



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Zweiundfünfzigste Tagung**

**Kopenhagen, 16.–19. September 2002**

---

Punkt 5 a), b), c), d) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC52/3  
+ EUR/RC52/Conf.Doc./2  
4. Juli 2002  
22461  
ORIGINAL: ENGLISCH

**BERICHT DES NEUNTEN STÄNDIGEN AUSSCHUSSES DES  
REGIONALKOMITEES**

Das vorliegende Dokument enthält einen Bericht über die vom Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) seit der 51. Tagung des Regionalkomitees geleistete Arbeit. Er umfasst die Sitzungen vom September und Dezember 2001 und vom April und Mai 2002. Der Bericht der SCRC-Untergruppe Bioethik und der Bericht über die Sondertagung des SCRC im Juni 2002 sind dem Dokument Anhang beigefügt.

Der Bericht über die Tagung vom September 2002 wird dem Regionalkomitee als Nachtrag zu dem Dokument vorgelegt.



## Inhalt

	<i>Seite</i>
Einleitung .....	1
Fachthemen .....	1
Tabak.....	1
Armut und Gesundheit .....	2
Tuberkulose, Aids und Malaria.....	3
Die Rolle des Privatsektors im Gesundheitssystem .....	4
Bioethik und Gesundheit.....	4
Managementfragen.....	5
Das Programm des Regionalbüros für die Zusammenarbeit mit den Ländern .....	5
Externe Evaluation des Gesundheitsreformprogramms des Regionalbüros .....	6
Der strategische Programmhaushalt der Organisation für den Zeitraum 2004–2005 .....	7
Umsetzung der Empfehlungen aus Audits und Managementuntersuchungen .....	8
WHO-Politik im Hinblick auf Kooperationszentren.....	9
Verfahrensfragen.....	9
Regionalkomitee .....	9
Exekutivrat.....	11
Sonstiges .....	12
Ansprache einer Vertreterin der Personalvereinigung der Europäischen Region.....	12
Anhang 1 Zusammensetzung des neunten SCRC, 2001–2002 .....	14
Anhang 2 Bericht der SCRC-Untergruppe Bioethik .....	16
Anhang 3 Bericht über die Sondertagung des SCRC, Genf, 13.–14. Juni 2002 .....	20



## Einleitung

1. Die Mitglieder des nach den vom Regionalkomitee auf dessen 51. Tagung (RC51) getroffenen Beschlüssen gebildeten neunten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) trafen sich unter dem Vorsitz von Dr. James Kiely erstmals am Donnerstag, dem 13. September 2001, im Palacio Municipal de Congresos in Madrid, Spanien. Dr. Jacek Piatkiewicz wurde zum Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Die zweite Tagung fand am 9. und 10. Dezember 2001 in Bukarest, Rumänien, statt. Auf der dritten, vom 4. bis 6. April 2002 im WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen abgehaltenen Tagung wurde Dr. Alahon Akhmedov zum Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt, da Professor Jerzy Szczerban anstelle von Dr. Piatkiewicz dem SCRC als Vertreter Polens beigetreten war. Die vierte Tagung des SCRC fand am 12. Mai 2002 im Genfer Palais des Nations statt. Die fünfte Tagung war die am 13. und 14. Juni 2002 im Genfer WHO-Hauptbüro abgehaltene Sondersitzung.

2. Eine letzte und abschließende Sitzung findet direkt vor Beginn der Tagung des 52. Regionalkomitees (RC52) am 15. September 2002 in Kopenhagen statt. Der Bericht über diese Zusammenkunft wird dem vorliegenden Dokument als Nachtrag beigefügt. Die Mitglieder des neunten SCRC sind in Anhang 1 aufgeführt.

## Fachthemen

### Tabak

3. Auf der ersten Tagung des SCRC wurde darauf hingewiesen, dass beim RC51 im Zusammenhang mit der kommenden europäischen ministeriellen WHO-Konferenz: Für ein tabakfreies Europa (Warschau, Februar 2002) zu dem Thema eine längere Diskussion geführt worden sei. Der SCRC war sich darin einig, dass ein Vertreter des SCRC unbedingt weiterhin an Zusammenkünften des Ausschusses für ein tabakfreies Europa (CTE) teilnehmen sollte. In seinen einleitenden Bemerkungen führte der Regionaldirektor bei der zweiten Tagung aus, dass die Konferenzvorbereitungen gut voran kämen, und der SCRC kam überein, Professor Ayşe Akin für ein weiteres Jahr zu seiner Vertreterin im CTE zu berufen.

4. Auf der dritten Tagung des SCRC berichtete der Regionalbeauftragte für die Initiative Nein zum Tabak über die Teilnehmer, das Programm und die Themenreferate der ministeriellen Konferenz. Er schilderte zudem den Prozess der Ausarbeitung des Entwurfs für die Erklärung von Warschau und erläuterte deren Hauptpunkte. Außerdem stellte er das Konzept und die Struktur des Vorschlags für eine Europäische Anti-Tabak-Strategie dar. Er zeichnete die Schritte nach, die man zur Zeit ergreife, um bei den Verhandlungen über das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen (FCTC) ein koordiniertes europäisches Vorgehen sicherzustellen, und erläuterte abschließend die Elemente eines dem Regionalkomitee vorzulegenden Resolutionsentwurfs zum Thema Tabak.

5. Der Ständige Ausschuss beglückwünschte den Regionaldirektor und die Mitarbeiter des Regionalbüros zur Durchführung einer äußerst erfolgreichen Konferenz, deren Kennzeichen die starken Erklärungen der Generaldirektorin, des Regionaldirektors und des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz gewesen seien. Er stellte sich vorbehaltlos hinter die Erklärung von Warschau und forderte alle Mitgliedstaaten auf, sich dieser Haltung anzuschließen. Außerdem billigte er den Zeitplan für die Ausarbeitung der europäischen Strategie. Als Beweis dafür, dass er sich inhaltlich und strategisch zu Anti-Tabak-Maßnahmen verpflichtet fühle, empfahl er, in dem Resolutionsentwurf für das Regionalkomitee darauf hinzuweisen, dass es wünschenswert sei, die Ausarbeitung, Annahme und Ratifizierung des FCTC und für dessen Umsetzung geeigneter Instrumente zu beschleunigen.

6. Der Resolutionsentwurf über die europäische Anti-Tabak-Strategie wurde auf der vierten Sitzung des SCRC ohne Kommentar befürwortet.

## **Maßnahmen des Regionalkomitees**

## **Überprüfung der Europäischen Anti-Tabak-Strategie (EUR/RC52/11)**

## **Behandlung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC52/Conf.Doc./8)**

### **Armut und Gesundheit**

7. Auf seiner ersten Tagung brachte der SCRC die Auffassung zum Ausdruck, dass die Aussprache zum Thema Armut beim RC51 – insbesondere in Bezug auf bestimmte praktische Maßnahmen – vielleicht Erwartungen geweckt haben könnte, denen nur schwer gerecht werden könne. Man meinte, der SCRC könne diese Frage im Laufe des Jahres sinnvollerweise weiter erörtern, um genau festzustellen, welche inhaltlichen Maßnahmen die WHO treffen könnte, und es wurde beschlossen, dieses Thema auf die Tagesordnung der 52. Tagung des Regionalkomitees (RC52) zu setzen. Auf seiner zweiten Tagung bekräftigte der SCRC, dass es sich bei der Thematik Armut und Gesundheit um einen Punkt handle, der im Verfolg einer auf der vorhergehenden Tagung des Regionalkomitees verabschiedeten Resolution aufgegriffen werden müsse.

8. Der Beigeordnete Direktor des in Venedig angesiedelten WHO-Zentrums Investitionen für Gesundheit und Entwicklung erläuterte auf der dritten Tagung des Ständigen Ausschusses die Maßnahmen, die im Anschluss an Resolution EUR/RC51/R6 ergriffen worden seien. Der Ständige Ausschuss zeigte sich sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie das Regionalbüro die politisch heikle Thematik Armut aus fachlicher Sicht angehe. Der Aufbau der Wissensbank (anfänglich durch Fallstudien) sei der richtige Ansatz. Auf eine Frage hin wurde erläutert, dass die bisher daran beteiligten zwölf Länder nicht nur deshalb ausgewählt worden seien, weil sie bereits Fallstudien durchgeführt hätten, sondern auch genommen worden seien, weil sie diese bereits ausgewertet hätten. Man hoffe, die Reihe in Zukunft erweitern zu können.

9. Der SCRC wies erneut darauf hin, dass die Koordination mit anderen Organisationen (wie dem Internationalen Währungsfonds und der Weltbank) wichtig sei, wenn man gegen die Ursachen der Armut vorgehen wolle. Er empfahl auch, in dem beim RC52 vorzulegenden Papier auf die (speziell für die Bekämpfung von Armut und HIV/Aids aufgestellten) Zielvorgaben im Jahrtausendbericht des Generalsekretärs der Vereinten Nationen hinzuweisen.

10. Abschließend meinte der SCRC, es sei unbedingt wichtig sicherzustellen, dass der Gesundheitssektor nicht selbst zur Verschärfung des Problems beitrage, indem er den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen begrenze, weshalb er vorschlug, die WHO möge die Abhaltung einer Konferenz zum Thema „Gesundheitssysteme und Armut“ in Erwägung ziehen. Außerdem wurde vorgeschlagen, ein Mitglied des Ständigen Ausschusses in die Gruppe aufzunehmen, die die Fallstudien nach fachlichen Gesichtspunkten bewerte.

