv. Umfassende und wirksame Behandlung, Psychotherapie und Medizinierung mit geringstmöglichen Nebenwirkungen in gemeindenahen Settings anbieten, insbesondere für junge Menschen, die die erste Episode einer psychischen Störung erleben.
- v. Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen den Zugriff auf notwendige Arzneimittel zu Preisen sichern, die der Einzelne und das Gesundheitssystem sich erlauben können, damit eine angemessene Verschreibungs- und Einnahmepaxis dieser Arzneien erreicht wird.
- vi. Rehabilitationsangebote entwickeln, die die Integration der Menschen in die Gesellschaft optimieren und gleichzeitig für die mit psychischen Gesundheitsproblemen verbundenen Behinderungen sensibel sind.
- vii. Angebote für die psychosozialen Bedürfnisse von Menschen in nicht spezialisierten Einrichtungen wie Allgemeinkrankenhäusern oder Gefängnissen bereitstellen.
- viii. Betreuenden und Angehörigen eine Beurteilung ihrer emotionalen und finanziellen Bedürfnisse und eine Beteiligung an den Versorgungsprogrammen anbieten.
- ix. Programme gestalten, die die Fähigkeiten und die Kompetenz von Angehörigen und Betreuenden zur Pflege und zur Krankheitsbewältigung entwickeln.
- x. Beihilfeprogramme auf die Einbeziehung der wirtschaftlichen Kosten der Betreuung überprüfen.
- xi. Modellprojekte planen und finanzieren, die sich zur Weiterverbreitung eignen.
- xii. Von Kollegen anerkannte Vorreiter finden und unterstützen, damit diese die Innovation vorantreiben.
- xiii. Leitlinien für eine bewährte Praxis entwickeln und ihre Umsetzung beobachtend begleiten.
- xiv. Das Recht der unfreiwillig eingewiesenen Menschen auf Wahl eigener unabhängiger Vertreter gesetzlich verankern.

- xv. Gesetze oder Vorschriften einführen oder bekräftigen, die die Versorgungsstandards schützen, wozu auch die Beendigung jeglicher inhumanen oder entwürdigenden Behandlung und Intervention gehört.
- xvi. Zur Durchsetzung bewährter Praxis Inspektionen einführen und Vernachlässigungs- und Missbrauchserscheinungen in der psychosozialen Versorgung stoppen.

8. Partnerschaften über Sektoren hinweg errichten

Herausforderung

Wesentliche Dienste, die in der Vergangenheit in der Regel in großen Anstalten erbracht oder aber als unwesentlich für das Leben von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen betrachtet wurden, sind heute oft auf mehrere Organisationen verteilt. Das Fehlen von Partnerschaft und Koordination zwischen von verschiedenen Organisationen betriebenen oder finanzierten Diensten führt zu mangelhafter Versorgung, Leid und Ineffizienz. Die Zuständigkeit verschiedener Organe für ein derart breites Angebot an Diensten erfordert Koordinierung und Führung unter Einschluss der Behörden. Die Betroffenen und die Betreuenden benötigen Unterstützung für den Zugang zu und den Erhalt von Leistungen wie Beihilfen, Unterbringung, Mahlzeiten, Beschäftigung und Behandlung von körperlichen Erkrankungen einschließlich Substanzmissbrauch.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Umfassende Präventions- und Versorgungsdienste anbieten, die sich in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen um deren Bedürfnisse reihen.
- ii. Kooperative Netzwerke aus Diensten schaffen, die für die Lebensqualität von Betroffenen und Betreuenden von entscheidender Bedeutung sind, z. B. soziale Wohlfahrt, Arbeit, Ausbildung, Justiz, Verkehr und Gesundheit.
- iii. Den Beschäftigten in den psychosozialen Diensten die Verantwortung für die Erkennung allgemeiner Bedürfnisse und für die Bereitstellung von Unterstützung durch direkte Maßnahmen oder durch ein mit anderen Diensten abgestimmtes Handeln geben.
- iv. Beschäftigte in anderen verwandten Diensten über die konkreten Bedürfnisse und Rechte der Menschen aufklären, die psychische Gesundheitsprobleme haben oder gefährdet sind.
- v. Finanzielle und bürokratische Hemmnisse der Zusammenarbeit, auch auf behördlicher Ebene, erkennen und beseitigen.

9. Ein ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot schaffen

Herausforderung

Die Psychiatriereform erfordert neue Aufgaben und Zuständigkeiten der Mitarbeitenden und dafür ist ein Wandel bei Werten und Haltungen, Wissen und Können erforderlich. Die Arbeitsweisen vieler Beschäftigter der psychosozialen Dienste und anderer Sektoren wie Lehrer, Sozialbeamte, Geistliche und Ehrenamtliche müssen modernisiert werden, damit eine wirksame und leistungsfähige Versorgung möglich ist. Neue Ausbildungsmöglichkeiten müssen dem Bedarf nach Sachkenntnis in allen Funktionen und Aufgaben gerecht werden.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Erfordernis neuer Rollen und Aufgaben für Mitarbeitende im spezialisierten und allgemeinen Gesundheitsdienst und auf anderen wichtigen Gebieten wie Wohlfahrt und Erziehung anerkennen.

- ii. Erfahrungen in gemeindenahen Settings und multidisziplinärer Teamarbeit bei der Ausbildung aller Mitarbeitenden der psychosozialen Dienste berücksichtigen.
- iii. Ausbildung auf dem Gebiet der Erkennung, Prävention und Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen für alle Mitarbeitenden der Primärversorgung weiterentwickeln.
- iv. In Partnerschaft mit Bildungseinrichtungen Programme planen und finanzieren, die dem Ausbildungsbedarf der vorhandenen und der neu rekrutierten Mitarbeitenden entsprechen.
- v. Anwerbung neuer Mitarbeitender für die psychosozialen Dienste fördern und an den vorhandenen Mitarbeitenden verstärkt festhalten.
- vi. Durch Anreize eine insbesondere für gefährdete Menschen gerechte Verteilung der Mitarbeitenden der psychosozialen Dienste auf die Bevölkerung sicherstellen.
- vii. Gegen mangelnde Kenntnisse der gegenwärtigen Ausbilder in Bezug auf neue Technologien angehen und Ausbilderprogramme unterstützen.
- viii. Mitarbeitende der psychosozialen Dienste über die Verbindung zwischen Förderung, Vorsorge und Behandlung aufklären und ausbilden.
- ix. Die Mitarbeitenden im ganzen öffentlichen Sektor so aufklären, dass sie die Wirkung ihrer Konzepte und Maßnahmen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung erkennen.
- x. Durch die Gestaltung und Einführung einer geeigneten Fachschulung zum Thema psychische Gesundheit für alle Beschäftigten in der psychosozialen Versorgung einen sachkundigen Mitarbeiterstab schaffen.
- xi. Ausbildungsverläufe für Spezialisten in Bereichen entwickeln, die eine hohe Sachkenntnis erfordern, wie z. B. die Versorgung und Behandlung von Kindern, älteren Menschen und anderen, die an einer Kombination aus psychischen Gesundheitsproblemen und Störungen durch Substanzgebrauch leiden (Komorbidität).

10. Verlässliche Informationen über psychische Gesundheit sichern

Herausforderung

Um eine gute Politik und Praxis in den Ländern und der ganzen Region entwickeln zu können, müssen Informationen über den tatsächlichen Zustand der psychischen Gesundheit und der psychosozialen Aktivitäten verfügbar sein. Die Auswirkungen jeder neu umgesetzten Initiative sollten überwacht werden. Der psychische Gesundheitszustand und das Hilfesuchverhalten von Bevölkerungen, bestimmten Gruppen und Einzelpersonen sollten in einer Weise gemessen werden, die Vergleiche in der gesamten Europäischen Region der WHO zulässt. Indikatoren sollten vereinheitlicht und lokal, national und international vergleichbar sein, damit sie bei einer wirksamen Planung, Umsetzung, begleitenden Beobachtung und Auswertung eines evidenzbasierten Strategie- und Aktionsplans für psychische Gesundheit von Nutzen sind.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Ein nationales Surveillance-System auf der Grundlage international standardisierter, harmonisierter und vergleichbarer Indikatoren und Datenerhebungssysteme entwickeln, damit der Fortschritt in Bezug auf lokale, nationale und internationale Zielsetzungen für eine Verbesserung von psychischer Gesundheit und psychischem Wohlbefinden verfolgt werden kann.
- ii. Neue Indikatoren und Datenerhebungsmethoden für nicht verfügbare Informationen entwickeln, u. a. Indikatoren für psychische Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation.

- iii. Regelmäßige bevölkerungsbezogene Befragungen zur psychischen Gesundheit unterstützen, die eine für die ganze Europäische Region der WHO vereinbarte Methodik anwenden.
- iv. Ausgangsniveaus für Inzidenz und Prävalenz wichtiger Krankheitsbilder einschließlich Risikofaktoren in der Bevölkerung und in Risikogruppen messen.
- v. Bestehende psychosoziale Programme, Dienste und Systeme begleitend beobachten.
- vi. Die Entwicklung eines integrierten Datenbankverbunds der gesamten Europäischen Region der WHO unterstützen, welcher den Stand der Konzeptionen und Strategien im Bereich psychische Gesundheit, die Verwirklichung und Erbringung von evidenzbasierter Förderung, Prävention, Behandlung, Versorgung und Rehabilitation mit einschließt.
- vii. Die Verbreitung von Informationen über die Auswirkung guter Konzepte und Praktiken auf nationaler und internationaler Ebene fördern.

11. Faire und angemessene Finanzierung bereitstellen

Herausforderung

Die Mittel, die für psychische Gesundheit zur Verfügung gestellt werden, sind im Vergleich mit anderen Bereichen des öffentlichen Sektors vom Umfang her oft unangemessen und von der Verteilung her ungerecht. Das spiegelt sich in Zugangsbenachteiligung, Vernachlässigung und Diskriminierung wider. In einigen Gesundheitssystemen wird über die Versicherungsleistungen bei Zugang und Recht auf Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme stark diskriminiert. Innerhalb der Budgets für psychische Gesundheit sollte die Mittelzuweisung gerecht und verhältnismäßig sein, also den Bedürftigsten einen relativ größeren Anteil und Nutzen zukommen zu lassen.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Bewerten, ob der Anteil der Zuwendungen der Gesundheitshaushalte für psychische Gesundheit den Bedürfnissen der Klientel und der Dringlichkeit der Fälle gerecht wird.
- ii. Sicherstellen, dass die am schwersten betroffenen Menschen und die ärmsten Mitglieder der Gesellschaft den relativ größten Nutzen ziehen.
- iii. Bewerten, ob die Finanzierung effizient eingesetzt wird, wobei der gesellschaftliche Nutzen einschließlich des durch Förderung, Prävention und Versorgung erzeugten mit einzu beziehen ist.
- iv. Beurteilen, ob der Schutz durch Sozial- und Privatversicherungssysteme vergleichbar umfassend und fair wie bei anderen Erkrankungen ist und nicht Gruppen ausschließt oder diskriminiert und ob er insbesondere die Schwächsten schützt.

12. Wirksamkeit auswerten und neue Erkenntnisse gewinnen

Herausforderung

Die Forschung macht beträchtliche Fortschritte, doch einigen Strategien und Interventionen fehlt noch immer die erforderliche Erkenntnisgrundlage, sodass weitere Investitionen benötigt werden. Darüber hinaus sind Investitionen in die Wissensverbreitung erforderlich, denn die vorhandenen Erkenntnisse über wirksame neue Interventionen und nationale und internationale Praxisvorbilder sind vielen Entscheidungsträgern, Managern, Praktikern und Forschern nicht bekannt. Die Wissenschaftler der Europäischen Region müssen zusammenarbeiten und gemeinsam die Grundlagen für evidenzbasierte Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit schaffen. Zu den wichtigen Forschungsprioritäten zählen Analysen von Konzeptionen im Bereich psychische Gesundheit, Folgenabschätzung allgemeiner Politikbereiche auf die psychische Gesundheit, Evaluierungen der Programme zur Förderung der

psychischen Gesundheit, eine bessere Erkenntnisgrundlage für Vorsorgemaßnahmen und neue Dienstmodelle sowie Gesundheitsökonomie im Bereich von psychischer Gesundheit.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Nationale Forschungsstrategien unterstützen, die vorbildliche Praxis erkennen, entwickeln und umsetzen, um den Bedürfnissen der Bevölkerung und der Risikogruppen gerecht zu werden.
- ii. Die Wirkung der psychosozialen Gesundheitssysteme über längere Zeit auswerten und Erfahrungen auf die Formulierung neuer Dringlichkeiten und die Ausschreibung der notwendigen Forschungsaufträge anwenden.
- iii. Forschung unterstützen, die die Entwicklung von Präventionsprogrammen ermöglicht, welche auf die gesamte Bevölkerung und Risikogruppen abzielen. Die Konsequenzen der wechselseitigen Zusammenhänge vieler psychischer, physischer und sozial bedingter Gesundheitsprobleme für wirksame Präventionsprogramme und -konzepte müssen erforscht werden.
- iv. Forschung zur Gesundheitsfolgenabschätzung der Politik in anderen Sektoren als dem Gesundheitssektor fördern, da diese ein deutliches Potenzial für eine bessere psychische Gesundheit bieten.
- v. Die Wissenslücke zwischen Theorie und Praxis überbrücken, indem die Zusammenarbeit zwischen Forschern, Entscheidungsträgern und Praktikern durch Seminare und zugängliche Veröffentlichungen erleichtert wird.
- vi. Sicherstellen, dass Versuchsprogramme langfristige Auswertungen über ihre Auswirkung auf die psychische wie auf die physische Gesundheit und auf Gesellschaft und Wirtschaft enthalten.
- vii. Nachhaltige Partnerschaften zwischen Praktikern und Forschern für die Umsetzung und Auswertung neuer oder bestehender Interventionen stiften.
- viii. In die Ausbildung zur Erforschung der psychischen Gesundheit durch alle akademischen Disziplinen, u. a. Anthropologie, Soziologie, Psychologie, Managementstudien und Wirtschaftswissenschaften, investieren und Anreize für langfristige akademische Partnerschaften schaffen.
- ix. Die europäische Zusammenarbeit bei der Erforschung der psychischen Gesundheit durch eine größere Vernetzung der WHO-Kooperationszentren in der Europäischen Region und anderer Zentren mit Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Prävention ausweiten.
- x. In die regionale Zusammenarbeit bei der Informationsverbreitung investieren, um eine Doppelung allgemein anwendbarer Forschung zu vermeiden und Unwissenheit über erfolgreiche und relevante Aktivitäten an anderen Orten zu überwinden.

