



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA DREIUNDSECHZIGSTE TAGUNG

Çeşme (Provinz Izmir, Türkei), 16.–19. September 2013



© İZKA/ Tamer Hartevioğlu



Fortschrittsberichte



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Regionalkomitee für Europa

63. Tagung

Çeşme (Provinz Izmir, Türkei), 16.–19. September 2013

Punkt 5 k) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC63/18
+ EUR/RC63/Conf.Doc./10

23. Juli 2013

131411

ORIGINAL: ENGLISCH

Fortschrittsberichte

Das vorliegende Dokument enthält die konsolidierten Fortschrittsberichte zu folgenden Themen:

- a) Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015)
- b) Tabakbekämpfung in der Europäischen Region der WHO
- c) Ernährung, Bewegung und Adipositas in der Europäischen Region der WHO
- d) Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)
- e) Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Lagebericht 2013
- f) Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)
- g) Strategischer Aktionsplan der Europäischen Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

Inhalt

	Seite
Fortschrittsbericht über die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015)	1
Einführung	1
Hintergrund	2
Situationsanalyse.....	2
Epidemiologische Trends	2
Finanzierung von Interventionen gegen Tuberkulose und MDR-Tb.....	3
Erfolge und Herausforderungen.....	3
Handlungsfeld 1: Prävention von MDR- und XDR-Tb.....	3
Handlungsfeld 2: Ausweitung des Zugangs zu Resistenztests für Erst- und Zweitrang-Antituberkulotika sowie zu HIV-Tests für Tuberkulosepatienten	3
Handlungsfeld 3: Ausweitung des Zugangs zu einer wirksamen Behandlung aller Formen der medikamentenresistenten Tuberkulose	4
Handlungsfeld 4: Verbesserung des Infektionsschutzes gegen Tuberkulose	4
Handlungsfeld 5: Stärkung der Surveillance der medikamentenresistenten Tuberkulose, einschließlich Registrierung und Meldung, und Überwachung von Behandlungsergebnissen.....	5
Handlungsfeld 6: Erweiterung der Kapazitäten der Länder mit dem Ziel der Verbesserung der Bewältigung der medikamentenresistenten Tuberkulose durch Überzeugungsarbeit, Partnerschaften und allgemeine Leitlinien	5
Handlungsfeld 7: Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen.....	6
Nächste Schritte	7
Fortschrittsbericht zur Tabakbekämpfung in der Europäischen Region der WHO.....	9
Einführung und Hintergrund.....	9
Situationsanalyse.....	9
Aktuelle Trends sowie Fehlentwicklungen.....	9
Erfolge und Herausforderungen nach strategischer Zielrichtung	10
Politische Verpflichtung	10
Umsetzung des Rahmenübereinkommens	10
Tabakbekämpfung im Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016).....	11
Der weitere Weg	12
Was die Verwirklichung des vorgeschlagenen Ziels einer weltweiten relativen Reduktion des Tabakkonsums der Menschen im Alter von über 15 Jahren um 30% bis zum Jahr 2025 bedeutet	12
Welche Bereiche müssen priorisiert werden, damit das globale Ziel erreicht wird?.....	12
Fortschrittsbericht über Ernährung, Bewegung und Adipositas in der Europäischen Region der WHO	15
Einführung und Hintergrund.....	15
Situationsanalyse.....	16
Erfolge und Herausforderungen.....	17
Der weitere Weg	18
Fortschrittsbericht über den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)	19
Der globale und der regionale Kontext	19

Dieser Bericht	19
Aktivitäten zu nichtübertragbaren Krankheiten im Rahmen von „Eine WHO“	20
Surveillance	20
Sektorübergreifende Maßnahmen	20
Prävention und Bekämpfung	20
Regionale Errungenschaften	20
Surveillance	20
Sektorübergreifende Maßnahmen	21
Prävention und Bekämpfung	22
Aufbau von Kapazitäten	22
Stärkung der Gesundheitssysteme	23
Nationale Errungenschaften	23
Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungs- ziele in der Europäischen Region der WHO: Lagebericht 2013	25
Einführung	25
MZ 4: Senkung der Kindersterblichkeit	25
Situationsanalyse	25
Strategien und Maßnahmen der WHO	26
Der weitere Weg	26
MZ 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern	27
Situationsanalyse	27
Strategien und Maßnahmen der WHO	27
Der weitere Weg	28
MZ 6: Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten	29
HIV/Aids	29
Malaria	31
Tuberkulose	32
Verknüpfungen mit MZ3	34
Verknüpfungen mit MZ7	34
Die Entwicklungsagenda nach 2015	35
Globale thematische Konsultation über Gesundheitsfragen	35
Auf dem Weg zu einem Rahmen für künftige Gesundheitsziele	36
Umsetzung der Agenda für die Zeit nach 2015	37
Literatur	37
Fortschrittsbericht über die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) ...	41
Einführung und Hintergrund	41
Situationsanalyse	41
Ergriffene Maßnahmen und erreichte Fortschritte	42
Arbeitsbereich 1: Evaluierung, Stärkung und Beobachtung der IGV- Kernkapazitäten der Länder	42
Arbeitsbereich 2: Förderung eines starken Engagements hochrangiger Politiker für die Umsetzung der IGV	43
Arbeitsbereich 3: Aktualisierung von Rechtsvorschriften und Regulierungsmechanismen	43
Arbeitsbereich 4: Befähigung der nationalen IGV-Anlaufstellen	43
Arbeitsbereich 5: Sensibilisierung und Überzeugungsarbeit außerhalb des Gesundheitswesens	43
Arbeitsbereich 6: Schulung von Personal auf nationaler Ebene für den Aufbau, die Steuerung und die Aufrechterhaltung der für die vollständige Einhaltung der IGV erforderlichen Kapazitäten in ihrem Land	44
Arbeitsbereich 7: Stärkung der IGV-Kernkapazitäten an Grenzübergangsstellen	44
Der weitere Weg	44

Zusammenarbeit und Abstimmung mit Partnerorganisationen in der Europäischen Region	44
Kriterien für eine Fristverlängerung nach 2014.....	45
Fazit	45
Fortschrittsbericht zum Strategischen Aktionsplan der Euro-päischen Region zur	
Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen	47
Einführung und Hintergrund.....	47
Situationsanalyse.....	47
Ergriffene Maßnahmen und erzielte Fortschritte	48
Strategisches Ziel 1: Stärkung der sektorübergreifenden Koordination bei der Eindämmung der Antibiotikaresistenz auf nationaler Ebene.....	48
Strategisches Ziel 2: Stärkung der Surveillance von Antibiotikaresistenzen.....	48
Strategisches Ziel 3: Förderung von Strategien für einen vernünftigen Umgang mit Antibiotika und Stärkung der Surveillance des Antibiotikaverbrauchs.....	49
Strategisches Ziel 4: Stärkung der Infektionsbekämpfung und der Surveillance der Antibiotikaresistenz in Gesundheitseinrichtungen	50
Strategisches Ziel 5: Prävention und Bekämpfung der Entstehung und Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen in Tiermedizin und Landwirtschaft	50
Strategisches Ziel 6: Förderung von Innovation und Forschung in Bezug auf neue Arzneimittel und Technologien.....	51
Strategisches Ziel 7: Verbesserung von Sensibilisierung, Patientensicherheit und Partnerschaft	52
Der weitere Weg	52
Fazit	53

Fortschrittsbericht über die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015)

Einführung

1. Seit der Billigung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose (MDR-/XDR-Tb) in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) und der Annahme der dazu gehörigen Resolution EUR/RC61/R7 durch das WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner 61. Tagung (RC61) im September 2011 sind die meisten der in dem Konsolidierten Aktionsplan genannten Meilensteine erreicht worden. Zu den wichtigsten Erfolgen des Sekretariats gehören die Einrichtung des Green Light Committee (GLC), die Bereitstellung einer dem Stand der Technik entsprechenden fachlichen Hilfe für die Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung der multiresistenten Tuberkulose (MDR-Tb) und der Startschuss zur Europäischen Tuberkuloselabor-Initiative (ELI), die auf einen Ausbau hochwertiger Diagnoseleistungen abzielt. Unter der Regie des von der Regionaldirektorin eingerichteten Sonderprojektes zur Prävention und Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb wurden mehrere Sonderarbeitsgruppen eingesetzt, deren Auftrag darin besteht, die Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose im Kindesalter zu verbessern, die Rolle der Chirurgie in der Tuberkulosebehandlung zu definieren, ein Konsensdokument über die grenzüberschreitende Bekämpfung und Behandlung von Tuberkulose zu erstellen und die mit den Gesundheitssystemen verbundenen wie auch die sozial bedingten Determinanten der Tuberkulose nach Maßgabe von „Gesundheit 2020“ zu bewerten und in Angriff zu nehmen.

2. Die Regionaldirektorin hat eine Reihe von Mitgliedstaaten mit hochrangigen Delegationen besucht, um Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssysteme und zur Bekämpfung der Tuberkulose allgemein und speziell der MDR- und XDR-Tb zu erörtern. So traf sie im Oktober 2012 mit dem Ministerpräsidenten und dem Gesundheitsminister Rumäniens zu Gesprächen zusammen, an denen auch der EU-Kommissar für Gesundheit und Verbraucher beteiligt war. Zusammen mit seinen Partnerorganisationen hat das Sekretariat fachliche Hilfe bei der Einführung eines bahnbrechenden neuen molekularen Diagnoseverfahrens geleistet. Der Versorgungsgrad der Patienten mit MDR-Tb hat sich zwischen 2011 und 2013 von 63% auf 96% der geschätzten Zahl der Patienten mit MDR-Tb erhöht, auch wenn der Behandlungserfolg mit 48,5% noch deutlich von der anvisierten Quote von 75% entfernt ist, was auf einen Mangel an wirksamen Medikamenten, die unzureichende Leistungsfähigkeit der Tuberkuloseprogramme und der patientenzentrierten Konzepte sowie das Fehlen eines Mechanismus für eine grenzüberschreitende Versorgung zurückzuführen ist. Von den 15 Ländern mit einem hohen Anteil von MDR-Tb haben bisher neun einen allgemeinen Zugang zu Angeboten der Therapie und Versorgung für MDR-Tb verwirklicht (Stand: Januar 2013). Weitere sechs Mitgliedstaaten sind auf dem Weg zur Bereitstellung von Therapien für alle Patienten. Dennoch bestehen in einigen Mitgliedstaaten weiter Defizite, sodass Patienten noch auf Wartelisten für die Behandlung gesetzt werden.

3. Trotz noch relativ hoher Raten an Tuberkulose und MDR-Tb ist es den baltischen Staaten gelungen, der weiteren Ausbreitung der MDR-Tb Einhalt zu gebieten. Der Einfluss der Wirtschaftskrise auf die Ausbreitung der Tuberkulose als soziale Krankheit muss noch eingehend untersucht werden. Die Problematik des Umgangs mit Patienten, die Grenzen überqueren, wird in den meisten Mitgliedstaaten noch nicht umfassend diskutiert.

4. Dort, wo eine wirksame Behandlung fehlt, breiten sich resistente Tuberkulosestämmen in Gesundheitseinrichtungen und in der Allgemeinbevölkerung aus, was die Gesundheitssysteme in finanzieller und personeller Hinsicht schwer belastet.

Hintergrund

5. In der Europäischen Region der WHO ist die Tuberkulose weit verbreitet, wobei die Belastung der Bevölkerung je nach Mitgliedstaat zwischen unter 1 und über 200 Fällen pro 100 000 EW liegt. Aber auch innerhalb von Ländern ist die Inzidenz der Tuberkulose sehr ungleich verteilt; so weisen manche Bezirke und Hauptstädte Westeuropas Tuberkuloseraten von über 100 Fällen pro 100 000 EW auf.

6. In Resolution EUR/R61/R7 des Regionalkomitees wird die Regionaldirektorin ersucht, die Fortschritte bei der Prävention und Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb auf Ebene der Region zu bewerten und dem Regionalkomitee ab 2013 in zweijährlichen Abständen darüber Bericht zu erstatten. In dem Konsolidierten Aktionsplan, der aus einer breit angelegten Konsultation mit den Mitgliedstaaten, mit Organisationen der Zivilgesellschaft, mit fachlichen und bilateralen Organisationen sowie mit der Allgemeinbevölkerung hervorging, wird das ehrgeizige Ziel festgelegt, mindestens 85% der geschätzten Zahl der Patienten mit MDR-Tb zu diagnostizieren und mindestens 75% von ihnen erfolgreich zu behandeln, um dieser Epidemie Einhalt zu gebieten.

Situationsanalyse

Epidemiologische Trends

7. 2011 wurden bei einer geschätzten Zahl von 380 000 neuen Tuberkulosefällen in der Europäischen Region 295 968 neue Fälle gemeldet. Seit 2007 sinkt die Meldequote für Tuberkulose in der Europäischen Region um durchschnittlich 5% pro Jahr. 2011 wurden über 44 000 Todesfälle auf Tuberkulose zurückgeführt.

8. Unter den neu gemeldeten Tuberkulosefällen stieg die Zahl der Fälle von MDR-Tb zwischen 2005 und 2011 stetig von 4% auf 14%, was die weiterhin stattfindende Übertragung bestätigt. Von der geschätzten Gesamtzahl von 78 000 Fällen von MDR-Tb wurden ca. 30 000 (38%) im Laufe des Jahres 2011 diagnostiziert, von denen wiederum 98% auf die 18 Hochprävalenzländer der Tuberkulose entfielen.² Die Prävalenz der MDR-Tb unter den bereits behandelten Tuberkulosepatienten lag im Jahr 2011 bei 47,22%, was gegenüber 2010 (48,2%) einen leichten Rückgang bedeutete. Trotz einer Verdreifachung seit der Annahme des Konsolidierten Aktionsplans liegt der Versorgungsgrad mit Empfindlichkeitstests für Zweitrangmedikamente erst bei 9%, was beweist, dass bis zu 2% aller Fälle von MDR-Tb extensive Resistenzen aufweisen.

9. Auch wenn Tuberkulose-HIV-Koinfektion in der Europäischen Region der WHO nicht so

¹ Hinweis: Die Erhebung von Surveillance-Daten für Tuberkulose erfolgt im Laufe eines Jahres, ihre Auswertung jedoch erst im darauf folgenden Jahr. Somit beziehen sich die in diesem Fortschrittsbericht vom Januar 2013 verwendeten Daten auf die registrierten Fallzahlen des Jahres 2011. Der Grund hierfür liegt darin, dass den Ländern Gelegenheit gegeben werden soll, ihre Daten zu überprüfen und die Behandlungsergebnisse für neu und bereits früher behandelte Patienten festzustellen.

² Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan.

häufig ist wie in anderen Regionen der WHO, so ist doch unter den Tuberkulosefällen eine zunehmende HIV-Prävalenz zu beobachten (Anstieg von 2,8% im Jahr 2007 auf 6,4% im Jahr 2011).

Finanzierung von Interventionen gegen Tuberkulose und MDR-Tb

10. Mehrere Mitgliedstaaten erhalten auf eigenen Wunsch vom Regionalbüro Hilfe bei der Überarbeitung ihrer Finanzierungsmechanismen und Unterstützung bei der Veranschlagung ihrer Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose im Haushalt, um die Effizienz ihrer Tuberkuloseprogramme zu verbessern.

11. Das Regionalbüro ist den anspruchsberechtigten Ländern dabei behilflich, beim Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie bei anderen Geberorganisationen Mittel zu beantragen. Doch nachdem der Globale Fonds die 11. Runde gestrichen hat und sich die Ankündigung des neuen Finanzierungsmechanismus zu ihrer Ersetzung verzögert, wurde der Ausbau von Maßnahmen zur Bekämpfung der MDR-Tb und zur Stärkung der Gesundheitssysteme in manchen Mitgliedstaaten nicht in dem erwarteten Maße vorangetrieben.

12. Stattdessen belegen umfassende Überprüfungen der Tuberkuloseprogramme, die das Regionalbüro gemeinsam mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in einigen Ländern der Europäischen Union durchgeführt hat, dass die bisher erreichten Ergebnisse teilweise durch die Finanzkrise und die damit verbundenen Haushaltskürzungen gefährdet sind.

Erfolge und Herausforderungen

Handlungsfeld 1: Prävention von MDR- und XDR-Tb

13. Das Regionalbüro und seine Partnerorganisationen haben in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten die Gründe für Behandlungsabbrüche in verschiedenen Umfeldern untersucht. In das Surveillance-System für Arzneimittelresistenzen wurden soziale Determinanten aufgenommen. In mehreren Mitgliedstaaten wurde ein Instrument zur Bewertung der Gesundheitssysteme in Bezug auf Tuberkulose und MDR-Tb entwickelt und eingeführt, das jeweils dazu dient, die wichtigsten Herausforderungen für die sechs Bausteine eines Gesundheitssystems zu dokumentieren und Maßnahmen zur Verhinderung der Entstehung von resistenter Tuberkulose und zum Ausbau wirksamer Behandlungsangebote zu empfehlen. In einer Reihe von Mitgliedstaaten (z. B. den baltischen Staaten) haben sich die Raten für MDR-Tb stabilisiert.

14. Doch in manchen Mitgliedstaaten, auch in EU-Staaten, ist die Entstehung und Ausbreitung der medikamentenresistenten Formen der Krankheit eine Realität, während die Behandlung wie auch die Modalitäten zur Unterstützung der Patienten unzureichend sind. In manchen Mitgliedstaaten werden Patienten unnötigerweise ins Krankenhaus eingewiesen, was bei fehlenden Atemschutzmaßnahmen zu einer nosokomialen Übertragung der medikamentenresistenten Formen von Tuberkulose führen kann. Ambulante Angebote und andere Versorgungsmodelle, einschließlich einer Behandlung zuhause, funktionieren in manchen Mitgliedstaaten nicht einwandfrei.

15. Es fehlt an Erkenntnissen über eine wirksame prophylaktische Behandlung für Kontaktpersonen von Patienten mit MDR- und XDR-Tb.

Handlungsfeld 2: Ausweitung des Zugangs zu Resistenztests für Erst- und Zweitrang-Antituberkulotika sowie zu HIV-Tests für Tuberkulosepatienten

16. Das Regionalbüro hat die Europäische Tuberkuloselabor-Initiative (ELI) ins Leben gerufen und die Mitgliedstaaten durch fachliche Hilfe beim Ausbau ihrer Diagnosekapazitäten und bei

der Einführung von molekularen Schnelltests zur Diagnose von Tuberkulose und MDR-Tb unterstützt. Es hat zusammen mit einer Reihe von Partnerorganisationen auch fachliche Hilfe bei Tb-HIV-Kooperationen geleistet.

17. Mittelkürzungen aufgrund der Finanzkrise haben für die Mitgliedstaaten den Ausbau ihrer Diagnosekapazitäten und eine Verbesserung der biologischen Sicherheit erschwert.

Handlungsfeld 3: Ausweitung des Zugangs zu einer wirksamen Behandlung aller Formen der medikamentenresistenten Tuberkulose

18. Das Regionalbüro hat den Mitgliedstaaten dabei geholfen, ihre nationalen Aktionspläne gegen Tuberkulose und MDR-Tb in Einklang mit dem Konsolidierten Aktionsplan zu bringen.

19. Die Mitgliedstaaten verfügen inzwischen über einen verbesserten Zugang zu Zweitrangmedikamenten für die Behandlung von Patienten mit MDR- und XDR-Tb (96% Versorgungsgrad).

20. Das Regionalbüro hat das GLC eingerichtet und fachliche Hilfe für Hochprävalenzländer der MDR-Tb bei der Bekämpfung der medikamentenresistenten Tuberkulose auf der Ebene der Krankenhäuser wie auch der nationalen Programme bereitgestellt; dies geschah sowohl durch Länderbesuche als auch durch Beratung aus der Ferne. Das Regionalbüro und die European Respiratory Society (ERS) haben eine elektronische Anlaufstelle (<https://www.tbconsilium.org/>) in englischer und russischer Sprache eingerichtet, an der sich Angehörige der Gesundheitsberufe über das klinische Management von schwer behandelbaren Patienten informieren können.

21. Mit Ausnahme der auf internationaler Ebene, von WHO oder GLC unterstützten Projekte, sind die Erfolgsquoten bei der Behandlung von Patienten mit MDR-Tb extrem gering (teilweise nur 28%). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Therapien nicht abgeschlossen werden und nicht alle Zweitrang-Antituberkulotika in dem erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen. In einigen Ländern Westeuropas gibt es in der klinischen Praxis erhebliche Defizite, und die Diagnose nimmt lange Zeit in Anspruch; Gründe hierfür sind mangelnde Fachkompetenz, ein schlechtes Patientenmanagement und unzureichende Verlaufskontrolle bei Patienten.

Handlungsfeld 4: Verbesserung des Infektionsschutzes gegen Tuberkulose

22. Das Regionalbüro und seine Partnerorganisationen haben die Mitgliedstaaten durch fachliche Hilfe bei der Fertigstellung ihrer Aktionspläne zum Infektionsschutz gegen Tuberkulose unterstützt, die entweder in die Tuberkuloseprogramme oder in die übergeordneten Gesundheitsstrategien der betreffenden Länder einbezogen werden sollen. Das Regionalbüro hat eine Reihe wichtiger Beschaffungsspezifikationen in Bezug auf Infektionsschutzmaßnahmen gegen Tuberkulose entwickelt.

23. Das Sekretariat ist den Mitgliedstaaten bei der Verbesserung von Atemschutzmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen und in beengten räumlichen Verhältnissen behilflich. Doch diese Maßnahmen wurden in manchen Mitgliedstaaten aufgrund fehlender Verwaltungs-, Umweltschutz- und Atemschutzkonzepte nicht ausgebaut. So tragen Gesundheitseinrichtungen und beengte räumliche Verhältnisse weiterhin zur Ausbreitung der Tuberkulose allgemein sowie speziell der medikamentenresistenten Formen der Tuberkulose bei. Eine Reihe von Mitgliedstaaten deportieren sogar an Tuberkulose erkrankte Migranten, ohne Rücksicht auf deren Menschenrechte oder auf Aspekte der öffentlichen Gesundheit zu nehmen und ohne angemessene Infektionsschutzmaßnahmen zu ergreifen.

