



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

**Einundzwanzigster Ständiger Ausschuss
des Regionalkomitees für Europa**

Zweite Tagung

Floriana (Malta), 16.–17. Dezember 2013

EUR/RC63/SC(2)/REP
140006

25. Februar 2014

ORIGINAL: ENGLISCH

Bericht über die zweite Tagung (Entwurf)

Der beiliegende Entwurf des Berichts über die zweite Tagung des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa, die am 16. und 17. Dezember 2013 in Floriana (Malta) stattfand, wird den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses hiermit zur Annahme vorgelegt.

Inhalt

	Seite
Einführung.....	1
Eröffnung der Tagung durch den Vorsitzenden und die Regionaldirektorin	1
Bericht über die erste Tagung des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	2
Nachbereitung der 63. Tagung des Regionalkomitees (RC63): Auswertung und Prüfung von Maßnahmen des SCRC und des Sekretariats	2
Mandat der Arbeitsgruppen des SCRC	3
Arbeitsgruppe zur Umsetzung von Gesundheit 2020	3
Arbeitsgruppe zur Zuweisung flexibler Mittel.....	4
Arbeitsgruppe für Führungsfragen.....	5
Vorläufige Tagesordnung der 64. Tagung des Regionalkomitees	6
Umsetzung von Gesundheit 2020 im Zeitraum 2012–2014	6
Eine Gesundheitsinformationsstrategie für die Europäische Region.....	8
Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Kontext von Gesundheit 2020: Hochrangige Tagung zum fünften Jahrestag der Unterzeichnung der Charta von Tallinn. 9	
Investition in Kinder – mehr Gesundheit im gesamten Lebensverlauf: Eine Europäische Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und ein Aktionsplan zur Prävention der Misshandlung von Kindern.....	10
Aktionsplan für Impfstoffe (2014–2020) zur Bewältigung der Herausforderungen im Impfwesen in der Europäischen Region der WHO.....	11
Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region	12
Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa.....	12
Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2014–2020).....	13
Bericht des Sekretariats über Haushalts- und Finanzfragen.....	14
Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO	16
Sonstige Angelegenheiten	16
Gesundheit als Thema auf der Entwicklungsagenda nach 2015	16
Nicht besprochene Dokumente	18
Nationale fachliche Ansprechpersonen.....	18
Berichterstattung zu den Resolutionen	19
Nominierungen für das Amt des Vizepräsidenten der 67. Weltgesundheitsversammlung 19	
Abschluss der Tagung	19

Einführung

1. Der Einundzwanzigste Ständige Ausschuss des Regionalkomitees für Europa (SCRC) hielt am 16. und 17. Dezember 2013 im Hotel Grand Excelsior in Floriana (Malta) seine zweite Tagung ab.

Eröffnung der Tagung durch den Vorsitzenden und die Regionaldirektorin

2. Der Vorsitzende des 21. SCRC eröffnete die Tagung.

3. Die WHO-Regionaldirektorin für Europa, Zsuzsanna Jakab, teilte mit, ihre Eröffnungsansprache werde per Video-Stream übertragen, damit die nicht im Ausschuss vertretenen Mitgliedstaaten dennoch dessen Beratungen mitverfolgen könnten. Sie ermutigte sie, im Vorfeld der nächsten Tagung des 21. SCRC konkrete Fragen zu übermitteln, die sie in ihrer Eingangsansprache auf der betreffenden Tagung beantworten sollte. Die Regionaldirektorin erinnerte an die konstruktiven Ergebnisse der 63. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa (RC63) in Izmir (Türkei) sowie die Ergebnisse der fünf hochrangigen Konferenzen, die in Verbindung mit der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ stattgefunden haben. Sie erklärte, die für die 64. Tagung des Regionalkomitees (RC64) vorgesehenen zentralen Themen würden mit dem SCRC erörtert, nämlich: ein Bericht über die Fortschritte bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“; eine Europäische Strategie für Kinder und Jugendliche; ein Aktionsplan der Europäischen Region für Impfstoffe; ein Europäischer Aktionsplan für Nahrung und Ernährung; eine Gesundheitsinformationsstrategie; eine Länderstrategie; und eine Partnerschaftsstrategie.

4. Seit dem RC63 hätten drei maßgebliche Veranstaltungen stattgefunden. Die erste sei eine hochrangige Konferenz in Tallinn (Estland) anlässlich des fünften Jahrestages der Unterzeichnung der Charta von Tallinn gewesen, auf der die Fortschritte bei der Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, dem Abbau von Ungleichheiten und der Verbesserung von Transparenz und Rechenschaftslegung sowie Wege zur weiteren Stärkung der Gesundheitssysteme über das Jahr 2015 hinaus auf dem Programm gestanden hätten. Die zweite sei die Konferenz in Almaty (Kasachstan) anlässlich des 35. Jahrestages der Unterzeichnung der Erklärung von Alma-Ata gewesen, auf der Einigkeit darüber geherrscht habe, die Vision, Wertvorstellungen und Grundsätze der Erklärung voranzutreiben, sie gleichzeitig aber auch an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen. Auf der dritten maßgeblichen Veranstaltung, der Ministerkonferenz zum Thema nichtübertragbare Krankheiten in Aschgabat (Turkmenistan), sei die Verpflichtung eingegangen worden, die vollständige Umsetzung des Rahmenabkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs zu forcieren.

5. Als weitere bedeutsame Entwicklungen seien zu nennen: gemeinsame Tagungen mit der Europäischen Kommission und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) über die Bekämpfung von Masern, Röteln und Polio; die Präsentation des Berichts über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle; die Entwicklungsagenda nach 2015; die Stärkung des griechischen Gesundheitssystems durch ein von Griechenland und die Strukturfonds der EU gemeinsam finanziertes Beitragsabkommen; das Sonderprojekt der Regionaldirektorin über multiresistente Tuberkulose; Initiativen zur Prävention von Gewalt gegen Frauen; und zwei Lehrgänge. Ferner habe inzwischen der zweite Finanzierungsdialog stattgefunden, der sich die Erhöhung des Anteils der vorhersehbaren Finanzen auf 70% zu Beginn des Zweijahreszeitraums 2014–2015, eine Verbesserung der Abstimmung der Ressourcen im verabschiedeten Programmhaushalt und mehr Flexibilität bei der Finanzierung, eine Ausweitung des Kreises der Geber sowie eine

Erhöhung der Transparenz zum Ziel gesetzt habe. Die Regionaldirektorin berichtete, sie habe im Namen der Global Policy Group der WHO (GPG) eine neue, abgestimmte Strategie zur Mittelbeschaffung vorgelegt.

Bericht über die erste Tagung des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees

6. Der Bericht über die erste Tagung des 21. SCRC (Izmir, 19. September 2013) sei auf elektronischem Wege verteilt und angenommen worden.

Nachbereitung der 63. Tagung des Regionalkomitees (RC63): Auswertung und Prüfung von Maßnahmen des SCRC und des Sekretariats

7. Die Regionaldirektorin verwies auf das Dokument EUR/RC63/SC(2)/9 und erinnerte daran, dass die Türkei sich seinerzeit kurzfristig zur Ausrichtung des RC63 bereit erklärt habe. Sie hob hervor, es müsse darauf geachtet werden, dass Länder, die die Ausrichtung einer Tagung des Regionalkomitees anböten, sich in vollem Umfang über die finanziellen Konsequenzen eines solchen Angebots im Klaren seien und künftig nach einer entsprechenden Kostenkalkulation um schriftliche Bestätigung gebeten würden. Erst nach Eingang einer schriftlichen Bestätigung werde das Angebot in einer Resolution dem Regionalkomitee vorgelegt. Die Regionaldirektorin erklärte, die Resolutionsentwürfe und die kommentierte Tagesordnung für das RC64 würden noch vor der Tagung des SCRC im Mai verteilt, die allen Mitgliedstaaten offen stehe. Die Beteiligung von Mitgliedern des SCRC als Ansprechpartner habe sich als nützlich erwiesen. Deshalb sollten die Ansprechpersonen für die einzelnen Fachthemen auf der Tagesordnung künftig schon lange vor der Tagung im Mai bekannt gegeben werden, damit die Delegierten sich an sie wenden könnten. Um die Mittagessen der Minister effektiv zu gestalten, müssten die Themen sorgfältig ausgewählt werden, und die Minister müssten sowohl mündlich als auch schriftlich unterrichtet werden. Die Regionaldirektorin begrüßte die aktive Beteiligung der Gesundheitsattachés und bezeichnete die frühzeitige inhaltliche Einführung für die Ständigen Vertretungen beim Büro der Vereinten Nationen in Genf als hilfreich.

8. Die Regionaldirektorin hob zwei konkrete Punkte hervor, bei denen weiterer Handlungsbedarf herrsche. So wünschten sich die Mitgliedstaaten eine Klarstellung hinsichtlich des Verfahrens zur Erstellung der Liste der engeren Wahl unter den nominierten Vertretern für den Exekutivrat, den SCRC und die Tagungsleitung des Regionalkomitees. Außerdem sei die Einbeziehung der nichtstaatlichen Organisationen immer noch nicht optimal, und es werde geprüft, wie ihnen stärker Gehör verschafft werden könne. Die Arbeitsgruppe des SCRC über Führungsfragen werde gebeten, das Sekretariat bei der Forcierung dieser Themen zu unterstützen.