Psychische Gesundheit für Europa: die Herausforderung annehmen

Etappenziele

Die Mitgliedstaaten bekennen sich durch die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit und diesen Europäischen Aktionsplan für Psychische Gesundheit zur Annahme der Herausforderungen und zu folgenden Zielen. Zwischen 2005 und 2010 sollten sie:

1. eine Politik erarbeiten und Aktivitäten umsetzen, die gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen und das psychische Wohlbefinden fördern, u. a. an gesundheitsförderlichen Schulen und Arbeitsplätzen,
2. die Auswirkungen der öffentlichen Politik auf die psychische Gesundheit gründlich untersuchen,
3. Prävention von psychischen Gesundheitsproblemen und Suizid in die nationale Politik einschließen,
4. spezialisierte Dienste aufbauen, die in der Lage sind, besondere Herausforderungen durch junge und ältere Menschen und geschlechtsspezifische Probleme aufzugreifen,
5. Dienste priorisieren, die auf die psychischen Gesundheitsprobleme marginalisierter und vulnerabler Gruppen und auf die Komorbiditätsproblematik ausgerichtet sind, bei welcher psychische Gesundheitsprobleme und andere Probleme wie Substanzmissbrauch oder körperliche Erkrankung auftreten,
6. Partnerschaften für die sektorübergreifende Arbeit aufbauen und gegen Negativanreize vorgehen, die die gemeinsame Arbeit behindern,
7. Strategien für die Humanressourcen einführen, um ein ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot im psychosozialen Bereich zu schaffen,
8. Indikatoren für die Determinanten und die Epidemiologie der psychischen Gesundheit und die Gestaltung und Erbringung der Dienste in Partnerschaft mit anderen Mitgliedstaaten definieren,
9. gerechte Finanzierungen, Vorschriften und Gesetze für Gesundheit bekräftigen, die psychische Gesundheit mit einbeziehen,
10. inhumane und entwürdigende Behandlung und Versorgung beenden und Menschenrechte gesetzlich verankern und Gesetze zur psychischen Gesundheit erlassen, die mit den Normen aus den Konventionen der Vereinten Nationen und internationaler Gesetzgebung in Einklang stehen,
11. das Ausmaß der gesellschaftlichen Integration von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen erhöhen,
12. die Vertretung von Betroffenen und Betreuenden in Ausschüssen und Gruppen sicherstellen, welche für die Planung, Erbringung, Überprüfung und Inspektion von psychosozialen Angeboten verantwortlich sind.

B. Auf dem Weg zu einer Europäischen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten: Folgemaßnahmen zu Resolution EUR/RC54/R4

Zusammenfassung

13. In seiner Resolution EUR/RC54/R4 bat das Regionalkomitee den Regionaldirektor, bis 2006 eine umfassende maßnahmenorientierte Strategie zur Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten für die Europäische Region auszuarbeiten. Zur Unterstützung dieses Prozesses wurde Anfang 2005 ein Netzwerk nationaler Ansprechpartner für die WHO geschaffen und eine Redaktionsgruppe mit Vertretern von acht Mitgliedstaaten eingesetzt. Die Arbeiten zur Erstellung eines ersten Entwurfs für die Strategie bis Oktober liegen im Zeitplan; der Entwurf soll Ende 2005 mit den nationalen Ansprechpartnern diskutiert werden. Eine abschließende Konsultation mit den Mitgliedstaaten ist für Ende März 2006 vorgesehen.

Einleitung

14. Auf der 54. Tagung des Regionalkomitees im September 2004 beschlossen die Mitgliedstaaten in der Resolution EUR/RC54/R4, den nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) hohe Priorität einzuräumen und bis 2006 eine umfassende maßnahmenorientierte Strategie für die Region auszuarbeiten. In dieser Strategie sollte der Schwerpunkt auf Fragen der Umsetzung gelegt und die Besonderheit und Verschiedenartigkeit der Europäischen Region berücksichtigt werden; ihre Ausarbeitung sollte in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten, mit zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sowie mit anderen einschlägigen Partnern erfolgen. Dieses Kapitel befasst sich mit den seit September 2004 erzielten Fortschritten bei der Entwicklung der Strategie und hält sich dabei an die in der Resolution enthaltenen Vorgaben.

Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten: Nationale Ansprechpartner und Redaktionsgruppe

15. Im Februar 2005 wurden die Gesundheitsministerien der Europäischen Region der WHO gebeten, im Hinblick auf eine enge Zusammenarbeit mit der WHO bei der Entwicklung der NCD-Strategie für die Europäische Region nationale Ansprechpartner zu benennen. Bis Juni 2005 hatten 46 Länder die Namen ihrer jeweiligen Ansprechpartner übermittelt. Vom 28.–30. April 2005 fand beim Regionalbüro in Kopenhagen eine Sitzung der nationalen Ansprechpartner für nichtübertragbare Krankheiten statt, an der die Vertreter von 32 Staaten teilnahmen.

16. Auf dieser ersten Sitzung einigten sich die nationalen Ansprechpartner auf einen Konsultationsprozess für die Entwicklung der Europäischen NCD-Strategie und begannen mit der Festlegung der Mittel für die Umsetzung der Strategie. Die Sitzung bot die Gelegenheit zur fachlichen Diskussion über bestimmte Aspekte der Strategie, und die Mitgliedstaaten konnten Fallbeispiele aus ihrer eigenen Erfahrung schildern, insbesondere aus dem Bereich der Politik zur Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten.

17. Weiterhin wurden auf der Sitzung die Vertreter von acht Ländern für die Redaktionsgruppe zur Ausarbeitung der Strategie nominiert. Die Gruppe ist sowohl in Bezug auf die geographische Herkunft ihrer Mitglieder als auch auf deren Geschlecht ausgewogen besetzt: Die Mitglieder stammen aus Georgien, Italien, Kroatien, Litauen, Rumänien, der Russischen Föderation, Schweden und dem Vereinigten Königreich; den Vorsitz führt Herr Bosse Pettersson (Schweden). Der Vertreter Litauens ist auch Vorsitzender des Internationalen Managementkomitees für das Integrierte Länderprogramm der WHO zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI), so dass die umfassenden Erkenntnisse aus diesem Programm in die Arbeit einbezogen werden können. Die erste Sitzung der Gruppe fand im Rahmen der Sitzung der nationalen Ansprechpartner im April statt, an der zweiten Sitzung am 13. und 14. Juni 2005 in Schweden nahmen sechs der acht Mitglieder teil. Die Ergebnisse der Sitzung waren: ausführliche Orientierungshilfe für die Erstellung des ersten Entwurfs für die

Strategie, einschließlich ihrer Ausrichtung und ihres Umfangs; Festlegung von Arbeitsbereichen, die externen Sachverstand erfordern; und Vorschläge für weitere Inventarlisten über ähnliche Arbeiten, die zur Ausarbeitung des Dokuments herangezogen werden können.

18. Nach der Sitzung sollen externe Aufträge für spezifische Arbeitsbereiche vergeben und ein erster (ca. 10–15 Seiten langer) Entwurf der Strategie bis Ende August an die Mitglieder der Redaktionsgruppe verteilt werden. Ein überarbeiteter Entwurf, in dem deren Stellungnahmen berücksichtigt werden, soll auf der dritten Sitzung der Redaktionsgruppe Mitte September diskutiert werden. Mitte Oktober soll ein erster vollständiger Entwurf vorliegen, der ins Russische übersetzt und an die nationalen Ansprechpartner verteilt werden soll. Die zweite Sitzung der nationalen Ansprechpartner für nicht-übertragbare Krankheiten ist für November oder Dezember 2005 vorgesehen. Eine dritte Länderkonsultation wird spätestens Ende März 2006 erwartet.

Zusammenarbeit mit zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Gremien und anderen einschlägigen Partnern

19. Die Europäische Kommission wie auch die WHO über das Regionalbüro für Europa hinaus stehen hinter der bisher geleisteten Arbeit und unterstützen sie. Sowohl der Leiter der Abteilung „Chronische Krankheiten und Gesundheitsförderung“ im Hauptbüro der WHO als auch der Leiter des Referats „Gesundheitsdeterminanten“ bei der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission nahmen an der ersten Sitzung der nationalen Ansprechpartner teil und sagten tatkräftige Unterstützung bei der Ausarbeitung der Strategie zu. Die anderen WHO-Regionen wurden im Rahmen der sechsmonatlichen globalen Sitzungen der Regionalbeauftragten für nichtübertragbare Krankheiten sowie der Sitzungen des Global Forum on Chronic Disease Prevention and Control [dt.: Globales Forum für die Prävention und Bekämpfung chronischer Krankheiten] auf dem Laufenden gehalten, so dass die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch mit den anderen Regionen gegeben war. Weiterhin wurde das Regionalbüro für Europa auch aufgefordert, die Entwicklungen im Zusammenhang mit der Strategie auf einer Tagung zu schildern, die von der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie in Weiterverfolgung der Schlussfolgerungen des Rates zum Thema Herzgesundheit vom 2. Juni 2004 gemeinsam mit der luxemburgischen Präsidentschaft des Rates der Europäischen Union und mit der Europäischen Kommission organisiert wurde.

20. Auf der ersten Sitzung der nationalen Ansprechpartner wurde vereinbart, bis zur Erstellung eines ausführlichen Entwurfs und dessen Erörterung mit den Mitgliedstaaten mittels des Ansprechpartner-Verfahrens Ende 2005 auf eine umfassendere Beratung zu verzichten. Ein Vorschlag zu einem solchen Beratungsprozess soll Ende 2005 mit den Mitgliedstaaten diskutiert werden. In der Zwischenzeit sind verschiedene Vertreter der Nahrungsmittelindustrie an das Regionalbüro für Europa herangetreten und haben Gesprächsbedarf sowohl zur Europäischen Strategie als auch zur Globalen Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit signalisiert. Im März 2005 fand ein erstes Treffen mit Vertretern des Dachverbands der Lebensmittelindustrie in der Europäischen Union statt. Unilever hat ebenfalls um ein Treffen gebeten; dieses ist vorläufig für August 2005 geplant.

Bereits bestehende Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und damit verbundene Strategien

21. Eine Bestandsaufnahme der bereits bestehenden Verpflichtungen der Mitgliedstaaten sowie der damit verbundenen Strategien liegt vor und wird bei der Vorbereitung der Strategie berücksichtigt.

22. Während des Zeitraums der Ausarbeitung der Europäischen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten (2004–2006) werden der Europäische Aktionsplan Alkohol 2000–2005, die Europäische Anti-Tabak-Strategie und der Erste Aktionsplan für Nahrung und Ernährung allesamt überprüft. Gleichzeitig wurde die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erstellt und mit der Umsetzung des Aktionsplans für psychische Gesundheit in der Europäischen Region begonnen. Der Handlungsrahmen für eine Alkoholkulturpolitik in der Europäischen Region der WHO soll dem Regionalkomitee auf dessen 55. Tagung vorgelegt werden, während ein Zwischenbericht zur Anti-Tabak-Strategie gleichzeitig mit der Strategie

für nichtübertragbare Krankheiten auf der 56. Tagung vorliegen soll. Um Synergieeffekte zwischen diesen verschiedenen Arbeitsbereichen zu fördern, hat der Ansprechpartner für die Erstellung der Strategie für nichtübertragbare Krankheiten an den Sitzungen der nationalen Ansprechpartner für die Bereiche Alkoholpolitik, Tabakpolitik und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie an der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit teilgenommen und sich an der Erstellung der verschiedenen Arbeitsdokumente für das Regionalkomitee beteiligt. Zur weiteren Erleichterung der Kommunikation und Zusammenarbeit innerhalb des Regionalbüros wurde ein internes Verfahren eingeführt, das die verschiedenen Programme, die sich mit der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten befassen, miteinander verbinden soll.