Handlungsfeld 5: Stärkung der Surveillance der medikamentenresistenten Tuberkulose, einschließlich Registrierung und Meldung, und Überwachung von Behandlungsergebnissen

24. Das Regionalbüro hat in Abstimmung mit seinen Partnerorganisationen einen Kontrollrahmen für die Weiterverfolgung der Erklärung von Berlin zur Tuberkulose ausgearbeitet und die Mitgliedstaaten durch Schulungsmaßnahmen und durch fachliche Hilfe darauf vorbereitet, die Bereiche Beobachtung und Evaluation sowie die Nutzung von Daten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit ihrer Tuberkuloseprogramme zu optimieren.
25. Das Regionalbüro hat mehrere Mitgliedstaaten bei der Durchführung landesweiter Untersuchungen über Arzneimittelresistenzen unterstützt.
26. Das Regionalbüro hat zusammen mit dem ECDC Jahrestagungen der nationalen Ansprechpersonen für die Tuberkuloseüberwachung abgehalten, um die Surveillance-Maßnahmen innerhalb der Europäischen Region abzustimmen.
27. Daten über Empfindlichkeitstests für Zweitrangmedikamente sind immer noch nur in begrenztem Umfang vorhanden, und in vielen Mitgliedstaaten fehlt es an der Fähigkeit zur elektronischen Datenverwaltung, was eine Analyse der Leistungsfähigkeit der Tuberkuloseprogramme zusätzlich erschwert. Manche Mitgliedstaaten in Westeuropa führen nicht Protokoll über Behandlungserfolge und verpassen damit die Chance zur Dokumentierung der Effizienz ihrer Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung.

Handlungsfeld 6: Erweiterung der Kapazitäten der Länder mit dem Ziel der Verbesserung der Bewältigung der medikamentenresistenten Tuberkulose durch Überzeugungsarbeit, Partnerschaften und allgemeine Leitlinien

28. Das Regionalbüro ist den Hochprävalenzländern unter den Mitgliedstaaten bei der Aktualisierung und Fertigstellung ihrer Handlungspläne zur Bekämpfung der MDR-Tb behilflich und hat einen Workshop für die Europäische Region organisiert, der den Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung nationaler Strategiepläne gegen Tuberkulose helfen soll, in denen MDR-Tb berücksichtigt wird. Das Regionalbüro hat auch ein Bewertungsinstrument für Führungsstrukturen entwickelt und mehreren Mitgliedstaaten bei der Optimierung der Struktur ihrer nationalen Programme geholfen.
29. Das Regionalbüro hat in Zusammenarbeit mit dem ECDC und der KNCV-Tuberkulose-Stiftung eine Tagung der Leiter der nationalen Tuberkuloseprogramme organisiert, die im Mai 2013 in Den Haag stattfand und auf der eine Bestandsaufnahme der Umsetzung von Aktionsplänen der Länder wie auch der Europäischen Region, und insbesondere des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose (MDR-/XDR-Tb) in der Europäischen Region der WHO (2011–2015), erfolgte.
30. Aufgrund von Bitten aus den Mitgliedstaaten haben das Regionalbüro und seine Partnerorganisationen eine externe Begutachtung der Tuberkuloseprogramme in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Kasachstan, Norwegen, der Slowakei, der Ukraine und Ungarn veranlasst.
31. Das Regionalkomitee hat im Dezember 2012 das Interinstitutionelle Kooperationskomitee für Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region (RICC-TB) eingesetzt, um eine Verbesserung bestehender Partnerschaften und eine Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Partnern zu erreichen.
32. Das Regionalbüro hat den Mitgliedstaaten Orientierungshilfe bei der Überarbeitung ihrer Rahmenkonzepte für Ethik- und Menschenrechtsaspekte in Verbindung mit Tuberkulose gegeben.

33. Das Sekretariat hat Vertreter der Zivilgesellschaft in alle Tagungen und ausführlichen Begutachtungen von Programmen auf Ebene der Region einbezogen. Das Regionalbüro hat die Arbeit der TB Europe Coalition und anderer Organisationen der Zivilgesellschaft unterstützt und sie während der Planungs- und Umsetzungsphase gleichermaßen in das Geschehen einbezogen. Allerdings gibt es bisher nur wenige Mitgliedstaaten, in denen Organisationen der Zivilgesellschaft an der Tuberkulosebekämpfung beteiligt sind. Darüber hinaus fehlt in zahlreichen Mitgliedstaaten eine Palliativversorgung für Tuberkulosepatienten.

34. Vertreter des Regionalbüros haben auf mehreren Anhörungen des Europäischen Parlaments über Tuberkulose und MDR-Tb Präsentationen gehalten. Das Regionalbüro hat auch eine Fotoausstellung mit dem Titel „Gesichter der Tuberkulose“ organisiert, die am 20. März 2013 beim Europäischen Parlament stattfand.

Handlungsfeld 7: Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen

35. Das Regionalbüro und seine Partnerorganisationen haben die Mitgliedstaaten bei der Überarbeitung ihrer nationalen Handlungskonzepte zur Bekämpfung von Tuberkulose und HIV durch Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen sowie bei der Erweiterung ihrer Leitlinien für Gesundheit im Strafvollzug um Empfehlungen für die Tuberkulosebekämpfung unterstützt. Doch den meisten Ländern fehlt ein funktionierender Koordinierungsmechanismus zwischen den Bereichen Tuberkulose und HIV, der die Bereitstellung integrierter Angebote für die Behandlung von Tuberkulose und HIV/Aids (einschließlich des Einsatzes von Medikamenten) ermöglichen würde.

36. Das Sekretariat hat den Mitgliedstaaten fachliche Hilfe bei der Verbesserung der Abstimmung zwischen den Gesundheitsdiensten im Strafvollzug und im Zivilbereich gewährt. Das Netzwerk des Projektes „Gesundheit im Strafvollzug“ hat Leitlinien und Grundsatzdokumente zu dieser Thematik ausgearbeitet und an die Mitgliedstaaten verteilt. Trotz dieser Bemühungen bestehen noch Defizite in der Abstimmung zwischen der Gesundheitsversorgung im Zivilleben und im Strafvollzug.

37. Das Regionalbüro hat eine Sonderarbeitsgruppe für Tuberkulose im Kindesalter eingerichtet, um die gegenwärtige Praxis auf diesem Gebiet zu dokumentieren und die vorhandenen internationalen Empfehlungen an die Gegebenheiten in der Europäischen Region anzupassen. In den meisten Mitgliedstaaten gibt es nicht ausreichend qualifiziertes Personal für die Behandlung von Tuberkulose im Kindesalter.

38. Das Regionalbüro hat einen Artikel mit dem Titel „Mindestanforderungen an die grenzüberschreitende Tuberkulosebekämpfung und -versorgung in der Europäischen Region der WHO: eine Erklärung über den Konsens von Wolfheze“ veröffentlicht.³

39. Die Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel und Impfstoffe gegen Tuberkulose und insbesondere MDR- und XDR-Tb ist eine dringende Notwendigkeit. Das Regionalbüro ist den Mitgliedstaaten bei der Einführung von Bedaquilin als dem neuen Tuberkulosemedikament unter besonderen Bedingungen behilflich; dies geschieht mit einem besonderen Augenmerk auf Pharmakovigilanz. Mit der Einführung eines weiteren neuen Medikaments wird im Laufe des Jahres 2014 gerechnet. In anderen Regionen der WHO sind Versuche mit Impfstoffen im Gange.

³ Dara M et al. Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement. *European Respiratory Journal*, 2012, 40(5):1081–1090.

Nächste Schritte

40. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten im Rahmen des Sonderprojektes der Regionaldirektorin auch weiterhin bei der Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans unterstützen. Es wird auch seine Zusammenarbeit mit Abgeordneten des Europäischen Parlaments sowie mit Vertretern des ECDC, der Europäischen Kommission und anderer maßgeblicher Partner fortsetzen, um die Sensibilisierung für Fragen der Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose und MDR-Tb voranzutreiben.
41. Eine Bestandsaufnahme vorbildlicher Praktiken für Interventionen der Gesundheitssysteme zur Prävention und Behandlung von MDR-Tb soll im Laufe des Jahres 2013 erfolgen, und ein Workshop für die Europäische Region der WHO soll einen Erfahrungsaustausch in Bezug auf den Ausbau der patientenzentrierten ambulanten Versorgung ermöglichen.
42. Das Regionalbüro und die supranationalen Referenzlabore für Tuberkulose arbeiten zusammen mit nationalen Referenzlaboren bis Ende 2013 einen auf drei Jahre angelegten Plan zum Aufbau von Tuberkuloselaboren in den 18 Hochprävalenzländern in der Europäischen Region aus.
43. In Weiterverfolgung der Ergebnisse der landesweiten Untersuchung über Arzneimittelresistenzen sowie der Anstrengungen zur Modernisierung der staatlichen Surveillance-Systeme wird das Regionalbüro den Mitgliedstaaten und anderen Partnern bei der Berechnung zuverlässiger Schätzungen für die Prävalenz der MDR-Tb bis Ende 2013 behilflich sein.
44. Das Regionalbüro gewährt den Mitgliedstaaten fachliche Hilfe bei der Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Effizienz ihrer Tuberkuloseprogramme und bei der Einführung und umsichtigen Verwendung neuer Antituberkulotika. Für 2013 sind umfassende Überprüfungen der Tuberkuloseprogramme in der Republik Moldau, den Niederlanden und Tadschikistan geplant.
45. Das Regionalbüro wird die anspruchsberechtigten Mitgliedstaaten bei der Beantragung von Mitteln des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria unterstützen.
46. In Zusammenarbeit mit dem ECDC und der ERS wird das Regionalbüro eine Untersuchung über Interventionen zur Eliminierung der Tuberkulose in Ländern mit niedriger Inzidenz durchführen. Das Regionalbüro wird im Laufe des Jahres 2013 ein Konsensdokument über die Bedeutung von Operationen bei der Bekämpfung der Tuberkulose sowie insbesondere der MDR- und XDR-Tb fertig stellen.

Fortschrittsbericht zur Tabakbekämpfung in der Europäischen Region der WHO

Einführung und Hintergrund

47. Die Europäische Anti-Tabak-Strategie (ESTC) ist Ausdruck eines stärkeren politischen Willens und insbesondere gestiegener gesundheitspolitischer Erwartungen in Bezug auf die Eindämmung des Tabakkonsums in der Europäischen Region der WHO. Sie wurde vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf dessen 52. Tagung im September 2002 mit Resolution EUR/RC52/R12 angenommen. Diese Strategie beruht auf den Schlussfolgerungen der Auswertung von drei aufeinander folgenden Aktionsplänen der Region gegen Tabakkonsum,⁴ den Leitprinzipien der Erklärung von Warschau für ein tabakfreies Europa (2002) sowie nationalen, regionalen und internationalen Strategien zur Eindämmung des Tabakkonsums.

48. Die Strategie ging dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) voraus und erfordert eine regelmäßige Überprüfung und strategische Anpassung.

Situationsanalyse

49. In der Europäischen Region ist der Tabakkonsum Erwachsener größer als in jeder anderen Region der WHO. Zwar ist die Prävalenz unter Männern in der Region Westpazifik höher als in der Europäischen Region, doch rauchen hier deutlich mehr Frauen als in jeder anderen Region. Doch auch in fast allen Ländern der Europäischen Region rauchen Frauen noch weniger als Männer. Es gibt jedoch einige Länder, in denen der Abstand zwischen den Geschlechtern nur sehr gering ist und in manchen Ländern rauchen mehr Frauen als Männer täglich.

50. Die Tabakindustrie vermarktet rauchfreie Zigaretten als eine mildere, weniger schädliche Alternative zu Zigaretten und anderen Arten von Rauchtobak. Diese neuen Arten rauchfreien Tabaks sollten sorgfältig beobachtet werden. Doch in der Europäischen Region erhebt derzeit nur etwas mehr als ein Viertel (15 von 53) Mitgliedstaaten Daten zum Konsum rauchfreien Tabaks. Die begrenzt verfügbaren Daten erlauben zwar keine verlässlichen Aussagen über allgemeine Trends, doch wurde in einigen Ländern eine Zunahme des Konsums rauchfreien Tabaks beobachtet.

51. In der Europäischen Region ist der Tabakkonsum junger Menschen vergleichsweise sehr hoch. Während Frauen deutlich weniger als Männer rauchen, so ist der Unterschied zwischen Mädchen und Jungen viel geringer. Was für Erwachsene gilt, trifft in einigen Ländern auch für Jugendliche zu: Mädchen rauchen dort mehr als Jungen.

Aktuelle Trends sowie Fehlentwicklungen

52. Seit der Annahme des Rahmenübereinkommens 2003 und seinem Inkrafttreten 2005 geht in der Europäischen Region (mit Ausnahme von vier Ländern) der Tabakkonsum unter Männern zurück, während er unter Frauen teils stabil bleibt, teils zurückgeht (mit Ausnahme von neun Ländern). Wenn nicht geschlechtsspezifisch ausgerichtete Maßnahmen gegen den Tabakkonsum

⁴ *Aktionsplan Tabak* (Dokument EUR/RC37/7, 1987), *Aktionsplan für ein tabakfreies Europa* (Dokument EUR/RC42/9, 1992), *Dritter Aktionsplan für ein tabakfreies Europa (1997–2001)* (Dokument EUR/ICP/LVNG 01 04 01, 1997).

ergriffen werden, verfallen immer mehr Frauen dem Rauchen und werden später an den Folgen sterben.

53. Der Tabakkonsum unter Jugendlichen ist auf dem Vormarsch und in einigen Ländern rauchen fast so viele Jugendliche wie Erwachsene.

54. Die Daten über längerfristige Veränderungen im Tabakkonsum durch rauchfreie Produkte sind unzureichend. Doch ist ein Anstieg zu erwarten, auch weil mehr Länder vollkommen rauchfreie öffentliche Räume stärker durchsetzen.

Erfolge und Herausforderungen nach strategischer Zielrichtung

55. Mit dem Rahmenübereinkommen wird gegen die Tabakepidemie international koordiniert vorgegangen. Sein Erfolg ist an der politischen Verpflichtung, dem Umsetzungsgrad sowie der Wirkung der vorgesehenen Maßnahmen abzulesen.

Politische Verpflichtung

56. Im Februar 2013 waren 49 der 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region sowie die Europäische Gemeinschaft Vertragsparteien des Übereinkommens. Durch ihren Beitritt verpflichten sich die Vertragsparteien rechtsverbindlich zur Umsetzung der Bestimmungen aus dem Übereinkommen und erhalten zugleich Rückendeckung für energische und umfassende Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums.

Umsetzung des Rahmenübereinkommens

57. Insgesamt hat die Europäische Region gute Fortschritte in der Umsetzung des Rahmenübereinkommens seit dessen Annahme durch die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2003 erzielt, auch wenn in einigen Bereichen weitere Verbesserungen möglich sind.

58. Wichtig bleibt die Feststellung, dass umfassende Maßnahmen zur Prävention und Eliminierung des Tabakkonsums erforderlich sind. Mehrere Länder in der Region haben das Rahmenübereinkommen umfassend umgesetzt, hierunter Irland, Malta, Spanien, die Türkei, die Ukraine, Ungarn und das Vereinigte Königreich. Global nimmt die Region in der Umsetzung von Artikel 6 (Preispolitik und steuerliche Maßnahmen gegen die Nachfrage) und Artikel 14 (Maßnahmen gegen Nikotinsucht und für Rauchverzicht) des Übereinkommens eine Führungsposition ein. Zwischen 2008 und 2010 haben 17 Mitgliedstaaten ihre Steuern auf Tabakerzeugnisse erheblich erhöht. In 42 Staaten machen Steuern mehr als 50% des Einzelhandelspreises der Tabakerzeugnisse aus. In zwei Drittel aller Länder in der Region werden Rauchern Nikotinsubstitution und andere Suchtherapien angeboten, deren Kosten mindestens einmal übernommen werden. 62% der Länder bieten Telefonlinien an, die ein unmittelbares Gespräch über Rauchverzicht ermöglichen.

59. In Bezug auf die Umsetzung der Artikel 5 (allgemeine Verpflichtungen), Artikel 8 (Schutz vor Tabakrauch), Artikel 11 (Verpackung und Etikettierung), Artikel 12 (Aufklärung, Vermittlung, Öffentlichkeitsarbeit) sowie Artikel 13 (Tabakreklame, Verkaufsförderung und Sponsorentätigkeit) steht die Europäische Region allerdings schlechter dar. Im Bericht der Vertragsparteien nannten Staaten aus der Europäischen Region der WHO zahlreiche Herausforderungen, die der Verwirklichung einer umfassenden Anti-Tabak-Politik entgegenstehen: fehlende finanzielle und personelle Ressourcen, Einmischung der Tabakindustrie, fehlender politischer Wille sowie unzureichende sektorübergreifende Zusammenarbeit und Abstimmung.

Tabakbekämpfung im Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)

60. Im Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) wird die Bedeutung der Bekämpfung des Tabakgebrauchs unter klarer Betonung von Besteuerung und Vermarktungsregeln betont.

Politiksteuerung

61. Das Regionalbüro und das Sekretariat des Rahmenübereinkommens arbeiten eng mit den nationalen Regierungen und Mitgliedstaaten an der Umsetzung der Vereinbarungen, indem sie die Entwicklung und Durchführung nationaler Gesetzgebung, Konzepte und Aktionspläne unterstützen. 2012 wurden nationale Aktionspläne für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in Bulgarien, Litauen und der Ukraine erarbeitet. Das Regionalbüro leistet außerdem fachliche Unterstützung für Mitgliedstaaten zur Stärkung der Bürgerbeteiligung durch nationale Öffentlichkeitskampagnen über Anti-Tabak-Maßnahmen. Ein Beispiel hierfür ist die jüngst in der Republik Moldau durchgeführte Kampagne.

Stärkung der epidemiologischen Überwachung, Beobachtung, Auswertung und Forschung

62. Das überarbeitete Protokoll für die Befragung Jugendlicher zu ihrem Rauchverhalten (GYTS) wurde 2012 als Ergebnis von Überprüfungen und Empfehlungen der Fachwelt eingeführt, um die epidemiologische Überwachung und Beobachtung des Tabakkonsums junger Menschen an das Rahmenübereinkommen anzupassen. Die globale Befragung Erwachsener zu ihrem Rauchverhalten (GATS) wurde von Polen, Rumänien, Russischer Föderation, Türkei und Ukraine ausgeweitet und soll im Laufe von 2013/2014 auch Griechenland und Kasachstan umfassen. Mehrere Länder haben Interesse für GATS geäußert und die Einbeziehung zentraler GATS-Fragen in die bestehenden nationalen Befragungen ist im Gespräch.

63. Die Datenbank des Regionalbüros für Anti-Tabak-Maßnahmen wurde 2012 auf den Weg gebracht und enthielt zunächst Daten zur Umsetzung von Artikel 13 des Übereinkommens. Sie ist einzigartig, weil sie Einblick in die maßgeblichen nationalen Gesetze (in englischer Übersetzung) gewährt und dadurch Vergleiche von Land zu Land ermöglicht.

64. An der letzten Datenerhebung und -validierung für den Jahresbericht der WHO zur globalen Tabakepidemie waren sämtliche 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region beteiligt. Der Bericht beleuchtet die Umsetzung des Rahmenübereinkommens und wird im Sommer 2013 vorgestellt werden. Er beruht auf einer Reihe von Quellen, nicht zuletzt den Berichten der Vertragsparteien des Übereinkommens.

Stärkung der Abwehr gegen Einmischungsversuche der Tabakindustrie

65. Eine Reihe von Argumentationshilfen und Sachstandsberichten wurden angefertigt, die im Laufe von 2013 veröffentlicht werden sollen und eine Zusammenstellung der Erkenntnisse aus Ländern der Europäischen Region enthalten, in denen entschiedene Maßnahmen gegen den Tabakkonsum ergriffen wurden. Die Reihe belegt die Wirksamkeit dieser Maßnahmen exemplarisch und widerlegt von der Tabakindustrie gestreute Fehldeutungen.

66. Am Weltnichtrauchertag 2012 wurde eine Veröffentlichung über die Einmischungsversuche der Tabakindustrie in der Europäischen Region der WHO herausgegeben. Diese Schrift belegt, wie sich die Tabakindustrie gegen Regulierung einsetzte und wie die Länder darauf antworteten. Außerdem hat das Regionalbüro konkrete Strategien zur Befähigung von Frauen (einer Bevölkerungsgruppe, in der der Tabakkonsum zunimmt) zu selbstbestimmtem Handeln entwickelt.

Förderung der Gesundheit durch Steuerpolitik und Marktkontrolle

67. Das Regionalbüro unterstützt die Mitgliedstaaten darin, den Schutz der öffentlichen Gesundheit durch die Umsetzung und Annahme entschlossener Gesetze zu priorisieren, etwa durch die Anhebung von Steuern und das Verbot von Zigarettenwerbung.

68. Das Regionalbüro bereitet derzeit eine Sammlung von Fallstudien vor, die das Motto „Kunst des Möglichen“ tragen. Die Fallstudien sollen 2013 erscheinen und zeigen, wie Entschlossenheit, Einsatz und guter Wille in der Umsetzung des Rahmenübereinkommens durch ein Land viel erreichen kann. Neben anderen Maßnahmen werden die Steuerpolitik (der Ukraine) und die Marktkontrolle (Frankreichs) in zwei Fallstudien beleuchtet.

69. Im November 2012 veranstaltete das Regionalbüro in Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro eine Tagung zur Besteuerung von Tabakprodukten und brachte dafür hochrangige Vertreter des Finanz-, Zoll- und Gesundheitswesens aus Belarus, Kasachstan, der Russischen Föderation und der Ukraine an einen Tisch. Damit sollte einer sektorübergreifende Arbeitsgruppe aus Fachleuten der Weg gebahnt werden, die sich mit einer Erhöhung der Tabaksteuern gemäß Modellrechnungen befassen wird. Weitere Mitgliedstaaten, hierunter Estland, Lettland, Litauen und die Republik Moldau, haben Interesse für die Beteiligung an der Arbeitsgruppe geäußert.

Gesundheitsförderung nach Umfeld

70. Eine der Studien, die in Absatz 22 erwähnt wurde, konzentriert sich auf die Erfahrungen der Türkei, einem der führenden Länder in der Region in Bezug auf eine umfassende Tabakbekämpfung und führend in Bezug auf Rauchverbote an öffentlichen Orten. Außerdem thematisiert eine der Argumentationshilfen, die in Absatz 19 erwähnt sind, rauchfreie Umgebungen und enthält eine Sammlung der Erkenntnisse zur Wirksamkeit dieser Maßnahme aus Ländern in der Region, die sie bereits verwirklicht haben.

Der weitere Weg

Was die Verwirklichung des vorgeschlagenen Ziels einer weltweiten relativen Reduktion des Tabakkonsums der Menschen im Alter von über 15 Jahren um 30% bis zum Jahr 2025 bedeutet

71. Derzeit liegt die Prävalenz des Rauchens in den Ländern der Europäischen Region in den meisten Fällen zwischen 21 und 30% und am zweithäufigsten zwischen 31 und 40%. Wenn sich bis 2025 in jedem Land ein relativer Rückgang um 30% erzielen ließe, läge die Prävalenz in mehr als der Hälfte der Länder zwischen 10 und 20% und in etwas mehr als einem Viertel der Länder zwischen 21 und 30%. Nur ein Land wäre noch im Bereich 31 bis 40% und keines würde sich mehr im oberen Grenzbereich befinden.