9. Einige Mitglieder vertraten die Ansicht, auf der Tagesordnung von Tagungen des Regionalkomitees würde Anliegen der nichtstaatlichen Organisationen nicht berücksichtigt. Ein Mitglied regte an, am Rande des Regionalkomitees ein Treffen mit Organisationen der Zivilgesellschaft zu veranstalten und deren Interventionen während der Tagung auf maximal drei pro Tagesordnungspunkt zu begrenzen.

10. Es herrschte allgemein die Auffassung, dass die Beteiligung der Minister verbessert werden könne. So solle von der Verlesung vorbereiteter Erklärungen abgeraten werden, da diese manchmal nicht themenrelevant seien. Vielmehr sollten die Minister schon lange vor den

Mittagsveranstaltungen und den Podiumsdiskussionen konkrete Themen erhalten und vom Sekretariat über diese informiert werden.

11. Es wurde darauf hingewiesen, dass nicht alle Mitgliedstaaten in ihren Ständigen Vertretungen in Genf Gesundheitsattachés ernannt hätten, sondern dass manche Mitarbeiter ein breites Spektrum von Themen (und nicht nur Gesundheit) abdeckten, sodass das Risiko einer ungleichen Beteiligung gegeben sei.

12. Die Regionaldirektorin dankte den Mitgliedern für ihre sachdienlichen Beiträge und freute sich auf weitere Beratungen über diese Themen, insbesondere die Einbeziehung nichtstaatlicher Organisationen und die Beteiligung von Ministern. Sie fügte hinzu, die Beteiligung von Gesundheitsattachés könne durch Bereitstellung klarer Vorabinformationen verbessert werden, doch dies könne kein Ersatz für eine Zusammenarbeit mit den Regierungen sein.

Mandat der Arbeitsgruppen des SCRC

Arbeitsgruppe zur Umsetzung von Gesundheit 2020

13. Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“, der in deren Namen das Wort ergriff, erklärte, mit ihrem Mandat solle gewährleistet werden, dass Partnerschaften mit Bildungseinrichtungen geschaffen und Kontakte mit anderen Arbeitsgruppen des SCRC unterhalten würden, insbesondere der Arbeitsgruppe für die Zuweisung flexibler Mittel. Die Berichterstattungsverfahren seien noch zu klären. Der Entwurf des Mandats für die Arbeitsgruppe wurde vorgestellt und wie folgt festgelegt:

14. Regelmäßige Bestandsaufnahme der Entwicklungen und Fortschritte bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und Ausarbeitung von Vorschlägen zu folgenden Fragestellungen zur Vorlage an den SCRC zwecks weiterer Beratung:

- Wie soll das Paket zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ durch Instrumente und bewährte Praktiken aus der Europäischen Region weiterentwickelt und aufgewertet werden?
- Mit welchen Strategien und Veranstaltungen könnte innerhalb der Europäischen Region verstärkt für die Umsetzung der Empfehlungen aus der Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und des Gesundheitsgefälles sensibilisiert werden?
- Welche integrierten Interventionen sind zur Realisierung der wichtigsten strategischen und konzeptionellen Säulen von „Gesundheit 2020“ (u. a. gesamtstaatliche Ansätze und Maßnahmen zur Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit und Maßnahmen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste und deren Kapazitäten) sinnvoll?
- Welche zusätzlichen Maßnahmen und Fristen sind auf der Grundlage der jüngsten Erfahrungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit erforderlich, um das Konzept für die öffentlichen Gesundheitsdienste in der Europäischen Region im Kontext von „Gesundheit 2020“ fertigzustellen?
- Wie können die Erfahrungen der Länder mit an „Gesundheit 2020“ orientierten gesundheitspolitischen Konzepten am wirksamsten verbreitet werden?
- Welche Strategien und Taktiken können bei Entwicklungen in Bezug auf andere Politikbereiche, subnationale staatliche Ebenen und andere Akteure (einschließlich nationaler und internationaler Organisationen der Zivilgesellschaft) angewandt werden?

- Wie verläuft die Arbeit an den Indikatoren für „Gesundheit 2020“?
- Welche Fortschritte sind bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und bei der Beobachtung der Indikatoren und Zielvorgaben zu verzeichnen?
- Inwiefern orientiert sich die Arbeit des Regionalbüros an „Gesundheit 2020“ bzw. fügt sich in diese ein? Wie steht es um die Verbreitung von Informationen auf Tagungen des Regionalkomitees und anderen Veranstaltungen auf Ebene der Region sowie auf nationaler und subnationaler Ebene?

15. Der Direktor der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden schlug vor, den Aufgabenbereich allgemein zu halten und die Prioritäten in jedem Jahr neu zu bestimmen. Die Arbeitsgruppe solle an den SCRC Bericht erstatten. Auf der ersten Sitzung der Arbeitsgruppe seien folgende vorrangige Themen von besonderer Bedeutung ermittelt worden: Umsetzung bereichsübergreifender Maßnahmen; Durchführung nationaler gesundheitspolitischer Konzepte; Stärkung der öffentlichen Gesundheit durch das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“; Förderung der Ausbildung multidisziplinärer Gesundheitsfachkräfte im Rahmen von „Gesundheit 2020“; und Straffung einer integrierten Überwachung und Berichterstattung zu allen Aspekten von „Gesundheit 2020“.

16. Einige Mitglieder merkten an, dass derartige Schulungen nicht nur für Praktiker im Bereich der öffentlichen Gesundheit, sondern auch für Professoren und Studierende in diesem Fachbereich angeboten werden sollten und dass es hier zwischen Ländern Austausch geben sollte. Darüber hinaus sollten die Kapazitäten auch durch Einrichtung dauerhafter nationaler Strukturen erweitert werden. Ein Mitglied regte an, die Arbeitsgruppe könne sich mit Herausforderungen und Chancen bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ auf der nationalen Ebene befassen.

17. Das Mandat der Arbeitsgruppe solle zeitlich begrenzt werden. Es liege auf der Hand, dass ihre Aufgabe nicht darin bestehe, das Regionalbüro in Fachfragen zu beraten, sondern dem SCRC in Bezug auf einige konkrete Fragestellungen in Verbindung mit der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sowie Möglichkeiten zur Mobilisierung der Bevölkerung für die Umsetzung der Strategie Bericht zu erstatten. Die Regionaldirektorin erinnerte daran, dass die Arbeitsgruppe nur über ein auf die Dauer der Amtszeit des 21. SCRC begrenztes Mandat verfüge und somit im Hinblick auf die Berichterstattung klare Ziele vor Augen haben müsse. Wenn auf diesem Gebiet weitere Untersuchungen erforderlich seien, so könne der nächste SCRC ein neues Mandat ausarbeiten und eine neue Arbeitsgruppe einsetzen. Es wurde beschlossen, dass sich die Arbeitsgruppe im Jahr 2014 auf die Einbindung anderer Politikbereiche wie auch der Zivilgesellschaft konzentrieren sollte, um gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Ansätze sowie den Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ zu fördern.

18. Das Mandat der Arbeitsgruppe wurde angenommen.

Arbeitsgruppe zur Zuweisung flexibler Mittel

19. Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe erklärte, ihr Mandat bestehe darin, eine kontinuierliche, stabile Zuteilung von Finanzmitteln für die Umsetzung des Allgemeinen Arbeitsprogramms zu gewährleisten. Zwar sei die Einrichtung einer globalen Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung einer neuen Methode für die strategische Mittelzuweisung verschoben worden, doch habe der 20. SCRC auf seiner vierten Tagung die Einsetzung einer Arbeitsgruppe beschlossen, die die Sichtweise der Europäischen Region zur Frage der Regeln für die Aufteilung des Haushalts nach Ebene und Kategorie darlegen sollte. Die wichtigsten Aufgaben der Arbeitsgruppe seien:

- Analyse gegenwärtiger und vergangener Trends von Einnahmen und Ausgaben des Regionalbüros in den vergangenen Zweijahreszeiträumen sowie seines Geschäftsmodells und dessen Auswirkungen auf die Mittelzuweisung und systembedingte finanzielle Herausforderungen;
 - Untersuchung der Problematik von „Armutinseln“ auf globaler Ebene und auf Ebene der Europäischen Region und Bestimmung von Maßnahmen zur Milderung bzw. Behebung des Problems;
 - Bestimmung möglicher Grundsätze und Mechanismen für die Mittelzuweisung, die auf der globalen Ebene angewandt werden könnten, auf der Grundlage dieser Untersuchung;
 - Untersuchung, auf welche Weise die Ergebnisse durch den SCRC an die Mitgliedstaaten oder regionalen Gruppen und schließlich an die globale Ebene weitergeleitet wurden (was sich schwierig gestalten dürfte);
 - Bestandsaufnahme der Fortschritte im globalen Planungsprozess für 2016–2017 unter Schwerpunktlegung auf der Rolle des Regionalkomitees im Planungs- bzw. Genehmigungszyklus;
 - regelmäßige Berichterstattung über diese Untersuchungen an den SCRC, der dann die Mitgliedstaaten unterrichten soll, und Abgabe von Empfehlungen an den SCRC, die in dessen Bericht an das RC64 einfließen sollen.
20. Das Mandat der Arbeitsgruppe wurde angenommen.

