



WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
KOPENHAGEN

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
Fünzigste Tagung, Kopenhagen, 11.–14. September 2000

Punkt 2 b) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC50/2
+ EUR/RC50/Conf.Doc./2
28. Juni 2000
00490
ORIGINAL: ENGLISCH

BERICHT DES REGIONALDIREKTORS
ÜBER DIE ARBEIT DER WHO IN DER EUROPÄISCHEN REGION
1998–1999

Dieses Dokument vermittelt einen Überblick über die wichtigsten Probleme und Herausforderungen in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 1998–1999 und beschreibt die diesbezügliche Reaktion der WHO. Es sollte zusammen mit dem Informationsdokument über die Verwendung der Haushaltsmittel im Rechnungszeitraum 1998–1999 gelesen werden (EUR/RC50/Inf.Doc./1).

INHALT

	<i>Seite</i>
Vorwort	i
GESUNDHEIT21	1
Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ aktualisiert.....	1
Inhalt von GESUNDHEIT21	1
„Futures“ als Instrument für die gesundheitspolitische Entwicklung.....	1
Gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität für die Gesundheit.....	2
Zwischen den Ländern.....	2
Innerhalb der Länder.....	4
Bessere Gesundheit während des gesamten Lebens	5
Der Lebensverlauf-Ansatz	5
Ein gesunder Lebensanfang	5
Gesundheit junger Menschen.....	6
Gesundheit von Erwachsenen.....	6
Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und Verletzungen.....	7
Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten.....	7
Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten	11
Sektorübergreifende Strategien.....	16
Umwelt	16
Sozioökonomische Determinanten	23
Lebensweisen und Gesundheit.....	23
Settings	28
Sektorübergreifende Verantwortung für Gesundheit.....	30
Eine ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung.....	30
Primäre Gesundheitsversorgung	30
Integrierte Gesundheitsversorgungsleistungen	32
Arzneimittel und medizinische Geräte.....	34
Reformen der Gesundheitsversorgung.....	36
Konzepte und Mechanismen zur Herbeiführung eines Wandels	37
Public-Health-Rolle und -Kompetenz.....	37
Gesundheitspolitik	38
Information und neue GFA-Indikatoren	39
Partnerschaften	40
Kommunikationsstrategie	44
Länderprogrammstrategie	45
Stipendien	46
Management und Verwaltung.....	46
Zentren.....	46
Programmänderung und -entwicklung.....	47
Reform	48
Leitende Gremien	48
Verwaltung und Haushalt	48
Personalpolitik	49

VORWORT

Der Berichtszeitraum 1998–1999 war von besonderer Bedeutung für die Europäische Regionalorganisation der WHO. Der östliche Teil der Region war von einer anhaltenden Wirtschaftskrise betroffen, die die staatlichen Investitionspläne und die Hoffnung der Bevölkerung auf eine bessere Zukunft in noch weitere Ferne rückte. Auf dem Balkan spitzten sich die Übergriffe gegen die albanischstämmige Bevölkerung im Kosovo zu und der dort seit langem währende Konflikt weitete sich zu einem echten Krieg aus. Nur in Westeuropa und einigen wenigen anderen Ländern sah die Situation etwas rosiger aus, nachdem die Europäische Union ihre Bereitschaft erkennen ließ, neue Mitgliedstaaten aufzunehmen und ihre Rolle als stabilisierende Kraft in der Region auszubauen.

Für das WHO-Regionalbüro für Europa (EURO) brachten diese und zahlreiche andere Entwicklungen neue Herausforderungen mit sich – was allerdings auch neue Möglichkeiten eröffnete. Wie der vorliegende Bericht zeigt, war die Durchführung des Programms des Regionalbüros für Europa im Berichtszeitraum in der Tat in recht beeindruckender Weise gelungen. Besonders ermutigend ist, dass die Arbeitsergebnisse jetzt die Wirkung der längerfristigen konsequenten Programmtätigkeiten klar erkennen lassen. Der systematische Ansatz zur Unterstützung der Länder – beispielsweise bei der Entwicklung von nationalen Rahmenkonzepten im Sinne der „Gesundheit für alle“ und von staatlichen Modellplänen für deren Umsetzung (wie in Armenien, Georgien und Kirgisistan) – hat jetzt zu einer erheblichen Verbesserung der länderspezifischen Kompetenz für durchgreifende Entwicklungen nach Plan geführt. Die systematische Verfolgung des EUROHEALTH-Programms für die mittel- und osteuropäischen Länder (MOE) und Nachfolgestaaten der Sowjetunion (NUS) sowie die vielschichtige Entwicklung einer langfristigen Zusammenarbeit mit allen Mitgliedstaaten durch spezifische Kooperationsnetze, wie z. B. die Netzwerke für Gesunde Städte und Gesundheitsfördernde Schulen, und durch Foren für die Gesundheitsberufe haben deutlich gezeigt, wie die WHO ihre führende Position in Gesundheitsangelegenheiten und ihr wissenschaftliches Potenzial voll nutzen kann, um katalytische, relevante und kostenwirksame Programme zur Länderunterstützung aufzubauen. Die zunehmende Hilfe, die dem Regionalbüro für Europa inzwischen für seine Programmtätigkeiten aus

außerordentlichen Mitteln zukommt, beweist, dass diese Ansicht auch von anderen geteilt wird.

In diesem Kontext ist eine besonders ermutigende Entwicklung zu erwähnen, nämlich die beachtliche Unterstützung, die dem Regionalbüro durch die sogenannten europäischen Zentren in Hinsicht auf personelle Ressourcen und Programmmittel zuteil geworden ist. Seit Beginn der 90er Jahre – zunächst im Bereich Umwelt und Gesundheit – werden solche Zentren durch offizielle Abkommen zwischen dem Regionalbüro (das die Arbeit organisiert) und einem Land bzw. einer großen Region innerhalb eines Landes (das die Kosten trägt) etabliert. Diese Zentren stehen vollständig unter der Leitung der WHO, ihre Mitarbeiter werden vom Regionalbüro eingestellt und führen Projekte durch, die Teil des vom Regionalkomitee befürworteten strategischen Zweijahresprogramms sind. Anfang der 90er Jahre begann es mit drei Zentren für Umwelt und Gesundheit; im Berichtszeitraum wurde das kleine Büro in Nancy (Frankreich) geschlossen, wohingegen die Zentren in Rom und Bilthoven (Niederlande) ihre sehr rege Tätigkeit fortsetzen. Außerdem konnten nach extensiven Verhandlungen mit unterschiedlichen Partnern neue Zentren eröffnet werden, und zwar im Dezember 1998 in Brüssel ein Zentrum für Gesundheitspolitik und im September 1999 in Barcelona ein Zentrum für Gesundheitsdienste; darüber hinaus wird im Jahr 2000 ein neues Gesundheitsförderungszentrum in Venedig eröffnet und im Jahr 2001 wird in Bonn ein neues Zentrum für Umwelt und Gesundheit eingerichtet. Im Übrigen hat eine einzigartige neue Partnerschaft großer Organisationen und interessierter Mitgliedstaaten im Februar 1999 zur Gründung der so genannten Beobachtungsstelle für Gesundheitsversorgungssysteme geführt, einer wichtigen neuen Einrichtung für laufende Analysen der in europäischen Mitgliedstaaten wie auch in anderen Ländern mit Gesundheitsreformen gemachten Erfahrungen.

Diese Entwicklungen sind zweifelsohne von eminenter Bedeutung. Das Regionalbüro für Europa wird in den kommenden Jahren nicht nur zahlreiche neue Mitarbeiter und Programmressourcen für seine Arbeit in den kommenden Jahren erhalten, sondern – was noch wichtiger ist – diese Entwicklungen verdeutlichen, dass das Regionalbüro jetzt seinen Ruf bei Mitgliedstaaten und großen internationalen Partnern so gefestigt hat, dass diese bereit sind, beträchtliche Ressourcen für die Zusammenarbeit mit uns in den kommenden Jahren zu investieren.

Wie dieser Bericht zeigt, waren in zahlreichen Programmbereichen während des zweijährigen Berichtszeitraums wesentliche Erfolge zu verbuchen. Die Ende 1998 erreichte vollständige Unterbrechung der Übertragung des Poliovirus war ein signifikanter Meilenstein für die Region. Dieser beachtliche Erfolg war auch das lobenswerte Verdienst der gemeinsamen Bemühungen von hunderttausenden Mitarbeitern in unseren 51 Mitgliedstaaten, in der WHO und in vielen anderen kooperierenden Organisationen. Die größte Gesundheitskonferenz, die aus der Sicht des politischen Interesses und des Engagements der Mitgliedstaaten jemals in der Europäischen Region stattgefunden hat – die in London im Juni 1999 veranstaltete Dritte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit – hat demonstriert, dass diese Initiative unter der Federführung des WHO-Regionalbüros für Europa eine echte regionsweite Bewegung ins Leben gerufen hat. Diese Bewegung kann jetzt alle wichtigen Organisationen auf der europäischen Regionalebene zusammenbringen und zu einer neuen sektorübergreifenden Kooperation im Bereich Umwelt und Gesundheit in nahezu 90% der Länder der Region anregen. Die Entwicklung des neuen Konzepts der „Familien-Gesundheitsschwester“ ist in Pflegekreisen mit Begeisterung aufgenommen worden. Der Zehnjahresrückblick auf die St.-Vincent-Bewegung (in Istanbul im Oktober 1999) hat gezeigt, dass aufgrund unserer nachhaltigen Bemühungen, neue Prinzipien zur qualitativen Verbesserung der Versorgung für Diabetiker einzuführen, jetzt in vielen Ländern die gesundheitlichen Resultate zu sehen sind. Die schnelle und weitreichende Reaktion auf die dramatischen Veränderungen im Kosovo hat zwei komplementäre Entwicklungen bewirkt: erstens ein umfassendes vielschichtiges EURO-Programm zur humanitären Hilfe und zweitens die Möglichkeit für die WHO, eine gesundheitsrelevante Führungsposition innerhalb des Verbunds der Vereinten Nationen in diesem vom Krieg heimgesuchten Gebiet wahrzunehmen – eine neue Rolle für die Organisation. Der seit langem geführte Kampf des Regionalbüros für Europa gegen den Tabakkonsum gab unserem Büro eine Schlüsselrolle innerhalb des neuen globalen Anti-Tabak-Programms der WHO (Tobacco-Free Initiative).

Wie wichtig all diese Entwicklungen auch immer gewesen sind – das zentrale Ereignis während des Berichtszeitraums war die Aktualisierung des

Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ für die Europäische Regionalorganisation der WHO. Die Verabschiedung von GESUNDHEIT21 durch das Regionalkomitee im Jahr 1998 markierte das Ende eines zweijährigen Prozesses wissenschaftlicher Arbeit. Sie bedeutete auch die klare politische Akzeptanz von Seiten aller Mitgliedstaaten, sowohl individuell als auch kollektiv. GESUNDHEIT21 reflektiert die Änderungen in Bezug auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitsdeterminanten in der Region und beinhaltet die besten wissenschaftlich erhärteten strategischen Ratschläge zur Förderung gesunder Lebensweisen, u. a. durch Schaffung einer gesunden Umwelt und durch kostenwirksame und qualitätsbewusste Gesundheitsdienste.

Die eigentliche Bedeutung dieser Entwicklung liegt indessen nicht in den Details des Rahmenkonzepts. Von fundamentaler Bedeutung ist einfach die Tatsache, dass die 51 Mitgliedstaaten der Europäischen Region beschlossen haben, ihr 1980 begonnenes Gemeinschaftsvorhaben fortzusetzen, d. h. einen gemeinsamen strategischen Rahmen zur Ausrichtung und Inspiration ihrer jeweiligen Entwicklung beizubehalten. Darüber hinaus haben sie erneut ihr Engagement bestätigt, dieses Rahmenkonzept nicht nur von Fall zu Fall als Orientierungshilfe anzusehen, sondern als eine kontinuierlich verfolgte, in regelmäßigen Zeitabständen evaluierte und systematisch aktualisierte Vision für die nahezu 900 Millionen Menschen, die in der Region leben.

Dreiundzwanzig Jahre lang hatte ich die Freude, für die WHO in dieser Region tätig zu sein – die letzten 15 Jahre als Regionaldirektor. Zweifellos werden wir künftig mit Herausforderungen und Problemen konfrontiert, zweifellos werden Hindernisse zu überwinden sein. Dennoch ist die strategische Vision für die Zukunft niemals inspirierender gewesen, die externe Unterstützung niemals stärker und das Personal des Regionalbüros niemals leistungsfähiger gewesen als jetzt. Die Fachkompetenz, die Tatkraft und der Innovationsgeist der Frauen und Männer, die so hart dafür arbeiten, dass die Ideale der WHO in diesem Teil der Welt Realität werden, verheißen Gutes!

Dr. Jo E. Asvall
Regionaldirektor
Kopenhagen, 31. Januar 2000

GESUNDHEIT21

Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ aktualisiert

1. Nach einem eingehenden zweijährigen Konsultationsprozess mit Experten, Netzwerken, Sektoren, Organisationen und Ministerien wurde das aktualisierte Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (GESUNDHEIT21) von den europäischen Mitgliedstaaten im September 1998 angenommen (Resolution EUR/RC48/R5). Die beiden Veröffentlichungen zur GESUNDHEIT21¹ fanden in der Region gute Resonanz. Außer den 20 000 Exemplaren in den vier Arbeitssprachen (11 000 Exemplare der Einführung und 9000 Exemplare der vollständigen Fassung), die an Regierungen, WHO-Netzwerke, Kooperationszentren und sonstige Interessenten übermittelt worden waren, wurden in Armenien, Dänemark, der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, Italien, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Schweden, der Slowakei, Spanien und in der Türkei Übersetzungen in die jeweiligen Landessprachen vorgenommen.

2. Die europäischen Mitgliedstaaten bemühen sich weiterhin – wie sie dies bereits seit nunmehr fünfzehn Jahren getan haben – um eine Ausrichtung ihrer nationalen Konzepte auf die Prinzipien des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“. Eine kürzliche Veröffentlichung der WHO, *Exploring health policy development in Europe*,² vermittelt einen Überblick über die einschlägigen Aktivitäten. Zu den Ländern, die in den vergangenen zwölf Monaten mit der Erarbeitung bzw. Revision von nationalen Dokumenten zur „Gesundheit für alle“ befasst waren, gehören Dänemark, Finnland, Italien, Kirgisistan, Litauen und das Vereinigte Königreich.

¹ GESUNDHEIT21: eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5). GESUNDHEIT21: das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6).

² RITSATAKIS, A. ET AL., ED. *Exploring health policy developments in Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 86).

3. In Armenien und Georgien haben die Regierungen – mit Unterstützung eines Beraters – sektorübergreifende Pläne zur Erarbeitung eines nationalen gesundheitspolitischen Konzepts in Einklang mit den Prinzipien der GESUNDHEIT21 entwickelt. In Georgien konnte die Regierung in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro einen Modellplan erstellen, der die mittelfristige Entwicklungsphase im Zuge der nationalen Politik der „Gesundheit für alle“ beschreibt.

Inhalt von GESUNDHEIT21

4. GESUNDHEIT21 ist nichts „Alltägliches“. GESUNDHEIT21 stellt die folgenden Themen in den Vordergrund:

- Solidarität und Chancengleichheit;
- Determinanten von Gesundheit: sozioökonomische Faktoren, Genetik und die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsförderung und der Umwelt;
- Lebenszyklus von Menschen in bestimmten Settings;
- sektorübergreifendes Handeln und Rechenschaftspflicht;
- primäre Gesundheitsversorgung, speziell die gemeindenahere Versorgung durch sogenannte „Familien-Gesundheitsschwester“ und durch den Hausarzt;
- ergebnisorientierte Versorgung;
- Evidenz für die politischen Rahmenkonzepte, mit Schwerpunkt auf der Umsetzung vor Ort;
- globale Prioritäten und Partner.

„Futures“ als Instrument für die gesundheitspolitische Entwicklung

5. Die Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung der „Gesundheit für alle“ werden im Zuge eines integrierten Berichtserstattungs- und Monitoring-Prozesses laufend untersucht. Außerdem haben sich Tagungen über „Gesundheits-Futures“ als ein wertvolles Instrument erwiesen, um sicherzustellen, dass die sukzessiven Fassungen des Rahmenkonzepts für die Region insgesamt gültig bleiben. In Zusammenarbeit mit dem Nuffield Trust wurde Ende 1999 die vierte Konsultation über Gesundheits-Futures in London veranstaltet, auf der eine Reihe von Beiträgen

verschiedener Experten, u. a. auch vom United Kingdom Foresight Programme vorgelegt wurden. Auf dieser Beratungstagung wurde auf den hohen Stellenwert von Evidenz und Forschung und auf den großen Nutzen von Prognosen gepaart mit alternativen Szenarien hingewiesen.

GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT UND SOLIDARITÄT FÜR DIE GESUNDHEIT

Zwischen den Ländern

Ressourcenmobilisierung für die humanitäre Hilfe

6. Zunehmend symmetrische Beziehungen mit den Geberstellen und die größere bürointerne Kapazität, Projektvorschläge zu unterbreiten, verbesserten die Möglichkeiten des Regionalbüros, Ressourcen zum Nutzen von notleidenden Ländern zu mobilisieren. Weitere Geberstellen – beispielsweise der Arabian Gulf Fund for United Nations Development (AGFUND) – konnten gefunden werden und leisteten Hilfe. Eine Geberstellen-Datenbank wurde eingerichtet und dient als Modell für die globale WHO-Datenbank.

Bosnien-Herzegowina

7. In Bosnien-Herzegowina hat sich die Situation in den vergangenen zwei Jahren allmählich verbessert, das gilt sowohl aus wirtschaftlicher Sicht als auch in Bezug auf die gesundheitliche Entwicklung. Die WHO bleibt nach wie vor in dem Land präsent: gegenwärtig unterhält sie dort fünf Büros mit etwa 35 Mitarbeitern, die mit den Ministerien der beiden Landesteile auf den Gebieten Gesundheitspolitik, Reformierung der Gesundheitsversorgung, primäre Gesundheitsversorgung, psychische Gesundheit, Tuberkulose, HIV/Aids sowie Lebensweisen und in Gesundheitsfragen zusammenarbeiten. Das Verbindungsbüro und die Büros für humanitäre Hilfe wurden zusammengelegt, um eine einheitlichere WHO-Präsenz in dem Land sicherzustellen.

Ein neuer Krieg auf dem Balkan

8. Im März 1999 explodierte die gespannte Situation auf dem Balkan und NATO-Truppen begannen ihren Angriff auf die Bundesrepublik Jugoslawien. Das Regionalbüro hatte seit 1992 ein Büro in Belgrad unterhalten, außerdem Bü-

ros für humanitäre Hilfe in Pristina (Kosovo) und in Albanien seit 1997, und seit 1998 in Podgorica (Montenegro). Bei Ausbruch des Krieges folgte das Regionalbüro dem Rat der Vereinten Nationen und zog seine internationalen Mitarbeiter aus Belgrad, Pristina und Podgorica ab.

9. Als Reaktion auf den plötzlichen Zustrom von hunderttausenden Flüchtlingen nach Albanien und in die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien verstärkte das Regionalbüro rasch seinen Mitarbeiterstamm in Tirana und richtete ein neues Büro für humanitäre Hilfe in Skopje ein. Im Anschluss daran wurde eine Reihe von Flüchtlingsprogrammen in sehr enger Zusammenarbeit mit den nationalen Regierungen, anderen UN-Organisationen und nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) erstellt. Nach Einmarsch der NATO-Truppen in Pristina, reaktivierte das Regionalbüro dort unverzüglich seine internationale Präsenz, indem es einen Großteil seiner Mitarbeiter für humanitäre Hilfe aus Skopje und Tirana abzog; inzwischen ist dort ein wichtiges Programm zur humanitären Hilfe angelaufen.

10. Das Regionalbüro hat lokale Gesundheitsbehörden unterstützt und die in Albanien durchgeführten gesundheitsbezogenen humanitären Hilfsleistungen koordiniert. Zur Immunisierung der Bevölkerung gegen Poliomyelitis, zur Verbesserung von Laboren im gesamten Land, zum Management von unentbehrlichen Arzneimitteln und zur Auffüllung der Hepatitis-B-Impfstoffvorräte wurden wichtige Programme durchgeführt. Die in Pristina, Podgorica und Belgrad eingesetzten Mitarbeiter des Regionalbüros für Europa arbeiten bei humanitären Hilfsaktionen für Kosovo-Flüchtlinge eng zusammen.

11. Nach dem „Stabilisierungspakt“ übernahmen die Vereinten Nationen die administrative Zuständigkeit im Kosovo und die WHO-Mitarbeiter wurden zum „Gesundheitsarm“ der UN-Verwaltung. Das ist eine äußerst wichtige Entwicklung – nicht nur für das Regionalbüro, sondern für die WHO insgesamt. Der (vom Regionalbüro für Europa entsandte) Gesundheitskommissar verfügt über ein Team von internationalen Mitarbeitern, die bei der Planung und bei zentralen Funktionen helfen, ferner über fünf Distriktmanager, die die generelle Verwaltung der Gesundheitsdienste unterstützen. Außerdem

hat das Programm des Regionalbüros zur humanitären Hilfe 55 Mitarbeiter mobilisiert, die der Mission der Vereinten Nationen im Kosovo (UNMIK) und den örtlichen Einrichtungen in allen wichtigen Bereichen von Krankheitsmanagement und Gesundheitsdiensten unterstützend und beratend zur Seite stehen.

Kirgisistan

12. Am 6. August 1999 überfielen bewaffnete Guerillas ein entlegenes Gebiet in Kirgisistan und es kam zu Kämpfen mit kirgisischen Regierungstruppen. Das führte zu einem rasch anwachsenden Flüchtlingsstrom. Das Regionalbüro beteiligte sich an einer Mission der Vereinten Nationen zur Feststellung der Sachlage und leistete auf dringende Bitte der Regierung unverzüglich Hilfe in Form von medizinischen Lieferungen.

Dagestan

13. Am 7. August 1999 drangen Guerillas aus Tschetschenien in Dagestan ein und es kam zu heftigen Kämpfen mit russischen Regierungstruppen. Die russische Regierung hielt eine Einbeziehung internationaler Stellen indessen für nicht erforderlich, dementsprechend hat die WHO in diesem Konflikt keine humanitäre Hilfe geleistet.

Türkei

14. Am 17. August 1999 wurde die Türkei von einem starken Erdbeben erschüttert, dessen Epizentrum südöstlich von Istanbul lag. Es stellte sich bald heraus, dass es sich um eines der schwersten Erdbeben dieses Jahrhunderts in der Region handelte. Die WHO reagierte in zweifacher Weise: Ein auf die Beurteilung von Erdbebenschäden spezialisierter Mitarbeiter des WHO-Hauptbüros beteiligte sich an einer Mission der Vereinten Nationen zur Beurteilung der Situation und die WHO beriet das türkische Gesundheitsministerium hinsichtlich der Organisation der Regierungsinitiativen zur Ressourcenmobilisierung. Das Erdbeben betraf ein weiträumiges Gebiet, verursachte massive Gebäudeschäden,

forderte sehr viele Todesopfer und hinterließ noch weitaus mehr Verletzte. Trotz erheblicher Kritik in Bezug auf zahlreiche organisatorische Aspekte der Katastrophenhilfe wurden die Interventionen des Gesundheitswesens als adäquat angesehen: Die Regierung mobilisierte rasch eine hohe Zahl von Mitarbeitern der primären Gesundheitsversorgung aus anderen Teilen des Landes, organisierte einen Helikopterdienst zum Transport der Verletzten in die besten Krankenhäuser in Ankara und Istanbul und etablierte eine Public-Health-Task-Force zur Maßnahmenplanung und Information der Öffentlichkeit. Das Gesundheitsministerium initiierte außerdem unverzüglich Verhandlungen mit der Weltbank, um die bereits zugeteilten Gelder für die gesundheitliche Entwicklung umzuwidmen, damit diese Mittel zur raschen Wiederinstandsetzung der beschädigten Gesundheitseinrichtungen verwendet werden könnten. Die Panamerikanische Gesundheitsorganisation bot an, bei dieser Tätigkeit über ihr Kooperationszentrum für Umwelt und Gesundheit in Santiago (Chile) zu helfen.

15. Bei den Nothilfeaktionen in der Türkei und in anderen Gebieten arbeitete die WHO sowohl mit nationalen Behörden als auch lokalen Einrichtungen zusammen und stärkte somit die Kapazität der Länder für Entwicklungstätigkeiten und zur Bewältigung künftiger Notlagen. Seine Rolle als koordinierende Organisation in verschiedenen Krisensituationen hat dazu beigetragen, dass das Regionalbüro seine Handlungskompetenz für Katastrophenhilfe und zur Förderung der einschlägigen internationalen Zusammenarbeit ausbauen konnte.

16. Die Leitlinien des Regionalbüros zur Katastrophenhilfe werden laufend aktualisiert und ein praktisches WHO-Handbuch wurde erstellt. Netzwerke der Kontaktstellen, beteiligten Partner und Ressourcen wurden etabliert und am Sitz des Regionalbüros wurde ein spezielles „Katastrophen-Büro“ mit eigenen Hotlines, Computern und geschulten Mitarbeitern eingerichtet.

Erdbeben in der Türkei, September 1999

Das verheerende Erdbeben erschütterte weite Gebiete in den Provinzen Istanbul, Kocaeli, Bolu, Yalova und Bursa mit nahezu 20 Millionen Einwohnern. Über 15 000 Tote wurden gemeldet und rund 25 000 Menschen wurden verletzt. Außerdem machte dieses Erdbeben viele Menschen obdachlos, von denen die meisten noch immer in provisorischen Unterkünften leben. Begleiterscheinungen wie der Ausfall der Wasserversorgung, der Zusammenbruch der öffentlichen Gesundheitsdienste und diesbezüglichen Infrastrukturen, gepaart mit den psychischen Auswirkungen des Erdbebens sind für eine hohe Gefährdung der betroffenen Bevölkerung durch Krankheiten verantwortlich, die sich zu Epidemien entwickeln können.

Achtundvierzig Stunden nach dem Erdbeben trafen die ersten internationalen Gesundheitsteams in der Region ein. Die WHO handelte unverzüglich, um Nothilfe zu leisten und sandte Medikamentenkits zur Behandlung von Verletzungen und Durchfallerkrankungen, u. a. auch Botulismus-Antitoxinserum. Der Direktor für Programm-Management begab sich in die betroffene Region und unterstützte das türkische Gesundheitsministerium beim Management und der Koordination der Nothilfe, außerdem als einer der Koordinatoren für internationale Hilfe. Ein Experte des WHO-Hauptbüros schloss sich dem UNDAC-Team der Vereinten Nationen (United Nations Disaster Assessment and Coordination) bei der Mission zur Beurteilung der Situation und der Erfordernisse in der Türkei an.

Das Gesundheitsministerium und die WHO kamen überein, dass der effizienteste Beitrag der Organisation – abgesehen von einer Bestandsaufnahme der erforderlichen Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens – in der Koordination und Leitung der Beiträge zur Nothilfe bestehen würde. Zu diesem Zweck wurde ein Team gebildet, das in enger Zusammenarbeit mit Vertretern des Gesundheitsministeriums seine Tätigkeit aufnahm. Seitdem hat das Regionalbüro regelmäßige Missionen in das Erdbebengebiet organisiert.

Um den Ausbruch von Infektionskrankheiten zu verhüten und für die Bevölkerung menschenwürdige Lebensbedingungen zu schaffen, wurde für die Arbeit der WHO-Berater folgenden drei Bereichen Priorität beigemessen: Umwelthygienedienste, Überwachung von übertragbaren Krankheiten sowie Schulungsmaßnahmen (sowohl für Fachkräfte als auch gezielte Aufklärung der Öffentlichkeit).

Bisher wurden keine Krankheitsausbrüche gemeldet und der lediglich geringe Anstieg bei den übertragbaren Krankheiten kann der verbesserten Überwachung nach dem Erdbeben zugeschrieben werden. Einige Krankheiten – das gilt vor allem für Durchfallerkrankungen – werden tagtäglich in dem Gebiet systematisch überwacht. Mit Einsetzen des Winters wurde speziell den akuten Atemwegserkrankungen Aufmerksamkeit gewidmet. Besondere Bedeutung kommt den Routineimpfungen und Überwachungsdiensten zu.

Angesichts der psychosozialen Auswirkungen einer Katastrophe dieses Ausmaßes leistete ein WHO-Berater auch in dieser Hinsicht Unterstützung. Dennoch wird befürchtet, dass in den kommenden Monaten posttraumatische Stresszustände zunehmen werden.

Innerhalb der Länder

17. Das Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 unterstreicht die Notwendigkeit, Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen in den Ländern zu reduzieren. Die Arbeit des Regionalbüros konzentrierte sich hier auf drei strategische Hauptelemente: i) Unterstützung zu Gunsten besserer nationaler Informationssysteme, die solche Ungleichheiten und deren Gründe aufdecken können, ii) in Zusammenarbeit mit interessierten NGOs und dem neuen Gesundheits-Kommunikationsnetzwerk das Problembewusstsein durch die Massenmedien zu schärfen und auf

näher spezifizierte Zielgruppen gerichtete Kampagnen zu fördern, iii) durch Analyse von innovativen Projekten in Mitgliedstaaten, die den Ländern Feedback darüber geben, welche Interventionen sich als machbar und effektiv hinsichtlich des Abbaus des Gefälles zwischen sozialen, geographischen und anderen Gruppen erweisen.