72. Auf der Grundlage vorläufiger Prognosen für das Jahr 2025 sind verschiedene Trendszenarien denkbar, wonach viele Länder eine rückläufige oder stabile Prävalenz aufweisen. Allerdings wird für drei Länder ein Anstieg der Prävalenz vorhergesagt. Wenn kein 30%-iger Rückgang in jedem Land erreicht würde, lägen 30% der Länder der Region im Prävalenzbereich zwischen 10 und 20%, 22,5% der Länder zwischen 21 und 30% und weitere 22,5% zwischen 31 und 40%. Außerdem würden 17,5% auf den Bereich 41 bis 50% und 7,5 auf den Bereich über 51% entfallen. Ca. 10% der Länder würden eine Prävalenz zwischen 0 und 9% aufweisen.

Welche Bereiche müssen priorisiert werden, damit das globale Ziel erreicht wird?

73. Nach wie vor werden beträchtliche Fortschritte in der Umsetzung des Rahmenübereinkommen und seiner Leitlinien erzielt. Es ist klar belegt, dass das Rahmenübereinkommen durch

die starke Verpflichtung der Vertragsparteien die Regierungen zu energischen Anti-Tabak-Maßnahmen veranlasst. Der Beitritt zum Übereinkommen bedeutet für die Vertragspartei die Verpflichtung zur Einhaltung der Bestimmungen und auch das Recht und die Pflicht, starken Druck für die Einführung energischer Anti-Tabak-Maßnahmen auszuüben.

74. Das Regionalbüro wird 2014/2015 vorrangig:

- weiter die vier verbleibenden Länder in der Region unterstützen, die das Rahmenübereinkommen noch ratifizieren müssen,
- weiter die umfassende Umsetzung des Rahmenübereinkommens unterstützen und zugleich ein besonderes Augenmerk auf die verstärkte Umsetzung des Rahmenübereinkommens und seiner Leitlinien in Bereichen legen, in denen die Region derzeit noch zurückliegt: Artikel 5 (allgemeine Verpflichtungen), 8 (Schutz vor Tabakrauch), 11 (Verpackung und Etikettierung) und 13 (Tabakwerbung, Verkaufsförderung und Sponsorentätigkeit).
- in enger Zusammenarbeit mit dem Sekretariat des Übereinkommens die Unterzeichnung und Ratifizierung des Protokolls zur Unterbindung des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen fördern, das als neues Rechtsinstrument das Rahmenübereinkommen ergänzt und die besondere Aufmerksamkeit der Regierungen erfordert,
- die Begleitung und Einführung von Konzepten unterstützen, die gegen das vermehrte Rauchen von Frauen und Mädchen sowie die beobachtete Ausbreitung rauchfreien Tabaks und elektronischer Zigaretten vorgehen,
- die Erfahrungen der Länder verbreiten, die energische Maßnahmen (wie vereinheitlichte Verpackungen) durchführen, weil Vorbilder die Region zu weiteren Taten stimulieren können,
- Verbindungen zwischen den direkt gegen die Tabakindustrie gerichteten Bemühungen und solchen Maßnahmen schaffen und fördern, die oft von verschiedenen Akteuren für die Umwelt ergriffen werden (etwa durch rauchfreie öffentliche Räume), für die Gesundheit von Mutter und Kind (durch Rauchverzicht für Schwangere) und für die Tuberkulosebekämpfung.

Fortschrittsbericht über Ernährung, Bewegung und Adipositas in der Europäischen Region der WHO

Einführung und Hintergrund

75. Ungesunde Ernährung, Übergewicht und Adipositas gehören zu den wichtigsten Einflussfaktoren für eine Vielzahl von nichtübertragbaren Krankheiten, insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, die beiden Hauptursachen für vorzeitigen Tod in der Europäischen Region der WHO. In den meisten Mitgliedstaaten belegen landesweite Untersuchungen eine übermäßige Aufnahme von Fetten und einen zu geringen Verzehr von Obst und Gemüse sowie eine Zunahme der Adipositas, die allesamt nicht nur die Lebenserwartung der Menschen senken, sondern auch ihre Lebensqualität verringern. Adipositas (definiert als Body-Mass-Index von 30 oder mehr) ist nach Expertenschätzungen pro Jahr für ca. 320 000 Todesfälle in den 20 Ländern Westeuropas verantwortlich. Auch einige Teile Osteuropas verzeichnen hohe Raten an Adipositas, die sich seit 1980 teilweise mehr als verdreifacht haben. Nach dem Kleinkindalter sind schlechte Ernährung, Bewegungsmangel und Adipositas oftmals miteinander verknüpft und gehen auch mit einer Reihe von Risikofaktoren einher, denen einkommensschwache Schichten ungleich häufiger ausgesetzt sind als wohlhabendere Bevölkerungsgruppen. So weisen in den Ländern der Europäischen Union einkommensschwache Haushalte den niedrigsten Verzehr von Obst und Gemüse auf. Frauen aus niedrigeren sozioökonomischen Schichten in den Ländern Osteuropas sind in Bezug auf einen zu niedrigen Konsum von Obst und Gemüse besonders gefährdet. Bei der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Männer weisen vom Kindesalter an eine höhere Prävalenz auf. Kinder, die nach eigenen Angaben aus Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status stammen, gaben häufiger an, regelmäßig Snacks zu essen, also Lebensmittel mit hohem Fettgehalt, mit Zuckerzusatz und mit wenig sonstigen Nährstoffen.

76. Leider verbessert sich die Lage in den meisten Ländern der Region nicht. Im Gegenteil: Zahlen aus etwa einem Drittel der Länder der Europäischen Region belegen, dass je nach Land 25% bis 70% der Bevölkerung übergewichtig und 5% bis 30% der Erwachsenen adipös sind. Nach einschlägigen Zahlen aus den Ländern sind durchschnittlich 24% der Kinder in der Altersgruppe von 6 bis 9 Jahren übergewichtig oder adipös, wobei die Spannbreite zwischen 18% und 45% liegt.

77. Auch der Bewegungsmangel wirkt sich nachteilig auf die Gesundheit der Bevölkerung in Europa aus. So sind in der Europäischen Region jährlich ca. 1 Mio. Todesfälle auf Bewegungsmangel zurückzuführen. Vier von zehn Erwachsenen üben in ihrem normalen Alltag keine regelmäßige körperliche Betätigung aus. Mehr als acht von zehn weiblichen Jugendlichen haben nicht ausreichend Bewegung.

78. Die von den Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region im Jahr 2006 einstimmig angenommene Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas kann als entscheidende Bezugsquelle für Handlungskonzepte im Themenkomplex Ernährung, Bewegung und Adipositas in der Europäischen Region gelten. In der Charta nannten die Länder eine Reihe möglicher Maßnahmen und verpflichteten sich zu ihrer Durchführung, um die erwünschte Stabilisierung der Fallzahlen von Adipositas allgemein und insbesondere Adipositas im Kindesalter oder sogar ihre Senkung zu erreichen. Der umfassende Handlungsauftrag für das Sekretariat des Regionalbüros wurde auch durch andere Grundsatzserklärungen und Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des WHO-Regionalkomitees für Europa begründet; dazu gehörten:

- die Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit (2004);

- der Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO (2007–2012) (2007);
- der Aktionsplan zur Umsetzung der Globalen Strategie für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2008–2013) (2008);
- die Empfehlungen zur Vermarktung von Lebensmitteln und nichtalkoholischen Getränken an Kinder (2010);
- die Resolution über die Ernährung von Müttern, Säuglingen und Kleinkindern (Resolution WHA63.23) (2010);
- die Politische Erklärung der Tagung der Generalversammlung [der Vereinten Nationen] auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2011); und
- der Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) (2012).

79. Die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung der WHO (2007–2012) unterstützte das Regionalbüro gemeinsam mit seinen sechs Aktionsnetzwerken, die aus Ländern bestehen, unter deren Federführung die Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Reduzierung des Salzkonsums und zur Verbesserung von Schul- und Krankenhausmahlzeiten sowie zur Regulierung der Vermarktung von Lebensmitteln an Kinder entschlossen vorangetrieben wird.

80. Das Programm des Regionalbüros für Ernährung, Bewegung und Adipositasprävention, das in der Abteilung für nichtübertragbare Krankheiten angesiedelt ist, hat es sich zum Ziel gesetzt, dass die Mitgliedstaaten:

- Aktionspläne zur Prävention und Bekämpfung von Adipositas ausarbeiten bzw. umsetzen, zu deren inhaltlichen Schwerpunkten auch gesunde Ernährung und Bewegungsförderung gehören und die damit den Grundsätzen der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas gerecht werden; und
- im Einklang mit dem Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO (2007–2012) Pläne und Strategien zur Förderung einer angemessenen Ernährung entwickeln, umsetzen und evaluieren, die der Überwachung des Ernährungszustands und der Beobachtung der Bevölkerung mit besonderem Augenmerk auf Kinder Vorrang einräumen.

Situationsanalyse

81. Die Mehrzahl der Mitgliedstaaten haben gemäß den Empfehlungen der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas und des Aktionsplans Nahrung und Ernährung der WHO (2007–2012) Mechanismen zur Förderung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und zur Vorbeugung gegen Adipositas geschaffen. Dennoch herrscht in Bezug auf die Umsetzung in die Praxis noch erheblicher Handlungsbedarf. Übergewicht ist eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert, von der alle Länder – wenn auch in unterschiedlichem Maße – betroffen sind, insbesondere in den niedrigeren sozioökonomischen Schichten.

82. In einer Reihe von Ländern sowie unter bestimmten Minderheiten in zahlreichen Ländern bleibt die Unterernährung ein ernstes Problem. In manchen Ländern sind bis zu 30% der Kinder von Zwergwuchs betroffen, und das Regionalbüro setzt sich dafür ein, in der Europäischen Region das Problem der Unterernährung so schnell wie möglich zu überwinden.

83. Beobachtung und Surveillance sind ein wichtiger Schwerpunkt der Arbeit des Regionalbüros zum Thema Ernährung. 2011 stellte das Regionalbüro die Datenbank der Europäischen Region für

Ernährung, Adipositas und Bewegung (NOPA) vor. Sie wurde in Zusammenarbeit mit Gesundheitsministerien in den Ländern und mit Unterstützung der Europäischen Kommission aufgebaut und enthält Einzelheiten zu über 300 nationalen und subnationalen Handlungskonzepten in der Europäischen Region. Die als ein standardisiertes Surveillance-System für die Europäische Region eingerichtete Initiative für die Überwachung der Adipositas im Kindesalter (COSI) wurde im Jahr 2012 auf 19 Länder ausgeweitet. Dieses Instrument ist jetzt schon eines der weltweit wirkungsvollsten seiner Art zur epidemiologischen Überwachung der Adipositas.

84. Mehrere Länder haben einschneidende Maßnahmen zur Förderung einer Abkehr von ungesunden Ernährungsgewohnheiten, die das Risiko einer Erkrankung an Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs erhöhen, in die Wege geleitet bzw. verstärkt. Sie zielen vor allem auf eine Reduzierung des Salzkonsums (38 Länder) und auf die Entfernung von Transfettsäuren aus der Ernährung (5 Länder) ab.

85. Darüber hinaus beteiligen sich die Mitgliedstaaten an Initiativen der WHO zur Erstellung von Nährstoffprofilen, bei denen verschiedene Modelle erprobt werden, die z. B. bei der Beschaffung von Nahrungsmitteln für Schulen und Krankenhäuser zum Einsatz kommen könnten. Insgesamt 21 Länder haben inzwischen Beschränkungen der Lebensmittelwerbung für Kinder in ihre Strategien aufgenommen. Schließlich haben mehrere Länder Konzepte zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen der Preisgestaltung in die Wege geleitet; dies geschieht durch Erhöhung der Besteuerung „ungesunder“ Lebensmittel und durch Erwägung der Subventionierung von gesunden Lebensmitteln wie Obst und Gemüse.

Erfolge und Herausforderungen

86. Im Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO (2007–2012) hat das Regionalbüro für die Europäische Region Maßnahmen zur Förderung einer angemessenen, gesunden Ernährung entwickelt, umgesetzt und ausgewertet. In dem Aktionsplan werden Ziele in den Bereichen Gesundheit, Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit festgelegt und eine Reihe miteinander verbundener, kohärenter Maßnahmen mit Beteiligung verschiedener Ressorts wie auch der Privatwirtschaft aufgezeigt. Dementsprechend wurde den Mitgliedstaaten fachliche Unterstützung bei der Ausarbeitung von Modellen zur Politiksteuerung gewährt; dies geschah durch länderspezifische Aktionspläne mit Strategien, die sich eingehend mit der Problematik der nichtübertragbaren Krankheiten auseinandersetzen. Im Juli 2013 fand in Wien die vom Regionalbüro organisierte Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 statt. Auf der Konferenz wurden Optionen der Ernährungspolitik erörtert, und das Thema Nahrung und Ernährung in der Europäischen Region wurde im Lichte von „Gesundheit 2020“ betrachtet.

87. Das Regionalbüro unterstützt die Länder weiterhin im Rahmen der zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA), die auch Maßnahmen zur Entfernung von Transfettsäuren aus der Ernährung beinhalten. Darüber hinaus arbeiten Dänemark, Island, Österreich, Schweden und die Schweiz darauf hin, die Verwendung von Transfettsäuren auf der Ebene der Lebensmittelherstellung verbieten zu lassen, und Tadschikistan wird 2013 eine stichprobenartige Untersuchung von Lebensmitteln auf Transfettsäuren einführen. In Ländern wie den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich hat sich die Industrie erfolgreich um eine Reduzierung der Verwendung von Transfettsäuren bemüht. Andere Mitgliedstaaten wie Finnland haben mit Erfolg Konzepte zur Reduzierung gesättigter Fettsäuren in der Ernährung durchgeführt, andere Länder haben erstmals klare Ziele für die Reduzierung gesättigter Fettsäuren in ihre bestehenden Konzepte aufgenommen.

88. Auch der Salzkonsum wurde thematisiert und war eines der zentralen Themen des Weltgesundheitstages 2013. Dieser wurde zur Präsentation eines Lageberichts über politische Konzepte zur Salzreduktion sowie einer entsprechenden Publikation über gegenwärtige Maßnahmen in den Ländern der Europäischen Region genutzt. Das Regionalbüro unterstützt weiterhin die Durchführung

von Maßnahmen in den Ländern im Rahmen ihrer BCA, die auf eine Verbesserung der Beobachtung der Salzzufuhr (durch 24-Stunden-Proben) sowie eine Optimierung der Probenahmen und Versuchsanordnungen abzielen, um die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen. Eine Reihe von Ländern, wie Albanien, Estland und Portugal, bemühen sich um eine Zusammenarbeit mit maßgeblichen Akteuren, durch die eine Senkung des Salzgehalts in verarbeiteten Lebensmitteln und eine verstärkte Sensibilisierung durch Formulierung gezielter Botschaften für den Gesundheitsschutz angestrebt werden. Drei Grundsatzpapiere befinden sich im letzten Stadium ihrer Ausarbeitung, von denen sich eines mit Adipositas und sitzenden Tätigkeiten befasst. Weitere Aktivitäten zielen darauf ab, eine Stärkung der Beziehungen zum Europäischen Netzwerk für gesundheitsförderliche Bewegung (HEPA Europa) herbeizuführen, um in Portugal und in der Türkei die Ausarbeitung von Richtlinien für Bewegung zu ermöglichen. Auch im schulischen Umfeld wird gesunde Ernährung gefördert; dies geschieht durch den Aufbau einer Sammlung von Artikeln über Ernährung in den Schulen der Länder der Europäischen Region.

Der weitere Weg

89. Angesichts der gegenwärtigen Entwicklungen und Herausforderungen sollte sich das Regionalbüro auf folgende Bereiche konzentrieren:

- Überwachung des Ernährungszustands, des Bewegungsverhaltens und der Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung sowie der politischen Entwicklungen in diesen Bereichen;
- Entwicklung von Instrumenten und Programmen zur Bewegungsförderung in den Mitgliedstaaten; und
- im Kontext von „Gesundheit 2020“: Überprüfung und Umsetzung der Grundsätze der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas und des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung der WHO (2007–2012), verstärkt durch:
 - den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016);
 - den Kontrollrahmen und die Zielvorgaben der WHO für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten;
 - den Aktionsplan zur Globalen Strategie für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2008–2013); und
 - Pläne für die Umsetzung der Globalen Strategie der WHO für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern.

90. Folgende Bereiche sollten vorrangig behandelt werden:

- Koordinierung der Maßnahmen auf nationaler Ebene und auf Ebene der Region:
 - zur Umsetzung von Strategien zur Salzreduktion;
 - mit Instrumenten und Programmen zur Bewegungsförderung;
 - zur Entfernung von Transfettsäuren und Reduzierung der gesättigten Fettsäuren und des Zuckerzusatzes in der Ernährung;
 - zur Förderung von Konzepten für eine aktive Fortbewegung;
- Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Evaluation des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung der WHO (2007–2012) unter Schwerpunktlegung auf den Abbau von Ungleichheiten; und
- Umsetzung von Mechanismen zur Prävention und Bekämpfung von Adipositas, die auf den Grundsätzen der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas und der Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 basieren.

Fortschrittsbericht über den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)

Der globale und der regionale Kontext

91. Im Bereich des Gesundheitsschutzes sind nichtübertragbare Krankheiten in den letzten beiden Jahren auf der globalen gesundheitspolitischen Agenda noch oben gerückt. Im April 2011 fand die von der Russischen Föderation ausgerichtete Erste globale Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten statt. Ihren Höhepunkt bildete die Annahme der Erklärung von Moskau, die in der Folgezeit von der Weltgesundheitsversammlung in ihrer Resolution WHA64.11 gebilligt wurde. Im September 2011 billigte das WHO-Regionalkomitee auf seiner 61. Tagung (RC61) den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) (Kurzform hiernach: regionaler Aktionsplan). Eine Woche später bildete in New York die Annahme der Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten den krönenden Abschluss einer Zusammenkunft von Staats- und Regierungschefs aus der gesamten Welt.

92. Ferner billigte das Regionalkomitee auf seiner 62. Tagung zur Unterstützung gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Maßnahmen das neue Europäische Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden „Gesundheit 2020“. „Gesundheit 2020“ bietet wirksame miteinander verzahnte Strategien und Interventionen zur Bewältigung der großen gesundheitlichen Herausforderungen in der Region einschließlich nichtübertragbarer Krankheiten. Die Wirksamkeit dieser Interventionen in den Bereichen Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung beruht auf ihren Ansatzpunkten Chancengleichheit, soziale Determinanten von Gesundheit, Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln und unterstützende Umfeldern.

Dieser Bericht

93. In ihrer Resolution WHA66.10 billigte die Weltgesundheitsversammlung den globalen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten 2013–2020 der WHO und beschloss einen umfassenden Kontrollrahmen mit 9 freiwilligen allgemeinen Zielvorgaben und 25 Indikatoren.

94. Dieser Bericht gibt eine Zwischenbilanz, während der vollständige Bericht (Europäischer Bericht zu den nichtübertragbaren Krankheiten (2013)) auf der Europäischen Ministertagung der WHO zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten vorgelegt werden soll, die im Dezember 2013 nach Aschgabat (Turkmenistan) einberufen wird. In dem Europäischen Bericht zu den nichtübertragbaren Krankheiten (2013) werden Trends beschrieben, Fortschritte überprüft und eine Grundlage für künftige Evaluierungen in der Europäischen Region geschaffen.

95. Dieser Bericht sollte in Verbindung mit den Fortschrittsberichten über die Eindämmung des Tabakgebrauchs sowie über Ernährung, körperliche Betätigung und Adipositas in der Europäischen Region der WHO gesehen werden.

Aktivitäten zu nichtübertragbaren Krankheiten im Rahmen von „Eine WHO“

96. Die Europäische Region der WHO hat aktiv zu einer Reihe von Produkten beigetragen, die entweder 2013 von der Weltgesundheitsversammlung angenommen oder der Generalversammlung der Vereinten Nationen vorgestellt wurden.

Surveillance

97. Nach der Annahme der Politischen Erklärung durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen erarbeitete die WHO einen globalen Beobachtungsrahmen zur Verfolgung von Fortschritten bei der Prävention und Bekämpfung wichtiger nichtübertragbarer Krankheiten und ihrer Risikofaktoren. Der Rahmen enthielt 9 freiwillige Zielvorgaben sowie 25 Indikatoren und wurde auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2013 von den Mitgliedstaaten angenommen. Die Indikatoren und Zielvorgaben zu nichtübertragbaren Krankheiten für „Gesundheit 2020“ wurden mit diesem globalen Rahmen abgestimmt. Dabei wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass das Rahmenkonzept für die Europäische Region auf das Zieldatum 2020 ausgerichtet ist, die globalen Zielvorgaben dagegen erst bis 2025 erreicht werden sollen.

Sektorübergreifende Maßnahmen

98. Als weitere Folgemaßnahme zur Politischen Erklärung erstellte die Generaldirektorin einen Bericht über Optionen für die Stärkung und Unterstützung sektorübergreifender Aktivitäten zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten durch wirksame Partnerschaften. Dieser Bericht ist in Dokument A/67/373 der Generalversammlung der Vereinten Nationen enthalten. In dem Bericht werden bestehende Partnerschaften in diesem Bereich, gewonnene Erfahrungen sowie erfolgreiche Ansätze beschrieben und Modelle für globale Partnerschaften zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten vorgeschlagen. Die darin vorgestellten Optionen stehen im Einklang mit den Steuerungselementen und den gesamtstaatlichen Elementen des Europäischen Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“.

Prävention und Bekämpfung

99. Der neue globale Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) wurde im Mai 2013 von den WHO-Mitgliedstaaten angenommen. Sein Ziel ist eine Operationalisierung der Verpflichtungen, die aus der Politischen Erklärung hervorgehen. Er enthält eine Liste kosteneffektiver Interventionen und Politikoptionen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten auf der Grundlage bisheriger Erfolge. Die Struktur des globalen Aktionsplans in der Form von sechs Zielen deckt sich sehr gut mit den Prioritäten und Handlungsoptionen des regionalen Aktionsplans.

Regionale Errungenschaften

Surveillance

100. Um den Beitrag der Mitgliedstaaten der Europäischen Region zur Entwicklung des globalen Kontrollrahmens zu maximieren, führte das WHO-Regionalbüro für Europa am 9. und 10. Februar 2012 eine von der Regierung Norwegens ausgerichtete Regionale Fachkonsultation über Surveillance, Überwachung und Evaluierung nichtübertragbarer Krankheiten durch. Auf dieser Tagung wurden regionsspezifische Rückmeldungen und Vorschläge im Hinblick auf die Realisierbarkeit und die Konsequenzen des vorgeschlagenen Rahmens vorgetragen.