Schwerpunkt auf der Umsetzung in einer heterogenen Region

23. Auf der Sitzung der nationalen Ansprechpartner für nichtübertragbare Krankheiten berichteten Referenten aus sieben Ländern von deren aktuellen Erfahrungen bei der Bewältigung der Herausforderung durch nichtübertragbare Krankheiten, insbesondere bei der Entwicklung und Umsetzung staatlicher Maßnahmen auf diesem Gebiet. Dabei fand auch eine allgemeine Aussprache über die besonderen Herausforderungen der Mitgliedstaaten bei der Umsetzung statt. Aufgrund dieser Debatte wurde eine vorläufige Liste von Instrumenten und Angeboten zur Unterstützung der Länder bei der Weiterentwicklung und Umsetzung der Strategie erstellt.

24. Das Regionalbüro beteiligt sich 2005 an einer weltweiten Untersuchung der WHO über nichtübertragbare Krankheiten, um sich einen aktuellen Überblick über die einschlägigen staatlichen Maßnahmen zu verschaffen. Zusätzlich zur Ausfüllung von Fragebögen ist jeweils ein Gespräch vorgesehen. Hierbei ist auch beabsichtigt, über ein Portal auf der Website des Regionalbüros einschlägige Grundsatzdokumente zu sammeln und sie den Mitgliedstaaten u. a. zusammen mit Informationen über Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten zur Verfügung zu stellen. Auf der Grundlage der von den Mitgliedstaaten erhaltenen Informationen soll eine Reihe von evidenzbasierten Fallstudien über Handlungskonzepte erstellt werden. Schließlich arbeiten die verschiedenen Programme des Regionalbüros miteinander sowie mit dem Hauptbüro der WHO bei der Zusammenstellung aktueller, zugänglicher und vergleichbarer Länderdaten zu Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten sowie bei der Überprüfung der für die Überwachung nichtübertragbarer Krankheiten verwendeten Verfahren zusammen.

25. Das Regionalbüro hat sich auch aktiv an der Vorbereitung des globalen Berichts zum Thema nichtübertragbare Krankheiten mit dem Titel *Preventing chronic diseases: A vital investment* [dt.: Prävention chronischer Krankheiten: Eine lebenswichtige Investition] beteiligt, der im Oktober 2005 veröffentlicht werden soll. Dieser wird überzeugende Argumente für Investitionen in die Prävention enthalten und die erforderlichen Erkenntnisse für Maßnahmen liefern, die die Politik benötigt, um schrittweise Handlungskonzepte zu entwickeln. Die nationalen Ansprechpartner begrüßen auch die Idee der Erstellung eines europäischen Berichts zum Thema nichtübertragbare Krankheiten, der als Hintergrund- bzw. Informationsdokument für die 56. Tagung des Regionalkomitees vorgesehen ist. Die europäische Ausgabe des globalen Berichts soll konkretere Erkenntnisse und Fallbeispiele in Bezug auf die Situation in der Europäischen Region enthalten. Im Sommer 2005 soll diesbezüglich ein Vorschlag vorbereitet werden, wenn der erste Entwurf für eine Europäische Strategie für nichtübertragbare Krankheiten und der globale Bericht zum Thema nichtübertragbare Krankheiten vorliegen.

C. Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO: Umsetzung der Resolution EUR/R52/R9

Epidemiologische Entwicklung von HIV/Aids in der Europäischen Region der WHO

26. Die HIV/Aids-Epidemie hat sich in der Region in den letzten drei Jahren weiter rapide ausgebreitet. Ende Mai 2005 hatten die Mitgliedstaaten der Europäischen Region dem Regionalbüro insgesamt 856 338 HIV-Infektionen (584 000 im Jahr 2001), 298 297 Aids-Fälle (263 000 im Jahr 2001) und 170 387 durch Aids verursachte Todesfälle (152 000 im Jahr 2001) gemeldet.

27. Nach Schätzungen der WHO und des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS) lebten Ende 2004 in der Region ca. 2,01 Mio. Menschen mit HIV/Aids (Schwankungsbereich: 1,4–2,86 Mio.); die geschätzte Prävalenz beläuft sich auf 0,2–0,6% der Gesamtbevölkerung. Dies bedeutet einen Anstieg um fast 30% gegenüber der Schätzung von Ende 2001 in Höhe von 1,55 Mio. Allerdings weisen die verschiedenen Ländergruppen durchaus unterschiedliche HIV-Prävalenzraten auf: von unter 0,1% in Mittel- und Südosteuropa bis zu teilweise 1,05% im westlichen Teil der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (Republik Moldau, Russische Föderation, Ukraine, Weißrussland).

28. Die HIV/Aids-Epidemie konzentriert sich in der gesamten Region weiterhin auf stark gefährdete Bevölkerungsgruppen. Zwar ist ein langsamer, aber stetiger Anstieg der Zahl der HIV-infizierten Frauen zu verzeichnen, doch sind von der Epidemie in erster Linie Männer in städtischen Gebieten betroffen. In Westeuropa wird HIV/Aids überwiegend sexuell übertragen; die Mehrheit der neu gemeldeten Fälle betrifft Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, sowie Immigranten (mehr als die Hälfte davon Frauen) aus Ländern mit einer allgemein verbreiteten HIV-Epidemie. In Osteuropa ist intravenöser Drogengebrauch in über 80% der gemeldeten Fälle, in denen der Übertragungsweg bekannt ist, verantwortlich. 28% der gemeldeten Fälle entfallen auf Frauen. 5% der gemeldeten HIV-Fälle betrafen Kinder, die zum Zeitpunkt der HIV-Erstdiagnose noch unter 15 Jahren waren.

Prävention, Behandlung und Pflege von HIV/Aids

29. Nach Schätzungen benötigten in der Europäischen Region Mitte 2005 557 000 Menschen hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART), von denen 330 000 sie zu diesem Zeitpunkt auch tatsächlich erhielten. Zwischen März 2003 und Mitte 2005 stieg in Westeuropa die Zahl der HAART-Patienten um 32% von 235 000 auf 311 000, in Mittel- und Osteuropa um 157% von 7 000 auf über 18 000. Insgesamt benötigen in West-, Mittel- und Südosteuropa 378 000 Menschen eine HAART-Therapie, in Osteuropa und Zentralasien 159 000. 40 Mitgliedstaaten, darunter alle Länder Westeuropas und die meisten Länder Mitteleuropas, bieten einen universellen Zugang zu HAART-Therapiemaßnahmen, zehn mehr als 2004. Acht Mitgliedstaaten bieten nur einen begrenzten Zugang zur HAART-Therapie. Die Zahl der Länder, die keinerlei HAART-Maßnahmen anbieten oder einen Erfassungsgrad von unter 1% haben, ist von 14 auf 4 gesunken.

30. Aufgrund der Informationen aus den nationalen Erweiterungsplänen ist davon auszugehen, dass 49 der 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO bis Ende 2005 einen universellen Zugang zur HAART-Therapie bieten werden (kein Zugang in Turkmenistan, nur begrenzter Zugang in der Ukraine und der Russischen Föderation) und dass die Zahl der Menschen, die eine HAART-Therapie erhalten, sich auf ca. 368 500 belaufen wird (332 000 in Westeuropa und 36 500 in Mittel- und Osteuropa).

31. Nach den vorläufigen Ergebnissen einer Ende 2004 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Region durchgeführten Studie über antiretrovirale Behandlung (ART) sind 32% der Patienten, die eine ART-Behandlung erhalten, Frauen (ihr Anteil an den gemeldeten HIV-Fällen beträgt 28%) und 5% Kinder unter 15 Jahren (ihr Anteil an den gemeldeten HIV-Fällen beträgt ebenfalls 5%). Etwa ein Drittel aller Menschen, die eine solche Behandlung erhalten, sind gleichzeitig auch mit Hepatitis B

oder C infiziert. Auch der Zugang intravenöser Drogenkonsumenten zur ART-Therapie hat sich in den vergangenen zwei Jahren signifikant verbessert, so dass ein wachsender Anteil der wegen Gebrauchs intravenöser Drogen mit HIV Infizierten nun über Zugang zur ART-Therapie verfügt, einschließlich der aktiven Drogenkonsumenten, die in einer wachsenden Zahl von Ländern auch Zugang zur Opioidsubstitutionsbehandlung haben.

32. Prävention, Behandlung und Pflege sind integrale und sich gegenseitig verstärkende Bestandteile einer sinnvollen gesundheitspolitischen Reaktion auf die HIV/Aids-Epidemie. Während die WHO einen Großteil ihrer Anstrengungen im laufenden Zweijahreszeitraum auf die Erweiterung des Zugangs zu Behandlung und Pflege gerichtet hat, da diese Bereiche in vielen Ländern Mittel- und Osteuropas vernachlässigt worden waren, bleibt der Bereich der Prävention ein besonders Besorgnis erregender Aspekt.

33. Ein verstärkter Zugang zu ART fördert gesundheitsbewusste Verhaltensweisen sowohl in den HIV-gefährdeten Gruppen als auch unter den mit HIV/Aids lebenden Menschen; so werden ein erweiterter Zugang zu HIV-Beratung und HIV-Tests und deren verstärkte Inanspruchnahme gefördert – und somit der Zugang zu Präventionsmitteln wie Kondomen. Doch wenn nicht in großem Umfang leicht zugängliche und wirksame Präventionsprogramme für die am meisten durch HIV/Aids gefährdeten Bevölkerungsgruppen bereitstehen, z. B. intravenöse Drogenkonsumenten oder Männer, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben, wird die Zahl der Neuinfizierten in Europa auch weiterhin rapide zunehmen. Dadurch wiederum geraten die Gesundheitssysteme in hohem Maße unter Druck, ihre Dienste zugunsten von Menschen, die mit HIV/Aids leben, zu erweitern und ihre Gesundheitsausgaben in diesem Bereich erheblich zu erhöhen.

34. Das Regionalbüro arbeitet auch weiterhin eng mit denjenigen Mitgliedstaaten zusammen, die sich für eine Ausweitung wirksamer, evidenzbasierter und chancengerechter Präventionsprogramme zugunsten der gefährdetsten Gruppen, insbesondere der intravenösen Drogenkonsumenten in Osteuropa, einsetzen. Dabei wurde Ländern wie Estland, Litauen und der Ukraine Unterstützung bei ihren Bemühungen zur Bestimmung ihrer Bedürfnisse, zur Förderung von Interventionen zum Zwecke der Schadensbegrenzung und zur Bewertung der Erfahrungen mit Programmen für intravenöse Drogenkonsumenten gewährt.

Anpassung der Angebote des Regionalbüros an die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten

35. Auf seiner 52. Tagung hat das Regionalkomitee die Resolution EUR/RC52/R9 zur Intensivierung der Bekämpfung von HIV/Aids in der Europäischen Region der WHO angenommen und damit HIV/Aids zu einer der wichtigsten Prioritäten erklärt und die programmatische Grundlage für die Arbeit des Regionalbüros auf diesem Gebiet gelegt.

36. Seitdem hat das Büro seine personellen Ressourcen und seine Anstrengungen zur Bekämpfung von HIV/Aids erheblich verstärkt und gleichzeitig Unterstützungsarbeit für Netzwerke von Fachkräften in den Mitgliedstaaten geleistet, insbesondere im Hinblick auf HIV/Aids-Überwachung und die Anpassung der normativen Leitlinien und Behandlungsprotokolle. Im Juni 2005 waren beim Regionalbüro in Kopenhagen sowie in zwölf Länderbüros 34 Vollzeitkräfte mit dem Themenkomplex HIV/Aids beschäftigt.

37. Aufgrund der erweiterten Kapazitäten des Regionalbüros für die HIV/Aids-Bekämpfung kann das Sekretariat nun seine direkte fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten erheblich verstärken. Der Schwerpunkt dieser Anstrengungen lag auf der Ausarbeitung staatlicher Pläne zur Ausweitung der Behandlung, der Entwicklung von Leitlinien für die Prävention, Behandlung und Pflege, der Unterstützung bei der Planung und Durchführung von durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria finanzierten Projekten sowie auf der Stärkung der Möglichkeiten des Gesundheitssektors zur Schaffung neuer und erweiterter Präventions-, Behandlungs- und Pflegeangebote, zur Überwachung der Epidemie und zur Überwachung und Auswertung der Ergebnisse dieser Interventionen.

Überzeugungsarbeit und Aufbau von Partnerschaften auf regionaler Ebene

38. Im Zeitraum 2002–2003 hat sich das Regionalbüro nicht nur durch Bereitstellung von wichtigen technischen Instrumenten (z. B. Leitlinien, Protokolle und Empfehlungen) für die Mitgliedstaaten und Partner, sondern auch durch aktives Eintreten für eine Verstärkung von Maßnahmen der Prävention, Behandlung und Pflege als eine führende Fachorganisation etabliert. Mit seinem auch weiterhin entschlossenen Eintreten für sachgerechte, aber teilweise politisch umstrittene beste Praktiken (z. B. Schadensbegrenzung für intravenöse Drogenkonsumenten) hat das Regionalbüro Anerkennung unter den Mitgliedstaaten, in der Gesellschaft und bei anderen Beteiligten gewonnen.