18. Für politische Entscheidungsträger wurde ein Informationspaket betreffend Chancengleichheit entwickelt. Das kürzlich errichtete Europäische Zentrum für Gesundheitspolitik (EHCP) unterstützte die Vorbereitung des ersten Berichts über Chancengleichheit in Litauen.

Dieses Vorhaben ist eng verknüpft mit dem politischen Entwicklungsprozess auf nationaler und lokaler Ebene. Außerdem wurde eine Tagung der Balkanländer organisiert, um deren Zusammenarbeit im Interesse der Gesundheit zu fördern.

BESSERE GESUNDHEIT WÄHREND DES GESAMTEN LEBENS

Der Lebensverlauf-Ansatz

19. Der im Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 befürwortete Lebensverlauf-Ansatz ist eine neue Möglichkeit, während des gesamten Lebens nach integrierter Unterstützung für bessere Gesundheit zu suchen. Zwar sind viele einzelne Elemente wohlbekannt, doch gibt es keine systematische „Kartierung“, kein Schema für die Gesundheitswerte und Lebensfertigkeiten, die man im Verlauf eines Lebens benötigt. Das verhindert eine objektive Beurteilung solcher Erfordernisse in bestimmten Bevölkerungsgruppen und bedeutet auch, dass auf den Einzelnen ausgerichtete Gesundheitsförderungs-/Gesundheits-erziehungsprogramme derzeit noch nicht durch die zur Messung der Wirkung und Erfolge erforderlichen wissenschaftlichen Instrumente erhärtet werden. Deshalb wird sich das Regionalbüro bemühen, solche elementaren Werkzeuge zu entwickeln. Im Interesse einer wissenschaftlich fundierten Arbeit in den kommenden Jahren hat das Regionalbüro damit begonnen, einen konzeptuellen Rahmen zu entwickeln und ein organisationsweites Projekt für diesen Bereich zu gestalten.

Ein gesunder Lebensanfang

20. Das Programm zur Gesundheit der Familie konnte im Berichtszeitraum dank der zusätzlichen Experten für Kindergesundheit und reproduktive Gesundheit, die sowohl am Regionalbüro als auch in den Ländern eingestellt worden sind, rasch expandieren.

21. Drei Jahre nach Beginn des CARAK-Projekts in Pilotdistrikten aller zentralasiatischen Republiken und in Aserbaidschan sind ermutigende Ergebnisse zu verzeichnen. Der Fokus dieses Projekts liegt auf Gesundheit in der Perinatalperiode, Familienplanung und integriertem Management von Kinderkrankheiten. Die Mütter- wie auch die Säuglingssterblichkeit sowie Komplikationen nach der Geburt haben sich

rückläufig entwickelt, die Zahl der stillenden Mütter hat sich erhöht.

22. Das Regionalbüro fördert einen holistischen Ansatz hinsichtlich evidenzbasierter Versorgung und kostenwirksamer Interventionen in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenversorgung und Stillen. Verschiedene Workshops – über Grundlagen der Neugeborenenversorgung, Stillen, Geburtshilfe, Hebammen- und Pflegewesen – wurden in den zentralasiatischen Republiken sowie in Aserbaidschan, Albanien und der Republik Moldau organisiert. 1998 wurde eine europäische Task Force für Perinatalversorgung ins Leben gerufen, die Strategien für effiziente Perinatalversorgung/risikofreie Mutterschaft aufzeigen soll, mit einem speziellen Akzent auf den mittel- und osteuropäischen Ländern und Nachfolgestaaten der Sowjetunion. Im Rahmen der Initiative Mutterschaft ohne Risiko wurden Strategien und Prinzipien für die Perinatalversorgung auf die jeweiligen Gegebenheiten in den Mitgliedstaaten der Region zugeschnitten. Diese Strategien und Prinzipien stellen eine Entmedikalisierung der Schwangerenfürsorge und Perinatalversorgung in den Vordergrund und (gestützt auf bedarfsgerechte Technologien) sollten die Ansätze hier multidisziplinär, holistisch und familienzentriert sein und die Frauen in die Entscheidungen mit einbeziehen, damit sie eine informierte Wahl treffen können. Diese Wertvorstellungen und Prinzipien sind sehr gut angekommen und werden von Partnern in ganz Europa in der Praxis berücksichtigt.

23. In Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit wurde ein wichtiges Vorhaben fortgeführt: Der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) hat im Zuge eines breit gefächerten Kooperationsprogramms mit Armenien, Bosnien-Herzegowina, Georgien, Rumänien, der Russischen Föderation, Tadschikistan und Turkmenistan einschlägige Projekte finanziert. Ein Rückgang der Abtreibungsraten und systematischere Familienplanung war festzustellen; hier lässt sich ein deutlicher Sinneswandel zu Gunsten des Gebrauchs von Kontrazeptiva anstatt Abtreibung erkennen.

24. Ein anderes – von der Europäischen Union (EU) finanziertes und mit fachlicher Unterstützung der WHO, des Internationalen Verbands für Familienplanung (IPPF), des Internationalen Kinderzentrums (CIE) und anderen Organisationen durchgeführtes – Projekt in Bulgarien hat den

Grundstein für nachhaltige Verbesserungen durch langfristige Änderungen der Curricula für das Medizinstudium, durch Einbeziehung der Massenmedien und durch Einrichtung von neuen Gesundheitszentren für Familienplanung/reproduktive Gesundheit gelegt.

25. Das OBSQID-Projekt zur Qualitätsentwicklung in der Perinatalversorgung trägt dazu bei, paneuropäische Indikatoren und Variablen im Kontext der perinatalmedizinischen Resultate zu definieren, bietet Software-Lösungen für die Datensammlung unter Benutzung dieser Indikatoren und ermöglicht transnationale Vergleiche und Analysen des Behandlungsergebnisses. Die Zentren mit den besten Perinatalpraktiken und dem rationellsten, kostenwirksamsten Technologieeinsatz, können dann mit Zentren „gepaart“ werden, denen es an einschlägigem Wissen und Fachverstand fehlt. Die OBSQID-Datenbank enthält jetzt Daten über nahezu 13 Millionen Entbindungen in 42 europäischen Mitgliedstaaten.

26. 1996 initiierte das Regionalbüro das IMCI-Programm für integriertes Management von Kinderkrankheiten, als Orientierungshilfe zur Grundversorgung bei den häufigsten Kinderkrankheiten sowie für präventive Maßnahmen und Verbesserungen in der hausärztlichen und gemeindenahen Versorgung. Zur Einführung dieses Konzepts in der Europäischen Region wurde das IMCI-Programm zunächst in Kasachstan als Modellprojekt durchgeführt, um anschließend andere Nachfolgestaaten der Sowjetunion nach diesem Muster zu unterstützen.

Gesundheit junger Menschen

27. Im Berichtszeitraum ist das in enger Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Kommission, dem Europarat und dem Regionalbüro organisierte Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen auf mittlerweile 40 Mitgliedstaaten angewachsen. Jedes Land hat für das internationale Netzwerk eine Reihe von Modellschulen ausgewählt. In mehreren Ländern werden vielfach weitere Schulen in nationalen Verbänden zusammengeschlossen. Dadurch wächst die Zahl der an dem Programm beteiligten Schulen von Jahr zu Jahr. Außerdem sind in etlichen Ländern auf nationaler Ebene strategische Entwicklungen zu Gunsten der Gesundheitsfördernden Schulen festzustellen, die auf den von Pilot-Netzwerken entwickelten Praktiken basieren. Im Rahmen einer längerfristigen Studie wurde das Gesundheitsver-

halten von Schulkindern in ausgewählten Ländern und Kontexten untersucht.

28. *Healthy eating for young people in Europe*³ enthält eine Zusammenfassung der Resultate einer länderübergreifenden Studie über Ernährungsaufklärung und die Gesundheit junger Menschen.

29. Besonderes Augenmerk wird in einer Reihe von Modellvorhaben auf die reproduktive Gesundheit von Adoleszenten gerichtet und zahlreiche Länderprojekte enthalten eine spezielle Komponente über Jugendliche.

Gesundheit von Erwachsenen

30. Familienplanung und Förderung der sexuellen Gesundheit waren ein zentrales Thema der Tätigkeiten in mittel- und osteuropäischen Ländern und Nachfolgestaaten der Sowjetunion. Durch die Zeitschrift *Entre nous* erhalten die Länder und Partner regelmäßig aktualisierte Mitteilungen zu Grundsatzfragen und Informationen über Beispiele für gute Praxis. Eine Reihe von Netzwerken (u. a. Anlaufstellen für die Gesundheit von Mutter und Kind/Familienplanung, der wissenschaftliche Beirat für Forschung und Ausbildung im Bereich reproduktive Gesundheit, das CARAK-Netzwerk sowie Koordinatoren des Projekts Reproduktive Gesundheit) haben zur Beschleunigung der Arbeit in diesem Bereich beigetragen. In 16 Ländern wurden umfassende Länderprojekte zum Thema reproduktive Gesundheit durchgeführt.

31. Die WHO trug zur regionalen Umsetzung der auf der internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (Kairo, Ägypten, 1994) verabschiedeten Handlungsplattform bei. Das beinhaltet eine laufend aktualisierte Datenbank über die Fortschritte durch Monitoring der reproduktiven Gesundheit und Ergebnisindikatoren auf regionaler, nationaler und nachgeordneter Ebene. Die internationale Kooperation mit UNFPA, dem Kinderhilfswerk (UNICEF), dem gemeinsamen HIV/Aids-Programm der Vereinten

³ DIXEY, R. ET AL. *Healthy eating for young people in Europe. A school-based nutrition education guide*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (nichtveröffentlichtes Dokument, auf Anforderung beim Sekretariat des Europäischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen, WHO-Regionalbüro für Europa erhältlich).

Nationen (UNAIDS) und der EU sowie mit bilateralen Geberstellen wurde gefestigt.

32. Auf der Dritten Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit (London, Juni 1999) bekräftigten die versammelten Minister die große Bedeutung von gesundheitsrelevanten Maßnahmen am Arbeitsplatz, um die Public-Health-Zielvorgaben zu erreichen, sowie des Rechts der Arbeitnehmer, in den Entscheidungsprozess bezüglich solcher Maßnahmen einbezogen zu werden.

PRÄVENTION UND BEKÄMPFUNG VON KRANKHEITEN UND VERLETZUNGEN

Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten

33. Das Regionalbüro hat weiterhin das CINDI-Programm zur landesweit integrierten Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten gezielt unterstützt. Es handelt sich dabei um eine maßgebliche Initiative der WHO zur Verhütung von nichtübertragbaren Krankheiten und zur Gesundheitsförderung. Diese Initiative bezieht sich auf die größten Gesundheitsprobleme in der Region: Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und andere Krankheiten mit denselben Risikofaktoren. Übergeordnete Ziele sind: Einschränkung des Rauchens, gesündere Ernährung, Prävention von Alkoholmissbrauch, Förderung körperlicher Betätigung und Bekämpfung von psychosozialen Stress. Das Programm bezweckt die Förderung eines integrierten Ansatzes zur Prävention und Bekämpfung der wichtigsten chronischen Krankheiten und konzentriert sich auf die bestmögliche Nutzung der Erkenntnisse über Prävention – zunächst durch Demonstrationsprojekte und anschließend auf länderweiter Ebene. Sechszwanzig Länder gehören jetzt diesem Netzwerk an (24 Länder aus der Europäischen Region sowie Zypern und Kanada), mit Modellprojekten wie auch landesweiten Vorhaben. 1999 gab es in den CINDI-Ländern 101 Pilotgebiete.

34. Zu den Hauptmerkmalen des CINDI-Programms gehören: ein Rahmenkonzept für die Prävention, in gemeindenahen Modellprojekten erprobte Präventionsmaßnahmen, wissenschaftliche Datenbanken für Planung und Evaluation, geschultes Personal und Leitlinien zur Unter-

stützung von präventiven Maßnahmen in der Primärversorgung, in den verschiedenen Gesundheitsversorgungssystemen verankerte organisatorische Strukturen sowie eine breite internationale Kooperation.

35. Unter den wichtigsten Entwicklungen im Jahr 1999 ist folgendes zu nennen: eine Ausweitung des Netzwerks, Maßnahmen zur Veränderung bestimmter Lebensweisen, bessere Ausbildung über präventive Praktiken, Kompetenzstärkung in den Bereichen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie Monitoring und Evaluation der Programmumsetzung.

36. Die Zusammenarbeit mit dem CARMEN-Programm – das ist ein auf dem CINDI-Konzept basierendes Programm der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation (PAHO) zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten – wurde weiter intensiviert. Für die gemeinsame Arbeit wurde zwei Bereichen Priorität zugeordnet: Monitoring und Förderung der körperlichen Fitness und Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen bei Diabetikern. Das CINDI-Programm war aktiv in die Gestaltung des Dokuments des WHO-Hauptbüros über die globale integrierte Strategie zur Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten einbezogen.

37. Sieben am CINDI-Programm beteiligte Länder haben ihre Politik zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten weiterentwickelt. Konsultationen mit gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern über Grundsatzfragen der Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten wurden in Bulgarien und Turkmenistan organisiert. Ein Forum zur Analyse des gesundheitlichen Gefälles und zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten wurde in Litauen etabliert. Das CINDI-Handbuch über Prozessevaluierung bei der Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten wurde in englischer und russischer Sprache herausgegeben. Bezüglich der Ergebnisse der Erhebung über Public-Health-Dienste im Kontext der Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten wurde eine Datenbank eingerichtet.

38. Für die zweite vergleichende Analyse der Entwicklung und Umsetzung des CINDI-Programms wurde ein Fragebogen ausgearbeitet und eine Erhebung durchgeführt. Ein Verfahrensplan und strategische Leitlinien wurden für die

CINDI-Programmkomponente „Gesunde Kinder in gesunden Familien“ vorbereitet. Zahlreiche Länder haben diese Komponente weiter elaboriert. Ein nationaler Verfahrensplan für die auf Kinder bezogene Komponente des CINDI-Programms wurde in der Russischen Föderation vorgelegt und das ungarische CINDI-Team initiierte ein Projekt Gesunder Kindergarten.

39. Interventionen zur Veränderung bestimmter Lebensweisen konzentrierten sich auf Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung des Rauchens (z. B. die internationale Raucherentwöhnungskampagne für Erwachsene „Quit and win“), die Förderung einer gesunden Ernährung sowie gemeindezentrierte Projekte für eine gesundheitsbewusste Lebensweise. Seit 1999 wird auch für die Gesundheitsberufe Interventionsmaterial zur Prävention und Bekämpfung des Rauchens entwickelt.

40. In Zusammenarbeit mit dem Ernährungsprogramm des Regionalbüros (NIF) wurden ernährungswissenschaftliche Leitlinien für die Gesundheitsberufe erarbeitet und eine „CINDI-Pyramide für gesunde Ernährung“ wurde vorgestellt. Einige CINDI-Mitgliedsländer erhielten im Zuge des NIF-Programms Unterstützung bei der Entwicklung von Strategien für gesunde Ernährung. CINDI wurde als Partner in den Aktionsplan Ernährung aufgenommen.

41. Zur Verbesserung der Prävention in der Primärversorgung wurden in Litauen, der Tschechischen Republik und Weißrussland (Belarus) Empfehlungen für gute Praxis übersetzt bzw. auf die dortigen Gegebenheiten zugeschnitten. Mehrere Länder organisierten Lehrgänge für die Umsetzung dieser Leitlinien.

42. In Bezug auf Kapazitätsaufbau zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention wurde im Dezember 1999 das dritte CINDI-Winterseminar für Planungsexperten organisiert. In Finnland und Portugal wurden 1999 internationale Besucherwochen – um interessierten Gesundheitsfachkräften die Möglichkeit zu geben, sich über die Umsetzung des CINDI-Konzepts zu informieren – organisiert. Ein Lehrgang zum Erwerb des akademischen Grads eines Magisters für öffentliche Gesundheit wurde vorbereitet und mit dem Programm des Regionalbüros Praxis der Gesundheitsversorgung wurde eine Reihe von Konsultationen organisiert, und zwar über medi-

zinische Weiterbildung zur Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten.

43. Im Zuge des Ausbaus der CINDI-Datenbank wurde eine Datei über Risikofaktoren in den am CINDI-Programm beteiligten Ländern entwickelt. In Deutschland und Slowenien liefen Pilotprojekte über ein lokales Gesundheitssystem an.

44. Um die komplementäre Wirkung von Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventionsprogrammen sicherzustellen, wurde ein Konsultationsprozess zur Entwicklung von Rahmenkonzepten und Programmrahmen eingeleitet. Zu diesem Zweck wurde ein Ad-hoc-Ausschuss eingesetzt und ein Beitrag zum Thema gemeinsame Grundzüge eines Rahmens zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verfasst. Die zweite Tagung des Ad-hoc-Ausschusses fand 1998 statt.

45. Zur besseren Verbreitung der Erkenntnisse über präventive Interventionen wurde ein Informationspaket als Teil des G7-Projekts zur Verbesserung der Herzgesundheit vorbereitet.

Schlaganfall

46. Die WHO postuliert eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zur Verringerung tödlicher Schlaganfälle und zur Verbesserung der Lebensqualität von Schlaganfallpatienten. Die in der Erklärung von Helsingborg zum Schlaganfall-Management⁴ dargelegten Prinzipien sind nach wie vor äußerst wichtig. Diese Erklärung wurde durch verschiedene internationale und nationale Tagungen und Verbände auf breiterer Ebene bekannt gemacht. Eine Übersicht über Leitlinien zur Organisation einer Schlaganfall-Abteilung wurde erarbeitet. Italien und Norwegen bereiteten nationale Leitlinien zum Schlaganfall-Management vor; Lettland und Litauen starteten regionale Projekte zur Verbesserung der Schlaganfallbehandlung.

⁴ *Pan-European consensus meeting on stroke management, Helsingborg, Schweden, 8.–10. November 1995.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (nichtveröffentlichtes Dokument EUR/ICP/CIND 94 07/MT02).

Bluthochdruck

47. Ein multidisziplinärer Ansatz zum Management und zur Bekämpfung des Bluthochdrucks wurde durch Zusammenarbeit mit dem EuroPharm Forum gestärkt und einschlägige Tätigkeiten wurden von einem Länder-Netzwerk durchgeführt. In Estland, der Republik Moldau, der Slowakei und der Ukraine wurden auf der Grundlage von WHO-Material nationale Leitlinien betreffend Bluthochdruck vorbereitet und Fortbildungsseminare organisiert.

Koronare Herzkrankheit

48. Zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse in der Rehabilitation und Sekundärprävention bei koronarer Herzkrankheit (KHK) wurden für Allgemeinmediziner-Leitlinien zur Aufklärung von KHK-Patienten entworfen. In Zusammenarbeit mit dem WHO-Kooperationszentrum für Forschung und Ausbildung über Rehabilitation und Sekundärprävention bei koronarer Herzkrankheit (Udine, Italien) wurden in zwei Regionen Italiens Pilotprojekte zur Umsetzung von Leitlinien für die Verbesserung der Lebensqualität von KHK-Patienten begonnen.

Diabetes

49. Das Regionalbüro hat weiterhin die St.-Vincent-Bewegung zum effizienteren Diabetes-Management in enger Zusammenarbeit mit der Europäischen Sektion der Internationalen Diabetesföderation und der Europäischen Vereinigung

für Diabetes-Studien gefördert. Dank dieser Bemühungen zeichnen sich jetzt in vielen Pilotgebieten der Region, u. a. in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion wesentliche Verbesserungen der Gesundheitsversorgungsergebnisse und ein Rückgang der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten ab. Durch Beteiligung an nationalen, regionalen und internationalen Tagungen fördert die WHO die Qualität des Diabetes-Management.

50. Beträchtliche Fortschritte gab es bei der Umsetzung der St.-Vincent-Deklaration⁵ in allen Mitgliedstaaten, speziell in den mittel- und osteuropäischen Ländern sowie Nachfolgestaaten der Sowjetunion. Die fünfte Tagung zur Umsetzung der St.-Vincent-Deklaration fand im Oktober 1999 mit rund 700 Teilnehmern aus 57 Ländern statt. Zur weiteren Verbesserung der Versorgung von Diabetikern wurde die „Verpflichtung von Istanbul“ verabschiedet. Das Programm hat inzwischen eine globale Dimension angenommen und erstreckt sich mit Erfolg auch auf andere Regionen.

51. Im November 1999 organisierte das Regionalbüro die erste Tagung von WHO-Kooperationszentren für Diabetes, auf der ein Aktionsplan für die nächsten zwei Jahre – in Einklang mit dem Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 und mit der Verpflichtung von Istanbul – erörtert wurde.

Weißrussland

Dank einem nationalen Programm in Einklang mit dem Programm zur Umsetzung der St.-Vincent-Deklaration hat sich die Qualität der Diabetesversorgung verbessert und diabetische Komplikationen traten weniger häufig auf: Retinopathien gingen von 35% auf 17% zurück (Erblindungen von 2,1% auf 0,46%) und als Resultat von Interventionen des Zentrums für Diabetischen Fuß konnten Oberschenkelamputationen von 1,7% auf 0,66% verringert werden. Auch in Bezug auf Schwangerschaften von Diabetikerinnen konnten Verbesserungen verzeichnet werden. Ein computergestütztes Netzwerk zur Überwachung von Diabetes-Daten wurde geschaffen. Einundneunzig Zentren wurden eingerichtet, um Diabetiker umfassend zu informieren und für die Selbstbehandlung zu schulen. Als Modell für andere Nachfolgestaaten der Sowjetunion wurde ein Mundgesundheits-Programm initiiert, das bereits gute Ergebnisse auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe verzeichnen konnte.

⁵Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration. *Diabetic medicine*, 7: 360 (1990).

Psychische Gesundheit

52. Angesichts der Erfordernisse in Europa und entsprechend dem Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 haben sich die Bemühungen der WHO auf folgende drei Themenkomplexe konzentriert: i) Kampf gegen Hilflosigkeit und stressbedingte Krankheiten sowie Todesfälle infolge von Depression, Suizid, Gewalt, Missbrauch und anderen Formen von Risiko- und destruktivem Verhalten – der Hauptursachen für vorzeitige Todesfälle in den im Umbruch befindlichen Gesellschaften Europas, vor allem bei Männern und in der Landbevölkerung; ii) Kampf gegen das Stigma psychischer Anfälligkeit, durch Schärfung des Problembewusstseins in der Bevölkerung sowie durch bessere Früherkennung und Intervention, Humanisierung und Re-Integration; iii) auf Bitte von Ländern Unterstützung bei nationalen Standortbestimmungen zur psychischen Gesundheit (MNH), als Voraussetzung für die Erstellung von nationalen MNH-Plänen und Aktionsprogrammen.

53. WHO-Arbeitskreise und Pilotprogramme befassten sich mit folgenden Themenkomplexen: Entstigmatisierung (beispielsweise im Zusammenhang mit Epilepsie, Psychosen, Depression), nationale MNH-Beurteilungen (z. B. Polen, Rumänien), Hilflosigkeit sowie stressbedingte Erkrankungen und Todesfälle (z. B. Deutschland, Litauen). Mehrere Länder sahen nationale Pläne zur Novellierung ihrer Gesetzgebung betreffend psychische Gesundheit vor. Alle europäischen WHO-Kooperationszentren für psychische Gesundheit schlossen sich in einem Netzwerk zusammen; des Weiteren wurden die von den jeweiligen Ministerien ernannten nationalen Kontaktstellen vernetzt. Das Regionalbüro beteiligte sich aktiv an der organisationsweiten Diskussion über Depression und Suizid und soll künftig eine führende Rolle bei weltweiten Maßnahmen in diesem Bereich spielen.

54. Wegen der besonderen Aktualität befasste sich die WHO auch mit den psychischen Auswirkungen des Krieges und der Nachkriegssituation auf dem Balkan. Ihre Bemühungen galten zunächst der Erleichterung der besonderen Situation in Bosnien-Herzegowina, dann im Kosovo wie auch in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, in Albanien und in Montenegro. Führende Experten berieten Länder zur MNH-Koordination. Mit der Unterstützung eines spezifischen Netzwerks wurden besondere

Aktionen für die Balkanregion eingeleitet. Eine Reihe von Aktivitäten galten der Unterstützung von Ländern bei der Planung von Vorhaben im Bereich der psychischen Gesundheit, bei der Entwicklung von gemeindezentrierten MNH-Diensten und Förderung einer sektorübergreifenden Kooperation, ferner hinsichtlich der Modernisierung und Humanisierung der Strukturen sowie gesetzgeberischer Maßnahmen betreffend psychische Gesundheit. Heute konzentrieren sich die MNH-Aktivitäten auf dem Balkan auf die Verbesserung des Zugangs zu und der Qualität von MNH-Diensten, die von der Bevölkerung als Folge von Stress, Erniedrigung, Identitätsverlust und Hilflosigkeit benötigt werden.

55. Eine besonders interessante Entwicklung in Bezug auf Depressionen ist die Einführung des Fragebogens „Wellbeing five“, mit einer Reihe von einfachen Fragen, die den Grad des Wohlbefindens messen und dazu beitragen können, eine ernste behandlungsbedürftige Depression zu erkennen. Diesen Fragebogen – mit Anleitungen zur Beantwortung der Fragen – erhält man über die Website des Regionalbüros. Diese einfache Methode ermöglicht einen raschen Test über den Grad des individuellen „Wohlbefindens“ und kann Fachkräften helfen, Personen zu erkennen, bei denen ein hohes Risiko einer ersten Depression besteht. Es gibt verschiedene Gründe für das Regionalbüro, sich mit diesem Bereich zu befassen – der wichtigste Grund ist, dass monopolare schwere Depressionen weltweit der häufigste Grund für Krankheit oder Verletzung sind, gemessen an der Lebenserwartung ohne Behinderungen (behinderungsfreie Lebensjahre „DALYs“) – mehr als doppelt so häufig wie Tuberkulose oder Straßenverkehrsunfälle, die auf Rang zwei und drei folgen. Ein Informationspaket für die Primärversorgung zur Messung von Depressionen wurde fertiggestellt und ist jetzt in verschiedenen Einrichtungen in Gebrauch, in erster Linie in den mittel- und osteuropäischen Ländern und Nachfolgestaaten der Sowjetunion.

56. Ein Pilotprojekt in der Region hat gezeigt, dass spezielle Fortbildungsprogramme für Mitarbeiter der primären Gesundheitsversorgung die Behandlung von Depressionen verbessern und somit die Suizidhäufigkeit verringern können – insbesondere bei Frauen. Jüngste Untersuchungen haben auch die bisher unbekannte Tatsache enthüllt, dass die postpartale Depression (die so

genannte Wochenbettdepression) kein „Vorrecht“ der Frauen ist, denn auch Männer leiden häufig unter schweren Depressionen im Zusammenhang mit der ersten Schwangerschaft in der Familie und ein Großteil von Gewalttätigkeiten in der Familie beginnen wahrscheinlich im Zusammenhang mit einem solchen Ereignis.

Verletzungen, Unfälle, Gewalt

57. Eine schriftliche Sammlung von Falldaten über Gewalt in der Familie und psychische Gesundheit wurde in die MNH-Datenbank eingescannt. Über die Homepage erhält man leicht Zugang zur supranationalen Informationsbasis mit verdichteten Daten und Definitionen, mit ungefähr 20 Beiträgen. Ein separates Pilotprojekt über Gewalt während der Schwangerschaft läuft noch; die ersten Ergebnisse wurden auf einer vom Europarat organisierten Tagung präsentiert.

58. Auf dem Gebiet des Kinderschutzes befasste man sich mit folgenden Fragen: Kindesmissbrauch und Vernachlässigung, familiäre Gewalt gegen Frauen und Kinder, Gesundheit von Kindern und die Umwelt, Gesundheit von Jugendlichen. Ein breiter Ansatz wurde konzipiert, der die allgemeineren Determinanten aufgreift, die die psychosoziale Entwicklung von Kindern berühren. Strategien zur Prävention von Gewalt gegen Frauen wurden in Mitgliedstaaten vorgesehen. Beiträge zur Prävention von Gewalt in der Familie wurden von Experten aus verschiedenen Teilen der Welt beigeleitet, ferner von der International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.

59. Gewalt am Arbeitsplatz ist ein zunehmendes Public-Health-Problem, das mit einem Wechsel eines Großteils der Arbeitnehmer zum Dienstleistungssektor zusammenhängt. Eine 1996 von der Europäischen Union durchgeführte Erhebung zeigte, dass 2% der Angestellten über sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz klagten, 4% über körperliche Schikanen und 9% über Psychoterror. Das gilt speziell für die zunehmende Zahl der berufstätigen Frauen.

Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten

Immunisierung

60. Obwohl die Diphtherie-Epidemie in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion jetzt unter Kontrolle gebracht werden konnte, bereitet die

Situation in einigen Ländern (Georgien, Kirgisistan, Lettland, der Russischen Föderation und Tadschikistan) noch immer große Sorge. In den meisten Nachfolgestaaten der Sowjetunion und in einigen mittel- und osteuropäischen Ländern stellen Masern ein ernstes Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Während die Hepatitis-B-Antigenprävalenz ursprünglich auf 2–8% geschätzt worden war, wurden 2% HBsAG-Positive in den baltischen Staaten und nordeuropäischen Ländern, aber 5–10% Carrier in Albanien, Bulgarien, der Republik Moldau, Rumänien und den zentralasiatischen Republiken festgestellt. Der durchschnittliche Impferfassungsgrad ist ziemlich hoch, doch von Land zu Land ganz unterschiedlich und intensive Bemühungen sind nötig, um mindestens eine 90%ige Durchimpfung gegen Diphtherie, Pertussis, Masern und Tetanus zu erreichen.

61. Zwei Jahrestagungen des organisationsübergreifenden Ausschusses zur Koordinierung von Impfungen (IICC) fanden im Berichtszeitraum statt und Pläne für die künftigen Tätigkeiten wurden erörtert und abgestimmt. Der Ausschuss beschloss, seine Funktionen auch künftig wahrzunehmen, mit dem Hauptziel, es den Ländern zu ermöglichen, die für das erweiterte Immunisierungsprogramm (EPI) erforderlichen Impfstoffe unabhängig von externer Hilfe beschaffen zu können.

62. Dank der Mobilisierung von Geberstellen wurden die benötigten Impfstoffe geliefert und in allen Nachfolgestaaten der Sowjetunion konnten die Standardimpfungen ohne Unterbrechung durchgeführt werden. Ein Geber (und zwar die Regierung von Japan) erklärte sich bereit, drei zentralasiatische Republiken fünf Jahre lang ausreichend mit Impfstoffen zu versorgen.

63. Zum Thema Qualitätskontrolle und Impfstoffbeschaffung wurde ein Workshop durchgeführt. Dreizehn Spezialisten aus verschiedenen Ländern der Region nahmen an diversen Fortbildungskursen im Rahmen des globalen Fortbildungsnetzwerks teil, auf denen Fragen der Qualitätskontrolle bei Impfstoffen behandelt wurden. Missionen besuchten Polen, die Republik Moldau, die Türkei und Ukraine, um die Kontinuität der Impfprogramme und Impfstoffqualitätskontrollen zu beurteilen.

64. Im Zuge des EPI konnte eine hohe Impferfassungsrate in der Altersgruppe zwei Jahre ohne

Unterbrechungen sichergestellt werden. In einigen Ländern sind die Masern nahezu ausgerottet, in zwei weiteren Ländern konnten dank breiter Impfkampagnen Epidemien verhütet werden.

65. Für Länder Mittel- und Osteuropas, die zentralasiatischen Republiken und Kasachstan, EU-Mitgliedsländer und die am COST-Projekt (zwischenstaatlicher Rahmen für die europäische Kooperation in Wissenschaft und Forschung) beteiligten Länder, wurden teilregionale EPI-Tagungen über die Ausrottung der Masern organisiert; im Hinblick auf die Entwicklung von nationalen Plänen zur Eliminierung der Masern nahmen 23 Länder der Region eine Situationsanalyse vor. Für die Nachfolgestaaten der Sowjetunion relevante sichere Impfpraktiken gehörten zu den Themen des neuen Fortbildungslehrgangs der mittleren Stufe; einschlägige Maßnahmen wurden mit UNICEF-Hilfe in einigen Ländern auf nationaler Ebene umgesetzt. Ein teilregionaler Fünfjahresplan für die Nachfolgestaaten der Sowjetunion wurde kürzlich aktualisiert, um in diesen Ländern zur Erfüllung der Voraussetzungen für die Kühlkette sowie zur logistischen Unterstützung beizutragen.

66. Die Masernbekämpfungskampagne in Rumänien wurde im Februar 1999 evaluiert. In Zusammenarbeit mit dem britischen Public Health Laboratory Service (PHLS) und dem Institut Pasteur wurden Schritte für den Aufbau eines Labor-Netzes zur Pertussisüberwachung eingeleitet. Außer dem bereits bestehenden EPI-Überwachungs- und Monitoringsystem wurde in Zusammenarbeit mit der Informatikabteilung am WHO-Regionalbüro für Europa sowie mit Unterstützung des WHO-Hauptbüros eine Datenbank entwickelt, die zunächst fallspezifische Analysen von Diphtherie und Masern ermöglicht.

67. Während des Berichtszeitraums tagten der Europäische Beirat für das EPI-Programm und die EPI-Programmleiter mehrfach; auf diesen Tagungen wurde der Entwurf eines strategischen Plans für Impfungen und Impfstoffe vorbereitet und die operationellen Ziele für das EPI-Programm, speziell in Bezug auf Hepatitis B, wurden aktualisiert.

68. Eine überarbeitete Ausgabe des Kühlketten-Handbuchs wurde veröffentlicht und in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion verbreitet.

Ein neuer Lehrgang für EPI-Programmleiter wurde in russischer Sprache, unter Berücksichtigung der in drei Pilotgebieten gewonnenen Erkenntnisse, entwickelt und 1999 wurde unter Verwendung des neuen Lehrmaterials ein Kursus durchgeführt. Dank der Initiativen zur besseren Kommunikation zwischen dem EPI-Programm und dem Institut Pasteur in St. Petersburg erfolgte die Übersetzung in die russische Sprache äußerst rasch und effizient.

Diphtherie

69. Die Europäische Arbeitsgruppe Diphtherie tagt jährlich. Dank der exzellenten Zusammenarbeit mit dem WHO-Kooperationszentrum für Diphtherie am PHLS (Vereinigtes Königreich) wurden zusätzliche Mittel aus dem Kopernikus-Projekt der EU zugesagt, um die Laborforschung in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion zu unterstützen. Die so genannte „Ribotyping-Methode“ (der „Goldstandard“ für die Typisierung von Bakterienstämmen) wurde entwickelt und die Software wurde den Mitgliedern der Gruppe kostenlos vom Institut Pasteur in Paris zur Verfügung gestellt. Laborkits wurden in Armenien, der Ukraine und Weißrussland ausgegeben und Laborzubehör wurde in die Russische Föderation geschickt. Im Dezember 1999 fand in Lettland eine Tagung von Laborexperthen statt. Alle Mitgliedstaaten verfügen über ein nationales Referenzlaboratorium für Diphtherie (s. nachstehend).

Eradikation der Poliomyelitis

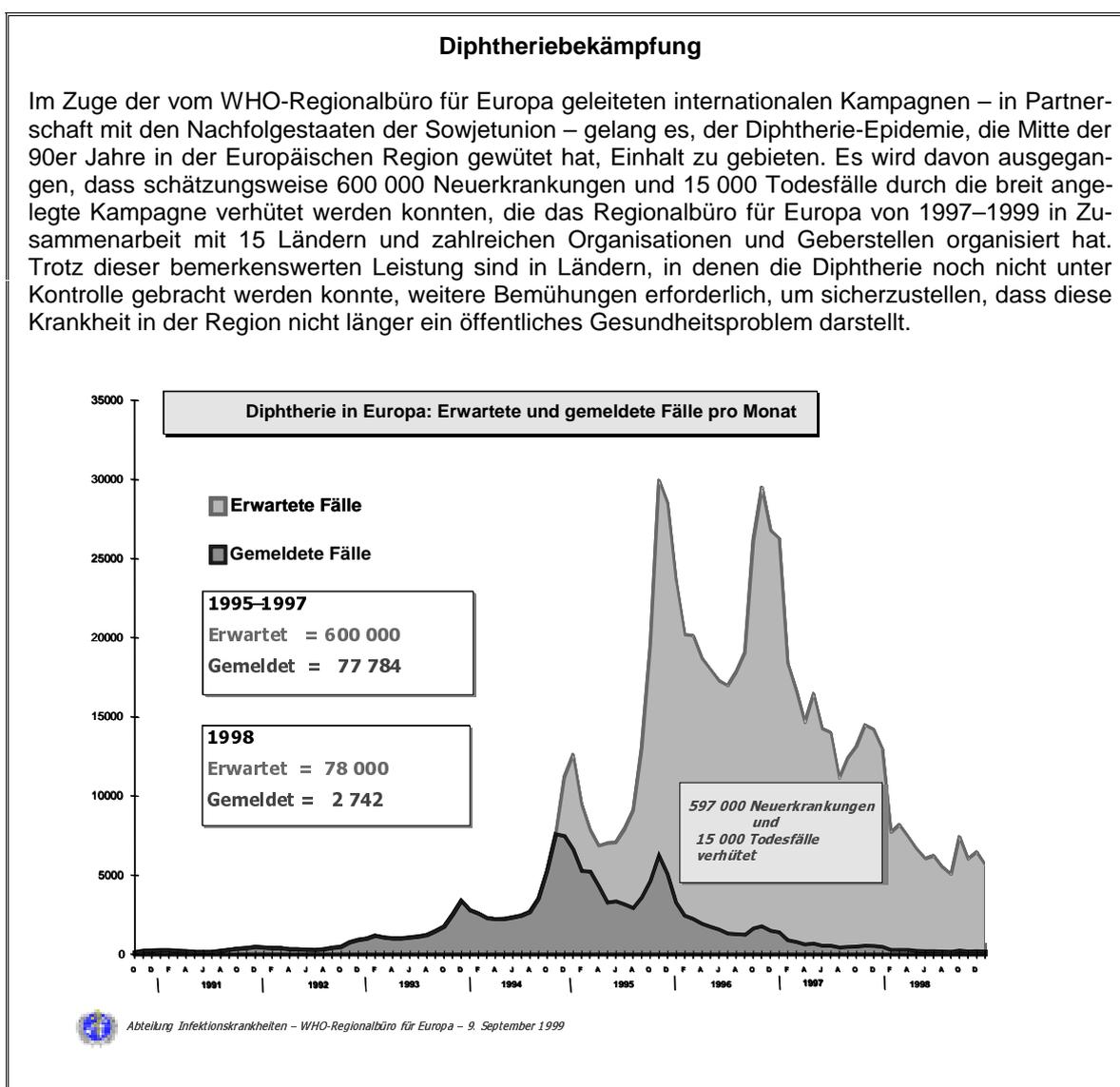
70. Die globalen Bemühungen zur weltweiten Eradikation der Poliomyelitis machen gute Fortschritte: Weite Teile der Welt sind bereits poliofrei; seit Beginn der globalen Eradikationsmaßnahmen im Jahr 1988 ist die jährliche Polio-Inzidenz um 85% zurückgegangen. In der Europäischen Region sind ebenfalls beachtliche Fortschritte zu verzeichnen.

71. 1998 wurden nur noch in der Türkei Polioinfektionen (26 Fälle) festgestellt. Nach einem Treffen mit dem Regionaldirektor im Dezember 1998 versprach der Präsident des Landes, sich persönlich um Mobilisierung aller Ressourcen zu bemühen, um mit einer intensivierten Schwerpunkt-kampagne die letzten noch im Land bestehenden Infektionsherde zu eradizieren. Dieses Versprechen wurde gehalten:

Die WHO und die türkische Regierung kooperierten bei speziellen Planungsvorhaben und hinsichtlich der Mobilisierung zahlreicher Sektoren. Außerdem wurden in Hochrisikogebieten verstärkte Impfkampagnen durchgeführt. Diese Maßnahmen erfolgten im Frühjahr und Herbst 1999. Das Ergebnis war, dass 1999 keine neuen Poliomyelitis-Fälle oder Polio-Wildviren mehr entdeckt wurden.

72. Gezielte Impfprogramme wurden fortgesetzt, und die Bemühungen zur besseren Über-

wachung akuter schlaffer Lähmungen (AFP) wurden in allen Ländern der Region intensiviert. Dank dieser effizienten Überwachung wurde 1999 in 17 kurz zuvor noch endemischen Ländern eine Non-Polio-AFP-Rate von 1,35 (anstatt der erwarteten Rate von 1,0) festgestellt, wobei in 84% der AFP-Fälle zwei Stuhlproben untersucht wurden. Zehn der 17 unlängst noch endemischen Länder und 3 der 22 übrigen Länder, die ebenfalls eine AFP-Überwachung durchführen, erreichten den erwarteten Standard von mindestens 80% der Fälle mit zwei Proben.



73. Das regionale Poliomyelitis-Labornetz arbeitet weiterhin effizient; die Bearbeitung von 95% der Proben von AFP-Fällen wird jetzt durch das Netzwerk sichergestellt. Die Regionale Kommission zur Bestätigung der Polio-

eradikation hat die Dokumentation aus 32 nicht-endemischen Ländern in Europa untersucht, somit kommt der Prozess zur offiziellen Bestätigung der Region als völlig poliofrei bis zum Jahr 2003 gut voran.

74. Die MECACAR-Kampagne (mit Tätigkeiten in der WHO-Region Östliches Mittelmeer wie auch im Kaukasus und in den zentralasiatischen Republiken) ist der Schlüssel zur Erreichung des Ziels, Poliomyelitis in der Region zu eradizieren. Das Regionalbüro für Europa erhielt starke Unterstützung vom WHO-Hauptbüro, ferner von UNICEF, der amerikanischen Seuchenbehörde Centers for Disease Control (CDC) in Atlanta GA, Rotary International, der United States Agency for International Development (USAID) und der United Nations Foundation. Die regionsübergreifende Zusammenarbeit wird in der nächsten Haushaltsperiode fortgesetzt.

Tuberkulose

75. Tuberkulose hat weiterhin in der Region drastisch zugenommen, überwiegend in Osteuropa und den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, wo sich die Tuberkulose in besorgniserregendem Ausmaß ausbreitet. Besonders bedenklich sind die zunehmenden Multiresistenzen der Erreger, wiederum überwiegend in den östlichen europäischen Ländern. In Lettland beispielsweise sind bei einem Drittel der Infizierten die Tb-Erreger multiresistent. Fünfundzwanzig Länder in der Region beteiligen sich an einem supranationalen Labornetz zur Überwachung von Arzneimittelresistenzen.

76. Das Regionalbüro hat, in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro, die „DOTS Plus“-Strategie zum Vorgehen bei Patienten mit multiresistenter Tuberkulose, die jetzt von allen Ländern in der Region übernommen werden sollte, gezielt gefördert. Während des Berichtszeitraums haben 16 Länder mit der Umsetzung der DOTS-Strategie begonnen bzw. entsprechende Vorkehrungen getroffen. Das Regionalbüro erarbeitet jetzt eine neue langfristige Strategie zur Unterstützung aller Länder in Osteuropa mit einer hohen Tuberkuloseinzidenz – ein ehrgeiziges Programm, das der starken Unterstützung von Seiten der Mitgliedstaaten bedarf. Vier internationale Fortbildungskurse in Estland und Polen waren Meilensteine für die Ausbildung über Tuberkulose in der Region. In 16 Ländern wurden nationale Fortbildungslehrgänge durchgeführt. Internationale Tagungen, Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter der primären Gesundheitsversorgung und Kampagnen in den Massenmedien trugen zur Schärfung des Problembewusstseins in der Bevölkerung bei sowie

zur Stärkung der Kompetenz der Länder bei der Tuberkulosebekämpfung.

Malaria

77. Als Folge der wirtschaftlichen Instabilität, Bürgerkriege, massiven demographischen Veränderungen und durch weiträumige landwirtschaftliche Bewässerungsprojekte kam es Mitte der 90er Jahre zu einer dramatischen Rückkehr der Malaria in mehreren Ländern im südöstlichen Teil der Region. Hauptsächlich betroffen waren Armenien, Aserbaidschan, Tadschikistan und die Türkei; 1996 wurden rund 90 000 einheimische Malariafälle in der Region gemeldet.

78. Verstärkte personelle Ressourcen (Vollzeitmitarbeiter), Sonderbeiträge in beträchtlicher Höhe und starke Unterstützung durch das WHO-Hauptbüro ermöglichten es dem Regionalbüro für Europa, das regionale Programm Roll Back Malaria 1998 aufzunehmen. Die Malariasituation in der Region wurde genau beurteilt und in Einklang mit der globalen Initiative wurde eine generelle regionale Strategie erarbeitet. Zur Bekämpfung von Epidemien in bestimmten Teilen und Ländern der Region wurden Aktionspläne konzipiert. Hinsichtlich der Mobilisierung finanzieller Unterstützung wurden möglichen Geberstellen Projektvorschläge unterbreitet.

79. Die am Regionalbüro für Europa begrenzten Mittel zur Prävention und Bekämpfung von Epidemien wurden für die Beschaffung von Malariamedikamenten sowie für die Stärkung des Gesundheitswesens zur unverzüglichen Umsetzung von Malariabekämpfungsmaßnahmen eingesetzt. Das Regionalbüro gewährte – mit finanzieller Unterstützung aus Dänemark, Italien, Norwegen, Schweden, Japan, dem Europäischen Amt für Humanitäre Hilfe ECHO (European Community Humanitarian Office) sowie dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) – technische Hilfe für die Durchführung von Projekten zur Malariabekämpfung in Armenien und Tadschikistan. Länderspezifische Leitlinien zur Malariaphylaxe und -bekämpfung wurden aktualisiert und Handbücher sowie andere Dokumente wurden in die betreffenden Landessprachen übersetzt, gedruckt und verbreitet. Im Übrigen wurden die Hilfsmaßnahmen mit anderen internationalen und nichtstaatlichen Organisationen koordiniert.

Wertvolle Hilfe bei Fortbildungsmaßnahmen kam von den WHO-Kooperationszentren in Rom (Istituto Superiore di Sanità) und Moskau (Martsinovskij-Institut und Zentralinstitut für medizinische Weiterbildung).

80. Als Folge der während des Berichtszeitraums durchgeführten Maßnahmen konnte die Malariaepidemie eingedämmt werden und in einigen Ländern wurde ein signifikanter Rückgang der Malariainzidenz festgestellt: 1998 wurden rund 62 000 autochthone Fälle gemeldet, gegenüber 75 000 Fällen in 1997. 1999 wurde ein weiterer Rückgang registriert.

HIV/Aids

81. Es ist sehr ermutigend, dass die Zahl der Aids-Fälle in der Region weiterhin rückläufig ist: 1998 wurden nur halb so viel Fälle wie im Spitzenjahr 1994 gemeldet. Das ist zweifellos auf die in Westeuropa seit 1985 intensiv durchgeführten Präventionsprogramme zurückzuführen, in jüngster Zeit vielleicht auch auf die Behandlung mit neuen Medikamenten, die die Entwicklung des Aids-Vollbildes bei einigen HIV-positiven Personen verzögern könnten. Bedauerlicherweise ist die Situation im östlichen Teil der Region weniger gut: hier hat sich genau der entgegengesetzte Trend in der zweiten Hälfte der 90er Jahre in der Russischen Föderation, in der Ukraine und in anderen Ländern abgezeichnet, vor allem als Folge von intravenösem Drogengebrauch.

82. Zur Erörterung der bedenklichen Situation in Osteuropa wurde während der Weltgesundheitsversammlung im Mai 1999 ein Treffen der Vertreter von UNAIDS, WHO, UNFPA, UNICEF und Weltbank organisiert, auf dem vereinbart wurde, die Initiativen zu intensivieren und eine gemeinsame Regionalstrategie zu entwickeln. Diese Organisationen, Ko-Sponsoren und bilaterale Organisationen kamen daraufhin zusammen und die Strategie wurde im Rahmen einer Reihe von Fachtagungen und Konsultationen mit Mitgliedstaaten vorbereitet.

Sexuell übertragbare Infektionen

83. Eine ernste Syphilis-Epidemie war in der Europäischen Region festzustellen, des Weiteren andere, weniger systematisch gemeldete sexuell übertragbare Infektionen (STI) in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion. Das Regionalbüro

hat deshalb – in Zusammenarbeit mit vielen Partnern – seine Bemühungen zur Eindämmung dieser Epidemie verstärkt.

84. Auf Länderebene gab es zahlreiche Aktivitäten zur Förderung der von der WHO empfohlenen Strategie sowie zur Stärkung der Kapazität für die Bekämpfung auf lokaler Ebene, u. a. Entwicklung und Unterstützung von Informationsmaterial über beste Praxis, Pilotprojekte zur gesundheitlichen Versorgung von Betroffenen und zur Prävention für besondere Risikogruppen wie Prostituierte und homosexuelle Männer, Verbesserung des Fallmanagement usw. Während des Berichtszeitraums haben zehn Länder das WHO-Konzept für Prävention und Management von sexuell übertragbaren Infektionen übernommen. Das Regionalbüro für Europa arbeitet mit UNICEF zusammen, um im Rahmen des Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen Sexualerziehung in die Lehrpläne der Schulen zu übernehmen. Als Mitglied der UNAIDS Task Force betreffend HIV berät das Regionalbüro über HIV-Prävention für Fixer in Osteuropa. Die STI/HIV-Prävention, -Bekämpfung und Patientenversorgung ist in einer Reihe von Ländern jetzt koordiniert worden.

85. Um die internationale Hilfe in diesem Bereich auszubauen, hat das Regionalbüro 1998, wegen der Epidemie von sexuell übertragbaren Infektionen in Osteuropa und Zentralasien, eine Task Force für unverzügliche Gegenmaßnahmen gebildet. Diese Task Force vereint eine breite Palette von Organisationen der Vereinten Nationen, multilateralen bzw. bilateralen Organisationen und nichtstaatlichen Organisationen und hat einen strategischen Rahmen für harmonisierte Ansätze vorgelegt. Die Task Force wird vom Vereinigten Königreich, den USA und der Soros Foundation finanziert. In Kooperation mit UNAIDS wird die personelle Ausstattung am Regionalbüro für dieses Vorhaben verstärkt.

Durchfallerkrankungen/akute Atemwegsinfektionen

86. Durchfallerkrankungen/akute Atemwegsinfektionen (ARI) sind in den meisten Reformländern in der Region noch immer der Hauptgrund für Mortalität und Morbidität bei Kindern unter fünf Jahren. Viele Länder haben stärker integrierte Ansätze gefordert, die über einzelne Krankheiten hinausgehen und sich generell auf die Gesundheit von Kindern beziehen. Die

Strategie zum integrierten Management von Kinderkrankheiten (IMCI) befürwortet einen solchen Ansatz, durch Berücksichtigung der Aspekte Ernährung, Immunisierung und anderer Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Kindern das Management der wichtigsten Kinderkrankheiten zu verbessern. Deshalb haben sich die Programmaktivitäten allmählich im Interesse der Umsetzung der IMCI-Strategie in den betreffenden Ländern verlagert.

87. Übersetzungen von Lehrmaterial zur internen Fortbildung über die Bekämpfung von Durchfallerkrankungen (CDD) und akuten Atemwegsinfektionen wurden für Kurse auf nationaler und nachgeordneter Ebene verbreitet. Studienhandbücher über Durchfallerkrankungen und über das Management von akuten Atemwegsinfektionen in kleinen Krankenhäusern wurden in die russische Sprache übersetzt und an ausgewählte medizinische Einrichtungen übermittelt. Auf einer Arbeitstagung wurden für berufsbildende Einrichtungen Strategien zur Verbesserung der Ausbildung über die wichtigsten Kinderkrankheiten festgelegt. Fachliche Unterstützung zur Planung, laufenden Überwachung und Konsolidierung von Tätigkeiten in Bezug auf Durchfallerkrankungen und akute Atemwegserkrankungen wurde mehreren Ländern gewährt.

Neue/wiederkehrende und sonstige Infektionskrankheiten, die von Bedeutung für die öffentliche Gesundheit sind

88. Ein unkontrollierter Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in einem Land ist in allen Ländern der Region, wie auch darüber hinaus auf anderen Kontinenten, Anlass zur Besorgnis. Das Regionalbüro hat ein besonderes Referat gebildet, um die regionsweite Kapazität zur Krankheitsüberwachung wie auch zur Förderung individueller Programme in Mitgliedstaaten zu stärken. Ein neues computergestütztes Informationssystem betreffend übertragbare Krankheiten (CISID) wurde 1999 entwickelt. Es ermöglicht die Führung einer Datenbank über übertragbare Krankheiten (mit der Möglichkeit für alle Partner, die Inzidenz von Krankheiten direkt über das Internet zu melden), genauere Analysen der Daten und, ebenfalls im Internet, die Präsentation der Ergebnisse. Die Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission (Generaldirektion V) wird intensiviert, um die Tätigkeiten der beiden Organisationen auf diesem Gebiet zu

koordinieren. Es besteht eine enge Zusammenarbeit in Bezug auf die epidemiologische Überwachung von HIV/Aids in Osteuropa, speziell in den baltischen Staaten und anderen Nachfolgestaaten der Sowjetunion.

89. Die EU-Datenbank mit länderspezifischen Überwachungsdaten erstreckt sich auf 18 Länder und – in Zusammenarbeit mit dem WHO-Kooperationszentrum in Rom – weitet das Regionalbüro für Europa seine Initiative auf andere Länder der Region aus.

90. Der Entwurf einer Überwachungsstrategie wurde in Konsultation mit dem WHO-Hauptbüro, der EU und anderen Partnern entwickelt und ein umfassender strategischer Plan zur Kapazitätenbildung wurde mit denselben Partnern erstellt.

91. Die Sachstandsanalyse zur Eradikation der Drakunkulose in Usbekistan wurde abgeschlossen.

SEKTORÜBERGREIFENDE STRATEGIEN

Umwelt

Die Londoner Konferenz von 1999

92. Das politische Engagement für den Prozess Umwelt und Gesundheit ist nach wie vor in der gesamten Region stark. 1999 gab es wichtige Fortschritte in diesem Bereich. Dank intensiver Vorbereitungen in den vorangegangenen zwei Jahren – unter der Federführung des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) und mit Unterstützung durch sein Sekretariat am Regionalbüro – wurde die im Juni 1999 in London organisierte Konferenz ein großer Erfolg. Im Vorfeld der Konferenz wurden zahlreiche Tagungen zu zehn Fachbereichen abgehalten (wobei jeweils ein so genanntes „führendes Land“ für einen bestimmten Fachbereich zuständig war), in Zusammenarbeit mit der WHO, der Wirtschaftskommission für Europa (ECE), der Europäischen Wissenschaftsstiftung, dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) und der Europäischen Kommission (EU-Kommission). Zu jedem Thema wurde das ausführliche Hintergrundmaterial in kondensierten Arbeitspapieren für die Konferenz zusammengefasst. Zu den besonders wichtigen Initiativen zählen die Beiträge betreffend Kinder,

Einbeziehung der Öffentlichkeit, lokale Maßnahmen, Forschung, Verkehr und Wasser.

93. Auf dem Gebiet der Forschung führte die sehr enge Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Wissenschaftsstiftung, der Generaldirektion XII der Europäischen Region und den Außenstellen des Regionalbüros in Rom und Bilthoven zu einem Schlüsseldokument, in dem die Forschungsprioritäten für Europa im Bereich Umwelt und Gesundheit beschrieben sind. Diese drei Organisationen haben sich eindeutig für die Fortführung ihrer „Forschungsplattform“ in den nächsten fünf Jahren ausgesprochen.

94. In der auf der Londoner Konferenz verabschiedeten Erklärung sind die in den zehn Hintergrunddokumenten beschriebenen wichtigsten Prinzipien enthalten. Der Prozess der Verabschiedung dieser Erklärung war dank einer genauen Überprüfung des Erklärungsentwurfs durch die Vertreter aller Mitgliedstaaten auf einer Vorkonferenz im Februar 1999 in Bled (Slowenien) erleichtert worden. Ein besonders interessantes Merkmal des gesamten Prozesses war die Einbeziehung von nichtstaatlichen Organisationen. NGOs waren eingeladen worden, von Anfang an verschiedenen Arbeitsgruppen teilzunehmen und sie organisierten eine Parallelveranstaltung zu der Konferenz in London, das Forum Gesunder Planet. Auf der Londoner Konferenz wurde beschlossen, 2004 in Ungarn eine vierte ministerielle Konferenz über Umwelt und Gesundheit abzuhalten. Die Konferenzteilnehmer identifizierten zahlreiche prioritäre Anliegen für die kommenden fünf Jahre:

- **Ein rechtlich bindendes Protokoll über Wasser und Gesundheit** zu dem Übereinkommen von 1992 zum Schutz und zur Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen, mit der Absicht, zur Prävention, Bekämpfung und Verringerung der Inzidenz von wasserbedingten Krankheiten durch Zusammenarbeit beim Wassermanagement und Gesundheits- und Umweltschutz beizutragen. Das neue Protokoll – Ergebnis der engen Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und der ECE – betrachtet das Management der gesamten Wasserressourcen eines Landes (Trinkwasser, Erholungsgewässer, Brauchwasser usw.) aus einer breiten, integrierenden Perspektive. Fünfunddreißig Mitgliedstaaten haben das Proto-

koll in London unterzeichnet und in den kommenden zwölf Monaten werden weitere Länder dies wahrscheinlich noch über das für Abkommen zuständige Büro der Vereinten Nationen in New York tun.