101. Zusätzlich wurde im August 2012 gemäß dem Auftrag der Weltgesundheitsversammlung

von Mai 2012 in der Europäischen Region eine Online-Konsultation zum Entwurf des Kontrollrahmens für nichtübertragbare Krankheiten organisiert. Die Ergebnisse wurden dem RC62 unterbreitet und es wurde ein Beschluss zum globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten gefasst (EUR/RC62(1)). In diesem Beschluss wurde die von der Weltgesundheitsversammlung angenommene allgemeine Zielvorgabe einer relativen Verringerung vorzeitiger Sterblichkeit um 25% bis zum Jahr 2025 begrüßt. Des Weiteren wurde darin auf die Online-Konsultation Bezug genommen und hervorgehoben, dass bei der Auswahl von Indikatoren die aktuelle Überwachungskapazität der Mitgliedstaaten berücksichtigt werden muss, damit ihre Berichtspflichten nicht unnötig zunehmen.

102. Als Reaktion auf neuere politische und strategische Entwicklungen im Bereich der epidemiologischen Überwachung auf Ebene der Europäischen Union sowie auf der globalen Ebene wird das Regionalbüro eine Tagung organisieren, die vom 9. bis 11. September 2013 in Estland stattfinden wird. Ihr Ziel wird sein, das Verständnis des Datenbedarfs und der Qualitätsaspekte für die integrierte Surveillance nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region sowie der Handlungsprioritäten zur Bewältigung der verbleibenden Datenprobleme zu verbessern. Im Rahmen eines gemeinsamen Projekts des Regionalbüros und der Europäischen Kommission werden nationale Gesundheitsinformationssysteme mit dem globalen Kontrollrahmen in Einklang gebracht. Die beiden Partner pflegen auch eine enge Zusammenarbeit bei der Formulierung eines Entwurfs für eine neue Europäische Gesundheitsinformationsstrategie.

Sektorübergreifende Maßnahmen

103. Eines der Ziele des regionalen Aktionsplans ist es, „fiskalische Konzepte und Werbebeschränkungen wirkungsvoll zu nutzen, um die Nachfrage nach Tabak, Alkohol und Nahrungsmitteln mit einem hohen Gehalt an gesättigten Fettsäuren, Transfettsäuren, Salz und Zucker zu beeinflussen“.

104. Die Preiswirkung auf Tabakgebrauch und Alkoholkonsum steht außer Frage und die Europäische Region verfügt über umfangreiche Erfahrungen in diesen Bereichen. In den letzten beiden Jahren wurde in vielen Studien die Wirkung preispolitischer Maßnahmen (einschließlich Besteuerung und Subventionen) im Nahrungsmittelbereich untersucht. Dänemark führte eine Steuer auf gesättigte Fettsäuren ein (und schaffte sie später wieder ab). Ungarn führte eine Steuer auf eine Reihe von Nahrungsmittelprodukten ein, die gesetzlich für ungesund erklärt wurden. Frankreich führte eine Steuer auf gewisse zuckerhaltige Nahrungsmittel ein. Wo entsprechende Daten vorlagen, konnte nachgewiesen werden, dass diese Steuern das Verbraucherverhalten in einer Weise beeinflussen, die sich auf die öffentliche Gesundheit auswirken kann. Die Untersuchungen in diesen Ländern sind noch nicht abgeschlossen.

105. Das Regionalbüro hat eine Sammlung unterstützender Dokumente über steuerliche Maßnahmen⁵ zusammengestellt, die für ein Seminar genutzt wurden, das vom 24. bis 26. September 2012 in Litauen stattfand. Entscheidungsträgern aus dem Gesundheitsbereich aus Albanien, Bulgarien, Estland, Kroatien, Litauen, Polen, der Slowakei, der Ukraine und Ungarn wurde Gelegenheit geboten, die unterschiedlichen Aspekte der Nutzung preispolitischer Maßnahmen zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und der Grundsätze sektorübergreifenden Handelns zu verstehen. Die teilnehmenden Länder entwickelten Pläne für ihre Überzeugungsarbeit und andere mögliche Aktivitäten in diesem vielversprechenden Feld.

106. In den letzten 10 Jahren gelang es, den Salzkonsum der britischen Bevölkerung durch vernünftige Konzepte erheblich zurückzudrängen, indem unter anderem maßgebliche Akteure

⁵ *Lassen sich nichtübertragbare Krankheiten mit Steuern bekämpfen?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2012/10/can-fiscal-policies-reduce-noncommunicable-diseases2>, eingesehen am 5. Juli 2013).

einbezogen, Rezepturen geändert und bürgernahe Maßnahmen durchgeführt wurden. Dieser Erfolg des Europäischen Aktionsnetzes gegen übermäßigen Salzkonsum, das derzeit von der Schweiz koordiniert wird, soll nun auch auf die anderen 22 Mitglieder übertragen werden. Weitere Länder wie Estland, Finnland, Montenegro, Portugal, Slowenien, Spanien und die Türkei erarbeiten derzeit Handlungskonzepte und demonstrieren hierdurch Führungskompetenz in diesem Bereich.

107. Norwegen steht an der Spitze eines aus 17 Mitgliedern bestehenden Netzes (European Marketing Network), das den von Werbung auf Kinder ausgelösten Druck verringern soll. Norwegen hat auch einen regulatorischen Rahmen ausgearbeitet, der die Exposition von Kindern gegenüber Nahrungsmitteln mit einem hohen Fett-, Zucker- und Salzgehalt verringern soll. Das Land hat daneben eine Reihe von Maßnahmen wie die Erstellung von Nährstoffprofilen und einen Dialog mit den maßgeblichen Akteuren ergriffen, bei denen sich der Gesundheitssektor durch große Führungskompetenz auszeichnete. Viele Länder in dem Netzwerk entwickeln auf ihren nationalen Kontext zugeschnittene Ansätze.

108. Auf dem Europatag während der Achten Globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung zum Thema „Gesundheit in allen Politikbereichen“, die vom 10. bis 14. Juni 2013 in Helsinki (Finnland) stattfand, wurden viele ressortübergreifende Projekte im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten vorgestellt. Die Erklärung von Helsinki zum Thema Gesundheit in allen Politikbereichen stärkt nachdrücklich die Arbeit in der Europäischen Region gegen nichtübertragbare Krankheiten.

Prävention und Bekämpfung

109. Am 25. und 26. Januar 2012 veranstaltete das Regionalbüro eine Tagung in Amsterdam (Niederlande) zur Rolle einer verstärkten primären Gesundheitsversorgung in der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, mit der die Mitgliedstaaten und Organisationen in der Umsetzung der im regionalen Aktionsplan beschriebenen Aktivitäten und Interventionen für den Bereich der primären Gesundheitsversorgung unterstützt werden sollten, wobei der Schwerpunkt auf der Bewertung kardiometabolischer Risiken lag.

110. Vom 27. bis 29. Juni 2012 wurde in Astana (Kasachstan) ein Grundsatzdialog über die Stärkung öffentlicher Gesundheitsdienste zugunsten einer verbesserten Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten organisiert, an dem Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, die Republik Moldau, die Russische Föderation, Tadschikistan, die Ukraine und Usbekistan teilnahmen. Ein Entwurf des neuen globalen Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten wurde vorgestellt und Teilnehmer nahmen dazu Stellung und tauschten ihre Gedanken aus.

111. Das größte Defizit in der Umsetzung des regionalen Aktionsplans betraf die unmittelbare Fachunterstützung für Mitgliedstaaten in Bezug auf Ansätze zum Krankheitsmanagement. Im Rahmen des Nachhaltigkeitsplans für die Europäische Region wird jetzt in die Anwerbung von Spezialisten für diesen Bereich investiert. Dies wird auch eines der beiden Hauptziele der Außenstelle für nichtübertragbare Krankheiten des Regionalbüros sein, deren Schaffung derzeit vorbereitet wird.

Aufbau von Kapazitäten

112. Zur Entwicklung nationaler Strategien, Aktionspläne und Maßnahmen in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten wurden Ende 2012 für Armenien, Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan vier ausführliche Bewertungen durchgeführt. Sie zeigten, dass bei Entscheidungsträgern im Gesundheitssektor Ausbildungsbedarf in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten bestand. Es werden zwar häufig Schulungen zu dem Thema organisiert, doch gibt es nur wenig Angebote in russischer Sprache. Mit Unterstützung der Regierung der Russischen Föderation

und der Ersten Moskauer Staatlichen Medizinischen Hochschule wird derzeit ein Kurs auf Russisch vorbereitet, der erstmals im Oktober 2013 stattfinden wird.

113. Mehr als 50 Gesundheitsfachkräfte aus Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bulgarien, Kasachstan, der Republik Moldau, Rumänien, der Russischen Föderation, Serbien, Spanien, Tadschikistan, der Türkei, der Ukraine und Usbekistan nahmen für die Kooperation der Gesundheitssysteme vom 25. September bis zum 3. Oktober 2012 in Barcelona an dem jährlich veranstalteten Flaggschiff-Seminar zur Thematik Stärkung der Gesundheitssysteme teil, dessen Schwerpunkt in diesem Jahr auf nichtübertragbaren Krankheiten lag.

114. Vertreter von Georgien, Kirgisistan, Montenegro, der Republik Moldau, der Russischen Föderation und Usbekistan nahmen an internationalen Seminaren über Aspekte nichtübertragbarer Krankheiten aus der Sicht des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung teil, die vom 7. bis 12. Mai 2012 und vom 3. bis 8. Juni 2013 in Genf beziehungsweise Lausanne (Schweiz) durchgeführt wurden.

Stärkung der Gesundheitssysteme

115. Eine Kooperation unter der Leitung der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit des Regionalbüros und unter Beteiligung der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf sowie der Harvard School of Public Health wird 2013 zu zwei Ergebnissen führen: einer Studie über Hindernisse für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in Gesundheitssystemen und einem Leitfaden für Selbstbewertung und Planung für Entscheidungsträger. Letzterer wird bereits für multidisziplinäre Bewertungen in den fünf Ländern Kirgisistan, Republik Moldau, Tadschikistan, Türkei und Ungarn genutzt.

Nationale Errungenschaften

116. Der Europäische Bericht über nichtübertragbare Krankheiten 2013, der in Aschgabat (Turkmenistan) vorgestellt werden wird, wird detaillierte Analysen der Fortschritte auf der Länderebene enthalten. Nachstehend werden hierzu einige Beispiele angeführt.

117. Manche Länder in der Region haben ihre Gesundheitsinformationssysteme gestärkt und dabei Verbesserungen in der regelmäßigen sowie der ungeplanten Datenerhebung zu nichtübertragbaren Krankheiten erreicht. Aserbaidschan, die Türkei und Usbekistan haben den STEPweise-Ansatz der WHO zu Surveillance (STEPS) genutzt, eine einfache standardisierte Methode für die Erhebung, Analyse und Verbreitung von Daten zu den wichtigsten Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten. Armenien, Kirgisistan, die Republik Moldau, Tadschikistan und Turkmenistan planen, STEPS im aktuellen Zweijahreszeitraum zu nutzen.

118. Aserbaidschan, Bulgarien, Estland, Litauen, die Republik Moldau und die Ukraine wurden vom Regionalbüro bei der Ausarbeitung von Strategien und Plänen zu nichtübertragbaren Krankheiten unterstützt. Dies geschah in der Form von Besuchen, Prüfungen am Schreibtisch und Aufenthalt von Delegationen dieser Länder am Sitz des Regionalbüros in Kopenhagen.

119. In Armenien, Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan wurde ein Projekt zur Stärkung von Gesundheitssystemen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten begonnen. Diese Länder erhalten intensive Unterstützung durch die WHO bei der Ausarbeitung von Strategien und Maßnahmen in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten sowie bei der Stärkung ihrer integrierten Surveillance-Systeme. Bis zum RC63 werden diese vier Länder eine erste Bewertung durchführen, nationale Konsultationen mit zahlreichen Akteuren organisieren sowie nationale Strategien, Aktionspläne und Maßnahmen in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten in Entwurfsfassungen ausarbeiten und möglicherweise schon Endfassungen annehmen. Außerdem werden sie bis dahin Erhebungen auf der Grundlage von STEPS durchführen. In

Fortführung der Regionaltagung über primäre Gesundheitsversorgung und nichtübertragbare Krankheiten wurden in Tadschikistan im Dezember 2012 und in Usbekistan im Juni 2013 Seminare über die Anwendung des Pakets wesentlicher Interventionen gegen nichtübertragbare Krankheiten in der primären Gesundheitsversorgung organisiert. Diese umfassenden Initiativen wurden von der Regierung der Russischen Föderation unterstützt.

120. Im Rahmen des Aktionsprogramms für Krebstherapie hilft die WHO in Zusammenarbeit mit der Internationalen Atomenergie-Organisation Mitgliedstaaten bei der Optimierung ihrer Investitionen in die Krebsprävention und -bekämpfung, indem sie ihre Krebsprogramme bewertet und Empfehlungen abgibt. Im aktuellen Zweijahreszeitraum werden Missionen nach Armenien, Montenegro, in die Republik Moldau sowie nach Rumänien und Tadschikistan entsandt werden. Im September 2012 unterstützte das Regionalbüro in der Ukraine die Ausarbeitung eines Plans für Palliativversorgung und im November 2012 in der Türkei die zweite jährliche Veranstaltung „Walking for the Cure“ zur Förderung des Bewusstseins für Brustkrebs.

Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Lagebericht 2013

Einführung

121. Auf seiner 57. Tagung verabschiedete das WHO-Regionalkomitee für Europa die Resolution EUR/RC57/R2 (1), in der der Regionaldirektor aufgefordert wurde, dem Regionalkomitee alle zwei Jahre über die Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (MZ) in der Europäischen Region Bericht zu erstatten. Im vorliegenden Dokument wird über den aktuellen Stand der Fortschritte in der Region bei der Verwirklichung der MZ 4, 5 und 6 berichtet und dargelegt, wie die Ziele untereinander und insbesondere mit den MZ 3 und 7 verknüpft sind.

122. Ein zentraler Bestandteil der Vision der Regionaldirektorin zu der Frage, wie das Regionalbüro für Europa zur Verbesserung der Gesundheit in Europa beitragen kann, ist die Verstärkung der Anstrengungen zur Erreichung der MZ. Das Regionalbüro konsolidiert derzeit seine fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten, um sie verstärkt zur Erreichung konkreter Zielvorgaben im Rahmen der MZ zu befähigen. In den folgenden Dokumenten wird eine strategische Orientierungshilfe und Anleitung gegeben, die raschere Fortschritte ermöglichen soll: „Gesundheit 2020“ – das Europäische Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden (2); Konsolidierter Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) (3); Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015) (4); Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand (5); Stärkung der Angebote und Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit: ein Aktionsplan für die Europäische Region (6); Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) (7).

MZ 4: Senkung der Kindersterblichkeit

Situationsanalyse

123. Trotz eines stetigen Rückgangs der Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren und Säuglingen in der gesamten Europäischen Region lassen die einzelnen Raten starke Ungleichgewichte zwischen den und innerhalb von Ländern erkennen. Einige Länder der Region weisen die weltweit niedrigsten Säuglings- und Kindersterblichkeitsraten auf, andere das 25-Fache dieser Werte.

124. 2010 erlebten in der Europäischen Region 155 000 Kinder nicht ihren fünften Geburtstag, wovon 53% Säuglinge waren, die im ersten Lebensmonat starben. Bei Kindern unter fünf Jahren fiel die Sterblichkeitsrate für die Europäische Region zwischen 1990 und 2010 von 32 je 1000 Lebendgeburten auf 13 je 1000 Lebendgeburten (8). Dies entspricht einer Verringerung um nahezu zwei Drittel, womit die für 2015 gesetzte Zielvorgabe von 11 Sterbefällen je 1000 Lebendgeburten nahezu erreicht ist. Bei der Säuglingssterblichkeit sank die Durchschnittsrate für die Europäische Region zwischen 1990 und 2011 von 27 auf 11 je 1000 Lebendgeburten.

125. In der Europäischen Region sind die wichtigsten Todesursachen bei Kindern unter fünf Jahren Neonatalerkrankungen, Lungenentzündung und Durchfall; nahezu die Hälfte dieser Todesfälle ist durch Unterernährung bedingt. Zu den führenden Todesursachen bei Neugeborenen

zählen Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht, angeborene Fehlbildungen, Asphyxie unter der Geburt, Geburtstrauma und neonatale Infektionen. Die postneonatale Sterblichkeit ist hauptsächlich auf akute Atemwegserkrankungen, Durchfallerkrankungen, nichtübertragbare Krankheiten und Verletzungen zurückzuführen.

126. Morbidität und Mortalität bei Kindern und Jugendlichen sind weitgehend vermeidbar. Zwei Drittel der Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen könnten verhindert werden, indem eine allgemeine Versorgung durch eine begrenzte Anzahl wirksamer und kostengünstiger Interventionen gewährleistet wird. Umweltverschmutzung, ungünstige städtische Lebensbedingungen, die die sozioökonomischen Unterschiede verschärfen, und ein wachsendes sozioökonomisches Ungleichgewicht in der gesamten Region – all dies sind Faktoren, die Kinder anfälliger machen können. Es gibt warnende Anzeichen dafür, dass bereits eingedämmte Krankheiten wie Diphtherie und Tuberkulose wiederkehren und dass nichtübertragbare Krankheiten, die durch eine ungesunde Lebensweise hervorgerufen werden, auf dem Vormarsch sind.

Strategien und Maßnahmen der WHO

127. Die WHO unterstützt die Mitgliedstaaten bei der Integration der Kindergesundheit in ihre nationale Politik unter Verwendung des neuen Europäischen Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ (2), und unterstreicht damit, wie wichtig gleicher Zugang zu hochwertigen Leistungen ist. Diese Unterstützung ist verbunden mit der betrieblichen Fortbildung von Leistungserbringern im Gesundheitsbereich und der Schulung wichtiger politischer Entscheidungsträger zur Verbesserung der Versorgungsqualität, mit der Anpassung der von der WHO und ihren Partnern zu Schulungszwecken entwickelten evidenzbasierten Instrumente an den jeweiligen nationalen Kontext, mit der Neufassung von Rahmenlehrplänen für die Ausbildung der Leistungserbringer und mit der Erarbeitung evidenzbasierter klinischer Leitlinien. Direkte fachliche Unterstützung wird hauptsächlich vorrangigen Ländern im östlichen Teil der Region gewährt. Gemeinsam mit anderen Organisationen und Partnern der Vereinten Nationen arbeitet die WHO an der Entwicklung von Instrumenten für den Kapazitätsaufbau, die zur Beseitigung von Benachteiligungen, insbesondere für die Roma, beitragen sollen.

Der weitere Weg

128. Die WHO wird den Mitgliedstaaten auch weiterhin fachliche Unterstützung für die Verbesserung der Gesundheit von Neugeborenen und Kindern gewähren und dabei den Schwerpunkt auf die Politikgestaltung und die Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung und der Krankenhausversorgung von Neugeborenen und Kindern legen. Die Unterstützung wird evidenzbasiert und auf den jeweiligen Bedarf und Kontext der Länder zugeschnitten sein, um die Anwendung bewährter klinischer Praktiken und die Entwicklung neuer Arbeitsweisen zu erleichtern und so einen Einstellungswandel bei den Fachkräften zu bewirken. Durch verbesserte Informationen über ihre Versorgung und ihre verstärkte Einbeziehung werden die Nutzer der Leistungen zu selbstbestimmtem Handeln befähigt.

129. Verschiedene Aktivitäten werden in Verbindung mit den Arbeiten stattfinden, die unmittelbar auf die sozialen Determinanten von Gesundheit ausgerichtet sind, darunter die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte und Fragen, die die Roma betreffen. Eine vorrangig verfolgte Gesamtlebensperspektive soll gewährleisten, dass die verschiedenen Lebensabschnitte im Zusammenhang betrachtet und Strategien für die Verhütung und Bekämpfung nichtübertragbarer wie übertragbarer Krankheiten und für die Stärkung der Gesundheitssysteme einbezogen werden. Alle mit der Politikanalyse und -gestaltung, der Gesundheitsfolgenabschätzung und dem allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung verbundenen internen Prozesse werden koordiniert, um für einen optimalen Ressourceneinsatz zu sorgen und den Maßnahmen größtmögliche Wirkung zu verleihen.

MZ 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern

Situationsanalyse

130. Zwischen 1990 und 2010 ging die Müttersterblichkeit in der Europäischen Region der WHO im Durchschnitt von 44 Todesfällen je 100 000 Lebendgeburten auf 20 Todesfälle je 100 000 Lebendgeburten zurück. Trotz dieser Fortschritte ist die Verringerung der durchschnittlichen Müttersterblichkeit in der Europäischen Region um 3,8% nicht ausreichend zur Erfüllung der Zielvorgabe 5A von 5,5%. In Zentralasien und dem Kaukasus fiel der jährliche Rückgang mit 2,1% noch geringer aus (9). Darüber hinaus besteht ein erhebliches Gefälle zwischen den und innerhalb von Ländern. Auch wenn die durchschnittliche Müttersterblichkeitsrate für die Länder der Europäischen Union (EU) auf niedrigem Stand verharrt, so gibt doch eine Analyse der Daten für verschiedene soziale Gruppen Aufschluss über die Unterschiede innerhalb der Länder und ermöglicht die Entwicklung zielgerichteter Interventionen. Erkenntnisse aus den statistischen Systemen belegen, dass hinsichtlich der Zahl der Müttersterbefälle in vielen Ländern der Region – und sogar in einigen EU-Staaten – Meldelücken bestehen (10).

131. Häufig fehlen zuverlässige und vergleichbare Daten über die Prävalenz der Empfängnisverhütung, den ungedeckten Bedarf an Familienplanungsangeboten und die Geburtenrate bei Jugendlichen (Indikatoren für die Zielvorgabe 5B). Die Rate der Verwendung moderner und wirksamer Verhütungsmittel ist in vielen Ländern Osteuropas und Zentralasiens auf einem alarmierend niedrigen Stand, mitunter so niedrig wie der Durchschnitt der am wenigsten entwickelten Länder der Welt (11). In einigen Ländern Osteuropas, die die weltweit höchsten Abtreibungsraten aufweisen, ist der Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch erschwert, weshalb unsichere Praktiken angewendet werden, die wiederum zur Erkrankung und sogar zum Tod von Müttern führen.