11. Der Resolutionsentwurf zum Thema Armut und Gesundheit (EUR/RC52/Conf.Doc./4) löste auf der vierten Tagung des SCRC allerdings eine Diskussion über die Rolle des Gesundheitssystems im Kampf gegen die Armut und über die Frage aus, ob der Regionaldirektor ersucht werden sollte, sich bei Gebern (u. a. auch bei Gebern außerhalb der Europäischen Region) um Mittel zu bemühen, die dann den Mitgliedstaaten mit niedrigem Volkseinkommen zugute kommen könnten. Dem SCRC wurde mitgeteilt, dass die in der WHO für die Mittelbeschaffung bestehenden Mechanismen und die Vereinbarungen über die Handhabung von freiwilligen Beiträgen zur Zeit überprüft würden, was das Regionalbüro allerdings nicht daran hindere, sich direkt an die Geber zu wenden. Andererseits war man sich darin einig, dass alle Mitgliedstaaten mit dem Problem der Armut zu kämpfen hätten, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß. Unter diesen Umständen beschloss der SCRC, den Resolutionsentwurf ohne Änderungen zu befürworten.

## **Maßnahmen des Regionalkomitees**

## **Überprüfung des Dokumentes zum Thema Armut und Gesundheit (EUR/RC52/8)**

## **Behandlung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC52/Conf.Doc./4)**

## **Tuberkulose, Aids und Malaria**

12. Bei der ersten Überprüfung der vorläufigen Tagesordnung für das RC52 war sich der SCRC einig, dass man Zeit für zwei „neue“ inhaltliche Punkte haben werde. Als ein Thema schlug der SCRC Tuberkulose/Aids/Malaria vor (das Aufgabengebiet des Globalen Fonds).

13. Dr. S. M. Furgal informierte den SCRC über eine Beratungstagung von Vertretern aus Mitgliedstaaten der Gemeinschaft unabhängiger Staaten, die am 19. und 20. November 2001 in Moskau stattgefunden habe. Die Teilnehmer hätten u. a. empfohlen, als Hauptkriterien für die Zuteilung von Mitteln aus dem Globalen Fonds Public-Health-Indikatoren für HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria zu benutzen. Außerdem sollten zwischen der Leitung des Fonds und den leitenden Organen der einschlägigen internationalen Organisationen, wie WHO und UNAIDS, Querverbindungen geschaffen werden.

14. Nach den vom Direktor der Abteilung fachliche Unterstützung auf der dritten Tagung vorgetragenen Darlegungen schloss sich der Ständige Ausschuss der Auffassung an, dass die drei Krankheiten jede für sich genommen eine äußerst komplexe und schwer zu bewältigende gesundheitliche Bedrohung darstellten und zusammen in der Tat erschreckend seien. Man begrüße deshalb die Initiative der internationalen Gemeinschaft, einen Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria einzurichten. Zusammenarbeit sei unabdingbar. Vor allem die Eindämmung und Bekämpfung der Malaria erfordere gemeinsame Anstrengungen von benachbarten Ländern und Regionen (insbesondere der Europäischen Region und der Region für den Östlichen Mittelmeerraum). Auch die Koordination der teilnehmenden Organisationen und nationalen Organe müsse im Hinblick auf die vom Globalen Fonds finanzierten Aktivitäten sichergestellt sein und der WHO komme in diesem Zusammenhang eine wichtige Funktion zu. Man meine, dass auf Länderebene eine hochrangige Arbeitsgruppe wie die von der Russischen Föderation zur Bewältigung des Tb-Problems eingesetzte, eine gute Möglichkeit darstelle, den Dialog unter Partnern zu fördern, wobei der Sondervertreter der WHO-Generaldirektorin in Moskau ein wichtiger Akteur sei, wenn es darum gehe, Mittel für die Bekämpfung der Tuberkulose zu beschaffen und die Koordination der organisationsübergreifenden Tb-Aktivitäten mit internationalen Kooperationspartnern abzustimmen.

15. In der Frage der beim RC52 vorzulegenden Resolutionsentwürfe war der SCRC der Ansicht, dass diese möglichst kurz sein sollten und Überschneidungen zu vermeiden seien. Außerdem empfahl er, in dem dazugehörigen Arbeitsdokument deutlich zu machen, dass die Armut wichtige Auswirkungen auf die Inzidenz der drei Krankheiten habe.

16. Der SCRC wies auf seiner vierten Tagung darauf hin, dass einige Länder die von der WHO zur Bekämpfung der Tuberkulose befürwortete Strategie der ambulanten Kurzzeitbehandlung (directly observed treatment, short course (DOTS)) nur widerstrebend einführten, was Probleme verursache. In der Erkenntnis, dass die WHO in diesem Zusammenhang nur die Rolle des Fürsprechers übernehmen könne, befürwortete der SCRC den zu diesem Thema vorliegenden Resolutionsentwurf.

17. Im Hinblick auf eine Intensivierung der Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Aids schlug der SCRC vor, in die Präambel des Resolutionsentwurfs einen Hinweis auf die kürzlich in Moskau abgehaltene Tagung von Regionaldirektoren der Ko-Sponsororganisationen aufzunehmen und den Wortlaut von Beschlussteil 2 c) abzuändern, so dass darin nicht nur die Unterstützung der Mitgliedstaaten für die verbesserte Prävention der HIV-Übertragung, sondern auch der Beistand für die bessere Behandlung der HIV-Infektion und von Aids angeführt werde.

18. Der Resolutionsentwurf über die Intensivierung der Maßnahmen zur Bekämpfung der Malaria wurde ohne Kommentar gebilligt.

### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

**Überprüfung des Dokumentes zum Thema Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria (EUR/RC52/9)  
Behandlung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC52/Conf.Doc./5, /6 und /7)**

## Die Rolle des Privatsektors im Gesundheitssystem

19. Als zweiten „neuen“ Punkt auf der vorläufigen Tagesordnung des RC52 schlug der SCRC auf seiner zweiten Tagung das Thema Privatisierung bzw. Kommerzialisierung im Gesundheitssektor vor. Allerdings war man sich darin einig, dass man noch weitere Überlegungen zur Konzeptionalisierung dieser Thematik anstellen und dabei die im Exekutivrat (EB109) zum Thema der Wechselwirkung von staatlichen und privaten Diensten und vertragliche Vereinbarungen in Gesundheitssystemen angestellten Erwägungen berücksichtigen müsse. In der Zwischenzeit werde man die Mitgliedstaaten bitten, „Fallstudien“ zu ihren einschlägigen Erfahrungen vorzulegen.

20. Auf der dritten Tagung des SCRC erklärte der Regionalbeauftragte vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme, dass man in den Gesundheitssystemen vieler europäischer Länder Marktmechanismen eingeführt habe oder dies zur Zeit geschehe und dass der Privatsektor hier eine zunehmend wichtige Rolle spiele. Der Ständige Ausschuss war ebenfalls der Auffassung, dass es sich bei dem zur Diskussion stehenden Bereich um eine komplexe Thematik handle, für den eine präzise Terminologie wichtig sei. Die wichtigste Aufgabe bestehe darin, die Bedingungen zu ermitteln, unter denen sich der Staat mit dem Privatsektor auf die Erbringung gerechter und bezahlbarer gesundheitlicher Leistungen einlassen könne. Man erklärte, Unternehmertum sei kein ausschließlich auf den Privatsektor beschränktes Phänomen und für eine eigentliche Kommerzialisierung sei im Gesundheitssystem wenig oder überhaupt kein Raum. Andererseits könne die Privatisierung (d. h. die Überführung öffentlicher Besitzstände in private Hand) durchaus ein gutes Instrument sein, vorausgesetzt, der Staat steuere den Prozess ausreichend straff.

21. Die Mitglieder des SCRC schilderten einige Probleme, denen sich ihre Länder im Zusammenhang mit der Privatisierung stellen müssten. Dazu gehöre, dass man in Systemen mit einer „gemischten“ staatlichen und privaten Finanzierung die Chancengleichheit sichern müsse. Außerdem müsse man im Rahmen von Vereinbarungen für „Managed care“ auch die ärztliche Unabhängigkeit wahren und die für die Einrichtung und den Betrieb von stationären Diensten erforderlichen hohen Investitionen sicherstellen. Der SCRC vertrat deshalb die Auffassung, dass es sinnvoll wäre, wenn die WHO den Erfahrungsaustausch, die Zusammenstellung von Fallstudien und die Beurteilung unterschiedlicher Vorgehensweisen unterstützen und den Ländern differenzierte, unter ihren jeweiligen Gegebenheiten brauchbare Leitlinien an die Hand geben würde. Damit würde sie den Regierungen helfen, ihre eigene „Stewardship“-Funktion zu stärken, und sie könne (durch einen schrittweisen Prozess) die in diesem Bereich einsetzbaren Rahmenkonzepte verbessern.

22. Der SCRC forderte deshalb dazu auf, den Entwurf in der Zeit bis zum RC52 noch zu vertiefen und Hinweise auf die Rolle des gemeinnützigen Sektors und die Bedeutung einer zweckdienlichen Gesetzgebung einzubauen. In dem Papier müssten verschiedene wichtige Aspekte behandelt werden, u. a. Definitionen, Rahmenkonzepte und die Funktion von Werten. Sinn des Papiers sei es zu zeigen, wie die WHO den Mitgliedstaaten in diesem Bereich am besten beistehen könnte.

### Maßnahmen des Regionalkomitees

### Überprüfung des Papiers über die Rolle des Privatsektors im Gesundheitssystem (EUR/RC52/10)

## Bioethik und Gesundheit

23. Der Stellvertretende Vorsitzende erinnerte daran, dass in der Podiumsdiskussion während des 51. Regionalkomitees wie auch in der Ansprache der Generaldirektorin das Thema Bioethik Erwähnung gefunden habe. Er händigte den Mitgliedern den ersten Bericht der SCRC-Untergruppe Bioethik aus.

24. Der SCRC stimmte auf seiner zweiten Tagung dem Vorschlag des Stellvertretenden Vorsitzenden zu, Dr. Božidar Voljč, ein Mitglied des staatlichen slowenischen Ausschusses für Bioethik, zu bitten, der Untergruppe beizutreten.