Arbeitsgruppe für Führungsfragen

21. Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe berichtete, ihr Mandat sei nach den Beratungen auf dem RC63 abgeändert worden. Es beinhalte nun folgende Aufgaben:
- Prüfung von Optionen für die Formulierung künftiger Resolutionen und Bewertung ihres strategischen Wertes, ihres Bezugs zur Strategie „Gesundheit 2020“ und zu den einschlägigen globalen Strategien, ihrer finanziellen und administrativen Auswirkungen und der mit ihnen verbundenen Berichterstattungspflichten und Fristen;
 - Prüfung von Notwendigkeit, Umfang und geeigneten Mitteln und Wegen für eine engere Einbeziehung der Mitgliedstaaten in die Arbeit des Regionalbüros und des SCRC, auch über ihre Ständigen Vertretungen;
 - Prüfung von Optionen für die Verbesserung des Nominierungsverfahrens (u. a. Listen der engeren Wahl für Führungspositionen, Mitglieder von Expertengruppen und Fachausschüssen und Ämter in leitenden Organen) mit dem Ziel, mehr Transparenz und eine ausgewogene Verteilung unter den subregionalen Ländergruppierungen herbeizuführen;
 - Prüfung von Methoden zur Verbesserung der Vorbereitungen der Mitgliedstaaten auf die Tagungen des Regionalkomitees und zur Ausweitung der Beteiligung nichtstaatlicher Akteure an den Tagungen unter gebührender Berücksichtigung der aktuellen globalen Diskussion;
 - Vorschlag etwaiger anderer aktuell werdender Themen mit Bezug zu Führungsfragen an den SCRC.
22. Das Mandat der Arbeitsgruppe wurde angenommen.
23. Der Vorsitzende erklärte, die Arbeitsgruppen würden aus Gründen der Kostenersparnis überwiegend per Telefonkonferenz oder durch andere Arten der Internetkommunikation tagen.

24. Die Regionaldirektorin wies darauf hin, dass Lettland seinen Rückzug aus der Arbeitsgruppe zur Zuweisung flexibler Mittel signalisiert habe. Bulgarien sei zur Mitwirkung in der Arbeitsgruppe zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ eingeladen worden, und die Republik Moldau werde sich an der Arbeitsgruppe zur Zuweisung flexibler Mittel beteiligen. Die Arbeitsgruppen würden im Januar 2014 am Wochenende vor der 134. Tagung des Exekutivrates und erneut im März 2014, am Tag vor der dritten Tagung des 21. SCRC, zusammentreten.

Vorläufige Tagesordnung der 64. Tagung des Regionalkomitees

25. Die Regionaldirektorin stellte die Dokumente EUR/RC63/SC(2)/13 und EUR/RC63/SC(2)/14 vor und erklärte, die Ergebnisse der anlässlich des 35. Jahrestages der Erklärung von Alma-Ata in Almaty (Kasachstan) abgehaltenen Tagung würden unter Tagesordnungspunkt 5 b) hinzukommen, falls dieses Thema auf der Weltgesundheitsversammlung erörtert werde. Die primäre Gesundheitsversorgung sei für die Europäische Region von besonderer Aktualität.

26. Der SCRC unterzog die für die Aufnahme auf die vorläufige Tagesordnung des RC64 in Frage kommenden Themen einer ersten Prüfung und untersuchte insbesondere die Verteilung der Themen über die Woche und die jeweils dafür angesetzte Zeit. Ein Mitglied merkte an, dass es 2013 zu viele hochrangige Konferenzen gegeben habe, die alle zu Erklärungen geführt und weiteren Handlungsbedarf für das Regionalkomitee nach sich gezogen hätten. Es wurde angeregt, die Ergebnisse der Konferenz von Tallinn (Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Kontext von Gesundheit 2020) vom 17. und 18. Oktober 2013 im Rahmen einer Fachinformationssitzung und nicht in einer Sondersitzung zu erörtern. Der SCRC war der Ansicht, es würden zu viele neue „Strategien“ geplant. Deshalb wurde angeregt, eine klare Hierarchie zwischen „Rahmenkonzepten“, „Aktionsplänen“ und „Strategien“ festzulegen. Die Mitglieder baten um mehr Zeit für die Diskussion über die Reformen, für die Wahlen und Nominierungen und für den Tagesordnungspunkt über Investition in die Zukunft der Kinder.

27. Die Regionaldirektorin erwiderte auf diese Beiträge, der zeitliche Rahmen für diese Themen auf dem RC64 werde weitgehend durch die Diskussionen über die WHO-Reform im Exekutivrat und auf der Weltgesundheitsversammlung bestimmt. Sie erinnerte daran, dass der Dienstag der Tag der Minister sei. Die große Anzahl der hochrangigen Konferenzen im Jahr 2013 sei durch die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ bedingt. In der zweiten Jahreshälfte 2014 werde eventuell eine hochrangige Konferenz zum Thema öffentliche Gesundheit stattfinden. In Bezug auf die Hierarchie von Grundsatzdokumenten schlug sie vor, für die nächste Tagung des SCRC ein entsprechendes Papier vorzubereiten; die genaue Fragestellung könne von der Arbeitsgruppe für Führungsfragen erörtert werden. Um die Vorlage einer Partnerschaftsstrategie sei bereits vom RC60 gebeten worden; dieses Vorhaben sei jedoch im Hinblick auf eine Abstimmung mit der WHO-Reform verschoben worden. Die vom RC62 geforderte Länderstrategie müsse im Einklang mit der in der Entwicklung befindlichen globalen Strategie stehen, die im März 2014 der GPG vorgelegt werden solle.

28. Der Vorsitzende des SCRC bat die Mitglieder, noch vor der Tagung im März über eine mögliche Rolle als Ansprechperson für einen der Tagesordnungspunkte des RC64 nachzudenken.

Umsetzung von Gesundheit 2020 im Zeitraum 2012–2014

29. Der Direktor der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden stellte das Dokument EUR/RC63/SC(2)/5 vor, in dem eine Struktur für den Fortschrittsbericht an das RC64 über die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ vorgeschlagen werde.

30. Die Mitglieder waren der Ansicht, der Bericht solle sich weitgehend auf die eigentliche Umsetzung konzentrieren, da die Infrastruktur mittlerweile vorhanden sei. Er solle die Antworten des Sekretariats auf Ersuchen der Länder um eine Verbesserung der ressortübergreifenden Politiksteuerung und der Steuerung der Gesundheitssysteme darstellen. Er solle den Nachweis für eine ordnungsgemäße Anwendung der Strategie durch die Mitgliedstaaten erbringen und aufzeigen, inwiefern sich dies auf die Organisation des Regionalbüros und auf die Mittelzuweisung auswirken werde. Ferner solle aus dem Bericht hervorgehen, wie die Fortschritte bei der Umsetzung evaluiert würden, etwa im Hinblick auf die Ziele und Indikatoren. Ein Mitglied wies darauf hin, dass die Zielvorgaben für Wohlbefinden fehlten.

31. Ein anderes Mitglied unterstrich die Bedeutung einer dauerhaften Unterstützung für die Länder beim Ausbau ihrer institutionellen Kapazitäten, insbesondere mit Blick auf die Rechenschaftslegung durch Entscheidungsträger und die Annahme rechtsverbindlicher Instrumente. Es sollten konkrete Beispiele von Interventionen zur Bewusstseinsbildung gegeben werden. Außerdem müsse darauf geachtet werden, dass „Gesundheit 2020“ als ein Instrument erkannt werde, das nicht nur zur Gesundheitsförderung dient, sondern das gesamte Gesundheitssystem einschließlich der Bereiche Krankheitsprävention und Pflege umfasst.

32. Der Direktor der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden erläuterte, die meisten Bitten um Unterstützung bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ stammten von Ländern, die zweijährige Kooperationsvereinbarungen mit dem Regionalbüro haben. Die Indikatoren und Zielvorgaben für die Erfolgskontrolle würden immer noch verfeinert, und es würden anschauliche Beispiele für gute Praxis gesammelt, u. a. in Form von Fallstudien. Im Hinblick auf den Kapazitätsaufbau biete das Regionalbüro Instrumente und Erfahrungen aus anderen Bereichen an, während die Länder eigene, dauerhaftere Maßnahmen vorbereiteten. Auf eine Nachfrage zu den Qualifikationen der vorgeschlagenen Gruppe akkreditierter Berater antwortete der Direktor, dass es sich dabei um vom Regionalbüro ausgewählte hochrangige Fachberater mit internationalem Profil sowie entsprechender Kompetenz und Erfahrung handle; hierzu seien Vorschläge seitens des SCRC willkommen. Bisher seien etwa 45 Kandidaten ausgewählt worden, die in Bezug auf alle Aspekte von „Gesundheit 2020“ geschult würden. Die Arbeitsweise des Regionalbüros habe sich im Zuge der Abstimmung auf die Erfordernisse von „Gesundheit 2020“ in erheblichem Maße verändert. Auf eine Frage in Bezug auf Netzwerke kleinerer Mitgliedstaaten erwiderte er, eine solche Gruppierung könne insofern nützlich sein, als die beteiligten Länder so eine gemeinsame Plattform für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ aufbauen könnten.

33. Die Regionaldirektorin fügte hinzu, die strategische Planung für den kommenden Zweijahreszeitraum lehne sich eng an „Gesundheit 2020“ an. Sie unterstrich die Bedeutung des Aufbaus personeller Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und in anderen Gesundheitsberufen innerhalb geeigneter organisatorischer Strukturen, aber auch die Notwendigkeit gesetzlicher Vorschriften zur Gewährleistung der Dauerhaftigkeit des staatlichen Engagements. Das Regionalbüro unterstütze Länder, die dies wünschten, und werde Anregungen zu der Frage begrüßen, wie andere Mitgliedstaaten erreicht werden können.

34. Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation berichtete von einer gemeinsamen Fachtagung über Ziele und Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden im Kontext von „Gesundheit 2020“, die im Februar 2013 beim Regionalbüro stattgefunden habe. Die Gruppe habe die Lebenszufriedenheit als den zentralen Indikator für subjektives Wohlbefinden erkannt. Ein Großteil der Informationen, auf die sich die Schlussfolgerungen der Gruppe stützten, stamme aus Untersuchungen aus der EU im Jahr 2010. Inzwischen werde an der Aktualisierung der Informationen gearbeitet, und es werde eine Ausdehnung in Länder außerhalb der EU angestrebt.

35. Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit schilderte zwei laufende Initiativen zur Stärkung der Kapazitäten in den Ländern: die unter der Führung des Verbands der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region stehende Arbeitsgruppe zur Zukunft der öffentlichen Gesundheitsdienste (im Rahmen des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit) und die grundlegende Veränderung und Intensivierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften nach Maßgabe von „Gesundheit 2020“ unter Zusammenführung der Bereiche Gesundheit, Wissenschaft und Bildung, um die Gesundheitsberufe besser auf die Zukunft vorzubereiten.

Eine Gesundheitsinformationsstrategie für die Europäische Region

36. Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation stellte das in Dokument EUR/RC63/SC(2)/5 enthaltene Konzeptpapier vor, in dem die geplante Strategie erläutert wird. Eine solche Strategie sei erforderlich, um den in „Gesundheit 2020“ festgelegten umfassenden Berichtspflichten zu genügen und die Berichterstattung über Gesundheitsinformationen an eine Vielzahl von Organisationen zu vereinheitlichen. Die Mitgliedstaaten verfügten über unterschiedliche Kapazitäten für die Erfassung und Nutzung von Gesundheitsinformationen, und die Mittel für solche Maßnahmen seien angesichts der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation begrenzt. Durch die Resolution WHA60.27 habe das Regionalbüro ein eindeutiges Mandat zur Stärkung der Gesundheitsinformationssysteme erhalten. Das Strategiedokument werde eine Vielzahl von Hintergrundinformationen enthalten, u. a. zu den berücksichtigten Bereichen, den Definitionen, dem Zweck und dem Inhalt, den Aufgaben des Regionalbüros und der Mitgliedstaaten sowie den institutionellen, rechtlichen, fachlichen und haushaltsmäßigen Elementen, den finanziellen Rahmenbedingungen und den Partnerschaften. Die wichtigsten Aktionsbereiche der Strategie seien Erhebung, Analyse und Auswertung von Daten und eine evidenzgeleitete Politikgestaltung. Der SCRC wurde aufgefordert, auf etwaige fehlende Elemente aufmerksam zu machen und zu der Frage Stellung zu nehmen, ob die Strategie stärker präskriptiven Charakter haben solle, ob sie von einem konkreten Aktionsplan begleitet oder später durch einen solchen ergänzt werden solle und ob konkrete Zielvorgaben festgelegt werden sollten, die zu verfolgen und nachträglich zu evaluieren seien. Weitere Impulse solle eine breit angelegte Konsultation mit den Mitgliedstaaten liefern.

37. Ein Mitglied vertrat die Auffassung, es sei weder eine „Strategie“ noch ein „Aktionsplan“ erforderlich, da der zentrale Auftrag der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation darin bestehe, den Mitgliedstaaten sachdienliche Informationen über die Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme an die Hand zu geben. Das Dokument solle lediglich darüber Aufschluss geben, wie die Abteilung ihren Auftrag erfülle.

38. Die Mitglieder waren allgemein der Ansicht, das Dokument solle eher präskriptiven als deskriptiven Charakter haben und auch über Ergebnisse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen berichten. Alle Definitionen sollten mit den von Eurostat, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und anderen internationalen Organisationen verwendeten abgestimmt werden. Die Zielsetzung des Dokuments müsse darin bestehen, die für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ nötigen Informationen zu gewinnen. Durch die Vereinheitlichung solle gewährleistet werden, dass jedes Land die erforderlichen Informationen in einem standardisierten Format erhebe. In diesem Zusammenhang wurde auch die Notwendigkeit eines integrierten Konzeptes für Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung unterstrichen. Das System solle Anleitung dazu geben, wie Daten in konkrete politische Handlungskonzepte umgesetzt und statistisch korrekt analysiert werden sollen. Da der Informationsbedarf der Länder unterschiedlich sei, müsse das System in der Lage sein, alle erforderlichen Daten zu berücksichtigen. Wünschenswert seien auch Informationen über vorbildliche Praktiken sowie zum Thema eGesundheit.

39. Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation erwiderte, das vollständige Dokument werde sich mit vielen der genannten Themen befassen. Die Arbeiten zur Vereinheitlichung von Standards, Definitionen und Indikatoren seien bereits im Gange, und es seien 20 Indikatoren benannt worden, die sich vereinheitlichen ließen. Eine erhebliche Herausforderung bestehe darin, die Berichterstattung in den Mitgliedstaaten, die nicht der EU angehören, zu vereinheitlichen.

40. Die Regionaldirektorin schlug vor, auf der nächsten Tagung des SCRC eine Entscheidung über die Gestaltung des Dokuments zu treffen. Die Zusammenarbeit werde auf andere Partner wie etwa den Rat der Gemeinschaft unabhängiger Staaten ausgeweitet werden.

Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Kontext von Gesundheit 2020: Hochrangige Tagung zum fünften Jahrestag der Unterzeichnung der Charta von Tallinn

41. Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit stellte das Dokument EUR/RC63/SC(2)/12 vor. Er erklärte, dass die Mitgliedstaaten zu Zeiten einer Finanzkrise Mittel für ein akutes Krisenmanagement in Form von Kostensenkungsmaßnahmen (Generika, Investitionsabbau) benötigten, gleichzeitig aber auch die Chance zu grundlegenden Veränderungen in den Gesundheitssystemen ergreifen müssten; dies betreffe die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung, die Förderung der öffentlichen Gesundheit für eine wirksamere Prävention und Bekämpfung übertragbarer wie nichtübertragbarer Krankheiten und das Ziel einer allgemeinen Gesundheitsversorgung.

42. Die Mitglieder stimmten der Einrichtung einer Kerngruppe zu, die der Abteilung bei der Beobachtung von Fortschritten in der Umsetzung der Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn sowie bei der Ausarbeitung des abschließenden Berichts im Jahr 2015 behilflich sein solle; allerdings war ein Mitglied der Ansicht, die vorhandenen Ansprechpersonen könnten diese Aufgabe übernehmen. Ein Mitglied vertrat die Auffassung, die Stärkung der Gesundheitssysteme sei ein Bestandteil der WHO-Reform, und warf die Frage auf, ob hierzu noch eine Resolution erforderlich sei.

43. Ein anderes Mitglied regte an, die Weiterverfolgung der Charta von Tallinn als operativen Rahmen für die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele, aber auch im Hinblick auf die Strategie für die Zeit nach 2015 heranzuziehen. Er stellte fest, dass die Messung von Fortschritten bei der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung noch erforscht werden müsse, versprach jedoch seine uneingeschränkte Unterstützung in dieser Frage.

44. Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit erläuterte, dass im Einklang mit dem globalen Aktionsplan ein operatives Konzept für die allgemeine Gesundheitsversorgung für die Europäische Region in Entwicklung sei. Dieses sei auf folgenden Säulen begründet: Gesundheitsfinanzierung; Festlegung von Bezugspunkten; und bürgernahe Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung.

45. Die Regionaldirektorin kündigte an, diese Thematik werde auf dem RC64 nur im Rahmen einer Fachinformationssitzung behandelt, auf dem RC65 jedoch einen separaten Tagesordnungspunkt bilden. Die Berichterstattung über Fortschritte in fünfjährigen Abständen sei obligatorisch. In Verbindung mit „Gesundheit 2020“ sei eine neue Resolution erforderlich, die das weitere Vorgehen bei der Stärkung der Gesundheitssysteme im Zeitraum von 2015 bis 2020 zum Gegenstand habe.

Investition in Kinder – mehr Gesundheit im gesamten Lebensverlauf: Eine Europäische Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und ein Aktionsplan zur Prävention der Misshandlung von Kindern

46. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf stellte das Dokument EUR/RC63/SC(2)/8 vor, das eine Strategie beinhalte, die an Stelle der bisherigen Strategie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen treten solle. Er hob hervor, dass es bei den Säuglingssterblichkeitsraten innerhalb der Europäischen Region wie auch in den Ländern beträchtliche Unterschiede gebe. Das frühe Kindesalter sei besonders wichtig für die Gesundheit in späteren Lebensphasen. Deshalb werde ein Lebensverlaufansatz vorgeschlagen, der auch Aspekte wie Rauchen, Drogenkonsum und Adipositas beinhalte. Die drei vorgeschlagenen strategischen Bereiche seien stärker operativ ausgerichtet als in dem vorangegangenen Aktionsplan. Ein inhaltlicher Schwerpunkt der Strategie liege auf der Kindesmisshandlung, da einschlägige Untersuchungen ergeben hätten, dass etwa 18 Mio. Kinder irgendwann vor ihrem 18. Geburtstag Misshandlung erlebt haben. Die Strategie werde daher zusammen mit einem kurzen Aktionsplan zur Prävention der Kindesmisshandlung präsentiert. Der SCRC werde gebeten, zu dem Vorschlag einschließlich der Verknüpfungen zu den MZ, aber auch zu der Frage Stellung zu nehmen, ob er zu einem Punkt auf der Tagesordnung des RC64 gemacht werden solle.