- **Eine Charta über Verkehr, Umwelt und Gesundheit**, mit der sich die Mitgliedstaaten der EU wie auch der WHO verpflichten, auf internationaler und nationaler Ebene die signifikanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Barrieren für die kommunale Entwicklung infolge von auf den Verkehr zurückzuführender Luft-, Boden- und Wasserverschmutzung, Unfällen und Lärmbelästigung, Treibhausgasemissionen und Waldschäden zu reduzieren und den gesundheitlichen Nutzen durch Förderung von der Körperertüchtigung dienenden Fortbewegungsmethoden, vor allem Rad fahren und Gehen, zu erhöhen. Die Charta basiert auf Pilotstudien und Analysen, die den Wert einer breiteren Betrachtungsweise der Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Verkehr und Umwelt gezeigt haben. Es wurde der Beschluss gefasst, die Arbeit fortzusetzen, um festzustellen, ob eine rechtlich bindende Konvention für die Länder in der Region erarbeitet werden sollte.
- **Partnerschaftliche Umsetzung der NEHAPs** – Als die Minister auf der Konferenz in Helsinki im Juni 1994 zugestimmt haben, nationale Pläne für Umwelt und Gesundheit (NEHAPs) zu entwickeln, haben sie damit eine weitreichende Bewegung in Gang gesetzt. Die positive Reaktion war einmalig: 43 von 51 Ländern (also 84%) haben inzwischen eigene NEHAPs entwickelt oder sind dabei, dies zu tun. Über 20 dieser Länder befinden sich bereits in der Phase der Umsetzung der NEHAPs. Einige EU-Mitgliedstaaten und sämtliche Länder, die demnächst der EU beitreten werden, haben ihre NEHAPs durch das Parlament bzw. die Regierung verabschiedet und befinden sich in der Durchführungsphase. Die NEHAP-Bewegung in Europa hat auf Länderebene eine Intensivierung der multilateralen und bilateralen Zusammenarbeit begünstigt. Einige EU-Mitgliedstaaten haben beträchtliche Unterstützung gewährt und auch Finanzierungsmittel

- beigesteuert, entweder zu den Mehrländertätigkeiten im Zuge des NEHAP-Programms oder hinsichtlich der Zusammenarbeit mit einigen EU-Beitrittsländern.
- **Lokale Prozesse für Maßnahmen im Bereich Umwelt und Gesundheit** – Lokale Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt werden in den Ländern vorgesehen und durchgeführt, entweder als Teil anderer relevanter Pläne (z. B. im Zuge der Lokalen Agenda 21 oder der Gesunde-Städte-Aktionspläne) oder auch separat. Solche Aktionen sollten so konzipiert sein, dass sie klare Verbesserungen von Umwelt und Gesundheit auf lokaler Ebene sicherstellen.
 - **Zugang zu Informationen, Öffentlichkeitsbeteiligung und Zugang zu Gerichten in Umwelt- und Gesundheitsangelegenheiten** – Die Mitgliedstaaten sind verpflichtet, der Öffentlichkeit Zugang zu Informationen zu geben, die Kommunikation mit der Öffentlichkeit zu verbessern, eine Öffentlichkeitsbeteiligung am Entscheidungsfindungsprozess sicherzustellen und der Öffentlichkeit Zugang zu Gerichten in Umwelt- und Gesundheitsangelegenheiten zu gewähren. Darüber hinaus sind die Regierungen gehalten, Schritte zur Förderung der Entwicklung eines umfassenden, leicht zugänglichen Netzwerks von Datenbanken über Umwelt- und Gesundheitsfragen zu fördern, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Vertretern der wichtigsten Akteure einschließlich der Nutzer von Umwelt- und Gesundheitsinformationen.
 - **Gesundheit, Umwelt und Sicherheit am Arbeitsplatz** – In der Londoner Erklärung wird die Notwendigkeit eines holistischen Ansatzes auf der Unternehmensebene anerkannt. Gute Praxis in diesem Bereich legt den Schwerpunkt auf Verbesserung der Gesundheit durch Verringerung der Häufigkeit von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, arbeitsbedingten Erkrankungen und anderen Krankheiten, die am Arbeitsplatz verhütet werden können (z. B. Aids, Alkoholmissbrauch) sowie auf den Erhalt der Umwelt im Allgemeinen durch Prävention und Bekämpfung der Umweltverschmutzung, umweltfreundlichere Produktionsmethoden und
- effizienten Einsatz der umweltrelevanten Ressourcen.
- **Umwelt und Gesundheit aus wirtschaftlicher Sicht** – Soweit erforderlich, werden die Mitgliedstaaten ihre Kapazität zur Durchführung von Wirtschaftsanalysen stärken, um dieses Instrument bei der Erfüllung ihrer Verpflichtungen sinnvoll zu nutzen. Insbesondere wollen sie ihre nationalen Systeme zur strategischen Umweltverträglichkeitsprüfung dahingehend ausbauen, dass auch Gesundheitsanliegen berücksichtigt werden und dass eine Integration der Umwelt- und Gesundheitsaspekte in die politischen Konzepte sichergestellt wird. Und schließlich wollen die Mitgliedstaaten die vollständige Internalisierung der Umwelt- und Gesundheitskosten fördern und diesbezügliche Strategien vorbereiten.
 - **Die Gesundheit von Kindern und die Umwelt** – Auf der Londoner Konferenz wurde das besondere Risiko für Kinder sowie für die reproduktive Gesundheit durch Umweltgefahren anerkannt und es wurde gefordert, zur Sicherstellung einer ungefährlichen Umwelt für Kinder geeignete Konzepte zu entwickeln und Maßnahmen zu treffen. Der Fokus liegt auf der Prävention von Unfällen und Verletzungen sowie auf dem Schutz der Gesundheit von Kindern gegen Umweltgefahren; das Ziel lautet, insbesondere Verletzungen, Asthma, Allergien und neue Schadstoffe zu reduzieren.
 - **Frühzeitige Auswirkung der Klimaänderung und des Abbaus der stratosphärischen Ozonschicht auf die menschliche Gesundheit** – Hier empfohlen die Mitgliedstaaten die Einrichtung eines europaweiten organisationsübergreifenden Netzwerks für die Überwachung, Erforschung und Untersuchung der frühzeitigen Auswirkungen der Klimaänderung und der Zerstörung der Ozonschicht auf die menschliche Gesundheit, ferner für die Entwicklung und Förderung von Präventions-, Minderungs- und Anpassungsstrategien sowie für die Feststellung spezifischer Forschungsprioritäten in diesem Bereich, wobei der EEHC eine koordinierende Rolle wahrnehmen sollte.

- **Umwelt und Gesundheit: Forschung für Europa** – Die Forschungstätigkeiten müssen Teil von integrierten und koordinierten – von der EU-Kommission, der Europäischen Wissenschaftsstiftung, der WHO und gegebenenfalls anderen internationalen Organisationen unterstützten – Bestrebungen sein.
- Der **Europäische Ausschuss für Umwelt und Gesundheit** wird – mit einem erweiterten und gestärkten Mandat – die künftigen Bemühungen der Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen zur Umsetzung der auf der Londoner Konferenz gefassten Beschlüsse koordinieren.

95. Abgesehen von diesen handlungsorientierten Themenkomplexen sind auch andere

Fragen bedeutend, weil sie die Grundlage für die Entwicklung und Evaluation einer integrierten gesundheitsbezogenen Umweltpolitik bilden. Das bezieht sich sowohl auf Instrumente zur Gestaltung des politischen Prozesses, beispielsweise Ausbau/Erhaltung der Evidenzbasis oder Entwicklung von Methoden zur Risikobewertung, als auch auf medienspezifische Fragen wie die Luft-, Trinkwasser- und Lebensmittelqualität. Qualität der Nahrung beinhaltet:

- Lebensmittelsicherheit
- Chemikaliensicherheit/Risikobewertung, Luftgüte
- Strahlung und Gesundheit
- Abfallmanagement
- geographische Informationssysteme.

Dritte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit

„Partnerschaftliches Handeln“

Die Dritte Europakonferenz mit Gesundheits- und Umweltministern fand im Juni 1999 in London statt. Sie baute auf der beachtlichen Dynamik der Konferenzen von Frankfurt (1989) und Helsinki (1994) auf und entwickelte sich zur größten gesundheitsbezogenen Konferenz, die jemals in Europa stattgefunden hat – mit der Präsenz von 72 Ministern und über 1100 Teilnehmern aus 55 Ländern.

Drei wichtige Ergebnisse wurden erreicht:

- Ein Protokoll über Wasser und Gesundheit zu dem Übereinkommen von 1992 zum Schutz und zur Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen. Das – rechtlich bindende, gemeinsam mit der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa erarbeitete – Protokoll wurde auf der Londoner Konferenz von 35 Ländern unterzeichnet. Viele Länder unterstützten das Protokoll und brachten die Hoffnung zum Ausdruck, dass es sich als wirkungsvolles Instrument bewährt, um das ernste Problem der mit Wasser assoziierten Krankheiten sowie andere akute Probleme in den Bereichen Wassermanagement, Wasserversorgung und Wasserhygiene, mit denen die Europäische Region derzeit konfrontiert ist, anzugehen.
- Eine Charta Verkehr, Umwelt und Gesundheit. Die Konferenzteilnehmer erkannten die Bedeutung und Notwendigkeit von Mobilität in der heutigen Gesellschaft, befürchteten jedoch, dass die negativen Auswirkungen auf die Umwelt und Gesundheit weiter zunehmen und forderten dringend zu handeln, um solchen negativen Auswirkungen so weit wie möglich entgegenzuwirken. Die Charta wurde als Handlungsrahmen begrüßt, beispielsweise zur Berücksichtigung der gesundheitlichen Belange in der Verkehrspolitik, zur Förderung des Gehens und Radfahrens sowie zur Internalisierung der verkehrsbedingten externen Kosten. Hingewiesen wurde auch auf Möglichkeiten, den privaten Autoverkehr durch Förderung des Radfahrens, Gehens und öffentlichen Verkehrs einzuschränken. Zur künftigen Fortschreibung der Charta gehört die Beurteilung der Notwendigkeit, diese Charta zu einem rechtlich bindenden internationalen Instrument weiterzuentwickeln.
- Die Erklärung von London. Die Erklärung umreißt die Situation von Europas Umwelt und Gesundheit zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Sie verpflichtet die Mitgliedstaaten, die bezüglich der elf auf der Konferenz angesprochenen Bereiche beschlossenen Maßnahmen durchzuführen und sie bildet den Rahmen für die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit für Europa. Die vierte Konferenz Umwelt und Gesundheit wird 2004 veranstaltet, Ungarn ist Gastgeber.

96. Im September 1999 ersuchte das WHO-Regionalkomitee für Europa den Regionaldirektor, im Prozess Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region weiterhin führend voranzugehen und stellte sich hinter den Beschluss, das Mandat des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit zu verlängern und den Kreis seiner Mitglieder auszuweiten. Des Weiteren bevollmächtigte es den Regionaldirektor, die Sekretariatsfunktionen für das Protokoll über Wasser und Gesundheit wahrzunehmen (Resolution EUR/RC49/R4).

97. Zur Vorbereitung der Londoner Konferenz wurde eine Reihe von Tätigkeiten durchgeführt.

NEHAPs

98. Die Strategie zur Umsetzung von nationalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit wurde von der NEHAP-Task-Force auf der Grundlage von Länderbeiträgen vorbereitet. Ein Strategiedokument wurde überprüft und auf einer gemeinsam von der Europäischen Kommission und der WHO im September 1998 in Luxemburg abgehaltenen paneuropäischen Tagung hochrangiger Regierungsvertreter erörtert und gebilligt. Auf teilregionaler Ebene wurde eine Reihe von Workshops zur Kompetenzbildung für die Umsetzung der NEHAPs organisiert. Mit der dänischen Umweltschutzbehörde wurde ein Gemeinschaftsprojekt zur Durchführung von NEHAPs in Estland, Litauen, Polen, der Slowakei und der Tschechischen Republik aufgenommen.

99. Eine Strategie zur Reform von Diensten für Umwelt- und Gesundheitsschutz wurde erarbeitet und in die russische Sprache übersetzt. Unter Nutzung dieses Dokuments sind bereits Workshops in den zentralasiatischen Republiken veranstaltet worden. Angesichts der offenkundigen Notwendigkeit, die Maßnahmen im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes sowohl in den Ländern als auch länderübergreifend zu koordinieren, wurde die Erstellung von Leitlinien für die Bildung von umweltmedizinischen Berufsverbänden beschlossen. An derartigen Leitlinien wurde ein großes Interesse geäußert, vor allem von Vertretern der zentralasiatischen Republiken. Modellcurricula für die berufliche Ausbildung im Bereich Umwelt und Gesundheit sind ebenfalls entwickelt worden. Im Übrigen wurde eine Strategie zur Neugestaltung ökonomischer Instrumente erarbeitet, damit die-

se zur Erreichung der Zielvorgaben im Bereich Umwelt und Gesundheit beitragen können.

Lokale Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit

100. Die Umsetzung von lokalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit (LEHAPs) erfolgt im Zuge von Pilotprojekten der örtlichen Behörden in folgenden Städten: Riga und Limbazi (Lettland), Bischkek (Kirgisistan), Varna (Bulgarien) und Bratislava (Slowakei). Die LEHAPs haben ihre Einzigartigkeit bereits unter Beweis gestellt: Sie sind tatsächlich der einzige wahrhaft sektorübergreifende Planungsprozess, der nicht nur von einem bestimmten Sektor ausgeht, aber in dem die Gesundheitsberufe zu den führenden Akteuren gehören. Die typischen Tätigkeiten im Zuge der Lokalen Agenda 21 sind für gewöhnlich umweltorientiert, wohingegen in gesundheitsbezogenen Plänen für Städte meist die Gesundheitsförderung zentrales Thema ist. Das LEHAP-Konzept ist komplementär: Es ergänzt die bereits existierenden Planungsprozesse. Gute Partnerschaft mit anderen zwischenstaatlichen Organisationen, nichtstaatlichen Organisationen und nationalen Regierungen hat die Entwicklung und Umsetzung des LEHAP-Projekts zu einer Domäne für die internationale Zusammenarbeit gemacht.

Beitrag zum strategischen Mittelmeer-Aktionsplan

101. Zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Aspekte bei der Überwachung der Meeresverschmutzung und Durchführung gesetzlicher Initiativen wurde ein regionales Netzwerk errichtet. Ein Dokument über Maßnahmen zur Rehabilitation verschmutzter Küstengebiete – mit einer Komponente betreffend Tourismus, die Umwelt und Gesundheit – wurde zur Berücksichtigung in Maltas Managementprogramm für die Küstengebiete vorbereitet. Die Vorgabe Eliminierung von toxischen, persistenten und bioakkumulierbaren Substanzen (TPBs) war ein signifikanter Zusatz zur Gesundheitskomponente des strategischen Mittelmeer-Aktionsplans. Ein Dokument zur Kartierung kommunaler Brauchwasserbehandlungseinrichtungen in Mittelmeer-Küstenstädten mit mehr als 10 000 Einwohnern wurde erarbeitet, ein weiteres Dokument betrifft besonders akute „Hot spots“ der Meeresverschmutzung.

Luftgüte

102. Die neuen *Air quality guidelines for Europe*⁶ sind rasch zu einem wichtigen Referenzdokument geworden und bilden die Grundlage eines globalen WHO-Dokuments. Zur wirksamen Umsetzung dieser Leitlinien wurden Instrumente mit dem Schwerpunkt Monitoring konzipiert. Die gemeinsame Task Force betreffend Gesundheitsaspekte der weiträumigen grenzüberschreitenden Luftverschmutzung wurde als Gemeinschaftsvorhaben mit der UN-Wirtschaftskommission für Europa (UN/ECE) geschaffen. Der erste Evaluationsbericht wurde veröffentlicht und weitere Tätigkeiten zur Unterstützung der UN/ECE-Konvention sind angefallen. Das Regionalbüro leistete einen Beitrag zur Gestaltung von drei Kooperationsstudien über gesundheitliche Auswirkungen der Luftverschmutzung in Europa (die EU-Kommission hat eine Finanzierungszusage für 2000–2001 gegeben). Gemeinsam mit der EU-Kommission durchgeführte Tätigkeiten zur Luftgüte in Innenräumen bezogen sich auf Methoden für die Risikobewertung und schufen die Basis für eine Publikation über Risikoabschätzung und Handlungsansätze bezüglich der Qualität der Raumluft.

Chemikaliensicherheit

103. Die Tätigkeiten zur Bewertung des Gesundheitsrisikos durch persistente Umweltschadstoffe, u. a. Dioxin und andere Chemikalien, die Schäden am endokrinen System verursachen, werden fortgesetzt.

Lebensmittelsicherheit

104. Eine Bewertung der Gefährdung durch Dioxin wurde durchgeführt und anschließend wurde ein Bericht über Lebensmittelzusätze und Schadstoffe veröffentlicht.

105. Zur Überwachung der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) wurde Lehrmaterial entwickelt. Ein Papier über einschlägige Untersuchungen wurde auf einer in Athen veranstalteten Konferenz der International Society of Environmental Engineers vorgelegt. Der Sachstandsbericht von Litauen wurde veröffentlicht, die Ukraine hat ihre Prü-

fung abgeschlossen und Armenien hat einen Entwurf erstellt. Die EU-Kommission hat die Finanzierung eines vorgeschlagenen Forschungsvorhabens über „Die Ansichten der Öffentlichkeit zum BSE- und CJK-Risiko in Europa“ zugesagt.

Strahlung und Gesundheit

106. Man hat sich weiter mit dem Tschernobyl-Follow-up befasst und Bemühungen, die Katastrophenvorsorge in Europa zu verbessern, wurden von Deutschland, Luxemburg und der Schweiz unterstützt. Für einen gemeinsamen Screeningverfahrensplan betreffend strahleninduzierten Schilddrüsenkrebs wurde ein erster Entwurf vorbereitet. Eine Erhebung über praxisorientierte Tätigkeiten im Zusammenhang mit Jodmangel wurde in der Russischen Föderation, der Ukraine und Weißrussland durchgeführt. Ein gemeinsamer Verfahrensplan für eine integrierte Datenbank über Schilddrüsenkrebskrankungen nach dem Reaktorunfall von Tschernobyl wurde geplant und wird jetzt realisiert.

107. Das Ende 1998 vom Regionaldirektor offiziell eröffnete Projektbüro in Helsinki für nukleare Störfälle und Public Health bezog im August 1999 neue Bürogebäude. Die Prioritäten für dieses Projektbüro lauteten: 1999 Aktualisierung der Leitlinien zur Jodprophylaxe und Vorbereitung einer globalen Public-Health-Strategie betreffend ionisierende Strahlen (soll im Jahr 2000 fertiggestellt werden).

Klimaänderung

108. Das Büro in Rom des Europäischen WHO-Zentrums für Umwelt und Gesundheit hat sich intensiv mit den auf der Londoner Konferenz 1999 erörterten Schwerpunktthemen Klimaänderung sowie Kinder, Umwelt und Gesundheit befasst. Außerdem hat es seine Tätigkeiten zur Information der Öffentlichkeit und Kommunikation signifikant ausgeweitet.

Toxic Oil Syndrome (Toxisches Speiseöl-Syndrom)

109. Die Tagungen des von der WHO und dem spanischen Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico (CISAT) eingesetzten wissenschaftlichen Ausschuss für das auf kontaminiertes und denaturiertes Speiseöl zurückzuführende Toxic Oil Syndrom TOS fanden plangemäß statt. Forschungsprojekte wurden entwickelt und im Zuge der allgemeinen For-

⁶ *Air quality guidelines for Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1987 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 23).

schungsstrategie finanziert. Vor allem hinsichtlich der Abklärung der Ätiologie des Syndroms konnten durch erfolgreiche Simulation der fraglichen Speiseöle Fortschritte erzielt werden.

Broschüren für kommunale Behörden über Umwelt und Gesundheit

110. Das Regionalbüro produzierte weiterhin seine farbigen Broschüren zur Unterstützung örtlicher Behörden im Umgang mit praktischen Problemen im Bereich Umwelt und Gesundheit auf lokaler Ebene. Die erfolgreiche Serie ist jetzt auf 32 Titel angewachsen, und in 24 verschiedenen Sprachen existieren über 200 Versionen. Diese Broschüren sind auf weltweites Interesse gestoßen: die Panamerikanische Gesundheitsorganisation möchte z. B. portugiesische und spanische Übersetzungen in ganz Lateinamerika herausbringen. Die enge Zusammenarbeit mit der tschechischen Regierung hat nicht nur zur Übersetzung einiger Broschüren in die tschechische Sprache geführt, sondern auch zu einem Gemeinschaftsvorhaben bezüglich weiterer Titel.

Informationssysteme für Umwelt und Gesundheit

111. Die Etablierung von Informationssystemen für den Bereich Umwelt und Gesundheit ist eine sehr wichtige Aufgabe für die WHO, die jetzt enger mit anderen internationalen Organisationen (der Europäischen Umweltagentur, Eurostat, dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen) sowie mit Mitgliedstaaten hinsichtlich der Sammlung und des Austauschs von Daten zusammenarbeitet. Beachtliche Fortschritte sind in Bezug auf die Ausweitung der Datenbank des geographischen Informationssystems für Gesundheit und Umwelt (HEGIS) und die Ermittlung relevanter Umwelt-/Gesundheits-Indikatoren gemacht worden. Weitere Schritte wurden eingeleitet, um den Mitgliedstaaten bei der Einrichtung neuer Informationssysteme für Umwelt und Gesundheit zu helfen.

112. Sachstandsanalysen für den Bereich Umwelt und Gesundheit flossen in das von UN/ECE umgesetzte Programm ein. Solche Untersuchungen wurden für Kroatien, Lettland, Litauen, die Republik Moldau, Slowenien und die Ukraine abgeschlossen.

113. Ein neues europäisches System für elektronische Fachinformationen über den Bereich

Umwelt und Gesundheit wurde – mit extensiver Unterstützung durch die Europäische Kommission wie auch zahlreiche Länder – in Betrieb genommen. Das *European bulletin on environment and health* wurde einem breiten Kreis von Interessenten übermittelt.

Umweltepidemiologie

114. Das Regionalbüro hat auch umfangreiche Arbeit zur Umweltepidemiologie geleistet. Das Projekt Evaluation und Anwendung von epidemiologischen Fakten bei der Risikobewertung im Bereich Umwelt und Gesundheit war Gegenstand breiter Konsultationen und setzt neue Standards für die Untersuchung wissenschaftlichen Faktentmaterials. Der fünfte und sechste europäische Sommerlehrgang zum Thema Epidemiologie und Public Health wurde in Prag bzw. in Krakau durchgeführt. Fünfundsechzig Studenten aus 19 Ländern, hauptsächlich aus Mittel- und Osteuropa, nahmen an diesen jeweils zweiwöchigen Intensivkursen teil. Das Regionalbüro hat auch eine Monographie über epidemiologische Ansätze zur Bewertung der gesundheitlichen Folgen von Chemieunfällen vorbereitet.

Länderarbeit

115. In Bosnien-Herzegowina arbeitete das Regionalbüro mit der EU-Verwaltung in Mostar, dem Bundesgesundheitsministerium und der Organisation Ärzte ohne Grenzen zusammen, um 200 Tonnen Arzneimittel, deren Haltbarkeitsdatum abgelaufen war, umweltverträglich zu entsorgen. Ähnliche Tätigkeiten wurden in Split in Zusammenarbeit mit kroatischen Behörden durchgeführt. In Rumänien leistete das Regionalbüro einen Beitrag zur Entwicklung eines Pilotprojekts für die Verbesserung der Wasserversorgung und Abwassersysteme auf lokaler Ebene, außerdem zur Entwicklung des WHO-Projekts „Gesundheit durch Frieden“ in Bosnien durch Schulung von bosnischen Wasser- und Public-Health-Experten im Ausland.

116. Die WHO beteiligte sich an Projekten zur Verbesserung der Wasserversorgung und Wasserhygiene in Georgien, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan. Außerdem veröffentlichte sie – gemeinsam mit UNEP und der Weltbank – eine Publikation über den Umgang mit Krankenhausabfällen und anderen medizinischen Abfällen.

Sozioökonomische Determinanten

117. Die sozioökonomischen Trends in der Region zeigten wiederum ein recht gemischtes Bild. In Westeuropa war ein leidlicher Anstieg des Bruttosozialprodukts (BSP) um jährlich rund 2,5–3% festzustellen, aber leider nur eine minimale Verbesserung der wichtigsten sozialen Geißel Arbeitslosigkeit. In den mittel- und osteuropäischen Ländern und baltischen Staaten setzte nach der Rezession zu Beginn der 90er Jahre ein Wachstum von rund 4–5% pro Jahr ein – allerdings weisen Albanien, Bulgarien und Rumänien nach wie vor ein negatives Wachstum aus.

118. Demgegenüber erlitten die Nachfolgestaaten der Sowjetunion einen 50%igen oder sogar noch stärkeren Rückgang des Bruttosozialprodukts (pro Kopf der Bevölkerung) in den 90er Jahren. Zwar war dann 1997 ein leichter Aufschwung zu vermerken, doch inzwischen hat sich die Situation erneut drastisch verschlimmert. Die jüngsten globalen Zahlen (1994) zeigen, dass nicht weniger als 32% der 415 Millionen Einwohner der MOE-/NUS-Länder unterhalb der Armutsgrenze leben – das entspricht genau dem Stand in den Entwicklungsländern. Noch alarmierender ist, dass zu jener Zeit in Entwicklungsländern eine Wachstumsrate von 4,5%, demgegenüber in den MOE-/NUS-Ländern insgesamt eine um 9% rückläufige Rate verzeichnet wurde. Nach den enormen wirtschaftlichen Schwierigkeiten im Jahr 1998 wird die Bevölkerung in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion und in einigen MOE-Ländern in den kommenden Jahren zweifellos mit noch größeren Schwierigkeiten und zunehmenden sozioökonomischen Problemen konfrontiert sein.

119. Verschiedene WHO-Programme beinhalten Tätigkeiten in Bezug auf die sozialen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit. Mit Herausgabe der Publikation *Social determinants of health, the solid facts*⁷ lief 1998– als Teil der Gesunde-Städte-Bewegung – eine Kampagne betreffend soziale Determinanten an. Diese Veröffentlichung – von der Tausende Exemplare in über 15 Sprachen herausgegeben wurden – gehörte zu den Bestsellern der WHO während des Berichtszeitraums. Die Kampagne ist ein fortlaufender Prozess zur Schärfung des Pro-

blembewusstseins der Bevölkerung über die Bedeutung von sozialen Determinanten und zur Anregung zum Handeln sowie zur Entwicklung von neuen Orientierungsgrundlagen. Sie zielt darauf ab, den größtmöglichen Kreis von Fachexperten und Entscheidungsträgern auf allen Ebenen zu erreichen. Die Gesunde-Städte-Netzwerke dienen als „Hauptvehikel“ für die Kampagne.

Lebensweisen und Gesundheit

Investitionen für die Gesundheit

120. Der von der WHO gewählte Ansatz, den Konzepten und Prinzipien der Gesundheitsförderung durch „Investitionen für die Gesundheit“ Wirkung zu verleihen, hat zu einem klareren Verständnis der Notwendigkeit einer gesundheitsbewussten, zukunftsfähigen und gerechten Agenda in Mitgliedstaaten geführt. Das Hauptvehikel für die Entwicklung, Kommunikation und Verbreitung von Strategien und Ratschlägen in Grundsatzfragen war das Europäische Komitee zur Entwicklung in der Gesundheitsförderung (ECHPD), das jetzt 75% der Mitgliedstaaten umfasst. Konsultationen mit ECHPD-Mitgliedern führten zur Herausgabe von Publikationen und zur Gestaltung von für den politischen Entscheidungsprozess relevanten Instrumenten, sowie zur Einleitung einer europäischen Standortbestimmung über Entwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung.

121. Zwei Mitgliedstaaten eruierten gegenwärtig mit dem Regionalbüro die Möglichkeit, eine derartige nationale Standortbestimmung zur Gesundheitsförderung – nach dem Muster der in Slowenien und Ungarn auf Ersuchen der Parlamente in diesen beiden Ländern durchgeführten Situationsanalyse – vorzunehmen.

122. Auf dem Gebiet der länderübergreifenden fachlichen Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Investitionen für die Gesundheit leistete die englische Gesundheitserziehungsbehörde im Rahmen einer speziellen Vereinbarung mit dem Regionalbüro einen wichtigen Beitrag zur Kompetenzbildung in der Gesundheitsförderung („Building competence in health promotion“). Des Weiteren arbeitete das Regionalbüro für Europa sowohl auf nationaler Ebene als auch über die Region Veneto eng mit Italien zusammen.

⁷ WILKINSON, R. & MARMOT, M., ED. *Social determinants of health, the solid facts*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998.

Die Verona-Initiative

123. Die „Verona-Initiative“ wurde 1998 im Nachgang zur Deklaration von Jakarta über Gesundheitsförderung (1997) eingeleitet. Dieses viele Partner umfassende Vorhaben bringt Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft, Lehre und nichtstaatlichen Bereichen zusammen, um das Verständnis bzw. die Akzeptanz in der Bevölkerung in Bezug auf das Konzept „Investitionen für die Gesundheit“ zu erforschen und zu vergrößern und um festzustellen, wie man dadurch Länder, Regionen und Kommunen unterstützen kann. Bezweckt wird, Denkansätze zu Gunsten einer Regierungspolitik, die gesundheitsbezogene Investitionen unterstützt, wie auch den Bezug zum wirtschaftlichen und sozialen Umfeld zu fördern.