25. Dr. S. M. Furgal, ein Mitglied der vom SCRC gebildeten Bioethik-Gruppe, legte den Bericht der Untergruppe und ihr Positionspapier vor. Die Gruppe befürwortete für die Arbeit des Regionalbüros zu bioethischen Themen folgende Auswahlkriterien: a) Vermeidung von Themen, die bereits durch international vereinbarte Texte oder durch die Arbeit anderer Organisationen abgedeckt sind, und b) Konzentration auf bestimmte, für die Arbeit der WHO in der Europäischen Region relevante Themen. In zweien der Bereiche, die von der Generaldirektorin in ihrem Papier vom Februar 2002 angesprochen worden seien (Forschung am Menschen und Fortschritte in Medizin und Biotechnologie), sollte das Regionalbüro folglich den Schwerpunkt auf die Zusammenstellung und Verbreitung von Informationen zum Thema Bioethik und auf die Förderung der einschlägigen Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften legen. Im dritten Bereich (Gesundheitssysteme und Public-Health-Praxis) könne das Regionalbüro dagegen intensiver arbeiten, z. B. durch die Übersetzung der Begriffe Chancengleichheit, Solidarität, soziale Gerechtigkeit und Transparenz in ethische Instrumente für die Beurteilung gesundheitlicher Maßnahmen. Von daher zeigte der Leitende Politikberater im Sekretariat des Regionaldirektors (ein weiteres Mitglied der Untergruppe) fünf konkrete Bereiche auf, in denen das Regionalbüro im laufenden Haushaltszeitraum tätig werden könne.

26. Der Ständige Ausschuss war mit seiner Untergruppe der Meinung, dass die WHO nur in den Bereichen tätig werden sollte, die noch nicht von anderen Organisationen bearbeitet würden und die einen Einfluss auf die Gesundheit hätten. Außerdem müsse sie kategorische Erklärungen zu schwierigen Problemstellungen wie dem Klonen vermeiden und sich darum bemühen, die auf dem Gebiet gebräuchlichen Definitionen zu klären.

27. Der SCRC stellte sich hinter die Empfehlungen der Untergruppe und vereinbarte, die Empfehlungen weiterzuentwickeln und beim RC52 vorzulegen (s. Anhang 2).

#### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

#### **Kenntnisnahme des SCRC-Positionspapiers zum Thema Bioethik und Ethik in Gesundheitssystemen (Anhang 2)**

## **Managementfragen**

### **Das Programm des Regionalbüros für die Zusammenarbeit mit den Ländern**

28. Der Direktor der Abteilung Unterstützung der Länder informierte den SCRC über den Prozess, der zum Abschluss der zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCAs) mit den meisten mittel- und osteuropäischen Ländern (MOE) und neuen unabhängigen Staaten (NUS) geführt habe. Jedes Land sei gebeten worden, seine eigenen gesundheitlichen Prioritäten aufzulisten und seine Prioritäten für die Zusammenarbeit mit der WHO anzugeben. Der SCRC brachte seine Unterstützung für das mutige und ehrgeizige Vorgehen zum Ausdruck und meinte, es ermutige die Länder dazu, sich eingehend mit ihren Prioritäten und den Formen der Zusammenarbeit mit der WHO zu befassen.

29. Die amtierende Direktorin der Abteilung Unterstützung der Länder teilte dem SCRC im April 2002 mit, dass die für den Beginn der Umsetzung von zweijährigen Ländervereinbarungen 2002–2003 (BCAs) vorgesehenen drei Monate vorbei seien. Bis Ende Februar 2002 seien von den 28 Vereinbarungen 25 unterzeichnet worden. Es handele sich bei den BCAs um strategische Dokumente, in denen die „vom Land erwarteten Ergebnisse“ dargelegt würden, daneben aber habe man sie auch durch Arbeitspläne operationalisiert, die im Rahmen des so genannten „MOCCA-Systems“ (Monitoring of Country Operations and Coordination of Activities) zur Verlaufsbeobachtung der Länderarbeit und zur Koordination von Aktivitäten dienen könnten. Bei einem vor kurzem abgehaltenen Workshop für WHO-Länderreferenten sei es vorrangig um die Überarbeitung und Verbesserung dieser Arbeitspläne gegangen.

30. Die Pläne für eine Stärkung der WHO-Länderpräsenz sähen die Einrichtung von Länderbüros vor, in denen alle Mitarbeiter und Ressourcen (einschl. der außerordentlichen Mittel) zusammengefasst werden sollten. Alle Länderreferenten würden bessere Arbeitsbedingungen erhalten und in ausgewählte Länder werde man auch internationale Mitarbeiter schicken (zunächst fünf, und falls zusätzliche Ressourcen

zur Verfügung stünden, weitere fünf). Die nächsten Schritte beinhalteten auch einen Ausbau der Abteilung Länderunterstützung, wobei im Sinne einer „ungeteilten WHO“ ihre funktionale Integration im Regionalbüro sicherzustellen sei.

31. Der Ständige Ausschuss zeigte sich erfreut darüber, dass sich die Finanzierungslage der Länderprogramme verbessert habe, erkannte jedoch zugleich, dass dies eine Belastung für die Aufnahmekapazität der Länder und die Managementkapazität des Regionalbüros darstellen könne. Das MOCCA-System bewiese jedoch, dass man einen gerechten und rigorosen Managementkurs verfolge. Der SCRC begrüßte es, dass den WHO-Länderbüros eine größere Weisungsbefugnis übertragen werde, und äußerte sich positiv zu der Initiative, die WHO-Länderbüros enger in Teams der Vereinten Nationen einzubinden.

### **Externe Evaluation des Gesundheitsreformprogramms des Regionalbüros**

32. Dem SCRC lag auf seiner zweiten Tagung ein von einem externen Gutachterteam im Anschluss an die Informationssitzung vom 26. und 27. November 2001 im Regionalbüro erarbeitetes Papier vor. Das Team bat den SCRC, die in dem Papier dargelegten Arbeitsaufgaben gutzuheißen, Stellung zu der skizzierten Methodik zu nehmen und die von Seiten des Regionalbüros erforderliche Unterstützung zu billigen.

33. Der SCRC war der gleichen Meinung wie das Evaluationsteam, nämlich dass es bei der Evaluation vor allem darum gehe zu ermitteln, inwieweit es dem WHO-Regionalbüro gelungen sei, die Regierungen so zu beeinflussen, dass sie in ihre Gesundheitsreformprogramme die in der Charta von Ljubljana über die Reform der Gesundheitsversorgung verankerten Prinzipien aufgenommen hätten. Der Berichtszeitraum müsse deshalb von 1996 bis in die Gegenwart reichen.

34. Der SCRC billigte gleichfalls die Evaluationsmethode, die aus einer Fragebogenerhebung in den Gesundheitsministerien der Mitgliedstaaten und unter mehreren wichtigen unabhängigen Experten sowie aus Gesprächen mit derzeitigen und ehemaligen Mitarbeitern bestehen würde. Außerdem würden Mitglieder des Teams ausgewählte Länder besuchen.

35. Im April 2002 legte Dr. José-Manuel Freire, ein Mitglied des externen Gutachterteams, einen Sachstandsbericht über die Arbeit des Teams vor. Mehrere SCRC-Mitglieder waren stark daran interessiert, den besuchten Ländern die Resultate der Evaluation zugänglich zu machen. Dr. Freire wies jedoch darauf hin, dass das Gutachterteam gemäß seinem vom SCRC auf dessen voriger Tagung vereinbarten Mandat die Aufgabe habe, die Rolle und den Einfluss der WHO im Zusammenhang mit den in der Europäischen Region laufenden Gesundheitsreformen zu beurteilen. Es versuche dagegen nicht, den Erfolg dieser Reformen aus der Sicht einzelner Länder zu bewerten.

36. Der SCRC war sich, angesichts der Tatsache, dass der von der WHO zur Reform der Gesundheitsversorgung geleistete Beitrag oftmals durch andere Organisationen und Gremien kanalisiert wird, der mit einer Beurteilung ihres Einflusses verbundenen Schwierigkeiten bewusst, blieb jedoch dabei, dass dies das methodisch korrekte Vorgehen sei. Mit dem Fragebogen habe man nicht nur die Komplexität der Thematik verdeutlichen, sondern auch die Rolle der WHO bestimmen wollen. Der SCRC hoffe, dass die Resultate der Evaluation dazu beitragen würden, die künftige Rolle der WHO abzuklären und verschiedene Fragen zu beantworten, beispielsweise, ob sie beratend und führend tätig sein und sich in dieser Leitfunktion am besten an einzelstaatliche Regierungen, an internationale Organisationen oder an andere Partner wenden sollte.

**Maßnahmen des Regionalkomitees**

**Überprüfung des Informationsdokuments mit dem Kurzbericht über die externe Evaluation des Gesundheitsreformprogramms**  
(EUR/RC52/Inf.Doc./1)

## Der strategische Programmhaushalt der Organisation für den Zeitraum 2004–2005

37. Ein SCRC-Mitglied äußerte Missfallen darüber, dass der vordringliche Budgetbedarf der Europäischen Region auf der globalen Ebene der Organisation offenbar noch immer ignoriert werde. Mit Besorgnis wurde insbesondere auf das niedrige Niveau der Länderzuweisungen in der Europäischen Region hingewiesen, das um ein Mehrfaches unter dem Niveau anderer Regionen mit den gleichen Indikatoren liege.

38. Die Direktorin der Abteilung Verwaltung und Managementunterstützung teilte dem SCRC auf dessen zweiter Tagung mit, dass die strategische Planung für den nächsten Zweijahreshaushalt bereits ange laufen sei. Dieser Prozess beinhalte eine intensivier te Konsultation der Mitgliedstaaten und der Regionalbüros, weshalb die Mitgliedstaaten nach dem RC51 gebeten worden seien, ihre Prioritäten für den Haushaltszeitraum 2004–2005 zu ermitteln. Im Großen und Ganzen blieben die Prioritäten und die Arbeitsbereiche der Organisation unverändert, was die Kontinuität sicherstellen solle; allerdings werde man „Gesundheit und die Umwelt“ zur Priorität erheben und einen Arbeitsbereich in „Strategische Zusammenarbeit mit und Kompetenzbildung in den Ländern“ umbenennen, was das Länderprogramm im Programmhaushaltsvoranschlag besser widerspiegeln werde. Darüber hinaus habe sich die Generaldirektorin verpflichtet, vom Haushaltszeitraum 2004–2005 an für eine gerechte Verteilung der außerordentlichen Ressourcen zu sorgen.