132. In vielen Ländern mangelt es an nationalen Gesundheitsdaten, die nach ethnischer Zugehörigkeit und anderen sozialen Determinanten von Gesundheit aufgeschlüsselt sind. Es gibt Hinweise darauf, dass soziale Determinanten wie der Bildungsstand, der Geburtsort und die Ernährung von Müttern weiterhin maßgeblich für den schlechten Gesundheitszustand von Müttern wie Neugeborenen sind. Obwohl das Gewicht der Mutter vor und während der Schwangerschaft den Verlauf und das Ergebnis der Schwangerschaft beeinflussen kann, verfügen viele Länder nicht über nationale Daten zum Body-Mass-Index von Schwangeren (10). Die vorhandenen Daten zur Schwangerenvorsorge, zum niedrigen Geburtsgewicht, zur Prävalenz des Stillens und zum mütterlichen Rauchen lassen jedoch ausgeprägte Ungleichgewichte zwischen den Roma und der übrigen Bevölkerung erkennen. Der Anteil der betreuten Schwangerschaften wird auch durch andere Aspekte der sozialen Ausgrenzung beeinflusst. Ein Beispiel dafür ist unzureichender Sozialschutz, der bisweilen mit dem Fehlen der erforderlichen Unterlagen verbunden ist. Zu höheren Müttersterblichkeitsraten bei Roma-Frauen trägt auch ihre mangelnde finanzielle Absicherung für eine gesundheitliche Grundversorgung bei, insbesondere wenn Leistungen der Familienplanung und Schwangerenvorsorge nicht abgedeckt sind. Aufgrund ihres unzureichenden Zugangs zu Verhütungsmitteln werden Roma-Frauen mit größerer Wahrscheinlichkeit ungewollt schwanger.

Strategien und Maßnahmen der WHO

133. Das Regionalbüro unterstützt die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen, die Bereiche Reproduktionsgesundheit und Gesundheit von Müttern und Kindern zum Bestandteil ihrer nationalen Politik zu machen, wobei das Hauptaugenmerk auf gleichem Zugang zu hochwertigen Angeboten liegt. Diese Aktivitäten stützen sich auf das Rahmenkonzept der WHO für Gesundheitssysteme (12). In den vergangenen Jahren war die WHO einer Reihe von Ländern dabei behilflich, die Qualität ihrer Krankenhäuser und ihrer ambulanten Versorgung für Schwangere, Mütter und Neugeborene zu bewerten. Die daraus hervorgegangenen Empfehlungen für

Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung und zur Senkung der Mütter- und Perinatalmortalität und -morbidity werden derzeit umgesetzt.

134. Auf das in der Publikation *Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer* [dt. etwa: Der Blick über die Zahlen hinaus: Eine Untersuchung von Müttersterbefällen und Komplikationen mit dem Ziel, Schwangerschaften sicherer zu machen] (13) dargelegte Konzept der WHO für die Analyse der Müttersterblichkeit und -morbidity wird in Ländern mit hohem wie auch in Ländern mit niedrigem Einkommen zurückgegriffen. Anhand der mit dem Konzept einhergehenden Methodik können sich die Gesundheitsministerien analytische Informationen verschaffen, die amtliche Daten nicht bieten. Seit 2012 erhalten die Länder, auf die die Globale Strategie der Vereinten Nationen für die Gesundheit von Frauen und Kindern (14) ausgerichtet ist (Aserbaidschan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan), fachliche Unterstützung zur Verbesserung der Gesundheitsinformationen und der Rechenschaftslegung mit besonderem Schwerpunkt auf der Überwachung der Müttersterblichkeit und entsprechenden Gegenmaßnahmen.

135. Die WHO hat die Federführung im interinstitutionellen Koordinierungsausschuss zum Thema „Verstärkte Maßnahmen für MZ4 und MZ5 im Kontext der Dekade der Roma-Integration und zur Unterstützung nationaler Strategien zur Integration der Roma“, in dem sie mit der Internationalen Organisation für Migration (IOM), dem Amt des Hohen Kommissars für Menschenrechte (OHCHR), dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP), dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und anderen Partnern zusammenarbeitet. Im Rahmen dieser Initiative organisiert das Regionalbüro gemeinsam mit Partnerinstitutionen und der Regierung Spaniens eine länderübergreifende Schulung zur Neuausrichtung der mit MZ4 und MZ5 zusammenhängenden Strategien, Programme und Aktivitäten hin zu einer größeren Chancengleichheit im Gesundheitsbereich – mit ausdrücklichem, aber nicht ausschließlichem Schwerpunkt auf den Roma. Ferner stellen die interinstitutionellen Partner ein Paket zusammen, das Gesundheitsfachkräften bei Entscheidungsprozessen und der Umsetzung der mit MZ4 und MZ5 zusammenhängenden Strategien, Programme und Aktivitäten Hilfe bieten soll. Die Einführung eines sektorübergreifenden Konzeptes (unter Einbeziehung der Politikbereiche Bildung, Soziales u. a.) für die Verbesserung der Gesundheit von Müttern im Einklang mit „Gesundheit 2020“ stellt jedoch nach wie vor eine Herausforderung dar, für die es weiterer Unterstützung seitens der WHO und ihrer Partner bedarf.

Der weitere Weg

136. Bei der Planung ihrer fachlichen Hilfe für die Länder im Bereich der Gesundheit von Müttern wird die WHO eine Reihe von Aktivitäten in Verbindung mit dem Ziel der sozialen Determinanten von Gesundheit durchführen, namentlich bei der konsequenten Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten und bei Fragen, die die Situation der Roma-Bevölkerung betreffen. Eine Gesamtlebensperspektive soll gewährleisten, dass die Zusammenhänge zwischen den sozialen Determinanten von Gesundheit und den verschiedenen Lebensabschnitten sowie die Auswirkungen dieser Determinanten auf die Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten und zur Stärkung der Gesundheitssysteme gebührend berücksichtigt werden.

137. Eine Reihe von Aktivitäten auf Ebene der Region und auf globaler Ebene werden dazu dienen, die Fortschritte bei der Durchführung des auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung vom 5. bis 13. September 1994 in Kairo (Ägypten) verabschiedeten Aktionsprogramms (15) zu analysieren, insbesondere in Bezug auf die reproduktive Gesundheit, einschließlich der Gesundheit von Jugendlichen, und die damit verbundenen Rechte. Eine Sonderausgabe von *Entre Nous*, dem Magazin der Europäischen Region für sexuelle und reproduktive Gesundheit, wird einen Überblick über Fortschritte in der Europäischen Region mit Beispielen aus einer Vielzahl von Ländern bieten.

MZ 6: Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten

HIV/Aids

Situationsanalyse

138. Während andere WHO-Regionen einen jährlichen Rückgang der Zahl neuer HIV-Fälle melden, steht die Europäische Region bei der Erfüllung der Zielvorgabe 6A vor beträchtlichen Herausforderungen. 2011 lebten etwa 2,3 Mio. Menschen in der Europäischen Region mit HIV, wobei mehr als 121 000 neue HIV-Fälle, mehrheitlich aus Osteuropa und Zentralasien, gemeldet wurden. Gegenüber 2004 stieg die HIV-Inzidenz 2011 von 6,6 auf 7,6 je 100 000 Einwohner (EW) an. Aufgrund des unzureichenden Zugangs zu HIV-Tests und -Beratung und deren geringer Inanspruchnahme, insbesondere unter den Schlüsselgruppen in der Bevölkerung, werden nicht alle HIV-Fälle diagnostiziert. Daher ist die geschätzte Zahl der Infektionen höher als die Zahl der über nationale Überwachungssysteme gemeldeten Fälle. So infizierten sich 2011 schätzungsweise 30 000 Menschen (21 000–40 000) in West- und Mitteleuropa und 140 000 (91 000–210 000) in Osteuropa und Zentralasien neu mit dem HIV.

139. Auch wenn die Hauptübertragungswege für das Virus je nach geografischem Gebiet variieren, betrifft das HIV in allen Ländern der Region unverhältnismäßig stark soziale Randgruppen wie Migranten und stigmatisierte Gesellschaftsgruppen, etwa Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten und injizierende Drogenkonsumenten. 2011 entfielen 37,6% der im östlichen Teil der Region neu diagnostizierten Fälle auf intravenöse Drogenkonsumenten, und der Anteil der Übertragung durch heterosexuellen Kontakt an der Gesamtzahl der Neuinfektionen stieg im selben Jahr auf 56,7%. Die meisten durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragenen Fälle gehen wahrscheinlich auf die sexuelle Übertragung von injizierenden Drogenkonsumenten auf ihre Partner zurück. Der Anteil von Fällen unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten ist im östlichen Teil der Region gering, wenngleich wohl untererfasst. Im westlichen Teil der Region tritt die Epidemie nach wie vor gehäuft unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (40% der neu diagnostizierten Fälle im Jahr 2011) sowie unter Migranten aus Ländern mit einer generalisierten HIV-Epidemie (mehr als ein Drittel der heterosexuell übertragenen Infektionen) auf.

140. 2011 wurden von 49 der 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region nahezu 11 000 neue Aids-Fälle gemeldet, was einer Rate von 1,5 Fällen je 100 000 EW entspricht. Der östliche Teil der Region verzeichnete die höchste Rate mit 22,4 je 100 000 EW; die Raten für den westlichen und den mittleren Teil der Region betragen 6,5 bzw. 1,6 je 100 000 EW. Aids-Fälle sind stark untererfasst, insbesondere in den Ländern im östlichen Teil der Region. Im westlichen Teil der Region geht die Anzahl der diagnostizierten und gemeldeten Aids-Fälle weiter zurück. Während die jährliche Zahl der Aids-bedingten Todesfälle seit 2004 in Europa insgesamt rückläufig ist, steigt sie in vielen Ländern Osteuropas und Zentralasiens an. 2011 wurden 2676 mit Aids diagnostizierte Menschen als an der Krankheit verstorben gemeldet.

141. Obwohl in der Europäischen Region die Zahl der Menschen, die eine Therapie erhalten, jährlich steigt, entspricht sie bei weitem noch nicht dem tatsächlichen Bedarf. Nach wie vor bestehen Probleme in Bezug auf die Ausweitung der Versorgung mit antiretroviralen Medikamenten, die Sicherung des Zugangs zu antiretroviraler Therapie (ART) für Schlüsselgruppen in der Bevölkerung, die Einhaltung der Behandlung, die Preisgestaltung, Beschaffungsmechanismen, die Bereitstellung und Präqualifikation von Generika sowie Versorgungsengpässe. In den Ländern der Region mit niedrigem bis mittlerem Einkommen erhielten 2012 194 000 Menschen ART, während über 500 000 für eine Behandlung in Frage kamen. Der Anteil der mit HIV lebenden Schwangeren, die ART empfangen, um eine Mutter-Kind-Übertragung zu verhindern, wird in diesen Ländern auf 95% geschätzt. Nahezu alle Länder der Region bieten allgemeinen Zugang zu HIV-Tests während der Schwangerschaft. Kinder haben weitgehend Zugang zu

HIV-Behandlung; über 85% der mit HIV lebenden Kinder sind ART-Empfänger (2012: 8500). Die Eingliederung von HIV-Tests und der Bereitstellung von ART in Programme zur Förderung der Gesundheit von Müttern und Kindern hat wesentlich zu den Fortschritten der vergangenen Jahre beigetragen.

142. In einigen Ländern haben die starke Stigmatisierung und Diskriminierung sowie das rechtliche Umfeld, darunter die Kriminalisierung von Verhaltensweisen wie Drogenkonsum, gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten und Prostitution, die Bemühungen zur Erreichung der Bevölkerungsgruppen mit dem höchsten Risiko der HIV-Infektion erschwert und die Entwicklung evidenzbasierter Konzepte und Interventionen zur Verhütung von HIV (z. B. Opioidsubstitutionstherapie) behindert. Infolge des vertikalen Charakters von HIV-Programmen werden Chancen in Bezug auf Vorsorge, Tests, Beratung, Behandlung, Pflege und Unterstützung nicht genutzt. Das Nachlassen der Unterstützung durch internationale Geber in den letzten Jahren hat dazu geführt, dass in einigen Ländern, deren Haushaltslage keine umfassenden Gegenmaßnahmen gestattet, grundlegende Leistungen gekürzt oder gar eingestellt wurden. Darüber hinaus werden diese Länder aufgrund volkswirtschaftlicher Zugewinne möglicherweise künftig vom Erhalt von Zuschüssen aus dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria ausgeschlossen oder bestimmten Einschränkungen unterworfen.

Strategien und Maßnahmen der WHO

143. Das Regionalbüro führt den Europäischen Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015) (4) durch, der sich mit den Herausforderungen bei der Reaktion auf die Epidemie befasst und vorrangige Handlungsfelder aufzeigt. Es unterstützt die Mitgliedstaaten bei der Festlegung einer evidenzbasierten Politik zur Verhütung von HIV in Schlüsselgruppen und bei der Durchführung der in nationalen Aids-Plänen enthaltenen Maßnahmen, beispielsweise Interventionen zur Schadensminderung und zur Verhinderung der sexuellen Übertragung. Die WHO hat ihre Leitlinien zu ART überarbeitet und fordert nun eine frühere Einleitung der Behandlung sowie den Einsatz einfacherer und besserer medikamentöser Therapien. Dank der Umsetzung dieser Empfehlungen konnten die Zahl der HIV-Übertragungen verringert und die Morbiditäts- und Mortalitätsraten gesenkt werden.

144. Die Europäische Region der WHO verfügt über ein umfassendes Netz für die HIV/Aids-Überwachung, über das alle Länder jährlich Daten an das Regionalbüro und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten übermitteln. So sind nicht nur strategische Informationen über die Epidemie rascher verfügbar, sondern ist auch der Standard der Daten höher, weshalb mehr Länder diese Erkenntnisse ihren Strategien zugrunde legen. Ferner trägt das Regionalbüro zur Berichterstattung über Fortschritte im Rahmen der gemeinsamen globalen Maßnahmen von WHO, UNICEF und UNAIDS zur Bekämpfung von HIV/Aids sowie der Globalen Strategie für den Gesundheitssektor zur Bekämpfung von HIV/Aids (2011–2015) (16) bei.

145. Die Länder arbeiten bei der Entwicklung, Anwendung, Überwachung und Bewertung allgemeiner Leitlinien konstruktiver mit der Zivilgesellschaft zusammen. Aufsuchende Programme der Zivilgesellschaft bieten niedrigschwellige Einstiegspunkte, die den Gesundheitsdiensten den Zugang zu den am stärksten dem Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzten Menschen ermöglichen.

Der weitere Weg

146. Der Anstieg der Zahl gemeldeter HIV-Fälle macht deutlich, wie wichtig es ist, dass Interventionen auch in Zeiten strenger Haushaltsdisziplin aufrechterhalten werden. In Anbetracht der Mittelknappheit ist es unabdingbar, dass die Länder Prioritäten für Interventionen und Zielgruppen festlegen und die sozialen und strukturellen Ursachen des HIV-Risikos und der Anfälligkeit

für HIV in Angriff nehmen. Dazu gehören die Durchsetzung von Schutzvorschriften in der gesamten Region und die Verstärkung der Anstrengungen zum Schutz der Menschenrechte. Das Regionalbüro wird die Durchführung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015) (4) auch weiterhin durch Führungskompetenz, strategische Orientierungshilfe und fachliche Anleitung für die Mitgliedstaaten aktiv unterstützen.

147. Maßnahmen zur Verringerung der Anfälligkeit sollten insbesondere auf Schlüsselgruppen ausgerichtet sein und Patientenorganisationen und zivilgesellschaftliche Organisationen einbeziehen. Verstärkte Maßnahmen zur Verwirklichung der MZ und anderer Entwicklungsziele sowie zur Beseitigung der sozialen Ausgrenzung werden dazu beitragen, die Behandlungsergebnisse zu verbessern und HIV-Übertragung zu verhindern oder ihre Zahl zu verringern. Die WHO wird Partnerschaften auf globaler Ebene wie auch auf Ebene der Region eingehen und um politischen Willen sowie um Mittel zur Stärkung bzw. Aufrechterhaltung der Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV werben. Ferner wird die WHO weiterhin die Fortschritte der Mitgliedstaaten bei der Erreichung der Ziele und Vorgaben für die Europäische Region durch einen vereinheitlichten Prozess zur Erhebung, Meldung und Analyse von Daten überwachen und bewerten. Zu den zentralen Maßnahmen gehören die Ermittlung bewährter Verfahren und die Weitergabe von Erfahrungen, die Förderung des Informationsaustauschs unter den Mitgliedstaaten und die Erstellung eines evidenzbasierten Instrumentariums für eine wirksame Bekämpfung von HIV.

Malaria

Situationsanalyse

148. Die Europäische Region verfolgt das Ziel, die Übertragung von Malaria zu unterbrechen und die Krankheit in den fünf noch betroffenen Ländern (Aserbaidschan, Kirgisistan, Tadschikistan, Türkei und Usbekistan) bis 2015 zu eliminieren. Turkmenistan erreichte im Jahr Malariafreiheit, Armenien 2011 und Kasachstan 2012; Kirgisistan kann möglicherweise bis Ende 2013 für malariafrei erklärt werden.

149. Die Zahl der gemeldeten Fälle, die lokal erworben wurden, ist drastisch gesunken. Im Vergleich zu 1995, als noch 90 712 Fälle verzeichnet wurden, gab es 2012 nur 253 Fälle (die aus Aserbaidschan, Georgien, Griechenland, Tadschikistan und der Türkei gemeldet wurden). In den übrigen von Malaria betroffenen Ländern wurden die Maßnahmen im Hinblick auf das Ziel verstärkt, die Krankheit bis 2015 aus der Europäischen Region zu eliminieren. Infolge der Einschleppung der Malaria aus endemischen Ländern in malariafreie Länder der Region kam es in einigen Ländern zur Wiedereinschleppung und sogar zu Ausbrüchen der Krankheit.

Strategien und Maßnahmen der WHO

150. Seit 2008 haben alle von Malaria betroffenen Länder in der Region wirksame Maßnahmen zur Eliminierung der Krankheit im Einklang mit der Erklärung von Taschkent: „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria in der Europäischen Region der WHO“ (17) und der Europäischen Strategie „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria in der Europäischen Region der WHO (2006–2015)“ (18) ergriffen.

151. Das Regionalbüro bietet den fünf verbleibenden Ländern, die noch betroffen sind, strategische Orientierung und fachliche Hilfe mit dem Ziel, die Wiedereinschleppung der Krankheit zu verhindern. In allen fünf Ländern wurden die nationalen Kapazitäten für die Eliminierung der Malaria ausgebaut. Ein besonderes Augenmerk gilt dem Risiko der Ausbreitung der Krankheit auf Nachbarländer. Die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten in der WHO-Region Östlicher Mittelmeerraum im Hinblick auf die Koordinierung grenzüberschreitender Aktivitäten wurde intensiviert.

Der weitere Weg

152. Es ist erforderlich, die verbleibenden betroffenen Länder dabei anzuleiten, plangemäß bis 2015 Malariafreiheit zu erreichen, und ihnen die benötigte fachliche Unterstützung zu gewährleisten. Besonderer Nachdruck wird auf die Überwachung und Beobachtung der Fortschritte bei der Eliminierung von Malaria auf nationaler, subregionaler und regionaler Ebene gelegt.

Tuberkulose

Situationsanalyse

153. Die Zielvorgabe 6C sieht unter anderem vor, bis 2015 die Inzidenz von Tuberkulose zum Stillstand zu bringen und allmählich umzukehren. In der Europäischen Region konnte dieses Ziel teilweise erreicht werden: Die Inzidenz der Tuberkulose ging zwischen 2000 und 2011 um jährlich etwa 5% zurück; 2011 wurde die Prävalenz der Krankheit auf 56 Fälle je 100 000 EW geschätzt. Damit ist die für 2015 vorgegebene Prävalenz von 34 Fällen je 100 000 EW in Reichweite. Die Mortalität aufgrund von Tuberkulose belief sich 2011 auf 4,9 Fälle je 100 000 EW, während sie 1990 bei 4,4 je 100 000 EW gelegen hatte, was bedeutet, dass die Europäische Region die Vorgabe einer Verringerung um 50% bis 2015 verfehlen wird. Die Tuberkuloselast in der Region fällt je nach Land und innerhalb der Länder verschieden aus und reicht von weniger als einem Fall bis zu etwa 200 Fällen je 100 000 EW. Enorme Unterschiede bestehen auch zwischen verschiedenen Bezirken, wo teilweise Raten von über 100 Fällen je 100 000 EW verzeichnet werden, selbst in Ländern im westlichen Teil der Region.

154. Der Großteil der Tuberkuloselast in der Region lässt sich 18 vorrangigen Ländern zuschreiben, auf die 87% aller Tuberkulosefälle und mehr als 99% aller Fälle von multiresistenter Tuberkulose (MDR-Tb) entfallen. Beträchtliche Lücken bestehen selbst in den Ländern im westlichen Teil der Region in Bezug auf die Einhaltung bewährter Verfahren, den Zugang zu frühzeitigen Diagnose- und Behandlungsangeboten für alle Formen von Tuberkulose, unter anderem bei Kindern, Migranten und anderen anfälligen Bevölkerungsgruppen, sowie in Bezug auf angemessene Mechanismen zur Unterstützung von Patienten mit dem Ziel einer besseren Therapiebefolgung. Aufgrund dieser Schwachstellen hat sich das Problem resistenter Tuberkulose (multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose oder MDR-/XDR-Tb) verschärft. Die Europäische Region weist die weltweit höchste MDR-Tb-Rate auf und stellt 15 der weltweit 27 Hochprävalenzländer der MDR-Tb.⁶

155. Obwohl die Mitgliedstaaten eine Verbesserung des Zugangs zu Zweitrangmedikamenten für die Behandlung von Patienten mit MDR- und XDR-Tb gemeldet haben (2011 betrug die Behandlungsquote 96%), ist die Therapieerfolgsquote in einigen Ländern äußerst gering (nur 27%). Dafür gibt es in erster Linie folgende Gründe: beschränkter Zugang zu hochwertigen Zweitrang-Antituberkulotika und Bereitstellung unvollständiger Behandlungen, insbesondere für Tuberkulosepatienten mit gleichzeitig vorliegender HIV-Infektion. Obwohl die Prävalenz der Tuberkulose-HIV-Koinfektion in der Europäischen Region im Vergleich zu einigen anderen WHO-Regionen nicht so hoch ausfällt, wurde ein Anstieg der HIV-Prävalenz bei Tuberkulosefällen beobachtet (von 2,8% im Jahr 2006 auf 6,4% im Jahr 2011). Eine wirksame Tuberkuloseprävention und -bekämpfung wird auch dadurch behindert, dass es keine angemessene kontinuierliche Versorgung und Unterstützung für Patienten gibt, die ihren Wohnsitz in einem anderen Land nehmen.

⁶ Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan.

Strategien und Maßnahmen der WHO

156. Gemeinsam mit seinen nationalen und internationalen Partnern und der Zivilgesellschaft arbeitet das Regionalbüro an der Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von MDR- und XDR-Tb in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) (3). Die Mitgliedstaaten erhalten Unterstützung zur Anpassung evidenzbasierter Interventionen an ihre jeweiligen Gegebenheiten mit dem Ziel, die Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose und MDR-/XDR-Tb durch die Harmonisierung nationaler Strategien im Einklang mit dem Aktionsplan zu verbessern, die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Herausforderungen für das Gesundheitssystem anzugehen, eine frühzeitige Diagnose und wirksame Behandlung für alle zu gewährleisten, die Infektionsbekämpfung und Überwachung zu verbessern und den Bedürfnissen besonderer Bevölkerungsgruppen Rechnung zu tragen.