39. Die Resolution EUR/RC52/R9 wurde bereits in mehreren Fällen, so z. B. auf der Ministerkonferenz zum Thema HIV/Aids im Februar 2004 in Dublin und der Nachfolgekonferenz in Wilna im September 2004, als Grundlage für Empfehlungen an die Mitgliedstaaten sowie für deren Verpflichtungen benutzt. In den Erklärungen der beiden Konferenzen wird ein universeller Zugang zu Präventions-, Behandlungs- und Pflegeangeboten gefordert.

40. Am 1. Dezember 2003 wurde das WHO-Strategiepapier mit dem Titel „Treating 3 Million by 2005: Making it happen“ [dt.: „Verwirklichung der 3-bis-5-Initiative“] veröffentlicht, in dem beschrieben wird, wie die WHO mit geeigneten Mitteln auf allen Ebenen zu einer Beschleunigung von Maßnahmen zur Unterstützung der Länder bei der Ausweitung ihrer Behandlungs- und Pflegeangebote beitragen könnte. Diese Bemühungen stehen kurz vor dem Abschluss, und trotz der Verwirklichung eines universellen Zugangs in 40 Mitgliedstaaten müssen die Partnerschaften und nationalen Anstrengungen noch verstärkt werden, um die große Behandlungslücke in Osteuropa zu schließen, die sich in den nächsten Jahren schneller vergrößern wird als das gegenwärtige Angebot an antiretroviralen Therapiemaßnahmen.

41. Die Partnerschaften mit nichtstaatlichen Organisationen (NGO), Behandlungsaktivisten und Menschen mit HIV/Aids wurden durch eine aktive Einbindung gesellschaftlicher Gruppen in die Arbeit der WHO auf regionaler und Länderebene gestärkt. Das Regionalbüro hat aktive Partnerschaften mit dem Central and East European Harm Reduction Network und der Ost-West-Aids-Stiftung sowie mit nationalen Gruppen HIV-infizierter Menschen wie dem All-Ukrainian Network of People Living with HIV, der American International Health Alliance und der European Treatment Action Group entwickelt bzw. ausgebaut.

42. Die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen unter der Federführung von UNAIDS sowie mit anderen Partnern wurde auf regionaler und nationaler Ebene nach den Grundsätzen der „Three-Ones-Initiative“ ausgebaut: ein gemeinsames nationales Rahmenkonzept, eine nationale Koordinierungsstelle für HIV/Aids und ein abgestimmtes Monitoring- und Evaluierungssystem.

43. Enge technische und förderungsbezogene Partnerschaften wurden mit der Gesellschaft für Technische Entwicklung (GTZ), dem Department for International Development (DfID) des Vereinigten Königreichs, der United States Agency for International Development (USAID), der Europäischen Kommission und anderen bilateralen Hilfsorganisationen, mit den Regierungen Frankreichs, Deutschlands, Italiens, der Niederlande und anderer Mitgliedstaaten sowie mit internationalen Partnern entwickelt und aufrechterhalten. Größter Einzelgeber des Regionalbüros auf dem Gebiet der Aids-Bekämpfung im Zeitraum 2004–2005 war die Canadian International Development Agency mit ihrem Beitrag zur sog. Initiative „3 bis 5“ durch das Hauptbüro der WHO.

Normative und Grundsatzleitlinien

44. Die 2004 entwickelten HIV/Aids-Behandlungs- und Pflegeprotokolle der WHO für die Länder der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten werden im Hinblick auf eine Anwendung in der gesamten Europäischen Region aktualisiert und erweitert. Die WHO hat im Jahr 2005 Konsultationen zur Frage der Entwicklung neuer Protokolle in Bereichen wie reproduktive Gesundheitsangebote für HIV-

positive Menschen, HIV/Hepatitis-Koinfektion, HIV/Aids-Behandlung und Pflege für intravenöse Drogenkonsumenten und Impfungen für Menschen mit HIV/Aids gehalten.

45. Die WHO hat in Zusammenarbeit mit dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [dt.: Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten] und dem Europäischen Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV) einen europäischen Konsens-Workshop über die klinische Stadieneinteilung für HIV/Aids und über Aids-Falldefinitionen für die epidemiologische Überwachung organisiert.

46. Das Regionalbüro hat in Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern Strategiepapiere mit Vorschlägen für die Durchsetzung von Preissenkungen für ARV-Behandlungen vorbereitet; diese sind für alle GUS-Staaten von Bedeutung. Zusammen mit UNAIDS wurde im Februar 2005 in Aserbaidschan eine regionale Konferenz über Preissenkungsstrategien für ARV-Behandlungen in den GUS-Staaten organisiert; eine ähnliche Veranstaltung soll im September 2005 für Mitteleuropa stattfinden.

Strategische Informationen

47. Das Regionalbüro hat gemeinsam mit EuroHIV bei der regionweiten Überwachung von sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV/Aids mit allen 52 Mitgliedstaaten zusammengearbeitet.

48. Epidemiologische Überwachungsdaten werden regelmäßig erfasst, analysiert und veröffentlicht. Für die Mitgliedstaaten werden Schulungen zu Überwachungsmaßnahmen der zweiten Generation durchgeführt, die in der gesamten Region zunehmend als Standard akzeptiert werden. Zu weiteren spezifischen Maßnahmen im Bereich der Überwachung gehören Schulungen über die epidemiologische Modellierung von HIV/Aids für alle Mitgliedstaaten, die Erstellung von epidemiologischen Modellen und HIV-Prognosen, Untersuchungen über den Zugang zu Pflege und Behandlung und die wichtigsten Überwachungsstudien zur Prävalenz von Aids und zum Risikoverhalten in bestimmten Ländern und Bevölkerungsgruppen.

49. Die vom Regionalbüro gesammelten, analysierten und zusammengefassten Daten wurden in bedeutenden Publikationen wie dem Fortschrittsbericht des WHO-Hauptbüros zur Initiative „3 bis 5“, dem *AIDS Epidemic Update* (UNAIDS) und den vom Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle (UNODC) erstellten Länderprofilen verwendet. Originalbeiträge der WHO zum Thema Aids-Epidemie wurden im *British Medical Journal*, in den Fachmagazinen *Choices* und *Business Briefing*, in *Long-term Healthcare 2005*, im *Journal of Clinical Medicine*, im *Scandinavian Journal of Public Health* und im *Sensoa Yearbook* veröffentlicht. Mitarbeiter des Regionalbüros haben mit Abstracts, Vorträgen oder Plakatausstellungen an zahlreichen wissenschaftlichen Konferenzen wie der 15. Internationalen Aids-Konferenz, der Konferenz über Retroviren und opportunistische Infektionen, der Konferenz der Internationalen Aids-Gesellschaft, der Internationalen Schadensbegrenzungskonferenz, den Ministerkonferenzen von Dublin und Wilna und an der Internationalen Konferenz zum Thema sexuell übertragbare Krankheiten teilgenommen.

50. Im Zeitraum 2004–2005 wurden die epidemiologischen Faktenblätter und die regionalen und länderspezifischen Prognosen zum Bedarf an ART-Behandlungen und zum ART-Erfassungsgrad für alle 52 Mitgliedstaaten aktualisiert. Die Arbeiten an systematischeren und umfassenderen Datenerhebungen über den Zugang zu HIV/Aids-Behandlung und über deren Ergebnisse, über HIV-bedingte Sterblichkeit und über HIV-bedingte Erkrankungen wie Tuberkulose/HIV-Koinfektion und Hepatitis-C-Morbidität wurden fortgesetzt.

51. Ein Band über 25 Jahre HIV/Aids-Epidemie in Europa wird vom Regionalbüro als vorrangige Publikation vorbereitet und soll im Dezember 2005 veröffentlicht werden. Der Band wird einen Überblick über die Lehren aus den in den letzten zweieinhalb Jahrzehnten in der Region ergriffenen Gegenmaßnahmen enthalten und erläutern, wie die Epidemie die Reaktion der Gesundheitspolitik auf eine der schwerwiegendsten Bedrohungen durch Infektionskrankheiten beeinflusst hat, welche

Präventions-, Behandlungs- und Pflegemaßnahmen sich als wirkungsvoll erwiesen haben und wie sich die Epidemie insgesamt auf die Region ausgewirkt hat.

D. Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC)

Zusammenfassung

52. Die Vorlage dieses Berichts erfolgt gemäß Absatz 23 b) der von der Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit (Budapest, Juni 2004) angenommenen Erklärung, wonach dem WHO-Regionalkomitee für Europa und dem UNECE-Ausschuss für Umweltpolitik jährlich berichtet werden soll, sowie gemäß den Bestimmungen aus Resolution EUR/RC54/R3 des Regionalkomitees. Der Bericht fasst die vom EEHC seit der Konferenz geleistete Arbeit und getroffenen Entscheidungen zusammen.

Einleitung

53. Auf der Vierten Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit, die im Juni 2004 in Budapest stattfand, wurde das Mandat des EEHC um fünf Jahre verlängert. Der EEHC hält planmäßig jedes Jahr zwei Tagungen ab und tagte so im Jahr 2005 am 26. und 27. Januar auf Einladung des französischen Gesundheitsministeriums in Paris und am 2. und 3. Juni auf Einladung der Europäischen Umweltagentur mit finanzieller Unterstützung des dänischen Gesundheitsministeriums in Kopenhagen.⁵

54. Auf der 54. Tagung des Regionalkomitees wurden Armenien, Bulgarien, Frankreich, Norwegen und die Russische Föderation als Mitglieder des EEHC bestimmt. Desgleichen wurden auf der 11. Tagung des Umweltausschusses der UNECE Finnland, Georgien, Italien, Serbien und Montenegro und Österreich als Mitglieder gewählt. Folgende zwischenstaatliche und internationale Organisationen sind im EEHC vertreten: die Europäische Kommission, die Europäische Umweltagentur (EUA), die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), das Regionale Umweltzentrum für Mittel- und Osteuropa, UNECE, das Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) und das WHO-Regionalbüro für Europa. Die Zivilgesellschaft ist durch die European Public Health Alliance, das ECOforum, den Internationalen Bund Freier Gewerkschaften und den Weltwirtschaftsrat für Nachhaltige Entwicklung vertreten. Alle 2004 nominierten Mitglieder des EEHC werden bis zur zwischenstaatlichen Tagung zur Überprüfung der erzielten Fortschritte im Jahr 2007 im Amt sein. Den Vorsitz führt Professor William Dab (Frankreich), den stellvertretenden Vorsitz Herr Zaal Lomtadze (Georgien).

55. Die regelmäßig aktualisierte Website (www.euro.who.int/eehc) enthält die Arbeitspapiere und Berichte von den Tagungen des EEHC, einen Kalender mit den bevorstehenden Umwelt- und Gesundheitsereignissen in der Region sowie einschlägige interessante Neuigkeiten.

Zentrale Aufgaben des EEHC und Wege zur ihrer Erfüllung

56. Bei der Erörterung einer optimalen Erfüllung seines Auftrags sah der EEHC vor allem zwei Aufgaben auf sich zukommen. Die erste besteht in Überwachung und Berichterstattung, wobei es nicht nur die um Sammlung von Informationen über die in den Ländern und von den Organisationen im Gefolge der Budapester Konferenz durchgeführten Tätigkeiten, sondern auch um deren Abrufbarkeit und breite Verfügbarkeit geht. Die zweite zentrale Aufgabe ist die für eine erfolgreiche Umsetzung der Ergebnisse der Budapester Konferenz unabdingbare Unterstützung und Überzeugungsarbeit

⁵ Der EEHC wurde 1995 eingerichtet. Sein fünfjähriges Mandat wurde jeweils 1999 (Dritte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit) und 2004 (Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit) erneuert. Um diesen Verlauf genauer wiederzugeben, hat der EEHC auf seiner Zusammenkunft im Juni 2005 vereinbart, die Zählweise seiner Tagungen zu ändern. Daher werden die Treffen vom 26.–27. Januar und vom 2.–3. Juni jetzt als die 18. bzw. 19. Tagung gezählt.

durch eine schlüssige Kommunikationsstrategie, durch den Austausch von Erfahrungen und vorbildlichen Praxisbeispielen und durch den Aufbau von sektorübergreifenden Partnerschaften aus einem breiten Spektrum von Akteuren. Um die Überwachung und Berichterstattung sowie die Weitervermittlung und -verbreitung dieser Informationen an ein breiteres Publikum zu ermöglichen, wurden die nachstehend beschriebenen Mechanismen geschaffen.

Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit

57. Ende 2004 bat die WHO die Gesundheits- und Umweltministerien alleine oder gemeinsam Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit zu benennen, um die Koordinierung zwischen den Aktivitäten im Anschluss an die Budapester Konferenz auf nationaler und internationaler Ebene zu erleichtern (vgl. Anhang 3, Aufgabenbereich). Der EEHC ging davon aus, dass die Ansprechpartner bei der Weiterverfolgung der Ergebnisse der Budapester Konferenz eine entscheidende Rolle spielen würden. Bis heute sind 77 Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit aus 50 Mitgliedstaaten benannt worden.