39. In der sich anschließenden Diskussion äußerte ein Mitglied des SCRC erneut Besorgnis darüber, dass die Bestimmungen von WHA51.31 (über die Umverteilung von Ressourcen aus dem Ordentlichen Haushalt auf die Regionen) nicht voll eingehalten worden seien. Man begrüße jedoch das geänderte Vorgehen in Bezug auf die außerordentlichen Ressourcen und sei der Ansicht, dass solche Ressourcen relativ leicht zu beschaffen sein würden, um die Länderpräsenz der WHO zu verstärken.

40. Die leitende Beraterin für Programm-Management und -Umsetzung berichtete dem SCRC auf dessen dritter Tagung, dass viele Mitgliedstaaten der Europäischen Region die folgenden vier Bereiche als für sie vorrangig angegeben hätten: Organisation des Gesundheitswesens, Überwachung, Prävention und Management nichtübertragbarer Krankheiten, Gesundheitsförderung sowie psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch. Man gehe davon aus, dass der Ordentliche Haushalt für die Europäische Region 54,332 Mio. US-\$ betragen werde. Die über das Haushaltsvolumen von 2002–2003 hinausgehenden 1,561 Mio. US-\$ (das Resultat der fortgesetzten Umsetzung der Bestimmungen von Resolution WHA51.31) würden vollständig in die Länderaktivitäten fließen. Man habe zwar noch keine Prognosen über die aus anderen Quellen zu erwartenden Mittel, habe jedoch die Versicherung erhalten, dass der Programmhaushaltsvoranschlag nicht nur die ordentlichen Haushaltsmittel und die außerordentlichen Mittel umfassen, sondern auch eine Aufschlüsselung der Verteilung der letzteren Mittel auf die globale und die regionale Ebene enthalten werde.

41. Der SCRC zeigte sich, angesichts der Tatsache, dass viele Geberorganisationen mit einem Haushaltszyklus von nur einem Jahr arbeiten, besorgt über die Schwierigkeit, Vorhersagen über die zu erwartenden außerordentlichen Mittel zu machen. Zudem sei nicht klar, wie sich die regionalen Prioritäten im globalen Haushalt widerspiegeln würden. Der SCRC forderte dazu auf, beim RC52 ein Papier vorzulegen, in dem die den einzelnen Arbeitsbereichen auf regionaler Ebene zugeordnete Personal- und Finanzausstattung gesondert ausgewiesen seien, was dem Problem etwas abhelfen könne.

42. Auf der vierten Tagung teilte die Direktorin der Abteilung Verwaltung und Managementunterstützung dem SCRC mit, dass das Sekretariat mittlerweile vom WHO-Hauptbüro ersucht worden sei, die Ländermittel nach Arbeitsbereichen aufzuschlüsseln und, ebenfalls nach Arbeitsbereichen, einen Voranschlag über die voraussichtlich aus anderen Quellen benötigten Mittel auszuarbeiten. Das Regionalbüro habe deshalb eine vorläufige Aufschlüsselung der Ländermittel vorgenommen, und zwar auf der Grundlage der konkreten Ausgaben für den Zeitraum 2002–2003 und der aus den Mitgliedstaaten eingegangenen Antworten auf die im Herbst 2001 durchgeführte Befragung zur Ermittlung ihrer Prioritäten. Außerdem habe man die Strategie des Regionalbüros für die Zusammenarbeit mit den Ländern herangezogen. Das Regionalbüro behalte sich aber dennoch das Recht vor, diese Aufschlüsselung, wenn sich der Zeitpunkt der Umsetzung nähere, nach umfassender Rücksprache mit den Mitgliedstaaten abzuändern. Der voraussichtliche Finanzierungsbedarf aus anderen Quellen betrage insgesamt 115 Mio. US-\$ (oder 8%

der möglicherweise zur Verfügung stehenden globalen Summe, wenn man davon ausgehe, dass das Finanzierungsniveau von 2002–2003 im folgenden Haushaltszeitraum beibehalten werde). Ein Betrag von 72 Mio. US-\$ werde in die Länderarbeit fließen, während 43 Mio. US-\$ für Mehrländertätigkeiten und das Regionalbüro vorgesehen seien.

#### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

**Überprüfung des Programmhaushaltsvorschlags der Organisation für 2004–2005 und der regionalen Perspektive** (EUR/RC52/12 und /12 Add.1)

**Behandlung des entsprechenden Resolutionsentwurfs** (EUR/RC52/Conf.Doc./9)

### **Umsetzung der Empfehlungen aus Audits und Managementuntersuchungen**

43. Das für die zweite Tagung des SCRC erarbeitete Papier umfasste die in den folgenden drei Bereichen durchgeführten Audits und Managementuntersuchungen des Zeitraums 2000–2001: a) allgemeine Verwaltung innerhalb und außerhalb des Regionalbüros, b) die Verbindungsbüros der WHO in Mitgliedstaaten der Europäischen Region und c) europäische Zentren der WHO.

44. Hinsichtlich des Inhalts und der Konsequenzen des Berichts in Bezug auf die beiden ersten Bereiche nahm der SCRC mit Befriedigung zur Kenntnis, dass (interne und externe) Audits des Management-, Verwaltungs- und Finanzrahmens des Regionalbüros und ausgewählter Aspekte seiner Länderpräsenz keine größeren Probleme zutage gefördert und bestätigt hätten, dass auf die gut geführten Unterlagen Verlass sei. Der SCRC begrüßte es, dass zahlreiche der von den Prüfern abgegebenen Empfehlungen inzwischen aktiv umgesetzt würden.

45. In Bezug auf den dritten Bereich würdigte der SCRC die von Professor Vittorio Silano auf Ersuchen des Regionaldirektors durchgeführte Untersuchung. Nach den Erfahrungen, die man mit EUROOs „geographisch verteilten Büros“ gemacht habe, müsse nach Ansicht des SCRC ein tragfähiges Interessenniveau hergestellt werden, bevor man ein Zentrum einrichte, und kein Zentrum dürfe eröffnet werden, bevor man mit dem Gastland ein offizielles Sitzstaatabkommen unterzeichnet habe. Nach der Einrichtung eines Zentrums sei von Seiten der Mitgliedstaaten und des Regionalbüros ein anhaltender Input erforderlich. Der Leiter und die Fachmitarbeiter dieser Zentren müssten zu den in der WHO üblichen Bedingungen angeworben und angestellt werden. Wichtig sei jedoch, dass die übergeordnete politische Führung beim Regionalbüro in Kopenhagen verbleibe und sichergestellt werde, dass die Zentren in klar festgelegten Bereichen und mit delegierten Funktionsbereichen arbeiteten. Deshalb warnte der SCRC vor der Einrichtung zu vieler Zentren in zu breiten Aufgabenbereichen. Außerdem forderte er die Zentren zur vernetzten Zusammenarbeit auf und meinte, ihre Tätigkeit müsse einer regelmäßigen Evaluation unterzogen werden.

46. Allgemeiner gesprochen betonte der SCRC, dass er im übergeordneten Prozess der Durchführung von Audits und Überprüfungen eine Aufsichts- und Leitungsfunktion zu erfüllen habe und deshalb Zugang zu Informationen haben müsse, um dieser Rolle gerecht werden zu können. Nach längeren Diskussionen kam man überein, die internen Auditberichte weiterhin vertraulich zu behandeln, dem SCRC jedoch Zusammenfassungen zugänglich zu machen, so wie das auch beim Auditausschuss des Exekutivrats der Fall sei. Der SCRC nahm zur Kenntnis, dass externe Auditberichte keine vertraulichen Dokumente seien, die Veröffentlichung der Ergebnisse von Managementuntersuchungen dagegen im Ermessen des Regionaldirektors liege.

47. Nachdem sich der SCRC eingehend mit den in dem Papier besprochenen Berichten befasst hatte, schien ihm offenkundig, dass in allen drei Bereichen strategisch wichtige Fragen bestünden (wie die Programmplanung und die Mittelverwendung oder die Rolle und Funktion von Verbindungsbüros), zu denen der SCRC laufend Stellung nehmen müssen. Andererseits gebe es jedoch auch Dinge, in die der SCRC nicht einbezogen werden sollte. Schließlich seien da noch Fragen, für die möglicherweise ein

„Ausnahmemanagement“ notwendig sei und für die der SCRC die erforderlichen allgemeinen Informationen erhalten müsse, um eine beratende Funktion übernehmen zu können.

48. Abschließend empfahl der SCRC, Professor Silanos Bericht dem Regionalkomitee zugänglich zu machen, da darin eine Reihe von allgemeinen Grundsatzfragen angeschnitten würden.

#### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

#### **Kenntnisnahme der Empfehlungen und Schlussfolgerungen aus dem Bericht über die „geographisch verteilten Büros“ in der Europäischen Region (EUR/RC52/Inf.Doc./4)**

### **WHO-Politik im Hinblick auf Kooperationszentren**

49. Bei der dritten Tagung des SCRC erläuterte die Direktorin der Abteilung Verwaltung und Managementunterstützung, dass man die Politik und das Verfahren für die Ernennung von Einrichtungen zu WHO-Kooperationszentren erheblich geändert habe. Die neue Politik und das neue Verfahren seien im Regionalbüro im Jahr 2001 eingeführt worden. Man habe einen regionalen Überprüfungsausschuss eingesetzt, der seine Empfehlungen an das entsprechende globale Gremium weitergebe, bevor die Generaldirektorin die endgültige Entscheidung treffe. Die Europäische Region habe weltweit die meisten Kooperationszentren (509 von 1175), weshalb die Beurteilung und Wiederernennung eine immer wiederkehrende, zeitaufwändige Aufgabe darstelle.