47. Einige Mitglieder merkten an, die vorgeschlagenen Interventionen und Untersuchungen sollten auf Kinder aller Altersgruppen abzielen und die Strategie müsse auch die Aspekte Suizidprävention, Gesundheitskompetenz, soziale Determinanten, bereichsübergreifende Angebote und Marginalisierung (die zu psychischen Gesundheitsproblemen führen könne) einbeziehen. Es sei unbedingt erforderlich, Kinder wie Familien zur Beteiligung an der Gestaltung der Strategie zu befähigen und sie nicht nur als reine Studienobjekte anzusehen. Das strategische Handlungsfeld 1 diene dazu, die Situation zu analysieren und konkrete Maßnahmen vorzuschlagen. Das strategische Handlungsfeld 2 ziele auf besonders gefährdete Gruppen und auf die Bedeutung der Umwelt ab, in der die Kinder aufwachsen, und schließe das Wohlbefinden der Eltern ein. Es gelte Probleme frühzeitig zu erkennen und ggf. zügig einzugreifen. In Bezug auf die Prävention von Kindesmisshandlung müssten all jene sensibilisiert werden, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. So müsse Krankenhauspersonal darin geschult werden, alle denkbaren Anzeichen für Misshandlung zu erkennen, nicht erst ein Schädeltrauma. Ein Mitglied bat um Klarstellung in Bezug auf die in der Strategie erwähnte „Rendite“ für Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

48. Ein anderes Mitglied vertrat die Ansicht, dass die Thematik unbestreitbar unter die Millenniums-Entwicklungsziele falle. Die Strategie könne als Modell für die sektorübergreifende Zusammenarbeit bei der Übertragung von Verantwortung für Gesundheit auf die jeweils Betroffenen dienen. Ein anderes Mitglied sagte, dass die Ausarbeitung einer Strategie für Kinder wie auch Jugendliche sich schwierig gestalten dürfte, da ihre Probleme jeweils unterschiedlicher Art seien. Jugendliche müssten dazu befähigt werden, auf ihre Gesundheit zu achten, etwa mit Hilfe von Gleichaltrigen. Alle Bereiche der Gesellschaft müssten in die Politikgestaltung einbezogen werden, also auch Familien sowie Sozial-, Sport- und Kultureinrichtungen.

49. Ein Mitglied bat um einen Bericht über die Ergebnisse der bisherigen Strategie und um Formulierung von Zielen für die neue Strategie.

50. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf räumte ein, dass ein bereichsübergreifender Ansatz erforderlich sei. Er werde auf der nächsten Tagung des SCRC eine Reihe von Zielen vorschlagen. Die Problematik der Misshandlung sei gewählt worden, da sie hinreichend dokumentiert sei. Um zu vermeiden, dass sie die gesamte Strategie

„überschatte“, schlage er vor, sie separat von dieser zu präsentieren: als Veranschaulichung der Auswirkungen der Umsetzung der Strategie in der Praxis. Auf eine Nachfrage nach einer möglichen Überschneidung mit der Arbeit des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) erwiderte er, die Vereinten Nationen, die Zivilgesellschaft und andere Akteure würden in die Strategie einbezogen.

51. Ein Mitglied gab zu bedenken, dass bei einer Verwendung der Bekämpfung von Misshandlung als Beispiel für die Verbesserung der Gesundheit von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen zwei Gruppen von Indikatoren benötigt würden: eine speziell für den Bereich Misshandlung und die andere, um zu bestimmen, welche Aktivitäten effektiv und auf andere Bereiche übertragbar seien.

Aktionsplan für Impfstoffe (2014–2020) zur Bewältigung der Herausforderungen im Impfwesen in der Europäischen Region der WHO

52. Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt fasste den Inhalt des Dokuments EUR/RC63/SC(2)/10 mit seinen fünf strategischen Zielen zusammen.

53. Einige Mitglieder vertraten die Auffassung, die in der Region gegenwärtig verbreitete Tendenz, Impfungen abzulehnen, sei der Einführung neuer Impfstoffe nicht zuträglich, wie unter dem strategischen Ziel 2 erläutert. Ein Mitglied stellte in Frage, ob es zu den Aufgaben der WHO gehöre, für die Einführung neuer Impfstoffe zu sorgen oder den zuständigen Entscheidungsträgern einschlägige Evidenz an die Hand zu geben. Die Einführung neuer Impfstoffe sei mit finanziellen Konsequenzen für die nationalen Impfprogramme verbunden, und bei den Entscheidungsprozessen sollten Kosten-Nutzen-Analysen herangezogen werden. Ein echtes Problem liege darin, bestimmte schwer zugängliche Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die nur über einen unzureichenden Impfschutz verfügten. Zwar sei der Durchimpfungsgrad in der Region generell hoch, doch seien sich bestimmte Gruppen des Werts von Impfmaßnahmen nicht bewusst. Ein Mitglied wies darauf hin, dass die nationalen Impfpläne der Mitgliedstaaten in der Region sich voneinander unterschieden. In der Strategie müsse klar auf gefährdete Gruppen wie Migranten Bezug genommen und auf erforderliche Maßnahmen in den nationalen Programmen hingewiesen werden. Ein Mitglied regte eine Zusammenarbeit mit dem ECDC in Bezug auf Planung und Berichterstattung an. Ein anderes Mitglied schlug vor, die Beobachtung unerwünschter Folgeereignisse nach Impfungen zu verstärken, um etwaige Nebenwirkungen von Impfstoffen frühzeitig erkennen zu können; dies könne evtl. mit Beteiligung von Allgemeinärzten geschehen.

54. Es würden noch nähere Informationen über die Risikowahrnehmung in der Gesellschaft wie auch in den Gesundheitsberufen in Bezug auf Impfmaßnahmen benötigt. So müsse der Nutzen von Impfungen wirksamer vermittelt werden, und auch Gesundheitsfachkräfte wie Pflegekräfte und Hebammen müssten besser über Impfstoffe informiert werden. Ein Mitglied merkte an, dass durch eine Darstellung von Impfungen als ein „Recht“ die Mitgliedstaaten wohl in die Pflicht genommen würden, was finanzielle Konsequenzen haben könne.

55. Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt antwortete, die Beiträge des SCRC würden in der nächsten Version des Dokuments gebührend berücksichtigt, und es werde verstärkt angestrebt, schwer erreichbare Gruppen zu erreichen und auch an die Impfgegner heranzutreten. Er unterstrich, dass für alle neuen Impfstoffe Kosten-Nutzen-Analysen auf der globalen Ebene durchgeführt würden und dass der Entscheidungsprozess für die Einführung neuer Impfstoffe einen Grundsatzdialog mit Berücksichtigung der jeweiligen nationalen Rahmenbedingungen erfordere.

Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region

56. Die Exekutivbeauftragte für strategische Partnerschaften und Mittelbeschaffung fasste den Inhalt des Dokuments EUR/RC63/SC(2)/7 zusammen.

57. Ein Mitglied vertrat die Ansicht, bewährte Gremien wie der Rat der Gemeinschaft unabhängiger Staaten könnten in stärkerem Maße einbezogen werden; außerdem müssten Veränderungen an der Struktur der Eurasischen Wirtschaftsgemeinschaft berücksichtigt werden. Andere Mitglieder unterstrichen, die Gliederung des Dokuments solle in vollem Umfang an die globale Diskussion über Partnerschaften angepasst werden. Es sei unbedingt zu vermeiden, der Diskussion im Exekutivrat über die Rolle nichtstaatlicher Akteure vorzugreifen; deshalb müsse geklärt werden, ob die Thematik auf dem RC64 oder dem RC65 auf die Tagesordnung komme. Der Beitrag eines jeden Partners zur Förderung der öffentlichen Gesundheit müsse das Hauptkriterium für das Eingehen von Partnerschaften sein.

58. Die Exekutivbeauftragte für strategische Partnerschaften und Mittelbeschaffung erläuterte, die Zielsetzung des Berichts an den RC64 liege darin, bestehende Beziehungen mit Partnerorganisationen und nichtstaatlichen Organisationen zu beschreiben. Die Regionaldirektorin schlug vor, die Arbeit an dem Dokument fortzusetzen und dieses auf der Tagung des SCRC im März erneut zu erörtern.

Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa

59. Die Exekutivbeauftragte für Beziehungen zu den Ländern und Öffentlichkeitsarbeit stellte das Dokument EUR/RC63/SC(2)/11 vor und erinnerte die Mitglieder daran, welche Bitten in Resolution EUR/RC62/R7 an die Regionaldirektorin gerichtet worden seien. Mit Beteiligung des Regionalbüros werde eine globale Länderstrategie ausgearbeitet, und die Länderstrategie der Europäischen Region werde sich eng an diese anlehnen. Sie bat um Stellungnahme zu dem vorgestellten Konzeptpapier und fragte, ob die Struktur der geplanten Strategie akzeptabel sei bzw. ob und ggf. wie sie dem Regionalkomitee vorgelegt werden solle, obwohl die globale Strategie noch nicht fertiggestellt sei.