124. Diese Initiative ist die Antwort auf wichtige Veränderungen, die in der gesamten Europäischen Region vor sich gehen – in der nationalen und internationalen Politik, im sozialen und wirtschaftlichen Bereich, in Institutionen und in der Technologie. Hinsichtlich des Gesundheitszustands verbreitert sich die Kluft – sowohl in den in einer Wirtschaftskrise steckenden Ländern als auch in wohlhabenderen Ländern. Gute Gesundheit ist von fundamentaler Bedeutung für das Wohlbefinden der Menschen und eine maßgebliche Voraussetzung für nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung. Obwohl dies eine be-

kannte Tatsache ist, wird die Gesundheit nur allzu häufig vernachlässigt oder in der Wirtschafts- und Sozialpolitik völlig außer Acht gelassen.

125. Die Verona-Initiative fußt auf drei so genannten „Arena-Tagungen“ seit Oktober 1998 bis 2000. Diese Arena-Tagungen bieten den Teilnehmern Gelegenheit, in Diskussionen und durch Meinungsaustausch nach einem Konsens zu suchen. Mit diesen Tagungen wird bezweckt, ein Lern- und Arbeitsumfeld zu bieten, das sich völlig von der konventionellen Konferenzagenda unterscheidet. Die Verona-Initiative ist indessen noch mehr als das: sie stellt einen fortlaufenden Prozess dar, mit einem sehr viel breiteren Teilnehmerspektrum als dem zu den Tagungen geladenen Personenkreis.

126. Die ersten beiden Arena-Tagungen haben internationale Präsenz, eine konkrete Gelegenheit für die Propagierung neuer Ideen und eine innovative Plattform für die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderungsstrategien mit Hilfe des Konzepts „Investitionen für die Gesundheit“ geboten. Die Wirkung ist auf europäischer, nationaler und nachgeordneter Ebene des Entscheidungsprozesses sichtbar geworden und man wird sich der zentralen Rolle der Gesundheitsförderung in dem neuen Rahmenkonzept GESUNDHEIT²¹ bewusst.

Arena-Tagung I (14.–17. Oktober 1998)

Verona Benchmark: Aufzeigung der Charakteristika von Systemen, die Investitionen für die Gesundheit unterstützen. Als Hilfe für Länder, Regionen und Kommunen, um zu verstehen, was bereits vorhanden sein muss, bevor Investitionen für die Gesundheit getätigt werden können.

Arena-Tagung II (29. September–2. Oktober 1999)

Verona-Leitlinien: Definition der Charakteristika des Entscheidungs- und Politik-Prozesses, der die Gesundheit einer Bevölkerung fördert. Diese Leitlinien tragen zum Verständnis bei, wie die unterschiedlichen mit der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Entwicklung verbundenen Interessen zum gegenseitigen Nutzen verflochten werden können.

Arena-Tagung III (Juli 2000)

Verona-Resolution über Investitionen für die Gesundheit: Der Fokus liegt auf der Sicherstellung, dass die gezogenen Lehren über Investitionen für die Gesundheit als Ergebnis der Verona-Initiative zur Beeinflussung der politischen Akteure überall angewendet werden können. Die Resolution ist sowohl für die Standortbestimmung der Gesundheitsförderung zum 21. Jahrhundert als auch für die Förderung des politischen Engagements zu praktischen Maßnahmen von wesentlicher Bedeutung.



Tabak

127. Im Berichtszeitraum gab es hier drei wichtige Ereignisse. Erstens: Die Generaldirektorin lancierte 1998 eine neue große Anti-Tabak-Initiative – die „Tobacco-Free Initiative“ – und das Regionalkomitee verabschiedete den dritten regionalen Fünfjahresaktionsplan für ein tabakfreies Europa. Dadurch wurde das Programm gefördert und zusätzliche Ressourcen wurden aus regionalen wie auch aus globalen Mitteln zur Verfügung gestellt. Zweitens: In den kommenden Jahren wird sich in der Europäischen Region der Beschluss des Gesundheitsausschusses der Europäischen Union, Werbung und Sponsoring für Tabakprodukte in EU-Ländern zu verbieten, in den kommenden Jahren spürbar auswirken, und zwar nicht nur in den 15 EU-Mitgliedstaaten, sondern auch in den EU-Beitrittsländern und indirekt auch in anderen Ländern der Region. Die große Bedeutung eines totalen Werbeverbots für Tabak zeigt sich deutlich an der Tatsache, dass das französische Werbeverbot von 1991 (das so genannte Evin-Gesetz) seitdem einen 15%igen Rückgang des Zigarettenkonsums bewirkt hat. Und drittens hat der Ausschuss für ein tabakfreies Europa (CTE) im Juni 1999 erstmals getagt. Zu den wichtigsten Tätigkeiten des CTE in den kommenden Jahren werden, außer der Beratung über den europäischen regionalen Beitrag zur globalen WHO-Rahmenkonvention zur Tabakbekämpfung, die Vorbereitungen für die europäische ministerielle Konferenz zum Thema Tabak (die 2001 in Polen stattfinden soll) gehören.

128. 1998 und 1999 führten Mitarbeiter des Regionalbüros für Europa sechs Missionen durch, um die Formulierung von nationalen Konzepten zu unterstützen. Außerdem wurden drei Mehrländer-Workshops für einschlägige Experten veranstaltet, um mit Schwerpunkt auf den EUROHEALTH-Ländern spezifische Anti-Tabak-Aktionspläne vorzubereiten. Umfangreiche Bemühungen galten der breiten Förderung von Raucherentwöhnungsprogrammen in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung und – durch Kooperation mit dem Forum der nationalen Apothekerverbände und der WHO – in Apotheken. Der britische Ärztesverband ist Schirmherr eines Gemeinschaftsvorhabens der WHO und der EU-Kommission zur Unterstützung nationaler Ärzteverbände bei ihren Anti-Tabak-Tätigkeiten, unter gleichzeitiger Intensivierung der Bemühungen zur Förderung des

Nichtrauchens in der Ärzteschaft. In ähnlicher Weise wird sich auch die Etablierung einer entsprechenden Task Force in dem rasch expandierenden und dynamischen europäischen Forum der Pflegeverbände und der WHO positiv auf die Rauchgewohnheiten der europäischen Pflegekräfte unter denen das Rauchen sehr stark verbreitet ist, auswirken.

129. Alle Mitgliedstaaten beginnen jetzt ihre Tabakpolitik in Einklang mit den Entwicklungen zur Rahmenkonvention auszurichten. Der CTE hat alle maßgeblichen IGOs und NGOs zur Gestaltung eines gemeinsamen Arbeitsplans betreffend Tabak zusammengebracht. Der Europäischen Region ist die technische Zuständigkeit zur Beratung in Bezug auf zwei potenzielle Bereiche für Protokolle im Zuge der Rahmenkonvention, die Behandlung von Tabakabhängigkeit und Beschränkung von Werbung und Sponsoring, überantwortet worden. Tabak ist auch zu einem Thema für das Europäische Gesundheitskommunikationsnetzwerk geworden und im November 1999 wurde ein globales Programm für die Medienarbeit lanciert.

130. 1999 wurde das europäische Partnerschaftsprojekt der WHO zum Thema Tabakabhängigkeit aufgenommen, mit dem eine Reduzierung der auf das Rauchen zurückzuführenden Todes- und Krankheitsfälle bezweckt wird. Dieses Projekt, das geeigneten Partnern im privaten, nicht-kommerziellen und öffentlichen Sektor offen steht, unterstützt die Arbeit zur Realisierung der strategischen Hauptziele der Anti-Tabak-Initiative der WHO „Tobacco-Free Initiative“. Die Stärke dieses Partnerschaftsprojekts liegt darin, dass sich führende Pharmakonzerne, die Produkte zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit herstellen, für ein gemeinsames Ziel mit signifikanten Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit einsetzen. Dieses Projekt bietet ein Handlungsmodell, das die Tür für künftige Partnerschaften mit dem Privatsektor in anderen wichtigen Gesundheitsbereichen öffnet.

Alkohol- und Drogenmissbrauch

131. Die Ergebnisse der ersten beiden Phasen des Europäischen Alkoholaktionsplans und der Europäischen Charta Alkohol wurden genau evaluiert und ein ausführlicher Bericht wurde dem Regionalkomitee unterbreitet.

132. Die dritte Phase des Aktionsplans wurde vom Regionalkomitee ausdrücklich befürwortet (Resolution EUR/RC49/R8). Vier wichtige internationale Aktionen werden im Zuge des Aktionsplans durchgeführt. Bei der „Supply Side Initiative“ handelt es sich um eine internationale Wissenschaftlergruppe, die die Frage erforscht, inwieweit das Alkoholangebot die Nachfrage nach und den Konsum von alkoholischen Getränken – und somit das Ausmaß alkoholbedingter Probleme – beeinflusst. Das Projekt Alkohol im gesamtpolitischen Kontext, über das 1995 zur Konferenz von Paris ein umfassender Bericht über Alkoholpolitik vorgelegt wurde, wurde angesichts der bevorstehenden Konferenz zum Thema Jugend und Alkohol (Stockholm, Februar 2001) wiederbelebt. Es wird davon ausgegangen, dass einige Resultate der Arbeit dieser Gruppe für die Konferenz zur Verfügung stehen; der abschließende Bericht soll im Jahr 2002 erscheinen.

133. Eine weitere wichtige internationale Initiative in Bezug auf Alkohol ist die Phase IV-Studie. Mit dieser Initiative soll der Sektor der primären Gesundheitsversorgung stärker für Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Alkoholproblemen sensibilisiert werden. In dieser Phase liegt der Schwerpunkt auf der praktischen Anwendung, auf nationaler Ebene, der in den vorangegangenen Phasen gewonnenen Erkenntnisse. Der vierte Bereich internationaler Maßnahmen ist eine Studie über soziale Schäden im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum. Die typischen medizinischen Folgen des Alkoholkonsums sind relativ klar. Über die sozialen Schäden, die auf das Konto des Alkohols gehen, liegen indessen erst wenig quantifizierte Daten vor. Dieses Projekt strebt an, die sozialen Folgen in verschiedenen Teilen der Region aufzuzeigen.

134. Das europäische Alkohol-Netzwerk tagte in Polen auf freundliche Einladung der Behörde für die Prävention und Bekämpfung von Alkoholproblemen. Dieses Netzwerk der nationalen Kontaktstellen ist äußerst wertvoll und aktiv.

135. Im Bereich Drogenmissbrauch haben sich die Initiativen auf die Prävention von HIV-Infektionen unter Fixern konzentriert: Die rasche Verbreitung des intravenösen Drogenkonsums in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion – von Tadschikistan zur Ukraine – ist äußerst besorgniserregend. Die in der Publikation *Prin-*

*ciples for preventing HIV infection among drug users*⁸ enthaltenen Orientierungshilfen des Regionalbüros zur Prävention von HIV-Infektionen bei Drogenkonsumenten werden auch künftig einem breiten Kreis zugänglich gemacht. Auf diese Veröffentlichung stützen sich zahlreiche staatliche und nichtstaatliche Organisationen. Des Weiteren ist das Regionalbüro an der UNAIDS-Task Force zur Prävention von HIV/Aids bei Drogenkonsumenten in den mittel- und osteuropäischen Ländern sowie Nachfolgestaaten der Sowjetunion beteiligt.

136. Das Alkohol- und Drogenmissbrauch-Programm ist auch mit anderen internationalen Aktivitäten befasst, beispielsweise mit Initiativen der Pompidou-Gruppe des Europarats und der EU-Kommission sowie der EU-Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Das Regionalbüro ist im EBDD-Ausschuss vertreten und deshalb an den Planungstätigkeiten beteiligt.

137. Ein besonders interessantes Experiment wurde in der Schweiz von der Gesundheitsbehörde durchgeführt, die – als Teil einer breit angelegten Strategie zur Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs – in diese Strategie zur Verbesserung der Gesundheit von chronischen Heroinabhängigen eine Komponente aufgenommen hat, die die Verbindungen zu kriminellen Kreisen unterbindet und somit die Kriminalität im Allgemeinen verringert. Dieses Experiment sieht u. a. die Verordnung von Heroin unter strikter medizinischer Aufsicht an Heroinabhängige vor, die bereits eine Reihe von nicht erfolgreichen Drogenentzügen hinter sich haben. Die Resultate einer Pilotstudie zwischen 1997 und 1999 waren so positiv, dass die schweizer Bevölkerung sich mit überwältigender Mehrheit für die permanente Übernahme dieses neuen Ansatzes in die Gesundheits- und Sozialprogramme des Landes ausgesprochen hat.

Ernährungspolitik, Säuglingsernährung und Lebensmittelsicherheit

138. 1998 befürwortete der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees die Idee, am Regionalbüro einen Ernährungs-Aktionsplan für die Europäische Region zu entwickeln; inzwi-

⁸ *Principles for preventing HIV infection among drug users*. Kopenhagen, Regionalbüro für Europa, 1998 (Dokument EUR/ICP/LVNG 02 06 01).

schen sind hierzu bereits verschiedene Schritte unternommen worden. Zur Erörterung des ersten Entwurfs dieses Aktionsplans haben sich die Ansprechpartner aller Mitgliedstaaten 1999 in Malta getroffen.

139. Eine besonders ermutigende Entwicklung in diesem Prozess ist die enge Zusammenarbeit zwischen der Regierung Frankreichs, der EU-Kommission und dem Regionalbüro gewesen. Eine Konferenz über Public Health findet im Dezember 2000 in Paris statt und eine Tagung über Ernährung wird während der EU-Präsidentschaft Frankreichs ebenfalls von Frankreich organisiert.

140. Die WHO hat eine vergleichende Analyse der Ernährungspolitik in europäischen Mitgliedstaaten durchgeführt, die deutlich gezeigt hat, dass stärkere Anstrengungen unternommen werden müssen, um das politische Problembewusstsein zu schärfen, damit die nötigen Strukturen und Mechanismen zur Unterstützung der Entwicklung und Umsetzung einschlägiger Konzepte geschaffen werden können.

141. Sektorübergreifende ernährungspolitische Workshops zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten wurden 1998 und 1999 in der Russischen Föderation organisiert. Ernährungsleitlinien und Poster wurden für das CINDI-Programm zur integrierten Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten herausgegeben. Außerdem wurde ein dreitägiges Lehrmodul für die Gesundheitsberufe zum Thema Gestaltung der Ernährungspolitik, speziell für Frauen und die Familie, fertiggestellt und in Armenien und der Russischen Föderation zusammen mit Broschüren für Mütter über eine gesundheitsbewusste Ernährung während der Schwangerschaft und Stillzeit erprobt.

142. Die drei baltischen Staaten führten 1997 ihre erste nationale Erhebung zum Lebensmittelverzehr und Ernährungszustand durch; der abschließende Bericht wurde 1999 in Zusammenarbeit mit der London School of Hygiene and Tropical Medicine veröffentlicht. Die Daten aus diesen Erhebungen bilden die Grundlage für den nächsten Schritt, die Gestaltung von nationalen Ernährungs-Aktionsplänen.

143. Eine vergleichende Analyse zum Umsetzungsstand der Erklärung von Innocenti in den Mitgliedstaaten wurde 1998 von der WHO durchgeführt. Diese Analyse zeigte, dass erst 25 Länder Stillförderungsausschüsse geschaffen haben und lediglich zwölf Länder erfüllen die Vorgaben des internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Im Nordwesten der Russischen Föderation wurde – mit Unterstützung der norwegischen Regierung – das Barents-Projekt zur Förderung des Stillens fortgesetzt und jetzt um die Aspekte Gesunde Ernährung von Müttern und Kleinkindern ausgeweitet.

144. In etlichen Ländern (vor allem in den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion) ist noch häufig Jodmangel festzustellen, der verhütbare geistige Unterentwicklung verursacht. Es ist also sehr wichtig, die mit dem Zusammenbruch der Sowjetunion eingestellte Salzjodierung wieder einzuführen. 1998/1999 lieferte die vergleichende Analyse der Jodmangelkrankungen in Mitgliedstaaten aktuelle Informationen über die in den einzelnen Ländern ergriffenen Gegenmaßnahmen.

145. Eine UNICEF/WHO-Konsultation fand im Februar 1999 in Genf statt, um Probleme im Zusammenhang mit Eisenmangelanämie zu erörtern und es wurden praktische Schritte zur Lösung des Problems empfohlen. Eine dieser bereits in die Praxis umgesetzten Empfehlungen lautete, für Säuglinge und Kleinkinder einen Katalog von Ernährungsleitlinien herauszugeben, u. a. zur Bekämpfung von Eisenmangel in der Altersgruppe 0–3 Jahre.

146. In Zusammenarbeit mit der Gesunde-Städte-Bewegung (s. nachstehend) und der nichtstaatlichen Organisation ETC wurde nach umfangreichen Beratungen ein speziell auf Städte ausgerichteter Ernährungs-Aktionsplan entwickelt. Das Netz der Kontaktstellen wurde ausgebaut und 1999 wurde eine Webseite entwickelt, um den Informationsfluss zu verbessern und die Zusammenarbeit mit Behörden zur Verbesserung der Lebensmittelsicherheit und der Ernährung in der Region auszubauen.

Settings

Gesunde Städte

147. Das große Interesse von Städten aus allen Teilen der Region, sich der Phase III des Gesunde-Städte-Netzwerks anzuschließen, reflektiert die wachsende Erkenntnis, dass Maßnahmen auf lokaler Ebene eine wesentliche Komponente aller nationalen oder teilnationalen Gesundheitsstrategien oder -programme sind. Neununddreißig Städte in 29 Ländern wurden nach einem strengen Bewertungsverfahren als neue Mitglieder in das Netzwerk aufgenommen, 15 weitere Städte werden gegenwärtig noch überprüft. Nationale Gesunde-Städte-Netzwerke in 27 Ländern umfassen rund 1200 Städte in dieser Bewegung. Priorität wird der Kompetenzbildung zur Bildung von Gesunde-Städte-Netzwerken im östlichen Teil der Region beigemessen. Ein WHO-Kooperationszentrum wurde eingerichtet,

um diese Bemühungen zu unterstützen. Solche Maßnahmen zur Kompetenzbildung wurden bereits in Bulgarien, in den zentralasiatischen Republiken und im Baltikum durchgeführt.

148. Im Juni 1998 fand in Athen eine große Konferenz des Gesunde-Städte-Netzwerks anlässlich des zehnten Jahrestags dieser Bewegung statt. Ein wichtiges Ergebnis dieser Konferenz war die Unterzeichnung der Athener Erklärung für Gesunde Städte durch 125 Bürgermeister und führende Politiker aus 29 Ländern in ganz Europa. Weitere Städte schließen sich dieser politischen Erklärung jetzt an und bekräftigen ihr Engagement zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Bürger in Einklang mit den Prinzipien der „Gesundheit für alle“, mit dem Akzent auf Chancengleichheit, Nachhaltigkeit, sektorübergreifender Kooperation und Solidarität.

Internationale Gesunde-Städte-Konferenz

„ ... Bilanz eines Jahrzehnts von Gesunde-Städte-Aktionen“

Die internationale Gesunde-Städte-Konferenz fand im Juni 1998 in Athen statt. Als wichtiges strategisches Element in der europäischen und globalen Gesunde-Städte-Bewegung verzeichnete diese Konferenz die Beteiligung von über 600 Vertretern aus der Politik und von Experten aus vielen mit Gesundheitsfragen befassten Bereichen der städtischen Entwicklung, aus 206 Städten in 56 Ländern. Alle sechs WHO-Regionen waren vertreten.

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Konferenz:

- 125 Bürgermeister und führende Politiker aus 29 Ländern in ganz Europa unterzeichneten die Erklärung von Athen. Die Städte verpflichteten sich zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Bürger, geleitet von den Schlüsselprinzipien Chancengleichheit, Zukunftsfähigkeit, sektorübergreifende Kooperation und Solidarität. Sie unterstrichen auch die Bedeutung von lokalen Maßnahmen als einer wesentlichen Komponente von nationalen oder subnationalen Strategien für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung und stellten die Berücksichtigung der Determinanten von Gesundheit heraus.
- Die Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa und Pläne für Gesundheit in Städten – Gesunde Städte (Phase III, 1998–2002) wurden initiiert und konkretisieren die in der Erklärung von Athen enthaltenen Verpflichtungen.
- Etliche neue Gesunde-Städte-Bücher und -Schriften wurden herausgegeben, u. a. *Social determinants of health, the solid facts*. Diese Publikation läutete den Start einer Kampagne ein, die darauf abzielt, einen möglichst großen Kreis von Fachleuten und politischen Entscheidungsträgern auf allen Ebenen zu erreichen und das Problembewusstsein, die Debatte und Maßnahmen in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit zu fördern.
- Diese Konferenz bot ein exzellentes Forum für den Erfahrungsaustausch, neue Erkenntnisse, Diskussionen, Debatten und Vernetzung im Interesse der bereits in der Gesunde-Städte-Bewegung aktiven Netzwerke und Gruppen, sowie für mögliche neue Partner und alle Interessenten, die mehr über Gesunde Städte erfahren möchten.

149. Die Ergebnisse einer multizentrischen externen Evaluation der zweiten Phase (1993–1997) des Gesunde-Städte-Programms haben deutlich die wichtige Rolle gezeigt, die diese Bewegung hinsichtlich der Mobilisierung einer großen Zahl von neuen Partnern in Hunderten Kommunen in der gesamten Region spielt. Die Untersuchung hat verdeutlicht, dass das Gesunde-Städte-Modell bisher erfolgreich war und auf unterschiedliche politische und soziokulturelle Gegebenheiten zugeschnitten werden kann. Ebenfalls demonstriert wurde die Bedeutung der Gesunden Städte für die Umsetzung von Plänen entsprechend den Prinzipien der „Gesundheit für alle“ sowie für die Förderung innovativer Denkansätze und nachhaltigen politischen Engagements.

150. In der dritten Programmphase (1998–2002) liegt der Akzent auf drei wesentlichen Aspekten: Chancengleichheit, soziale Entwicklung und Zukunftsfähigkeit. Die Strategie für Phase III lautet: Alle 51 Mitgliedstaaten der Europäischen Region in die Gesunde-Städte-Bewegung einzubinden, mit Schwerpunkt auf Handlungsansätzen zu Gunsten von Städten in den baltischen, MOE- und NUS-Ländern. Im Vordergrund stehen die Themen Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit, soziale Determinanten von Gesundheit, Indikatoren, gesunde Settings und integrierte Stadtplanung im Bereich Gesundheit und Umwelt.

151. Weitere Tätigkeiten galten der Definition des Konzepts und der Strategie für das vorgesehene Netz gesundheitsfördernder Universitäten.

152. Zu den einschlägigen Neuveröffentlichungen gehörten: *City health profiles: a review of progress; Community participation in local health and sustainable development, Health Promoting Universities und der Entwurf eines Healthy urban planning manual.*⁹

Gesundheit am Arbeitsplatz

153. Ein Projekt über Gesundheit und Arbeitswelt wurde entwickelt und derzeit werden u. a. folgende Komponenten umgesetzt: sicheres Um-

feld und Gesundheitsförderung, wirtschaftliche Anreize für gesunde Produkte sowie der Beitrag, den die Betriebe zur Gesundheit auf gemeindenaher Ebene leisten können.

154. Auch auf arbeitsmedizinischem Gebiet war das Regionalbüro sehr rege. Zwischen Regierungsvertretern, internationalen Organisationen, Unternehmen und der Industrie, Präventionsdiensten am Arbeitsplatz, Forschungs- und Bildungseinrichtungen sowie nichtstaatlichen Organisationen wurde eine internationale Koalition aufgebaut.

155. Eine Bestandsaufnahme zur Gesundheit am Arbeitsplatz in der Europäischen Region ist Teil des Dokuments *Overview of environment and health in Europe in the 1990s.*¹⁰ Über Qualitätssicherung beim Management von multidisziplinären arbeitsmedizinischen Diensten wurden Leitlinien erstellt. Ein Leitfaden über die Aus- und Weiterbildung von Arbeitsmedizinern wurde im Entwurf erarbeitet und an WHO-Kooperationszentren sowie Mitglieder von einschlägigen Berufsverbänden in Europa übermittelt. Ein Konsens-Workshop wurde in Bilthoven (Niederlande) organisiert und führte zur Herausgabe eines Dokuments über arbeitsmedizinische Dienste in Europa. Im Übrigen wurde ein Dokument über die Rolle von Betriebskrankenschwestern zur gesundheitlichen Versorgung am Arbeitsplatz im Entwurf vorgelegt.

156. Ein Projekt wurde initiiert, um nationale Aktionspläne für Gesundheit, Umwelt und Sicherheitsmanagement in Betrieben (HESME) zu fördern. Das Ostsee-Telematiknetz für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz – das Mechanismen zum Informationsaustausch, zur Kompetenzbildung und zur Harmonisierung von HESME-Aktionsplänen vorsieht – wurde weiter ausgebaut und Jahrestreffen wurden für dieses Netz organisiert.

Gefängnisse

157. Das Verbundprojekt Gesundheit in Haftanstalten ist auf 15 Mitgliedstaaten angewachsen, drei weitere Länder beabsichtigen derzeit ihren Beitritt. Die EU-Kommission, der Europarat und drei wichtige NGOs sind gegenwärtig

⁹ Sämtliche Veröffentlichungen sind beim Gesunde-Städte-Referat am Regionalbüro erhältlich (Dokumente EUR/ICP/CHDV 03 01 01/1, EUR/ICP/POLC 06 03 05D, EUR/ICP/CHVD 03 09 01 bzw. EUR/ICP/CHVD 03 03 03).

¹⁰ Beim Regionalbüro, Referat Umwelt und Gesundheit erhältlich (Dokument EUR/ICP/EHCO 02 02 05/6).

Beobachter in dieser innovativen Bewegung, die Vertreter von Gesundheits- und Justizministerien sowie andere Partner in den Ländern zusammenbringt.

Sektorübergreifende Verantwortung für Gesundheit

158. Hinsichtlich der Definition der Dimension einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (HIA) waren Fortschritte zu verzeichnen und nach Prüfung der aktuellen HIA-Modelle wurde ein Konsenspapier im Entwurf vorbereitet. Die große Bedeutung einer abgestimmten Methodik wird in Artikel 152 des EU-Vertrags von Amsterdam unterstrichen, in dem es heißt, dass bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird.

EINE ERGEBNISORIENTIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Primäre Gesundheitsversorgung

Konzept

159. Primäre Gesundheitsversorgung (PHC) läuft wie ein roter Faden durch das Rahmenkonzept GESUNDHEIT21. Auf einer internationalen Tagung in Almaty (Kasachstan) im November 1998 – zu der das Regionalbüro einen wesentlichen Beitrag leistete – wurde eine Bestandsaufnahme der Fortschritte zur Erreichung der Ziele der ursprünglichen Erklärung von Alma-Ata vorgenommen. Zwar konnten Fortschritte, vor allem in Teilbereichen der medizinischen Versorgung („Primärversorgung“), festgestellt werden, doch muss das eigentliche PHC-Konzept im Sinn einer multisektoralen umfassenden und partizipatorischen Gesundheitsversorgung im Gemeinderahmen mehr Gewicht erhalten und in sämtlichen Ländern in die Praxis umgesetzt werden. Um dazu beizutragen, wurde auf der Konferenz die Vorbereitung einer regionalen und globalen „Streckenkarte“ gefordert, um die PHC voranzubringen. Mit einer solchen „Streckenkarte“ sollen die strategische Gesundheitssystemforschung und relevante PHC-Demonstrationsmodelle, einschließlich der Verbreitungs- und Vernetzungsmechanismen gefördert werden, die zur Dezentralisierung und wirkungsvollen Einbindung der gemeindenahen Ebene als Partner in der primären Gesundheits-

versorgung erforderlich sind. Eine solche „Streckenkarte“ zeigt auch Möglichkeiten für die Zusammenarbeit mit Praktikern der Gesundheitsversorgung auf, um neue Systeme und Werkzeuge für die Erkennung von Problemen, Prioritätensetzung und Entwicklung entsprechender Strategien zu gestalten. In einer Konsenserklärung der Konferenzteilnehmer wurden die Prinzipien und Maßnahmen umrissen, die die primäre Gesundheitsversorgung auf globaler Ebene charakterisieren: Dazu gehören Maßnahmen, die auf mehr Gerechtigkeit, gesundheitlichen Zugewinn, Qualität, Berücksichtigung geschlechterspezifischer Belange, Akzeptanz, Partizipation und Kostenwirksamkeit abzielen

Familien-Gesundheitsschwester

160. Eines der Kernelemente der primären Gesundheitsversorgung ist die Weiterentwicklung des Konzepts von speziellen für die gesundheitliche Beratung und Versorgung der Familie zuständigen Pflegefachkräften („Familien-Gesundheitsschwester“) und Hausärzten („Familiendoktor“), sowie die Schaffung gemeindenaher Mechanismen für die Verknüpfung der Initiative zur Familiengesundheit mit anderen PHC-Initiativen auf lokaler Ebene. Das Regionalbüro war recht erfolgreich mit der Agenda zur Förderung des Konzepts der Familien-Gesundheitsschwester, sozusagen der Gesundheitsfachkraft an der Front, die einzelne Familien über grundsätzliche Fragen der Lebensweise, häuslichen Krankenpflege, Früherkennung von Gesundheitsproblemen usw. beraten kann. Bei seinen Bemühungen um Sicherstellung, dass die Gesundheit der Familie als ein wichtiges Element der primären Gesundheitsversorgung gesehen wird, hat das Regionalbüro mächtige Verbündete mit dem neuen Forum der Pflegeberufe, das sich auf nationale Pflege- und Hebammenverbände in 27 Mitgliedstaaten der Region erstreckt, und mit dem Netz leitender Ministerialbeamter für das Pflegewesen gewonnen. Die analytische Arbeit in diesem Bereich ist abgeschlossen und die Rolle, Funktionen, Aufgaben und Ausbildungsanforderungen für Familien-Gesundheitsschwester wurden klargestellt. Pilotprogramme können jetzt zur Entwicklung dieses neuen Dienstes in allen interessierten Mitgliedstaaten aufgenommen werden.