50. Der SCRC räumte ein, dass die Kooperationszentren für die WHO wichtig seien. Sie bildeten Teil der deutlichen Länderpräsenz der Organisation und ermöglichten nützliche Arbeitsverbindungen. Die betreffenden Institutionen hätten dagegen einen erheblichen Prestigegewinn, weil sie das WHO-Logo führen dürften. Der Ständige Ausschuss begrüßte deshalb die neue Politik und das neue Verfahren, wies jedoch darauf hin, dass (insbesondere in Bezug auf die zentralasiatischen Republiken) eine chancengerechte geographische Verteilung gesichert sein müsse. Außerdem schlug er vor, die Regierungen der Mitgliedstaaten bereits früher in den Prozess einzubeziehen. Man könne ihnen beispielsweise, sobald die Arbeitspläne eines Zentrums vorlägen, mitteilen, wie die inhaltliche Aufgabe des jeweiligen Kooperationszentrums aussehen werde.

## **Verfahrensfragen**

### **Regionalkomitee**

#### ***Follow-up zu auf der 51. Tagung verabschiedeten Resolutionen***

51. Bei der Durchsicht der beim RC51 verabschiedeten Resolutionen wurde dem SCRC auf dessen zweiter Tagung mitgeteilt, dass der *Europäische Gesundheitsbericht* noch vor dem RC52 erscheinen werde. In Zukunft würden dann im Abstand von drei Jahren europäische Berichte herauskommen. Der SCRC betonte, dass es trotz möglicher praktischer Schwierigkeiten wichtig sei, bei der Ausarbeitung dieser Berichte die Besonderheiten und spezifischen Bedürfnisse der Europäischen Region zu berücksichtigen.

52. Der SCRC begrüßte es, dass das Regionalbüro (in Weiterführung von Resolution EUR/RC51/R4) an der Schaffung eines Informationssystems arbeite, das Auskunft über den Alkoholgebrauch in der Region geben soll, bedauerte dabei jedoch, dass dem Bereich keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung stünden. Die europäischen Mitglieder des Exekutivrats wurden eindringlich gebeten, bei der Erörterung der globalen WHO-Prioritäten für den Haushaltszeitraum 2004–2005 besonderes Gewicht auf dieses Problem zu legen.

#### ***Vorbereitungen für die 52. Tagung***

53. Der SCRC war der Ansicht, dass sich die Punkte der vorläufigen Tagesordnung für RC52 in drei Gruppen gliedern ließen:



- a) in der Geschäftsordnung vorgeschriebene und übliche Punkte, wie die Ansprache der Generaldirektorin, der Bericht des Regionaldirektors, der Bericht des SCRC selbst und die Darlegung der Maßnahmen, die in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen getroffen wurden;
- b) im Verfolg der auf früheren RC-Tagungen verabschiedeten Resolutionen aufzunehmende Punkte (für 2002 seien dies Armut und Gesundheit, Bioethik sowie die Sachstandsberichte zur Poliomyelitiseradikation, zur Länderstrategie des Regionalbüros und zur Umsetzung des Nahrungs- und Ernährungsplans) und
- c) „neue“ Themen fachlicher oder politischer Art.

54. Der SCRC war der Ansicht, dass die viertägige Dauer der RC-Tagungen beibehalten werden sollte. Die drei oben angeführten Sachstandsberichte müssten deshalb im RC-Statement des Regionaldirektors zusammengefasst werden, wobei man (gegebenenfalls) weitere Einzelheiten in Informationsdokumenten vorlegen könne. Demnach werde man beim RC52 Zeit haben, zwei „neue“ inhaltliche Punkte aufzugreifen. Als Themen schlug der SCRC folgende vor: Tuberkulose/Aids/Malaria und Privatisierung bzw. Kommerzialisierung im Gesundheitssektor. Außerdem erinnerte der SCRC daran, dass einige Delegationen beim RC51 darum gebeten hätten, jedes Jahr auf der Tagesordnung Platz für Haushaltserörterungen zu lassen, weshalb er empfahl, den strategischen Haushalt der Organisation für 2004–2005 als einen kurzen Punkt auf die Tagesordnung von RC52 zu setzen.

55. Der SCRC bedauerte es zutiefst, dass das Thema Altern nicht als Priorität der Organisation betrachtet werde und man im Regionalbüro keine aus dem Ordentlichen Haushalt finanzierten Mitarbeiter für diese Arbeit abgestellt habe. Dennoch empfahl er, die Thematik beim RC53 aufzugreifen und die Vorbereitungsarbeiten gegebenenfalls von einer Expertentagung übernehmen zu lassen.

56. Darüber hinaus meinte der SCRC, das Thema Gesundheitsverträglichkeitsprüfung könne während der Tagung sinnvollerweise in einer Fachdiskussion erörtert werden.

57. Auf seiner dritten Tagung billigte der SCRC den Entwurf zur vorläufigen Tagesordnung für die 52. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa, die unter Berücksichtigung der auf der vorigen SCRC-Tagung abgegebenen Kommentare aufgestellt worden war. Er kam überein, einen gesonderten Punkt über die Anti-Tabak-Strategie der Region (den Vierten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa) in die Tagesordnung aufzunehmen und das Thema Bioethik unter dem einschlägigen Unterpunkt im Rahmen des Berichts über die Arbeit der SCRC-Ethikgruppe behandeln zu lassen.

58. Zum Punkt „Partnerschaften für die Gesundheit“ erklärten die SCRC-Mitglieder, dass Partner für die Arbeit der WHO entscheidend wichtig seien, weshalb sie den Vorschlag begrüßten, die bisherige, beim RC51 eingeführte Praxis eines Gesprächs am runden Tisch unter Vertretern der wichtigsten Partner der WHO beizubehalten. Der Regionaldirektor wurde gebeten, einen geeigneten Moderator für diese Diskussion zu finden und andere nichtstaatliche Organisationen (NGOs) aufzufordern, sich gegebenenfalls zu Wort zu melden. Außerdem werde man die NGOs einladen, zu den sie direkt betreffenden Punkten zu sprechen und schriftliche Erklärungen einzureichen.

59. Die Mitglieder des Ständigen Ausschusses schnitten drei weitere Fragen an, auf die sie das Regionalkomitee hinzuweisen wünschten. Man kam überein, den Delegierten des Regionalkomitees Professor Silanos Bericht über die Zentren des Regionalbüros oder dessen „geographisch verteilte Büros“ auszuhändigen und den Regionaldirektor in seiner Erklärung die Implikationen des Berichts erläutern zu lassen. Außerdem solle er in seiner Erklärung darlegen, welche Fortschritte bei der Durchführung der Strategie des Regionalbüros für die Zusammenarbeit mit den Ländern erzielt worden seien. Des Weiteren wurde er ersucht, warnend auf die in einigen Ländern akuten Probleme des Drogenmissbrauchs und der psychischen Gesundheit aufmerksam zu machen und darauf hinzuweisen, dass es wichtig sei, diese mit Länderprogrammen anzugehen. Der SCRC erkannte jedoch, dass die strategischen Aspekte der beiden letzteren Themen eingehenderer Überlegungen bedürften, um festzustellen, welchen Vorteil es haben würde, wenn sich die WHO in diesen Bereichen stärker engagieren würde, weshalb vorgeschlagen wurde, diese Punkte auf die Tagesordnung des RC53 zu setzen.

60. Außerdem bat der SCRC den Regionaldirektor, in seiner Erklärung darzulegen, was getan werde, um der Münchner Erklärung „Pflegerische und Hebammen – ein Plus für die Gesundheit“ Wirkung zu verleihen.

61. Auf seiner vierten Tagung vereinbarte der SCRC, angesichts der Zahl der Punkte auf der vorläufigen Tagesordnung, während des RC52 die Arbeitssitzungen am Dienstag und Mittwoch um 08.30 Uhr beginnen zu lassen.

62. Bei der Durchsicht der dem RC52 vorzulegenden Resolutionsentwürfe wurde dem SCRC außerdem mitgeteilt, dass ihm bei seiner Tagung im September möglicherweise zwei weitere Resolutionsentwürfe zur Besprechung vorgelegt würden, nämlich einer zum Thema Umwelt und nachhaltige Entwicklung (als Vorbereitung auf die 2004 in Budapest geplante europäische Konferenz) und ein zweiter über die Ausrottung der endemischen Poliomyelitis in der Europäischen Region.

63. Auf der dritten Tagung lag dem SCRC eine vorläufige Fassung von Dokument EUR/RC52/5 mit den Curricula vitae der für den Exekutivrat und andere Ausschüsse nominierten Kandidaten vor. Auf der vierten Tagung nahm der SCRC eine erste gründliche Durchsicht der eingegangenen Kandidatenvorschläge vor, um Einigkeit über die Empfehlungen zu erzielen, die der SCRC den Delegierten des Regionalkomitees nach seiner Sitzung am Vortag des RC52 unterbreiten würde

## **Exekutivrat**

### ***Angelegenheiten, die sich aus der 109. Tagung ergeben***

64. Das europäische Mitglied des Exekutivrats, das als Beobachter zu den Tagungen des SCRC eingeladen war, wies den SCRC bei dessen zweiter Tagung darauf hin, dass der Exekutivrat auf seiner 109. Tagung (14.–21. Januar 2002) eine Reihe wichtiger Punkte auf seiner Tagesordnung habe, weshalb er die SCRC-Mitglieder eindringlich bat, dem Vorsitzenden oder den europäischen Mitgliedern des Exekutivrats alle eventuellen diesbezüglichen Anliegen mitzuteilen.

65. Auf der dritten Tagung berichtete das europäische Mitglied dann über die bei der 109. Tagung des Exekutivrats angeschnittenen Themen. Der SCRC begrüßte diese Kurzinformation und erklärte, leider würden die leitenden Organe der WHO in zunehmendem Maß als Diskussionsforum für politische Fragen benutzt. Man sei jedoch gespannt auf die für die kommende Weltgesundheitsversammlung vorgesehene umfassende Debatte des Berichts der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit und fordere das Regionalbüro auf, Konzepte zu erarbeiten, die dazu beitragen könnten, den Empfehlungen der Kommission unter den in den neuen unabhängigen Staaten (NUS) herrschenden besonderen Umständen Wirkung zu verleihen.