Thematische Sitzungen

58. Der EEHC hat einen Teil seiner Tagungen in den Jahren 2005 und 2006 einem der folgenden von der Budapester Konferenz hervorgehobenen vordringlichen Bereiche gewidmet:

- Atemwegserkrankungen aufgrund von Außen- und Innenluftverschmutzung (Juni 2005),
- Erkrankungen und Behinderungen durch die Belastung mit gefährlichen chemischen, physikalischen und biologischen Wirkstoffen sowie durch gefährliche Arbeitsumfelder (12.–13. Dezember 2005),
- gesundheitliche Folgen von Unfällen und Verletzungen (Frühjahr 2006),
- Magen-Darm-Erkrankungen und andere gesundheitliche Folgen unsicheren Wassers (Herbst 2006).

59. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu jedem dieser vordringlichen Themen und programmatische Antworten der Länder auf diese Probleme werden geprüft. Die oben genannten Themen spiegeln die vorrangigen Ziele im Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region der WHO (CEHAPE) wider und beziehen sich zugleich auf die entsprechenden Absätze in der Erklärung der Budapester Konferenz. Die Mitgliedstaaten und Organisationen sind eingeladen, sich aktiv an den thematischen Tagungen zu beteiligen.

60. An der ersten dieser thematischen Sitzungen im Juni 2005 nahmen 63 Vertreter aus 28 Ländern und von 8 Organisationen teil. Berichte über die Umsetzung durch die Länder und Organisationen sind im Internet zugänglich (vgl. Absatz 67).

61. Die nächste Tagung des EEHC wird vom 12.–13. Dezember 2005 im finnischen Helsinki stattfinden. Die thematische Sitzung wird dabei die Frage der Erkrankungen und Behinderungen durch die Belastung mit gefährlichen chemischen, physikalischen und/oder biologischen Wirkstoffen und gefährliche Arbeitsumfelder ausführlicher beleuchten.

Arbeitsgruppe zum CEHAPE

62. Auf Bitten der auf der Budapester Konferenz anwesenden Minister hat der EEHC eine Arbeitsgruppe errichtet, die zur Überwachung der Umsetzung des CEHAPE beitragen soll. Sie umfasst die offiziell bestimmten Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit oder andere von den Ländern ernannte Vertreter. Die erste Tagung der CEHAPE-Arbeitsgruppe fand am 28. und 29. April 2005 auf Einladung des österreichischen Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft in Wien statt und wurde von 48 Teilnehmern aus 33 Ländern besucht. Drei Organisationen waren auch vertreten. Herr Robert Thaler (Österreich) wurde zum Tagungsleiter gewählt. Die

Teilnehmer vereinbarten den Aufgabenbereich der Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit sowie Aufgabenbereich und Arbeitsplan der CEHAPE-Arbeitsgruppe (Anhang 4). Die CEHAPE-Arbeitsgruppe tritt zweimal jährlich zusammen. Wie es im Arbeitsplan festgehalten ist, wird jede Arbeitsgruppensitzung die Berichterstattung über ein vorrangiges Ziel der Region einschließen, das für die sich anschließende Tagung des EEHC von Bedeutung ist.

63. Zu den Instrumenten der Umsetzung und Beobachtung des CEHAPE gehört der Katalog auf Kinder ausgerichteter Maßnahmen im Bereich Umwelt und Gesundheit, der gerade aktualisiert und überarbeitet wird, und eine Sammlung von Fallstudien aus Mitgliedstaaten, die 2006 veröffentlicht werden wird. Außerdem werden für den CEHAPE Indikatoren entwickelt. Die Berichte über die Umsetzung durch Länder und Organisationen sind im Internet zugänglich (vgl. Absatz 67).

64. Ausführlichere Informationen über die Tätigkeit der CEHAPE-Arbeitsgruppe sind unter www.euro.who.int/eehc/20050407_1 verfügbar.

Überwachung der Entwicklung eines Informationssystems für Umwelt und Gesundheit

65. Die Arbeitsgruppe zum Umwelt- und Gesundheitsinformationssystem (EHIS) kam am 10. November in Bonn zusammen und vereinbarte einen Rahmenplan für Maßnahmen, die zur Umsetzung des EHIS erforderlich sind. Außerdem bat sie den EEHC, für die Gesamtüberwachung aller Maßnahmen zu sorgen und einen hochrangigen Lenkungsmechanismus für die EHIS-Entwicklung zu bilden. Zur Unterstützung des EEHC in seiner Beobachtungsfunktion wurde dann eine internationale Koordinierungsgruppe geschaffen. Zu ihr zählen Vertreter der Länder, der Europäischen Kommission und von EUA, UNECE sowie UNEP. Die WHO fungiert als Sekretariat. Die fachliche Arbeit zur Entwicklung des EHIS wird durch eine Reihe internationaler und nationaler Projekte ausgeführt. Die fachliche Arbeit wird u. a. durch ein Projekt zur Umsetzung des Umwelt- und Gesundheitsinformationssystems verstärkt, das von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz mitfinanziert wird und sich auf die Entwicklung von Komponenten eines Unterstützungssystems für die Beobachtung von CEHAPE-relevanten Themen konzentriert.

66. Ausführlichere Informationen zum EHIS stehen im Internet unter www.euro.who.in/EHindicators zur Verfügung.

Umsetzung nach Ländern im Internet

67. Die von den Mitgliedstaaten und Organisationen erhaltenen Informationen über die Umsetzung ihrer Verpflichtungen aus der Erklärung der Budapester Konferenz und dem CEHAPE werden auf der Website des EEHC verfügbar sein. Das Anklicken eines Landes auf einer Karte dieser Website führt zur Anzeige aller zum Thema verfügbaren Informationen (www.euro.who.int/eehc/ctryinfo/ctryinfo). Die Karte ist auch dazu bestimmt, den Austausch beispielhaft guter Praxis zu befördern und die Entwicklung multilateraler Partnerschaften und gemeinsamer Projekte zu fördern. Sie wird im Rahmen der Berichterstattung an den EEHC und die CEHAPE-Arbeitsgruppe sowie durch Beiträge der Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit regelmäßig aktualisiert werden. Den Benutzern wird auch eine Auswahl weiterer einschlägiger Informationen über das Land angeboten werden, die entweder aus dem Land selbst oder von außerhalb stammen.

Vertretung und Einbeziehung der Jugend

68. Die auf der Budapester Konferenz anwesenden Minister unterstützten eine Vertretung der Jugend im EEHC und in der CEHAPE-Arbeitsgruppe sowie die Einbeziehung junger Menschen in den Umsetzungsprozess. Eine Rahmenstrategie zur demokratischen und transparenten Durchführung einer solchen Vertretung und Einbeziehung ist unter Federführung des Irish National Children's Office [dt.: Irisches Nationales Kinderbüro] erarbeitet worden. Ein Arbeitstreffen, das dieses Papier in die Tat

umsetzen soll, wird am 27. und 28. September 2005 in Dublin stattfinden und alle Länder werden hierzu eingeladen.

Finanzielle Erfordernisse des EEHC

69. Die jährlichen Betriebskosten des EEHC werden mit ca. 300 000 US-\$ veranschlagt. Es wird versucht über die Mitgliedstaaten Gelder zu beschaffen, um die Kosten zu decken. Die Beiträge Dänemarks, Frankreichs und Italien werden dankbar zur Kenntnis genommen.

Anhang 3

Aufgabenbereich der Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit

1. Als wichtigster Verbindungspunkt und Informationskanal (z. B. zur Verbreitung von Informationen und Ratschlägen über beispielhafte Praxis, Fallstudien, Umsetzungstätigkeiten usw.) in und zwischen den Ministerien und mit weiteren einschlägigen nationalen sowie regionalen und lokalen Organen, nationalen fachlichen Ansprechpartnern, Zivilgesellschaft (d. h. nichtstaatliche Organisationen, Wirtschaft/Industrie und Gewerkschaften) usw. innerhalb des Landes bezüglich der Umsetzung der Verpflichtungen der Budapester Konferenz agieren.
2. Den EEHC regelmäßig über die in ihren jeweiligen Ländern im Sinne solcher Umsetzung unternommenen Maßnahmen informieren.
3. Informationen über beispielhafte Praxis, Fallbeispiele, Umsetzungsaktivitäten usw. an Ansprechpartner für Umwelt und Gesundheit in anderen Ländern weiterleiten helfen.
4. Auf Ersuchen des EEHC sich an der CEHAPE-Arbeitsgruppe zu beteiligen.

Anhang 4

Aufgabenbereich und Arbeitsplan 2005–2007 der CEHAPE-Arbeitsgruppe

Aufgabengebiet

Absatz 28 des von der vierten Ministerkonferenz in Budapest gebilligten CEHAPE lautet:

„Wir fordern die WHO auf und verpflichten uns selbst, für einen Mechanismus zur angemessenen Weiterführung des CEHAPE zu sorgen. Zu diesem Zweck bitten wir den Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit, eine CEHAPE-Sonderarbeitsgruppe einzusetzen, an der sich Mitgliedstaaten, internationale Organisationen und NGOs beteiligen können, um die Umsetzung des CEHAPE zu erleichtern und anzukurbeln, wobei besondere Aufmerksamkeit dem Austausch über die beste Praxis und der Weitergabe von Informationen und Erfahrungen an die Mitgliedstaaten zu widmen ist.“

Aufgrund dieser Bitte entschied der EEHC auf seiner ersten Tagung (26.–27. Januar 2005) eine CEHAPE-Arbeitsgruppe mit den folgenden Aufgaben einzurichten:

1. die Umsetzung der vier vorrangigen Ziele der Region fördern und Mitgliedstaaten finden, die bei diesem Prozess eine führende Rolle übernehmen möchten,
2. als Quelle für Wissen und praktische Erfahrungen dienen und eine Grundlage für den Austausch von politischen Maßnahmen, Beispielen vorbildlicher Praxis und Instrumenten zur leichteren Umsetzung der vorrangigen Ziele der Region in den Mitgliedstaaten bilden,
3. neuen Forschungsbedarf erkennen und die Koordinierung von Forschungsprogrammen zur Gesundheit und Umwelt von Kindern in den Mitgliedstaaten fördern.
4. Internationale und zwischenstaatliche Projekte zum Thema Umwelt und Gesundheit von Kindern anregen und bei dem Auffinden von Partnern und Geldgebern behilflich sein.
5. Überzeugungsarbeit, Aufklärung und Ausbildung (einschließlich Kompetenzbildung) und Kommunikation in Bezug auf die gesundheitlichen Auswirkung der Umwelt auf die Kinder fördern.
6. Auf jeder EEHC-Tagung zu den oben genannten Feldern berichten.
7. Zur Vorbereitung eines umfassenden Berichts und eines Positionspapier für die zwischenstaatliche Tagung zur Überprüfung der erzielten Fortschritte im Jahr 2007 beitragen und dabei die Fortschritte, die Schwierigkeiten und die Lücken in der Politikgestaltung aufzeigen sowie Empfehlungen zur weiteren Umsetzung und Entwicklung des CEHAPE machen.

Tätigkeitsplan 2005–2007 der CEHAPE-Arbeitsgruppe

Wann	Zu behandelnde Themen
Herbst 2005 (Oktober)	Bericht zum 4. vorrangigen Ziel der Region (VZR) Bericht zu neuen Entwicklungen in Bezug auf VZR 3 seit der letzten Tagung Einbeziehung der Jugend Gesetzgebung im Bereich Gesundheit und Umwelt von Kindern
Frühjahr 2006 (April)	Bericht zu VZR 2 Bericht zu neuen Entwicklungen in Bezug auf VZR 4 seit der letzten Tagung Gesetzgebung im Bereich Gesundheit und Umwelt von Kindern Überarbeiteter Katalog kinderspezifischer Maßnahmen Überblick über die internationale Zusammenarbeit
Herbst 2006 (Oktober)	Bericht zu VZR 1 Bericht zu neuen Entwicklungen in Bezug auf VZR 2 seit der letzten Tagung Überzeugungsarbeit, Aufklärung, Ausbildung, Informationsvermittlung, Indikatoren Überarbeitete Fallstudien
Frühjahr 2007 (Februar)	CEHAPE-Arbeitsgruppenbeitrag zum umfassenden Bericht für die zwischenstaatliche Tagung im Jahr 2007.

E. Gesundheit am Arbeitsplatz

Anforderungen an den Schutz der Gesundheit in der Arbeitswelt

70. In der Europäischen Region der WHO gibt es mehr als 400 Mio. Arbeitnehmer; sie alle haben ein Recht auf faire und förderliche Arbeitsbedingungen und gleichberechtigten Zugang zu Angeboten der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. Dennoch sind die Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz häufig noch unannehmbar hoch. Nach wie vor ist ein Großteil der Arbeitnehmer in der Europäischen Region am Arbeitsplatz traditionellen Gesundheitsrisiken wie Schwebstäuben, Chemikalien, ergonomischen Belastungen, Karzinogenen, Lärmbelastung und Arbeitsunfällen ausgesetzt; diese Faktoren sind selbst nach konservativen Schätzungen für mindestens 1,6% der gesamten Krankheitslast verantwortlich. In der Europäischen Region werden jährlich insgesamt 102 000 frühzeitige Todesfälle und mehr als 100 000 neue Fälle von berufsbedingten Krankheiten durch unzureichende Arbeitsbedingungen verursacht. Der Mangel an Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz ist für Schäden in Höhe von 4% des Bruttoinlandsproduktes der Region verantwortlich; dies entspricht einer Größenordnung von mehreren Hundert Milliarden Dollar.