161. Als Leitfaden für die Grundausbildung von Pflegenden und Hebammen sowie zur Sicherstellung, dass die Mitarbeiter sowohl kompetent als

auch den jetzt und in den kommenden Jahren vor ihnen liegenden Aufgaben gewachsen sind, wurde eine Ausbildungsstrategie für das Pflege- und Hebammenwesen in Europa entwickelt.

162. Die im Juni 2000 in München (Deutschland) organisierte Zweite Europäische Konferenz Pflege- und Hebammenwesen (die erste Pflegekonferenz fand 1988 in Wien statt) war intensiv vorbereitet worden. Von dieser Veranstaltung auf ministerieller Ebene erhofft man sich, alle europäischen Mitgliedstaaten der WHO für eine paneuropäische Strategie im Pflegebereich für die nächsten 20 Jahre zu gewinnen. Zu diesem Zweck ist neben Handlungsstrategien eine Erklärung vorbereitet worden. Diese Konferenz bietet eine einzigartige Gelegenheit zur Einwerbung von Unterstützung für das neue Konzept der Familien-Gesundheitsschwester sowie zur Wissensverbreitung über wichtige Initiativen im Pflegebereich, die in Zusammenarbeit mit den vorstehend erwähnten Partnern ergriffen werden sollen, wie beispielsweise die Entwicklung von Indikatoren zur Qualität der Pflegeergebnisse und andere Maßnahmen zur Verbesserung des Qualitätsmanagement in diesem Bereich des Gesundheitssektors.

163. Ein „Ausrüstungssatz“ ist vorbereitet worden, um den Beitrag zu erhellen, den Pflegende und Hebammen zu der gesamten Palette der Ziele zur GESUNDHEIT²¹ leisten können.

Hausärztliche Versorgung der Familie auf allgemeinmedizinischer Grundlage

164. Im Februar 1998 analysierten die Teilnehmer einer Tagung in Kopenhagen die Ergebnisse einer Konsultation über den Arbeitsentwurf einer Charta für die hausärztliche Versorgung auf allgemeinmedizinischer Grundlage in Europa und stimmten zahlreiche Änderungen ab. Der resultierende (jetzt in vier Sprachen vorliegende) Rahmen für die berufliche und administrative Entwicklung der hausärztlichen Versorgung auf allgemeinmedizinischer Grundlage in Europa wird auf internationalen Tagungen vielfach benutzt und einem breiten Kreis von Interessenten zugänglich gemacht. Ein ebenfalls 1998 als Ko-Publikation herausgegebenes Buch über die hausärztliche Praxis in der primären Gesundheitsversorgung vermittelt ein klares Bild über die gegenwärtigen Aufgaben und

Funktionen von Allgemeinmedizinern in den europäischen Mitgliedstaaten.

165. Ein auf Strategien zur Entwicklung der hausärztlichen Praxis fokussiertes Netzwerk – unter Beteiligung ausgewählter Experten aus mittel- und osteuropäischen Ländern – hat auf Einladung der WHO seit 1995 regelmäßig getagt. Zwei Treffen fanden während des Berichtszeitraums statt, und zwar im September 1998 in Zagreb (Kroatien) und im Oktober 1999 in Tartu (Estland).

166. Das Netzwerk St.-Petersburg-Initiative bringt Wissenschaftler und Entscheidungsträger aus den zwölf Nachfolgestaaten der Sowjetunion zusammen. Der Hauptzweck dieses Verbunds ist, die medizinische Grundausbildung und Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung auf allgemeinmedizinischer Grundlage zu definieren. Das Netzwerk bietet ein Forum für Diskussionen und Erfahrungsaustausch über Laufbahnentwicklung und andere spezifische Bildungsfragen. Die Netzwerk-Mitglieder tagten im Oktober 1998 in Lviv (Ukraine) sowie im November 1999 in Bischkek (Kirgisistan).

167. Im Mai 1998 fand die erste Tagung zur Beurteilung der Erfordernisse und Ergebnisse in der primären Gesundheitsversorgung in Heraklion (Griechenland) statt. Das auf der Tagung gebildete Netz bringt PHC-Experten zusammen, um die bei der Konsens-Beurteilung der Erfordernisse und Ergebnisse angewandten Methoden zu überprüfen, um die Grundzüge eines gemeinsamen Ansatzes festzulegen und um Möglichkeiten zur Umsetzung dieser Methoden in verschiedenen Kontexten zu sondieren.

168. Die WHO hat auch ein innovatives Netzwerk für das Projekt „Tipping the balance towards primary health care“ (TTB) unterstützt, das Distrikten die Möglichkeit gibt, voneinander zu lernen und sich an Gemeinschaftsprojekten zu beteiligen. Nach Unterzeichnung einer Vereinbarung mit dem TTB-Netzwerk im März 1998 war dieser neue Verbund während des gesamten Berichtszeitraums auf anderen Netzwerk-Tagungen vertreten; das Regionalbüro für Europa ist auf der TTB-Jahrestagung repräsentiert und der TTB-Lenkungsausschuss tagt jedes Jahr am Sitz des Regionalbüros.

169. Im Aralsee-Gebiet von Usbekistan wurde mit dem so genannte „Munjak-Projekt“ ein Pilotprojekt in Angriff genommen, um festzustellen, wie der Bevölkerung, die als Folge gewaltiger Umweltkatastrophen in dieser Region unter schrecklichen Bedingungen lebt, geholfen werden kann. Dieses Projekt bietet eine Mischung aus eher klassischen Programmen für Familienplanung und Kindergesundheit, über Pflegeausbildung und Familiengesundheit bis hin zu wissenschaftlichen, computergestützten Ansätzen in Bezug auf Versorgungsqualität und Telemedizin.

170. Im Zuge des Plans zur Durchführung des „Lukman-Projekts“ in Turkmenistan sind Maßnahmen in ausgewählten Einrichtungen vorgesehen, um das gewählte PHC-Modell, das sich auf die Gesundheitsversorgung, Umwelt und multisektorale Gesundheitsförderung bezieht, zu demonstrieren. Außer Tätigkeiten betreffend die Fortbildung und Infrastruktur sind Leitlinien für effizientes Management erarbeitet worden.

171. Am entgegengesetzten Ende des NUS-Gebiets hat das Regionalbüro kürzlich dem Barents-Rat einen ähnlichen Ansatz zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung vorgeschlagen, der umweltbezogene Komponenten beinhaltet. Im Übrigen wurde ein PHC-Projekt in den zentralasiatischen Republiken vorbereitet und soll als büroweite Initiative durchgeführt werden.

Integrierte Gesundheitsversorgungsleistungen

Vernetzung des Krankenhauswesens und der primären Gesundheitsversorgung

172. Eine Reihe von Tätigkeiten konzentrierten sich auf die Nachweise zu Gunsten einer Akzentverlagerung von der Versorgung im Krankenhaus zur häuslichen Gesundheitsversorgung, zum Zweck der Optimierung der Notfalldienste und Verbesserung des Krankenhausmanagement. Der Lenkungsausschuss des Projekts für häusliche Gesundheitsversorgung und krankenhausexterne Notfalldienste trat während des Berichtszeitraums zweimal zusammen und für diese beiden Bereiche wurden Datenbanken erstellt. Ein Workshop über eine Verflechtung von Krankenhäusern und primärer Gesundheitsversorgung zeigte Beispiele für gute Praxis, den Nutzen einer Integration und die Erfordernisse

für eine Umsetzung in die Praxis. Das Netzwerk Gesundes Krankenhaus tagte während des Berichtszeitraums zweimal auf internationaler Ebene und außerdem im Rahmen von Jahrestagungen auf nationaler Ebene. Eine Datenbank wurde etabliert und die Informationsverbreitung erfolgt über einen Newsletter sowie über eine Website. Zum Thema Evaluierung der Effizienz des Krankenhauswesens wurde ein Buch veröffentlicht.

Patientenrechte und Einbeziehung von Verbrauchergruppen

173. Nach der bahnbrechenden Amsterdamer Erklärung über Patientenrechte (1994) und in Einklang mit der Charta von Ljubljana zur Reformierung der Gesundheitsversorgung (1996) hat sich in ganz Europa das Interesse am Themenkomplex Patientenrechte stark erhöht. Deshalb etablierte das Regionalbüro 1997 ein diesbezügliches Netz. Die zweite Tagung des Expertennetzes fand im Juli 1998 im Vereinigten Königreich statt, unter Beteiligung von Vertretern aus 21 west- und osteuropäischen Ländern, dem Europarat, dem Nordischen Ministerrat, Patienten- und Verbrauchergruppen, Wissenschaftlern usw. Ein Aktionsplan wurde verabschiedet, um die Entwicklung von Patientenrechten sowie die Einbeziehung der Bürger in den Entscheidungsfindungsprozess in den Mitgliedstaaten zu verfolgen und zu beschleunigen und um die Schaffung von nationalen Netzen für Patientenrechte anzuregen. Alle Mitgliedstaaten wurden zur Beteiligung an dem Netz eingeladen und bis dato haben elf Staaten ihre Mitwirkung zugesagt. Sechs Mitgliedstaaten haben nationale gesetzliche Regelungen über Patientenrechte befürwortet.

Management der Gesundheitsversorgung

174. Ein Bericht über die Neuausrichtung der Gesundheitssysteme mit Blick auf die Gesundheitsergebnisse sowie Leitlinien über die Praxis der Gesundheitsversorgung wurden fertiggestellt. Hier hat sich gezeigt, wie wenig im Grunde über die Auswirkungen zahlreicher Systemveränderungen auf den Gesundheitszustand bekannt ist (beispielsweise in Bezug auf Organisation, Finanzierung und ordnungspolitische Steuerung). Es wird empfohlen, mit der handlungsorientierten Forschung fortzufahren, um die Auswirkungen infolge von Verhaltensänderungen bei Erbringern von Gesundheitsleistungen, Klienten und Führungskräften festzustellen.

175. In Deutschland fand eine Tagung über Krankenversicherungssysteme statt, mit Beteiligung aus west- und osteuropäischen Ländern. Eine Erhebung über „Gesundheitsversorgungspakete“ wurde fertiggestellt.

Entwicklung der Versorgungsqualität

176. In den letzten beiden Jahrzehnten hat sich das Regionalbüro sehr stark mit länder- und berufsspezifischen Konzepten und mit Rückinformations-Systemen zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung und für Pilotprogramme in Mitgliedstaaten befasst. Diese Tätigkeiten wurden in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Mitgliedstaaten und führenden Organisationen der Gesundheitsberufe durchgeführt.

Versorgungsqualität beim Management von nichtübertragbaren Krankheiten

177. Das Regionalbüro hat weiterhin die St.-Vincent-Bewegung für effizientes Diabetes-Management gefördert, als ein Modell zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei nichtübertragbaren Krankheiten (diese Tätigkeiten erfolgen in enger Zusammenarbeit mit der europäischen Sektion der Internationalen Diabetesföderation und der Europäischen Vereinigung für Diabetesstudien). Die St.-Vincent-Bewegung hat jetzt zu ersten deutlichen Verbesserungen bei den Gesundheitsversorgungsergebnissen sowie zu einem Rückgang der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten in vielen Pilotgebieten in der Region, unter anderem auch in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, geführt.

178. Eine Reihe von neuen Werkzeugen wurde für die Datensammlung entwickelt, beispielsweise für Basisdatenblätter betreffend diabetische Retinopathie, Schwangerschaft von diabetischen Frauen, Kinder mit Diabetes und diabetesbedingte Nephropathie. Verschiedene Datensammlungs-Knotenpunkte wurden für bestimmte Ländergruppen vorgesehen (Bukarest, für die Schwarzmeerländer und Graz für Österreich und Deutschland) wie auch nationale Knotenpunkte (Frankreich, Norwegen, Portugal, Vereinigtes Königreich usw.). In einigen dieser Länder (Norwegen und Vereinigtes Königreich) wurde das Konzept dieser Basisdatenblätter zur Anwendung in einem PHC-Setting übernommen.

179. Ein WHO-Büro zu Fragen der Versorgungsqualität bei nichtübertragbaren Krankhei-

ten wurde in Zusammenarbeit mit dem britischen Gesundheitsministerium im Februar 1998 in London eingerichtet. Dieses Büro dient als zentrale Anlaufstelle für speziell auf Mittel- und Osteuropa ausgerichtete Qualitätsmanagementprogramme. Zu seinen weiteren Aufgaben gehört die Ermittlung von Zentren im Vereinigten Königreich mit der besten klinischen Praxis – zunächst in den Bereichen Diabetes, Asthma, Muskelskelettstörungen, chronische Krankheiten, Schlaganfall, psychische Gesundheit, Bluttransfusionswesen und Perinatalversorgung – damit die Erfahrungen und das Fachwissen dieser Zentren bekanntgemacht und nutzbringend angewandt werden.

Datensammlung und -analyse

180. 1999 wurde ein Internet-Server (<http://qct.who.dk>) in Betrieb genommen, der es Gesundheitsinstitutionen und Public-Health-Managern in der gesamten Region ermöglicht, ihre eigenen Resultate auf dem Gebiet des Patientenmanagement sofort mit entsprechenden Informationen in der regionalen EURO-Datenbank zu vergleichen. Derzeit sind auf diese Art und Weise Daten über die Perinatalversorgung (unter Anwendung der OBSQID-Indikatoren für Qualität) und Diabetes-Management (aus der DIABCARE-Datei) abrufbar; neue Bereiche kommen hinzu, wenn die einschlägigen Systeme zur Verfügung stehen. Auf einem Workshop in Israel im November 1998 und einer OBSQID-Satellitentagung in Istanbul wurden Aspekte der Datensammlung untersucht und Erfahrungen darüber ausgetauscht, was funktioniert hat (oder auch nicht) und inwieweit Verbesserungen nötig sind.

181. In englischer und russischer Sprache steht ein Datensammlungsinstrument auf der Basis der generellen EpiInfo-Software zur Verfügung und wird hauptsächlich, aber nicht ausschließlich, in MOE-/NUS-Ländern genutzt. Des Weiteren beinhaltet die Software Instrumente für Datensammlung, Datenanalyse und Datentransfer. Ein Netzwerk in MOE-/NUS-Ländern beteiligt sich an der Datensammlung, unter Anwendung fallspezifischer verdichteter Qualitäts-Indikatoren.

182. Eine besonders interessante Neuerung war die Entwicklung des Fragebogens „Well-being five“ mit einfachen Fragen, die zum Screening von Depressionen und zur Messung

der Wirksamkeit bestimmter Therapien gegen Depressionen beitragen können. Auf einer Tagung in London im Oktober 1999 befasste man sich mit dem Thema Versorgungsqualität bei Depressionen und diesbezügliche Kosten. Es zeigte sich klar, dass eine schlechte Behandlung bei Depressionen zu einer vermeidbaren Ressourcenverschwendung und zu Problemen führt, auf die dringend eingegangen werden sollte.

Patientenaufklärung

183. Die von der WHO und ihren Kooperationszentren während des Berichtszeitraums durchgeführten Tätigkeiten zeigten, dass Patientenaufklärung ein sehr wichtiger Faktor hinsichtlich einer Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse und der Lebensqualität für chronisch Kranke sein kann; Patientenaufklärung kann auch die Kosten der Gesundheitsversorgung verringern. Der erste Bericht einer WHO-Arbeitsgruppe zu diesem Thema wurde 1998 herausgegeben, gestützt auf ein Gemeinschaftsprojekt mit dem WHO-Kooperationszentrum am Genfer Kantonsspital. Dieser Bericht zeigte u. a. eine 80%ige Verringerung der Krankenhauseinweisungsrate bei Asthmapatienten, eine 90%ige Verringerung in Bezug auf diabetisches Koma und eine 75%ige Verringerung bei diabetesbedingten Amputationen sowie einen Rückgang der Fehlzeiten bei Patienten mit Rückenbeschwerden um 50% – sämtliche Verbesserungen wurden durch diesen recht einfachen, aber wesentlichen Ansatz erreicht.

Indikatoren

184. Die Indikatoren über den Mundgesundheitszustand in Europa in den Altersgruppen 6, 12, 35–44 und 65–74 Jahre wurden aktualisiert und ein Bericht über Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der zahnmedizinischen Versorgung auf nationaler Ebene wurde im Entwurf vorbereitet. Die Informationssysteme über Mundgesundheit dokumentieren einen Rückgang der Zahnkaries bei Kindern in Polen und Ungarn aufgrund der 1999 durchgeführten Vorhaben. Als Modell für die NUS-Länder wurde ein ähnliches Informationssystem in Weißrussland eingerichtet.

185. Ein erster Katalog von allgemeinen Qualitäts-Indikatoren für die primäre Gesundheitsversorgung in Bezug auf psychische Gesundheit, die Gesundheit älterer Menschen, Mundgesund-

heit, Muskelskeletterkrankungen und Diabetes mellitus wurde im Februar 1999 auf einer Tagung in Dänemark entwickelt. Der erste Entwurf fallspezifischer Indikatoren für Nierenerkrankungen wurde abgefasst und wird gegenwärtig in skandinavischen Ländern als Modellprojekt durchgeführt.

Blutprodukte

186. Programme zur Technologiebewertung, vor allem in Bezug auf den rationellen Einsatz von Blut, wurden in klinischen Einrichtungen initiiert, auf der Grundlage eines in Albanien durchgeführten Projekts und der in Rumänien gemachten Erfahrungen. Das Projekt in Albanien bewirkte eine erhebliche Verbesserung der Infrastruktur und Laboreinrichtungen am nationalen Bluttransfusionszentrum und an regionalen Zentren in ganz Albanien und trug zur Kompetenzbildung im Bereich des nichtkommerziellen Blutspendewesens und zur Förderung der Spendewilligkeit bei. Außerdem wurde ein Grunddatenblatt für die Datensammlung über die Verwendung von Blut und die Wirkung bei den Patienten erarbeitet und dann in verschiedenen klinischen Abteilungen erprobt (Geburtshilfe, Hämatologie und Herzchirurgie). Mit dem Gesundheitsministerium und dem nationalen Bluttransfusionszentrum wurde eine nationale Tagung organisiert, um den rationellen Einsatz von Blut und Blutersatzprodukten zu fördern. Chirurgen, Geburtsmediziner und andere häufige Anwender von Blutprodukten nahmen an dieser Tagung teil, die zur Einsetzung einer Task Force für die Abfassung und Umsetzung von diesbezüglichen Leitlinien führte.

Arzneimittel und medizinische Geräte

Arzneimittel

187. Die Philosophie der „Gesundheit für alle“ ist das „Leitmotiv“ für die Entwicklung länderspezifischer Konzepte betreffend den Zugang, die Qualität und den rationellen Einsatz von Arzneimitteln; dabei stützt man sich sehr stark auf eine stärkere Partizipation und Rechenschaftspflicht aller Akteure im pharmazeutischen Sektor.

188. Die WHO hat Funktionen als Gesundheits-Lobbyist, als Lieferant von wissenschaftlich erhärteten Instrumenten, als Informationszentrum für Arzneimittelpolitik, als Plattform

und Initiator von Netzwerken und als Katalysator für Maßnahmen wahrgenommen. Neue Ansätze und Erkenntnisse gab es in Bezug auf einen besseren Arzneimittelseinsatz, die Rolle des Apothekers bei der Gesundheitsförderung sowie mehr Effizienz hinsichtlich der Arzneimittelausgaben.

189. Während des Berichtszeitraums wurden eine Strategie und ein Papier bezüglich der Auswirkungen des Rahmenkonzepts GESUNDHEIT21 auf den Arzneimittelsektor in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion vorbereitet und veröffentlicht, in Zusammenarbeit mit Behörden sämtlicher NUS-Länder. Die Ansätze und Strategien für die Länder und für die WHO wurden sodann entsprechend den einschlägigen Konzepten harmonisiert.

190. Nationale arzneimittelpolitische Konzepte werden derzeit in einer Reihe von europäischen Ländern entwickelt, bedarfsgerecht zugeschnitten und verbessert. Zu den Themen Preispolitik und Erstattungsverfahren für MOE-Länder, ökonomische Arzneimittelbewertung (EU-Länder und MOE-Länder), Management von Krankenhausapotheken (MOE-Länder), Verbesserung der Verschreibungspraktiken (EU-Länder und MOE-Länder) sowie Arzneimittelzulassung (Internationale Konferenz der Arzneimittelzulassungsbehörden mit dem WHO-Hauptbüro) wurden Tagungen organisiert. Eine Publikation über Kostendämpfungsmaßnahmen ist in Vorbereitung und in der für Gesundheitsfragen zuständigen Abteilung der London School of Economics wird eine Clearingstelle für Arzneimittelpolitik eingerichtet.

191. Durch direkte Unterstützung der Länder und Vernetzung zwischen Fachexperten und politischen Entscheidungsträgern führte ein breit angelegtes, vom Vereinigten Königreich finanziertes Projekt für Reformen im pharmazeutischen Bereich in den NUS-Ländern zu neuen Arzneimittelgesetzen und effizienteren Arzneimittelzulassungsbehörden in den betreffenden Ländern. Außerdem bewirkte das Projekt einen schärferen Fokus auf den Zugang zu Arzneimitteln für Bedürftige und für Patienten mit einem hohen Bedarf an teuren Arzneimitteln, Pilotverfahren zur Rückerstattung von Arzneimittelkosten, neue Konzepte des Arzneimittelmanagement in Krankenhäusern, zahlreichere und angemessenere Instrumente zur Verbesserung der Arzneimitte-

lauswahl und Verschreibungspraktiken, Verbreitung von dienlichen Arzneimittelinformationen sowie Verbesserungen der Apothekenpraxis und Umsetzung der Arzneimittelvorschriften. Fortbildungsmaßnahmen und Vernetzung führten an verschiedenen Universitäten zu neuen Ansätzen in der Pharmakotherapie, vor allem in Armenien, Georgien, Kirgisistan, der Russischen Föderation, Tadschikistan und Usbekistan.

192. Im Zusammenhang mit den Konflikten im ehemaligen Jugoslawien wurde die Nothilfe durch Leitlinien für Hilfsorganisationen über Arzneimittelspenden verbessert und Dänemark, Frankreich, Italien, Norwegen und das Vereinigte Königreich finanzierten Maßnahmen als Beitrag zum Aufbau eines leistungsfähigen pharmazeutischen Sektors. Länderprojekte in Albanien, Bosnien-Herzegowina, der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien und im Kosovo konzentrierten sich auch auf nationale Arzneimittelkonzepte, Arzneimittelzulassung, Fragen der Arzneimittelversorgung, Rückerstattung und Preispolitik sowie auf den rationelleren Einsatz von Medizinprodukten.

193. Die Zusammenarbeit mit folgenden Organisationen wurde ausgebaut: EU-Kommission (in Bezug auf Arzneimittelzulassung und Rückerstattung sowie in Bezug auf die EU-Beitrittsländer und die European Medicines Evaluation Agency), OECD, Europarat, verschiedenen Ländern (bilaterale Hilfe), Weltbank und Berufsverbände (European Drug Utilization review Group, Pharmaceutical Care Network Europe usw.).

Versorgung mit Medizinprodukten

194. Das europäische Informationssystem der WHO für die Versorgung mit Medizinprodukten (ISMS) war ursprünglich geschaffen worden, um potenziellen Geberstellen aktuelle Informationen über die spezifischen Gesundheitserfordernisse in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion zu geben. Angesichts der dortigen sozioökonomischen Situation hingen die meisten NUS-Länder größtenteils von der Hilfe externer Partner ab, um die bedarfsgerechte Versorgung mit Impfstoffen, unentbehrlichen Arzneimitteln und medizinischer Grundausrüstung sicherzustellen. Die Verfügbarkeit akkurater und aktueller Informationen war von wesentlicher Bedeutung für adäquate Unterstützung und Versorgung. ISMS fungierte als Clearingstelle und stellte –

durch vierteljährliche und jährliche Berichte – die Sammlung, Verarbeitung und Verbreitung einer breiten Palette von gesundheitsbezogenen Informationen und Daten über den Gesundheitszustand und die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung in den NUS-Ländern sicher. Das Projekt hatte seine Zielvorgaben voll und ganz erreicht und wurde abgeschlossen.

Reformen der Gesundheitsversorgung

Europäische Beobachtungsstelle für Gesundheitsversorgungssysteme

195. Die im Februar 1999 offiziell eröffnete Beobachtungsstelle für Gesundheitsversorgungssysteme ist ein neues großes Partnerschaftsprojekt zwischen dem Regionalbüro, der Regierung von Norwegen und Spanien, der Europäischen Investitionsbank, der Internationalen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene and Tropical Medicine, im Verbund mit dem Open Society Institute. Ein WHO-Kooperationszentrum wurde am Institut Carlos III in Madrid als Teil der Beobachtungsstelle eingerichtet.

196. Die Beobachtungsstelle unterstützt und fördert eine evidenzbasierte Gestaltung der Gesundheitspolitik durch umfassende und eingehende Analysen der Dynamik von Gesundheitsversorgungssystemen in Europa. Durch eine Reihe von Informationsprodukten wie beispielsweise vergleichende und analytische Studien, eine Internet-Site (<http://www.observatory.dk>), einen Newsletter, eine umfassende Publikation¹¹ und eine Reihe von Profilen der Gesundheitsversorgungssysteme im Wandel (HIT) für einzelne Länder in der Region liefert sie auch den Mitgliedstaaten aktuelle Informationen über die bei Veränderungen von Organisation, Management und Finanzierung der Gesundheitsversorgung gewonnenen Erfahrungen. Vierzig HIT-Profile werden derzeit erarbeitet, 28 wurden bis Ende 1999 fertiggestellt.

197. Die Beobachtungsstelle leistet ferner einen wichtigen Beitrag zu den globalen Bemühungen der WHO, um sicherzustellen, dass wis-

senschaftlich erhärtete Fakten (Evidenz) systematisch gesammelt und für den politischen Entscheidungsprozess genutzt werden. Zu den jüngsten Themen gehörten: Steuerung unternehmerischen Verhaltens und die eigentliche Rolle von Krankenhäusern.

Verbundprojekte zur Reform der Gesundheitsversorgung

198. Die Unterstützung von Ländern, die die Gesundheitsversorgung reformieren, erfolgte teilweise durch bilaterale Länderprojekte, teilweise über nach geographischen Gesichtspunkten eingerichtete Netze (CARNET, EASTNET, MIDNET und SOUTHNET).

199. Die CARNET-Gruppe war besonders aktiv: ihre Arbeit über Krankenhausdienste wurde abgeschlossen und zwei andere Bereiche – Hygiene/Epidemiologische Dienste sowie Lebensweisen und primäre Gesundheitsversorgung – wurden in Angriff genommen. Einzelne Länder wurden weiterhin unterstützt. Besonders wichtig war die Fortsetzung des MANAS-Programms in Kirgisistan, wohin das Regionalbüro alle sechs Monate Missionen geschickt hat. Im Zeitraum 1998–1999 wurden u. a. die Bereiche Entwicklung der humanen Ressourcen, Pflegewesen und Kommunikation speziell unterstützt. In Turkmenistan wurde das LUKMAN-Projekt abgeschlossen und in ausgewählten Einrichtungen startete ein Modellprojekt für primäre Gesundheitsversorgung; weitere Tätigkeiten werden fortgeführt. In Tadschikistan wurde das Somoni-Gesundheitsreformprojekt nach dem Modell des MANAS-Projekts initiiert. Ein nationales Team wurde gebildet und ein Projektleiter wurde dort vom Regionalbüro für Europa in dem Land (auf Vollzeitbasis) eingesetzt, um das Team zu unterstützen; die Strategie wird gegenwärtig in einen staatlichen Modellplan für die Entwicklung eingearbeitet

200. Die MIDNET- UND EASTNET-Gruppe analysierte Fragen der Prioritätensetzung und Rationalisierung, der Effizienz von Gesundheitsversorgungsdiensten und des ausgewogenen Mischungsverhältnisses zwischen öffentlichen und privaten Diensten. Mehrere Länder, die Mitglied dieser Netzwerke sind, wurden eingehend beraten.

¹¹ SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 72).



201. SOUTHNET legte einen besonderen Akzent auf Reformen im Bereich der primären Gesundheitsversorgung. Auf der zweiten und dritten Tagung (Saloniki, Griechenland, im Dezember 1998 und Jerusalem, Israel, im November 1999) beschlossen die SOUTHNET-Mitglieder das praktische Vorgehen für eine stärkere Gewichtung der primären Gesundheitsversorgung. Die Tagungsteilnehmer begrüßten die gebotene Möglichkeit für einen Erfahrungsaustausch zwischen Mittelmeer-, Balkan- und Kaukasus-Ländern.