### ***Interaktion zwischen leitenden Organen auf globaler und regionaler Ebene***

66. Der SCRC sprach sich einstimmig dafür aus, die Praxis, ein Exekutivratsmitglied aus der Europäischen Region als Beobachter zu seinen Tagungen einzuladen, beizubehalten. Durch diese Vereinbarung könnten sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Region ein besseres Bild von den Erörterungen im Exekutivrat machen, umgekehrt erfahre der Exekutivrat auf diese Weise aber auch ihre Ansichten direkter, was wiederum den Geist der „ungeteilten WHO“ fördere. Der SCRC dankte Dr. Godfried Thiers herzlich für seine wirksame Verbindungsarbeit und sehe der Zusammenarbeit mit seinem Nachfolger entgegen, den die neuen Exekutivratsmitglieder der Region bei ihrer Zusammenkunft nach der kommenden Weltgesundheitsversammlung wählen würden. Dr. Thiers empfahl, im Interesse der Kontinuität eine Person im zweiten Jahr ihrer Amtszeit zu wählen.

### ***Mitgliedschaft im Exekutivrat***

67. Auf seiner ersten Sitzung erkannte der SCRC, dass das zweifellos politische Anliegen der semi-permanenten Mitgliedschaft im Exekutivrat eine Frage sei, die er im Laufe des Jahres werde regeln müssen.

68. Um in der Frage der semi-permanenten Mitgliedschaft im Exekutivrat etwas weiter zu kommen, bot der Regionaldirektor (auf der zweiten Tagung des SCRC) an, während der 109. Tagung des Exekutivrats und der 55. Weltgesundheitsversammlung mit den Mitgliedstaaten, d. h. mit ihren ständigen Vertretungen in Genf, Rücksprache zu nehmen, ihre Ansichten klarzulegen und danach seine Erkenntnisse im Mai 2002 dem Vorsitzenden des SCRC vorzulegen. Der SCRC nahm das Angebot dankend an und empfahl dem Regionaldirektor, den Prozess möglichst zu beschleunigen.

69. Der Regionaldirektor berichtete später, er habe zu dieser Frage mit den Mitgliedstaaten der Europäischen Region oder ihren Ständigen Vertretungen in Genf während der 109. Tagung des Exekutivrats informelle Rücksprache genommen und sie um die Darlegung ihrer Ansichten gebeten. Daraufhin seien die unterschiedlichsten Antworten eingegangen. Der SCRC beschloss, am 13. und 14. Juni 2002 in Genf eine ausschließlich dieser Frage gewidmete und den Vertretern aller Mitgliedstaaten der Region offen stehende Sondersitzung einzuberufen. Das Sekretariat wurde gebeten, für diese Tagung ein Papier auszuarbeiten, in dem der strittige Punkt zu erläutern sei und der historische Hintergrund sowie die bisher unternommenen Bemühungen dargelegt werden müssten (u. a. mit Hinweisen auf die Ad-hoc-Tagung des SCRC im Juli 1999 und die vom RC49 gebilligte Kompromisslösung). Außerdem müsse aus dem Papier hervorgehen, wie die Praxis in anderen Organisationen aussehe, und es müsse die „Epidemiologie“ der Antworten auf das Schreiben des Regionaldirektors erläutert werden.

70. Der Regionaldirektor teilte dem SCRC auf dessen vierter Tagung mit, dass die zeitlich nicht begrenzt arbeitende Zwischenstaatliche Sonderarbeitsgruppe, die sich mit den Arbeitsmethoden des Exekutivrats befasste, vor kurzem bekräftigt habe, dass man die Frage der semi-permanenten Mitgliedschaft im Exekutivrat auf globaler Ebene nicht aufgreifen werde. Deshalb müsse man in der Europäischen Region eine Lösung finden. Die Vorbereitungen auf die Sondertagung des SCRC seien weit fortgeschritten. Alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region würden im Voraus ein Dokument erhalten und in etwa die Hälfte der Mitgliedstaaten habe ihm ihre Ansichten zu der Frage bereits mitgeteilt. Diese reichten von der strikten Ablehnung einer jeden Form der semi-permanenten Mitgliedschaft bis zu dem Wunsch nach Beibehaltung der derzeitigen Regelung; die überwiegende Mehrheit der Länder sei jedoch bereit, im Interesse einer einvernehmlichen Regelung Flexibilität walten zu lassen.

71. Außerdem erinnerte der Regionaldirektor daran, dass die Generaldirektorin vor kurzem alle Mitgliedstaaten angeschrieben und sie dringend gebeten habe, die Änderungen zur WHO-Satzung zu ratifizieren, die der Europäischen und der Westpazifischen Region jeweils einen zusätzlichen Sitz im Exekutivrat einbringen würden.

72. Der Vorsitzende des SCRC bekräftigte, dass die Sondertagung, wie in dem an alle Mitgliedstaaten ergangenen Einladungsschreiben dargelegt, dem Zweck diene, nicht allein hinsichtlich der Frage der semi-permanenten Mitgliedschaft, sondern auch allgemeiner hinsichtlich der Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat zu einer Vereinbarung zu gelangen.

**Maßnahmen des Regionalkomitees**

**Überprüfung des Berichts über die Sondertagung des SCRC (Anhang 3)**

## Sonstiges

### Ansprache einer Vertreterin der Personalvereinigung der Europäischen Region

73. Die Präsidentin der Personalvereinigung des Regionalbüros (EURSA) wandte sich auf der dritten Tagung mit verschiedenen Anliegen der Mitarbeiter an den Ständigen Ausschuss. Die in der WHO laufende Personalreform näherte sich der Umsetzungsphase und der Exekutivrat habe sich im Januar einem Maßnahmenpaket zur Regelung der Vertragsbedingungen angeschlossen. Ein Großteil des kommenden Jahres werde dem Bemühen gewidmet sein, den Bestimmungen, von denen die 68% mit Kurzzeitverträgen beschäftigten Mitarbeiter des Regionalbüros betroffen seien, Wirkung zu verleihen. Im Allgemeinen seien die Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Management auf regionaler Ebene und durch den Globalen Mitarbeiter/Managementbeirat auch auf globaler Ebene jedoch ausgezeichnet. Auch die kürzlich



erfolgte Besetzung der seit langem unbesetzten Stelle eines Referenten für Mitarbeiterentwicklung und Fortbildung zeuge davon, dass man von Seiten der Leitung des Regionalbüros entschlossen sei, eine Organisationskultur zu schaffen, in der die Mitarbeiter sich zu hohen Leistungen angespornt fühlten.

74. Der Ständige Ausschuss drückte seine vorbehaltlose Anerkennung für den Professionalismus und das Engagement der Mitarbeiter in der gesamten Region aus, zeigte sich jedoch interessiert zu wissen, ob das Bestehen von Zentren und Büros außerhalb von Kopenhagen für die Personalvereinigung Kommunikationsschwierigkeiten mit sich bringe. Der SCRC konnte beruhigt zur Kenntnis nehmen, dass man häufig Videokonferenzen abhalte und in E-Mailkontakt sei und daneben soweit möglich auch versuche, die Außenstellen zu besuchen. Er meinte ebenfalls, dass die Vertragsreform im kommenden Jahr die Hauptaufgabe darstelle, und erklärte, es sei absolut notwendig, die breitere Problematik der Laufbahnförderung für alle Mitarbeiterkategorien anzugehen.

*Anhang 1*

**ZUSAMMENSETZUNG DES NEUNTEN SCRC  
2001–2002**

**Mitglieder**

**Finnland**

Dr. Jarkko Eskola  
Generaldirektor, Abteilung Gesundheitliche Präventionsarbeit und Sozialpolitik  
Ministerium für Soziales und Gesundheit

**Griechenland**

Professor Jenny Kourea-Kremastinou  
Dekan, Staatliche Hochschule für Public Health

**Irland**

Dr. James Kiely<sup>1</sup>  
Leitender Medizinalbeamter  
Ministerium für Gesundheit

**Lettland**

Viktors Jaksons  
Minister für Wohlfahrt

**Luxemburg**

Dr. Danielle Hansen-Koenig  
Generaldirektorin für Gesundheit  
Gesundheitsdirektion

**Polen**

Dr. Jacek Antoni Piatkiewicz<sup>2</sup>  
Stellvertretender Minister  
Ministerium für Gesundheit und Soziales

Professor Jerzy Szczerban<sup>3</sup>  
Präsident, Wissenschaftlicher Rat des Gesundheitsministers  
Ministerium für Gesundheit und Soziales

**Rumänien**

Dr. Radu Constantiniu  
Berater des Gesundheitsministers  
Ministerium für Gesundheit

**Russische Föderation**

Dr. S .M. Furgal  
Direktor, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit  
Ministerium für Gesundheit

---

<sup>1</sup> Vorsitzender des SCRC

<sup>2</sup> Erste und zweite Tagung

<sup>3</sup> Dritte und folgende Tagungen

**Slowenien**

Dr. Božidar Voljč  
Generaldirektor, Staatliche Stelle für Bluttransfusionen

**Tadschikistan**

Dr. Alamkhon Akhmedov  
Gesundheitsminister  
Ministerium für Gesundheit

**Beobachter**

Dr. Godfried Thiers<sup>4</sup>  
Leiter  
Forschungsinstitut für Public Health, Louis Pasteur  
Brüssel

Professor Ayşe Akin<sup>5</sup>  
Abteilung Public Health  
Hacettepe Universität, Medizinische Fakultät  
Türkei

---

<sup>4</sup> Als aus der Europäischen Region kommendes Mitglied des Exekutivrats

<sup>5</sup> Als Exekutivpräsident der 51. Tagung des Regionalkomitees

## Anhang 2

### BERICHT DER SCRC-UNTERGRUPPE BIOETHIK

#### BIOETHIK UND ETHIK IN GESUNDHEITSSYSTEMEN WHO/EURO-ENGAGEMENT: EIN POSITIONSPAPIER DES SCRC

#### Hintergrund des Engagements des Regionalbüros in bioethischen Fragen

##### Sekretariat

1. Die meisten Programme beschäftigen sich zwar auch mit ethischen Fragen, doch eine diesbezüglich feste Politik gab es bisher nicht. Selbst in der Charta von Ljubljana und im Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 werden die darin enthaltenen Werte, Grundsätze und Zielvorschläge nicht ausdrücklich in ethische Aktivitäten übersetzt. In einigen anderen konkreten Bereichen, wie bei der Thematik Patientenrechte, sind ebenfalls hie und da einige Aktivitäten zu finden, die allerdings nicht sinnvoll weiterverfolgt oder koordiniert wurden.