71. Die Globalisierung und der Übergang von der Industriegesellschaft zur Informationsgesellschaft bringen neue Beschäftigungsarten und Technologien mit sich und sind mit einer grenzüberschreitenden Migration von Arbeitskräften verbunden. Diese Veränderungen wiederum haben neue Risiken durch beruflich bedingte Stresserscheinungen, schlechte Arbeitsorganisation und gesundheitsschädliche Einrichtungen zur Folge, die allesamt Gesundheit und Wohlergehen der Menschen bedrohen und die Krankheitslast erhöhen, insbesondere im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der psychischen Gesundheitsprobleme und der Störungen des Muskel-Skelett-Systems. Auch die Alterung der Beschäftigten beeinflusst die Auswirkungen berufsbedingter Gefahren auf die Gesundheit. Darüber hinaus hat in einigen Mitgliedstaaten die weit verbreitete Verarmung bestimmter sozialer Gruppen zur Entstehung gefährlicher Kinderarbeit geführt, einem in der Region bis dahin nahezu unbekanntem Phänomen. Mit steigender sozialer Ungleichheit treten die Gefahren am Arbeitsplatz in Abhängigkeit von Land, Wirtschaftsbranche, sozialer Schicht, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit in unterschiedlichem Maße auf. Diese Bahn brechenden Veränderungen in der Arbeitswelt machen eine Verstärkung der Konzepte und Angebote auf dem Gebiet der Gesundheit am Arbeitsplatz, insbesondere für stark gefährdete Sektoren, unterversorgte Bevölkerungsgruppen und andere anfällige Gruppen, ebenso erforderlich wie neue Methoden der Gefahrenprävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz.

Die Reaktion der WHO

72. Gegenwärtig basieren die Anstrengungen der Europäischen Region auf der globalen Strategie der WHO zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz für alle (Resolution WHA49.12 der Weltgesundheitsversammlung von 1996). Diese Arbeit wird durch ein groß angelegtes Netzwerk von 29 WHO-Kooperationszentren unterstützt, von denen die meisten in Europa angesiedelt sind. Sie führen auf Anweisung der WHO Maßnahmen durch und fördern die internationale Kooperation. Allerdings wird die globale Strategie zwecks Anpassung an die vorstehend beschriebenen neuen Herausforderungen überarbeitet und den leitenden Organen der WHO vorgelegt, möglicherweise im Jahr 2006.

73. Auf der 54. Tagung des Regionalkomitees forderten mehrere Länderdelegationen eine Verstärkung der Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz in der Europäischen Region. Das entsprechende Programm war 2001 aus Kostengründen eingestellt worden. Als Reaktion auf diesen Appell stellte der Regionaldirektor im Oktober 2004 Finanzmittel für die Beschäftigung eines Programmleiters für den Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz im Rahmen des Sonderprogramms Umwelt und Gesundheit bis zum Ende des Zweijahreszeitraums 2004–2005 zur Verfügung. Das erneuerte Programm zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz ist nur von begrenztem Umfang und dient hauptsächlich der Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Erfüllung ihrer international eingegangenen

gesundheitspolitischen Verpflichtungen, die für die Arbeitswelt von Bedeutung sind; dies betrifft z. B. Verpflichtungen aus der Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit (2004 in Budapest) und der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (2005 in Helsinki).

74. Innerhalb dieses Rahmens wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Als Folgemaßnahme zu der Konferenz von Budapest wurde für die Schulung von Gesundheitsfachkräften bei der Erkennung und Handhabung von berufsbedingten Gefahren für Kinder ein besonderes Modul entwickelt.
- Für den Umgang mit psychischen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz wurde ein Instrumentarium entwickelt und verbreitet, dessen Ausgangspunkt in der Parallelveranstaltung zum Thema psychische Gesundheit und Arbeitswelt am Rande der Konferenz von Helsinki lag.
- Fünf Länder erhielten im Rahmen ihrer Kooperationsvereinbarungen mit der WHO für den Zweijahreszeitraum 2004–2005 Unterstützung für die Entwicklung politischer Handlungskonzepte zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz und für die Stärkung ihrer diesbezüglichen Angebote. Infolge dessen wurden in der Russischen Föderation, der Ukraine und der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien jeweils staatliche Strategien auf dem Gebiet der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz ausgearbeitet, während in Armenien derzeit ein Plan zur Schaffung von arbeitsmedizinischen Diensten in Vorbereitung ist.
- Auf Initiative des Regionalbüros und mit Unterstützung des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks wurde der Bereich der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz als Querschnittsprogramm in das Arbeitsprogramm der Initiative Sozialer Zusammenhalt im Rahmen des Stabilitätspaktes aufgenommen. Bei diesem Programm arbeiten die WHO, die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) sowie internationale Arbeitgeber- und Gewerkschaftsverbände gemeinsam an der Stärkung des sozialen Dialogs zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Gesundheit der Beschäftigten in den acht Staaten Südosteuropas. Dies entspricht auch den Schlussfolgerungen der 13. Tagung des Gemeinsamen Ausschusses von ILO und WHO zum Thema Gesundheit am Arbeitsplatz, in denen eine Ausdehnung der Zusammenarbeit zwischen den beiden Organisationen auf globaler wie regionaler Ebene gefordert wird.

75. Das Netzwerk der WHO-Kooperationszentren hat die Arbeit des Regionalbüros zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz im Rahmen seiner begrenzten personellen und finanziellen Mittel unterstützt, insbesondere in folgenden vier Bereichen: 1) arbeitsbedingte Gefährdung von Kindern und künftigen Generationen; 2) berufsbedingter Stress und psychosoziale Risiken; 3) arbeitsmedizinische Dienste; und 4) Wissensgrundlage für arbeitsmedizinische Interventionen.

Der weitere Weg

76. Die während der zweiten Hälfte des Zweijahreszeitraums 2004–2005 begonnenen Aktivitäten wurden in den Mitgliedstaaten positiv aufgenommen und sollten fortgesetzt werden, um die ernststen gesundheitspolitischen Probleme in Angriff zu nehmen, die sich für die Arbeitnehmer in der Region ergeben. Besonderer Handlungsbedarf besteht in Bezug auf die Gesundheit der Arbeitnehmer im östlichen Teil der Region, wo zu den alten Problemen nun bedingt durch die sich verändernde Arbeitswelt neue Gefahren hinzukommen. Diese Situation lässt sich nicht durch gelegentliche und begrenzte Unterstützungsmaßnahmen bewältigen, sondern macht den Einsatz ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen erforderlich, mit denen das Programm effizient durchgeführt werden kann. Die professionelle Unterstützung durch das Netzwerk der WHO-Kooperationszentren wird sehr begrüßt, wird jedoch ohne einen entsprechenden Koordinations- und Umsetzungsmechanismus beim Regionalbüro nicht ausreichen.

77. Um die Arbeit zur Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz in der Europäischen Region in einen festen Rahmen zu überführen, könnten die leitenden Organe der WHO in der Europäischen Region die Notwendigkeit der Ausarbeitung einer Regionalstrategie prüfen. Dazu sollten sowohl die Mitgliedstaaten als auch die anderen Beteiligten in einen wahrhaft partizipatorischen Prozess eingebunden

werden. Wenn diese Richtung eingeschlagen wird, so muss die Regionalstrategie an den Prozess zur Entwicklung eines globalen Aktionsplans zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz für den Zeitraum 2006–2015, der der Weltgesundheitsversammlung 2006 vorgelegt werden soll, sowie an die Strategie der Europäischen Kommission für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz angebunden werden.

F. Reproduktive Gesundheit

78. In der Diskussion im Anschluss an seine Rede auf der 54. Tagung des Regionalkomitees 2004 erklärte der Regionaldirektor, der Mitteleinsatz der WHO diene der wissenschaftlichen und technischen Unterstützung sowie der konzeptionellen Beratung und solle als Katalysator die WHO in die Lage versetzen, mit ihrer Arbeit auf Länderebene eine maximale Wirkung zu erzielen.

79. Auf der 57. Weltgesundheitsversammlung in demselben Jahr befürworteten alle 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region die Globale Strategie der WHO für reproduktive Gesundheit, um bei der Verwirklichung internationaler Entwicklungsziele schnellere Fortschritte zu erreichen, und erklärten damit ihr Engagement für das Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (Kairo, 1994). Ein Jahr später appellierte die 58. Weltgesundheitsversammlung dringend an die Mitgliedstaaten, entsprechende Mittel einzusetzen und staatliche Maßnahmen zu verstärken, um durch reproduktive Gesundheitsversorgung für Mütter, Neugeborene und Kinder universellen Zugang und universelle Versorgung mit Gesundheitsleistungen herzustellen, und ersuchte den Generaldirektor, die technische Unterstützung an die Mitgliedstaaten für den Aufbau institutioneller Kapazitäten zur Verwirklichung internationaler Ziele durch universellen Zugang zu Programmen für reproduktive Gesundheit sowie für die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern und durch universelle Versorgung im Rahmen der Stärkung der Gesundheitssysteme zu intensivieren (Resolution WHA58.31).

80. Zur Feststellung von Fortschritten bei der Verwirklichung der Ziele der globalen Strategie der WHO (2004) bzw. der Strategie für reproduktive Gesundheit in der Europäischen Region (2001) werden die verfügbaren Indikatoren für reproduktive Gesundheit kontinuierlich vom Programm für reproduktive Gesundheit und Forschung (RHR) beim Regionalbüro analysiert. Die Ergebnisse werden in *Entre Nous*, dem europäischen Fachjournal für sexuelle und reproduktive Gesundheit, vorgestellt und den Mitgliedern des Regionalen Beratergremiums (RAP) für Forschung und Ausbildung im Bereich der reproduktiven Gesundheit in der Europäischen Region übermittelt.

81. In den letzten zehn Jahren konnten viele Mitgliedstaaten der Europäischen Region bemerkenswerte Fortschritte bei der Senkung der **Müttersterblichkeit** verzeichnen. So sank z. B. in Albanien zwischen 1994 und 2003 die Müttersterblichkeitsrate pro 100 000 Lebendgeburten von 40 auf 17, in der Tschechischen Republik von 15 auf 4, in Estland von 56 auf 8, in Lettland von 57 auf 14, in Litauen von 21 auf 3 und in Kasachstan von 69 auf 36. Dagegen konnten einige andere Länder (Armenien, Turkmenistan, Usbekistan und Weißrussland) keine Fortschritte erzielen, während in ein paar wenigen Ländern die Müttersterblichkeitsrate sogar anstieg (in Georgien von 39 auf 49, in Slowenien von 10 auf 17 im Jahr 2002). Wenn auch dieser Anstieg teilweise auf eine verbesserte Registrierung von Müttersterbefällen und das Vorliegen zuverlässigerer Daten zurückzuführen sein mag, so ist es doch notwendig, die tatsächlichen Ursachen für die Müttersterblichkeit zu ergründen und ihnen entgegenzuwirken. Trotz aller Fortschritte bleibt die Schwankungsbreite hoch. Im Zeitraum 2004–2005 erhielten 14 Länder Unterstützung von der Initiative des Regionalbüros "Die Schwangerschaft risikoärmer machen".

82. Unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche der Mitgliedstaaten hat das Regionalbüro einen Entwurf für einen Vorschlag zur Verbesserung der Müttergesundheit und der perinatalen Gesundheit vorgelegt. Dieser wurde von den Vertretern der Gesundheitsministerien und den Partnern der WHO während einer Konferenz über staatliche Konzepte und Strategien für die Gesundheit von Familie und Gemeinschaft im April 2005 diskutiert und befürwortet. Das Regionalkomitee sollte möglicherweise die Notwendigkeit der Entwicklung einer entsprechenden Strategie für die Europäische Region prüfen.