157. Die meisten Länder in der Region mit einer hohen MDR-Tb-Last haben ihre nationalen Aktionspläne in Übereinstimmung mit dem Konsolidierten Aktionsplan (3) erstellt. Das Regionalbüro hat das European Green Light Committee und die Europäische Tuberkuloselabor-Initiative begründet, die den Ländern dabei behilflich sein sollen, ihre nationalen Aktionspläne so zu konzipieren bzw. anzupassen, dass sie in der Lage sind, 85% der geschätzten Gesamtzahl der Fälle von MDR-Tb zu diagnostizieren und mindestens 75% dieser Fälle zu behandeln und den Anteil der MDR-Tb-Fälle unter bereits behandelten Patienten zu senken.

158. Das Interinstitutionelle Kooperationskomitee zur Bekämpfung und Versorgung der Tuberkulose in der Europäischen Region wurde im Dezember 2012 mit dem Auftrag eingerichtet, Partnerschaften auszubauen und zu koordinieren. In Zusammenarbeit mit der European Respiratory Society hat das Regionalbüro im Pilotversuch einen virtuellen Beirat (e-Consilium) eingerichtet, der Kliniker bei der Verbesserung des Umgangs mit schwer zu behandelnden Tuberkulose- sowie speziell MDR- und XDR-Tb-Patienten unterstützen soll. Das Regionalbüro gewährt den Mitgliedstaaten fachliche Unterstützung bei der Überwachung und Bewertung nationaler Interventionen und bei der Ermittlung und Bewältigung der sozialen Determinanten von Tuberkulose. Ferner ist es an Maßnahmen mit dem Ziel beteiligt, den Umgang mit Tuberkulosemedikamenten, die Infektionsbekämpfung, die Vernetzung der Labore, die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Tuberkulose und HIV, die Überzeugungs- und Kommunikationsarbeit, die Überwachung und Reaktion, das klinische Management, die Registrierung und Meldung von Fällen, die sektorübergreifende Zusammenarbeit und bürgernahe Konzepte zur Schaffung eines allgemeinen Zugangs zur Tuberkuloseversorgung im Einklang mit „Gesundheit 2020“ (2) zu optimieren.

159. In Zusammenarbeit mit den WHO-Länderbüros führt das Regionalbüro Bewertungen der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme durch und gewährt den Mitgliedstaaten die zu deren Verbesserung erforderliche fachliche Unterstützung. Dies dient dem Ziel, die MDR-/XDR-Tb in Hochprävalenzländern zu verhüten und zu bekämpfen und Pläne zur Eliminierung der Tuberkulose in Ländern mit einer geringen Inzidenz der Krankheit aufzustellen. Darüber hinaus ist das Regionalbüro den Mitgliedstaaten dabei behilflich, Finanzmittel bei bilateralen Organisationen und dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria einzuwerben.

Der weitere Weg

160. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten auch weiterhin dabei unterstützen, den Konsolidierten Aktionsplan (3) durchzuführen, die sozialen Determinanten der Krankheit aufzuzeigen und anzugehen und im Gesundheitssystem bestehende Hürden für eine effiziente Verhütung und Bekämpfung von Tuberkulose sowie die Versorgung von Tuberkulosepatienten abzubauen.

161. Gemeinsam mit den Partnerorganisationen, der Zivilgesellschaft und den Gesundheitsbehörden wird das Regionalbüro Programmüberprüfungen in den Ländern vornehmen, um sie in

Bezug auf Maßnahmen zu beraten, die sie für ein rascheres Vorankommen bei der Verwirklichung der MZ und für eine stärkere Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnose und einer angemessenen Behandlung der Tuberkulose ergreifen sollten.

Verknüpfungen mit MZ3

162. Die Gleichheit zwischen den Geschlechtern und die Befähigung von Frauen zu selbstbestimmtem Handeln sind anerkannte Voraussetzungen für die nachhaltige Entwicklung und besonders bedeutsam für die Verwirklichung von MZ4 und MZ5. Obwohl einige Länder der Europäischen Region der WHO weltweit zu jenen zählen, in denen die Gleichstellung am weitesten fortgeschritten ist, bestehen noch immer erhebliche Ungleichheiten zwischen den Ländern wie auch innerhalb der Region insgesamt.

163. Die WHO bemüht sich um eine systematische Integration der Geschlechterperspektive in ihre fachliche Unterstützung für die Länder, und „Gesundheit 2020“ ist zu einer schlagkräftigen Plattform geworden, die nachdrücklich vor Augen führt, wie wichtig die Auseinandersetzung mit Geschlechterfragen für die Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich ist. Hierbei wird der Erhebung von Daten und Verwendung von nach Geschlecht aufgeschlüsselten Daten Priorität beigemessen.

164. Gewalt gegen Frauen stellt ein weit verbreitetes gesundheitspolitisches Problem, eine Verletzung der Menschenrechte und eine Folge der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern dar. Aus dem kürzlich erschienenen WHO-Bericht über Schätzungen zum Ausmaß von Gewalt gegen Frauen weltweit und in der Europäischen Region: Prävalenz und gesundheitliche Folgen der Gewalt von Intimpartnern und der sexuellen Gewalt durch andere Personen (19) geht hervor, dass 27% der Frauen in der Europäischen Region Gewalt von ihren Intimpartnern oder anderen Personen ausgesetzt sind. Das Regionalbüro organisiert im November 2013 in Wien eine Konferenz über Gewalt gegen Frauen, auf der die zusammen mit dem Bericht herausgegebenen klinischen und konzeptionellen Leitlinien der WHO vorgestellt und überarbeitet werden sollen.

Verknüpfungen mit MZ7

165. Im Bereich Trinkwasser- und Sanitärversorgung sind die Fortschritte in der Region ins Stocken geraten. Nach Angaben des Gemeinsamen Überwachungsprogramms von WHO und UNICEF für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung haben mehr als 48 Mio. Menschen keinen Zugang zu verbesserten Trinkwasserquellen und über 70 Mio. keinen Zugang zu verbesserten sanitären Einrichtungen (20). In einigen Ländern des östlichen Teils der Region ging der Anteil der Bevölkerung mit Zugang zur Sanitärversorgung zwischen 1990 und 2010 von 90% auf 89% zurück, und der Anteil der mit Trinkwasser versorgten Bevölkerung verbesserte sich im selben Zeitraum nur um einen Prozentpunkt (von 93% auf 94%) (20). In den osteuropäischen Ländern leben über 50% der ländlichen Bevölkerung noch immer in Haushalten ohne Trinkwasseranschluss. Es besteht ein beträchtliches Gefälle innerhalb von und zwischen den Ländern, zwischen städtischen und ländlichen Gebieten sowie zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Gruppen. Durch Initiativen der WHO und ihrer Partner werden die Mitgliedstaaten dabei unterstützt, die Überwachung der Trinkwasser- und Sanitärversorgung zu stärken, Pläne für Wassersicherheit mit Schwerpunkt auf kleinräumigen Versorgungsgebieten festzulegen und durchzuführen und die Aufbereitung und sichere Speicherung von Wasser im Haushalt zu fördern. Im Einklang mit dem von 25 Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region ratifizierten Protokoll über Wasser und Gesundheit (21) unterstützt die WHO die Vertragsparteien bei der Festlegung von Zielen und der Berichterstattung über die Fortschritte bei der Trinkwasser- und Sanitärversorgung und der Zurückdrängung wasserbedingter Krankheiten.

166. Die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, wie Überschwemmungen, Hitzewellen,

verstärkte Erosion und Dürren, sind in der Europäischen Region gut dokumentiert. Der jährliche Ausstoß von Treibhausgasen betrug in der EU im Jahr 2008 (letzte verfügbare Daten) etwa 10 Tonnen CO₂-Äquivalent je Einwohner und lag damit deutlich über dem nachhaltigen Pro-Kopf-Ziel von 2 Tonnen (22). Trotz Fortschritten zählen einige Länder Osteuropas, des Kaukasus und Zentralasiens nach wie vor zu den Volkswirtschaften mit der geringsten Energieausbeute und der höchsten Kohlenstoffintensität in der Welt (23).

167. Das Regionalbüro trägt zur Durchführung des Arbeitsplans der WHO zu Klimawandel und Gesundheit bei (24). Die aus der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit vom 10. bis 12. März 2010 in Parma (Italien) hervorgegangenen Dokumente „Entschlossenheit zum Handeln“ und „Schutz der Gesundheit in einer durch den Klimawandel bedrohten Umwelt: Handlungsrahmen für die Europäische Region“ bilden die konzeptionelle Grundlage für die Durchführung von Klimaschutz- und Anpassungsmaßnahmen (25). Mehrere Länder der Europäischen Region haben sich an der Umsetzung dieser Politikkonzepte beteiligt, indem sie die Folgen des Klimawandels bewertet und Anpassungsstrategien oder Aktionspläne erarbeitet haben.

Die Entwicklungsagenda nach 2015

Globale thematische Konsultation über Gesundheitsfragen

168. Die von den Vereinten Nationen geführte globale Konsultation über Gesundheitsfragen umfasste eine Reihe thematischer Konsultationen, die eine „globale Debatte“ über die Entwicklungsagenda für die Zeit nach 2015 anstoßen sollten. Die gemeinsam von den Regierungen Botswanas und Schwedens, dem UNICEF und der WHO einberufenen Konsultationen richteten sich an Menschen und Organisationen in aller Welt, die inhaltliche Beiträge leisteten und ihre Auffassungen hinsichtlich der Frage bekundeten, wie die Gesundheit künftiger Generationen am besten gesichert werden kann. Im Rahmen einer Online-Konsultation mit 150 000 Teilnehmern wurden mehr als 100 Arbeitspapiere eingereicht und insgesamt 13 mündliche Konsultationen in Afrika, Asien, Europa, Nordamerika und Südamerika mit Beteiligung von über 1500 Personen abgehalten. Alle Beiträge flossen in einen Berichtsentwurf ein, der dem vom 4. bis 6. März 2013 in Gaborone (Botsuana) abgehaltenen Dialog auf hoher Ebene über Gesundheit als Thema auf der Entwicklungsagenda nach 2015 vorgelegt wurde.⁷

169. Zum Dialog kamen 50 ranghohe Teilnehmer zusammen, darunter Gesundheitsminister, Mitglieder der Hochrangigen Gruppe namhafter Persönlichkeiten und ihre Vertreter, Leiter internationaler Organisationen, Vertreter der Zivilgesellschaft und der Privatwirtschaft, Wissenschaftler, Gesundheitsexperten und Vertreter von Jugendlichen. Ausgehend von den auf der Tagung abgegebenen Stellungnahmen wurde der Berichtsentwurf überarbeitet und fertiggestellt, und es wurde ein Informationspapier ausgearbeitet, das den Mitgliedern der Hochrangigen Gruppe namhafter Persönlichkeiten vor ihrer Tagung vom 25. bis 27. März 2013 in Bali (Indonesien) zuging.

170. Gesundheit als Thema auf der Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen nach 2015 war auch das Thema der 66. Weltgesundheitsversammlung. Die Weltgesundheitsversammlung nahm die Resolution WHA66.11 an, durch die die Mitgliedstaaten dringend ersucht werden, ihre Bemühungen um die Erreichung der gesundheitsbezogenen MZ aufrechtzuerhalten und zu beschleunigen und sicherzustellen, dass Gesundheit auch nach 2015 auf der Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen an zentraler Stelle steht. Durch die Resolution wird die Generaldirektorin aufgefordert sicherzustellen, dass Konsultationen der WHO zu diesem Thema inklusiv gestaltet werden und allen Regionen offen stehen, und sich für Mittel zur beschleunigten

⁷ Sämtliche Beiträge sind verfügbar unter: www.worldwewant2015.org/health, eingesehen am 11. Juli 2013.

Verwirklichung der Vorgaben zu den gesundheitsbezogenen MZ bis zum Jahre 2015 einzusetzen. Das Sekretariat wird gebeten, den Stellenwert von Gesundheit auf der entwicklungspolitischen Agenda nach 2015 während der Regionalkomitees im Jahr 2013 zu erörtern und der 67. Weltgesundheitsversammlung einen Bericht hierüber vorzulegen. Das WHO-Regionalkomitee für Europa wird sich auf seiner 63. Tagung unter dem Punkt „Angelegenheiten, die sich aus den Sitzungen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben“ mit der Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen nach 2015 befassen.

171. Auf der Ebene der Europäischen Region haben intensive Konsultationen im Rahmen des Koordinierungsmechanismus (RCM) und des Regionalen Teams für Europa und Zentralasien der Gruppe der Vereinten Nationen für Entwicklungsfragen (UNDG) stattgefunden. Ein Positionspapier und eine Reihe einschlägiger Themenpapiere, die die wichtigsten Errungenschaften und Herausforderungen im Zusammenhang mit den MZ und eine allgemeine Vision für die Europäische Region zur Entwicklungsagenda nach 2015 im Detail darlegen, wurden erarbeitet und den Mitgliedern der Hochrangigen Gruppe namhafter Persönlichkeiten als Beitrag zum Bericht des Generalsekretärs unterbreitet, der zur Vorlage auf der Sonderveranstaltung der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 25. September 2013 bestimmt ist. Ferner wird vom 4. bis 6. September 2013 eine Konsultation der Europäischen Region stattfinden, die als Forum für einen Dialog unter Beteiligung einer Vielzahl ranghoher Vertreter von Regierungen, Zivilgesellschaft, Wissenschaft und anderen Akteuren dienen soll. Sie wird gemeinsam von UNICEF, UNDP und UNECE organisiert und von der Türkei ausgerichtet.

Auf dem Weg zu einem Rahmen für künftige Gesundheitsziele

172. Gesundheitsziele für die Zukunft müssen von allgemeiner Relevanz sein. In jedem Land gibt es Familien und Einzelpersonen, die es sich nicht leisten können, Krankheiten zu verhüten oder behandeln zu lassen oder Kranke zu pflegen. Künftige Zielstellungen für den Bereich Gesundheit müssen daher so geplant werden, dass sie diesen allgemeingültigen Gegebenheiten Rechnung tragen und die Werte der Chancengleichheit und der Menschenrechte, einschließlich der Gleichstellungsfrage, konsequent verkörpern. Allerdings gleicht kein Land dem anderen, und daher müssen künftige Ziele an die Realität in jedem Land angepasst werden können. Nach ausgiebigen globalen Konsultationen nimmt die Gesundheit als Thema auf der Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen nach 2015 allmählich Gestalt an. Von zentraler Bedeutung sind hierbei folgende Themen:

- **Anerkennen, dass Gesundheit und Entwicklung untrennbar miteinander verknüpft sind.** Ein übergreifendes Entwicklungsziel für die Agenda nach 2015 könnte darin bestehen, dauerhaftes Wohlbefinden für alle zu ermöglichen und der Gesundheit einen Stellenwert als Einflussfaktor beizumessen, der entscheidend zur nachhaltigen Entwicklung und zum menschlichen Wohlbefinden beiträgt und sich aus dieser ergibt. Damit würde der zunehmenden Forderung entsprochen, gesundes Wachstum und nachhaltige Entwicklung nicht allein am Bruttoinlandsprodukt zu messen, sondern das Blickfeld auf Chancengleichheit auszuweiten. Mit einem solchen Ziel wird außerdem anerkannt, dass gute Gesundheit ebenso sehr durch die zahlreichen Aspekte der Entwicklung – Bildung, Nachhaltigkeit der Energieversorgung, Ernährung, Trinkwasser- und Sanitärversorgung, Anpassung an den Klimawandel und Klimaschutz – bestimmt wird wie durch die Verhütung und Behandlung von Krankheiten. Ziele mit Bezug zu Entwicklungsfragen wie dem Umweltschutz könnten gesundheitsbezogene Zielvorgaben, etwa die Verringerung der Verschmutzung der Raumluft, beinhalten.
- **Ein Höchstmaß an Gesundheit in allen Lebensabschnitten gewährleisten.** Dies könnte ein übergreifendes Gesundheitsziel sein, bei dem das Gesundheitswesen eine größere, aber bei weitem nicht die ausschließliche Rolle spielt. Dazu sollte gehören, die Maßnahmen zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen MZ voranzutreiben, die Belastung

durch nichtübertragbare Krankheiten zu verringern und eine allgemeine Gesundheitsversorgung und den Zugang zu Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Zu den Zielvorgaben für die Agenda nach 2015 könnten gehören: vermeidbare Todesfälle bei Müttern und Kindern bekämpfen; den allgemeinen Zugang zu Angeboten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit herstellen; Malaria eliminieren und Polio eradizieren; die Vision einer Generation ohne Aids und Tuberkulose verwirklichen; Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und Atemwegserkrankungen sowie die ihnen zugrunde liegenden Risikofaktoren zurückdrängen; und durch die Schließung von Lücken und die Aufschlüsselung von Indikatoren für Chancengleichheit sorgen.

- **Gesundheitsleistungen zugänglich und erschwinglich machen.** Die Gewährleistung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung und des Zugangs zu umfassenden und hochwertigen Gesundheitsleistungen für alle Menschen ist ein Mittel zur Erzielung besserer Gesundheitsergebnisse. Sie stellt auch ein erstrebenswertes Ziel dar, das die Menschen für sich allein genommen schätzen: die Gewissheit, Zugang zu einem Gesundheitssystem zu haben, das sich bemüht, an ihrem Wohnort oder zu Hause oder bei Bedarf durch Überweisung an Kliniken und Krankenhäuser Krankheiten auf wirksame und bezahlbare Weise zu verhüten bzw. zu behandeln. Außerdem müssen die Gesundheitssysteme sicherstellen, dass nicht Jahr für Jahr 100 Mio. Menschen aufgrund der Kosten der von ihnen benötigten Gesundheitsleistungen verarmen, wie es heute der Fall ist.

Umsetzung der Agenda für die Zeit nach 2015

173. Angesichts eines globalen Umfelds im Wandel ist es erforderlich, entschlossen andere Wege zu beschreiten, um die künftige Agenda für die globale Gesundheit voranzubringen. In diesem Zusammenhang muss den Politiksteuerungsstrukturen und den institutionellen Kapazitäten auf globaler und nationaler Ebene sowie der möglicherweise bestehenden Notwendigkeit, die globale Gesundheitsarchitektur an den Anforderungen des 21. Jahrhunderts und den Zielen für die Zeit nach 2015 auszurichten, mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Nach 2015 werden folgende Erfordernisse bestehen: Mitwirkung der zur Herbeiführung von Veränderungen befähigten Gemeinschaften; Engagement der Zivilgesellschaft und der Privatwirtschaft; gesellschaftliche Veränderungen zur Überwindung der Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern und zwischen ethnischen Gruppen; Verhinderung von Diskriminierung und Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit; ein besseres Verständnis der Möglichkeiten für die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Politikbereichen zur Förderung und zum Schutz von Gesundheit; stärkere und unabhängige Rechenschaftsmechanismen (darunter innerstaatliche und globale Aufsichtsstrukturen); und intensivere Bemühungen um Stärkung und Konsolidierung der mit der Bereitstellung einer besseren Gesundheitsversorgung auf globaler wie nationaler Ebene betrauten Institutionen.

Literatur⁸

1. Resolution EUR/RC57/R2 des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74560/RC57_eres02.pdf, eingesehen am 15. Juli 2013).
2. *Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (EUR/RC62/9)

⁸ Sofern nicht anders angegeben, wurden alle Links am 11. Juli 2013 eingesehen.

- (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/170315/RC62wd09-NEW-Ger.pdf, eingesehen am 15. Juli 2013).
3. *Konsolidierter Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015)*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (EUR/RC61/15) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/147917/wd15G_TB_ActionPlan_111390bhn_new-figures_.pdf, eingesehen am 15. Juli 2013).
 4. *European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-action-plan-for-hiv-aids-2012-2015>).
 5. *Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf, eingesehen am 15. Juli 2013).
 6. *Strengthening public health services and capacity: an action plan for Europe. Promoting health and well-being now and for future generations*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/172762/Strengthening-public-health-services-and-capacity-an-action-plan-for-Europe-Eng.pdf).
 7. *Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/174629/e96638-Ger.pdf, eingesehen am 15. Juli 2013).
 8. *World Health Statistics 2013*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/).
 9. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, The World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>).
 10. Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report: Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*, May 2013 (http://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf).
 11. *By choice, not by chance: Family planning, human rights and development. The State of World Population 2012*. New York, United Nations Population Fund, 2012 (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN_SWOP2012_Report.pdf).
 12. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
 13. *Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591838/en/).
 14. United Nations Secretary-General. *Global strategy for Women's and Children's Health*, Geneva, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index.html).
 15. *International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action*. New York, United Nations Population Fund, 1995 (A/CONF.171/13/Rev.1) (<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/1973>).

16. *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/en/).
17. *The Tashkent Declaration: “The Move from Malaria Control to Elimination” in the WHO European Region. A commitment to Action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98753/E89355.pdf).
18. *Regional Strategy: From Malaria Control to Elimination in the WHO European Region 2006–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98750/E88840.pdf).
19. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf).
20. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation (JMP). *Progress on drinking water and sanitation: JMP update 2012*. New York, JMP, 2012 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/jmp_report/en/).
21. *Protocol on Water and Health to the 1992 Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes, done in London, on 17 June 1999*. New York, United Nations Economic and Social Council, 1999 (MP.WAT/2000/1, EUR/ICP/EHCO 020205/8Fin) (<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/documents/2000/wat/mp.wat.2000.1.e.pdf>).
22. *Greenhouse gas emissions per capita and per unit of GDP in purchasing power standards in 2008* [web page]. Copenhagen, European Environment Agency, 2012 (<http://www.eea.europa.eu/data-and-maps/figures/greenhouse-gas-emissions-per-capita-1>).
23. *From Transition to Transformation: Sustainable and Inclusive Development in Europe and Central Asia*. Interagency report. New York and Geneva, United Nations, 2012 (http://www.unece.org/fileadmin/DAM/publications/oes/RIO_20_Web_Interactive.pdf).
24. *WHO workplan on climate change and health*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/globalchange/wha_plans_objectives/en/print.html).
25. *Die Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit*. Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit „Schutz der Gesundheit der Kinder in einer sich verändernden Umwelt“, Parma (Italien), 10.–12. März 2010. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2010 (EUR/55934/5.1 Rev. 2) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78609/E93618G.pdf , eingesehen am 15. Juli 2013).