##### Leitende Organe

2. Seit der 48. Tagung des Regionalkomitees für Europa (RC48) wurde während des Regionalkomitees und in dessen Ständigem Ausschuss (SCRC) zahlreiche Male auf das Handlungsdefizit im Ethikbereich hingewiesen und deutlich gemacht, dass ein früherer, vom Sekretariat des WHO-Regionalbüros (WHO/EURO) ausgearbeiteter Bericht zu diesem Thema Schwächen enthalte und man sich verstärkt mit der Problematik befassen müsse. Dies führte dazu, dass im Rahmen des SCRC eine Untergruppe zum Thema Bioethik gebildet wurde. Bei einer ersten Zusammenkunft der Gruppe, die im März 2001 in Warschau stattfand, ermittelte man die wichtigsten Fragen, die von den Mitgliedstaaten hinsichtlich des vom WHO-Regionalbüro auf diesem Gebiet zu erwartenden Engagements zu beantworten seien.

3. Während des RC51 in Madrid kündigte die Generaldirektorin eine neue globale WHO-Initiative zum Thema Ethik an. Ein Entwurf ist bereits im Umlauf, und im WHO-Hauptbüro werden zur Zeit zwei Planstellen ausgeschrieben.

4. Die Delegierten des RC 51 beauftragten den SCRC, sich weiterhin mit dem Themenkomplex Bioethik zu beschäftigen, was wiederum dazu führte, dass sich die Untergruppe Bioethik im März 2002 zum zweiten Mal traf.

##### Die Begrifflichkeit des Wortes Bioethik

5. Ethik als philosophische Disziplin lässt sich definieren als „die Lehre von den Normen menschlichen Handelns“ und als „moralische Grundsätze und bzw. oder Regeln des Handelns“ [*The Concise Oxford Dictionary, 9th ed.* Oxford, Oxford University Press, 1995, *Meyers Enzyklopädisches Lexikon, 9. Aufl.* Mannheim, Wien, Zürich, 1973]. Bioethik wird dagegen herkömmlicherweise definiert als „die Ethik der medizinischen und biologischen Forschung“. In der letzten Zeit wird der Begriff breiter gefasst und beschreibt ein interdisziplinäres Gebiet, das sich mit ethischen Anliegen in den Biowissenschaften, in Gesundheit und Gesundheitsversorgung befasst.

6. Die Bioethik ist eine systematische und wissenschaftliche Disziplin, die engstens mit verschiedenen wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen im biomedizinischen Bereich verzahnt ist, durch diese aber auch ständig vor neue Herausforderungen gestellt wird. Zugleich besteht ein starker Bezug zu einer Fülle politischer und gesellschaftlicher Problemstellungen in Bereichen wie Gesetzgebung, Menschenrechte, Umwelt und Bildung. Da es sich bei der Ethik um ein in sich nicht einheitliches und vielfältiges Gebiet handelt, das sich letztlich nicht von individuellen und kollektiven Wertvorstellungen trennen lässt, ist die kollektive Suche nach Normen und Standards eine wichtige Dimension der einschlägigen internationalen Arbeit.

7. Die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts sah in der von der klinischen Medizin ausgehenden wissenschaftlichen Bioethik eine rasche methodische und konzeptionelle Entwicklung, wobei der Schwerpunkt auf den facettenreichen Aspekten der Arzt-Patienten-Beziehung lag. In den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts rückten nach bemerkenswerten Fortschritten in der angewandten Genetik, der Biotechnologie und anderen biomedizinischen Bereichen ethische Aspekte von Interventionen auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit und am menschlichen Genom stark in den Vordergrund.

8. Die Entwicklung der Bioethik im 21. Jahrhundert wird neben den oben angeführten Bereichen aller Wahrscheinlichkeit nach auch Public-Health-Konzepte, -Strategien und -Interventionen sowie die Entwicklung und Funktionsweise von Gesundheitssystemen umfassen: Die kompliziertesten Probleme entstehen heute in den Bereichen des Gesundheitsmanagements sowie im Hinblick auf die Struktur, das Funktionieren und die Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen.

9. Das letzte Jahrzehnt war in der Medizin Zeuge ungeahnter Fortschritte. Doch der Einsatz innovativer diagnostischer Techniken und Behandlungsmöglichkeiten setzt erhebliche finanzielle Ressourcen voraus. Gegenwärtig kann es sich kein Land der Welt, nicht einmal das wohlhabendste, leisten, die Kosten zu übernehmen, die entstehen, wenn man allen, die Hilfe brauchen, das gleiche moderne gesundheitliche Leistungsangebot sichern will. Folglich tut sich hier eine Kluft auf zwischen den weiten Möglichkeiten der zeitgenössischen Medizin und der durch die engen Grenzen der öffentlichen Finanzierungsmöglichkeiten eingeengte Wirklichkeit. Diese Umstände bilden die Grundlage der (offensichtlich in vielen Ländern typischen) Diskriminierung schwacher Bevölkerungsgruppen bei der Bereitstellung gesundheitlicher Leistungspakete. Beispielsweise stieß das Gutachterteam, das für den SCRC Gesundheitssystemreformen evaluiert, auf das Problem, dass es an Kriterien fehlt, anhand derer sich die Vorteile der in einer Reihe von Mitgliedstaaten eingeführten Reformprogramme beurteilen ließen. Da es auch keine auf solche Kriterien gegründeten Indikatoren gibt, lässt sich nur schwer sehen, welchen Nutzen die Gesundheitssystemreformen gebracht haben und wie sie sich auf die vom Regionalbüro für Europa geförderten Prinzipien (Solidarität, Chancengleichheit, soziale Gerechtigkeit, Transparenz, Menschenrechte usw.) auswirken, die noch keine formale Entsprechung in ethischen Indikatoren gefunden haben.

10. Die Frage nach der sinnvollen Struktur des Gesundheitssystems, die auch die Frage nach den Finanzierungsquellen einschließt, wird deshalb in der modernen Bioethik zur Schlüsselfrage.

### **Die Empfehlungen der Untergruppe an das WHO-Regionalbüro für Europa**

11. Im Folgenden wird dargelegt, welche Prinzipien man der Auswahl bioethischer Fragestellungen zugrunde legen kann.

12. Erstens ist zu sagen, dass die Aktivitäten der WHO/EURO zwar zahlreiche ethische Fragestellungen berühren und davon auch beeinflusst werden, dass jedoch mehrere bioethische Themen bereits gut durch andere international vereinbarte Texte abgedeckt sind. Es wäre nicht sinnvoll, wenn die WHO/EURO diese nochmals aufgreifen würde. Stattdessen sollte sie sich auf die Themen konzentrieren, die nicht bereits von anderen Organisationen bearbeitet werden.

13. Zweitens sollte sich die WHO/EURO auf die Themenbereiche konzentrieren, die eindeutig zum Aufgabengebiet der WHO in der Europäischen Region gehören. Dabei sollte die WHO/EURO nicht auf eigene Faust in Bereiche vordringen, die von Organisationen wie dem Europarat oder durch die Europäische Union abgedeckt werden. In diesen Bereichen sollte sich die WHO/EURO ganz im Gegenteil aktiv an der von anderen, darunter auch vom WHO-Hauptbüro, geleisteten Arbeit beteiligen.

14. Die Generaldirektorin wies in einem Papier vom 8. Februar 2002 konkret die folgenden Gebiete als WHO-Handlungsbereiche aus.

### ***Gesundheitssysteme und Public-Health-Praxis***

15. Die WHO/EURO hat anerkanntermaßen die Aufgabe, die Mitgliedstaaten zu Gesundheitssystemfragen und Anliegen der Public-Health-Praxis zu beraten und ihnen einschlägiges Faktenmaterial zu liefern. Diese Bereiche scheinen im Hinblick auf ethische Fragen bisher vernachlässigt worden zu sein. Noch kein internationales Organ hat in offiziellen Texten und in seinen Instrumenten die Organisation und Finanzierung von Gesundheitssystemen zu ethischen Fragen in Beziehung gesetzt.

16. Die WHO/EURO könnte deshalb den Handlungsschwerpunkt im Bereich der Bioethik auf die Entwicklung solcher ethischen Instrumente oder Indikatoren legen und einen direkten Bezug zu Maßnahmen und Zielvorgaben der „Gesundheit für alle“, des Rahmenkonzepts GESUNDHEIT21 und der Charta von Ljubljana herstellen. Diese würde bedeuten, dass die Begriffe Chancengleichheit, Solidarität, soziale Gerechtigkeit und Transparenz in ethische Instrumente zur Beurteilung gesundheitlicher Interventionen übersetzt, ethische Fragestellungen aus der Sicht der Public Health dargestellt und die wichtigsten Lücken in der Debatte zum Thema Gesundheit und Ethik geschlossen werden müssten.

17. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei der Beziehung zum Europarat und in geringerem Umfang der Europäischen Union zu widmen. Man sollte sich zwar an das Prinzip halten, dass Doppelgleisigkeiten zu vermeiden sind, doch in einigen Bereichen (z. B. in Bezug auf Patientenrechte) sollte die WHO/EURO ein Wort mitzusprechen haben und das Thema nicht ausschließlich anderen Organen überlassen. Beispielsweise sollte die vom Europarat gemeinsam mit Norwegen für den Juli 2003 in Oslo angesetzte ministerielle Konferenz zum Thema Menschenrechte und Gesundheit (bei der es hauptsächlich um Ethik in Gesundheitssystemen geht) der WHO/EURO Gelegenheit bieten, nicht nur die Rolle des Beobachters zu spielen. Das würde allerdings voraussetzen, dass die WHO/EURO sich in die Thematik einarbeiten und eine konkrete Haltung zu den auf der Konferenz behandelten Themen beziehen kann.