KONZEPTE UND MECHANISMEN ZUR HERBEIFÜHRUNG EINES WANDELS

Public-Health-Rolle und -Kompetenz

202. 1998 erörterte das Regionalkomitee eine Strategie zur Stärkung von Public Health und eine überarbeitete Fassung dieses Strategiepapiers wurde im darauffolgenden Jahr verabschiedet (Resolution EUR/RC49/R9). Das Regionalbüro entwickelt Werkzeuge, Orientierungshilfen und integrative Aktionspläne zur Unterstützung der Arbeit von Mitgliedstaaten hinsichtlich der Überprüfung und Modernisierung ihrer Public-Health-Funktionen und -Infrastrukturen. Ein besonderes Gewicht wird auf die Stärkung des Bereichs Public-Health-Ausbildung und Forschungskapazitäten auf Länderebene und teilregionaler Ebene gelegt. Ein Kompendium über Public-Health-Aufgaben auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene in

den Ländern der Europäischen Region wurde herausgegeben und derzeit wird an einer revidierten Ausgabe gearbeitet.

203. Die neue kasachische Akademie für öffentliche Gesundheit, die 1998 als Ergebnis einer weitreichenden Kooperation zwischen dem Regionalbüro und der Regierung von Kasachstan eröffnet wurde, leistet einen wichtigen Beitrag im Südosten der Region. Während des Berichtszeitraums wurden verschiedene Schritte unternommen, um starke internationale Verbindungen zu der neuen Akademie herzustellen, die als ein Beispiel für andere NUS-Länder wie auch als Einrichtung für die Weiterbildung von Stipendiaten aus Nachbarländern in diesem Teil der Region dienen soll.

204. Gegenwärtig ist man dabei, gesundheitsbezogene wirtschaftswissenschaftliche Lehrmodule für die Bereiche Gesundheitsökonomie, Gesundheitssektor und Management der Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Die bereits zur Verfügung stehenden Module wurden in Kasachstan, der Russischen Föderation und Ungarn getestet. Ein Projekt mit der Soros-Foundation über gesundheitsökonomische Forschung, das sich auf eine Stärkung der Primärversorgung und Kompetenzbildung in Gesundheitsökonomie konzentriert, wird auch in Ungarn durchgeführt. Durch seine Teilnahme am Leonardo-da-Vinci-Projekt der EU leistet das Regionalbüro einen weiteren Beitrag zur Kompetenzbildung in diesem Bereich.

Der Gesundheitsminister von Kasachstan hatte die Absicht geäußert, eine Akademie für Public Health einzurichten und das Regionalbüro um Unterstützung ersucht. Diese Akademie, die Kasachstan School of Public Health (KSPH), wurde offiziell im August 1997 durch Regierungserlass gegründet. Die KSPH dient nicht nur der Aus- und Weiterbildung, sondern auch der Forschung und Fachberatung in den Bereichen Gesundheitspolitik, Gesundheitsökonomie und Finanzen, Umwelt- und Arbeitshygiene, Gesundheitsförderung und Sozialwissenschaften sowie Epidemiologie und Statistik.

In den zwei Jahren seit ihrer Gründung hat die KSPH einen Stamm von Mitarbeitern eingestellt, die im Ausland wie auch im Land selbst geschult werden. Seit Anfang 1999 bietet die KSPH Kurzlehrgänge zu verschiedenen Themen für Gesundheits-Verwaltungsfachkräfte an. Der Lehrgang zum Erwerb des akademischen Grads Master in Public Health (MPH) wird jetzt vorbereitet und soll im Herbst 2000 in den Lehrplan aufgenommen werden.

Mit anderen Institutionen wurden Partnerschaften geschlossen. In Zusammenarbeit mit der kanadischen McGill University wurde ein Management-Schulungsprogramm entwickelt und durchgeführt. Die mit Unterstützung der American Industrial Hygiene Association sichergestellte zweijährige Partnerschaft mit der US-amerikanischen Virginia Commonwealth University erwies sich als sehr nutzbringend für Kurzlehrgänge wie auch für das MPH-Curriculum.

Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitische Entwicklung

205. Mit Unterstützung und Anleitung von gesundheitspolitischen Beratern im Rahmen des EUROHEALTH-Programms des Regionalbüros wurde der Prozess der Gestaltung von gesundheitspolitischen Konzepten in einer Reihe von MOE- und NUS-Ländern fortgesetzt. Diese Arbeit beinhaltete die Erstellung und Durchführung von Plänen für die Aktualisierung solcher Konzepte und den Aufbau einer soliden Infrastruktur für die Formulierung, Umsetzung und Verlaufsbeobachtung der künftigen Gesundheitspolitik. 1998–1999 waren ständige wie auch ad-hoc-beauftragte Public-Health-Berater in etlichen EUROHEALTH-Ländern tätig und gegenwärtig werden Mittel mobilisiert (auch in Form der Entsendung von Experten aus Geberländern und Institutionen), um eine permanente Präsenz solcher Berater in den Ländern zu etablieren. Zur gleichen Zeit wurden Gesundheitsminister und führende Regierungsvertreter an das Regionalbüro zur Orientierung über das Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 und einschlägige Strategien eingeladen.

206. Nach einer vergleichenden Analyse über die Erfahrungen von Ländern sowie einer Reihe von eingehenden Studien wurde ein Bericht über die gesundheitspolitische Entwicklung in Europa fertiggestellt.¹² Dieser Bericht geht einerseits auf

die breit angelegte weitreichende GFA-Philosophie ein, andererseits weist er auf eine behutsamere, konventionelle Schwerpunktlegung auf enger gefasste Konzepte hin. Mit Unterstützung des britischen King's Fund und anderer Partner hat das kürzlich von der WHO eingerichtete Europäische Zentrum für Gesundheitspolitik eine Tagung organisiert, um effiziente Wege für die Schaffung eines „Dialogs für die Gesundheit“ mit verschiedenen Sektoren zu sondieren. Des Weiteren hat das Zentrum Tätigkeiten über methodologische Grundlagen gesundheitspolitischer Analysen und die Gestaltung der Gesundheitspolitik gefördert. Dies beinhaltete folgendes: Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen, Methoden zur Zielsetzung im Bereich Public Health, Strukturen und Anreize für Partnerschaften zur gesundheitlichen Entwicklung, sektorspezifische Dialoge für die Gesundheit sowie Fragen der Relevanz für Länder, die sich um eine Aufnahme in die EU bewerben.

Regionen für die Gesundheit

207. Das Verbundprojekt Regionen für die Gesundheit gewinnt an Bedeutung, da mehr und mehr Länder regionale Strukturen schaffen bzw. ausbauen. Der EU-Ausschuss für die Regionen und der Kongress des Europarats für lokale und regionale Behörden in Europa sind Beispiele für Gremien, die diesen Trend reflektieren. Das Netzwerk des Regionalbüros erstreckt sich jetzt auf 21 Regionen in 13 Ländern, die über 70 Millionen Einwohner repräsentieren; drei neue Regionen bereiten gerade ihren Beitritt zu diesem

¹² *Op. cit.* (s. Seite 1).

Verbundprojekt vor. Mit Hilfe von Partnerschaftsprojekten, Workshops und kleinen Netzen wird MOE-/NUS-Ländern – vor allem den EU-Beitrittskandidaten – spezifische Unterstützung gewährt, damit Regionen in diesen Ländern das Instrumentarium zur Formulierung und Umsetzung des gesamten Rahmenkonzepts GESUNDHEIT21 an die Hand bekommen. Ein diesbezügliches Vierländerprojekt wurde durchgeführt und bewertet.

Information und neue GFA-Indikatoren

208. Die GFA-Datenbank wird jetzt laufend aktualisiert und im Zuge des jährlichen Datensammlungszyklus wird jeweils im Januar und Juni eine nutzerfreundliche Fassung produziert und verbreitet (u. a. über das Internet).

209. Die Anpassung der existierenden GFA-Indikatoren an das neue Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 ist für die Bestandsaufnahme der Fortschritte zur Realisierung der 21 neuen Ziele besonders wichtig. Trends und Projektionen wurden analysiert und bei Abfassung der neuen Ziele herangezogen. Die GFA-Indikatoren bieten weiterhin Potenzial zur internationalen Zusammenarbeit.

210. Es ist ermutigend festzustellen, dass viele Mitgliedstaaten – in Osteuropa wie auch in Westeuropa – jetzt das GFA-Datenbanksystem des Regionalbüros zur Nutzung auf nationaler und nachgeordneter Ebene angepasst haben. In Mittel- und Osteuropa (schrittweise auch in NUS-Ländern) werden länderspezifische Datenbanken entwickelt und zur Erleichterung der praktischen Anwendung wurde Lehrmaterial in russischer Sprache vorbereitet. Diese Arbeit erfolgte teilweise im Zuge von mittelfristigen Länderprogrammen, während umfassendere Tätigkeiten über das von EU und WHO gemeinsam geschaffene Europäische Public-Health-Informationsnetz für Osteuropa (EUPHIN-EAST-Netz) durchgeführt wurden. In jüngster Zeit wurde auch von Italien, Österreich, der Schweiz, einigen deutschen Bundesländern und mehreren Regionen in Frankreich Interesse geäußert.

Highlights

211. Als Gemeinschaftsprojekt mit der EU-Kommission wurden „Highlights on health“ für 15 EU-Länder fertiggestellt. Diese Berichte werden als eine der am besten geeigneten Mög-

lichkeiten angesehen, allgemeine Informationen über Gesundheit in den einzelnen Ländern für einen breiten Kreis von Interessenten zu vermitteln; die WHO arbeitet bei diesem Produkt mit den betreffenden Mitgliedstaaten, Geberstellen und anderen internationalen Organisationen wie z. B. EU-Kommission zusammen. Finnland entsandte einen beigeordneten Sachverständigen zur Erarbeitung solcher Highlights für mittel- und osteuropäische EU-Beitrittsländer und Israel stellte externe Berater für Highlights über die zentralasiatischen Republiken (CAR-Highlights) zur Verfügung. Die Erstellung von Public-Health-Berichten durch Mitgliedstaaten machte ebenfalls gute Fortschritte im Berichtszeitraum; u. a. produzierten Israel, Italien und Portugal Neufassungen bzw. überarbeitete Fassungen.

Informationsnetz

212. Das EUPHIN-EAST-Netz ist eine besonders wichtige Entwicklung. Es handelt sich um ein Telematik-Projekt zur Verbindung der nationalen Datenbanken von 23 MOE- und NUS-Ländern, die den Nutzern einfachen interaktiven Zugang ermöglichen und die Möglichkeit zur unkomplizierten Berichterstattung über wichtige Gesundheitsindikatoren und zur Datenübermittlung an die WHO bieten. Es ist beabsichtigt, das EUPHIN-EAST-Netz mit einem ähnlichen Netz zu verbinden, das von den 15 EU-Ländern für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union gegenwärtig entwickelt wird. Obwohl die von der EU finanzierte Phase des Projekts sich ihrem Ende nähert, ist geplant, dieses Netzwerk fortzusetzen und die Zahl der „live“ beteiligten Länder von derzeit neun auf sämtliche MOE- und NUS-Länder auszuweiten.

Gesundheitssurveys

213. Das Europäische Gesundheitsinterview-Projekt (EUROHIS), das mit Statistics Netherlands begonnen wurde, macht gute Fortschritte und für derartige Surveys in der gesamten Region werden jetzt gemeinsame Verfahrenspläne und Instrumente entwickelt. Dieses von der EU-Kommission und dem Regionalbüro finanzierte Projekt wurde auf alle an einer Beteiligung interessierten Mitgliedstaaten ausgeweitet. EUROHIS ist das erste WHO-Projekt von BIOMED2 (zuvor Generaldirektion XII der EU-Kommission). Als innovatives Modell in seinem technischen Ansatz sollte es zur Öffnung von BIOMED für andere WHO-Programme dienen.

Gesundheitsstatistik

214. Eine gemeinsame ECE/WHO-Tagung über Gesundheitsstatistik fand 1998 in Rom auf Einladung des italienischen statistischen Landesamts (ISTAT) und mit Unterstützung von ECE, EU-Kommission, UNFPA, UNICEF und Weltbank statt. Außer den vorstehend erwähnten internationalen Organisationen gehörten Vertreter aller Mitgliedstaaten, ferner Vertreter der OECD und des United Nations Statistical Office zu den Teilnehmern. Ein internationales Kompendium von Gesundheitsindikatoren wird gegenwärtig entwickelt, um die organisations- und länderübergreifende Kooperation zu unterstützen. Das Regionalbüro ist als Beobachter auf Tagungen des Managementausschusses des EU-Forschungsprogramms zur Gesundheitsberichterstattung vertreten und nimmt an allen damit verbundenen Arbeitskreisen und EUROSTAT-Ausschüssen teil.

215. Die Umsetzung der zehnten Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) wurde weiterhin unterstützt. Ein Fortbildungskurs in russischer Sprache wurde für die NUS-Länder organisiert. Computergestütztes Lehrmaterial zum Selbststudium (TENDON) wird in der Russischen Föderation übersetzt, mit finanzieller Unterstützung des statistischen Büros der USA, US National Office for Statistics.

Partnerschaften

216. Eine Task Force über externe Beziehungen wurde am Regionalbüro zur Festlegung der Partnerschaftspolitik gegenüber anderen Organisationen eingerichtet. Während des Berichtszeitraums machte die Zusammenarbeit mit der EU, der Weltbank und nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) gute Fortschritte.

Europäische Union

217. Eine wichtige Initiative wurde im Januar 1999 beschlossen, als die WHO-Generaldirektorin während eines Besuchs in Brüssel mit dem damaligen Präsidenten der Europäischen Kommission Santer Schritte zu einer neuen Übereinkunft zwischen der WHO und der EU-Kommission vereinbarte. Diese Initiative wurde unter EU-Präsident Prodi im Jahr 1999 weiterentwickelt und wird den politischen Rahmen für strategische Ansätze und systematischere Verfahren zur fachlichen Zusammenarbeit des

Regionalbüros mit der EU-Kommission und anderen EU-Institutionen bilden.

218. Die im EU-Vertrag von Amsterdam und in der Mitteilung (KOM(98)230 endg.) festgehaltenen neuen Bestimmungen zur Gemeinschaftspolitik im Bereich der öffentlichen Gesundheit und gaben Anlass zu einer breiten öffentlichen Debatte über Public-Health-Konzepte in der EU während des Berichtszeitraums. Das Regionalbüro beteiligte sich aktiv an dieser Debatte; es übermittelte Kommentare zu der genannten Mitteilung der EU-Kommission und gab sachkundige Ratschläge über Public-Health-Aspekte für den Prozess des EU-Beitritts anderer Länder. 1999 wurde in Zusammenarbeit mit dem WHO-Büro am Sitz der Europäischen Union in Brüssel ein Projekt initiiert, als Reaktion auf den neuen gesundheitspolitischen Rahmen für die EU und unter Berücksichtigung der jüngsten strukturellen und funktionellen Entwicklungen in den EU-Institutionen.

219. 1998 und 1999 war die EU-Kommission der wichtigste Kooperationspartner des Regionalbüros in der Europäischen Region und die Zusammenarbeit mit der Kommission verbesserte sich weiter: insbesondere produzierte das Regionalbüro „Highlights on Health“ für jeden der 15 EU-Mitgliedstaaten, außerdem leistete es einen Beitrag zum ersten Sachstandsbericht der Kommission über den Gesundheitszustand in der EU und wirkte am EUROHIS-Projekt sowie dem EUPHIN-EAST-Gesundheitsinformationsnetz für die 23 MOE- und NUS-Länder mit. Im Übrigen unterstützte und beriet das Regionalbüro für Europa die EU-Kommission zu Gesundheitsinformationsprogrammen, z. B. über Gesundheitsberichterstattung und den Datenaustausch zwischen Behörden (IDA-HIEMS) sowie die Pilotprojekte der G7 Informationssociety.

220. Das erste Gemeinschaftsprojekt mit dem PHARE-Programm der EU – zu Fragen der Gesundheitsversorgung in Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Rumänien und Ungarn – wurde erfolgreich abgeschlossen und das Regionalbüro arbeitet weiterhin mit der EU-Kommission an der Initiative Gesundheitsfördernde Schulen zusammen. Ferner besteht eine Zusammenarbeit zwischen WHO und EU bezüglich der Überwachung der Tuberkulose in der Europäischen Region durch das Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA (CESES).

221. Eine der wichtigsten Entwicklungen in jüngster Zeit war die Einladung der EU-Kommission zur Zusammenarbeit in Bezug auf die so genannten „Beitrittsländer“, d. h. die zehn mittel- und osteuropäischen Länder, die der EU beitreten sollen und deshalb erhebliche Unterstützung von der Kommission benötigen. Das Regionalbüro hat der EU-Kommission in diesem Zusammenhang bereits mehrere Projekte geliefert und die weitere Zusammenarbeit ist geplant. In allen EU-Beitrittsländern wurde der Prozess der Erarbeitung von nationalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit (NEHAPs) jetzt abgeschlossen; sie bieten einen praxisorientierten Rahmen mit Prioritäten für Investitionen, der als wichtige Grundlage für Diskussionen über Hilfe in diesem Bereich genutzt werden kann.

222. Mit der Europäischen Umweltagentur hat das Regionalbüro ebenfalls aktiv zusammengearbeitet, beispielsweise an einer wichtigen Standortbestimmung zum Zustand der Umwelt in der Europäischen Union am Ende dieses Jahrhunderts. Das Regionalbüro für Europa entsendet auch einen Beobachter zu Treffen der leitenden Medizinalbeamten der EU.

Europarat

223. Das Thema der sechsten Konferenz der europäischen Gesundheitsminister, die im April 1999 in Griechenland stattfand, lautete: „Altern im 21. Jahrhundert – die Notwendigkeit eines ausgewogenen Ansatzes“. Der Regionaldirektor hielt eine Rede über „Mythos Altern – Erkundung am Beispiel des Ansatzes der ‚Gesundheit für alle‘“.

224. Der Europarat ist von Anbeginn an Partner des Regionalbüros an dem 1997 initiierten Netzwerk für Patientenrechte und Befähigung der Bürger zum selbstbestimmten Handeln. Gegenwärtig ist das Regionalbüro für Europa damit befasst, die Tätigkeiten dieses Netzwerks zu konsolidieren und zu koordinieren und hofft, seine Funktion als Clearingstelle mit der diesbezüglichen Website des Europarats kombinieren zu können. Die Region hat auch Nutzen aus den Beurteilungen des Europarats zum Sachstand der Bürgerbeteiligung ziehen können.

225. Der Europarat ist nach wie vor ein aktiver Partner bei der laufenden Weiterentwicklung des Europäischen Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen (ENHPS) und hilft Vertretern der dem

Netz angeschlossenen Schulen, an den zahlreichen vom ENHPS-Fachsekretariat während des gesamten Jahres organisierten Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen.

226. Außerdem war die WHO auf Tagungen des Europäischen Ausschusses für Gesundheitsfragen (CDSP) vertreten, mit Beiträgen zu Tagesordnungspunkten wie: Menschenrechte, Patientenrechte, medizinische Untersuchungen für betriebliche und versicherungstechnische Zwecke, Krankenhaus-Wartelisten, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung (ENHPS), Bluttransfusionen, Rückenmarks- und Organtransplantation (einschließlich Xenotransplantation), beste medizinische Praxis, Dienste zur Gesundheitsversorgung von Personen in außerordentlichen Situationen sowie für Personen in Altenpflegeeinrichtungen sowie präventive Medizin.

Organisationen der Vereinten Nationen und andere zwischenstaatliche Organisationen

227. Die enge Zusammenarbeit mit anderen zwischenstaatlichen Organisationen (IGOs) wie der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (ECE), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) und der Weltbank wurde bei den Tätigkeiten des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit fortgeführt.

228. Das Regionalbüro hat die Funktion des UN-Koordinators unterstützt, das Konzept einer integrierten UN-Präsenz befürwortet und an Tätigkeiten im Zuge des Rahmenplans für die UN-Entwicklungsaktivitäten (UNDAF) im Kontext des Reformprozesses der Vereinten Nationen teilgenommen. In der Europäischen Region sind Rumänien und die Türkei Pilotländer für UNDAF-Projekte und der Regionaldirektor hat WHO-Sonderbeauftragte und Koordinatoren in der Europäischen Region gebeten, sich voll und ganz an diesem Prozess zu beteiligen. Die Philosophie der WHO und ihre GFA-Konzepte, Programme, Datenbank und Dokumente fanden in diesem Kontext gute Aufnahme.

229. Zwischen dem Regionalbüro und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) gab es eine enge und harmonische Zusammenarbeit in etlichen Bereichen,

beispielsweise beim Projekt in den zentralasiatischen Republiken und Kasachstan (dem sogenannten CARAK-Projekt).

230. Mitarbeiter des EURO-Programms über sexuell übertragbare Infektionen (STIs) und HIV/Aids arbeiten in enger Konsultation und Kooperation mit den Mitarbeitern des HIV/AIDS-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS) und den übrigen Ko-Sponsoren. Ein UNAIDS-Fachberater für die Länder arbeitet am Regionalbüro und es wurde eine spezielle Dienststelle für einen medizinischen Referenten für sexuell übertragbare Infektionen eingerichtet; die diesbezüglichen Kosten werden mit UNAIDS geteilt. UNAIDS unterstützte einige Tätigkeiten des Regionalbüros für Europa finanziell (im Berichtszeitraum mit insgesamt 130 000 US-\$) und mehrere Gemeinschaftsvorhaben wurden mit UNAIDS und anderen Ko-Sponsoren durchgeführt.

231. Die satzungsmäßige ECE-WHO-Gemeinschaftstagung über Gesundheitsstatistik fand im Oktober 1998 in Rom statt. Mitarbeiter des Regionalbüros für Europa (sowie des WHO-Hauptbüros) nahmen im Juni 1999 an der Konferenz Europäischer Statistiker teil. Das Regionalbüro und die ECE haben eine gemeinsame Task Force für Gesundheitliche Auswirkungen von weiträumiger grenzüberschreitender Luftverschmutzung etabliert.

232. Das EURO-Referat für die Gesundheit von Frauen und reproduktive Gesundheit hat mit dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) bei Projekten zur reproduktiven Gesundheit in 9 NUS-Ländern zusammengearbeitet. Das Europäische Informationsblatt für reproduktive und sexuelle Gesundheit, *Entre nous*, erscheint in sechs Sprachen (Englisch, Französisch, Portugiesisch, Russisch, Spanisch und Ungarisch). Alle genannten Projekte werden vom UNFPA finanziert.

233. Das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) ist ein sehr wichtiger Partner bei allen Ländervorhaben des Regionalbüros für Europa, das gilt sowohl für humanitäre als auch für entwicklungsbezogene Projekte. Das Regionalbüro hat das vom UNDP finanzierte Projekt zur Unterstützung der Gesundheitsreform in Litauen 1997 evaluiert. Die Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und UNDP

(in Form eines Informationsaustauschs und der Beteiligung an nationalen Workshops) erstreckte sich auch auf Georgien und die Republik Moldau.

234. In allen Bereichen der von EURO geleiteten humanitären Hilfe bestand eine enge Zusammenarbeit mit dem Büro des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR). Gegenwärtig wird ein Gemeinschaftsvorhaben im südlichen Balkan durchgeführt, wo die WHO als Public-Health-Berater des UNHCR, speziell im Hinblick auf die Erfordernisse der Flüchtlinge in den Lagern tätig ist. Außerdem hat die WHO mit UNHCR bei der Durchführung von spezifischen Public-Health-Programmen, z. B. in Bezug auf Wasser, Hygiene und Abfall, zusammengearbeitet.

235. Der Präsident der Weltbank hat die Einführung umfassender Rahmenpläne für Entwicklungshilfe an Länder, unter Einbeziehung aller relevanten Sektoren und Akteure, vorgeschlagen. Als übergeordnetes Ziel sollen die sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungsvorgaben gebührend miteinander verflochten werden. Dieser Vorschlag wird vom Regionalbüro für Europa mit Nachdruck unterstützt. Zusammen mit dem WHO-Regionalbüro für Europa, der Regierung von Norwegen und Spanien, der Europäischen Investitionsbank, der London School of Economics and Political Science sowie der London School of Hygiene and Tropical Medicine ist die Weltbank ein Gründungspartner der Europäischen Beobachtungsstelle für Gesundheitsversorgungssysteme. In mehreren MOE-/NUS-Ländern wurden nationale Tuberkuloseprogramme von der Weltbank unterstützt.

236. Die WHO-Generaldirektorin erörterte kürzlich neue Formen einer intensivierten Zusammenarbeit zwischen der WHO, dem Internationalen Währungsfonds (IWF) und der Weltbank. Zu den identifizierten Kooperationsbereichen gehören: die Sicherstellung unabdingbarer Gesundheits- und Sozialfunktionen in einigen oder sämtlichen der sechs Pilotländer des ESAF-Projekts zur erweiterten strukturellen Anpassung sowie die Entwicklung von Benchmarks für die Berichterstattung über Trends bei den Resultaten des Gesundheitssektors.

Nichtstaatliche Organisationen

237. Durch das Europäische Forum der Ärzteverbände und der WHO (EFMA), das die Programme des Regionalbüros fördert, wurden Initiativen in Grundsatzfragen gestärkt. Die EFMA-Tagung in Tel Aviv im März 1999 fand unter der Schirmherrschaft des israelischen Ärztesverbandes statt. Zu den Hauptpunkten der Tagesordnung gehörten: Ausbildungserfordernisse für medizinisches Risikomanagement, Entwicklung der Versorgungsqualität, Tabak, Aufteilung und Einsatz der Gesundheitsversorgungsressourcen, Autonomie der Ärzte, Tuberkuloseprogramm des Regionalbüros für Europa sowie Rechenschaftspflicht und Verantwortlichkeit der Ärzte. Gemeinsame Statements wurden von EFMA und WHO in Bezug auf die Autonomie der Ärzte und die Tuberkulosebekämpfung verabschiedet; die auf der Tagung vertretenen nationalen Ärzteverbände gaben ein Statement gegen Folter heraus.

238. Die Zahl der Mitglieder im 1997 gegründeten Forum der Pflege- und Hebammenverbände und der WHO ist auf vierzig nationale Pflegeverbände und fünf nationale Hebammenvereinigungen angewachsen (die genannten Hebammenvereinigungen wurden als offizielle Vertreter des Internationalen Hebammenverbandes ICM gewählt). Die dritte Jahrestagung des Forums fand im April 1999 in Budapest statt. Das Schwerpunktthema der Tagung lautete: Chronische Krankheiten und die Rolle der Pflegenden bei Prävention und Management der chronischen Krankheiten. Eine Sondersitzung fand zum Thema Rauchen statt, mit speziellem Akzent auf den Pflegeberufen und ihrem Vorbildcharakter in Hinsicht auf Gesundheitsfragen im Allgemeinen und die Förderung des Nichtrauchens im Besonderen.

239. Die siebte Jahrestagung des EuroPharm-Forums fand im November 1998 in Kopenhagen statt. Das Thema dieser Fachtagung war der pharmazeutische Dienst unter den Gesichtspunkten Aufklärung und Praxis. Die achte Jahrestagung im November 1999 in Lissabon beinhaltete ein Asthma-Symposium; beide Veranstaltungen wurden in Verbindung mit dem dritten Internationalen Symposium über die Rolle des Apothekers in Bezug auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention organisiert. Zwei neue Mitglieder aus MOE-/NUS-Ländern traten dem Forum bei, wodurch sich die Gesamtzahl der

Mitgliedsländer auf 34 erhöhte. Außer den fünf gegenwärtig laufenden Projekten wurden zwei neue Vorhaben befürwortet – ein Projekt über HIV/Aids sowie ein Partnerschaftsprogramm. Die Panamerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO) ist jetzt ebenfalls – nach dem Modell des EuroPharm-Forum – eine Partnerschaft mit den Pharmaverbänden ihrer Mitgliedstaaten eingegangen.

240. Eine aktive Zusammenarbeit gab es auch mit einer breiten Palette anderer Gremien, u. a. der Soros Foundation, der European Society of General Practice/Family Medicine (der europäischen Sektion der World Organization of Family Doctors), der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften, dem Internationalen Hebammenverband, dem Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpflegern, Services International, Consumers International, dem Weltärzteverband, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene and Tropical Medicine, der Vereinigung der Ausbildungsstätten für öffentliche Gesundheit in Europa ASPHER, der European Public Health Association, der TTB-Initiative „Tipping the Balance“, der Europäischen Vereinigung der Allgemeinärzte, der Internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Europäischen Vereinigung für Perinatalmedizin, der Europäischen Gesellschaft für Diabetesstudien, der Internationalen Diabetes Federation (auf globaler und europäischer Ebene) sowie der International Society of Environmental Epidemiology.

241. Die International Union against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD), die nationalen Tuberkulose- und Lungengesellschaften in Finnland, den Niederlanden und Norwegen, die finnische Vereinigung für Lungengesundheit, die norwegische Herz- und Lungenvereinigung, die schweizerisch-bulgarische Vereinigung, die Organisation Ärzte ohne Grenzen und das IKRK helfen osteuropäischen Ländern aktiv bei der Entwicklung und Fortführung von Pilotprojekten zur Tuberkulosebekämpfung, bei der Organisation von Fortbildungskursen sowie bei der Planung von Überwachungstätigkeiten. In den letzten fünf Jahren war die niederländische Vereinigung auch Gastgeberin eines jährlichen europäischen Workshop über TB-Überwachung und -Management, in Zusammenarbeit mit der WHO und IUATLD.