Fortschrittsbericht über die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)

Einführung und Hintergrund

174. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005) stellen ein international verbindliches Rechtsinstrument dar, das dazu dient, die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, davor zu schützen und dagegen Gesundheitsschutzmaßnahmen einzuleiten. Sie bilden einen zentralen Bestandteil der globalen Gesundheitssicherheit, und ihre Umsetzung seit ihrem Inkrafttreten im Jahr 2007 ist ein gradueller Prozess. Die Vertragsstaaten der IGV sind rechtlich verpflichtet, bestimmte Kernkapazitäten für die Überwachung und Bewältigung von gesundheitlich relevanten Ereignissen (Infektionskrankheiten, Umweltkatastrophen, Chemie- oder Strahlenunfälle) zu schaffen. Die Vertragsstaaten müssen ferner alltägliche Maßnahmen durchführen, die gemäß den IGV an Grenzübergangsstellen (Häfen, Flughäfen und Landübergänge) erforderlich sind. 2009 nahmen alle 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO auf der Tagung des Regionalkomitees für Europa die Resolution EUR/RC59/R5 an.

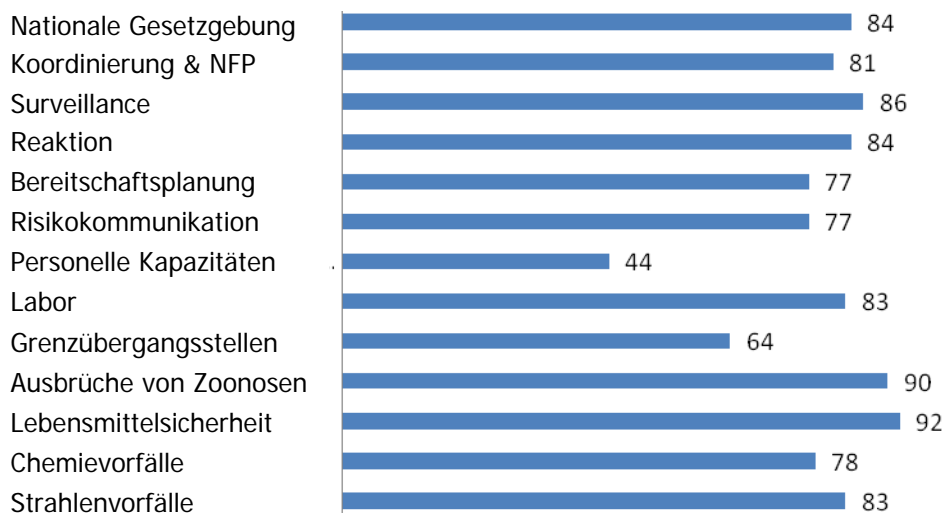
175. Darin werden die Mitgliedstaaten und das WHO-Regionalbüro für Europa eindringlich gebeten, sich dafür einzusetzen, dass die nach den IGV vorgeschriebenen Kernkapazitäten bis 2012 geschaffen bzw. aufrechterhalten werden. Ferner werden die Mitgliedstaaten dringend aufgefordert, nationale IGV-Aktionspläne auszuarbeiten. Das WHO-Regionalbüro für Europa und seine Partnerorganisationen wirken gemeinsam mit den Regierungen der Mitgliedstaaten auf die Umsetzung ihrer strategischen IGV-Aktionspläne hin.

176. Die Europäische Region der WHO zählt insgesamt 55 Vertragsstaaten der IGV: sämtliche Mitgliedstaaten in der Region sowie den Heiligen Stuhl und Liechtenstein, die den IGV im Mai 2005 bzw. März 2012 freiwillig beigetreten sind. Montenegro wurde im Februar 2008 Vertragsstaat. Dementsprechend gelten für Liechtenstein und Montenegro andere juristische Fristen im Hinblick auf die Schaffung von Kernkapazitäten nach den IGV als für die übrigen Vertragsstaaten in der Region. Eine weitere Besonderheit der Europäischen Region der WHO stellen die Überseegebiete einiger Mitgliedstaaten dar, in denen für eine wirksame Umsetzung der IGV besondere Regelungen (sowohl auf nationaler Ebene als auch durch andere Regionalbüros der WHO) erforderlich sind.

Situationsanalyse

177. Die von den Vertragsstaaten aus der Europäischen Region in ihren jährlich auszufüllenden Fragebögen zur Selbstbewertung gemeldeten Daten deuten auf relativ gute Erfolge beim Aufbau von Kapazitäten für die Überwachung, für Lebensmittelsicherheit und für die Entdeckung und Bewältigung von Ausbrüchen von Zoonosen (Abb. 1) hin. Auch wenn insgesamt die IGV schon genutzt werden, um den Beitrag des Gesundheitswesens zu stärken, so wirft doch die Realisierung bzw. Aufrechterhaltung von Kernkapazitäten weiterhin Probleme in vielen anderen fachlichen Bereichen (u. a. sektorübergreifende Abstimmung, Kapazitäten an benannten Grenzübergangsstellen, Personalentwicklung, Rechtsvorschriften, Risikokommunikation) auf. Auch das breite Aufgabenspektrum bei der Umsetzung der IGV, das die gesamte Bandbreite der Gefahren und insbesondere alle Bedrohungen für die öffentliche Gesundheit biologischen, chemischen oder nuklearen Ursprungs umfasst, stellt nach wie vor eine Herausforderung dar.

Abb. 1: Erreichte Durchschnittsquote in Bezug auf die IGV-Kernkapazitäten (in %) für die Europäische Region laut dem jährlichen Fragebogen zur Selbstbewertung 2012



178. Seit Ablauf der Frist am 15. Juni 2012 haben 21 Vertragsstaaten (38%) in der Europäischen Region der WHO um Verlängerung der Frist für den Umsetzungsprozess bis Juni 2014 gebeten; 15 von ihnen haben einen konkreten Durchführungsplan ausgearbeitet. Die Europäische Region hat von allen Weltregionen der WHO den niedrigsten Anteil an Verlängerungsanträgen.

179. Die Anträge auf Fristverlängerung wurden von den Ländern selbst initiiert. Etwa die Hälfte der Staaten, die um Fristverlängerung ersucht haben, sind hoch entwickelte Länder, bei deren Entscheidung bestimmte kulturelle, politische und historische Einflussfaktoren wie etwa das Vorhandensein von Überseegebieten eine Rolle spielten. In vielen Fällen zielte der innerstaatliche Entscheidungsprozess nicht nur auf die geschaffenen Kapazitäten ab, sondern auch auf operative Modalitäten und Fragen der Haftung.

Ergriffene Maßnahmen und erreichte Fortschritte

180. In diesem Abschnitt werden die ergriffenen Maßnahmen und die dabei erzielten Fortschritte, aber auch die noch zu bewältigenden Herausforderungen in den insgesamt sieben vom Regionalbüro eingerichteten Arbeitsbereichen erläutert. Diese Arbeitsbereiche sind darauf ausgerichtet, den Handlungsbedarf in den Ländern aufgrund der IGV in Angriff zu nehmen und hierbei Prioritäten zu setzen.

Arbeitsbereich 1: Evaluierung, Stärkung und Beobachtung der IGV-Kernkapazitäten der Länder

181. In den vergangenen drei Jahren hat das Sekretariat in den meisten vorrangigen Vertragsstaaten in der Europäischen Region eine Bewertung in Bezug auf die Anforderungen der IGV vorgenommen und mit den betreffenden Ländern erörtert, um den Vertragsstaaten bei der Schaffung der geforderten IGV-Kernkapazitäten behilflich zu sein.

182. Die Vertragsstaaten haben bei ihren Angaben über die Umsetzung der IGV das vom Sekretariat für die Vorlage der Jahresberichte der Vertragsstaaten vorgeschlagene Format und die dazu gehörigen Instrumente verwendet, die auf einem von der WHO entwickelten Kontrollrahmen basieren, durch den die in Anlage 1 genannten Anforderungen an ihre Kernkapazitäten erfüllt werden sollen.

183. Das Sekretariat wird auch weiterhin die IGV-Kapazitäten der Länder im Auge behalten und bewerten, was primär durch den jährlichen Fragebogen zur Selbstbewertung geschehen soll, und es wird Empfehlungen hinsichtlich der Stärkung dieser Kapazitäten aussprechen.

Arbeitsbereich 2: Förderung eines starken Engagements hochrangiger Politiker für die Umsetzung der IGV

184. Das Sekretariat hat für alle Vertragsstaaten in der Region einzelstaatliche wie auch länderübergreifende Workshops zur Bewusstseinsbildung durchgeführt. Um dem Umsetzungsprozess neue Impulse zu verleihen, hat das Sekretariat im Februar 2013 eine Europäische Strategietagung zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) abgehalten. Auf dieser Tagung trafen Teilnehmer von der subregionalen, regionalen und globalen Ebene, aber auch maßgebliche Interessengruppen, Partnerorganisationen und alte wie neue Geber zu einem Erfahrungsaustausch über die Umsetzung der IGV zusammen, dokumentierten alle potenziellen Ressourcen und erörterten gemeinsame Herausforderungen.

185. Das Sekretariat wird auch künftig die Umsetzung der IGV unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen in den jeweiligen Ländern unterstützen und die wichtigsten Dokumente der WHO auf diesem Gebiet in allen offiziellen Arbeitssprachen der Europäischen Region, insbesondere aber in Russisch, vorlegen. Es ist vorgesehen, Tagungen speziell für hochrangige Vertreter von Gesundheitsbehörden zu veranstalten.

Arbeitsbereich 3: Aktualisierung von Rechtsvorschriften und Regulierungsmechanismen

186. Das Sekretariat hat auf einem länderübergreifenden Workshop für die Mitgliedstaaten in Zentralasien und der Kaukasusregion das vorhandene Referenzmaterial über Rechtsvorschriften zur Umsetzung der IGV einer Prüfung unterzogen und mit den Mitgliedstaaten über vorbildliche Praktiken diskutiert. Dem Workshop folgten eine Reihe von Bewertungsbesuchen in den einzelnen Ländern.

Arbeitsbereich 4: Befähigung der nationalen IGV-Anlaufstellen

187. Die nationalen IGV-Anlaufstellen (NFP) müssen hinreichend befähigt werden, wenn sie in ihren Ländern den Prozess der ressortübergreifenden Umsetzung der IGV beeinflussen und dafür Verantwortung übernehmen sollen. Dieser Einfluss kann dann leichter verwirklicht werden, wenn den NFP durch Schulungsmaßnahmen ein besseres Verständnis der Grundsätze der IGV sowie die Fähigkeit zur gezielten Nutzung vorhandener Ressourcen zum Aufbau der geforderten IGV-Kapazitäten vermittelt wird. Das Sekretariat hat für alle Vertragsstaaten einzelstaatliche wie auch länderübergreifende Workshops durchgeführt, um die NFP über ihre rechtliche Rolle im Rahmen der IGV zu unterrichten. Die Website zu diesen Veranstaltungen beinhaltet auch ein Forum, auf dem NFP und die WHO Kontaktinformationen austauschen und über den Stand der Umsetzung der IGV in den Vertragsstaaten berichten können, wie er auf den Fragebögen zur Selbstbewertung dargestellt wird.

Arbeitsbereich 5: Sensibilisierung und Überzeugungsarbeit außerhalb des Gesundheitswesens

188. Eine ressortübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht eine wirksamere Nutzung von Ressourcen, da hierbei Doppelarbeit vermieden und die Abstimmung zwischen ressortübergreifenden Maßnahmen gefördert wird. Eine wirksame Überzeugungsarbeit kann dazu beitragen, Fachpolitikern den Nutzen einer solchen Zusammenarbeit vor Augen zu führen. Dazu ist eine Interpretation der IGV mit Blick auf Tätigkeiten und Interessen einzelner Politikbereiche notwendig. Eine Verbesserung der ressortübergreifenden Bewusstseinsbildung, Überzeugungsarbeit und Kooperation in Verbindung mit einer Optimierung der Risikokommunikation innerhalb

von wie auch zwischen Politikbereichen kann den Ländern dabei helfen, die nationalen Tätigkeiten im Bereich der IGV aufeinander abzustimmen. Das Sekretariat wird weiterhin ressortübergreifende Workshops und Schulungen in den Vertragsstaaten durchführen, um alle für die Umsetzung der IGV maßgeblichen Akteure aus verschiedenen Ressorts an einen Tisch zu bringen.

Arbeitsbereich 6: Schulung von Personal auf nationaler Ebene für den Aufbau, die Steuerung und die Aufrechterhaltung der für die vollständige Einhaltung der IGV erforderlichen Kapazitäten in ihrem Land

189. Ein zentraler Bestandteil dieser Unterstützung ist die Übersetzung von Empfehlungen in Bezug auf die IGV in die jeweiligen Landessprachen. Das Sekretariat hat in den Ländern auf hoher Ebene angesiedelte Sensibilisierungskampagnen und fachliche Schulungen durchgeführt, u. a. Übungen zur Bewertung von IGV-Kernkapazitäten. In den vergangenen zwei Jahren wurden in diesem Rahmen auch ressort- und länderübergreifende Schulungen durchgeführt, die mit großem Erfolg zur Bewusstseinsbildung und zur Schaffung einer neuen Kategorie von Fachpersonal beigetragen haben. Die Anpassung der globalen Schulung über die IGV, verbunden mit der Bereitstellung dieses Angebots in russischer Sprache als Schulungsmaterial für NFP und die wichtigsten Experten in den russischsprachigen Ländern, gehört zu den dringendsten Aufgaben in den kommenden Monaten.

Arbeitsbereich 7: Stärkung der IGV-Kernkapazitäten an Grenzübergangsstellen

190. Aufgrund ihrer Anfälligkeit für vorübergehende Gefahren spielen Grenzübergangsstellen täglich eine besonders wichtige Rolle bei der Verhinderung der Einschleppung und Ausbreitung von Krankheiten. Deshalb sollten für den Notfall spezielle Kontrollmaßnahmen vorhanden sein. Das Sekretariat wird weiterhin in Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Partnerorganisationen Schulungen über Schiffsinspektionen sowie die Bereitschaftsplanung in der Luftfahrt veranstalten, bei Bedarf aber auch länderübergreifende Workshops (auch unter Beteiligung anderer WHO-Regionen) mit dem Ziel durchführen, die Länder zum Informationsaustausch und zum Abschluss bilateraler Vereinbarungen für bestimmte Landübergänge sowie für IGV-Kapazitäten in Häfen zu veranlassen.

Der weitere Weg

191. Die Abstimmung und Zusammenarbeit mit allen maßgeblichen Partnerorganisationen in der Europäischen Region gehört auch in Zukunft zu den Prioritäten der Arbeit des Sekretariats.

Zusammenarbeit und Abstimmung mit Partnerorganisationen in der Europäischen Region

192. Die Zielsetzung der gemeinsam mit der Europäischen Kommission in Luxemburg organisierten Europäischen Strategietagung zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (s. Nr. 11) bestand darin, den aktuellen Stand der Umsetzung der IGV in der Europäischen Region zu dokumentieren, verbleibende Herausforderungen zu benennen und einen Fahrplan für die gemeinsame Umsetzung festzulegen. An der Tagung nahmen 50 Vertragsstaaten der IGV sowie eine Reihe von maßgeblichen Interessengruppen, Partnerorganisationen und Gebern aus der Europäischen und anderen Regionen der WHO teil.

193. Die Europäische Kommission hat den Mitgliedstaaten der EU eine Richtlinie über die Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren vorgelegt. Die WHO geht in enger Abstimmung mit der Europäischen Kommission und ihren Institutionen vor und wird auch weiterhin ihre Zusammenarbeit mit den EU-Mitgliedern unter ihren Mitgliedstaaten mit der Europäischen Kommission und ihren fachlichen Dienststellen wie dem Europäischen Zentrum für

die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) abstimmen.

Kriterien für eine Fristverlängerung nach 2014

194. Die IGV weisen der Generaldirektorin der WHO sehr konkrete Aufgaben zu, die auch Entscheidungen über die Gewährung weiterer Fristverlängerungen nach Juni 2014 und die Einschaltung des IGV-Prüfungsausschusses einschließen. In Resolution WHA65.23 wird die Generaldirektorin gebeten, Kriterien auszuarbeiten und zu veröffentlichen, die sie ab 2014 bei Entscheidungen über die Bewilligung etwaiger weiterer Fristverlängerungen anwenden wird.

195. Über diese Kriterien wurde auf der 66. Tagung der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2013 beraten. Dies mündete in dem Vorschlag, die Regionalkomitees könnten auf ihren Tagungen im Jahr 2013 die Mitgliedstaaten um weitere Anregungen für die Gestaltung der Kriterien bitten, die das Sekretariat bei der Prüfung von Anträgen auf zusätzliche Fristverlängerungen für die Schaffung der für Überwachung und Reaktion geforderten Kernkapazitäten anwenden sollte. Die im Jahr 2014 anzuwendenden Kriterien für weitere Fristverlängerungen werden auf der 63. Tagung des Regionalkomitees für Europa unter dem Tagesordnungspunkt „Angelegenheiten, die sich aus der 66. Weltgesundheitsversammlung ergeben“ erörtert.

Fazit

196. Die IGV sind für alle Vertragsstaaten rechtsverbindlich und nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern auch für andere maßgebliche Politikbereiche von Bedeutung. Die WHO unterstützt den Prozess der Umsetzung durch fachliche Empfehlungen und durch Koordinierung der Anstrengungen der Länder. Dies schließt die Schaffung von Mechanismen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit ein. Das Regionalbüro für Europa zielt auf die wichtigsten Elemente für eine erfolgreiche Umsetzung der IGV in der Europäischen Region ab.

197. Die IGV müssen wirksamer in übergeordnete Bereitschaftsmaßnahmen und -pläne in den Ländern integriert werden. Das vom Regionalkomitee gebilligte Europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ hat sich eine erhebliche Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung und einen Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich durch Stärkung der öffentlichen Gesundheit und Förderung von Maßnahmen in allen Bereichen von Staat und Gesellschaft zum Ziel gesetzt. Damit ist „Gesundheit 2020“ von entscheidender Bedeutung für die ressortübergreifende Zusammenarbeit zur Umsetzung der IGV.

198. Eine wirksame Umsetzung nationaler Pläne setzt beträchtliche und nachhaltige finanzielle Investitionen sowie den nötigen politischen Willen der Regierungen, aber auch externe Unterstützung durch Geber und Partnerorganisationen voraus. Die Erschließung von Ressourcen ist ebenso wie die begrenzten personellen Ressourcen innerhalb der WHO derzeit nicht ausreichend, um alle Anforderungen vollständig zu erfüllen und die Umsetzung der IGV zu beschleunigen, zumal die allen Vertragsstaaten für die Schaffung der erforderlichen Kernkapazitäten gesetzte Frist demnächst abläuft.

199. Das Regionalbüro wird die Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Ressorts der Regierungen der Vertragsstaaten fortsetzen, um das erforderliche politische Engagement und die nötigen Mittel zu sichern und die Arbeit der ressortübergreifenden Koordinationsausschüsse zu unterstützen.

Fortschrittsbericht zum Strategischen Aktionsplan der Europäischen Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

Einführung und Hintergrund

200. Als Reaktion auf die wachsende Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung durch antimikrobielle Resistenzen (AMR) forderte die WHO die Länder am Weltgesundheitstag 2011 mit dem Slogan „Wer heute nicht handelt, kann morgen nicht mehr heilen“ zur Bekämpfung von Arzneimittelresistenzen auf. In demselben Jahr nahmen alle 53 Länder der Europäischen Region der WHO durch das Regionalkomitee für Europa die Resolution EUR/RC61/R6 des Regionalkomitees und den Strategischen Aktionsplan der Europäischen Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen (EUR/RC61/14) an. Der Strategische Aktionsplan enthält sieben strategische Ziele, die in umfangreichen Konsultationen mit Experten sowie politischen Entscheidungsträgern erarbeitet wurden und auf den neuesten Forschungserkenntnissen beruhen. Sie sollen den Regierungen Orientierungshilfe bei der Berücksichtigung der komplexen Einflussfaktoren in Verbindung mit bakteriellen Resistenzen und ihrer Hauptursache, der Verwendung von Antibiotika, und insbesondere ihres übermäßigen Einsatzes und ihres unsachgemäßen Gebrauchs, geben.

201. In der Resolution EUR/RC61/R6 werden die Mitgliedstaaten ersucht, die Unterstützung durch die Politik und die notwendigen Ressourcen zur Umsetzung der Globalen Strategie der WHO zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen durch den Strategischen Aktionsplan der Europäischen Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen sicherzustellen. Sie werden ferner aufgefordert, aus den sieben strategischen Zielen im Strategischen Aktionsplan die wichtigsten nationalen Prioritäten auszuwählen und nationale Aktionspläne auszuarbeiten. Bei der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans arbeiten das WHO-Regionalbüro für Europa und seine Partner mit den Regierungen der Mitgliedstaaten zusammen.

202. Die 66. Weltgesundheitsversammlung stuft antimikrobielle Resistenzen als ein besorgniserregendes Problem ein. Die Mitgliedstaaten ersuchten die WHO um einen weiteren Ausbau ihrer Programme und Aktivitäten zu AMR, einschließlich des rationellen Einsatzes von Arzneimitteln mit einem Schwerpunkt auf antimikrobiellen Stoffen. Es wurde ferner vorgeschlagen, AMR in den Beratungen der leitenden Organe über die Tagesordnung im Jahr 2014 zu einem inhaltlichen Tagesordnungspunkt zu machen, wobei das Sekretariat dem Exekutivrat im Januar 2014 über die Arbeit der WHO zur Umsetzung der Resolution WHA58.27 der Weltgesundheitsversammlung Bericht erstatten soll. Die Mitgliedstaaten ersuchten darum, das Zwölfte Allgemeine Arbeitsprogramm (GPW 12) zu ergänzen, um die Bedeutung antimikrobieller Resistenzen und der davon ausgehenden Risiken für die Gesundheit der Bevölkerung hervorzuheben.

Situationsanalyse

203. In zwei Dritteln der Länder im östlichen Teil der Europäischen Region der WHO sind Antibiotika ohne ärztliche Verschreibung erhältlich. Ferner ist die Therapiebefolgung durch Patienten in vielen Ländern ein Problem. Dies ist ein wichtiger Einflussfaktor für die Entstehung von Antibiotikaresistenzen und wirkt sich somit negativ auf die Zahl wirksamer Antibiotika aus. Besorgniserregend ist auch die Tatsache, dass es der Forschung in den letzten 25 Jahren trotz beträchtlicher Anstrengungen nicht mehr gelungen ist, neue Klassen von Antibiotika zu entwickeln.

204. Antimikrobielle Resistenzen im Allgemeinen und Antibiotikaresistenzen im Besonderen stellen weltweit eine zunehmende Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung dar. In einigen Ländern der Europäischen Region der WHO weisen mehr als 50% mancher Krankheitserreger eine Resistenz gegen ein oder mehr Antibiotika auf, und Bakterien mit

neuen Resistenzmechanismen treten neu auf und verbreiten sich rasch. So kommt es laut dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in der Europäischen Union, Island und Norwegen jedes Jahr zu schätzungsweise 400 000 Infektionen mit resistenten Erregern, die etwa 25 000 Todesfälle zur Folge haben. Die genaue Last für die mit 53 Mitgliedstaaten größere Europäische Region der WHO ist nicht bekannt, weil Daten entweder nicht verfügbar sind oder nicht systematisch von allen Ländern weitergegeben werden. Vereinzelte Hinweise aus manchen dieser Länder lassen jedoch vermuten, dass die Situation ähnlich oder schlimmer ist. Wegen der leichten Übertragung von carbapenemresistenten Bakterien zwischen Patienten und der zunehmenden Einschleppung dieser Bakterien in die Europäische Region aus Ländern, in denen sie weit verbreitet sind, hat sich die Situation in den letzten Jahren verschärft.