18. Die Beschäftigung mit einer sich so rasch entwickelnden Thematik erfordert profunde Sachkenntnis und interdisziplinäres, systematisches abteilungsübergreifendes Vorgehen. Für die WHO/EURO könnte dies die Einsetzung einer WHO/EURO-Arbeitsgruppe bedeuten, die zu bestimmten Projektbereichen Programm-Manager des Regionalbüros und Experten aus den Mitgliedstaaten zusammenbringen müsste. Eine solche Gruppe müsste sich gründlich mit dem Stand der Ethikdiskussion im Rahmen der Gesundheitssysteme der Europäischen Region auseinandersetzen (u. a. die bestehenden Ländersysteme analysieren) und für die WHO/EURO einschlägige Handlungsprioritäten ermitteln. Im Jahr 2003 könnte eine Beratungstagung mit Experten, darunter auch mit Politikern, dazu dienen, die Arbeit an ethischen Prinzipien in Gesundheitssystemen und Public Health voranzubringen.

### ***Forschung am Menschen und Fortschritte in Medizin und Biotechnologie***

19. Mit diesen beiden Gebieten befassen sich bereits andere Organisationen, weshalb man die Auffassung vertreten könnte, dass sie nicht unter die ausschließliche Zuständigkeit der WHO fallen.

20. In diesem Zusammenhang ist auch die zur Zeit laufende Initiative der Vereinten Nationen zu erwähnen, in deren Rahmen das Klonen von Menschen debattiert wird. Das WHO-Hauptbüro ist an diesem Prozess beteiligt, allerdings nicht führend.

21. Eine Frage stellt sich unter allen Umständen, nämlich ob die WHO/EURO die Beschäftigung mit kontroversen Sachthemen, zu denen noch keine internationalen Übereinkommen vorliegen, vermeiden kann. Viele Probleme, denen sich die moderne Medizin stellen muss, machen es erforderlich, dass die Bemühungen der Gesundheitsdienste unterschiedlicher Länder, bioethische Fragestellungen anzugehen (Organ- und Gewebetransplantation, Genetik, Genomik und Proteomik, Schwangerschaftsabbruch, Euthanasie, Klonen am Menschen), laufend überdacht und koordiniert werden. Der multidisziplinäre Charakter der in diesen Bereichen angestrebten Ziele sollte betont werden, was insbesondere für Fachthemen und kontroverse Anliegen wie die assistierte Reproduktion gilt, für die kein internationaler Text existiert.

22. Die WHO/EURO sollte zwar nicht versuchen, zu Themen, an denen sich bereits andere internationale Organe versucht haben und gescheitert sind, eine internationale Einigung herbeizuführen, die

Aufgabe der WHO/EURO könnte jedoch darin bestehen zu belegen, inwieweit es in den Mitgliedstaaten Mechanismen gibt, die den Gesundheitsfachkräften des Landes zu diesen Themen Orientierungshilfe bieten und es ermöglichen, (gegebenenfalls) dafür einzutreten, dass die Leitlinien durch die nationale Rechtsprechung umgesetzt werden. Auch hier gilt wiederum der Grundsatz, dass es keine Doppelgleisigkeiten zu der Arbeit anderer internationaler Organe geben darf.

23. Die WHO/EURO könnte deshalb die Debatte erheblich bereichern, indem sie hilft, Informationen zum Thema Bioethik zu sammeln und zu verbreiten, indem sie den Stand der Umsetzung in den Mitgliedstaaten beschreibt und ihnen dabei behilflich ist, die auf dem Gebiet der Bioethik bereits vorhandenen (d. h. von anderen Organisationen geschaffenen) rechtlichen und fachlichen Instrumente zu ermitteln und in der Praxis einzusetzen. Teil dieses „Pakets“ könnte es sein, die Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften auf dem Gebiet der Bioethik zu fördern.

24. Allerdings müsste die WHO/EURO bei der Auswahl ihrer Interventionsbereiche Vorsicht walten lassen. Sie sollte sich nicht mit Menschenrechten im Allgemeinen befassen, wohl aber mit Patientenrechten, wobei hier die Thematik der Bürgerrechte die Schnittstelle bildet.

### *Anhang 3*

## **BERICHT ÜBER DIE SONDERTAGUNG DES SCRC GENF, 13.–14. JUNI 2002**

### **Einleitung**

1. Entsprechend den bei der einundfünfzigsten Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa (RC51) zum Ausdruck gebrachten Wünschen nahm der SCRC mit den Mitgliedstaaten der Europäischen Region Rücksprache zur Problematik der Vertretung der Europäischen Region im Exekutivrat und erörterte mit ihnen insbesondere die Fragen der semi-permanenten Mitgliedschaft und der geographischen Gruppierung sowie die Frage der allgemeinen Kriterien für die Mitgliedschaft.

2. Diese Konsultationen fanden im Rahmen einer am 13. und 14. Juni 2002 in Genf abgehaltenen Sondertagung des SCRC statt, zu der alle Mitgliedstaaten eingeladen waren. Unmittelbar im Anschluss an diese Tagung hielt der SCRC eine geschlossene Sitzung ab, bei der die Mitglieder die folgenden Beobachtungen und Empfehlungen billigten.

### **Allgemeine Kriterien**

3. Die in Ziffer 13 von Dokument EUR/RC51/SC(5)/4 für die Festlegung der Vertretung vorgeschlagenen Kriterien wurden aufgestellt, um die Qualität und Effektivität der Vertretung der Europäischen Region im Exekutivrat zu verbessern. Man war der Ansicht, dass es zwar das Vorrecht der Länder sei, ihre eigenen Vertreter zu wählen, dass diese Kriterien jedoch nicht unbedingt präskriptiv verstanden, sondern eher als Orientierungshilfe für die Zusammensetzung der Delegationen im Allgemeinen und der Vertreter im Exekutivrat im Besonderen gesehen werden sollten.

4. Außerdem würde eine festere Koordination zwischen SCRC und den Vertretern der Europäischen Region im Exekutivrat die Qualität und Effektivität der Vertretung der Region weiter verbessern.

### **Geographische Gruppierung**

5. Bei der Frage einer chancengleichen geographischen Vertretung im Exekutivrat handelt es sich um eine komplizierte Problematik. Das Beispiel der nordischen Länder, die ihre Vertretung im Exekutivrat und zu anderen Fragen untereinander abstimmen wurde als reizvolles Modell gesehen, das auch von anderen Teilen der Region übernommen werden könnte. Die Möglichkeiten eines Konzepts teilregionaler Gruppierungen oder „Wahlgebiete“ könnte auf freiwilliger Grundlage weiter ausgelotet werden. Die Thematik sollte zwecks weiterer Konsultationen auf der Tagesordnung bleiben.

### **Semi-permanente Mitgliedschaft im Exekutivrat**

6. Man wies darauf hin, dass „in der WHO-Satzung das Prinzip der Gleichbehandlung aller Mitgliedstaaten verankert ist und dass es deshalb wünschenswert ist, die gegenwärtige Situation gerechter zu gestalten“, was auf einer früheren Ad-hoc-Tagung des SCRC im Juli 1999 (Dokument EUR/RC49/2 Add.1) befürwortet worden sei.

7. Eine Reihe von Delegierten erkannten in ihren abgegebenen Erklärungen an, dass die semi-permanenten Mitglieder Kontinuität gewährleisteten und im Laufe der Jahre wertvolle Arbeit geleistet hätten.

8. Mit der 1999 in Kopenhagen eingeführten zwischenzeitlichen Regelung habe man zu erkennen gegeben, dass der Wunsch nach Veränderung bestehe. Eine Rückkehr zum Status quo ante (wonach die semi-permanenten Mitglieder von vier Jahren drei im Exekutivrat sitzen würden) sei nur schwer vorstellbar. Der Konsens sei, dass man zumindest die jetzige zwischenzeitliche Regelung (drei von fünf Jahren) beibehalten sollte, so dass alle semi-permanenten Mitglieder ihre Amtszeit beenden würden (d. h. das Vereinigte Königreich 2004, die Russische Föderation 2005 und Frankreich 2006).



9. Der SCRC empfahl dem Regionalkomitee zudem zu erwägen, im Jahr 2003, nach einer Evaluation, einvernehmlich zu einer Regelung mit einer erweiterten, drei von sechs Jahren umfassenden Periodizität überzugehen. Den Anfang würde im Jahr 2007 das Vereinigte Königreich machen, die Russische Föderation würde 2008, Frankreich 2009 folgen.

10. Das Mandat für die Evaluation sollte dem Regionalkomitee vom SCRC im Jahr 2002 vorgelegt werden, und die Ergebnisse müssten dem Regionalkomitee 2003 vorliegen. Der SCRC vereinbarte, ausschließlich zur Klärung dieses Mandats seine alte Untergruppe für die Mitgliedschaft im Exekutivrat zu reaktivieren. Dr. Jarkko Eskola (Finnland), Dr. Danielle Hansen-Koenig (Luxemburg) und Dr. Serguei Furgal (Russische Föderation) erklärten sich bereit, in der Untergruppe mitzuarbeiten, die u. U. auch die Hilfe einer Ressourcenperson in Anspruch nehmen werde.

### **Änderungen zu Artikel 24 und 25 der Satzung**

11. Die Tagungsteilnehmer wiederholten, dass die Mitgliedstaaten, darunter auch die Mitgliedstaaten der Europäischen Region, eindringlich gebeten werden müssten, sofern sie dies nicht bereits getan hätten, die Änderungen zu Artikel 24 und 25 der Satzung zu ratifizieren (die der Europäischen Region u. a. einen achten Sitz im Exekutivrat einbringen würden). Der SCRC bat das Sekretariat, einen Mechanismus für diesen Zweck zu erarbeiten.