83. Ein weiterhin alarmierendes Problem liegt in der Tatsache, dass in einigen Ländern bis zu 30% der Müttersterbefälle (30,3% in der Republik Moldau (Durchschnitt der letzten 10 Jahre), 20% in Ka-

sachstan (2004), 16% in der Russischen Föderation (2004)) durch **Abtreibung** verursacht werden. Das RHR-Programm beim Regionalbüro hat die WHO-Publikation *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems* [dt.: „Sichere Abtreibung: Ein technischer und maßnahmenbezogener Leitfadens für Gesundheitssysteme“] ins Russische übersetzt. Es hat weiterhin ein Seminar über die Umsetzung dieses Leitfadens mit der Methode des „strategischen Ansatzes“ veranstaltet und mit der Durchführung eines Projektes zur strategischen Bewertung von Grundsatz-, Qualitäts- und Zugangsfragen in Bezug auf Fruchtbarkeitsregulierung in der Republik Moldau begonnen; es unterstützt die Ansprechpartner in der Russischen Föderation bei der Entwicklung staatlicher Leitlinien zur sicheren Abtreibung und hat mit finanzieller Unterstützung durch das Europäische Netzwerk des Internationalen Verbands für Familienplanung (IPPF EN) die Ausgabe Nr. 59 von *Entre Nous* mit dem Titel „Abtreibung in Europa“ veröffentlicht. Die Verhütung ungewollter Schwangerschaften und die Gewährleistung sicherer Abtreibungen bleibt eines der Hauptanliegen des RHR-Programms in der Region für den Zeitraum 2006–2007, wie von den Mitgliedern des Regionalen Beratungsgremiums auf dessen Sitzung 2005 bestätigt.

84. Eine weitere Herausforderung ist die **sexuelle und reproduktive Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen**. Die Zahl der ungewollten Schwangerschaften und der sexuell übertragenen Infektionen in dieser Altersgruppe ist in vielen Ländern – in Ost- und Westeuropa gleichermaßen – nach wie vor hoch und zieht häufig lebenslange gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich. Die WHO ist Mitgliedstaaten (Lettland, Türkei, Ukraine, Weißrussland) behilflich, die diesen Bereich zu einer Priorität erklärt haben. Im Allgemeinen werden diese Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den Programmen des Regionalbüros für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und für Gesundheitssysteme durchgeführt. Die inzwischen ausgearbeitete Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird als zusätzliches Instrument zur Zielerreichung bei der Verbesserung der reproduktiven Gesundheit junger Menschen in Europa dienen.

85. Das RHR-Programm hat bei seiner Zusammenarbeit mit dem IPPF EN und der Universität Lund in Schweden eine Zuwendung der Europäischen Union für ein Projekt mit dem Titel „The way forward: A European partnership to promote the sexual and reproductive health and rights of youth“ [dt.: „Neue Wege – Eine europäische Partnerschaft zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der Rechte von Jugendlichen“] erhalten. Die Vertreter der Gesundheitsministerien werden 2007 über die Ergebnisse aus diesem Projekt informiert.

86. Zwei andere vorrangige Aufgaben auf der Prioritätenliste der Europäischen Region sind die Prävention von **Gebärmutterkrebs** und die Verbesserung der **Reproduktionsgesundheit gefährdeter Gruppen** (einschließlich Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber).

87. Die regulären Haushaltsmittel des RHR-Programms für Maßnahmen in der Region sowie auf Länderebene wurden von 420 614 Dollar im Zeitraum 2002–2003 auf 112 960 Dollar im Zeitraum 2004–2005 gekürzt. Sowohl das WHO-Hauptbüro als auch das Regionalbüro haben sich um zusätzliche Mittel für die Lösung der dringenden Probleme der reproduktiven Gesundheit in der Europäischen Region bemüht; trotzdem fiel die Zunahme von freiwilligen Spenden gegenüber dem letzten Zweijahreszeitraum nur äußerst bescheiden aus.

88. Die WHO hilft den Mitgliedstaaten bei der Durchführung der regionalen Strategien sowie bei der Entwicklung nationaler Strategien auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit (Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan) und nationaler Aktionspläne (Lettland, Ukraine, Weißrussland); sie arbeitet dabei eng mit Experten für Gesundheitssysteme in Weißrussland, Kirgisistan und Lettland zusammen, da deren Wissen für erfolgreiche Reformen in Gesundheitssystemen, wie sie gegenwärtig in zahlreichen Mitgliedstaaten durchgeführt werden, von wesentlicher Bedeutung sind.

89. In der Europäischen Region arbeiten im Bereich der reproduktiven Gesundheit 16 ausgewiesene WHO-Kooperationszentren mit dem WHO-Hauptbüro und dem Regionalbüro zusammen. In den letzten vier Jahren wurde ein neues System für die Ernennung bzw. Neuernennung eingeführt, das sich bereits jetzt positiv auf die Effektivität und die Ergebnisse der Kooperation auswirkt. Zur Verbesserung

der Vernetzung der Forschungs-, Programm- und Ausbildungsmaßnahmen der Zentren plant das RHR-Programm für 2006 die erste gemeinsame Tagung der Kooperationszentren der WHO.

90. Im Zuge der hochrangigen Konsultation zur Zusammenarbeit zwischen der WHO und dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) im Jahr 2003 wurde das Strategische Partnerschaftsprogramm (SSP) für reproduktive Gesundheit angenommen; dabei konnten bei gemeinsamen Arbeiten im Rahmen des SSP in der Europäischen Region ebenso solide Fortschritte erzielt werden wie bei der Übersetzung der Leitlinien der WHO zur Familienplanung, zur Prävention und zum Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten und zu risikoärmeren Schwangerschaften ins Russische und bei der Verbesserung der Umsetzung der Leitlinien in den Mitgliedstaaten. Der UNFPA bleibt für die WHO in Europa der wichtigste Partner auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit.

91. Das RHR-Programm arbeitet eng mit Berufsverbänden in der Europäischen Region wie der *European Society for Contraception* [dt.: Europäische Gesellschaft für Schwangerschaftsverhütung] und der *European Cervical Cancer Association* [dt.: Europäischer Verband zur Bekämpfung von Gebärmutterkrebs] und der Europäischen Gesellschaft für Humanreproduktion und Embryologie sowie mit anderen nichtstaatlichen Organisationen (z. B. IPPF EN) und Familienplanungsverbänden in den Mitgliedstaaten zusammen.

G. Erkenntnisse für den Bereich der öffentlichen Gesundheit

Zusammenfassung

92. Das Regionalbüro möchte sicherstellen, dass es bei seinen Ratschlägen und Empfehlungen an die Mitgliedstaaten nur die besten verfügbaren Erkenntnisse verwendet.

Fortschritte bei der Arbeit an den Erkenntnissen 2001–2004

93. Der rekonstituierte Europäische Beratungsausschusses für Gesundheitsforschung (EACHR) wurde mit der Beratung des Regionaldirektors zu Fragen betraut, wie die Erkenntnisse besser für die Gestaltung von Politik genutzt werden können. Der Ausschuss hob die Notwendigkeit der Umgestaltung der Arbeitspraktiken hervor, um einen systematischen Gebrauch der Erkenntnisse zu gewährleisten. Auf Anraten des EACHR verwendet das Regionalbüro eine weiter gefasste und stärker pragmatische (handlungsorientierte) Definition des Begriffs „Erkenntnisse“, um einen weiteren Bereich als nur die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung zu erfassen: „Erkenntnisse aus der Forschung und anderes Wissen, das als nützliche Grundlage für die Entscheidungsfindung im Bereich Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung dienen kann.“

94. Diese weiter gefasste Definition veranlasste das Regionalbüro dazu, einen Aktionsplan zur Einführung einer evidenzbasierten Arbeitsmethodik zu entwerfen. Ein internes Grundsatzpapier unter dem Titel *Evidence policy for the WHO Regional Office for Europe* wurde als Ausgangspunkt für die künftige Arbeit verfasst, und die neue Methode wurde durch Schulungen und die Erarbeitung und Verteilung eines Handbuchs zum Thema umgesetzt, zu dem auch ein Instrumentarium zur raschen Beurteilung von Erkenntnissen gehört. Die allmähliche, aber erfolgreiche Umwandlung in eine evidenzbasierte Organisation wurde dank dieses weiteren Verständnisses des Begriffs „Erkenntnisse“ durch die Bediensteten des Regionalbüros erreicht.

Was wurde erreicht?

95. Mehrere Initiativen wurden parallel gestartet, um die evidenzbasierte Methode einzuführen:

- Erhebung von grundlegenden Gesundheitsinformationen und Erkenntnissen sowie Pflege der entsprechenden Datenbanken,
- Analyse und Interpretation der gesammelten Informationen und Erkenntnisse und
- koordiniertes Vorgehen bei Austausch und Verbreitung von Informationen und Erkenntnissen.

96. Das Projekt „Health Evidence Network“ (HEN) wurde 2003 auf den Weg gebracht. Es unterhält eine vollkommen durchsuchbare, regelmäßig aktualisierte Website, die dem Bedürfnis politischer Entscheidungsträger nach zugänglichen und verlässlichen Informationen als Grundlage für ihre Entscheidungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit entgegenkommt. Es bietet seinen Nutzern nicht nur wissenschaftliche Bewertung und kollegiale Begutachtung in Berichtsform, sondern auch zuverlässige Beschreibungen anderer Webseiten, Datenbanken und Grundsatzdokumente. Das HEN nimmt gegenwärtig Fragen direkt von politischen Entscheidungsträgern aus mehreren Ländern entgegen. Inzwischen sind über 35 Erkenntnisberichte zur Beantwortung dieser Fragen verfügbar und neue Berichte werden jeden Monat veröffentlicht.

97. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik hat die Bemühungen des Regionalbüros um Förderung des Gebrauchs von Erkenntnissen durch seine weit verzweigte analytische Arbeit unterstützt. Das Observatorium beobachtet die Gesundheitssystementwicklung in der ganzen Region und darüber hinaus und gibt unter dem Titel *Gesundheitssysteme im Wandel* (HiT) eine Reihe von Länderberichten heraus. Tiefgehende Studien und Grundsatzpapiere untersuchen die zentralen Themen der Gestaltung von Gesundheitspolitik in der Europäischen Region. Zu den behandelten Themen

gehören Finanzierung, Krankenhauswesen, Arzneimittel, Erweiterung der Europäischen Union und soziale bzw. freiwillige Krankenversicherung. In künftigen Ausgaben sollen Themen wie primäre Gesundheitsversorgung, psychische Gesundheit, übertragbare Krankheiten und Humanressourcen für Gesundheit abgehandelt werden. Die starke Konzentration des Observatoriums auf Arbeitstreffen, Seminare und Grundsatzdialoge in den Ländern stellt sicher, dass die politischen Entscheidungsträger hier ein lebendiges Forum vorfinden, in dem sie ihre Erfahrungen austauschen und Reformoptionen auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene erörtern können. Die Arbeitsergebnisse des Observatoriums werden auf einer Website sowie in von Fachkollegen begutachteten Journalen veröffentlicht.

Das integrierte Evidenzsystem

98. Das integrierte Evidenzsystem vereint eine Reihe komplementärer Datenbanken, die HiT-Berichte, „Highlights on Health“ und weitere Werkzeuge und Produkte. Das Regionalbüro unterhält eine umfassende Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) und programmspezifische Datenbanken zu Infektionskrankheiten, Tabak und Alkohol. Die GFA-DB dient für einige der nachstehend beschriebenen Produkte (HiT-Berichte, Highlights on Health usw.) als eine der wichtigsten Quellen.

99. Die HiT-Berichte analysieren die Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems eines Landes, die Strukturen der Leistungserbringung und Gesundheitsreforminitiativen in umfassender Weise und in einem Format, das Vergleiche ermöglicht. Die Reihe erfasst alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sowie zusätzlich bestimmte Mitgliedstaaten der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Sie bildet eine fortlaufende Initiative und die Berichte können dazu genutzt werden, die politischen Entscheidungsträger über Erfahrungen in anderen Ländern zu informieren, die für ihre eigene nationale Situation relevant sein könnten, und zur komparativen Analyse von Gesundheitssystemen beitragen. Durch prägnante HiT-Zusammenfassungen im Internet wird sichergestellt, dass die Informationen leicht zugänglich sind und als Grundlage für die unmittelbare Aktualisierung von Länderinformationen dienen können.

100. Die Reihe *Highlights on health* bietet Momentaufnahmen der Länder und vergleichbare Informationen über die Hauptursachen von Tod und Krankheit sowie über Risikofaktoren. Diese Berichte dienen Politikern als Entscheidungshilfe, indem sie die wichtigsten Ergebnisse eines Landes mit den einschlägigen, vom Regionalbüro und anderen Organisationen sowie den Ländern selbst entwickelten Gesundheitskonzepten verbinden. Die neue Internetausgabe ermöglicht das leichte Auffinden von Literaturhinweisen und anderen Informationsquellen sowie einfaches Blättern. Sie ermöglicht auch den Erhalt von aktualisierten Meldungen, sobald neue Informationen verfügbar werden. In diesem Zweijahreszeitraum wird das Regionalbüro die Aktualisierung der Highlights für die Mehrzahl der Mitgliedstaaten der Europäischen Region abschließen.

101. Der *Europäische Gesundheitsbericht 2005* beschreibt zentrale Aspekte der Bevölkerungsgesundheit in der Region und interpretiert diese zur Information der Gesundheitspolitiker. Der Bericht unterstützt auch die Europäische Strategie für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die dem Regionalkomitee auf seiner 55. Tagung dieses Jahr vorgelegt werden wird. Der Bericht wurde in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro verfasst und ist mit dem *World health report* durch gemeinsame Indikatoren und Daten verbunden, wobei aber Besonderheiten der Europäischen Region hervorgehoben werden.