60. Die Mitglieder waren der Ansicht, die Strategie müsse für alle 53 Mitgliedstaaten sinnvoll sein und daher flexibel an eine Vielzahl unterschiedlicher Gesundheitssysteme anpassbar sein. Die Aufgabe des Regionalbüros bestehe darin, konzeptionelle und fachliche Unterstützung bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ zu leisten und die Kapazitäten der Länder im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu erhöhen. In der WHO-Reform sei eine Stärkung der Rolle der Länderbüros vorgesehen, und dieser Aspekt solle in einem Konzeptpapier festgehalten werden, in dem auch zur Sprache komme, dass sie geschlossen werden könnten, falls sie nicht mehr erforderlich seien. Ein weiterer wichtiger Bereich sei die Rolle der Kooperationszentren. Ferner gelte es die Stärken und Schwächen der Länder-Kooperationsstrategien systematisch zu untersuchen.

61. Mehrere Mitglieder waren der Meinung, die Strategie sei noch nicht ausgereift genug, um dem RC64 vorgelegt zu werden. Ein Mitglied sagte, die Erfahrungen der großen Vielfalt von Ländern in der Europäischen Region könnten der globalen Strategie nützliche zusätzliche Impulse geben. Es sei wünschenswert, eine Analyse der Fälle durchzuführen, in denen ein Länderbüro eröffnet oder bei Wegfall der Notwendigkeit geschlossen oder in denen die Präsenz der WHO in einem Land verstärkt oder reduziert wird. Länder mit WHO-Büros könnten mit jenen Ländern interagieren, die über Beobachtungssysteme verfügten, und die Daten für politische Entscheidungen zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ heranziehen. In den Länder-Kooperationsstrategien könnten die Prioritäten eines jeden Landes trotz etwaiger Regierungswechsel für drei bis sechs Jahre beibehalten werden.

62. Die Exekutivbeauftragte für Beziehungen zu den Ländern und Öffentlichkeitsarbeit unterstrich die Bedeutung des Konzeptes „Eine WHO“ auf der globalen Ebene wie auch der Ebene der Regionen und der Länder. Durch eine Präsenz der WHO in den Ländern könnten die Prioritäten der Länder wie auch externer Akteure auch nach etwaigen Regierungswechseln beibehalten werden. Die Länder-Kooperationsstrategien würden von Vertretern der WHO und von den Leitern der Länderbüros federführend umgesetzt. Dort, wo es kein Länderbüro gebe, könnten die nationalen Anlaufstellen die Führungsrolle übernehmen. Vertreter der WHO würden darin geschult, Länder-Kooperationsstrategien auszuarbeiten, die bis 2016 für jedes Land in der Region vorliegen sollten, das dies wünsche. Für die Eröffnung und Schließung von Länderbüros würden im Rahmen der globalen Länderstrategie Kriterien entwickelt und später in die Strategie für die Europäische Region einbezogen.

63. Die Regionaldirektorin fügte hinzu, die Eröffnung von Länderbüros und die Festlegung ihres Aufgabenbereichs erfolgten stets auf der Grundlage bilateraler Beschlüsse. Länder ohne Länderbüros erhielten Unterstützung vom Regionalbüro und dessen ausgelagerten Fachzentren. Von den insgesamt 29 Länderbüros in der Europäischen Region seien sieben groß und verfügten über ausreichende fachliche Kapazitäten. Dennoch wolle sie die kleineren Büros nur ungern schließen, da die Länder sie nützlich fänden. Auch sei der Kostenaufwand für ihren Betrieb nicht allzu hoch, da sie mit nationalen Bediensteten besetzt seien. Die Regionaldirektorin teilte ferner mit, dass die globale Länderstrategie auf der Tagung der GPG im März im Rahmen der vereinbarten WHO-Reform erörtert werde.

Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2014–2020)

64. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf erklärte bei der Vorstellung des Dokuments EUR/RC63/SC(2)/18, die Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 beinhalte bahnbrechende Grundsätze, die als Grundlage für den Aktionsplan Nahrung und Ernährung dienen könnten. Das Thema Bewegung werde Gegenstand eines separaten Plans sein, der dem RC65 vorgelegt werden solle.

65. Die Mitglieder äußerten sich zu den im Dokument benutzten Begriffen und schlugen vor, die Begriffe Gesundheitsförderung, Interessenkonflikte und wissenschaftliche Unabhängigkeit hinzuzufügen. Sie baten um eine Liste konkreter Ziele, einen Zeitplan für die Umsetzung des Aktionsplans mit einem sektorübergreifenden Ansatz sowie Zielvorgaben und Indikatoren. Es sei darauf zu achten, dass Überschneidungen mit dem bereits vorhandenen Aktionsplan gegen nichtübertragbare Krankheiten vermieden würden. Ein Mitglied erinnerte daran, dass der Exekutivrat sich mit der heiklen Thematik der Einbeziehung der Industrie befassen werde. Ferner würden auf einer gemeinsamen Konferenz mit der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen im Jahr 2015 Empfehlungen zur Einbeziehung der Industrie ausgearbeitet, die dann sorgfältig zu prüfen seien.

66. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf bedankte sich bei den Mitgliedern für ihre konstruktiven Beiträge und versprach, diese in dem Dokument zu berücksichtigen. Im globalen Aktionsplan und im Aktionsplan der Europäischen Region gegen nichtübertragbare Krankheiten, aber auch in „Gesundheit 2020“ seien bereits Zielvorgaben und Indikatoren festgelegt worden, und es würden Verknüpfungen mit vorhandenen Programmen hergestellt. Im Vorfeld des RC64 seien mehrere Konsultationen mit dem Ziel der Überarbeitung des Dokuments vorgesehen.

Bericht des Sekretariats über Haushalts- und Finanzfragen

67. Der Leiter der Sektion Programm- und Ressourcen-Management stellte das Dokument EUR/RC63/SC(2)/15 mit aktuellen Zahlen und Trends vor. Die Eckpunkte waren:

- eine fast vollständige Finanzierung des Haushalts des Regionalbüros in Bezug auf das von der Weltgesundheitsversammlung genehmigte Haushaltsniveau für den Zeitraum 2012–2013; dabei jedoch Fortbestehen einiger hartnäckiger „Armutinseln“ in einzelnen Programmen;
- Erfüllung der geplanten Resultate für die Region zu 91% für den Zeitraum 2012–2013; und
- Umsetzung von 90% der verfügbaren Mittel für die Basisprogramme im Zeitraum 2012–2013.

68. Die wichtigsten Veränderungen im globalen Haushalt 2014–2015 seien durch die im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm und im Programmhaushalt 2014–2015 vorgegebene neue Ergebniskette bedingt, aber auch durch das Fehlen der Zustimmung der Weltgesundheitsversammlung zur Zuweisung von ordentlichen Beiträgen für den Zeitraum 2014–2015. Stattdessen seien übergeordnete „Finanzrahmen“ nach Kategorie und Büro eingeführt worden.

69. Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen berichtete über den Ausgang des Finanzierungsdialogs im November 2013 mit Blick auf die Finanzierung der verbleibenden 25% des Programmhaushalts. Demnach werde während des gesamten Zweijahreszeitraums 2014–2015 eine gezielte und koordinierte organisationsweite Mittelbeschaffung benötigt. Zwar könne der Programmhaushalt theoretisch vollständig aus ordentlichen und flexiblen Beiträgen bestritten werden, wobei ein Teil der freiwilligen Beiträge zweckgebunden sei, doch die Realität sehe anders aus. So hätten die drei größten Geber erklärt, sie würden auch in absehbarer Zeit weiter zweckgebundene Mittel zur Verfügung stellen. Die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung wolle nach eigener Aussage nur „bewährte“ Programme finanzieren. Die Finanzierungslücke für den Zeitraum 2014–2015 betrage 107,2 Mio. US-\$; nach Abzug der auf dem Zentralkonto für freiwillige Beiträge (CVCA) erwarteten 15,5 Mio. US-\$ blieben noch 91,7 Mio. US-\$, die binnen eines Jahres aufgebracht werden müssten. Darüber hinaus gebe es beträchtliche Unterschiede zwischen den Strategischen Zielen. So seien die Kategorien 1 und 2 am wenigsten gut finanziert, während die Kategorien 4, 5, 9 und 10 stark auf organisationseigene Mittel angewiesen seien. Für den Bereich Malaria würden mehr Finanzmittel als im Zeitraum 2012 – 2013 erwartet, für die Bereiche Influenza und impfpräventable Krankheiten dagegen weniger. Der Programmhaushalt 2016–2017 werde nach einem von der globalen Arbeitsgruppe entwickelten Ansatz ausgearbeitet. Dieser sehe eine Prioritätensetzung samt Kostenkalkulation nach einem Bottom-up-Verfahren (mit Erörterung der Prioritäten durch die Regionalkomitees), eine gewichtigere Rolle der Kategorie-Netzwerke (category networks) und eine gebührende Berücksichtigung der Lehren aus dem Programmhaushalt 2014–2015 vor. Doch es gebe eine Vielzahl ungelöster Fragen: Wie soll die Regionalbüro die Lücken füllen? Wie können die Mitgliedstaaten die Prioritätensetzung nach einem Bottom-up-Verfahren vorantreiben? Welche Rolle sollen die Regionalkomitees bei Planung, Veranschlagung und Prioritätensetzung spielen? Welche Kriterien sollen für die zentralisierte Zuweisung von organisationseigenen und freiwilligen Mitteln gelten? Wie soll mit Mitteln verfahren werden, die den genehmigten Haushalt übersteigen (z. B. Erhöhung der Haushaltsobergrenze, Neuzuweisung oder Verweigerung von Mitteln)?