Ergriffene Maßnahmen und erzielte Fortschritte

205. In diesem Abschnitt werden die ergriffenen Maßnahmen, die erreichten Fortschritte und die aufgetretenen Probleme in Verbindung mit den Bemühungen beschrieben, die zur Verwirklichung der strategischen Ziele aus dem Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen unternommen wurden.

Strategisches Ziel 1: Stärkung der sektorübergreifenden Koordination bei der Eindämmung der Antibiotikaresistenz auf nationaler Ebene

206. Das Sekretariat unterstützt die Bemühungen von Ländern, eine nationale Anlaufstelle für AMR zu ernennen, einen nationalen Koordinierungsausschuss für die Eindämmung antibiotischer Resistenzen zu bilden, Kernbereiche mit Handlungsbedarf zu ermitteln und einen strategischen Aktionsplan zu AMR auszuarbeiten bzw. zu aktualisieren. Insgesamt 20 Mitgliedstaaten haben zugesagt, den Strategischen Aktionsplan umzusetzen, indem sie Aktivitäten im Bereich AMR in ihren zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) Vorrang einräumen. Die Hauptschwierigkeit besteht darin, alle maßgeblichen Politikbereiche in nationale Koordinierungsausschüsse einzubeziehen und sicherzustellen, dass diese Ausschüsse einen offiziellen Status und Auftrag erhalten.

Strategisches Ziel 2: Stärkung der Surveillance von Antibiotikaresistenzen

207. Das Sekretariat führt Bewertungen der Länder durch, um den Status der Mitgliedstaaten in Bezug auf die Prävention und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen durch Surveillance, die umsichtige Verwendung von Antibiotika und Infektionsschutzmaßnahmen zu ermitteln und dabei ein besonderes Augenmerk auf die Förderung einer Abstimmung auf nationaler Ebene sowie die Stärkung der Surveillance von Antibiotikaresistenzen zu richten. Maßgeschneiderte Bewertungen für den Bereich AMR wurden in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Kirgisistan, Montenegro, der Schweiz und der Türkei durchgeführt. Sie resultierten in der Ernennung von nationalen Anlaufstellen für AMR, der Einrichtung von sektorübergreifenden Koordinierungsmechanismen und der Ausarbeitung nationaler strategischer Aktionspläne (Überprüfung bzw. Neuentwurf) sowie in der Stärkung der nationalen AMR-Surveillance. Seminare zum Thema AMR auf landesweiter Ebene wurden in Belarus, der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, der Türkei und Usbekistan durchgeführt.

208. Am 30. Oktober 2012 unterzeichnete das WHO-Regionalbüro für Europa eine Vereinbarung mit dem Nationalen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM) der Niederlande und der Europäischen Gesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten (ESCMID) über die Einrichtung des Surveillance-Netzwerks für antimikrobielle Resistenzen in Zentralasien und Osteuropa (CAESAR). Es soll jenen Mitgliedstaaten in der Region dienen, die nicht dem vom ECDC koordinierten Europäischen Netzwerk zur Überwachung von Resistenzen gegen antimikrobielle Wirkstoffe (EARS-Net) angehören. Durch die enge Zusammenarbeit mit

dem ECDC mit dem Ziel, die Netzwerke vergleichbar zu machen, wird das Regionalbüro einen Überblick über die Situation in der gesamten Region erhalten. Das Regionalbüro organisiert regelmäßige Kontakte von CAESAR-Projektgruppen untereinander, sowohl mit persönlicher Anwesenheit als auch in der Form von Telefonkonferenzen.

209. Das Sekretariat hat gemeinsam mit seinen Partnern den CAESAR-Projektplan ausgearbeitet, in dem der Auftrag des Projektes sowie seine Struktur, Arbeitspakete, Zeitvorgaben und Durchführung in der Praxis, aber auch die Pflichten der Partner festgelegt werden. Um den beteiligten Ländern Orientierungshilfe zu bieten, wurde ferner das CAESAR-Handbuch ausgearbeitet. Darin werden die Ziele, die Methoden und die Organisation von CAESAR beschrieben, ebenso die Schritte, die die Länder zu einer Beteiligung unternehmen müssen, die notwendigen Maßnahmen für eine routinemäßige Datenerhebung sowie die zu verwendenden Protokolle und AMR-Falldefinitionen.

210. Die Weitergabe von Daten wurde zwischen dem Regionalbüro, das im Namen des Netzwerks CAESAR handelte, und den Instituten, die in Belarus, der Schweiz, Serbien und der Türkei zu nationalen AMR-Anlaufstellen ernannt wurden, durch Notenwechsel besiegelt.

211. Die Tagung, die den offiziellen Startschuss für CAESAR markierte, fand am 29. April 2013 im Rahmen des 23. Europäischen Kongresses für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten in Berlin statt. Dabei berichteten Anlaufstellen aus neun an CAESAR beteiligten Ländern bzw. Gebieten (Belarus, Bosnien und Herzegowina, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Kirgisistan, Russische Föderation, Schweiz, Serbien und Türkei sowie Kosovo⁹) über ihre Aktivitäten und Schwierigkeiten in Bezug auf antimikrobielle Resistenzen.

212. Im Juni 2013 unterstützte das Sekretariat den Studienbesuch einer Delegation aus Montenegro beim schwedischen Institut für öffentliche Gesundheit. Zweck des Besuchs war es, Informationen über die Rollen und Aufgaben eines nationalen AMR-Referenzlabors zu erhalten und eine Partnerschaftsvereinbarung mit dem schwedischen Institut für öffentliche Gesundheit auszuhandeln, in deren Rahmen diese fachliche Unterstützung für die Einrichtung des Nationalen AMR-Referenzlabors in Montenegro leisten soll.

213. Zu den Schwierigkeiten hierbei zählen die Anpassung der Methodik des Labors an internationale Standards, die Schaffung einer Infrastruktur für die zentrale Datenerhebung an einem nationalen Referenzlabor sowie die begrenzten Ressourcen, die für den notwendigen Aufbau von Laborkapazitäten zur Verfügung stehen.

Strategisches Ziel 3: Förderung von Strategien für einen vernünftigen Umgang mit Antibiotika und Stärkung der Surveillance des Antibiotikaverbrauchs

214. Seit Dezember 2011 veranstaltete das WHO-Regionalbüro für Europa gemeinsam mit der Universität Antwerpen in Zusammenarbeit mit dem ECDC und dem Niederländischen Forschungsinstitut für Gesundheitsdienste (NIVEL) insgesamt drei Seminare zum Gebrauch antimikrobieller Mittel. Die Teilnehmer kamen aus Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, Georgien, Kirgisistan, der Republik Moldau, Montenegro, der Schweiz, Serbien, Tadschikistan, der Türkei, der Ukraine und Usbekistan sowie dem Kosovo. Die gemeinsamen Anstrengungen mit der Universität Antwerpen zur Einrichtung eines mit dem vom ECDC betreuten Europäischen Netzwerk für die Überwachung des Verbrauchs antimikrobieller Mittel (ESAC-Net) kompatiblen Netzwerks für die Überwachung des Verbrauchs antimikrobieller Mittel in Mitgliedstaaten

⁹ Im Sinne dieses Dokuments ist die Bezeichnung „Kosovo“ durchgehend als „Kosovo (gemäß Resolution 1244 (1999) des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen)“ zu verstehen.

in der Europäischen Region, die nicht Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind, werden fortgeführt. An der Veröffentlichung von durch das Netzwerk im Jahr 2011 in elf Ländern erhobenen Daten zum Verbrauch antimikrobieller Mittel wird gearbeitet.

215. In den Jahren 2012 und 2013 organisierte das WHO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit der dänischen Schule für pharmazeutische Praxis (Pharmakon), dem Niederländischen Forschungsinstitut für Gesundheitsdienste (NIVEL) und dem niederländischen Institut für rationellen Arzneimittelgebrauch (IVM) Studienreisen zum Thema der rationellen Verwendung von Arzneimitteln.

216. Das Sekretariat arbeitet eng mit dem ECDC zusammen: Seit 2012 finden auf Anregung des Regionalbüros monatliche Koordinierungsgespräche mit Kontaktpersonen beim ECDC statt. Die WHO ist ein aktives Mitglied der Koordinierungsgruppe des EARS-Net und hat an mehreren vom ECDC organisierten Tagungen zur Koordinierung von Aktivitäten zur AMR-Surveillance, zum Verbrauch antimikrobieller Mittel und zum Europäischen Antibiotikatag 2012 und 2013 teilgenommen.

217. Das Regionalbüro arbeitet eng mit der Global AMR Task Force zusammen, die vom WHO-Hauptbüro koordiniert wird. Es unterhält allmonatliche Telefonkontakte mit der Task Force und nimmt an Videokonferenzen mit allen Regionalbüros zur Feinabstimmung globaler Aktivitäten im Bereich AMR teil. Im Zeitraum 2012–2013 nahm das Regionalbüro an der strategischen Planungstagung zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen im Zeitraum 2012–2015, an der globalen Fachkonsultation über AMR-Surveillance und an der Tagung der AMR Task Force 2013 teil. Auf einer Nebenveranstaltung zum Thema AMR im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung am 21. Mai 2012 moderierte das Regionalbüro auch Podiumsdiskussionen, die von den Delegationen Ghanas und Schwedens organisiert wurden.

218. Das Hauptproblem sind unzureichende Mittel für Seminare und Schulungen auf nationaler und subregionaler Ebene.

Strategisches Ziel 4: Stärkung der Infektionsbekämpfung und der Surveillance der Antibiotikaresistenz in Gesundheitseinrichtungen

219. Das Sekretariat führte den Vorsitz auf einer Tagung des Baltischen Kooperationsnetzwerks zu Antibiotikaresistenzen (BARN), die im Oktober 2012 in Visby (Schweden) stattfand und die sich mit der Prävention von Infektionen am Operationstisch befasste. Unter den beteiligten Ländern waren Estland, Lettland, Litauen und die Russische Föderation. Gemeinsam mit dem WHO-Hauptbüro und dem WHO-Länderbüro Estland organisierte das Regionalbüro für Europa im Mai 2013 in Estland drei aneinander anschließende Tagungen: die Tagung der Arbeitsgruppe des Global Infection Prevention and Control Network (GIPCN) zu allgemeinen Lehrplänen, ein nationales Seminar zur Entwicklung eines Ausbildungslehrplans in Bezug auf die Prävention und Bekämpfung von Infektionen sowie einen Runden Tisch zur Problematik der antimikrobiellen Resistenzen in der Europäischen Region und in Estland.

220. Die wesentliche Herausforderung besteht darin, dass es beim Regionalbüro kein spezielles Programm gibt, das über ausreichend Zeit und Ressourcen verfügt, wie sie zur Verwirklichung dieses strategischen Ziels erforderlich wären.

Strategisches Ziel 5: Prävention und Bekämpfung der Entstehung und Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen in Tiermedizin und Landwirtschaft

221. Das Sekretariat bemüht sich aktiv um eine Sensibilisierung für den Aspekt der Lebensmittelsicherheit in Verbindung mit AMR. Viele Länder sind sich der Risiken für die Gesundheit der Bevölkerung, die mit der Verwendung von Antibiotika bei zur Nahrungsmittelerzeugung genutzten Tieren verbunden sind, nicht bewusst. Anlässlich des Weltgesundheitstages

2011 veröffentlichte das Sekretariat die Broschüre „Bekämpfung von Antibiotikaresistenz in Europa aus Sicht der Lebensmittelsicherheit“, die Beiträge zahlreicher internationaler Experten und Organisationen enthielt. Zur weiteren Verbreitung des in dieser Broschüre zusammengetragenen Wissens und zum Ausbau fachlicher Kapazitäten organisierte das Sekretariat im Mai 2012 in Albanien ein subregionales sektorübergreifendes Seminar über Antibiotikaresistenzen unter dem Aspekt der Lebensmittelsicherheit, an dem Vertreter aus Albanien, Kroatien, Montenegro, Rumänien und Serbien teilnahmen, sowie im November 2012 in Kasachstan ein von der WHO gemeinsam mit den Centers for Disease Control and Prevention (CDC) der Vereinigten Staaten durchgeführtes subregionales Seminar über die Surveillance und Bekämpfung von Lebensmittelinfektionen im Rahmen des Global Foodborne Infections Network (GFN), an dem Vertreter aus Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan teilnahmen. In den Jahren 2012 und 2013 wurden in Albanien, Kroatien, Montenegro, Serbien und Tadschikistan nationale Tagungen zu AMR aus Sicht der Lebensmittelsicherheit durchgeführt.

222. Es gibt eine seit langem bestehende, enge Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) im Bereich der Lebensmittelsicherheit, die die Grundlage für die gemeinsamen Aktivitäten im Bereich AMR aus Sicht der Lebensmittelsicherheit bildet. Dazu zählt auch die gemeinsame Schulung zum Aufbau von Kapazitäten für Arbeiten am Codex Alimentarius in ausgewählten Ländern Europas und Zentralasiens, die 2012 in Kirgisistan und – für die Balkanländer – im Juni 2013 in Kroatien stattfand. Zu der Broschüre „Bekämpfung von Antibiotikaresistenz in Europa aus Sicht der Lebensmittelsicherheit“ trugen sowohl die FAO als auch die Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) bei.¹⁰

223. Die wichtigsten Herausforderungen in diesem Bereich sind: die Sensibilisierung der Gesundheits- und Landwirtschaftspolitik für die Tatsache, dass die Verwendung von Antibiotika in der Viehzucht ein Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung darstellt; die Überwindung der Barrieren zwischen dem Gesundheits- und dem Landwirtschaftsressort durch regelmäßige und anhaltende Kooperation, integrierte Surveillance und Querschnittsmaßnahmen; und der Mangel an Ressourcen für die Einrichtung einer integrierten Surveillance und den notwendigen Aufbau von Kapazitäten.

Strategisches Ziel 6: Förderung von Innovation und Forschung in Bezug auf neue Arzneimittel und Technologien

224. Die Europäische Kommission führte 2008 das Konzept der Gemeinsamen Programmplanung (JP) mit dem Ziel ein, durch gemeinsame Planung, Durchführung und Evaluierung nationaler Forschungsprogramme den Wert der Forschungsfinanzierung auf der nationalen Ebene und der Ebene der Europäischen Union zu steigern. Anfang 2010 schlugen Italien und Schweden die Gemeinsame Programmplanungsinitiative für antimikrobielle Resistenzen (JPIAMR) vor. Das WHO-Regionalbüro für Europa und das WHO-Hauptbüro beteiligen sich an dieser Initiative, um Beiträge zur Forschungsagenda im Bereich AMR zu leisten und um in breit angelegte regionale und globale Partnerschaften zur Förderung von Innovation und Forschung einzutreten. Die WHO kooperiert auch mit anderen nichtstaatlichen Gruppen und Netzwerken wie ReAct und Antibiotic Action, um Innovation zu fördern und neue Geschäftsmodelle zu entwickeln, die der Forschung zuträglich sind und negative Anreize für die aggressive Vermarktung neuer Antibiotika geben.

225. Die größte Herausforderung in diesem Bereich ist die Einleitung eines Dialogs mit der

¹⁰ *Tackling antibiotic resistance from a food safety perspective in Europe*. Kopenhagen, Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/136454/e94889.pdf, eingesehen am 1. Juli 2013).

Privatwirtschaft und anderen Akteuren.

Strategisches Ziel 7: Verbesserung von Sensibilisierung, Patientensicherheit und Partnerschaft

226. Ihre Königliche Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark übernahm 2005 die Rolle der Schirmherrin des WHO-Regionalbüros für Europa. Im Rahmen ihres Einsatzes für die Arbeit des Regionalbüros sprach sich die Kronprinzessin in einer Erklärung zum Europäischen Antibiotikatag (EAAD) am 16. November 2012 für Maßnahmen gegen antimikrobielle Resistenzen aus. Die Kampagne des Regionalbüros richtete sich an die Verbraucher in der Europäischen Region, die aufgefordert wurden, sich verantwortungsvoll zu verhalten und Antibiotika nur auf ärztliche Verschreibung einzunehmen. Der EAAD ist eine vom ECDC koordinierte europäische Gesundheitsinitiative, der sich die WHO mit dem Ziel angeschlossen hat, sie auf alle Länder in der Europäischen Region auszuweiten. Der EAAD wurde von 43 Mitgliedstaaten in der Region begangen, von denen acht erstmals teilnahmen. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat ein Paket zur Bewusstseinsbildung entwickelt, es an alle WHO-Länderbüros in der Region verteilt und zusätzliche Informationen auf seiner themenbezogenen Seite für AMR veröffentlicht.

227. Seit der Annahme des Strategischen Aktionsplans der Europäischen Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen (EUR/RC61/14 und EUR/RC61/R6) im September 2011 hat das Sekretariat aktiv an mehreren nationalen und internationalen Seminaren, Konferenzen und Tagungen teilgenommen, die sich mit der Eindämmung antimikrobieller Resistenzen und mit dem Thema Bewusstseinsbildung befassten. Diese fanden in folgenden Ländern statt: Albanien, Belgien, Dänemark, Deutschland, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Estland, Frankreich, Kasachstan, Kroatien, Litauen, Niederlande, Österreich, Polen, Schweiz, Türkei, Ukraine, Usbekistan, Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten von Amerika. Die größte Herausforderung liegt in der Übersetzung der Sensibilisierungskampagne sowie des Materials zur Gesundheitsförderung und Aufklärung mit dem Ziel, die Informationen einer breiteren Öffentlichkeit in der gesamten Europäischen Region vor Augen zu führen.

228. Das Regionalbüro arbeitet mit einer zunehmenden Zahl von Instituten, Netzwerken und Initiativen sowie der Europäischen Kommission und ihren Fachbehörden (ECDC, Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) und Europäische Arzneimittelagentur (EMA)) sowie mit Organisationen der Vereinten Nationen wie der FAO zusammen. Zu den Partnerschaften gehören ein regelmäßiger Informationsaustausch, die Koordinierung von Aktivitäten und die Organisation gemeinsamer Missionen, Seminare und Schulungsangebote. Ein Beispiel für die Zusammenarbeit mit speziellen Netzwerken ist die unter der Schirmherrschaft des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks (SEEHN) begonnene Initiative zur Einrichtung des Zentrums für regionale Gesundheitskooperation im Bereich von Antibiotikaresistenzen am Nationalen Zentrum für Infektions- und Parasitenkrankheiten in Sofia (Bulgarien).

229. Belgien, Deutschland, die Niederlande, Südkorea und die Vereinigten Staaten unterstützen die Aktivitäten zur Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen sowohl finanziell als auch personell.

Der weitere Weg

230. Die Umsetzung des Strategischen Aktionsplans und die anschließende Erfolgskontrolle erfolgen in mehreren Schritten; dabei sollen Länderbewertungen durchgeführt, nationale Ausschüsse sowie nationale Aktions- und Zeitpläne unterstützt und Surveillance-Kapazitäten aufgebaut werden. Daneben wird das Regionalbüro darauf hinarbeiten, einen Überblick über die wichtigsten Trends in der Europäischen Region hinsichtlich des Verbrauchs antimikrobieller Mittel wie auch der antimikrobiellen Resistenzen zu erstellen, der als Grundlage für Interventionen auf nationaler und internationaler Ebene dienen soll. Um die Durchführung von Aktivitäten

und die Nachhaltigkeit auf der Ebene der Länder sicherzustellen, müssen für diese Arbeit im Zeitraum 2014–2015 zusätzliche Mittel bereitgestellt werden.

231. Die folgenden Länder haben um eine Bewertung im Bereich AMR ersucht: Albanien, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, die Ukraine und Usbekistan. Diese Bewertungen werden im Laufe des Jahres 2013 durchgeführt, und es werden praxisorientierte Seminare und Tagungen stattfinden, um die Übermittlung von Daten für die CAESAR-Datenbank vorzubereiten. Etwaige Folgeaktivitäten werden auf den im Rahmen der einzelstaatlichen Bewertungen abgegebenen Empfehlungen beruhen. Des Weiteren wird sich das Sekretariat gemeinsam mit WHO-Kooperationszentren und der ESCMID auf den Aufbau von Laborkapazitäten und externe Qualitätssicherung konzentrieren.

232. Im gesamten Verlauf des Jahres 2013 hat die WHO Surveillance-Netzwerke der Länder für den Verbrauch antimikrobieller Mittel unterstützt und wird diese Unterstützung auch weiterhin fortsetzen; die nächste Konsultation mit den Ländern zur Analyse von Daten aus dem Jahr 2013 ist für November 2013 geplant. Daten und Analysen zum Verbrauch antimikrobieller Mittel sollen spätestens Ende 2013 auf der Website der WHO veröffentlicht werden.

233. Das Regionalbüro wird weiterhin mit dem ECDC und anderen Partnern zusammenarbeiten, um den Mitgliedstaaten Material für den EAAD im November 2013 an die Hand zu geben.

Fazit

234. Die ersten beiden Jahre der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans standen im Zeichen der Abstimmung zwischen den maßgeblichen Programmen der WHO, der Schärfung des Bewusstseins für den Strategischen Aktionsplan auf Tagungen, Seminaren und Symposien, der Mobilisierung von Ko-Akteuren und des Aufbaus von Partnerschaften, der Entwicklung eines Projektplans und eines Handbuchs für AMR-Surveillance, der Einrichtung einer Datenbank für CAESAR, der Organisation von Seminaren über den Verbrauch antimikrobieller Mittel und über antimikrobielle Resistenzen, der Abstimmung der Arbeit mit dem ECDC, der Entwicklung und Verfeinerung von Instrumenten für die Bewertung der Länder und der Erprobung dieser Instrumente sowie der Entwicklung und Verbreitung von Material zur Bewusstseinsbildung durch WHO-Länderbüros im Hinblick auf den EAAD.

235. Dieses hohe Maß an Aktivität hat zur anhaltenden Wahrnehmung der Bedrohung durch AMR sowie zu der Aufmerksamkeit beigetragen, die ihr sowohl in den öffentlichen Gesundheitsdiensten als auch in den Medien zuteil wurde. In dem Maße, in dem die Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen voranschreitet, wird das Regionalbüro auch künftig die zuständigen Ressorts der Regierungen in den Mitgliedstaaten zur politischen Unterstützung, zur Bereitstellung von Ressourcen und zur Unterstützung der Arbeit der ressortübergreifenden Koordinierungsausschüsse auffordern.