Die nächste Dimension: Health Intelligence

102. Das Regionalbüro hat entschieden, seine Informations- und Erkenntnisarbeit weiter zu entwickeln und zu konsolidieren, um den Politikern eine noch größere Bandbreite an gesundheitspolitischen Informationen bieten zu können. Dieser Schritt beruht auf folgenden Überlegungen:

- Das Büro muss seine Fähigkeit zur Befriedigung des Informations- und Erkenntnisbedarfs der Politiker ausbauen.

- Das gegenwärtige Grundproblem liegt darin zu verstehen, wie das Regionalbüro sicherstellen kann, dass sinnvolle Informationen die verantwortlichen Entscheidungsträger erreichen.
- Eine aktive Herangehensweise muss daher angenommen werden, um die richtigen Informationen und Erkenntnisse an die Politiker zu übermitteln.

103. Künftige Anstrengungen müssen auf eine weitere Integration inhaltlich verwandter wichtiger Initiativen aus der Arbeit verschiedener Fachprogramme und -projekte (darunter das HEN, das Observatorium und die Highlights on Health) gerichtet sein und das Regionalbüro in die Lage versetzen, bei Bedarf Wissen und Erkenntnisse zur Bevölkerungsgesundheit zur Verfügung zu stellen. Kurz gesagt, diese Herangehensweise erfordert die Fähigkeit, Fragen und Anforderungen der Politiker vorwegzunehmen und die Antworten und Ratschläge an Situation und Kontext anzupassen. So wird ein Austausch von Wissen sowohl hausintern als auch durch Kommunikationskanäle mit der Außenwelt ermöglicht.

104. Zu den Maßnahmen im bevorstehenden Zweijahreszeitraum gehören:

- eine Stärkung der Netzwerke, die Vorwegnahme von Bedürfnissen und die Weiterverbreitung von Daten, Informationen und betriebsrelevanten Erkenntnissen entsprechend diesen Bedürfnissen,
- die Entwicklung eines Systems zur Kanalisierung der Anfragen von politischen Entscheidungsträgern und von anderer Seite,
- die Entwicklung eines Antwortsystems, bei dem der Informationsbedarf nach seiner Dringlichkeit geordnet wird (z. B. als „dringend“, „Grundsatzdiskussion“ oder „nicht dringend“) und so die durch das Regionalbüro und andere Organisationen erhältlichen Informationen optimal genutzt werden und
- der Ausbau der Kompetenzen des Regionalbüros durch den Einschluss eines breiten Spektrums aus Gesundheitsexperten mit journalistischen, kommunikativen, multiplikatorenfähigen Fähigkeiten usw., um diesen Gesundheitserkenntnisprozess zu unterstützen.

H. WHO-Kooperationszentren

Zusammenfassung

105. Im Anschluss an die Erörterungen der 54. Tagung des Regionalkomitees und wie vom SCRC auf seiner vom 21–23. März 2005 in Kopenhagen abgehaltenen Tagung erbeten enthält dieser Abschnitt Informationen über den Status und das gegenwärtige Designierungsverfahren für WHO-Kooperationszentren. Auch das Ergebnis der Erörterungen des globalen Überprüfungsausschusses auf dessen Tagung am 20. Januar 2005 wird kurz dargestellt.

Das Konzept

106. Die WHO benötigt Rat durch Sachverständige um wissenschaftliche und fachliche Orientierung anbieten sowie die globale, interregionale und regionale fachliche Zusammenarbeit für die nationale Gesundheitsentwicklung direkt unterstützen zu können. Die WHO-Kooperationszentren werden als ein wesentlicher und wirksamer Mechanismus angesehen, der es der Organisation erlaubt ihre satzungsgemäßen Aktivitäten zu erfüllen und dabei auf Ressourcen zuzugreifen, die ihre eigenen bei weitem übersteigen. Durch die Kooperationszentren erhält die WHO weltweit Zugang zu Zentren exzellenten Wissens und zu institutionellen Kapazitäten, die die wissenschaftliche Gültigkeit der globalen Gesundheitsarbeit sicherstellen helfen.

107. Für die betreffende Einrichtung bietet die Designierung zum WHO-Kooperationszentrum größere Sichtbarkeit und Anerkennung. Auf nationaler Ebene kann der Status Kooperationszentrum helfen, öffentliche Aufmerksamkeit für die bearbeiteten Gesundheitsthemen zu erzielen. Einem Kooperationszentrum eröffnen sich auch Möglichkeiten zum Informationsaustausch und zur fachlichen Zusammenarbeit vor allem auf internationaler Ebene mit anderen Einrichtungen.

108. Die WHO Kooperationszentren müssen in der Lage sein in enger Zusammenarbeit mit dem Ansprechpartner auf Seiten der WHO zwei Anforderungen zu erfüllen:

- Umsetzung der Arbeit gemäß dem Auftrag der WHO und den Zielen des Programms,
- Entwicklung und Stärkung der institutionellen Kapazität in den Ländern und Regionen.

Überprüfung der Handhabung der WHO-Kooperationszentren

109. Kooperationszentren sind fast seit Gründung der WHO ein Bestandteil der Organisation. Ende der 1990er Jahre wurde die Verwaltung erörtert, weil ein neuer Verwaltungsrahmen festgelegt wurde.⁶ Die neue Praxis lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Kriterien für die Auswahl von WHO-Kooperationszentren

110. Zunächst sollen Kooperationszentren für Themengebiete ausgewählt werden, die für die Programmaktivitäten der WHO relevant sind. Als weitere Kriterien gelten die wissenschaftliche und fachliche Leistung der Einrichtung, ihr tatsächliches Engagement auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene und ihre Fähigkeit, die nationalen und regionalen Kapazitäten für Gesundheitsentwicklung zu stärken. Kooperationszentren sollten fähig und institutionell genügend gefestigt sein, um Beziehungen zu anderen Einrichtungen aufbauen zu können. Sie sollten gewillt und darauf vorbereitet sein, eigene Ressourcen für die Umsetzung der in den Arbeitsplänen vorgeschlagenen Aktivitäten der Zusammenarbeit zu verwenden.

⁶ *Research strategy and mechanisms for cooperation (follow up)*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1999, (Dokument EB105/21)

Designierungsverfahren für WHO-Kooperationszentren

111. Das Designierungsverfahren ist in allen Teilen der Organisation gleich und wird global eingehalten. Die Designierung erfolgt nach stringenter Prüfung der Leistungen und der Arbeitspläne für die Zukunft. Evaluierung wird als eine konstruktive Übung zur Stärkung der Kapazitäten aller beteiligten Partner angesehen. Die endgültige Entscheidung über die Designierung eines WHO-Kooperationszentrums liegt beim Generaldirektor. Die Designierung erfolgt für einen beschränkten Zeitraum, in der Regel sind dies vier Jahre. Die Einrichtung muss mindestens zwei Jahre lang erfolgreich und aktiv mit der WHO an der Durchführung gemeinsam geplanter Aktivitäten zusammengearbeitet haben, bevor ein Designierungsverfahren eingeleitet werden kann.

Überprüfungsausschüsse

112. Im Zuge des erneuerten Verwaltungsrahmens wurde empfohlen, dass auf globaler und regionaler Ebene Überprüfungsausschüsse für die Kooperationszentren eingesetzt werden sollten. Dies geschah im Sommer des Jahres 2000.

113. Der globale Überprüfungsausschuss agiert als zwischenregionales Beratungsorgan des Generaldirektors zu Themen, die die Kooperationszentren betreffen. Zu seinen Aufgaben zählt es, Empfehlungen an die Regionaldirektoren zur Annahme oder Ablehnung von Vorschlägen zur Designierung zu machen. Dem globalen Überprüfungsausschuss sitzt ein hochrangiger Mitarbeiter des WHO-Hauptbüros vor, zurzeit ist dies der beigeordnete Generaldirektor der Abteilung Erkenntnisse und Informationen für die Grundsatzarbeit.

114. Nach der Errichtung des globalen Überprüfungsausschusses wurde der Auftrag zur Errichtung regionaler Überprüfungsausschüsse oder ähnlicher Mechanismen für eine förmliche Überprüfung erteilt. In der Europäischen Region besteht dieser Ausschuss aus dem leitenden Management des Regionalbüros.

Administration der Kooperationszentren

115. Während der Überprüfung der Kooperationszentren wurde es deutlich, dass die Regeln für die Designierung und Redesignierung bzw. der Ablehnung derselben enger gefasst werden mussten. Um sicherzustellen dass dies WHO-einheitlich erfolgte, wurde beschlossen in jedem Regionalbüro und im Hauptbüro Ansprechpartner zu benennen. Deren übergeordnete Rolle besteht in der Herstellung der Verbindung und der Kommunikation zwischen den Fachreferaten im Hauptbüro und in den Regionalbüros, den WHO-Länderbüros, den Kooperationszentren und den Regierungen. Die Ansprechpartner administrieren und koordinieren die für Kooperationszentren vorgeschriebenen Informationen und die Verfahren.

116. Um Administration, Kooperation und Vernetzung zu erleichtern wurde ein globales Informationssystem für alle Kooperationszentren⁷ entwickelt und WHO-Bediensteten, Kooperationszentren, Mitgliedsstaaten sowie dem an Bevölkerungsgesundheit interessierten Publikum zugänglich gemacht.

117. Die neuen Verfahren traten im August 2001 in Kraft, wohlgermerkt ohne jegliche Mittelzuweisung von der Zentraladministration an die Regionen, welche die größte Arbeitsbürde hierdurch zu schultern hatten. Die Gesamtkosten für die Administration der Kooperationszentrum wurde vorsichtig mit 1,5 Mio. US-\$ veranschlagt.

Aufräumprozess

118. Mit der Einrichtung der globalen Datenbank für Kooperationszentren wurde schnell offenbar, dass es eine große Anzahl anscheinend ruhender Kooperationszentren gab, mit denen die WHO keine nachweisbare aktive Zusammenarbeit mehr verband. Um diese Situation zu normalisieren wurde eine Aufräumaktion eingeleitet.

⁷ <http://whocc.who.int>

Auswirkungen auf das Regionalbüro

119. In der ersten Aufräumphase wurden in der Europäischen Region 108 Kooperationsverhältnisse in 22 Ländern beendet. Der mühsame Prozess führte sowohl in den Fachreferaten als auch bei den betroffenen Kooperationszentren und einigen Regierungen zu gewisser Besorgnis. Der vermeintlich einfache Verwaltungsakt zu längst abgelaufenen Kooperationsvereinbarungen verursachte größere Turbulenzen als erwartet und auf der letzten Tagung des Regionalkomitees im September 2004 intervenierten sogar die Vertreter mehrerer Mitgliedstaaten.

Gegenwärtiger Stand

120. Der Prozess hat zu einem markanten Rückgang der Gesamtzahl Zentren geführt, insbesondere in der Europäischen Region. Allerdings verändert sich die Zahl der Kooperationszentren laufend. Während der Aufräumprozess noch andauerte, wurden bereits gleichzeitig neue Zentren designiert.

Tabelle 1: WHO-Kooperationszentren nach Region ihres Standortes, 2002 und 2005

Jahr	Afrika	Gesamt-amerika	Östliches Mittelmeer	Europa	Südost-asien	West-pazifik	Insgesamt
2002	36	264	56	483	88	210	1137
2005 (1. Juni)	27	197	58	350	78	193	903
<i>Entwicklung</i>	-9	-67	+2	-133	-10	-17	-234

121. Von den gegenwärtig 350 Kooperationszentren in der Europäischen Region arbeiten 264 hauptsächlich mit dem WHO-Hauptbüro, 85 mit dem Regionalbüro für Europa und eines mit einem anderen Regionalbüro (SEARO) zusammen.

Tabelle 2: Status der WHO-Kooperationszentren in der Europäischen Region, 1. Juni 2005

	Initiiert durch	Hauptbüro	SEARO	EURO	Insgesamt
Aktiv		242	1	75	318
Entscheidung offen (Verlängerung/ Beendigung)		22	–	10	32
Insgesamt		264	1	85	350

Künftige Strategie

122. Zwischen 1999 und heute sind substanzielle Verbesserungen der administrativen Praxis in Bezug auf die Kooperationszentren gemacht worden. Es ist keine Übertreibung zu sagen, dass der Administrationsprozess angeglichen worden ist, denn allgemeine Protokolle und elektronische Werkzeuge sind für die Designierung/Redesignierung erstellt worden.

123. Dennoch gibt es noch eine Reihe von Mängeln in der Art und Weise, wie die Organisation mit den Kooperationszentren umgeht. Es gibt keine Gesamtstrategie und keinen Plan für den Austausch der WHO mit ihnen.

Die nächsten Schritte

124. Der globale Überprüfungsausschuss hat das Thema Kooperationszentren innerhalb des verbindlichen Evaluierungsrahmens der WHO für den Zweijahreszeitraum 2006–2007 und die Einbeziehung aller Regionen dabei vorgeschlagen. Das Ergebnis der Evaluierung würde dann von den Leitungsgremien der WHO auf regionaler und globaler Ebene erörtert und Schritte zur Aufstellung einer künftigen Strategie für Kooperationszentren könnten angesichts der Empfehlungen aus dieser Evaluierung eingeleitet werden.