70. Die Mitglieder sprachen sich dafür aus, das Phänomen „Überfinanzierung“ Fall für Fall anzugehen. Ein Mitglied schlug eine Rückkehr zu einem System vor, bei dem ein Großteil der Mittel der Organisation aus ordentlichen Beiträgen kommt. Dann könne die WHO auf der Grundlage globaler gesundheitlicher Trends planen und Mitarbeiter mit der erforderlichen

Fachkompetenz und Erfahrung halten. Personalabbau könne keine Lösung sein. Dennoch seien gute Beziehungen zu den Partnerorganisationen von entscheidender Bedeutung, damit diese die Handlungsschwerpunkte der Länder verstünden und zu ihrer Finanzierung bereit seien. Ein anderes Mitglied fügte hinzu, die ordentlichen Beiträge seien seit Jahren auf demselben Niveau, da hier keine Inflationsindexierung erfolge. Doch Vorschläge für eine Erhöhung stießen auf erbitterten Widerstand. Es habe den Anschein, als ob der Finanzierungsdialog anstatt einer Erhöhung des Zuflusses flexibler Mittel einen entgegengesetzten Effekt bewirkt habe.

71. Ein weiteres Problem bestehe darin, dass zweckgebundene Mittel nicht zur Bestreitung von Personalkosten beitragen und dass die Geber die Einführung einer stellenbezogenen Abgabe (post occupancy charge) nicht begrüßt hätten. Die Mitglieder bedauerten den mangelnden Willen der Länder mit mittlerem Einkommen und der Schwellenländer zur Bereitstellung freiwilliger Beiträge. Es müsse angestrebt werden, den Mehrwert der WHO im Vergleich mit anderen Akteuren in der globalen Gesundheitspolitik wirksam zu vermitteln. Die Arbeit der ausgelagerten Fachzentren solle sich mit der des Regionalbüros nicht überschneiden, sondern dort konzentriert werden, wo das Sekretariat nicht zum Handeln fähig sei. Deshalb sollten für diese Tätigkeiten die Obergrenzen nicht angehoben und keine Mittel übertragen werden. Die Mitgliedstaaten mit Länderbüros sollten für diese so viel finanzielle Verantwortung wie möglich übernehmen. Ein Mitglied war der Ansicht, eine Aufgabe der Arbeitsgruppe für die Zuweisung flexibler Mittel bestehe darin, Lösungen für die Deckung von Finanzierungslücken zu finden.

72. Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen dankte den Mitgliedern für ihre konkreten Vorschläge und Stellungnahmen, die auch auf der globalen Ebene vorgebracht würden. Die aktuelle Situation sei direkt mit dem Beschluss der Mitgliedstaaten verknüpft, im Programmhaushalt auf Partnerschaften zu verzichten. Die Erhöhung der „Vertrauenswürdigkeit“ der Empfänger von Mitteln sei eine langfristige Aufgabe.

73. Der Leiter der Sektion Programm- und Ressourcen-Management fügte hinzu, dass freiwillige Beiträge in der Vergangenheit oftmals mit starken persönlichen Beziehungen verknüpft gewesen seien, die für das nötige Vertrauen in die Zuverlässigkeit des betreffenden Teams gesorgt hätten. Die Interaktionen zwischen fachlichen Mitarbeitern und Gebern müssten abgestimmt werden. Auch wenn es den Anschein habe, als hätte der Finanzierungsdialog das Gegenteil der beabsichtigten Wirkung erzielt, so entwickle sich die Situation doch in die richtige Richtung.

74. Ein Mitglied schlug vor, die Generaldirektorin zu ersuchen, während des Übergangshaushaltszeitraums 2014–2015 für so viel Flexibilität wie möglich zu sorgen, da der genehmigte Programmhaushalt nicht den Prioritäten der Europäischen Region gerecht werde. Wenn die Prioritätensetzung mittels eines Bottom-up-Ansatzes beibehalten werden solle, werde weniger Flexibilität benötigt. Im Hinblick auf die Einplanung neuer Erfordernisse im Haushaltszeitraum 2014–2015 bat er um einen Bericht über all jene Aktivitäten (einschließlich ihrer Etats), die nach der Annahme des vorigen genehmigten Haushalts eingeführt worden seien, und fragte nach dem Anteil der unvorhergesehenen Anforderungen, die erfüllt hätten werden müssen.

75. Die Regionaldirektorin erklärte, die GPG habe strategische Kriterien für die Zuweisung der noch ausstehenden 20% der ordentlichen Beiträge festgelegt, wobei die operative Planung auf bestimmten Annahmen beruhe. Dies werde weitere 13 Mio. US-\$ an Mitteln einbringen. Mehrjährige Vereinbarungen hätten es ermöglicht, 85% des Programmhaushalts für die beiden kommenden Jahre zu sichern, wobei nun mehr Transparenz hinsichtlich der Identität der Geber herrsche. Bei der Mittelbeschaffung habe die WHO mittlerweile einen Gemeinschaftsgeist entwickelt und sei nicht mehr primär auf individuelle Anstrengungen angewiesen. Die Anerkennung von Fachprogrammen als glaubwürdig werde von globalen Netzwerken von

Programmleitern und Fachkräften abhängig sein. Die Grundsätze der Mittelbeschaffung sollten den Mitgliedstaaten auf einer Tagung eines der leitenden Organe präsentiert werden. Vor allem gelte es Wege zur Vermeidung freiwilliger Beiträge mit starker Zweckbindung und ohne Gehaltskomponente zu finden. Die Ergebnisse des Finanzierungsdialogs würden erst nach mehreren Zweijahreszeiträumen zu Tage treten. Die Generaldirektorin könne ihn nur dann zum Erfolg führen, wenn die beschafften Mittel regulär durch einen Bottom-up- Ansatz verteilt würden, der von Länderbüros und Ansprechpersonen geplant werde. Dennoch müsse die Top-down-Rolle der Regionalkomitees geklärt werden. Die Überfinanzierung auf der Ebene der Länder sei beispielsweise für die Außenstellen des Regionalbüros ein Problem, da die Organisation nicht in der Lage sei, die Politik zu beeinflussen, wenn sie keine Mittel annehmen könne, sodass private Organisationen hier in die Bresche springen könnten.

76. Der Leiter der Sektion Programm- und Ressourcen-Management erläuterte, die Obergrenzen seien im Zeitraum 2012–2013 um 39 Mio. US-\$ angehoben worden, was 18% des Haushalts des Regionalbüros entspreche. Die Mittel seien hauptsächlich für die Bereiche Krisensituationen, Polio und Partnerschaften ausgegeben worden.

Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO

77. Der SCRC wurde darüber informiert, dass auf dem RC64 routinemäßig die Nominierung für bzw. Wahl in die folgenden Organe und Ausschüsse der WHO anstehe:

- Exekutivrat: vier Sitze, darunter ein freier Sitz in Gruppe A, einer in Gruppe B (Frankreich, ein semi-permanentes Mitglied, dürfte einen Kandidaten nominieren) und einer in Gruppe C;
- Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees für Europa: vier Sitze, darunter einer in Gruppe A, zwei in Gruppe B und einer in Gruppe C;
- Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten: ein freier Sitz; und
- Sonderprogramm zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion: ein freier Sitz.

Sonstige Angelegenheiten

Gesundheit als Thema auf der Entwicklungsagenda nach 2015

78. Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt, die auch gleichzeitig Sonderbeauftragte der Regionaldirektorin für die Millenniums-Entwicklungsziele ist, unterrichtete die Mitglieder über Fortschritte bei der Sicherung des Stellenwerts von Gesundheit auf der Entwicklungsagenda nach 2015, dem Zieldatum für die Verwirklichung der Ziele. Im Juni 2012 habe der Generalsekretär der Vereinten Nationen eine Hochrangige Gruppe namhafter Persönlichkeiten aus Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft und staatlichen Behörden einberufen, die einen Bericht mit dem Titel *Eine neue globale Partnerschaft: Beseitigung der Armut und grundlegende Veränderung von Volkswirtschaften durch nachhaltige Entwicklung* vorgelegt habe, der sich mit Gesundheit im Kontext „inklusive sozialer Entwicklung“ befasse. Später habe die Gruppe der Vereinten Nationen für Entwicklungsfragen die Federführung in einer „globalen Debatte“ über die Entwicklungsagenda nach 2015 übernommen, bei der Gesundheit einer der inhaltlichen Schwerpunkte gewesen sei. Zwischen September 2012 und März 2013 hätten die WHO und das UNICEF weltweit eine breit angelegte Konsultation über Gesundheitsthemen durchgeführt. Das Ergebnis des Berichts *Gesundheit auf der Entwicklungsagenda nach 2015: Bericht von der*

globalen thematischen Konsultation über Gesundheit sei der 66. Weltgesundheitsversammlung vorgelegt worden. Parallel dazu habe der Generalsekretär der Vereinten Nationen das Netzwerk „Lösungen für eine nachhaltige Entwicklung“ eingerichtet, das Wissenschaftlern auf der ganzen Welt auf der Suche nach praktikablen Lösungsansätzen für eine nachhaltige Entwicklung behilflich sein soll. Der Bericht *Eine Aktionsagenda für eine nachhaltige Entwicklung* sei im Juni 2013 veröffentlicht worden. Schließlich hätten die Länder, die an der Konferenz der Vereinten Nationen über nachhaltige Entwicklung im Juni 2012 in Rio de Janeiro teilgenommen hätten, sich darauf geeinigt, eine offene Arbeitsgruppe mit 30 Mitgliedern aus den fünf regionalen Gruppen der Vereinten Nationen einzurichten, um eine Reihe von Zielen für eine nachhaltige Entwicklung zu erstellen, die der 69. Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2014 vorgelegt werden sollten. Um die verschiedenen Initiativen miteinander zu koordinieren, habe der Generalsekretär eine Sonderberaterin ernannt, die von Amts wegen auch Mitglied der Hocharangigen Gruppe sei. Ihre Arbeit im Gesundheitsbereich werde von der WHO direkt unterstützt.