Forschung

242. Der Europäische Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung (EACHR) war in die Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ eingebunden und befasste sich in diesem Kontext mit Forschungsfragen und Evidenz. Dank der Unterstützung durch die finnische Regierung wurde im September 1998 in Finnland eine Konsultation über Gesundheitsforschungspolitik und -programme in MOE- und NUS-Ländern veranstaltet. Der EACHR hielt gute Führungskompetenz für unabdingbar, um die Wissenschaftlergemeinschaft zu mobilisieren und zur Übertragung der Forschungserkenntnisse in die Public-Health-Praxis anzuregen, wenn die ehrgeizigen Zielvorgaben der GESUNDHEIT21 erreicht werden sollen.

243. Auf seiner Tagung in London im Dezember 1999 definierte der EACHR sein Mandat neu, unter Berücksichtigung seiner Beratungsfunktion in Forschungsfragen, wodurch auch die Aspekte Trends und Perspektiven der gesundheitspolitischen Entwicklung abgedeckt werden.

Ressourcenmobilisierung

244. Die Möglichkeiten des Regionalbüros für Europa zur Ressourcenmobilisierung wurden durch bessere Beziehungen zu Geberstellen gestärkt und die bürointerne Kapazität für die Unterbreitung von Projekten wurde durch Fortbildungsmaßnahmen und direkte Unterstützung durch das für Partnerschaften zuständige Referat erhöht. Weitere Geberstellen konnten gefunden werden, die Unterstützung leisteten (z. B. der Arabian Gulf Fund for United Nations Development). Eine Geberstellen-Datenbank wurde etabliert, die als Modell für die globale WHO-Datenbank dienen wird.

Kommunikationsstrategie

245. Gute Fortschritte waren bei der Umsetzung der Kommunikationsstrategie des Regionalbüros unter dem Motto „Mit guter Arbeit allein ist es nicht getan“ zu verzeichnen. Im Zuge dieser Strategie wurde die Verbesserung der Möglichkeiten des Regionalbüros und der Mitgliedstaaten herausgestellt, einem breiten Publikum wissenschaftlich fundierte und ethisch korrekte Gesundheitsbotschaften, vor allem durch Funk und Fernsehen, zu vermitteln. Dieser Prozess beinhaltete die entsprechende Schulung von

Mitarbeitern, die Herausgabe einer neuen Informationsschrift *Aktion Gesundheit* sowie regionale und länderzentrierte Partnerschaftsvorhaben mit Worldwide Television News, BBC World Service und dem International Press Institute.

246. Das europäische Netz der WHO zur Kommunikation von Gesundheitsinformationen (EHCN) wurde 1998 initiiert. Zu den fünf angesprochenen Zielgruppen gehören politische Kommunikatoren/Multiplikatoren, Ausbilder und Lobbyisten im Public-Health-Bereich, Werbeagenturen und die Medien. Die Kernfunktionen des EHCN lauten: Vertretern der genannten Zielgruppen für den Erfahrungs- und Ressourcenaustausch länderübergreifende und länderzentrierte Mechanismen zu bieten und Länder (speziell MOE-/NUS-Länder) hinsichtlich der Entfaltung ihrer Kommunikationskapazität in Gesundheits- und Umweltfragen zu unterstützen.

247. Die Ergebnisse der großen regionalen Konsultation in Moskau im Mai 1998 sowie der länder- und städtespezifischen Workshops in Armenien, Deutschland, Frankreich, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau, Rumänien und Usbekistan zeigen, dass das EHCN zu einem wirkungsvollen neuen Ansatz in Bezug auf Gesundheitsliteratur beiträgt. Kombiniert werden hier die wissenschaftliche Basis der Lehre/Gesundheitsberufe, die Aktualität der Medien, die Beteiligung der NGOs, der „Verstand“ der Werbebranche und die politischen „Zielscheiben“ der Entscheidungsträger. EHCN-Arbeitsgruppen erarbeiten WHO-Kommunikationsleitlinien, einschließlich eines neuen Berufskodex für Gesundheitskommunikatoren.

248. Die im Dezember 1999 in Kopenhagen veranstalteten zweiten regionalen EHCN-Jahrestagung zum Thema „Gesundheitsberichterstattung 2000“ vereinte 150 Journalisten aus 47 Ländern, die durch ihre Medien über 600 Millionen Menschen erreichen. Zu den wichtigsten Ergebnissen gehört eine neue Rundfunk-/Fernsehserie über GESUNDHEIT21 ab März 2000.

Veröffentlichungen

249. 1998 erprobte das Regionalbüro ein neues System zur dezentralisierten Indexierung und Katalogaufnahme von WHO-Dokumenten. Dieser Pilottest war erfolgreich und die Dokumentation

des Regionalbüros wird jetzt direkt in der globalen bibliographischen Datenbank der WHO im World Wide Web aufgenommen, wodurch Doppelarbeit für die Mitarbeiter vermieden wird und die Datenbank den Internet-Usern weltweit frei zur Verfügung gestellt wird.

250. Im Zeitraum 1998/1999 gab das Regionalbüro zehn Veröffentlichungen in englischer Sprache und 13 in deutscher, französischer und russischer Sprache heraus. Außerdem war es an vier Ko-Publikationen beteiligt, gewährte Übersetzungsrechte für rund 30 Publikationen, gab zwei Nummern des Newsletters *Aktion Gesundheit* heraus und machte seinen Publikationskatalog auf dem Internet verfügbar.

LÄNDERPROGRAMMSTRATEGIE

251. Trotz der drastischen Kürzung der ordentlichen Haushaltsmittel in den 90er Jahren reagierte das Regionalbüro für Europa erfolgreich auf die veränderte politische, wirtschaftliche, soziale und gesundheitliche Situation in der Europäischen Region. Mittelfristige Kooperationsprogramme (MTPs) für 1998–1999 wurden mit allen MOE-/NUS-Ländern unterzeichnet. Entsprechend abgestimmten Kriterien wurde die Umsetzung solcher mittelfristigen Programme laufend überwacht und auch regelmäßig von den WHO-Länderbüros (je nach Bedarf vierteljährlich oder monatlich) Bericht erstattet. Periodische Berichte zur Standortbestimmung der EUROHEALTH-Aktivitäten wurden dem SCRC und dem Regionalkomitee unterbreitet; die Vorbereitungen für die jüngste Evaluation begannen 1999 und der entsprechende Bericht wird dem Regionalkomitee im Jahr 2000 vorgelegt.

252. Auf seinen Jahrestagungen 1998 und 1999 erörterte und vereinbarte das Regionalkomitee die Verteilung der für die Länder zusätzlich zugewiesenen Haushaltsmittel, und zwar sollen diese Mittel gleichermaßen unter den sechs Ländern mit „niedrigem Einkommen“ aufgeteilt werden (Armenien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Kirgisistan, Republik Moldau und Tadschikistan) (s. nachstehend unter Verwaltung und Haushalt). Für Länder mit einer aufgestockten Zuweisung von Haushaltsmitteln wird ein neuer Planungsansatz eingeführt, der u. a. Länderbesuche von abteilungsübergreifenden Teams

des WHO-Regionalbüros für Europa und des WHO-Hauptbüros vorsieht.

253. Fünf Mitgliedstaaten (Estland, Polen, Slowenien, Tschechische Republik und Ungarn) sollen in den nächsten Jahren EU-Mitgliedsländer werden, fünf weitere Länder (Bulgarien, Lettland, Litauen, Rumänien und die Slowakei) sollen der EU zu einem späteren Zeitpunkt beitreten. Diese Länder sind bereits damit befasst, ihre gesetzlichen Regelungen und Standards mit den EU-Bestimmungen in Einklang zu bringen. Auf Ersuchen der Europäischen Kommission erstellte das Regionalbüro für Europa 1998 eine Beurteilung der gesundheitlichen Situation und eine Übersicht über seine Partnerschaft mit diesen Ländern, unter Herausstellung der wichtigsten gesundheitsbezogenen Probleme und der aktuellen gesundheitlichen Erfordernisse.

254. In 25 Ländern waren WHO-Koordinatoren eingesetzt; im Rechnungszeitraum 1998–1999 erhielten sie den Status von nationalen Mitarbeitern des höheren Dienstes, d. h. als Vollzeitmitarbeiter der WHO. Ein Pilotprojekt in Rumänien förderte die Bemühungen um eine engere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Organisationen der Vereinten Nationen auf Länderebene: Die gemeinsame Länderbeurteilung wurde fertiggestellt und man befasste sich mit der Erarbeitung eines Rahmenplans für die UN-Entwicklungsaktivitäten (UNDAF). Ein ähnlicher Prozess begann in der Türkei. In Lettland ist die WHO seit Januar 1999 Partner in dem Gemeinschaftskonzept der Vereinten Nationen „UN common house“. Aus finanziellen Gründen wurde das Büro des Sonderbeauftragten in der Türkei durch ein Verbindungsbüro ersetzt. In Sarajewo und Duschanbe wurden die Büros für humanitäre Hilfe mit den Verbindungsbüros zusammengelegt, im Interesse einer einheitlicheren UN-Präsenz in Bosnien-Herzegowina und in Tadschikistan.

255. Eine weitere Neuigkeit im Zeitraum 1998–1999 war die Eröffnung eines Büros in Moskau für den neuen Sonderbeauftragten der Generaldirektorin. Ein Mitarbeiter des Regionalbüros für Europa wurde für diesen Posten ausgewählt. Das Regionalbüro berät UN-Organisationen und andere Gremien über humanitäre Hilfe und gesundheitspezifische Fragen und trägt zur Koordinierung der Hilfe für den Gesundheitssektor bei; 1999 konzentrierten sich

die Tätigkeiten auf Tuberkulose und HIV/Aids sowie auf strukturelle Probleme im Zusammenhang mit der Lieferung von unentbehrlichen Arzneimitteln. Der Sonderbeauftragte der Generaldirektorin wirkte an der Formulierung des Zweijahres-MTP zwischen der WHO und der Russischen Föderation mit. Zur Unterstützung dieses mittelfristigen Programms erhielt das Regionalbüro für Europa eine großzügige Spende von den nordischen Ländern (800 000 US-\$).

Stipendien

256. Auf nationaler Ebene erhielt die GFA-Bewegung Impulse durch Stipendien an Spezialisten aus MOE- und NUS-Ländern. Strategien und Methoden wurden weiterentwickelt und das Verfahren zur Auswahl der Stipendiaten wurde verbessert. Auswahlkomitees zu verschiedenen Themenkomplexen, vor allem reproduktive Gesundheit, wurden in mehreren Ländern gebildet.

257. Während des Berichtszeitraums erhielten 124 Spezialisten aus der Europäischen Region WHO-Stipendien; das entspricht einer Erhöhung um 55%. Mit Ausnahme von drei Personen kamen alle Stipendiaten aus EUROHEALTH-Ländern. Da reproduktive Gesundheit/Familienplanung zu den übergeordneten Prioritäten in EUROHEALTH-Ländern gehört, bezogen sich 67 der 124 Stipendien auf dieses Thema. Das Regionalbüro für Europa arrangiert auch Weiterbildungsmaßnahmen für Stipendiaten aus vier anderen Regionen (und zwar den Regionen Afrika, Gesamtamerika, Südostasien und Westlicher Pazifik) in europäischen Bildungseinrichtungen. 1998–1999 wurden 302 Stipendiaten in der Europäischen Region aufgenommen (109 Stipendiaten weniger als im Zeitraum 1996–1997).

258. Die computergestützte Stipendien-Datenbank wurde fertiggestellt. Das System wird gegenwärtig vom Regionalbüro für Südostasien (SEARO) als Prototyp für das globale Stipendiensystem angewendet.

MANAGEMENT UND VERWALTUNG

Zentren

259. Durch die Einrichtung von – hauptsächlich aus Sonderbeiträgen finanzierten – Zentren konnte die Kapazität des Regionalbüros für Europa wesentlich verbessert werden. Solche Zentren wer-

den als Teil des Regionalbüros angesehen und fungieren als „zusätzlicher Arm“ für die Programmdurchführung auf Länderebene.

260. Eine besonders interessante Entwicklung in den 90er Jahren war die Schaffung der für den Bereich Umwelt und Gesundheit zuständigen Außenstellen in Bilthoven, Nancy und Rom – dank starker finanzieller und sonstiger Unterstützung Frankreichs, Italiens und der Niederlande sowie weiterer Länder. Das Büro in Rom hat sich größtmäßig bereits verdoppelt und beschäftigt gegenwärtig 24 Mitarbeiter. Die Abteilung in Nancy war für die Durchführung von öffentlichen hygienetechnischen Projekten in mehreren MOE-/NUS-Ländern zuständig. Obwohl ein externer Prüfer die Tätigkeiten dieser Abteilung positiv bewertet hatte, beschloss die französische Regierung 1998, ihre Unterstützung einzustellen. 1999 wurde mit Deutschland eine Vereinbarung zur Einrichtung eines neuen Zentrums in Bonn ab 2001 getroffen.

261. Weitere Außenstellen für den Bereich Umwelt und Gesundheit befinden sich u. a. in Athen, das dortige Büro leistet einen beachtlichen Beitrag zum MEDPOL-Programm, einem in enger Zusammenarbeit mit UNEP durchgeführten Programm zur Bekämpfung der Verschmutzung des Mittelmeers. Ein neues Referat wurde am Institut für nukleare Störfallvorsorge (STUK) in Helsinki eingerichtet, um die Kapazität der Europäischen Region für rasche, angemessene Reaktion im Fall von nuklearen Unfällen in der Region zu verbessern. Dieses Projekt wird in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro und mit kräftiger Unterstützung von Seiten der finnischen Regierung durchgeführt.

262. Nach eingehenden Vorbereitungen gelang es dem Regionalbüro 1998, eine Reihe von Partnern für ein neues Organ – die Europäische Beobachtungsstelle für Gesundheitsversorgungssysteme – zusammenzubringen. Beabsichtigt war, auf Dauer die Kapazität für die Analyse von Gesundheitsreformen zu bewahren, die das Regionalbüro für Europa im Kontext der 1996 in Ljubljana veranstalteten ministeriellen Konferenz aufgebaut hatte. Diese offiziell im Februar 1999 eingeweihte Beobachtungsstelle ist ein vorzügliches Beispiel für das Engagement des Regionalbüros, Partnerschaften zu festigen und die Mitgliedstaaten in Schlüsselbereichen der gesundheitlichen Entwicklung nach modernsten

Erkenntnissen zu unterstützen. Zu den Partnern gehören die Regierungen von Norwegen und Spanien, die Weltbank, die Europäische Investitionsbank und zwei renommierte akademische Institutionen – die London School of Economics and Political Science (LSE) und die London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). Die Beobachtungsstelle stützt sich auf drei Eckpfeiler: Kopenhagen (EURO), London (LSE und LSHTM) sowie Madrid (Nationale Akademie für öffentliche Gesundheit).

263. Ende 1998 wurde in Zusammenarbeit mit den Regierungen von Belgien, Finnland und Österreich ein neues Europäisches Zentrum für Gesundheitspolitik etabliert. Mit Sitz in Brüssel soll dieses Zentrum eng mit der Europäischen Union zusammenarbeiten, obwohl es ein europaweites Mandat hat und sich auf ein Netz von kooperierenden Institutionen und Gruppen in der gesamten Region stützt.

264. Ebenfalls Ende 1998 wurde eine Vereinbarung mit der Regierung der spanischen Region Catalunya unterzeichnet, um dort ein neues Zentrum zur Stärkung der Kapazität des Regionalbüros für Europa in den Bereichen Primäre Gesundheitsversorgung, Krankenhauswesen und Entwicklung der personellen Ressourcen für die Gesundheit zu stärken. Diese neue Europäische Beobachtungsstelle für integrierte Gesundheitsversorgung wurde im September 1999 mit Sitz in Barcelona eröffnet. Zusammen mit der Europäischen Beobachtungsstelle für Gesundheitsversorgungssysteme werden diese Zentren die dem Regionalbüro für Europa zur Unterstützung von Kernfragen zur Reformierung der Gesundheitsversorgung in europäischen Mitgliedstaaten der WHO an Fachpersonal zur Verfügung stehenden Ressourcen mehr als verdreifachen.

265. Darüber hinaus wurde die Einrichtung eines neuen europäischen Zentrums in Venedig (ab 2000) vereinbart. Dadurch wird die gegenwärtige Kapazität des Regionalbüros zur Behandlung von Fragen der Gesundheitsförderung mehr als verdoppelt und die Region insgesamt wird bei ihren Bemühungen um Weiterentwicklung dieser Schlüsselkomponente von GESUNDHEIT21-Strategien kräftig unterstützt.

266. Im Januar 1998 nahm das WHO-Zentrum für Gesundheit in Städten seine Arbeit mit der

Mission auf, die Kapazität des Regionalbüros zur Gesundheitsförderung und Verbesserung der Umwelt- und Lebensbedingungen in Städten und Ballungsgebieten in der Europäischen Region zu verbessern. Weitere Vorgaben für dieses Zentrum lauten: Das Anliegen Gesundheit in der Stadt und Fragen, die durch Maßnahmen auf lokaler Ebene aufgegriffen werden können, besser herauszustellen und die Verbindungen zu allen Fachreferaten innerhalb der WHO wie auch mit anderen auf dem Gebiet der Stadtentwicklung tätigen Organisationen zu stärken.

WHO-Kooperationszentren

267. Als Ergebnis einer Überprüfung von Management und Inanspruchnahme der WHO-Kooperationszentren, die im Zeitraum 1998–1999 sowohl auf regionaler als auch auf globaler Ebene vorgenommen worden war, wurde die Zahl der Zentren reduziert. Diskussionen über bessere Verfahren für die Ernennung solcher Zentren und für das Management werden fortgesetzt und dürften zu neuen Leitlinien sowie zu einer künftig besseren Nutzung solcher Zentren führen.

Programmänderung und -entwicklung

268. Wegen der Ausbreitung von Infektionskrankheiten in der Region und angesichts einer beträchtlichen Erhöhung der Zahl der Mitarbeiter wurde im Juli 1998 eine neue Abteilung für Infektionskrankheiten eingerichtet. Das Programm Psychische Gesundheit wurde im Januar 1999 mit der Ernennung eines Programmleiters auf Vollzeitbasis wieder eingerichtet. Ein neues Programm zur Gesundheit und Entwicklung von Kindern startete 1997 in Einklang mit der WHO-Initiative „Safe Motherhood“ (Mutterschaft ohne Risiko).

269. Nach Billigung des Rahmenkonzepts GESUNDHEIT21 durch das Regionalkomitee im September 1998 wurden größere Anstrengungen unternommen, um Verständnis und Akzeptanz für dieses Konzept bei allen Mitarbeitern des Regionalbüros sicherzustellen; zu diesem Zweck fanden zwischen Februar und Mai 1999 spezielle Workshops statt, in denen die Ziele und strategischen Vorgaben der GESUNDHEIT21 im Hinblick auf neue Ideen, Handlungsstrategien und Produkte für die künftigen Tätigkeiten des Regionalbüros im Zeitraum 2000–2005 analysiert wurden. Die neuen globalen Prioritäten, u. a. die

Anti-Tabak-Initiative „Tobacco-Free Initiative“ und die Malariabekämpfungskampagne „Roll Back Malaria“ wurden eingehend am Regionalbüro eruiert.

Reform

270. Ende 1997 legte eine private Management-Consulting-Firma (Deloitte & Touche) einen Bericht über die Prüfung des Referats Verantwortliche Leitung und der Abteilung Verwaltung und Finanzen vor. Die meisten der in diesem Bericht enthaltenen Empfehlungen sind inzwischen umgesetzt worden.

271. Im Februar 1999 ersuchte die Generaldirektorin alle Regionalbüros eindringlich, eine interne Prüfung vorzunehmen, um festzustellen, ob die organisatorische Struktur, das Management und die Verwaltung aktualisiert werden müssten. Daraufhin setzte der Regionaldirektor eine Task Force für die EURO-Reform (ERTF) ein, die – mit Unterstützung eines „Management-Reform-Beraters“ vom WHO-Hauptbüro – mehrere Orientierungssitzungen mit allen Mitarbeitern des Regionalbüros veranstaltete und anschließend zahlreiche Empfehlungen abgab. Der Bericht dieser Task Force lag Anfang Juli 1999 vor und wurde allen Mitarbeitern zur Konsultation übermittelt. Dieser Konsultationsprozess war gegen Ende August abgeschlossen und die geschäftsleitende Gruppe am Regionalbüro, das Europäische Regional-Kabinetts, begann mit der Analyse dieser Empfehlungen. Die Personalvereinbarung war in die Diskussionen einbezogen. Der Regionaldirektor fasste dann Anfang September die ersten Beschlüsse (bezüglich der Abteilungsinfrastruktur am Regionalbüro). Nachdem das Regionalbüro einen Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors – für eine Amtszeit von fünf Jahren ab Februar 2000 – nominiert hatte, wurde beschlossen, mit weiteren Reformtätigkeiten bis Anfang 2000 zu warten.

272. Wie auch in anderen Bereichen, war hier die Entwicklung in 1999 durch eine „neue Kultur“ in der Organisation gekennzeichnet, nämlich die Mitarbeiter am Regionalbüro wie auch am Hauptbüro viel enger einzubeziehen. Die Schaffung eines neuen „globalen Kabinetts“ im Juli – bestehend aus der Generaldirektorin und den Regionaldirektoren – wurde von allen Regionen als ein bedeutsamer Schritt in Richtung auf die Schaffung eines klaren Kanals für die

generelle Entwicklung der Organisation angesehen. Dies wird zweifelsohne ein wichtiges Werkzeug für die Weiterentwicklung des von der Generaldirektorin so stark propagierten Konzepts der „WHO als Einheit“ sein.

Leitende Gremien

273. Der Regionaldirektor fungiert als Sekretär für die regionalen leitenden Gremien. Das Regionalkomitee tagte 1998 in Kopenhagen und 1999 in Florenz auf Einladung des Gesundheitsministers von Italien. Die Arrangements für die Jahrestagung 1999 (RC49) wurden durch den Umstand erleichtert, dass das Regionalbüro die volle Verantwortung für die Mittelverteilung und Organisation der Tagung erhalten hatte. Seit 1998 ist die Dokumentation für das Regionalkomitee in vier Sprachen auf der Website des Regionalbüros für Europa abrufbar.

274. Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) handelt für und repräsentiert das Regionalkomitee und stellt sicher, dass die Beschlüsse und Grundpositionen des Regionalkomitees befolgt werden. Im Berichtszeitraum tagte der SCRC zehnmal. Auf seiner Ad-hoc-Tagung im Juli 1999 unterbreitete der SCRC den (anschließend vom Regionalkomitee RC49 befürworteten) Vorschlag, 2003 ein neues System einzuführen, demzufolge die Abstimmung über Kandidaten für den Exekutivrat nach objektiven Kriterien erfolgt; in der Zwischenzeit haben Frankreich und das Vereinigte Königreich beschlossen, ihre Kandidatur für den Exekutivrat um ein Jahr zu verschieben. Das Sekretariat berichtet dem SCRC regelmäßig über die laufenden Tätigkeiten, und der SCRC-Vorsitzende und der Regionaldirektor treffen sich mit den europäischen Exekutivratsmitgliedern am Vorabend der Januarsitzung des Exekutivrats, um sie über Angelegenheiten zu orientieren, die für die Region von besonderem Interesse sind.

275. 1998 wurde eine Regionale Auswahlkommission für Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors ernannt. Diese Kommission berichtete dem Regionalkomitee im September 1999 über ihre Arbeit.

Verwaltung und Haushalt

276. Der von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 1999 gefasste Beschluss, der Organisation keine Mittel zur Kompensierung des für

die Haushaltsperiode 2000–2001 erwarteten Kostenanstiegs zu genehmigen, war für alle WHO-Mitarbeiter sehr enttäuschend. Jede Region muss aufgrund dieses Beschlusses den Großteil ihres eigenen Defizits selber tragen. Seit 1979 hat das Regionalbüro für Europa bezüglich der aus dem Ordentlichen Haushalt finanzierten Dienststellen überhaupt keine Erhöhung erhalten – im Gegenteil: In den letzten zehn Jahren musste es eine Folge von Kürzungen seines Ordentlichen Haushalts hinnehmen, insgesamt um fast 25%. Trotzdem ist es dem Regionalbüro durch Straffung seiner administrativen Dienste gelungen, seine Tätigkeiten neu zu orientieren und die Arbeitsprozesse so zu rationalisieren, dass die Länderprogramme und technischen Vorhaben unangetastet geblieben sind. Jetzt ist jedoch der Punkt erreicht, an dem eine weitere Kürzung der ordentlichen Haushaltsmittel Auswirkungen auf die Finanzierung und personelle Ausstattung der Fachprogramme haben würden.

277. Etwas positiver war der Beschluss der Weltgesundheitsversammlung von 1998, dass die regionalen, Mehrländer- und Länderzuweisungen von Programmhaushaltsmitteln der WHO sich in Zukunft auf den UNDP-Index für die menschliche Entwicklung (Human Development Index HDI) stützen werden. Das bedeutet eine höhere Zuweisung für das EUROHEALTH-Länderprogramm über eine Reihe von Jahren ab der Haushaltsperiode 2000–2001. Das Regionalkomitee stimmte auf seiner Tagung 1999 einem Verteilungsmodell auf regionaler Ebene zu, das sich auf den HDI stützt (Resolution/EUR/RC49/R5).

278. Im Verlauf des Jahres 1999 führte das Regionalbüro ein neues Modell eines computergestützten Programm-Managementsystems (AMS) ein, das im Januar 2000 in Betrieb genommen wurde und jetzt für die Erstellung und das Monitoring der Arbeitspläne für den Rechnungszeitraum 2000–2001 angewendet wird.

279. Einzelheiten über die Umsetzung des regionalen Programmhaushalts 1998–1999 sind im Informationsdokument EUR/RC50/Inf.Doc.1 enthalten, das zusammen mit diesem Bericht gelesen werden sollte.

Personalpolitik

280. Die Zahl der festen Dienststellen hängt von der Zuweisung ordentlicher Haushaltsmittel ab; für den Zeitraum 1998–1999 wurde die Zahl dieser Kategorie von Dienststellen von 183 auf 177 verringert. Demgegenüber nimmt die Zahl der Zeitverträge weiterhin zu, was eine enge Überwachung der Finanzierung und des Beschäftigungsstatus jedes Mitarbeiters dieser Kategorie erforderlich macht. 64% der Mitarbeiter insgesamt haben jetzt kurze Zeitverträge und die Zahl solcher Arbeitsverträge hat sich seit 1996 um 18% erhöht, vor allem im Bereich Humanitäre Hilfe. Die durchschnittliche Vertragsdauer ist seit 1996 von 3,31 auf 2,36 Monate zurückgegangen, doch hängt dies hauptsächlich mit der sehr kurzen Dauer von Verträgen während der Kosovo-Krise zusammen. Immer mehr Mitarbeiter sind in Außenstellen (gegenwärtig 45% in 42 Diensten) eingesetzt und wegen der örtlich ganz unterschiedlichen Arbeitsbedingungen ist die Unterstützung der außerhalb Kopenhagens beschäftigten Mitarbeiter komplex und sehr zeitraubend geworden.

281. Die Mitarbeiter des höheren Dienstes kommen aus 29 verschiedenen Ländern (30 Mitarbeiter aus Ländern der Prioritätskategorie A, 26 aus Ländern der Prioritätskategorie B und 25 aus Ländern der Prioritätskategorie C). 32% der 81 fest angestellten Mitarbeiter des höheren Dienstes sind Frauen. Drei der sieben Abteilungsleitenden sind mit Frauen besetzt.

282. Die Nachfolge von ausscheidenden Mitarbeitern des höheren Dienstes wie auch von Ortskräften wird unter dem Gesichtspunkt der bestmöglichen Restrukturierung der Dienste genau geplant. Beachtliche Fortschritte waren in jüngster Zeit am Regionalbüro für Europa hinsichtlich der Stärkung der Fachkompetenz der Mitarbeiter für Tätigkeiten in den wichtigsten der im Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 herausgestellten Bereiche zu verzeichnen. Ein starker Akzent wird weiterhin auf die Führungsrolle im Bereich Public Health gelegt, u. a. durch mehr Fortbildungsangebote für Mitarbeiter in Bereichen wie strategisches Management, Teamführung, Projektmanagement, Entwicklung von Konzepten, Marketing, Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Kommunikation. Die Personalpolitik der neuen Generaldirektorin zu Gunsten einer stärkeren Rotation der Mitarbeiter in verschiedenen Teilen der Organisation wird

am Regionalbüro für Europa begrüßt, ebenso die Entwicklung eines neuen globalen Beurteilungssystems. Bessere Laufbahnmöglichkeiten für die Ortskräfte würden von den Mitarbeitern sehr positiv aufgenommen werden.

283. Die Personaldatenbank konnte während des Berichtszeitraums voll in Betrieb genommen werden und dieses System ist jetzt zur Anwendung am Regionalbüro für das östliche Mittelmeergebiet „exportiert“ worden.