79. Im September 2013 habe der Präsident der Generalversammlung der Vereinten Nationen zu einer speziellen Veranstaltung eingeladen, auf der eine Bestandsaufnahme der bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele erreichten Fortschritte sowie ein Zukunftsausblick auf der Tagesordnung gestanden hätten. Führende Politiker aus aller Welt hätten vereinbart, ihre Anstrengungen zur Bekämpfung von Armut, Hunger und Krankheit zu intensivieren und zur Abhaltung eines Gipfeltreffens im September 2015 aufgerufen, auf dem Handlungsziele für die Zeit nach 2015 festgelegt werden sollten. Der Generalsekretär der Vereinten Nationen habe einen Bericht mit dem Titel *Ein Leben in Würde für alle* präsentiert, in dem er seine Zukunftsvision in Bezug auf den Handlungsbedarf zur Verwirklichung der MZ sowie die Agenda für eine nachhaltige Entwicklung nach 2015 dargelegt habe. Die Ziele sollten universell und nachhaltig sein und eine inklusive ökonomische Entwicklung bewirken, Frieden schaffen und eine Politikgestaltung mit einem auf Menschenrechten begründeten Ansatz ermöglichen; sie sollten ferner auf einer globalen Partnerschaft basieren und das Vorhandensein der richtigen Institutionen und Instrumente gewährleisten. Die Teilnehmer an der Veranstaltung hätten auf die ungleichmäßige Verwirklichung der MZ hingewiesen, insbesondere in Bezug auf Reproduktionsgesundheit, HIV/Aids, Multiresistenzen und nichtübertragbare Krankheiten (u. a. psychische Erkrankungen).

80. In der Region Europa werde ein interinstitutioneller Bericht der Vereinten Nationen für die Zeit nach 2015 und über bereits erreichte Fortschritte ausgearbeitet, wobei die WHO ein Dokument speziell zum Themenkomplex Gesundheit vorlegen werde. Eine Konsultation mit den Ländern der Region über die Entwicklungsagenda nach 2015 habe in der Türkei stattgefunden, an der Vertreter von 40 Mitgliedstaaten sowie von nichtstaatlichen Organisationen und wissenschaftlichen Einrichtungen teilgenommen hätten. Die festgelegten Prioritäten entsprächen ungefähr denen auf der globalen Ebene, außer dass die EU größeren Wert auf die allgemeine Gesundheitsversorgung gelegt habe. Die Teilnehmer hätten auch die Bedeutung von „Gesundheit 2020“ als übergeordnetes Rahmenkonzept für Gesundheit in der Entwicklungsagenda nach 2015 erkannt.

81. Auf eine Nachfrage nach dem Stellenwert von Gesundheit in der Entwicklungsagenda nach 2015 antwortete die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt und Sonderbeauftragte der Regionaldirektorin für die Millenniums-Entwicklungsziele, Gesundheit spiele bei den gegenwärtigen MZ insofern eine wesentliche Rolle, als drei der insgesamt acht Ziele einen Gesundheitsbezug hätten; diesen hohen Stellenwert gelte es in der Entwicklungsagenda nach 2015 aufrechtzuerhalten, indem mindestens ein gesundheitspezifisches Ziel vereinbart werde. Das Argument, dass Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung für Entwicklung und die Verwirklichung der meisten anderen Ziele ist, müsse wirksamer vermittelt werden.

82. Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation erinnerte daran, dass die Eintragung von Geburten, Adoptionen, Eheschließungen, Scheidungen und Todesfällen in Melderegistern zu den Zielen für die Mitgliedstaaten und die Partnerorganisationen gehöre. Die Wirtschafts- und Sozialkommission der Vereinten Nationen für Asien und den Pazifik werde im November 2014 einen Ministergipfel zu dieser Thematik abhalten, auf dem die Bedeutung solcher Melderegister zur Sprache kommen werde.

Nicht besprochene Dokumente

83. Die Regionaldirektorin stellte fest, dass folgende Dokumente nicht erörtert worden seien: EUR/RC63/SC(2)/16 (WHO-Reform: Struktur und Sachfragen zur Vorlage an das RC64) und EUR/RC63/SC(2)/17 (Tagesordnungspunkte für künftige Tagungen des Regionalkomitees).

Nationale fachliche Ansprechpersonen

84. Die Exekutivbeauftragte für Beziehungen zu den Ländern und Öffentlichkeitsarbeit stellte ein neues Schema vor, auf dem die Bereiche aufgeführt sind, für die nach Maßgabe des Programmhaushalts 2014–2015 fachliche Ansprechpersonen in den Ländern benötigt werden. Das Schema enthalte auch eine Liste der einzelnen Verantwortlichkeiten dieser Ansprechpersonen. Sie bat den SCRC um Zustimmung zu dem Schema, damit die Mitgliedstaaten um Ernennung der zuständigen Personen gebeten werden könnten.

85. Einige Mitglieder warfen ein, dass die vorgeschlagene Anzahl der fachlichen Ansprechpersonen – 38 für jeden der 53 Mitgliedstaaten – unrealistisch erscheine. Eine mögliche Lösung könne darin bestehen, entweder die Zahl der fachlichen Ansprechpersonen zu reduzieren oder einige Programmbereiche miteinander zu verschmelzen. Für die Ernennung von Ansprechpersonen müssten die Regierungen verantwortlich sein. Ein Mitglied schlug vor, eine geschützte Website einzurichten, auf der die Ansprechpersonen miteinander kommunizieren könnten. Ein anderes Mitglied berichtete, in ihrem Land sei eine Person im Gesundheitsministerium für die Arbeit aller Ansprechpersonen im ganzen Land zuständig; diese erstatteten auf halbjährlichen Tagungen Bericht über Fortschritte.

86. Die Exekutivbeauftragte für Beziehungen zu den Ländern und Öffentlichkeitsarbeit erwiderte, die Liste mit den nationalen Anlaufstellen sei auf der öffentlichen Website eingestellt worden, und es sei beabsichtigt, ihnen die Namen aller Ansprechpersonen in ihren jeweiligen Ländern zur Verfügung zu stellen. Die Namen und Kontaktinformationen der Ansprechpersonen würden auf einer passwortgeschützten Website eingestellt, wo sie miteinander kommunizieren könnten. Die Listen der Ansprechpersonen würden vom Länderteam und den Fachabteilungen im Regionalbüro geführt. Die vorgeschlagene Zahl der Ansprechpersonen pro Land entspreche der Zahl der von den Fachabteilungen benannten Bereiche, die eine intensive Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten erfordern. Die Programmleiter hätten sich gegen eine Zusammenlegung von Zuständigkeiten ausgesprochen, was die Zahl der nationalen Ansprechpersonen verringert hätte.

87. Die Regionaldirektorin antwortete, es sei beabsichtigt, durch die nationalen Anlaufstellen engere Kontakte mit den Ländern zu knüpfen und eine weiterreichende Verflechtung der Arbeit auf der nationalen Ebene zu erreichen. Eine einheitliche Zahl von Ansprechpersonen werde zu mehr Einheitlichkeit in der Europäischen Region beitragen. Die Regionaldirektorin räumte ein, dass die Listen wohl weiter geprüft werden müssten, und regte an, das Schema durch weitere Straffung der Bereiche, die nationale Ansprechpersonen erfordern, zu vereinfachen, insbesondere für Länder ohne Länderbüros.

Berichterstattung zu den Resolutionen

88. Ein Mitglied stellte fest, dass zu zwei Resolutionen des Regionalkomitees ein Bericht an das RC64 fällig sei: der Resolution EUR/RC55/R9 über Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO und der Resolution EUR/RC54/R3 über den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa. Die Resolution EUR/RC55/R8 über die Stärkung der Gesundheitssysteme könne außer Kraft gesetzt werden, da sie durch Resolution EUR/RC62/R5 über den Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit ersetzt worden sei.

Nominierungen für das Amt des Vizepräsidenten der 67. Weltgesundheitsversammlung

89. Die Regionaldirektorin informierte die Mitglieder des SCRC über die der Europäischen Region offen stehenden Wahlämter auf der 67. Weltgesundheitsversammlung und bat um Vorschläge für Nominierungen für die Ämter des Vizepräsidenten der 67. Weltgesundheitsversammlung und des Vorsitzenden des Ausschusses A.

Abschluss der Tagung

90. Es wurde angekündigt, dass die dritte Tagung des 21. SCRC am 19. und 20. März 2014 in Kopenhagen stattfinden werde. Mit einem abschließenden Austausch von Höflichkeiten ging die zweite Tagung des 21. SCRC zu Ende.

= = =